

Україна. Здоров'я нації

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

Заступники головного редактора – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдизар О.О.
Вороненко Ю.В.
Гойда Н.Г.
Голованова І.А.
Голубчиков М.В.
Грузева Т.С.
Децик О.З.

Ковальова О.М.
Котуза А.С.
Лисак В.П.
Любінець О.В.
Мельник П.С.
Нагорна А.М.
Рогач І.М.

Сайдакова Н.О.
Урбаніак Моніка
Фера О.В.
Чепелевська Л.А.
Черемухіна О.М.
Чопей І.В.
Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)
Бояр І. (Польща)
Горбенко О.В. (Велика
Британія)
Дудіна О.О. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)

Жилка Н.Я. (Київ)
Клименко В.І. (Запоріжжя)
Коваленко О.С. (Київ)
Кудренко М.В. (Київ)
Лашкул З.В. (Запоріжжя)

Лобас В.М. (Красний
Лиман)
Майоров О.Ю. (Харків)
Матюха Л.Ф. (Київ)
Медведовська Н.В. (Київ)

Миронюк І.С. (Ужгород)
Моїсеєнко Р.О. (Київ)
Овоц А. (Польща)
Огнев В.А. (Харків)
Рудень В.В. (Львів)

Ситенко О.Р. (Київ)
Станчак Я. (Словаччина)
Степаненко А.В. (Київ)
Толстанов О.К. (Київ)
Ярош Н.П. (Київ)
Яценко Ю.Б. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).

Видання індексується Google Scholar та «Україніка наукова».

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
Протокол № 8 від 02.10.2019 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 3 жовтня 2019 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 6404

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»

Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавник:

«СПД ФО «Коломизин В.Ю.»

Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

FOUNDERS

Public Establishment "Ukrainian Institute of Scientific Research of Ministry of Health of Ukraine"
Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy"
State University "Uzhhorod National University"

Chief Editor – Slabkiy G.O.

Deputy Chief Editors – Dziuba O.M., Zhdan V.M., Smolanka V.I.

Executive Editor – Sytenko O.R.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Pohorilyak R.Yu. (Uzhhorod)

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

Boldyzh O.O.
Voronenko Yu.V.
Hoida N.G.
Golovanova I.A.
Golubchikov M.V.
Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.

Kovaliova O.M.
Kotuz A.S.
Lysak V.P.
Liubinet O.V.
Melnik P.S.
Nahorna A.M.
Rogach I.M.

Saidakova N.O.
Urbaniak Monika
Fera O.V.
Chepelevska L.A.
Cheremukhina O.M.
Chopey I.V.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

Chairman of the Editorial Board Zaporozhan V.M. (Odesa)

Avramenko O.I. (Kyiv)	Zhylka N.Ya. (Kyiv)	Lobas V.M. (Krasniy Lyman)	Moiseenko R.O. (Kyiv)	Stanchak J. (Slovakia)
Boyar I. (Poland)	Klymenko V.I. (Zaporizhzhya)	Maiores O.Yu. (Kharkiv)	Ovoc A. (Poland)	Stepanenko A.V. (Kyiv)
Gorbenko O.V. (Great Britain)	Kovalenko O.S. (Kyiv)	Matiukha L.F. (Kyiv)	Ohniev V.A. (Kharkiv)	Tolstanov O.K. (Kyiv)
Dudina O.O. (Kyiv)	Kudrenko M.V. (Kyiv)	Medvedovska N.V. (Kyiv)	Ruden V.V. (Lviv)	Yarosh N.P. (Kyiv)
Dudnyk S.V. (Kyiv)	Lashkul Z.V. (Zaporizhzhya)	Myronyuk I.S. (Uzhhorod)	Sytenko O.R. (Kyiv)	Yashchenko Yu.B. (Kyiv)

The journal is included in the list of scientific professional publications of Ukraine, where the results of the theses for scientific degrees of doctor and candidate of Sciences can be published (Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 12.05.2015, № 528).

The publication is indexed by Google Scholar and "Ukrainika scientific".

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 8 of 02.10.2019.

Address of the Publisher: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine
Tel./fax: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Certificate of State registration KB № 21116-10916PR from 24.12.2014

Signed for publication on October 3, 2019. The total circulation is 100 copies. Order № 6404

Editor:

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine"
Address: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine

Publisher:

"SEA NP "Kolomitsyn V.Yu."

Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

03179, Kyiv, Kotelnikova str., 95, tel./fax: +380 44 501-35-69

Certificate of registering the subject of publishing in the State Register of publishers,
manufacturers and distributors of published products DK № 1194 from 15.01.2003

All the articles are peer-reviewed. The authors are responsible for the accuracy of the facts and other information in publications.
Full or partial reproduction in any way of the material published in this Edition, is possible only with the written permission of the Publisher.

ЗМІСТ

Привітання ректора Ужгородського національного
університету професора Смоланки В.І.
з 20 річчям факультету здоров'я
та фізичного виховання 8

Сторінка редактора

*Михайлович С.О., Миронюк І.С.,
Федорішко А.А., Товт В.А.*
Факультету здоров'я та фізичного виховання
УжНУ 20 років – сторінки історії створення 10

Оригінальні статті

Августинович Я.І.
Сучасні особливості захворюваності
дорослого населення..... 13

Бондарчук Н.Я., Чернов В.Д., Щерба М.Ю.
Нагальні проблеми та структурно-функціональна
модель організації рекреаційної діяльності
населення України за місцем проживання 21

Гладуш В., Кляйн В., Шилонова В.
Формування діагностико-прогностичної
компетентності магістра спеціальної освіти..... 26

*Гур'єв С.О., Шевчук Г.А.,
Сацук С.П., Гуселетова Н.В.*
Аналіз світового досвіду застосування методики
визначення Індексу безпеки лікарень..... 33

Дудник С.В.
Характеристика системи
попередження дитячої смертності 41

*Дуткевич-Іванська Ю.В., Мелега К.П.,
Русин Л.П., Сабодош М.В., Шанта І.Ф.*
Показники кислотно-лужної рівноваги сечі
у студентів ФЗФВ під час Великого посту 51

Жданова О.В., Слабкий Г.О.
Рівень інтернет-залежності студентської молоді
(за даними соціологічного дослідження) 55

Кашуба В.О., Гончарова Н.М.
Аксіологічний компонент у змісті
здоров'яформуючої діяльності
дітей молодшого шкільного віку 59

Керецман А.О., Пішковці А.-М.М.
Профілактика онкологічних захворювань
слизової оболонки порожнини рота:
сучасні реалії та перспективи..... 64

Костроба В.І., Миронюк В.І.
Розрахунок потреби в забезпеченні дорослого
населення з ментальними порушеннями
в соціально-реабілітаційних послугах..... 69

Крапівіна А.А.
Гендерні підходи у питаннях
репродуктивного здоров'я..... 79

*Малешко Г.В., Миронюк І.С.,
Слабкий Г.О., Брич В.В.*
Функціонально-організаційні моделі
реабілітаційної допомоги особам, що перенесли
мозковий інсульт на регіональному рівні 87

Марченко Я.Ф., Піддубна А.А.
Обґрунтування деяких механізмів виникнення
ерозивно-виразкових уражень шлунку у хворих
з хронічною хворобою нирок II-III стадії..... 97

Пишка О.П., Суценок І.В., Жоффак Є.С.
Формування професійних компетентностей
фізкультурно-спортивних кадрів..... 101

Подпрядова А.А.
Якість життя хворих,
які перенесли інфаркт міокарда..... 108

Снівак А.П.
Аналіз існуючих підходів до фізичної реабілітації
пацієнтів при хірургічному лікуванні
захворювань органів грудної клітки
(аналітичний огляд наукової літератури)..... 113

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.
Фізична терапія дітей шкільного віку
з вираженим грудним кіфозом..... 119

Чебан В.І., Чебан Л.Г.
Формування професійних компетентностей
майбутніх фахівців з фізичної терапії
на засадах біоетики 124

Шилонова В., Кляйн В., Гладуш В.
Шкільний спеціальний педагог в середовищі
дитячого садку Словацької Республіки 130

Лекції

Баркасі Д.
Важливість ерготерапії в соціальній праці 135

Граф-де Руттер Г.
Передумови успішної інклюзії..... 138

Поповичева М.
Компетенції сестер
в області реабілітації в Словаччині..... 141

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю присвяченої 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ «Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії» (17–18 жовтня 2019 р., м. Ужгород)

<i>Vansač P.</i> Social intervention through ergotherapy in retirement home.....	145
<i>Belovičová M.</i> Physiotherapy as a part of a complex non-pharmacological treatment of obesity in medical SPA environment.....	146
<i>Gulášová M.</i> Self-development and psychohygiene in education of nurses and social workers (we learn them to care not only about the client?).....	148
<i>Klein V., Šilonová V.</i> Школьный специальный педагог в условиях дошкольных учреждений в Словацкой Республике.....	149
<i>Murgová A.</i> Physical activity and health perception of school-age children.....	150
<i>Кодоні С.</i> «Побудова мовлення у дітей з депривацією з ментальними порушеннями». Стратегії комунікації у осіб із важкою формою інвалідності.....	151
<i>Андрійчук О.Я., Цюпак Т.С., Грейда Н.Б.</i> Базові знання у професійній підготовці фізичних терапевтів, ерготерапевтів.....	152
<i>Аравіцька М.Г.</i> Ефективність кінезіологічного тейпування в програмі фізичної терапії хворих після тотального ендопротезування колінного суглоба	153
<i>Бражанюк А.О.</i> Підготовка студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» до реалізації функцій професійної діяльності.....	154
<i>Брич В.В., Грушовська О.М.</i> Доросле населення з інвалідністю як споживач медико-соціальних реабілітаційних послуг в Закарпатській області.....	155
<i>Брич В.В., Дуб М.М., Бородачов М.В.</i> Підходи до оцінки потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні.....	156
<i>Виноградов О.О., Гужва О.І., Володіна В.С.</i> Терапія «дія–спостереження» у реабілітаційній практиці	157
<i>Гакман А.В.</i> Психофізіологічні особливості рухової активності людей похилого віку.....	158
<i>Гаяш О.В.</i> Взаємодія спеціалістів з батьками дітей з особливими освітніми потребами у процесі включення їх в інклюзивну освіту	159
<i>Гойдош К.Ю., Романів О.П.</i> Ерготерапія, як метод соціально-психологічної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку	160
<i>Гусак В.В.</i> Порівняльний аналіз різних видів магнітотерапії як засобу реабілітації хворих з варикозною хворобою ускладненою трофічними виразками нижніх кінцівок	162
<i>Гузак О.Ю.</i> Особливості фізичної терапії у диференційованій реабілітації хворих на остеохондроз шийного відділу хребта з симптомами психоемоційних розладів	163
<i>Гузак О.Ю.</i> Здоров'я юних спортсменів – запорука ефективної багаторічної спортивної підготовки	164
<i>Дуб М.М.</i> Інформаційні технології як елемент технології фізичної реабілітації студенток з ожирінням і ризиком розвитку метаболічного синдрому.....	166
<i>Дуб М.М., Брич В.В., Грига М.М.</i> Професійні компетентності фізичного терапевта та його асистента як елемент забезпечення реабілітації.....	167

<i>Дуб М.М., Мальцева О.Б.</i> Здоровий спосіб життя студентів – складова професійної компетенції	168
<i>Дорошенко Е.Ю., Гурсьва А.М., Сазанова І.О.</i> Напрями формування професійно-прикладної фізичної підготовки фахівців з фізичної терапії, ерготерапії.....	170
<i>Жиденко А.О., Міщенко Т.В.</i> Формування професійних компетентностей фахівців з фізичної культури та спорту засобами медико-біологічних дисциплін.....	170
<i>Івасик Н.</i> Доцільність застосування авторської моделі планування індивідуальної програми та технології фізичної терапії дитини з бронхолегеневими патологіями при підготовці фізичних терапевтів.....	172
<i>Йовбак М.І., Дудащ Г.В., Служинська М.Б.</i> Європейські підходи до формування компетенцій працівників в сфері громадського здоров'я	173
<i>Клапчук В.В., Зайцева В.М., Пуцина І.В., Фетісова В.В.</i> Від лікувальної фізичної культури і фізичної реабілітації до фізичної терапії та ерготерапії	174
<i>Кляп М.І.</i> Формування особистісної готовності спеціального педагога до роботи з аутичними дітьми.....	175
<i>Ковач Ш.А., Ковач О.Ш.</i> Особливості педагогічного експерименту	177
<i>Козік Н.М., Стратійчук Н.А.</i> Деякі аспекти підготовки фахівців фізичної терапії в Чернівецькому національному університеті імені Юрія Федьковича	178
<i>Левенець Н.Г.</i> Терміни-метафори як частина професійної мови клінічної медицини	179
<i>Ляховець Л.О.</i> Обґрунтування використання елементів плавання та аквааеробіки в системі оздоровчої рекреації	181
<i>Мадяр-Фазекаш Е.О., Степчук Н.В.</i> Навчально-тренувальний процес в групі спортивного вдосконалення УЖНУ	182
<i>Маріонда І.І., Трифан О.М., Мельник В.М.</i> Модель професійної діяльності науково-педагогічних працівників у підготовці фахівців фізичної культури і спорту	183
<i>Маркович В.П.</i> Розрахунок потенціалу реабілітаційної та госпісної мережі в Україні	185
<i>Мартинюк І.К.</i> Розвиток пізнавальних можливостей дошкільників з функціональними порушеннями зору.....	185
<i>Матрошилін О.Г., Роголя Ю.Л.</i> Застосування кінезотерапії в комплексній медико-психологічній реабілітації учасників АТО	187
<i>Мелега К.П., Русин Л.П., Дуткевич-Іванська Ю.В.</i> Здоров'язміцнювальна діяльність майбутніх фізичних терапевтів у процесі навчання як важливий компонент їх професійної підготовки і чинник професіоналізму.....	188
<i>Миронюк В.І., Романів О.П., Надь Б.Я.</i> Динаміка захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом розлади серед населення Закарпатської області в умовах складної суспільно-політичної ситуації в країні	189
<i>Островський М.В., Ковач Ш.А., Ковач О.Ш.</i> Фактори направленого формування особистості у процесі занять спортом	191
<i>Петрушко М.І., Мордвінцев Г.О., Шелехова Т.В.</i> Ефективність застосування ігрового методу при навчанні плаванню студентів ДВНЗ «УжНУ».....	192
<i>Пишка О.П.</i> Оздоровче та розвиваюче значення художньої гімнастики	193
<i>Русин Л.П., Мелега К.П., Дуткевич-Іванська Ю.В., Шанта І.Ф., Сабодош М.В.</i> Аналіз особливостей формування культури репродуктивного здоров'я студентів ВНЗ.....	194

<i>Семаль Н.В., Снівак А.П.</i> Рівень тривожності особистості та його місце у структурі підготовки спортсменів до змагань.....	195
<i>Сидорко О.Ю., Ковач Ш.А., Ковач О.Ш.</i> Роль спадковості, середовища й діяльності у розвитку особистості	197
<i>Слабкий Г.О., Жданова О.В.</i> Європейські підходи до подолання у населення інтернет-залежності	198
<i>Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й.</i> Характеристика проявів стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.....	199
<i>Стратійчук Н.А., Козік Н.М.</i> Особливості методики викладання фармакології з використанням інноваційних технологій студентам спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія».....	201
<i>Сущенко І.В., Жоффчак Є.С.</i> Рухова активність як засіб формування здорового способу життя студентської молоді	202
<i>Темерівська Т.Г.</i> PNF в сучасній реабілітації дітей з ДЦП	204
<i>Тимочко О.І.</i> Сучасний потенціал оздоровчого впливу занять атлетичними видами спорту на школярів	205
<i>Товт В.А., Звонар В.В., Мельник В.М., Сусла В.Я.</i> Корекція силової підготовленості студентів жіночої статі засобами гімнастики і фітнесу	206
<i>Тулайдан В.Г.</i> Актуальні проблеми фізичного виховання студенток ДВНЗ УжНУ	207
<i>Утьосов Я.А.</i> Особливості психолого-педагогічного впливу на формування соціальної компетентності у підлітків з інтелектуальними порушеннями	209
<i>Федоришко А.А.</i> Статеві відмінності спортивних результатів призерів міжнародних змагань з класичного пауерліфтингу серед студентів ВНЗ.....	210
<i>Філак Ф.Г., Філак Я.Ф.</i> Фізична терапія хворих на постгастрорезекційний синдром в умовах поліклініки	211
<i>Філак Я.Ф.</i> Лікувальна фізична культура в оздоровленні дітей із вадами інтелектуального розвитку	212
<i>Хома Т.В.</i> Сучасні підходи до формування професійної компетентності у майбутніх учителів фізичної культури.....	213
<i>Чернявський В.В.</i> Распространенность заболеваний зубов и десен среди военнослужащих ВСУ в зоне ООС.....	215
<i>Шевченко К.А., Кевпанич В.В., Шкірта М.І.</i> пляжний волейбол як один із видів активного відпочинку	216
<i>Шелехова Т.В., Степчук Н.В., Петрушко М.І.</i> Фізкультурно-оздоровчі технології на сучасних уроках фізичного виховання	217
<i>Янович О., Хома Т.В.</i> Реалізація принципів фізичного виховання в основній школі	218

CONTENT

Congratulation of the Rector of Uzhhorod National University Professor Smolanka V.I. on the occasion of the 20th anniversary of the Faculty of Health and Physical education	8	<i>Krapivina A.A.</i> Gender approaches to reproductive health	79
<hr/>		<i>Maleshko G.V., Mironyuk I.S., Slabkiy H.O., Brych V.V.</i> Functional and organizational models of rehabilitation care for people who have undergone cerebral stroke at the regional level	87
Editor's page		<i>Marchenko Ya.F., Poddubnaya A.A.</i> Justification of some origins of erosive ulcer defeats a stomach at patients with a chronic disease of kidneys of the II-III stage	97
<i>Michailovich S.O., Mironyuk I.S., Fedorishko A.A., Tovt V.A.</i> Faculty of Health and Physical education of UzhNU is 20 – pages of history	10	<i>Pyshka O.P., Sushchenko I.V., Zhoffchak E.S.</i> Formation of professional competences physical and sport facilities	101
<hr/>		<i>Podpriadova A.A.</i> Life quality of patients after myocardial infarction	108
Original articles		<i>Spivak A.P.</i> Analysis of existing approaches to patients' physical rehabilitation at surgical treatment of the diseases of the chest organs (analytical survey of scientific literature)	113
<i>Avgustovych Ya.I.</i> Modern features of the morbidity of the adult population	13	<i>Filak Ya.F., Filak F.G.</i> Physical therapy of school-age children with severe thoracic kyphosis	119
<i>Bondarchuk N., Chernov V., Shcherba M.</i> Actual problems and structural and functional model of the organization of recreational activities of the Ukraine population in places of residence	21	<i>Cheban V., Cheban L.</i> Formation of professional competences of future physical therapists on bioethics	124
<i>Hladush V., Klein V., Šilonova V.</i> Formation of diagnostic and prognostic competence of the Master of Special Education	26	<i>Šilonova V., Klein V., Hladush V.</i> Special Education Teacher in the Kindergarten of the Slovak Republic	130
<i>Huryev S.O., Shevchuk H.A., Satsyk S.P., Huseletova N.V.</i> Analysis of the world experience in applying of the determination methodology hospital safety index	33	<hr/>	
<i>Dudnyk S.V.</i> Characteristics of child's mortality prevention system	41	Lectures	
<i>Dutkevych-Ivanska Y.V., Melega K.P., Rusyn L.P., Sabadosh M.V., Shanta I.F.</i> Indicators of acid-alkaline balance of urine in students of FZFFV during Lent	51	<i>Barkasi D.</i> The importance of ergotherapy in social work	135
<i>Zhdanova O.V., Slabkiy G.O.</i> Level of internet-addidction of student's youth (according to sociological research)	55	<i>Graf-de-Ruiter G.</i> Prerequisites for successful inclusion	138
<i>Kashuba V.O., Goncharova N.M.</i> Axiological component in the sense of healthforming activity at junior school age children	59	<i>Popovicheva M.</i> Competences of nurses in rehabilitation in Slovakia	141
<i>Keretsman A.O., Pishkovtsi A.-M.M.</i> Prevention of oncological diseases of the oral mucosa: modern realities and prospects	64	Materials of the Scientific conference with international participation dedicated to the 20th anniversary of the foundation of the Faculty of Health and Physical education of UzhNU "Modern approaches to forming professional competencies of physical therapy and ergotherapy specialists" (October 17–18, 2019, Uzhhorod)	
<i>Kostroba V.I., Mironyuk V.I.</i> Calculation of the need for provision of adult population with mental disorders with social-and-rehabilitation services	69	145	



**Привітання ректора Ужгородського національного університету учасникам
I науково-практичної конференції з міжнародною участю
«СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ
КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ»,
присвяченої 20-й річниці з дня заснування
факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»**

Шановні учасники конференції, пані та панове!

Радий вітати учасників першої науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії» в Ужгородському національному університеті. Знаковим є те, що перша така конференція в нашому університеті є приуроченою до знакової події в житті факультету, який провадить підготовку фахівців з фізичної терапії та ерготерапії в нашому університеті – **20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання.**

Конференція об'єднала спільною ідеєю поліпшення підготовки фахівців фізичної терапії та ерготерапії освітян, представників різних наукових шкіл, працівників практичної охорони здоров'я та громадськості з різних країн.

Науково-практична конференція проходить в складний час, коли в державі проходить процес створення і становлення нової системи реабілітаційної допомоги населенню. В умовах вираженого дефіциту фахових спеціалістів у сфері відновного лікування і реабілітації є нагально необхідним швидка зміна парадигми підготовки фахівців мультидисциплінарних реабілітаційних команд, в тому числі і фізичних терапевтів та ерготерапевтів у відповідності до вимог сучасних досягнень світової науки та практики .

Закарпатська область та Ужгородський національний університет проводять значну роботу в цьому напрямку і наш кадровий потенціал готовий внести свій вагомий внесок в справу підготовки фахівців для реабілітаційної допомоги населенню в Україні та проводити наукові дослідження з зазначеної тематики.

Конференція проходить в період активного розвитку нової системи реабілітаційної допомоги населенню в країні. Перші кроки є завжди складними та відповідальними. Від правильності прийнятих рішень та проведених заходів залежить ефективність діяльності системи в майбутньому.

Впевнений, що прийняті на науково-практичній конференції документи стануть підґрунтям для визначення подальших дій щодо розбудови ефективної системи реабілітації в країні та забезпечення умов для покращення та захисту і зміцнення здоров'я населення і підвищення якості життя, вони будуть сприяти подальшій плідній міжнародній співпраці у названій сфері.

Від щирого серця бажаю учасникам конференції ефективної професійної роботи, творчого натхнення, вагомих наукових здобутків у вирішенні сучасних проблем розвитку системи підготовки кадрів для галузі охорони здоров'я країни!

Ректор, професор



Володимир Смоланка

С.О. Михайлович, І.С. Миронюк, А.А. Федорішко, В.А. Товт

Факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ 20 років – сторінки історії створення

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Історія сучасного факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету розпочалася з кафедри фізичного виховання, яка у минулому році святкувала своє 70-річчя. Так, кафедра фізичного виховання була відкрита в 1948 році. Першим завідувачем кафедри за обранням по конкурсу став випускник Харківського державного інституту фізичної культури Собенко Іван Тимофійович (1900-1960), який очолював кафедру до 1958 р. З вересня 1958 року завідувачем кафедри фізичного виховання обраний за конкурсом Михайлович Степан Олександрович (1929-2019), кандидат педагогічних наук, професор, заслужений працівник фізичної культури України. В кінці 50-х років до складу кафедри входило 7 спеціалістів з вищою фаховою освітою. В 60-70-і роки університет розвивався великими темпами. Набір студентів з року в рік збільшувався, відкривались нові факультети, що в значній мірі сприяло розвитку кафедри. В 1970 році на кафедрі уже працювало 18 штатних викладачів.

В цей же період бурхливо розширялась навчально-матеріальна база кафедри. З 1961 року розпочалось будівництво заміської оздоровчо-спортивної бази «Скалка», будувались спортивні майданчики, студентський стадіон. З 1965 року розпочалось будівництво спортивного корпусу з 2-ма спортивними залами та першим в регіоні закритим 25-метровим плавальним басейном. В кінці 60-х років викладачі кафедри стали активно займатися науковою роботою і уже в 1968 році була захищена перша кандидатська дисертація Михайловичем С.О. на тему «Развитие физической культуры и спорта в Венгрии (1945-1965гг.)». В 1976 році 4 викладачі кафедри захистили дисертаційні роботи на здобуття наукового ступеню кандидата наук. В 1974 році за розробку проекту та втілення в життя заміської спортивно-оздоровчої бази «Скалка» ВДНГА СРСР нагородив ректора УжДУ Чепура Дмитра Венедиктовича срібною медаллю, а завідувача кафедри фізичного виховання Михайловича С.О. бронзовою медаллю.

За ініціативою викладачів кафедри при активній підтримці ректорату, керівників обласних органів влади, рішенням ДАК МОН України від 07 липня 1998 року було отримано ліцензію на право освітньої діяльності, пов'язаної із наданням вищої освіти на рівні кваліфікаційних вимог до спеціаліста – 0102 «Фізичне виховання і спорт», за спеціальністю 7.01.02.02 «фізична реабілітація» з ліцензованим набором 60 осіб. Перший набір на спеціальність було проведено на 1999-2000 навчальний рік. Перші 2 роки підготовка спеціалістів

згідно ліцензії проводилась викладачами кафедри фізичного виховання. За пропозицією керівництва кафедри в 2001 році була відкрита кафедра фізичної реабілітації, а згодом і третя кафедра – кафедра теорії і методики фізичного виховання.

Ідею створення в УжДУ факультету фізичного виховання і спорту ще на зламі 1960-70-х років виношував тодішній завідувач кафедри фізичного виховання Михайлович С.О. Саме у той час в університеті та Закарпатській області склались передумови для втілення цього задуму.

В області відчувалась значна нестача фахівців галузі з одного боку, а з іншого – випускники шкіл, котрі прагнули здобути фах тренера з обраного виду спорту, вчителів фізичної культури змушені були поступати у ВЗО інших областей, де на той час існували інститути фізкультури або факультети фізичного виховання у педагогічних інститутах. Після завершення навчання далеко не всі з них повертались додому, тож область втрачала не лише дипломованих фахівців, а й кваліфікованих спортсменів.

Разом з тим в Ужгородському університеті почала розвиватись інфраструктура для занять студентів фізичною культурою та спортом. У 1960-х роках був розроблений та затверджений перспективний план розвитку інфраструктури УжДУ, в якому було передбачено будівництво великого спортивного комплексу з двома закритими плавальними басейнами, двома спортивними залами, стадіоном з трибунами, спортивним корпусом для кафедри фізичного виховання. Згідно з планом початись це будівництво мало аж у 2005-2010 роках.

У 1964 році завідувачу кафедри фізичного виховання Михайловичу С.О. з допомогою голови облспорткомітету вдалось із архівів облпрофради отримати проектну документацію спортивного корпусу, яка була у списках заборонених постановою ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР об'єктів. З цим проектом майбутньої спортивної бази він тоді ж звернувся до ректора УжДУ Чепура Д.В., котрий у лютому 1965 року ознайомився з ним і дав згоду на реалізацію, яка почалась влітку 1965 року. Був розроблений детальний план будівництва спортивного корпусу, до якого входило спорудження великого спортивного залу розміром 48x18 м, малого спортивного залу розміром 18x10 м, закритого 25-метрового плавального басейну, лабораторією, роздягальнями, службовими та складськими приміщеннями тощо. На будівництві спорткомплексу,

крім робітників-фахівців, щоденно за графіком працювали під керівництвом викладачів кафедри фізичного виховання 100-120 студентів.

Перша черга спортивного корпусу, куди переселилась кафедра фізичного виховання, стала до ладу у лютому 1973 року, отже, з 2-го семестру навчального року освітній процес з фізичного виховання став проводитись на новій базі. Повноцінно ж запрацювала вона у 1976 році, коли було введено в експлуатацію закритий плавальний басейн.

Одночасно із спорудженням спортивного корпусу, поряд з ним, у 1966 році розпочато будівництво студентського стадіону з футбольним полем розміром 90x58 м, біговими доріжками, легкоатлетичними секторами, який став до експлуатації у 1973 році.

Перша спроба порушити питання про створення факультету фізичного виховання та спорту в УжДУ була здійснена Михайловичем С.О. та ректором Чепуром Д.В. у 1972 році, але Міністерство вищої і середньої спеціальної освіти УРСР та республіканський спорткомітет відмовили у цьому. Друга спроба, коли ректор Лендшел В.І. підтримав ініціативу завідувача кафедри, також завершилась невдало.

Відкриття факультету стало можливим лише після здобуття Україною незалежності. У жовтні 1996 року міністр освіти Згуровський М.І. в Ужгороді проводив нараду освітян, в якій взяли участь голова ОДА Устич С.І., ректор УжДУ Сливка В.Ю., зав. каф. фізичного виховання Михайлович С.О., викладачі університету. Під час наради міністр дав принципову згоду на відкриття факультету фізичного виховання і спорту в УжДУ та пообіцяв свою підтримку. Михайлович С.О. протягом десятиліть вивчав досвід роботи факультетів фізичного виховання Тернопільського, Луцького педагогічних інститутів, факультету фізичного виховання Тартуського університету (Естонія), Львівського, Київського, Будапештського (Угорщина) інститутів фізкультури, Пряшівського (на той час Чехословаччина) факультету фізичного виховання, тож йому за короткий час вдалося скласти навчальний план, який охоплював понад 60 нормативних дисциплін. Цей документ був повністю готовий до початку 1997 року. Вся документація, яка готувалась для відкриття факультету за наповненням і змістом відповідає вимогам по підготовці фахівців з вищою освітою – викладачів фізичного виховання в усій системі освіти, тренерів з обраного виду спорту та управлінських працівників в галузі фізичної культури і спорту. У середині січня 1998 року питання відкриття факультету обговорено на Вченій раді УжДУ, а 28 січня ректоратом підготовлено повний пакет документів для проходження необхідних експертиз і заява на ім'я міністра освіти Згуровського М.І. з проханням видати ліцензію на провадження освітньої діяльності. У лютому університет відвідали незалежні експерти, які ознайомились з навчально-спортивною базою УжДУ, з повним пакетом необхідних документів і на цій підставі надали позитивну рецензію, в якій рекомендували розглянути питання про визнання доцільним надання ліцензії Ужгородському державному університету на здійснення навчальної діяльності за спеціальністю

«Фізична реабілітація» в кількості 25 чоловік, починаючи з 1998-1999 навчального року.

Розгляд справи УжНУ щодо надання ліцензії проходив у Києві 7 липня 1998 року на засіданні Державної акредитаційної комісії, на якому УжДУ представляв Михайлович С.О. 13 липня ліцензія була підписана Міністром освіти, головою ДАК Згуровським М.З., а 15 липня Степан Олександрович отримав її у секретаріаті ДАКУ.

На момент отримання ліцензії вступні іспити вже майже завершилися, тож набір абітурієнтів на нову спеціальність було перенесено на наступний навчальний рік.

Перший набір 25-ти студентів було проведено влітку 1999 року. У зв'язку з тим, що відкриття будь-якого факультету може бути здійснене лише за наявності 2-3-х кафедр, наша перша спеціальність перші два роки працювала при кафедрі фізичного виховання.

На початку січня 2001 року ректор Сливка В.Ю. запропонував відкрити кафедру фізичної реабілітації. 28 вересня 2000 року Вчена рада УжНУ прийняла рішення просити МОН відкрити в університеті факультет фізичного виховання і спорту. Це рішення підтримали голова облдержадміністрації Балого В.І. і голова обласної ради Іванчо І.В., котрі звернулись з відповідними листами до міністра освіти і науки Кременя В.Г.

Міністерство у наказі від 16.01.2001 року за № 1-01 дало дозвіл на відкриття нового факультету і на цій підставі, згідно з наказом ректора УжНУ від 24 січня 2001 року було створено факультет фізичного виховання і спорту. Виконувачем обов'язків декана було призначено Михайловича С.О.

У 2002 році факультет успішно пройшов акредитацію на рівень вимог підготовки бакалавра, а у 2003 році – спеціаліста. У 2004 році на факультеті відкрито заочне відділення з ліцензійним набором 60 студентів на рік. Серед цілої низки досягнень факультету у роки становлення окремо слід відмітити, що славний факультет і своїми спортсменами. Під час навчання всім його студентів стали майстрами спорту України міжнародного класу, десятки – майстрами спорту України. Звичайно, частина з них були підготовлені як спортсмени в інших спортивних організаціях Ужгорода, але є серед успішних спортсменів і ті наші випускники, які готувалися власне у факультетських секціях спортивного удосконалення. Так першим в історії майстрами спорту України міжнародного класу, підготовленим у групі спортивного вдосконалення кафедри фізичного виховання УжНУ, стала Габрієлла Знік (Мателешко), віце-чемпіонка Європи з пауерліфтингу серед юніорок (U-23), чемпіонка і рекордсменка України (навчалась у 2001-2006 роках); у цій же секції шлях від початківця до майстрами спорту України міжнародного класу з пауерліфтингу пройшла Єлізавета Бан (Рижак), чемпіонка світу і двічі віце-чемпіонка світу серед юніорок (U-23), бронзова призерка чемпіонату світу і срібна – чемпіонату Європи серед дорослих, багаторазова чемпіонка і рекордсменка України (навчалась у 2009-2014 роках).

За 20 років історії факультет пережив різні періоди свого становлення, кілька реорганізацій. Усі періоди

життя факультету вносили свої позитивні моменти в його розвиток і зростання. І на сьогодні факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» має у своєму складі 4 кафедри: фізичного виховання, фізичної реабілітації, основ медицини та наук про здоров'я. На факультеті працює 52 штатні науково-педагогічні працівники, серед яких 2 доктори та 17 кандидатів наук, професор та 9 доцентів, заслужений працівники фізичної культури і спорту України та

заслужений тренер України, 5 майстрів спорту України та інші фахівці високого класу. На факультеті провадиться підготовка бакалаврів, магістрів та докторів філософії в галузях знань «освіта/педагогіка» та «охорона здоров'я» і, на сьогодні навчається 502 студенти денної та 512 заочної форми підготовки. І це далеко не межа розвитку факультету – у нього попереду ще багато досягнень та успіхів. З Днем народження тебе – Факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»!

Дата надходження рукопису до редакції: 17.09.2019 р.

Відомості про авторів

Михайлович Степан (1929–2019) – кандидат педагогічних наук, професор.

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, доцент, декан факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Федорішко Андрій Андрійович – Заслужений працівник фізичної культури і спорту України, старший викладач кафедри фізичного виховання Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Товт Валерій Адальбертович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Сучасні особливості захворюваності дорослого населення

КНП ВРР Васильківський РЦПМСД, м. Васильків, Київська область

В роботі представлені результати вивчення динаміки захворюваності, поширеності хвороб серед різних верств населення України з порівняльним аналізом характеру змін в окремих її адміністративно-територіальних одиницях (область, район). Метою було – виявити подібність чи гетерогенність характеру ситуацій і довести потребу врахування особливостей на місцях при розробці регіональних стратегій розвитку охорони здоров'я.

Простежений дисонанс структур поширеності та захворюваності хвороб серед дорослого населення, а також неоднозначність останньої не тільки в територіальному плані, але й в межах однієї адміністративної одиниці серед різних верств її населення. Виявлені суттєві відмінності структур на районному, регіональному рівнях порівняно із загальноукраїнською свідчать про необхідність диференційованого підходу і ролі децентралізації до розробки реальних заходів щодо збереження здоров'я населення.

Виявлена неузгодженість між характером динаміки захворюваності та чисельністю населення (повікової, за місцем проживання), що проявилася в зниженні показників серед осіб старіше працездатного віку при зростанні його питомої ваги (на 6,6% та на 5,1% в Україні та області відповідно) і, навпаки, зростання величин серед працездатного віку за умов його скорочення (на 3,4% та 2,4% відповідно), інтенсивнішого зменшення рівнів серед міського, ніж сільського населення, при зворотній динаміці їх кількості, свідчать про глибокі процеси, що відбуваються в суспільстві і залежність від них стану організації медичної допомоги.

Ключові слова: захворюваність, поширеність хвороб, доросле населення, показник, структура, країна, регіон, район.

Вступ

Якість надання медичної допомоги, що знаходиться на вершині трикутника її системи і якої намагаються досягти усі служби, в основі своїй, безумовно, опирається на клініко-організаційно-управлінські принципи. Створення оптимальних умов для подальшого розвитку, впровадження нових, удосконалених форм, що з'являються в період реформування галузі, потребує узагальнення та оцінки їх діяльності [4, 9, 13]. Зазначене неможливо без володіння реальною ситуацією щодо стану здоров'я населення. Саме така об'єктивна інформація є визначальним критерієм підтвердження адекватності функціонуючих моделей сучасним вимогам [1, 5, 7, 10]. Водночас, особливості в багатофакторному аспекті поширеності захворювань розкривають також актуальні напрями не тільки для пошуку розробки новітніх технологій в лікувально-діагностичному процесі, але й служать обґрунтуванням для формування структурованих підходів по забезпеченню максимальної доступності для населення медичних послуг за умов наявності тієї чи іншої патології. Вагомим значення для їх реалізації мають об'єктивні дані, що дають чітке уявлення відносно стану здоров'я населення [2, 6, 15]. Тобто, володіння динамікою захворюваності, поширеності хвороб серед населення є ключовим елементом при розробці відповідних заходів. В нинішній період децентралізації, адміністративно-територіальних перетворень, передусім, виникає потреба у виявленні деталізованих особливостей формування зазначених процесів в самостійних місцевих одиницях розподілу територій. Зазначене мотивує проведення досліджень щодо оцінки ситуації в окремому муніципальному утворенні з метою виявлення подібності чи гетерогенності відносно середньо української, регіональних змін стану здоров'я дорослого населення, як базових знань для прийняття відповідних рішень за виявленими векторами наукових та практичних задач [3, 8, 11]. Власно викладене положення було прийнято за основу даної роботи, обґрунтувало її доцільність.

Матеріали та методи

Відповідно до мети для вивчення стану здоров'я дорослого населення була обрана Київська область, Васильківський район, який входить до її складу, та Україна в цілому. При порівнянні отриманих в ході роботи даних можливо підтвердити чи спростувати подібність процесів захворюваності, поширеності хвороб. А виявлені особливості та відмінності складуть передумови для обґрунтування стратегічного планування розвитку на рівні регіону, району, певної об'єднаної територіальної громади, що зараз набувають свого активного формування. Вибір області обумовлений її типовістю за чисельністю дорослого населення, розподілом його за віком, статтю, місцем проживання до більшості (9–36,0%) регіонів України і усереднених її значень, зокрема. Близька вона з ними й за забезпеченістю лікарями рівнем їх кваліфікації та мережею ліжкового фонду.

Матеріалом для дослідження були дані державних і галузевих статистичних медичних закладів МОЗ України. Використовувалась ф. №12, «Звіт про число захворювань зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу». Період вивчення: 2014–2017 роки. В порівняльному аспекті аналізувались показники захворюваності за усіма класами хвороб, поширеності хвороб, їх структури. При цьому враховувався вік, стать, місце проживання.

Для опрацювання даних були залучені стандартні методи статистики. При оцінці динаміки показників розраховувались абсолютний ріст (зниження), темпи приросту (зниження). В роботі використані системний підхід аналітико-синтетичний, порівняльний аналізи.

Результати дослідження та їх обговорення

Виявлено, що за останні чотири роки (2014 – 2017 рр.) поширеність захворювань серед дорослого населення зростала з різним темпом: в Україні – на 1,1% до 170634,5 на 100 тис. відповідного населення у 2017 р.; в Київській області – на 6,2% до 205827,3 та Васильківському районі Київської області – на 1,8% до 154879,6. Зазначимо, що показники подаються в розрахунку на 100 тис. відповідного населення, тому для зручності надалі наводяться лише конкретні їх величини. Тобто, в області показники були вище середньоукраїнських, а в районі нижчі за обидва з них. За аналізом даних серед різних верств населення виявлені особливості (рис. 1).

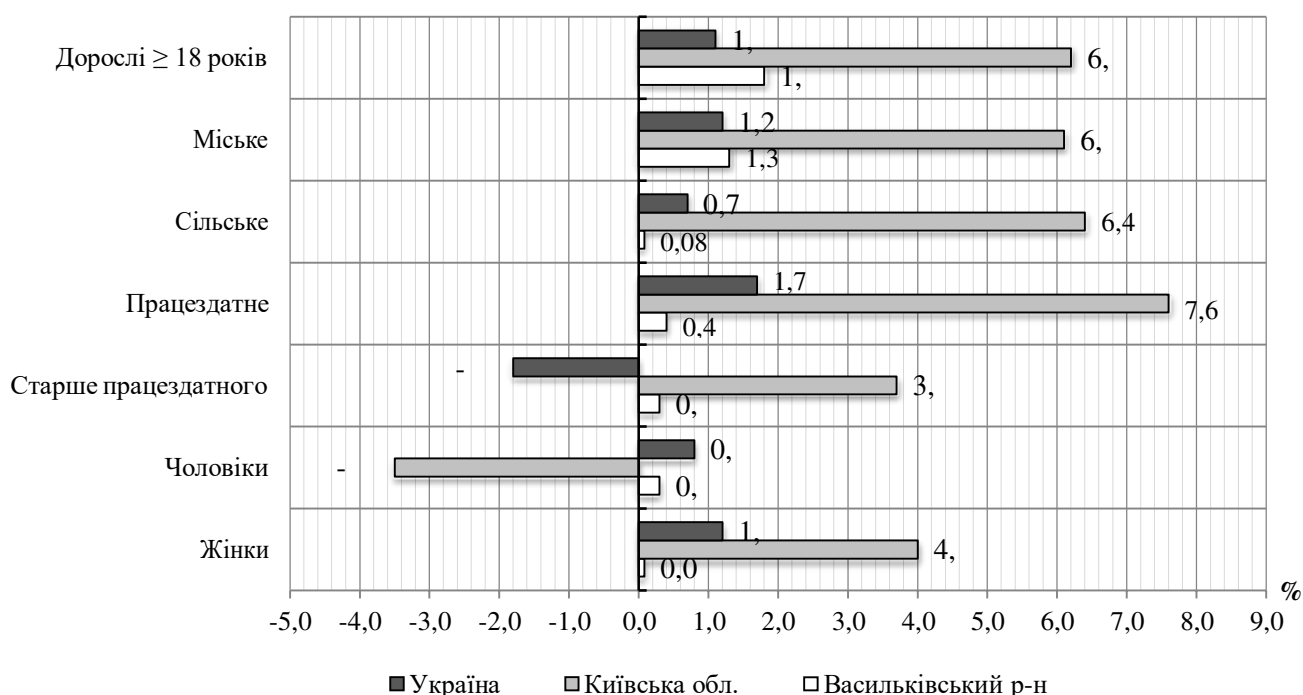


Рис. 1. Динаміка показників поширеності захворювань серед різних верств дорослого населення України, Київської області, Васильківського району, (2014-2017 рр.)

Так, в цілому по Україні серед міських жителів приріст показників був інтенсивнішим (на 1,2% проти 0,7% – сільських, конкретні величини у 2017 р. 173669,8 проти 163676,5). Більшим він був в 1,5 рази серед жінок; показники дорівнювали: 191045,0 проти 145873,9. При значно більших величинах серед осіб старше працездатного віку (250423,0 проти 137963,5 працездатного) вони стали менші на 1,8%, тоді як серед працездатного – більші на 1,7%. Тобто, зростання поширеності захворювань в цілому по країні більшою мірою обумовлено міським населенням, особами працездатного віку та жіночої статі.

Динаміка поширеності захворювань серед дорослого населення Київської області виділялася, передусім, своїм інтенсивнішим приростом (на 6,2%), дещо більшим серед сільського населення; в результаті у 2017 р. показники становили 214096,1 та 200607,6 відповідно. Як й в цілому по Україні, на тлі більших (в 1,7 рази) величин поширеності захворювань серед осіб старше працездатного віку (302121,3 проти 172869,7 – працездатного), зросли вони удвічі менше (3,7% проти 7,6% відповідно). Особливість змін за статтю виразніше проявилася в області: зростання на 7% показників серед жіночого населення супроводжувалось їх зменшенням на 3,5% серед чоловічого; у 2017 р. значення їх було 226872,7 та 165523,6 відповідно. Таким чином, в Київській області за негативним станом здоров'я виділяються сільські мешканці, жінки, суттєво воно погіршується з часом серед працездатного населення.

Васильківський район Київської області мав певні відмінності поширеності захворювань на тлі зростання (на 1,8%), чим подібна до попередніх об'єктів. Так, виявилося збільшення показника серед міських жителів (на 1,3%), практично однаковим був приріст серед населення працездатного та старше працездатного віку, а також зростання показників лише серед чоловіків (на 0,3%) з їх практичною стабільністю серед жінок. Рівні поширеності в районі були вищими серед міських жителів (148398,9 проти 128094,8 – сільських), старше працездатного віку (224593,4 проти 94973,1 серед працездатного) та жіночого населення (141381,3 проти 99635,4 – чоловічого). Виявлений характер співвідношення динаміки між різними верствами населення в районі має власні ознаки у вигляді більших темпів приросту показників серед міських жителів та осіб чоловічої статі і практично однаковим в розрізі вікових особливостей.

Підсумовуючи відмітимо, що серед загальнодержавних змін показників поширеності захворювань регіон виділяється суттєво інтенсивнішим їх ростом серед усіх верств населення. В свою чергу в районі він був повільнішим. До загальної ознаки відноситься факт більших величин показників серед осіб старше працездатного віку та жіночого населення.

В структурі поширеності захворювань від 70,4 до 97,5% в залежності від років, території, груп населення припадало на 6 класів хвороб. Проте, формують її рівень практично три класи: хвороби системи кровообігу, органів дихання, травлення. В такій послідовності, за поодинокими випадками, вони займають перші три місця і на них приходилось 52 – 90,3%; від 7,2 до 19,8% – на три інші класи хвороб. До них відносяться в різній їх комбінації хвороби сечостатевої, кістково-м'язової, ендокринної систем, хвороби ока.

При аналізі виявлено різноманіття варіантів розподілу за поширеністю основних класів хвороб серед різних верств населення в територіальному аспекті, що вказує на важливість їх врахування при зусиллях змінити ситуацію на краще. Як приклад, наведемо деякі факти.

Так, за роки спостереження поширеність захворювань за класом системи кровообігу в цілому по Україні зросла (на 0,8%) і формувалась в основному за рахунок гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних хвороб (ЦВХ). Серед міського населення показники зросли на 13,3%, 13,8% та 16,4% відповідно; серед сільського стали більшими лише на 0,2% при першій патології і зменшилися при обох других (на 0,7% та 0,4%); серед працездатного віку – приріст відмічався при гіпертонічній хворобі (ГХ) на 4,0% і спад при ішемічній хворобі серця (ІХС) на 0,6%, серед старше працездатного віку – мав місце від'ємний процес, тобто спостерігалась позитивна динаміка у вигляді зменшення ГХ на 3,6%, ІХС на 2,0% та ЦВХ на 4,6%.

Водночас в регіоні і районі мало місце погіршення ситуації (темпи приросту 5,0% та 0,7% відповідно). Передусім, показники суттєво перевищували середньоукраїнські і відмічався їх значний приріст: при ГХ на 6,8%, ІХС – 4,1%. Більшою мірою він проявився серед міських жителів, а саме на 4,9%, 4,0% та на 4,0% при ЦВХ, серед сільських – приріст при ГХ склав 5,2%, при ЦВХ – 2,1%. Звертає увагу працездатна категорія населення, серед якого поширеність при ГХ зросла на 8,6%, ІХС – на 7,6%, тоді як серед осіб старше пенсійного віку лише на 3,6% та 0,2%.

При аналізі класу хвороб органів дихання (ХОД), приріст яких в Україні, області, районі становив 20,1%, 13,6% та 12,6% відповідно, за своєю поширеністю виділявся хронічний бронхіт. Серед усіх верств населення області та району показники перевищували загальноукраїнські, особливо у сільських мешканців (в 1,6 рази) та осіб працездатного віку (в 1,4 рази), хоча більшими вони були серед осіб старше працездатного віку (5949,2 на 100 тис.). Позитивна динаміка проявилася у зменшенні рівнів поширеності патології в цілому по Україні на 5,3% до 2554,4 у 2017 р., з меншим темпом в регіоні та районі (на 3,5% до 3438,0 в Київській області). Зазначений характер змін в країні відбувався переважно за рахунок населення старше працездатного віку (на – 7,4% до 4453,9). При цьому приріст на 13,0% мав місце серед міських жителів. На відміну, в регіоні серед останніх поширеність хронічного бронхіту зменшилась (на 5,5% до 5145,6), як й серед працездатного населення (на 6,0% до 2246,1). Водночас, на 3% показник зріс серед осіб старше працездатного віку (до 5949,2) та сільських мешканців (на 1,8% до 4005,0), незначний приріст характерний й для чоловіків.

Регіональні відмінності більшим чином проявилися за динамікою хвороб системи травлення своїм суттєвим зростанням в розрізі різних його верств порівняно із практичною стабілізацією показників по Україні. Привертає увагу більші величини (1,6 – 2,2 рази) при гастриті, дуоденіті, холециститі, холангіті, виразковій хворобі шлунка та 12-палої кишки, хвороб підшлункової залози, що відноситься до найбільш поширених нозологій. Підкреслимо темп приросту серед міського населення (до 5%), сільського (до 2,2%), осіб старше працездатного віку (до 5%).

За аналізом хвороб органів сечостатевої системи (ХООС) також спостерігалася відмінність. В регіоні показники менші за загальноукраїнські, проте простежується приріст хвороб «Інфекції нирок» (на 5,6%), сечокам'яної хвороби (на 5,0%) переважно за рахунок міського населення та осіб працездатного віку (на 10,5%), а також серед міського населення (на 5,4%) та старше працездатних. Тоді як для України характерне зростання патології серед останніх та міських жителів (на 19,2%) із зниження у сільських (на 3,2%).

Серед хвороб ендокринної системи виділяється цукровий діабет. Його показники в регіоні не тільки перевищують середньоукраїнські, але й за темпом зростання удвічі більші (15,1% проти 7,6% відповідно). Воно проявляється більшою мірою серед міського населення (на 4,7%) та осіб старше працездатного віку (на 12,0%), тоді як по Україні виділяється сільське населення з приростом показника на 8,4% та особи працездатного віку (на 9,8%).

Серед хвороб кістково-м'язової системи (ХКМС) проблему складають артрози. Їх зростання в регіоні в 5 разів більше, ніж по країні (на 6,1% та 1,2% відповідно). За цією ознакою привертає увагу населення працездатного віку (на 10,5%), жителі сіл (на 6,2%), тоді як по країні – міське населення де показник зріс на 10,6%.

Таким чином, виявлені варіації відмінностей за статтю, віком, місцем проживання в розрізі класів хвороб слід розцінювати як основу для прийняття відповідних цілком конкретних заходів клініко-організаційного, управлінського характеру на місцях з тим, щоб зберегти та попередити погіршення стану здоров'я населення.

Первинна захворюваність серед дорослих по Україні склала у 2017 році 48212,2 на 100 тис. відповідного населення, в Київській області перевищувала її на 13,5% (54727,2), а у Васильківському районі була меншою на 3,2% та 14,7% відповідно (46671,5). На рис. 2 подана динаміка показників. Як видно з рис. 2, захворюваність знизилась на 0,8% по країні та, навпаки, зросла в Київській області (на 8,8%) та Васильківському районі (на 2,2%). В цілому по Україні, за окремим випадком, зниження захворюваності інтенсивніше відбувалося серед міського, ніж сільського; серед чоловічого, ніж жіночого; серед старше працездатного віку на 1,6% проти зростання серед працездатних (на 0,4%).

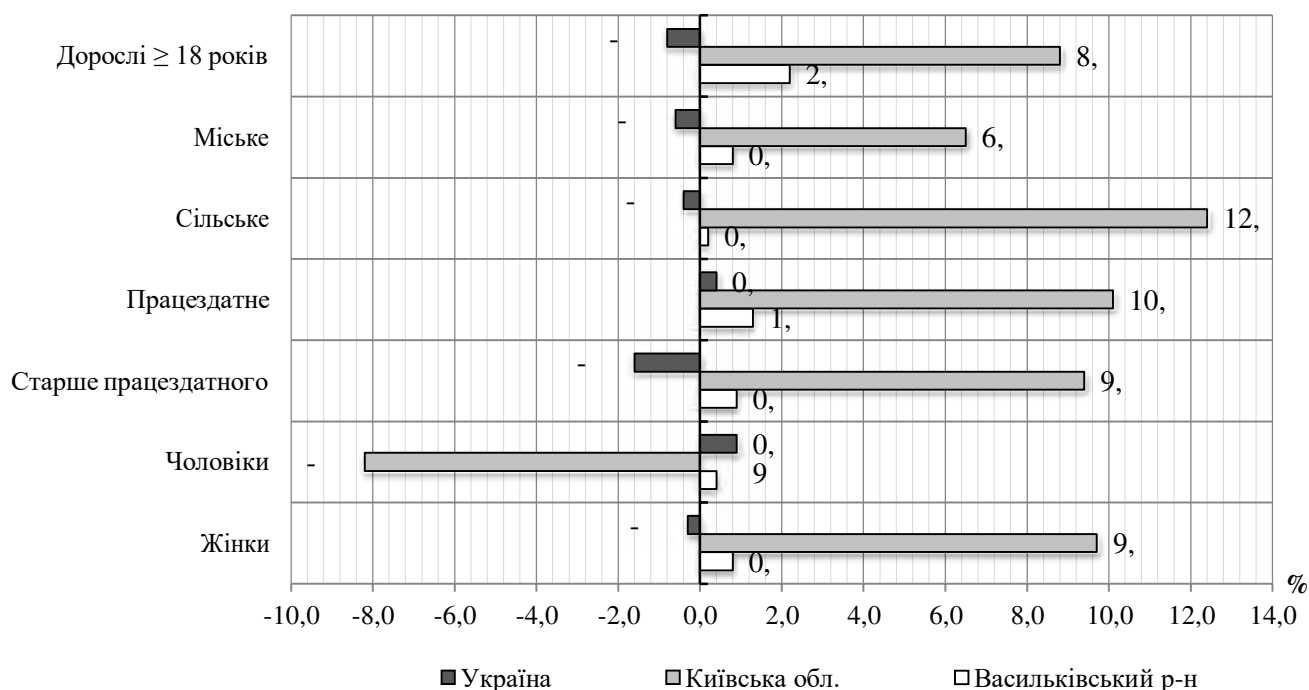


Рис. 2. Динаміка показників захворюваності серед різних верств дорослого населення України, Київської області, Васильківського району, (2014-2017 рр.)

Притаманні власні ознаки динаміки й Васильківському району. На тлі суттєво повільнішого зростання захворюваності, воно в 4 рази інтенсивнішим було серед міських жителів, в 1,4 рази серед працездатних, удвічі серед жінок. За представленою інформацією викристалізуються проблемні питання в регіональному плані, що потребують подальшого поглибленого вивчення.

Насторожує виявлена неузгодженість між характером динаміки захворюваності та чисельності населення (повікової, за місцем проживання). Так, зниження її показників серед осіб старше працездатного віку при зростанні його кількості (на 6,6% та на 5,1% в Україні та області відповідно) і, навпаки, зростання величин серед населення працездатного віку за умов скорочення (на 3,4% та 2,4% відповідно), а також інтенсивніше зменшення рівнів серед міського, ніж сільського населення при зворотній динаміці відповідної категорії їх кількості, свідчать певною мірою про глибинні процеси, що відбуваються в суспільстві і від яких залежна медична допомога.

В структурі первинної захворюваності в Україні у 2017 р. перше місце займали хвороби органів дихання (44,6%), друге – системи кровообігу (10,3%), третє – сечостатевої системи (9,2%); як видно, на них припадає більша половина – 64,1%. Практично третя частина (26,6%) приходить на наступні чотири класи хвороб: травми та отруєння (7,8%), хвороби шкіри (6,4%), ока (6,3%), кістково-м'язової системи (6,1%). Порівняльний аналіз із структурою поширеності виявляє суттєві розбіжності. Так, хвороби органів травлення, ендокринної системи не увійшли до провідних, натомість травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин, а також хвороби шкіри знайшли ці місця.

Структура захворюваності в регіоні має свої відмінності, вони зберігаються в його адміністративних територіях. Перші три місця, на які припадає 57,1%, приходяться на хвороби органів дихання (36,9%), травми та отруєння (10,2%),

а також хвороб системи кровообігу (10,0%), П'ята частина (21,5%) загальної складової представлена хворобами шкіри (6,1%), сечостатевої системи (6,0%), ХКМС (4,8%) та хворобами ока (4,6%).

Варто вказати на багатоаспектні особливості динаміки показників захворюваності за класами хвороб в розрізі різних верств населення. Зазначене положення знаходить своє підтвердження за даними рис. 3, 4, 5.

Прокоментуємо основні тенденції. Так, приріст захворюваності на ХОД в регіоні у 6 разів (на 10,5%), а в районі в 4,7 рази (на 8,4%) був більшим, між в Україні (на 1,8%). Серед усіх верств населення Київської області відповідні показники за темпом перевищували загальноукраїнські, тоді як в районі динаміка була незначною і не всюди однозначною за характером. Інтенсивнішим зростання захворюваності було серед сільського населення: в Україні на 4,9%, в регіоні на 10,5% і в районі лише на 1,4%. Більшим приріст показників був серед жіночого населення – на 2,0% по країні і на 13,8% в регіоні, тоді як в районі – чоловіків (на 0,9%).

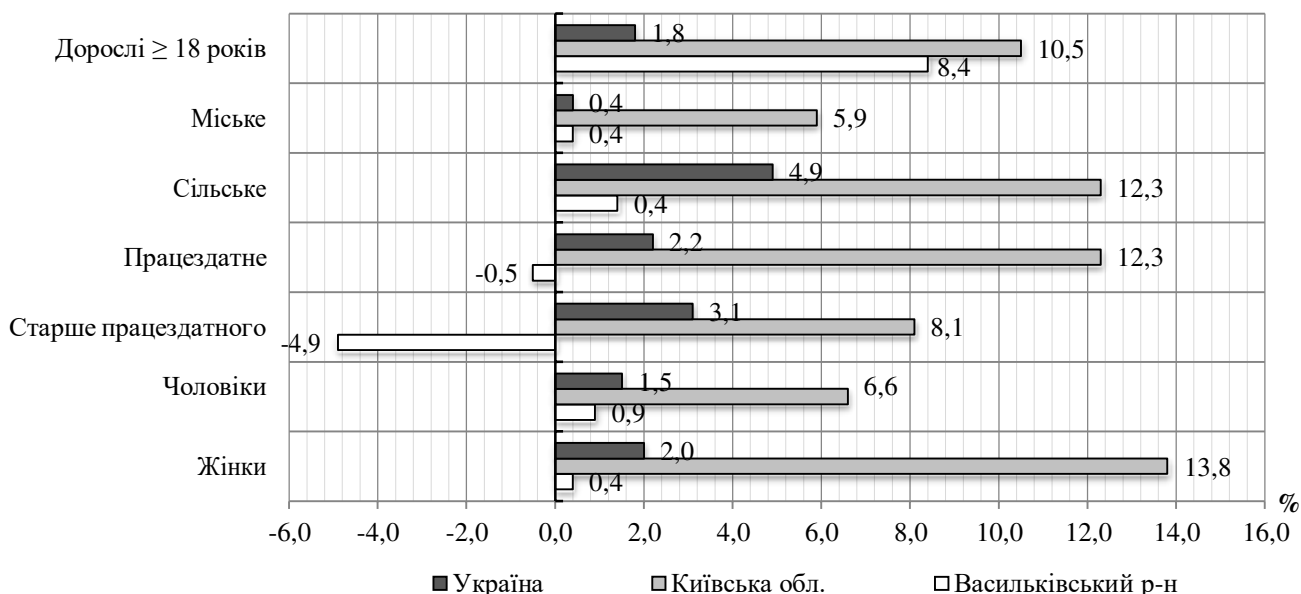


Рис. 3. Темпи приросту (зниження) показників захворюваності на хвороби органів дихання дорослого населення України, Київської області, Васильківського району

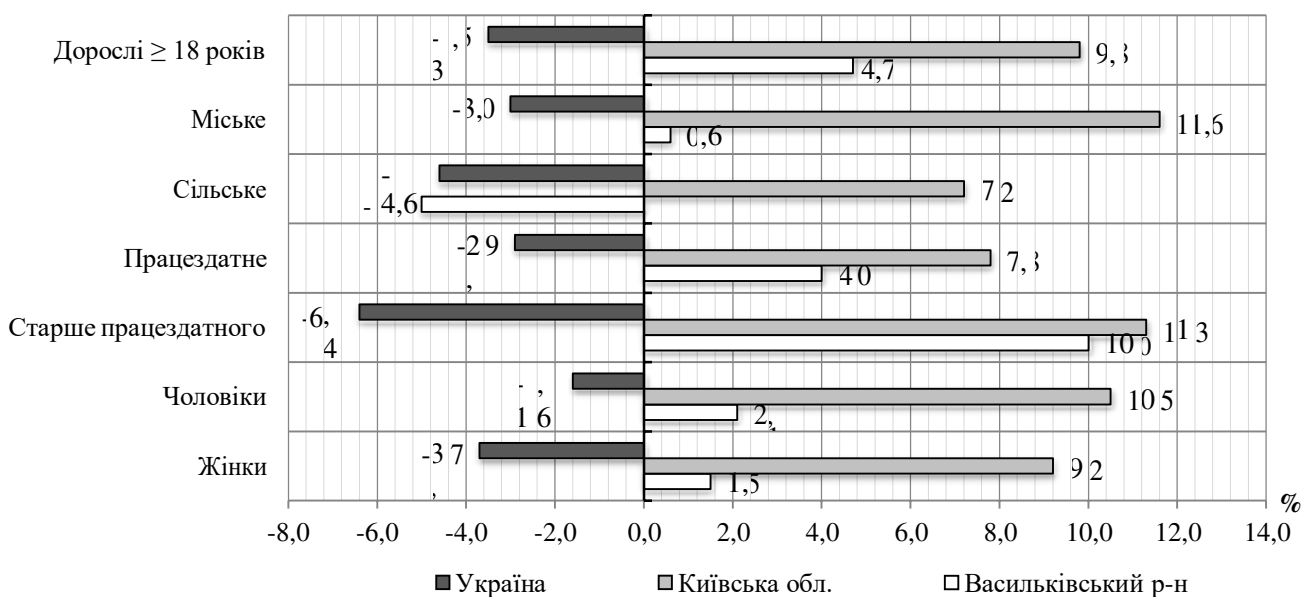


Рис. 4. Темпи приросту (зниження) показників захворюваності на хвороби системи кровообігу серед дорослого населення України, Київської області, Васильківського району

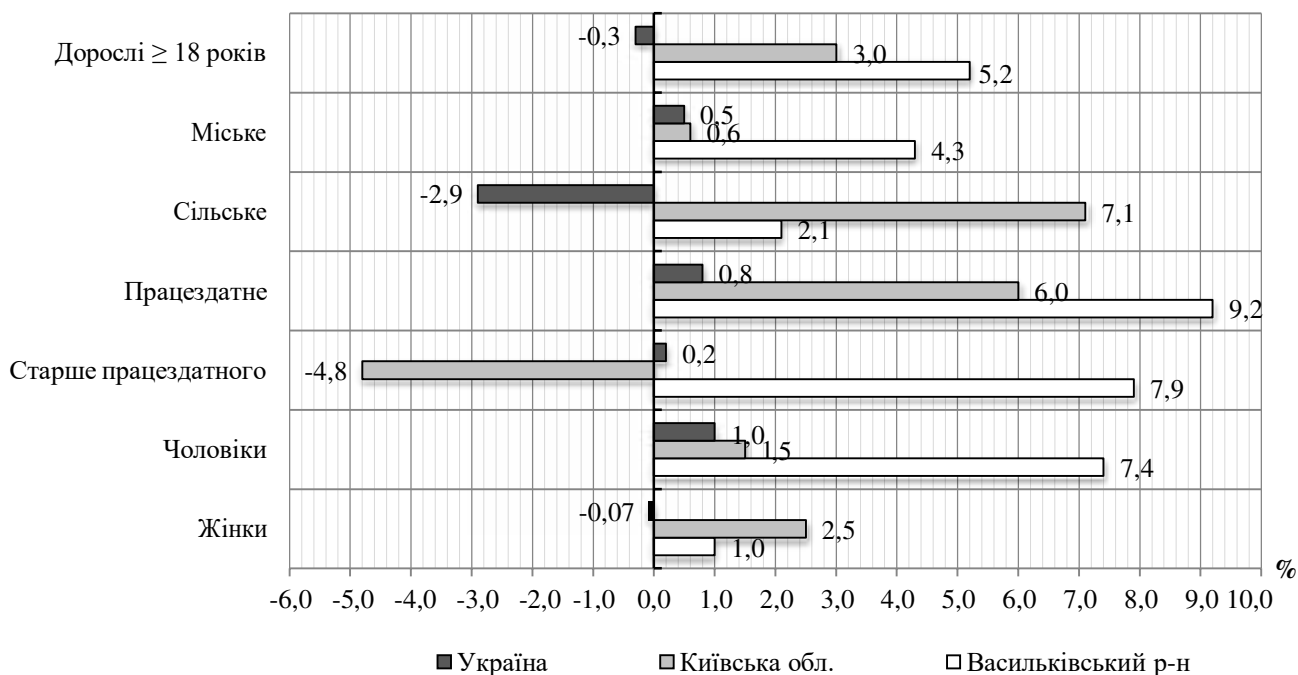


Рис. 5. Темпи приросту (зниження) показників захворюваності на хвороби сечостатевої системи серед дорослого населення України, Київської області, Васильківського району

Враховуючи значення та місце хвороб системи кровообігу (ХСК) серед основних причин інвалідизації, смертності, і той факт, що їм в регіоні та районі належало третє місце в структурі захворюваності, дослідили динаміку патології в стандартному порівняльному аспекті (Україна, регіон, район). На відміну від зниження захворюваності ХСК в цілому по Україні привертає увагу її зростання в області (на 9,8%) з удвічі повільнішим його темпом (на 4,7%) в районі; у 2017 р. показники становили 5323,6 та 4096,5 відповідно проти 4957,4 середньоукраїнських. За приростом виділялось: міське населення регіону (на 11,6%), в районі він склав 0,6% при зниженні на 5,0% серед сільських мешканців; населення старше працевдатного віку (на 11,3% та 10,0% відповідно), а також чоловіків (на 10,5% та 2,1% відповідно).

ХОСС представляють інтерес з точки зору їх третього місця в структурі захворюваності по Україні. На тлі незначного зменшення їх величин в цілому по країні (на 0,3% до 4415,6 у 2017 р.) в регіоні та районі спостерігався суттєвий приріст (на 3,0% та 5,2% до 3533,3 та 3088,6 відповідно). Інтенсивнішим він був в регіоні серед сільських жителів, в районі – міських, працевдатних та осіб чоловічої статі.

Дисонанс, простежений при співставленні структур захворюваності та поширеності дозволяє виявити актуальні проблемні напрями діяльності медичних закладів охорони здоров'я. Зокрема, в структурі захворюваності дорослого населення Київської області на хвороби органів травлення приходиться 3,8%, вони займають восьме місце, тоді як в структурі поширеності відповідно 12,0% і третє місце. Протилежний приклад стосується хвороб шкіри, які в структурі захворюваності входять в першу п'ятірку за питомою вагою (6,1% і лише 1,6% їх належить в структурі поширеності). Подібна картина спостерігається не тільки в регіоні, вона має місце й в цілому по Україні. З наведених прикладів напрошується висновок якості лікування, реабілітації хворих. Визначається вектор досліджень, оскільки усі вони повинні спрямовуватись на зниження втрат здоров'я дитячого населення від керованих причин.

Підсумовуючи отримані дані відмічаємо неоднозначність характеру динаміки явищ, що вивчалися в територіальному аспекті, а також в межах однієї адміністративної одиниці серед різних верств її населення. Суттєві відмінності в структурах захворюваності поширеності хвороб на районному, регіональному рівнях порівняно із загальноукраїнською ще раз підкреслюють вагомість диференційованого підходу і ролі децентралізації в прийнятті реальних відповідних рішень по збереженню здоров'я населення. Більше того, оскільки в ході дослідження викристалізувались групи населення, які виділяються зростанням серед них хвороб із числа тих, яким характерна хронізація, притаманна певна вікова категорія, стає очевидною першочерговість вирішення задач в кожній конкретній адміністративній території.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням зміни тенденцій показників дитячого населення.

Висновки

1. Встановлено зростання поширеності захворювань (за 2014 – 2017 рр.) серед дорослого населення з виявленням особливостей серед різних його верств та адміністративних територій: в Україні на 1,1% до 170634,5; Київській області на 6,2% до 205827,3 та Васильківському районі – на 1,8% до 154879,6 на 100 тис.; приріст показників переважав серед міських жителів (1,2%; 6,1%; 1,3% проти 0,7%; 6,4%; 0,08% – сільських), працездатних та осіб жіночої статі, більшою мірою зміни виражені в Київській області.

2. В структурі поширеності захворювань 70 – 97%, в залежності від років вивчення, території, груп населення припадає на 6 класів хвороб, проте формують її практично три з них: хвороби системи кровообігу, органів дихання, травлення; 7 – 20% приходить на різні комбінації в залежності від вказаних ознак на хвороби сечостатевої, кістково-м'язової, ендокринної систем.

3. Захворюваність дорослих в Україні у 2017 р. становила 48212,2 на 100 тис., в Київській області була більшою на 13,5% (54727,2), а у Васильківському районі – меншою на 3,2% та 14,7% відповідно (46671,5). З 2014 до 2017 рр. показники знизились на 0,8% по країні, зросли в області (на 8,8%) та районі (на 2,2%). Особливості в цілому по країні проявилися інтенсивнішим процесом серед міського населення (на 0,6% проти 0,4% – сільського), чоловіків (на 0,9% проти 0,3% – жінок), осіб працездатного віку (на 1,6% проти зростання серед працездатних на 0,4%); в області – удвічі більшим зростанням серед сільського населення (на 12,4% проти 6,5% – міського), працездатних осіб (на 10,1% проти 9,4% старше працездатних), серед жінок (на 9,7%); в районі інтенсивнішим зростанням серед міських жителів (0,8% проти 0,2% – сільських), працездатних (на 1,3% проти 0,9% – старше працездатних) та жінок (на 0,8% проти 0,4% – чоловіків).

4. Простежений дисонанс структур поширеності та захворюваності хвороб серед дорослого населення, а також неоднозначність останньої не тільки в територіальному плані, але й в межах однієї адміністративної одиниці серед різних верств її населення. Виявлені суттєві відмінності структур на районному, регіональному рівнях порівняно із загальноукраїнською свідчать про необхідність диференційованого підходу і ролі децентралізації при розробці реальних заходів щодо збереження здоров'я населення.

Література

1. *Гайдаєв Ю.О.* Державні програми як механізм подальшого розвитку охорони здоров'я України. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2007;3:5–7.
2. *Грузєва Т.С.* Наукове обґрунтування розробки державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002;1:60–3.
3. *Клименко В.І., Денисенко І.М.* Реформування галузі охорони здоров'я України на рівні вторинної медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2011;3:25–9.
4. *Лехан ВМ, Слабкий ГО, Шевченко МВ.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010;1:5–23.
5. *Линник СО, Кризина НІ, Пархоменко ГЯ.* Сучасні проблеми управління національної системи охорони здоров'я та шляхи їх подолання. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012;3(53):46–52.
6. *Медведовська НВ, Дячук ДД.* Сучасний стан та регіональні особливості використання стаціонарозамінних форм медичної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012;2:44–8.
7. *Пархоменко ГЯ, Якимець ВМ.* Проблеми у системі охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності. Україна. Здоров'я нації. 2011;1:45–50.
8. *Проценко ЮМ.* Особливості діяльності територіальних громад в Україні. Економіка і суспільство. 2018;14:838–42.
9. *Ринда ФП, Крисько МО.* Впровадження політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» в державні програми з охорони здоров'я населення України. Україна. Здоров'я нації. 2012;1:90–4.
10. *Ринда ФФ.* Актуальні питання становлення системи громадського здоров'я в Україні. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):53–8.
11. *Свінцицький АС.* Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки. Практикуючий лікар. 2013;2:7–13.
12. *Слабкий ГО, Русняк ВА.* До питання наукового забезпечення проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2013;4(28):78–82.
13. *Соколова ОМ, Ковальчук АВ.* Теоретичні засади фінансової децентралізації в умовах реформування системи державного управління. Вісник Національної академії державного управління при Президенті України Серія: Державне управління. 2016;4:117–24.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.08.2019 р.

Современные особенности заболеваемости взрослого населения

Я.И. Августиневич

КНП ВРР Васильковский РЦМПСП г. Васильков, Киевская область

В работе представлены результаты изучения динамики заболеваемости, распространенности болезней среди различных слоев населения Украины в сравнительном аспекте с характером изменений процессов в отдельных ее административно-территориальных единицах (область, район). Целью было – выявить сходство или гетерогенность характера ситуаций и доказать необходимость учета особенностей на местах при разработке стратегии развития здравоохранения.

Прослежен диссонанс структур распространенности и заболеваемости болезней среди взрослого населения, а также неоднозначность их не только в территориальном плане, но и в пределах одной административной единицы среди различных слоев ее населения. Выявлены существенные различия структур на районном, региональном уровнях по сравнению с общеукраинской, что обуславливает дифференцированный подход и роль децентрализации при принятии реальных мер по сохранению здоровья населения.

Обнаруженная несогласованность между характером динамики заболеваемости и численностью населения (возрастной, по месту жительства), проявилась в снижении показателей среди лиц старше трудоспособного возраста при росте его удельного веса (на 6,6% и на 5,1% в Украине и области соответственно) и, наоборот, рост величин среди трудоспособного возраста в условиях его сокращения (на 3,4% и 2,4% соответственно), интенсивного уменьшения уровней среди городского, чем сельского населения, при обратной динамике их количества, свидетельствуют о глубинных процессах, происходящих в обществе и зависимость их от состояния организации медицинской помощи.

Ключевые слова: заболеваемость, распространенность болезней, взрослое население, показатель, структура, страна, регион, район.

Modern features of the morbidity of the adult population

Ya.I. Avgustovych

CNE Vasytkivsky, DC Vasytkivsky DCPMSA, Vasytkiv-city, Kyiv Oblast

The paper presents the results of the study of the dynamics of morbidity, post-traumatic diseases among various segments of the population of Ukraine, and a comparative analysis of the nature of changes in some of its administrative-territorial units (oblast, district). The aim was to find out the similarity or heterogeneity of the nature of situations and to prove the need to take into account local specificities in the development of regional health development strategies.

There was traced the dissonance of the structures of the prevalence and morbidity of diseases among the population, as well as the ambiguity of the latter not only territorially but also within the same administrative unit among different sections of the population. The significant differences between structures at the rayon and regional levels in comparison with the national ones show the need for a differentiated approach and the role of decentralization to develop real measures to preserve the health of the population.

There was revealed a discrepancy between the nature of the dynamics of morbidity and the population number (age, place of residence), which was manifested in lowering the indicators among people older than working age with an increase in its proportion (by 6,6% and 5,1% in Ukraine and oblast, respectively) and on the contrary, an increase in the size of the working-age population in terms of its reduction (by 3,4% and 2,4% respectively), the more intensive reduction of the levels among urban rather than rural population, with the reverse dynamics of their numbers, indicate the profound processes occurring in society and the dependence on them of the organization of medical care.

Key words: morbidity, prevalence of diseases, adult population, indicator, structure, country, region, district.

Відомості про автора

Августиневич Ярослава Ігорівна – головний лікар комунального некомерційного підприємства Васильківської районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги», 08600, Київська обл., м. Васильків, вул. Декабристів, 87.

Нагальні проблеми та структурно-функціональна модель організації рекреаційної діяльності населення України за місцем проживання

Заклад вищої освіти "Ужгородський національний університет", м. Ужгород

У статті представлено результати дослідження, проведеного з метою окреслити нагальні проблеми рекреаційної діяльності населення України за місцем проживання і представити її сучасну взірцеву структурно-функціональну модель. Об'єктом дослідження є рекреаційна діяльність населення як напрям його активного дозвілля, фізичного виховання та оздоровлення. У ході дослідження використані такі методи: аналіз літератури, спостереження за роботою закладів рекреаційної галузі, метод педагогічного моделювання. Основні результати дослідження полягають у тому, що нами озвучені нагальні проблеми рекреаційної роботи за місцем проживання, окреслені шляхи їх розв'язання, обґрунтовані сучасні підходи до організації рекреаційної діяльності різних категорій населення, розроблено сучасну взірцеву структурно-функціональну модель такої організації. Зроблено висновок, згідно з яким організація рекреаційної роботи в Україні потребує оновлення і подальшого розвитку інфраструктури галузі, підвищення рівня доступності та якості рекреаційних послуг. Пропонується реалізація представленої моделі, в якій відображені різні рівні структурної та функціональної побудови рекреаційної роботи на території місцевої громади.

Ключові слова: рекреація, рекреаційна діяльність, населення, дозвілля, оздоровлення.

Дослідження виконується відповідно до тематичного плану науково-дослідних робіт Ужгородського національного університету з теми «Теоретичні і методичні основи адаптації майбутніх вчителів фізичної культури до професійної діяльності» (державний реєстраційний номер 0115U004635).

Вступ

Стан здоров'я широких верств населення є важливим показником культури та соціально-економічної зрілості суспільства, благополуччя держави. Через низку причин в Україні сьогодні цей стан є незадовільним, що, зокрема, пов'язано з існуванням багатьох нагальних проблем рекреаційної сфери, відсутністю належної організації масового дозвілля. Розв'язання цих проблем ми розглядаємо як вірний шлях спрямувати зусилля пересічної людини на відновлення втрачених резервів здоров'я, що безумовно важливо і в контексті загальної суспільної гармонізації. Ситуація вимагає застосування кардинально нових, сучасних підходів до організації рекреаційної діяльності населення України.

Серед останніх досліджень поставлених у статті проблем слід відзначити розробку теорії і практики організації рекреаційної діяльності Г. Аванесової [1], статтю А. Гакмана, де зроблено спробу характеристики основних напрямів і проблем розвитку української рекреаційної сфери в сучасних умовах [2], колективне дослідження історії цього розвитку [3], статті Н. Москаленко на тему тенденцій і закономірностей діяльності рекреаційної сфери [4], О. Андрєєвої, в якій узагальнено питання теоретичних та організаційних основ рекреації, розроблено концептуальні підходи до розробки теоретико-методологічних засад рекреаційної діяльності різних груп населення [5], Л. Ляховець і Н. Степчук – про роль фізичного виховання в рекреації [6], А. Мандюка – про деякі особливості фізичної рекреації школярів [7].

Мета дослідження – окреслити нагальні проблеми рекреаційної діяльності населення України за місцем проживання і представити її сучасну структурно-функціональну модель.

Об'єкт дослідження: рекреаційна діяльність населення як напрям його активного дозвілля, фізичного виховання та оздоровлення.

Методи дослідження: 1) аналіз літератури; 2) спостереження за роботою закладів рекреаційної галузі; 3) метод педагогічного моделювання.

Результати дослідження

Однією з основних проблем діяльності рекреаційної галузі в Україні є те, що її інфраструктура, особливо на територіях сільських і селищних громад, не відповідає сучасним вимогам щодо забезпечення дозвілля та оздоровлення, доступного для різних груп населення. Матеріально-технічна база більшості державних і громадських закладів та організацій, майданчиків, рекреаційних зон не відповідає сучасним стандартам. Іншою важливою проблемою є часткова невідповідність змісту і якості рекреаційних послуг, що надаються за місцем проживання, запитам та очікуванням

більшості мешканців відповідних територій. Це стосується як режиму роботи рекреаційних закладів, так і доступності послуг, відповідності їхньої вартості реальним можливостям людей.

Запропонована нами структурно-функціональна модель організації рекреаційної діяльності включає декілька структурних і функціональних рівнів. Перший структурний рівень відображає структуру управління рекреаційною діяльністю на рівні місцевої влади. Основною ланкою моделі на цьому рівні є виконкоми місцевих рад у містах, селищах, селах та їхні структурні підрозділи – управління освіти, охорони здоров'я та фізичної культури і спорту. Вони, відповідно, формують центри оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням за місцем проживання та організують їх діяльність. Потенційно в цій роботі можуть брати участь і інші підрозділи виконкомів місцевих рад – управління житлово-комунального господарства, культури, інформаційного забезпечення, сім'ї, дітей та молоді. Нові суб'єкти – центри оздоровчо-рекреаційної роботи за місцем проживання – утворюються на територіях місцевих громад або при міських мікрорайонах і виконують основну функцію забезпечення рекреаційними послугами якомога більшої кількості місцевих мешканців.

Другий структурний рівень відображає структуру діяльності основних суб'єктів надання рекреаційних послуг за місцем проживання й на територіях місцевих громад. Основною ланкою моделі на цьому рівні є потенційні центри оздоровчо-рекреаційної роботи за місцем проживання, які тісно співпрацюють із навчальними закладами, різними установами та організаціями. Безпосередньо рекреаційні послуги надають фізкультурно-спортивні організації різного типу і спрямування (спортивні клуби, фізкультурно-оздоровчі комплекси, фітнес-центри, тренажерні зали, центри здоров'я, туристські, водні, лижні та інші подібні клуби), оздоровчо-рекреаційні табори і бази (будинки відпочинку, пансіонати, оздоровчо-спортивні бази і табори, туристичні бази й т. п.), постійно діючі фізкультурно-оздоровчі групи (у мікрорайонах, зонах відпочинку або за місцем роботи). Роботу фізкультурно-спортивних організацій, оздоровчо-рекреаційних таборів і баз, фізкультурно-оздоровчих груп коригують місцеві центри оздоровчо-рекреаційної роботи.

Третій структурний рівень відображає суб'єкти територіальної організації рекреаційної діяльності за місцем проживання. Основною ланкою моделі на цьому рівні є суб'єкти територіальної організації рекреаційної діяльності – з одного боку, споруди спортивного та оздоровчо-рекреаційного призначення (стадіони, спортивні майданчики, спортивні зали, плавальні басейни, велотреки тощо), з іншого – місця масового відпочинку населення (парки та лісопарки, відкриті спортивні комплекси, пляжі й зони відпочинку на воді. У парках або відкритих спортивних комплексах працюють теренкури, доріжки здоров'я, дитячі майданчики, пункти прокату спортивного інвентарю й т. д., які також є складовими моделі.

Перший функціональний рівень моделі організації рекреаційної діяльності відображає загальні функції управління фізичної культури і спорту та інших зацікавлених підрозділів виконкомів місцевих органів самоврядування, а також центрів оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням за місцем проживання щодо планування, організації, регулювання діяльності у сфері масової рекреації в міських мікрорайонах і на територіях місцевих громад. Основними функціями зазначених центрів є функції планування, організації, регулювання рекреаційної діяльності, а також контролю за наданням рекреаційних послуг. На управління місцевих рад покладаються формування нормативної бази рекреаційної діяльності, налагодження на її різних рівнях соціальної взаємодії, догляд за матеріально-технічною базою фізкультурно-спортивних організацій і спортивних споруд, підготовка і перепідготовка професійних кадрів у рекреаційній галузі. Потенційні центри оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням за місцем проживання, зі свого боку, крім іншого, вирішують завдання вивчення рекреаційних потреб населення даної території чи мікрорайону, здійснення науково-методичного супроводу рекреаційної діяльності, інформування населення про рекреаційні послуги, що надаються на даній території чи в мікрорайоні, розробки новітніх методик і технологій, а також адресних програм надання таких послуг. Сучасні підходи до організації рекреаційної діяльності вимагають особливої уваги до таких напрямів роботи як налагодження соціальної взаємодії, пропаганда здорового способу життя, реконструкція матеріально-технічної бази відповідних організацій і споруд у мікрорайонах і на територіях місцевих громад.

Другий функціональний рівень відображає різні види й форми проведення рекреаційних занять і заходів у рамках масової рекреаційної діяльності. Це можуть бути розвиваючі, профілактичні чи відновлювальні рекреаційні заняття, заняття оздоровчого та гігієнічного спрямування, заняття групові та індивідуальні, організовані та самостійні, епізодичні та систематичні, в різних видах фізичної культури і спорту. На цьому рівні слід відзначити також масові рекреаційні заходи (масові змагання, конкурси, розваги, туристські походи й т. п.). Всі ці заняття й заходи розрізняються за поставленими перед ними завданнями, спрямованістю, формами керівництва та організації, регулярністю проведення, чисельним складом учасників тощо.

Третій функціональний рівень моделі відображає критерії ефективності рекреаційної діяльності населення та роботи вказаних вище суб'єктів організації масової рекреації. Основними такими критеріями є рівень участі мешканців території чи мікрорайону в рекреаційній діяльності й відповідних заходах, якість рекреаційних послуг, раціональність та ефективність використання наявних ресурсів.

Звичайно, ми не повинні розглядати таку модель як застиглу схему, вона може доповнюватися й іншими складовими. Це можуть бути, наприклад, заходи з контролю функціонального стану представників різних категорій населення, особливо осіб зрілого віку, групової та індивідуальної оцінки біологічно доцільних доз рухової активності, оцінки ефективності проведення активного дозвілля, соціально-економічні чинники конкретної території чи

мікрорайону, що впливають на активність рекреаційної діяльності, програми відпочинку та оздоровлення для різних контингентів населення.

У представленій моделі звертаємо особливу увагу на пропозицію щодо організації на територіях місцевих громад роботи спеціальних центрів оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням за місцем проживання. Основне призначення таких закладів повинно полягати в загальній координації всієї оздоровчо-рекреаційної діяльності території, організації масових фізкультурних та оздоровчо-рекреаційних заходів. За такими центрами можуть бути закріплені певні організації, об'єкти, споруди, зокрема майданчики загальноосвітніх навчальних закладів та дворові майданчики житлового сектору.

Висновки

Організація рекреаційної роботи за місцем проживання потребує оновлення і подальшого розвитку інфраструктури рекреаційної галузі, підвищення рівня доступності та якості рекреаційних послуг, планування рекреаційної діяльності на основі аналізу потреб та інтересів представників різних категорій населення. Ефективність рекреаційної роботи повинна визначатися на основі питомої ваги населення мікрорайону чи території місцевої громади, яке бере участь у регулярних заняттях фізичною культурою, веде здоровий спосіб життя. Для підвищення цієї ефективності необхідно реалізувати представлену модель рекреаційної діяльності, в якій чітко відображені різні рівні взірцевої структурної та функціональної побудови рекреаційної роботи в міському мікрорайоні, використання в цій роботі різних органів і структур, організацій і закладів, форм оздоровчо-рекреаційних занять і масових заходів, місць їх проведення тощо.

Перспективи подальших досліджень

Далі планується проведення експериментальних досліджень рекреаційної діяльності у фізкультурно-спортивних організаціях, розташованих на певних територіях, та її впливу на функціональний стан представників різних категорій населення.

Література

1. *Аванесова Г. А.* Культурно-досуговая деятельность: Теория и практика организации. Москва: Аспект Пресс, 2006. 236 с.
2. *Гакман А. В.* Характеристика розвитку рекреації в Україні. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. праць. Харків: Харківська держ. академія дизайну і мистецтв, 2009. № 8. С. 34-37.
3. *Круцевич Т. Ю., Пангелова Н. Є., Пангелов С. Б.* Історія розвитку фізичної рекреації. Київ: Академвидав, 2013. 160 с.
4. *Москаленко Н.* Тенденції та закономірності становлення фізичної рекреації на різних історичних етапах. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки. Серія: Фізичне виховання і спорт. 2013. Вип. 11. С. 7-11.
5. *Андрєєва О. В.* Історичні, теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності різних груп населення. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2015. № 2 (46). С. 19-23.
6. *Ляховець Л., Степчук Н.* Організація активного дозвілля за місцем проживання в системі фізичного виховання дорослого населення. Історичні, теоретико-методичні, медико-біологічні аспекти фізичної культури і спорту: матеріали наук.-практ. конф. (Чернівці, 6-7 квітня 2016 р.). Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2016. С. 47-55.
7. *Мандюк А. Б.* Особливості використання спортивних майданчиків школярами для здійснення рухової активності під час дозвілля. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2017. № 27-28. С. 182-188.

References

1. *Avanesova G. A.* Kul'turno-dosugovaya deyatel'nost': Teoriya i praktika organizacii. [Cultural and leisure activities: Theory and practice of organization]. Moscow, 2006, 236 p. (Rus.).
2. *Hakman A. V.* Kharakterystyka rozvytku rekreatsii v Ukrainy. [Description of the development of recreation in Ukraine]. Pedagogika, psykholohiia ta medyko-biologichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu: Zb. nauk. prats. Kharkiv, 2009, vol. 8, p. 34-37. (Ukr.).
3. *Krutsevych T. Yu., Panhelova N. Ye., Panhelov S. B.* Istoriia rozvytku fizychnoi rekreatsii. [The history of the development of physical recreation]. Kyiv, 2013, 160 p. (Ukr.).
4. *Moskalenko N.* Tendentsii ta zakonomirnosti stanovlennia fizychnoi rekreatsii na riznykh istorychnykh etapakh. [Trends and patterns of physical recreation at different historical stages]. Molodizhnyi naukovyi visnyk Skhidnoievropeiskoho natsionalnoho universytetu im. Lesi Ukrainky. Serii: Fizychno vykhovannia i sport. 2013. vol. 11, p. 7-11. (Ukr.).

5. Andrieieva O. V. Istorychni, teoretyko-metodolohichni zasady rekreatsiinoi diialnosti riznykh hrup naselennia. [Historical, theoretical and methodological principles of recreational activity of different population groups]. Slobozhanskyi naukovo-sportyvnyi visnyk. 2015. vol. 2 (46), p. 19-23. (Ukr.).
6. Liakhovets L., Stepchuk N. Orhanizatsiia aktyvnoho dozvillia za mistsem prozhyvannia v systemi fizychnoho vykhovannia dorosloho naselennia. [Organization of active leisure at the place of residence in the system of physical education of the adult population]. Istorychni, teoretyko-metodychni, medyko-biologichni aspekty fizychnoi kultury i sportu: materialy nauk.-prakt. konferentsii. Chernivtsi, 2016, p. 47-55. (Ukr.).
7. Mandiuk A. B. Osoblyvosti vykorystannia sportyvnykh maidanchykyv shkoliaramy dlia zdiisnennia rukhovoi aktyvnosti pid chas dozvillia. [Features of the use of sports grounds by schoolchildren for exercise during leisure]. Visnyk Prykarpatskoho universytetu. Serii: Fizychna kultura. 2017, vol. 27-28, p. 182-188. (Ukr.).

Дата надходження рукопису до редакції: 27.08.2019 р.

Насущные проблемы и структурно-функциональная модель организации рекреационной деятельности населения Украины по месту проживания

Н.Я. Бондарчук, В.Д. Чернов, М.Ю. Щерба
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

В статье представлены результаты исследования, проведенного с целью очертить насущные проблемы рекреационной деятельности населения Украины по месту проживания и представить ее современную образцовую структурно-функциональную модель. Объектом исследования является рекреационная деятельность населения как направление его активного досуга, физического воспитания и оздоровления. В ходе исследования использованы такие методы: анализ литературы, наблюдение за работой заведений рекреационной отрасли, метод педагогического моделирования. Основные результаты исследования заключаются в том, что нами озвучены насущные проблемы рекреационной работы по месту проживания, очерчены пути их решения, обоснованы современные подходы к организации рекреационной деятельности различных категорий населения, разработана современная образцовая модель такой организации. Сделан вывод, в соответствии с которым организация рекреационной работы в Украине требует обновления и дальнейшего развития инфраструктурной отрасли, повышения уровня доступности и качества рекреационных услуг. Предлагается реализация представленной модели, в которой отображены разные уровни структурного и функционального построения рекреационной работы на территории местной общины.

Ключевые слова: рекреация, рекреационная деятельность, население, досуг, оздоровление.

Actual problems and structural and functional model of the organization of recreational activities of the Ukraine population in places of residence

N. Bondarchuk, V. Chernov, M. Shcherba
Higher educational establishment "Uzhhorod National University"

The article presents the results of a study conducted to outline the actual problems of recreational activities of the Ukraine population in places of residence and to present its modern exemplary structural and functional model. The object of the study is the recreational activities of the population as a direction of their active leisure, physical education and recovery. In the course of the study, the following methods were using: literature analysis, monitoring the work of establishments of the recreational industry, and the method of pedagogical modeling.

The main problems of the recreational industry in Ukraine are: poor infrastructure development, especially in rural areas, outdated material base of most state and public institutions and organizations, inconsistency of the content and quality of recreational services of interest and people's expectations. In order to solve these problems, it is necessary to implement a new structural and functional model of recreational activity organization. Such a model includes several structural and functional levels. The first structural level reflects the structure of recreational activity management at the local government level. The main subjects of the model at this level is the executive committees of local councils in cities, towns, villages and their subdivisions. They form fundamentally new structures – centers of wellness and recreational work with the population in places of residence. These centers will serve the primary function of providing as many local residents with recreational services as possible. The second structural level reflects the structure of activity of the main subjects of provision of recreational services in places of residence and in the territories of local communities. Directly recreational services are provided by health and sports organizations of various types and orientations (sports clubs, fitness centers, gyms, tourist, water, ski and other similar clubs), health and recreational camps and bases (boarding houses, health and sports facilities and camps, tourist bases, etc.), permanent

health and fitness groups. The third structural level reflects the subjects of the territorial organization of recreational activities in places of residence. These are mainly sports facilities and places of mass leisure.

The first functional level of the model reflects the general functions of the subdivisions of the executive committees of local self-government bodies, as well as the centers of wellness and recreational work with the population. These are the formation of the regulatory framework, the establishment of social interaction, the care of the material base of sports facilities, the training of specialists, as well as the functions of planning, organizing, regulating recreational activities. The second functional level reflects the different types and forms of recreational activities. The third functional level of the model reflects the criteria for the efficiency of recreational activity of the population and work of subjects of the organization of mass recreation (the involvement of large numbers of people, the quality of recreational services, the rationality and efficiency of using available resources).

According to our findings, the organization of recreational work in places of residence requires updating and further development of the infrastructure of recreational industry, improving the level of accessibility and quality of recreational services, planning recreational activities based on the analysis of needs and interests of representatives of different categories of population. For this purpose it is necessary to implement a model of recreational activities, which clearly reflects the different levels of model structural and functional construction of recreational work in an urban neighborhood, using in this work of various bodies and structures, organizations and institutions, forms of recreational activities and mass events, places of their conduct. etc.

Key words: recreation, recreational activities, population, leisure, recovery.

Відомості про авторів

Бондарчук Наталія Яківна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Чернов Віктор Дмитрович – кандидат біологічних наук, доцент Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Щерба Марія Юрївна – старший викладач кафедри фізичного виховання Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

УДК 376–056.24

Гладуш В., Кляйн В., Шилонова В.

Формування діагностико-прогностичної компетентності магістра спеціальної освіти

Інститут Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку,
Словацька Республіка

В статті висвітлено одну із актуальних проблем підготовки фахівців другого рівня вищої освіти «магістр» спеціальної освіти. Сучасний стан реформування всіх ланок освіти в Україні привносить високі вимоги до педагогічних працівників закладів освіти. Особливо це значимо на етапі упровадження інтеграційних процесів та включення дітей з особливими освітніми потребами до загально-масового освітнього середовища. Освітні заклади (вищі, середні, дошкільні) проводять заходи щодо задоволення сучасних потреб суспільства, але невідкладною проблемою є дефіцит молодих та неупереджених педагогічних кадрів, озброєних не тільки фундаментальними й новітніми знаннями, передовими методичними напрацюваннями, а й необхідними як життєвими так і професійними компетентностями. Саме вміння працювати з сучасними дітьми різних категорій, в нестандартних умовах (інтеграція, інклюзія) приведе до очікуваних результатів. Спектр професійних компетентностей сучасного спеціального педагога досить широкий, утім, особливу важливість відіграє саме діагностико-прогностична компетентність. Формування цієї компетентності на етапі оволодіння магістерською програмою вищого навчального закладу забезпечить високий рівень впевненості випускника у власних силах щодо виконання функціональних обов'язків.

Ключові слова: магістр спеціальної освіти, компетентності, діагностика, прогнозування.

Вступ

Болонська конвенція (декларація), серед підписантів якої є Україна (2005) – документ спрямований на вивчення, узагальнення та пошук раціональних шляхів подальшого розвитку та реформування вищої освіти. Також важливим орієнтиром для розвитку вищої освіти став проект Тюнінг («Гармонізація освітянських структур в Європі» – Tuning educational structures in Europe, TUNING (2000). Основними положеннями цих документів є розроблення принципів підходів до створення, удосконалення, впровадження, оцінювання та підвищення якості програм вищої освіти. Серед підходів ключовим визнано компетентнісний, як нова парадигма вищої освіти. Тобто, крім знань, умінь, навичок випускник закладу вищої освіти другого (магістерського) ступеня має володіти професійними компетентностями, завдяки яким зможе впевнено зайняти робоче місце, послідовно реалізовувати потенційні можливості та успішно будувати професійну кар'єру. Повною мірою це стосується випускників магістерських програм галузі знань 01 «Освіта/ Педагогіка», зокрема, спеціальності 016 «Спеціальна освіта».

Стан наукової розробки проблеми

Питання формування та розвитку професійних компетентностей випускників закладів вищої освіти в Україні зі спеціальності «Спеціальна освіта» досліджували науковці В. Гладуш, І. Дмитрієва, С. Миронова, М. Матвєєва, О. Мартинчук, І. Малишевська, Н. Савінова та інші. За підрахунками О. Мартинчук науковці виділяють від 5 до 15 професійних компетентностей [1, с.226], необхідних сучасному спеціальному педагогу для фахової організації та проведення освітнього процесу з дітьми з особливими освітніми потребами. На наш погляд, сьогодні ще недостатньо акцентовано увагу на формуванні діагностико-прогностичної компетентності спеціального педагога.

Мета дослідження полягає: у виявленні рівня сформованої діагностико-прогностичної компетентності випускників магістерських програм спеціальності «Спеціальна освіта».

Об'єктом дослідження виступає освітній процес закладів вищої освіти України, які мають магістерські студії за спеціальністю «Спеціальна освіта».

Методи дослідження

Теоретичні: аналіз і синтез наукової проблеми, вивчення освітньої документації (освітньо-наукових програм, робочих навчальних програм) спеціальності 016 «Спеціальна освіта», порівняння, узагальнення. Емпіричні: спостереження, опитування, анкетування. Математично-статистичні: коефіцієнт кореляції Пірсона, графічні матеріали.

Результати дослідження та їх обговорення

Ключовою фігурою в організації освітнього процесу спеціальних та інклюзивних закладів освіти (дошкільних і шкільних) є спеціальний педагог. Підготовка чи підвищення кваліфікації спеціального педагога в умовах вищої школи передбачає формування професійних компетентностей виходячи з основних видів діяльності: комунікативної, організаторської, консультативної, виховної, дидактичної, корекційно-розвивальної, оцінки освітніх потреб та розвитку дитини.

Саме наведені види діяльності є провідними і формують ключові професійні компетентності, якими треба оволодіти випускнику магістерської програми спеціальності «Спеціальна освіта». Аналіз освітньо-професійних програм другого (магістерського) рівня вищої освіти державних закладів вищої освіти «Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова», «Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара», «Університет менеджменту освіти» дає можливість узагальнити перелік професійних компетентностей, які формують у випускників магістерських програм: теоретико-методологічна; предметно-методична і предметно-діяльнісна; корекційно-педагогічна/корекційно-розвивальна; діагностично-прогностична.

Виходячи з предмету дослідження, нашим безпосереднім завданням було вивчення рівня діагностико-прогностичної компетентності, що досягають студенти після проходження повного курсу навчання. Ця компетентність необхідна в роботі спеціального педагога на посадах вихователя, вчителя, працівника інклюзивно-ресурсного центру. Зважаючи на те, що сучасна оцінка особливих освітніх потреб та розвитку дитини (діагностика порушень розвитку) будується на комплексному, міждисциплінарному знанні індивідуальних проблем дитини, передбачається спільна (командна) робота спеціального педагога з різними фахівцями в умовах освітнього середовища, кожен з яких робить свій внесок у розуміння структури порушення особи з особливостями психофізичного порушення.

Особливу значущість для спеціальних педагогів діагностико-прогностична компетентність має на сучасному етапі реалізації проекту Нової української школи, коли йде активне впровадження завдань щодо відкритості освіти для всіх дітей.

Упродовж тривалого часу в Україні діагностичною функцією займалися психолого-медико-педагогічні консультації (шкільні, районні, міські, обласні, центральна). В основі діяльності ПМПК був медичний підхід (в центрі уваги – діагноз дитини, здійснення оцінки в контексті діагнозу дитини, надання психолого-педагогічної допомоги дитині з урахуванням Міжнародної класифікації хвороб, рекомендації батькам щодо обрання тієї чи іншої форми навчання).

Постановою Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 р. №545 на зміну ПМПК створено Інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ), в основі діяльності яких лежить соціальна модель розуміння інклюзії. Посади керівників та провідних працівників центрів мають право займати фахівці з вищою спеціальною освітою. Провідним видом діяльності центрів є проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки дітей з 2 до 18 років. Вивчення особливостей розвитку кожного учня з особливими освітніми потребами включає оцінку фізичного розвитку, стану здоров'я, загальних здібностей (когнітивних, регулятивних, комунікативних) тощо. Іншими словами, суттю діагностики індивідуальних досягнень є систематичний збір та професійний аналіз інформації про просування учня з психофізичними порушеннями в навчальному процесі та реалізації його потенційних можливостей.

Аналіз змісту магістерських програм свідчить, що діагностико-прогностична компетентність у студентів формується в процесі вивчення та засвоєння таких навчальних дисциплін: «Методологія та організація наукового дослідження» (4 кредити), «Професійна готовність вчителя спеціальної освіти до роботи в дитини з інвалідністю» (6 кредитів), «Інформаційні технології навчання в спеціальній освіті» (6 кредитів), «Моделювання освітньої та професійної підготовки фахівця спеціальної освіти» (4 кредити). Практичні навички та вміння діагностичної компетентності формуються в ході виробничої і переддипломної практики та в період написання магістерських (дипломних) робіт (9 кредитів).

З метою перевірки рівня формування діагностико-прогностичної компетентності під час оволодіння магістерською програмою серед студентів проведено емпіричне дослідження. Програма дослідження включала два етапи: 1-й – відразу після вступу до магістратури (листопад 2017 р.); 2-й – в період підготовки дипломної роботи (вересень 2019 р.).

Дослідження проводилося в Державному вищому закладі освіти «Університет менеджменту освіти» (м. Київ), серед студентів, які навчаються за освітньо-професійними програмами «Спеціальна освіта», «Педагогіка інклюзивного навчання» спеціальності 016 «Спеціальна освіта» на 2-му (магістерському) рівні вищої освіти студентів (заочна форма навчання). Усі студенти мають вищу (педагогічну) освіту і працюють педагогічними працівниками закладів спеціальної та інклюзивної освіти.

Вибірка складала 47 осіб, які представляли 12 областей України (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Кіровоградська, Київська, Полтавська, Сумська, Чернігівська, Чернівецька, Черкаська). Вибірка відносно однорідна: 98 % жінки, віком до 25 років – 3 особи, від 25 до 35 років – 18 осіб, від 35 до 45 років – 19 осіб, від 45 до 55 років – 7 осіб.

Дослідження показало, що професійний рівень респондентів був різний. Збір відомостей про кваліфікацію та досвід роботи досліджуваних показав, що всі педагоги мають вищу професійну освіту. Відомо, що респонденти мають

такі кваліфікаційні категорії: 31 педагог (66%) мають вищу кваліфікаційну категорію; 10 педагогів (21 %) атестовані на першу кваліфікаційну категорію; 6 педагогів (13 %) мають другу кваліфікаційну категорію.

Педагоги займають різні педагогічні посади: 19% – вихователі (9 осіб) закладів дошкільної освіти, 81% – учителі (38 осіб), в тому числі і представники адміністрацій освітніх установ. Із 47 педагогів, які взяли участь у дослідженні, 47% пройшли курсову підготовку не пізніше п'яти років; 40% закінчили курси підвищення кваліфікації не пізніше останніх трьох років; 10% навчалися на курсовій підготовці протягом останнього року; 3% ще не проходили курси підвищення кваліфікації. Тільки 39% педагогів в процесі курсової підготовки вивчали особливості дітей з ООП і специфіку інклюзивного навчання. При цьому 100% педагогів зіткнулися з необхідністю організації спільного навчання дітей з нормальним і порушеним розвитком. З 47 педагогів 55% вже працювали з дітьми з ООП, решта 45% вперше в професійній діяльності зіткнулися з необхідністю навчати таких дітей. Всі зазначені учасники освітнього процесу добровільно прийняли рішення – підвищити свій теоретичний та практичний рівень за магістерською програмою.

Для отримання емпіричних показників серед респондентів застосовувався авторський опитувальник «Педагог та оцінка розвитку учня», що складався із 50 запитань і дав можливість виявити наявність та рівень діагностико-прогностичної компетентності по чотирьох позиціях за 10-бальною системою. *Перша* позиція – обізнаність педагогів в колі питань діагностики дітей з особливими освітніми потребами; *друга* – ставлення педагогів до процесу визначення оцінки розвитку дитини; *третья* – наявність необхідних знань, навичок та вмій для участі в діагностичній діяльності; *четверта* – готовність педагогів до виконання діагностичних функцій. Опитування здійснювалося анонімно та без обмеження часу для надання відповіді, що, на наш погляд, підвищило рівень об'єктивності та неупередженості результатів.

Результати дослідження засвідчили, що педагогічні працівники, які вступили на навчання за магістерською програмою мають різну обізнаність щодо діагностичної діяльності в сфері спеціальної освіти. Зокрема, студенти 1-го року навчання з принципами, завданнями та філософією системи оцінювання розвитку дітей повністю обізнані лише 4 особи, обізнані на достатньому рівні – 7 осіб, обізнані частково – 23 осіб, не обізнані взагалі – 13 осіб. Це говорить про те, що педагогічні працівники, а саме, вихователі, вчителі у переважній більшості мали обмежені уявлення про діагностику розвитку дитини. Декілька відрізняються результати у студентів напередодні випуску, тобто в респондентів, які пройшли майже повний курс навчання (20 кредитів). Необізнані взагалі відсутні, обізнаних частково – 7 особи, обізнані на достатньому рівні – 21 особи, обізнані повністю – 19 осіб (рис. 1).

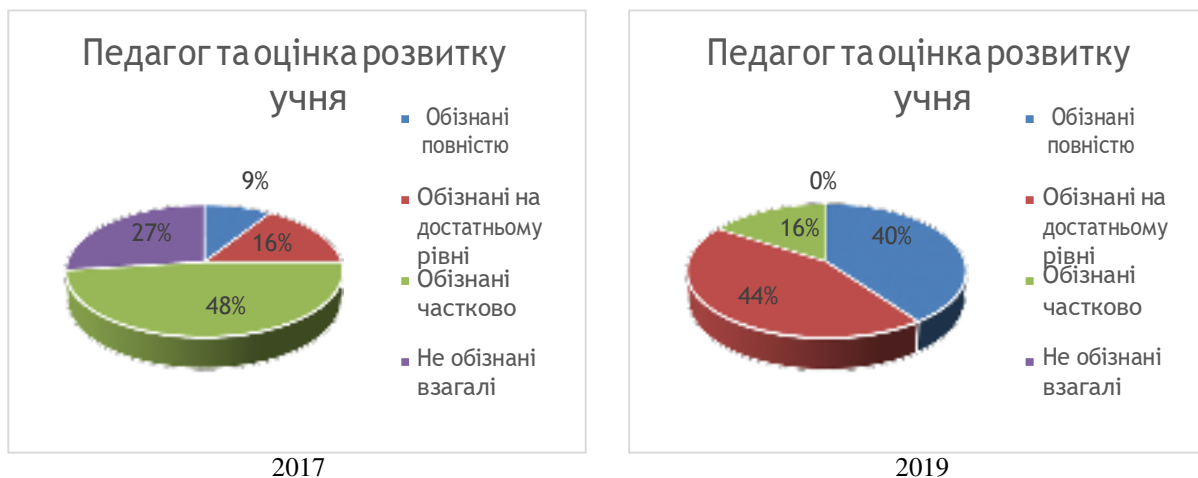


Рис. 1. Обізнаність педагогів з принципами, завданнями та філософією системи оцінювання розвитку дітей

Результати опитування переконливо свідчать, що в процесі навчання студенти-випускники всебічно познайомилися з методологічними основами діагностичної діяльності. Важливим стало розуміння ролі і місця спеціального педагога в визначенні оцінки розвитку дитини з особливими освітніми потребами, розробці індивідуальної програми розвитку. Хоча, були і відповіді, що «це не провідна діяльність спеціального педагога, тому бути обізнаним в ній не є обов'язковою умовою» для випускника, «не треба забирати хліб у психологів, які на діагностиці спеціалізуються». Звичайно, що з подібними висловленнями можна погодитися і можна не погодитися. Цікавими є результати дослідження (рис. 2).

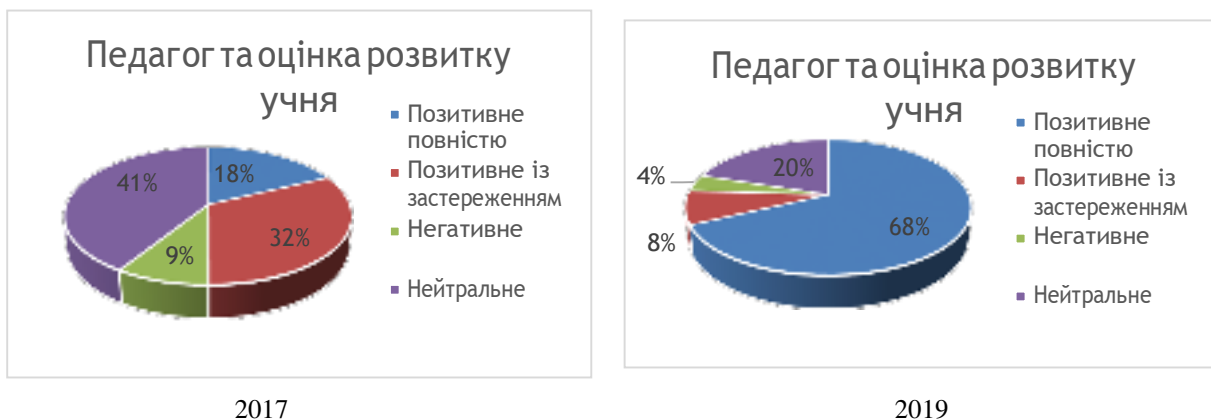


Рис. 2. Рівень ставлення педагогів до системи оцінювання розвитку дітей з особливими освітніми потребами

Проте відомим є факт, що оволодіння будь-якою професійною компетентністю знаходиться в прямій залежності від мотивації педагога, його позитивного ставлення до конкретного виду діяльності. Першокурсники майже на 50%, тобто 8 особи повністю позитивно, 15 – позитивно, але із застереженням ставляться до існуючої системи оцінювання розвитку дітей. 41% (19 осіб) негативно ставиться до діагностики, 9% (4 особи) – нейтрально. Застереження полягало у не повному розумінні завдань та місії діагностичної діяльності. Є припущення, що це відповіді студентів-педагогічних працівників, які нещодавно працюють у спеціальних чи інклюзивних закладах освіти. На запитання «Чому ви позитивно чи негативно ставитеся до психолого-педагогічної діагностики?» респонденти відповідали таке: «Це важливо для надання всім дітям рівних прав і можливостей в отриманні освіти»; «Така компетентність дозволить правильно формувати у дітей гуманне, толерантне ставлення до обмежень у інших людей»; «Об'єктивна оцінка розвитку дитини дасть можливість приймати кожну людину такою, якою вона є»; «Якщо діти з порушеннями в розвитку навчатимуться разом з нормально розвинутими однолітками, ставлення до проблем інвалідності в суспільстві буде змінюватися». Такі відповіді свідчать про розуміння педагогами цінності отримання різнобічного соціального досвіду дітьми з нормальним і порушеним розвитком; необхідності формування позитивної громадської думки до осіб з ООП; соціальної значущості інклюзивної діагностики в освітньому процесі.

У студентів випускників результати вже інші. 76% позитивно ставляться до оволодіння діагностичною компетентністю, 20% – нейтрально і тільки 1 особа (4%) – негативно. Звісно, що особистісна мотивація та ціннісне ставлення студентів дуже змінилося. Це пояснюється наступними позиціями, зокрема, отриманням глибоких теоретичних знань, оволодінням практичними навичками та вміннями діагностувати психофізичний розвиток дітей.

Щодо питання необхідності та значущості системної інклюзивної діагностики, думки педагогів ЗДО та ЗЗСО розділилися. Так, педагоги закладів дошкільної освіти на 95% вважають, що це додаткова робота, що вимагає чимало робочого часу, але вже важлива в роботі спеціального педагога. Педагоги закладів середньої освіти лише 12% не вбачають користь системної діагностики, решта 88% вважають цей вид діяльності обов'язковим і вкрай важливим у практичній освітній діяльності.

В ході дослідження виявлено, що знаннями, навичками та вміннями здійснювати комплексну оцінку розвитку дітей володіли далеко не всі, хто прийшов підвищити свій професійний рівень до магістратури.

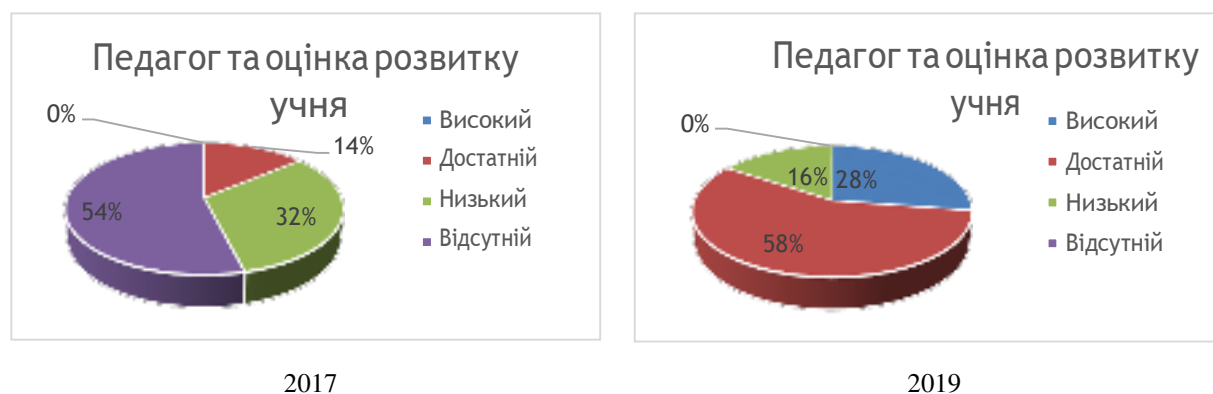


Рис. 3. Рівень знань, навичок, умінь щодо організації та здійснення діагностичної діяльності

Якщо високими знаннями, навичками та вміннями щодо формування оцінки розвитку дитини з особливими освітніми потребами на початку здобуття магістерського ступеня ніхто зі студентів не володів, то перед захистом дипломної роботи їх було 28%. Достатній рівень підготовки серед першокурсників був лише 14%, тоді як у випускників – 58%. Низький рівень відповідно 32% і 16%. Відсутність всяких знань – 54% і 16%. Наведена статистика переконливо свідчить, що в процесі навчання студенти досягли значних результатів. Переважна більшість, тобто 86% студентів здобули значний обсяг знань, необхідних для діагностичної діяльності на практиці. Важливим для випускників стало набуття не тільки знань та навичок, а й впевненості у своїх власних силах як фахівця спеціальної освіти. Саме здобуті знання закріплені в період виробничої практики стали вагомим підґрунтям у формуванні навичок та вмінь проектувати корекційно-розвиваюче середовище в умовах спеціальної та інклюзивної освіти.

Підсумковим показником професійної діяльності випускника закладу вищої освіти є його готовність виконувати посадові функції. Готовність працювати в закладі спеціальної чи інклюзивної освіти, діагностувати дітей з особливими освітніми потребами, організовувати їх спільне навчання з однолітками, коректно оцінювати їхні здобутки першокурсники проявили на високому й достатньому рівні лише 27% педагогів, решта 73% на низькому рівні. Вважаємо, що першу категорію педагогів, тобто ті, які володіють певною мірою діагностико-прогностичною компетентністю, склали колишні працівники психолого-медико-педагогічних консультацій, які працювали і відповідно мали практичний досвід в організації діагностичної діяльності. Найрозповсюдженішою відповіддю серед першокурсників була така: «Мені не вистачає спеціальних знань, а також знань про особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я» (рис. 4).

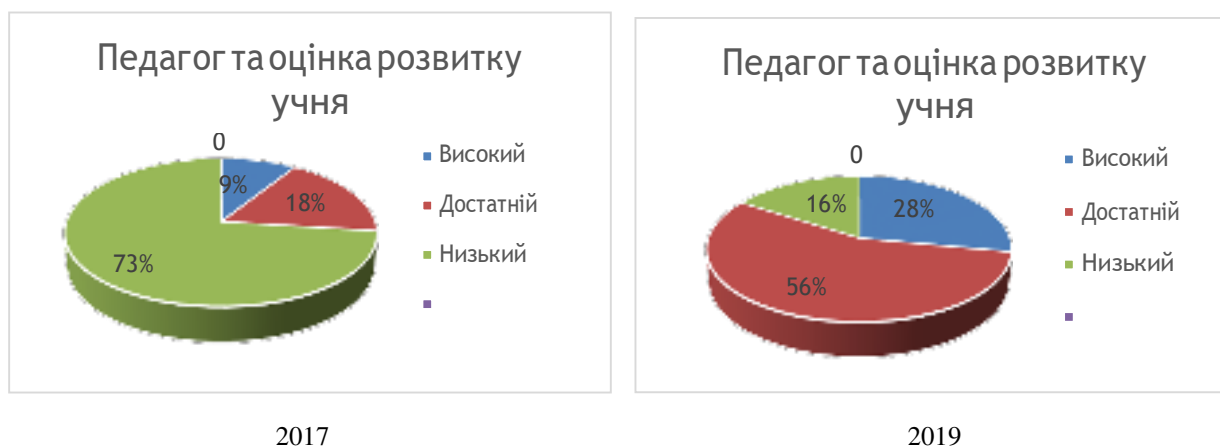


Рис. 4. Готовність педагогів до діагностики розвитку дітей

На питання «Чи повинен спеціальний педагог бути готовим до формування оцінки розвитку дитини з особливими освітніми потребами?», відповіді респондентів були як позитивні так і негативні. Можна було зустріти й такі відповіді: «Цим мають займатися спеціально підготовлені фахівці, зокрема психологи», «Мене поставили перед фактом – в класі буде дитина з ООП і я зобов'язана з ним працювати, а для цього потрібні спеціальні знання»; «Зміни державного стандарту спричинили за собою необхідність навчання різних дітей»; «Наша школа розпочала роботу в даному напрямку, тому мені, на жаль, довелося брати участь цій роботі».

Результати обстеження респондентів-випускників з питань сформованості у них готовності до діагностики розвитку дітей показали, що лише у 16% педагогів рівень залишився низьким. Це, на наш погляд, низький показник у порівнянні з 73%, що були на першому році навчання. Студенти із впевненістю демонструють свою готовність проведення цілісної комплексної системи оцінювання. Випускники добре володіють методиками: *WISC-IV*, *LEITER-3*, *CONNERS-3*, *PEP-3*, *CARD*. Зазначені методики «...дозволять знаходити об'єктивні фактори розвитку дитини, які впливають на її успішність у навчанні, зокрема: визначити сильні слабкі сторони у розвитку дитини, спрямувати освітній процес таким чином, щоб кожна дитина змогла максимально реалізувати свої здібності; забезпечувати наступність у розвитку при зміні різних рівнів закладів освіти; будувати стратегію підготовки дитини до вступу до вищих закладів освіти; досягти взаємопорозуміння між закладами освіти, батьками та дітьми тощо; результати оцінювання є основою для створення індивідуальної програми розвитку дитини та розроблення програмно-навчальних матеріалів для дітей з ООП» [2, с. 137].

Треба зазначити, що всі чотири позиції, які досліджувалися корелюють між собою та знаходяться в межах високого рівня значущості (таблиця).

Таблиця

Значимі кореляційні зв'язки між чинниками, що досліджувалися

№ з/п	Чинники, що досліджувалися	Величина коефіцієнта кореляції	Рівень значущості
1.	Обізнаність педагогів в колі питань діагностики дітей	0,65	$p \leq 0,01$
2.	Ставлення педагогів до процесу визначення оцінки розвитку	0,55	$p \leq 0,05$
3.	Наявність знань, навичок та вмінь для участі в діагностиці	0,45	$p \leq 0,05$
4.	Готовність педагогів до виконання діагностичних функцій	0,65	$p \leq 0,01$

Висновки

Висвітлені результати пілотного емпіричного дослідження рівня сформованості діагностико-прогностичної компетентності у випускників магістерської програми за спеціальністю «Спеціальна освіта» досить оптимістичні, адже 90% респондентів, які пройшли повний курс навчання демонструють досить високі показники, що досліджувалися, а це є важливою передумовою для упровадження та подальшого вдосконалення діагностики як важливої складової педагогічної діяльності. Формування діагностико-прогностичної компетентності випускників магістерської програми за спеціальності «Спеціальна освіта» має орієнтуватися на соціальну модель розуміння інклюзії, а саме, в центрі уваги – дитина та її особливі освітні потреби, визначення особливих освітніх потреб дитини, її сильних сторін, надання психолого-педагогічної допомоги дитині з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, розробка рекомендацій щодо організації інклюзивного освітнього середовища та навчання дитини, постійний психолого-педагогічний супровід дитини, рання допомога дитині, налагодження міжвідомчої співпраці, взаємодія з батьками).

Також результати дослідження переконали, що в перспективі для студентів магістратури спеціальності «Спеціальна освіта» спеціалізації «Педагогіка інклюзивного навчання» доцільно ввести спецкурс «Інклюзивна діагностика», що міг б підготувати майбутніх педагогічних працівників до здійснення якісного професійного моніторингу ефективності інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. Також цей спецкурс мав би велике значення в процесі підвищення кваліфікації педагогічних кадрів.

Перспективним напрямом подальшого дослідження може бути удосконалення шляхів та способів розробки конкретного інструментарію діагностичної діяльності, який уможливить широке застосування її в педагогічній практиці.

Література

1. *Мартинчук О.В.* Підготовка фахівців зі спеціальної освіти до професійної діяльності в інклюзивному освітньому середовищі. / Олена Валеріївна Мартинчук. – К. : Центр учбової літератури, 2018. – 430 с.
2. *Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг.ред. М.А.Порошенко та ін.* – К. : 2018. – 252 с.

References

1. *Martynchuk O.V.* Pidhotovka fakhivtsiv zi spetsialnoi osvity do profesiinoi diialnosti v inkluzyvnomu osvithomu sere dovyschi. / Olena Valerii vna Martynchuk. – K. : Tsent r uchbovoi literatury, 2018. – 430 s.
2. *Orhanizatsiino-metodychni zasady diialnosti inkluzyvno-resursnykh tse ntriv: navchalno-metodychnyi posibnyk / Za zah.red. M.A.Poroshenko ta in.* – K. : 2018. – 252 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.09.2019 р.

Формирование диагностико-прогностической компетентности магистра специального образования

В. Гладуш, В. Кляйн, В. Шилонова

В статье освещено одну из актуальных проблем подготовки специалистов второго уровня высшего образования «магистр» специального образования. Современное состояние реформирования всех звеньев образования в Украине привносит высокие требования к педагогическим работникам учебных заведений. Особенно это значимо на этапе внедрения интеграционных процессов и включения детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательную среду. Образовательные учреждения (высшие, средние, дошкольные) проводят мероприятия по удовлетворению современных потребностей общества, но неотложной проблемой остается дефицит молодых и беспристрастных педагогических кадров, вооруженных не только фундаментальными и новейшими знаниями,

методическими передовими наработками, но и необходимыми как жизненными так и профессиональными компетентностями. Именно умение работать с современными детьми разных категорий, в нестандартных условиях (интеграция, инклюзия) приведет к ожидаемым результатам. Спектр профессиональных компетентностей современного специального педагога достаточно широк, впрочем, особую важность играет именно диагностико-прогностическая компетентность. Формирование этой компетентности на этапе овладения магистерской программой высшего учебного заведения обеспечит высокий уровень уверенности выпускника в собственных силах при выполнении профессиональных функций.

Ключевые слова: магистр специального образования, компетентности, диагностика, прогнозирование.

Formation of diagnostic and prognostic competence of the Master of Special Education

V. Hladush, V. Klein, V. Šilonova

A key figure in organizing the educational process of special and inclusive educational institutions (pre-school and school) is a special education teacher. The training or advanced training of a special education teacher in higher education involves the formation of professional competences based on the main activities: communicative, organizational, consultative, educational, didactic, corrective and developmental, assessment of educational needs and child development.

These types of activities are the leading ones and form the key professional competencies that a master of the specialty "Special Education" master's program should possess. The analysis of educational and professional programs of the second (master's) level of higher education of state institutions of higher education of Ukraine gives an opportunity to summarize the list of professional competences that form graduates of master's programs. General: Integrative competence. Personal: worldview; moral value; functional and behavioral; culturally. Social: civic; leadership. Instrumental: communicative; cognitive; research. Professional: theoretical and methodological; subject-methodical and subject-activity; correctional and pedagogical/correctional and developmental; diagnostic and prognostic.

The task of the authors of the article was to study the level of one of the professional competencies, namely diagnostic and prognostic, which is achieved by graduates of the magistracy. This competence is necessary in the work of a special education teacher in the positions of tutor, teacher, employee of the inclusive resource center. Initially, it should be aimed at identifying specific educational needs and features of the child development, educational achievements; interpretation of their manifestations in the educational activity and behavior of the child with developmental disorders, which will be useful for the participants of the educational process during the organization of educational, correctional and developmental work in a special or inclusive educational institution. Considering that the modern assessment of special educational needs and child development is based on a complex, interdisciplinary knowledge of individual problems of the child, joint (team) work of a special education teacher with different specialists in the educational environment is envisaged, each of which contributes to the understanding of the structure of the personality disruption with features of psychophysiological disorder.

The results of the research on the issues of forming diagnostic and prognostic competence of the Master of Special Education are quite optimistic, since 90% of the respondents who have completed a full course of studies show high indicators, namely, the level of students' awareness of the principles and tasks, the philosophy of the child development assessment system; attitude of pedagogical staff to the system of special education, to the assessment of the development of children with psychophysical disorders; level of knowledge, skills, skills of teachers in the organization of diagnostic work; willingness and ability to objectively and correctly process and interpret diagnostic results. All this is an important prerequisite for the introduction and further improvement of diagnostics as an important component of pedagogical activity.

Formation of diagnostic and prognostic competence of the Master of Special Education should focus on the social model of understanding inclusion, namely, in the focus - the child and his special educational needs, determining the special educational needs of the child, its strengths, providing psychological and pedagogical assistance to the child, taking into account the International Classification of Functioning, limitation of life and health, development of recommendations on organization of inclusive educational environment and teaching support of the child, permanent psychological and pedagogical support of the child, early child care, establishing inter-agency cooperation, interaction with parents.

Key words: master of special education, competence, diagnostics, forecasting.

Відомості про авторів

Віктор Гладуш, доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри спеціальної педагогіки та педагогіки розумово відсталих, Інститут Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку, Словачка Республіка.

Владімір Кляйн, доктор габілітований, доцент, Директор Інституту Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку, Словачка Республіка.

Вера Шилонова, доктор філософії, завідувач кафедри спеціальної педагогіки та педагогіки розумово відсталих, Інститут Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку, Словачка Республіка.

УДК 725.51:614.2

Гур'єв С.О., Шевчук Г.А., Сацук С.П., Гуселетова Н.В.

Аналіз світового досвіду застосування методики визначення індексу безпеки лікарень

Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

В роботі представлені результати аналізу світового досвіду застосування концепції безпеки лікарні в різних країнах світу. Основний акцент зроблено на вивченні прикладів реалізації даної концепції у країнах колишнього СРСР, зважаючи на подібність інфраструктури, планів будівель лікарень та принципів їх функціонування до реалій системи охорони здоров'я України.

Досвід Республіки Молдова, як першої країни в світі, яка застосувала цю методику для оцінки безпеки всієї лікарняної системи країни в цілому, довів її доцільність та ефективність. Результати аналізу нашої роботи, що ґрунтуються на порівнянні даних оцінок Індексу безпеки лікарень, проведених в різних категоріях громадських лікарень в 2010 та 2016 роках виявили наступне: зростання більш ніж в 3 рази (з 15 (24,6%) у 2010 році до 55 (88,7%) в 2016р.) числа лікарень з високим рівнем безпеки (група А), зниження числа лікарень з низьким рівнем безпеки (група С) з 5 (8,2%) до 0, при цьому зменшення з 41 (67,2%) до 7 (11,3%) числа лікарень, віднесених до групи В (середня безпека) мало місце в результаті значного збільшення числа лікарень, віднесених при оцінці 2016 року до групи А. Також визначено, що індекс безпеки по лікарняній системі Республіки Молдова зріс в середньому на 17 пунктів. Підвищення структурної, неструктурної та функціональної безпеки лікарень Республіки Молдова сталося за рахунок реалізації проведених заходів Програми та Плану дій щодо зміцнення безпеки лікарень на період 2012-2016 років, що були розроблені за результатами оцінки 2010 року та спрямовані на зміцнення готовності лікарняної системи цієї країни до надзвичайних ситуацій і лих.

Досвід Киргизької Республіки в застосуванні методики визначення Індексу безпеки лікарень носить менш системний характер, ніж у Молдові: застосування методики в окремих лікарняних закладах без програмних заходів по зміцненню безпеки призвело до відсутності позитивних змін індексу безпеки оціненої лікарні (0,52 в 2016 році та 0,53 в 2010 році). Застосування Індексу безпеки лікарень потребує адаптації до національних систем охорони здоров'я зважаючи на те, що ризик критичного порушення систем охорони здоров'я залежить не тільки від геолокації країни та природних факторів, а й від особливостей інфраструктури, соціально-економічних та політичних умов.

Ключові слова: заклади охорони здоров'я (лікарні), Індекс безпеки лікарень, компоненти безпеки, надзвичайні ситуації, світовий досвід.

Вступ

Стихійні лиха, катастрофи і великі аварії, від яких постраждало в останні десятиліття населення світу, наочно вказують на те, що медичні установи, в першу чергу лікарні, особливо уразливі до впливу вражаючих факторів надзвичайних ситуацій. Як приклад наводимо наслідки безлічі стихійних лих: внаслідок землетрусу у Вірменії (1988) з 35 лікарень 24 були зруйновані повністю, а 8 частково; 3812 медичних установ були зруйновані в результаті землетрусу в штаті Гуджарат, Індія, 2001 р.; в результаті землетрусу в Алжирі в 2003 році в постраждалих районах через руйнування перестало функціонувати 50% медичних установ; в 2004 році цунамі в Індійському океані, що обрушилися на береги Індонезії, знищили близько 60% лікарень в провінції Ачех; у найбільш постраждалих районах Пакистану під час землетрусу 2005 року було повністю зруйновано 49% медичних установ - від самих оснащених лікарень до сільських медпунктів і аптек; в 2008 році 57% медичних установ постраждали, а кожна 5 було повністю знищено після циклону Нарцис в М'янмі (Бірма), 11 028 медичних закладів були пошкоджені або зруйновані від землетрусу повіті Веньчуань провінції Сичуань, Китай; в 2012 році в результаті землетрусу в Гаїті були зруйновані або прийшли в аварійний стан все 11 лікарень столиці країни, міста Порт-о-Пренсі; під час урагану Сенді (2012) через механічні несправності викликані штормом в м. Нью-Йорку були виведені з ладу п'ять лікарень. І таких прикладів, які свідчать, що вихід з ладу лікарень при надзвичайних ситуаціях призводять до зниження або навіть позбавлення постраждалих медичної допомоги саме в ті моменти, коли вона їм особливо необхідна, на жаль, чимало [1-3].

Згідно з оцінками ВООЗ, через відсутність однієї лікарні близько 200 тис. людей залишаються без медичної допомоги [4]. Брак служб з надання допомоги в разі надзвичайних ситуацій і лих серйозно скорочує можливість порятунку життя людей і зменшення наслідків для їхнього здоров'я. Збиток, нанесений в результаті стихійних лих інфраструктурі в усьому світі, становить мільярди доларів: за даними ООН (розрахунки проведені по міжнародній базі

даних катастроф, International Disaster Database, EM-DAT) 606 тис. людей загинуло та 4,1 млрд. постраждалих внаслідок 6457 стихійних лих, загальний збиток від яких склав 1,89 трильйона доларів США. Якщо врахувати медичні витрати для мільйонів людей, що надовго залишилися без медичної допомоги, сума непрямих збитків зростає ще більше [5]. Також звертаємо увагу на той факт, що всього 11 % людей, яким загрожує небезпека стихійних лих, проживають в країнах, що розвиваються, але на них припадає понад 55% випадків смерті в світі через стихійні лиха. Відмінності у впливі свідчать про наявність значних можливостей для скорочення числа випадків смерті людей в результаті стихійних лих в таких країнах, при цьому головною складовою в цих трагедіях є бездіяльність людей. Окрім стихійних лих відбувається багато подій більш менших масштабів, проте які викликають ще більше людських страждань, наприклад, у разі автомобільних аварій щорічно гинуть 1,2 млн. людей; від пожеж - 300 тис. Людство потерпає від інфекційних спалахів, які є головною причиною смерті і хвороб у дітей в місцях конфліктів, особливо серед біженців. Якщо заходи щодо профілактики інфекцій і боротьби з ними є неефективними, медичні установи стають «підсилювачами» спалахів, викликаючи випадки захворювання серед інших пацієнтів або медпрацівників, що ще більш зменшує можливості для надання послуг. Так, у 2005 році спалах в Анголі марбургської геморагічної лихоманки не тільки висвітлив збиток, який може заподіяти людям цей вірус, але і показав, як установи охорони здоров'я можуть навіть посилити смертоносну епідемію: головна лікарня і деякі медичні установи менших розмірів послабили спалах, заразивши кілька працівників охорони здоров'я та інших пацієнтів, серед 200 загиблих від цієї хвороби були 16 медичних працівників [6].

Забезпечення безпеки і працездатності лікарень в надзвичайних ситуаціях завжди була предметом уваги урядів країн, а в останні десятиліття актуальність даної проблеми була піднята на світовому рівні, про що свідчать ряд подій, таких як:

- 25 грудня 2008 року Секретаріат Міжнародної Стратегії ООН по Зменшенню Небезпеки лих і ВООЗ, за підтримки Світового Банку, проголосили на період 2008-2009 років Кампанію «Безпека лікарень при стихійних лихах», спрямовану на забезпечення сталого функціонування медичних установ при надзвичайних ситуаціях [7];

- в 2009 році Всесвітній День Здоров'я, який щорічно відзначається всіма країнами-членами ВООЗ, пройшов під девізом «Врятуємо життя. Забезпечимо безпеку лікарень в надзвичайних ситуаціях» [8];

- 25 травня 2011 року 64-а сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я прийняла резолюцію WHA 64.10 «Зміцнення національного потенціалу в області управління стихійними лихами і надзвичайними ситуаціями в охороні здоров'я», яка закликала країни-члени ВООЗ «розробляти програми для забезпечення безпеки лікарень», а також «оцінювати безпеку закладів охорони здоров'я та вживати заходів для забезпечення готовності всіх медичних установ до реагування на внутрішні та зовнішні надзвичайні ситуації» [9];

- проблема безпеки лікарень, як пріоритет світового значення, відображена і в Сендайській рамковій програмі по зниженню ризику лих на 2015-2030 роки, яка була прийнята 18 березня 2015 року 187 країнами світу на 3-й Всесвітній конференції ООН. Однією з семи глобальних задач рамкової програми є: «4.Значне зменшення до 2030 року збитку, що завдається лихами найважливіших об'єктів інфраструктури, а також шкоди пов'язаної з порушеннями роботи основних служб, включаючи лікувальні установи і навчальні заклади, в тому числі за рахунок зміцнення їх стійкості». Також в програмі чітко вказується про необхідність «прийняття структурних, неструктурних і функціональних заходів щодо запобігання і зниження ризику лих на найважливіших об'єктах...» [10].

Для досягнення цих рішень і рекомендацій відповідні національні державні структури, громадські та приватні лікарні, їх партнери, зробили і роблять комплекс заходів, спрямованих на захист медичних установ від лих, зміцнення їх здатності протистояти впливу факторів надзвичайних ситуацій та збереження працездатності в найскладніших умовах.

Мета роботи – забезпечення безпеки проведення та підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу у лікарнях (лікувально-профілактичних закладах) при наданні медичної допомоги хворим та постраждалим за умов надзвичайних ситуацій воєнного, техногенного, природного та соціального характеру шляхом визначення ризикотворюючих факторів та оцінки організаційної, структурної та функціональної готовності закладів. Об'єкт дослідження – заклади охорони здоров'я (лікарні).

Методи дослідження

Аналіз джерел наукової інформації, експертна оцінка та експертний аналіз, управління ризиками та натурального моделювання. Передбачено використання методології комплексного аналізу отриманих даних із застосуванням комп'ютерних технологій.

Для проведення повноцінного вивчення проблеми безпеки лікарень було визначено за необхідне та доцільне проведення аналізу застосування концепції безпеки лікарні у різних країнах світу, в т.ч. у країнах колишнього СРСР [11-14], а саме Республіці Молдова та Киргизській Республіці зважаючи на те, що інфраструктура охорони здоров'я, типові плани будівель лікарняних закладів, принципи функціонування подібні або близькі до реально існуючих в Україні. При проведенні аналізу було враховано, як результати проведення оцінки, так і недоліки, що були виявлені. Також був проведений критичний аналіз результатів визначення Індексу безпеки лікарні.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз застосування Індексу безпеки лікарні в Республіці Молдова

В даній роботі ми проаналізували досвід Республіки Молдова, що була однією з перших країн в Європі, що застосувала методику визначення Індексу безпеки лікарні, та першою країною в світі, яка використала цю методику для оцінки безпеки всієї лікарняної системи країни в цілому. Оцінка 61 громадських (в т.ч. 17 республіканських, 10 муніципальних і 34 районних) і 5 відомчих лікарень була проведена в 2010 році групою фахівців Республіканського центру медицини катастроф за підтримки ВООЗ. Результати представлених у звіті оцінок стали основою для розробки і подальшого затвердження Програми та Плану дій щодо зміцнення безпеки лікарень на період 2012-2016 років, спрямованих на підвищення готовності лікарняної системи до надзвичайних ситуацій і лих, зниження з 5 до 0 кількості лікарень з низьким рівнем безпеки, а також збільшення кількості лікарень з високим рівнем безпеки до не менше 50% від загальної кількості. По закінченню Програми зміцнення безпеки лікарень в 2016 році була проведена повторна оцінка.

Аналіз частки лікарень (в цілому і за категоріями), віднесених до різних груп безпеки (А, В і С) в порівнянні з даними оцінки проведеної в 2010 році (табл. 1) вказує на значні зміни, які відбулися протягом періоду дії Програми.

Таблиця 1
Кількість і питома вага лікарень (в цілому і за категоріями), віднесених до різних груп безпеки (2010 і 2016 роки)

Категорії лікарень	Кількість і частка лікарень, віднесених до різних груп безпеки											
	Група А Висока безпека				Група В Середня безпека				Група С Низька безпека			
	2010		2016		2010		2016		2010		2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Республіканські	6	35,3	14	82,4	7	41,2	3	17,6	4	23,5	-	-
Муніципальні	4	50,0	8	80,0	6	50,0	2	20,0	-	-	-	-
Районні	5	14,7	33	94,3	28	82,4	1	2,9	1	2,9	-	-
Всі лікарні	15	24,6	55	88,7	41	67,2	6	11,3	5	8,2	-	-

У частині що стосується всіх громадських лікарень (61) було відзначено зростання більш ніж в 3 рази (з 15 (24,6%) у 2010 році до 55 (88,7%) в 2016) числа лікарень з високим рівнем безпеки (група А), а число лікарень з низьким рівнем безпеки (група С) знизилася з 5 (8,2%) до 0. Зменшення з 41 (67,2%) до 7 (11,3%) числа лікарень, віднесених до групи В (середня безпека) мало місце в результаті значного збільшення числа лікарень, віднесених при оцінці 2016 року до групи А.

Аналіз результатів оцінки за категоріями лікарень показав наступне: число республіканських лікарень з високим рівнем безпеки (група А) виріс більш ніж в два рази (з 6-ти (35,3%) до 14-ти (82,4%)), а число лікарень з низькою безпекою (група С) знизилася з 4-х (23,5%) до 0. Зменшення з 7 (41,2%) до 3 (17,6%) числа лікарень, віднесених до групи В (середня безпека) мало місце в результаті збільшення числа лікарень, віднесених при оцінці 2016 року до групи А.

Аналіз результатів оцінки муніципальних лікарень в порівнянні з 2010 роком демонструють, що число лікарень з високим рівнем безпеки (група А) виріс з 5-ти (50%) до 8 (80%), а число лікарень із середнім рівнем безпеки (група В) знизилася з 5-ти (50%) до 2-х (20%). Як і в 2010 в 2016 жодна міська лікарня не була визначено в групу С (низький рівень безпеки).

Аналіз результатів оцінки районних лікарень в порівнянні з 2010 роком демонструють, що число лікарень з високим ступенем безпеки (група А) зросла в 6 разів (з 14,7% до 94,2%) і тільки 2 лікарні були визначені в групу В (середній рівень безпеки).

Таким чином, найбільшу питому вагу (94,3%) лікарень, які мають високий рівень безпеки в надзвичайних ситуаціях, мають районні лікарні, за якими слідують республіканські (82,3%) і муніципальні (80,0%) лікарні.

Питома вага (%) рівнів безпеки, привласнених параметрам компонентів безпеки оцінених лікарень (загальна і за категоріями лікарень), наведена в табл. 2.

Аналіз питомої ваги рівнів безпеки привласнених параметрам різних компонентів безпеки оцінених лікарень (табл. 2) вказує на зростання в 2016 році в порівнянні з 2010 роком кількості параметрів, які були оцінені як такі, що високий рівень безпеки на тлі зменшення кількості параметрів оцінених низьким і середнім рівнями безпеки. Необхідно також відзначити, що зменшення числа параметрів, які були оцінені як такі, що середній рівень безпеки, в багатьох випадках мало місце в зв'язку зі збільшенням числа параметрів оцінених високим рівнем безпеки.

Аналіз змін (збільшення або зменшення) величини індексів безпеки лікарень в порівнянні з 2010 р показує, що у всіх оцінених лікарнях індекс безпеки лікарні виріс (табл. 3).

Таблиця 2

Питома вага (%) рівнів безпеки привласнених параметрам компонентів безпеки оцінених лікарень (загальна і за категоріями лікарень)

Категорія лікарні / компоненти безпеки лікарень	Середньоарифметична величина рівнів безпеки (%)					
	низька		середня		висока	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016
Республіканські лікарні						
Загальна безпека	21,6	4,5	39,7	30,6	38,5	64,8
Структурна безпека	11,7	0	32,4	34,4	55,9	65,6
Неструктурна безпека	18,5	9	47,6	25,5	33,9	65,5
Управління НС	34,8	4,6	39,3	32,0	25,9	63,4
Муніципальні лікарні						
Загальна безпека	17,9	4,8	36,2	32,8	45,9	62,4
Структурна безпека	4,0	0	44,3	36,3	51,7	63,7
Неструктурна безпека	22,1	10,2	35,7	25,5	42,2	64,3
Управління НС	27,6	4,3	28,5	36,6	43,9	59,1
Районні лікарні						
Загальна безпека	16,0	4,4	47,5	32,6	36,4	63,0
Структурна безпека	3,1	0	43,6	37,0	53,3	63,0
Неструктурна безпека	27,9	8,2	51,5	27,5	20,6	64,3
Управління НС	17,0	5,1	47,6	33,4	35,4	61,5
Середньоарифметична величина по всім лікарням						
Загальна безпека	18,5	4,6	41,2	32,0	40,3	63,4
Структурна безпека	6,3	0	40,1	35,9	53,6	64,1
Неструктурна безпека	22,9	9,1	44,9	26,2	32,2	64,7
Управління НС	26,4	4,7	38,5	34,0	35,1	61,4

Таблиця 3

Зростання величини індексу безпеки лікарні у різних категорій лікарень в період з 2010 по 2016 рік

Категорія лікарні			Ріст ІБЛ
Республіканські лікарні	0,56	0,75	+0,19
Муніципальні лікарні	0,60	0,73	+0,13
Районні лікарні	0,56	0,74	+0,18
Всі лікарні	0,57	0,74	+0,17

В середньому по лікарняній системі відзначається зростання величини індексу безпеки лікарні на 17 пунктів, в тому числі у республіканських лікарень - на 19 пунктів, у районних лікарнях - на 18 пунктів і у муніципальних лікарень - на 13 пунктів (табл. 3).

Підвищення структурної безпеки лікарень сталося за рахунок реалізації в звітному періоді ряду заходів, таких як: виведення з експлуатації старих будівель з низьким рівнем структурної безпеки, проведення робіт по ремонту, зміцненню, консолідації та відновлення несучих елементів будівель з великим періодом експлуатації, зміцнення ділянок навколо будівель де було виявлено ризик осідання фундаменту. Підвищення неструктурної - ремонту і заміни інженерних мереж, капітальні та поточні ремонти в підрозділах 47 лікарень, капітальний ремонт покрівлі дахів в 19 лікарнях, заміна (повна або часткова) вікон в 24 лікарнях, термоізоляція зовнішніх стін будівель в 6 лікарнях, установка нових або капітальний ремонт старих котелень в 9 лікарнях, закупівля і установка електрогенераторів в 10 лікарнях, установка в 3 лікарнях систем нагріву води на основі використання сонячної енергії, установка в 8 лікарнях автоматичних систем виявлення вогню / диму та інше. Підвищення безпеки управління надзвичайними ситуаціями лікарень мало місце за рахунок реалізації в звітному періоді ряду заходів, таких як: включення в стандарти оцінки та акредитації лікарень Республіки Молдови окремого розділу «Безпека лікарні в надзвичайних ситуаціях»; розробка та затвердження Керівництва по розробці Плану підготовки та реагування лікарні на надзвичайні ситуації та розробка на його основі відповідних однотипних планів у всіх лікарнях Республіки Молдови; організація і проведення семінарів з

питань забезпечення безпеки лікарні при надзвичайних ситуаціях; організація і проведення комплексних навчань які імітують надзвичайні ситуації; розробка і впровадження ряду керівних документів та інше.

Таким чином, на основі аналізу результатів отриманих при оцінці безпеки лікарень, а також виконаних заходів, спрямованих на зміцнення їх безпеки, можна зробити висновок, що в цілому рівень безпеки при надзвичайних ситуацій та стихійних лих лікарень Республіки Молдова значно виріс під час дії Програми та Плану дій щодо зміцнення безпеки лікарень на період 2012-2016 років. У той же час наявність 4,6% параметрів, які були оцінені як такі, що низький рівень безпеки, і 32% параметрів із середнім рівнем безпеки, вказує на ще великий обсяг роботи, яку необхідно виконати для подальшого підвищення рівня безпеки при надзвичайних ситуаціях та стихійних лих лікарень Республіки Молдова.

Аналіз застосування Застосування Індексу безпеки лікарні в Киргизькій Республіці

Досвід Киргизької Республіки в застосуванні методики визначення Індексу безпеки лікарень ґрунтувався на підставі аналізу проведеної в 2010 та в 2016 роках оцінки безпеки Ошської міжобласної об'єднаної клінічної лікарні, що призначена для надання швидкої, спеціалізованої та планової медичної допомоги населенню, а також для надання методологічної та практичної допомоги органам охорони здоров'я сусідніх областей і районів, в тому числі в питаннях, пов'язаних з масовим поступленням великої кількості постраждалих. При розгляді попередніх подій, що вплинули на безпеку будівлі, виявлено, що за період діяльності лікарні в 2007 році стався землетрус силою 5-6 балів, внаслідок чого утворилися численні тріщини. У 2008-2010 році проведено ремонт та виявлені дефекти усунені. Підземні поштовхи в листопаді 2015р. силою 4-5 балів не позначилися на структурній безпеці будівлі лікарні.

Питома вага (%) рівнів безпеки лікарень, привласнених параметрам компонентів безпеки оціненої лікарні, наведено в табл. 4.

Таблиця 4

Питома вага показників за модулями безпеки в 2010 та 2016 роках

Компоненти безпеки лікарні	Питома вага показників (%)					
	низька		середня		висока	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016
Структурна безпека	26	0	23	53	51	47
Неструктурна безпека	28	17	43	70	29	13
Управління НС	29	12	26	64	45	24

Аналіз індексу безпеки по модулях вказує на те, що найбільша кількість проблем відносяться до розділу «неструктурна безпека», в меншому ступені – до розділу «управління надзвичайними ситуаціями» і при розробці заходів по зміцненню безпеки цим компонентам необхідно приділити основну увагу. Порівняльний аналіз індексу безпеки лікарні вказує на те, що він практично не змінився: 0,52 в 2016 році та 0,53 в 2010 році, при цьому відбулось зменшення питомої ваги параметрів з низьким та високим рівнями безпеки та зростання питомої ваги параметрів із середнім рівнем, що говорить про необхідність у розробці та виконанні заходів, що направлені на збільшення безпеки лікарні.

Висновки

1. Застосування методики визначення Індексу безпеки лікарень, як довів аналіз світового досвіду, є досить ефективним управлінським механізмом в умовах НС, що дозволяє своєчасно реагувати на виклики щодо функціонування лікарень за умов надзвичайних ситуацій та лих.

2. Застосування Індексу безпеки лікарень за методикою застосування та ефективністю суттєво залежить від національних систем охорони здоров'я та потребує адаптації до таких систем, зважаючи на те, що ризик критичного порушення систем охорони здоров'я залежить від особливостей інфраструктури, соціально-економічних та політичних умов, особливо у країнах, що розвиваються.

3. Результати аналізу світового досвіду застосування методики Індексу безпеки лікарень необхідно та доцільно враховувати при розробці принципів та методів застосування Індексу безпеки лікарень в Україні.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні отриманих на даному етапі даних, як базових для проведення визначення рівнів безпеки лікарень в Україні та адаптацію до національної системи охорони здоров'я існуючої методики визначення Індексу безпеки лікарень. Головною метою функціонуючої системи є забезпечення безпеки проведення та підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу у лікарнях (лікувально-профілактичних закладах) за умов надзвичайних ситуацій. Реалізація закладеного принципу передбачає координаційно-методичну діяльність із спорідненими за задачами організаціями та установами громадських та державних структур.

Література

1. 10 найгірших природних катаклізмів 21 століття [Інтернет]. 2012.11.24. Доступно на: <http://www.rate1.com.ua/ua/dovkillja/priroda/2391> The 10 worst natural disasters of the 21st century [Internet]. 2012.11.24. Available from: <http://www.rate1.com.ua/ua/dovkillja/priroda/2391>
2. Найсмертоносніші стихійні лиха двадцятиліття: карта небезпечних регіонів світу. [Інтернет]. 2017 верес. 11. Доступно на: https://24tv.ua/naystrashnishi_stihiyni_liha_20_littya_karta_nebezpechnih_regioniv_n863154 The most deadly disasters of the twentieth century: a map of the world's dangerous factors. [Internet]. 2017 Sept. 11. Available from: https://24tv.ua/naystrashnishi_stihiyni_liha_20_littya_karta_nebezpechnih_regioniv_n863154
3. *Hospital safety index: guide for evaluators* – 2nd ed., 2 v., WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 154898 4 (NLM classification: WX 185), World Health Organization and Pan American Health Organization, 2015, 176 p. [Internet]. Available from: https://www.who.int/hac/techguidance/hospital_safety_index_evaluators.pdf
4. *Safe Hospitals: A regional initiative on disaster-resilient health facilities*, CSP27/12, 27th Pan American sanitary conference 59th Session of the regional Committee; Pan American Health Organization, Washington, D.C., USA, 2007 Oct., 11 p. [Internet]. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/13_csp27-12-e.pdf
5. *Wallemacq P.*; House R. UNISDR and CRED report: Economic Losses, Poverty & Disasters (1998 - 2017). CRED, 2018:33.
6. *Save lives. Make hospitals safe in emergencies/ World Health Day 2009/ World Health Organization*, 2009, 36 p. [Internet]. Available from: https://www.who.int/world-health-day/2009/whd2009_brochure_en.pdf?ua=1
7. *Hospitals Safe from Disasters. Reduce Risk, Protect Health Facilities, Save Lives.* 2008-2009 World Disaster Reduction Campaign. United Nations. 2009. 31 p. Available from: <https://www.unisdr.org/2009/campaign/pdf/wdrc-2008-2009-information-kit.pdf>
8. *Humanitarian Health Action.* World Health Day 2009. World Health Organization. 2009. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/hac/events/7april2009/en/>
9. *Sixty-fourth World Health Assembly.* World Health Organization/ WHA64/2011/REC/1 Geneva. May 2011. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf
10. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030.* UNISDR/ GE/2015 - ICLUX EN5000 1st edition. 2015. [Internet]. Available from: https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordren.pdf
11. *Безопасность при чрезвычайных ситуациях и бедствиях больниц Республики Молдова.* Суммарный отчет. [Інтернет]. Доступно на: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/situatii_exceptionale/ibb_moldova_summarnyy_otchyot.pdf Safety in emergency situations and disasters of hospitals of the Republic of Moldova. Summary Report. [Internet]. Available from: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/situatii_exceptionale/ibb_moldova_summarnyy_otchyot.pdf
12. *Пысла М.С.* Оценка безопасности больниц республики Молдова с применением методологии «Индекс безопасности больницы». *Disaster Medicine.* 2012; 2 (78): 54-56. Pysla M.S. Safety assessment of hospitals in the Republic of Moldova using the methodology "Hospital Safety Index". *Disaster Medicine.* 2012; 2 (78): 54-56.
13. *Оценка готовности системы здравоохранения к кризисной ситуации: Кыргызстан.* 2013. [Інтернет]. Доступно на <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/emergencies/disaster-preparedness-and-response/publications/2013/assessment-of-health-system-crisis-preparedness-kyrgyzstan> Assessment of the preparedness of the health care system for a crisis situation: Kyrgyzstan. 2013. [Internet]. Available from: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/emergencies/disaster-preparedness-and-response/publications/2013/assessment-of-health-system-crisis-preparedness-kyrgyzstan>
14. *Совместная внешняя оценка Кыргызстана.* Отчет миссии: 28 ноября – 2 декабря 2016 года. [Інтернет]. Доступно на: <https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/jeeta/WHO-WHE-CPI-2017.22-rus.pdf> Joint external assessment of Kyrgyzstan. Mission Report: November 28 - December 2, 2016. [Internet]. Available from: <https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/jeeta/WHO-WHE-CPI-2017.22-rus.pdf>

Дата надходження рукопису до редакції: 12.09.2019 р.

Анализ международного опыта использования методики определения индекса безопасности больниц

Гурьев С.Е., Шевчук А.А., Сацук С.П., Гуселетова Н.В.

ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины» г. Киев

В работе представлены результаты анализа международного опыта использования методики определения индекса безопасности больниц. Основной акцент сделано на изучении примеров реализации данной концепции в странах бывшего СССР учитывая подобность инфраструктуры, планов сооружений больниц и принципов их функционирования к реалиям системы здравоохранения Украины.

Опыт Республики Молдова, как первой страны в мире, которая использовала эту методику с целью оценки всей больничной системы страны, доказав ее необходимость и эффективность. Результаты анализа нашей работы, которые базируются на сравнении данных оценок индекса безопасности больниц проведенных в разных категориях больниц в 2010 и 2016 годах обнаружили следующее: увеличение больше чем в 3 раза (з 15 (24,6%) в 2010 году до 55 (88,7%) в 2016 г.) количества больниц с высоким уровнем безопасности (группа А), снижение числа больниц с низким уровнем безопасности (группа С) с 5 (8,2%) до 0, при этом уменьшение с 41 (67,2%) до 7 (11,3%) числа больниц, отнесенных к группе В (средняя безопасность) имело место в результате значительного увеличения числа больниц, отнесенных при оценке 2016 года к группе А. Также определено, что индекс безопасности по больничной системе Республики Молдова увеличился в среднем на 17 пунктов. Повышение структурной, неструктурной и функциональной безопасности больниц

Республики Молдова состоялся за счет реализации проведенных мероприятий Программы и Плану действий в направлении укрепления безопасности больниц на период 2012-2016 годов, которые были разработаны за результатами оценки 2010 года и направленными на укрепление готовности больничной системы страны к чрезвычайным ситуациям.

Опыт Киргизской Республики в использовании методик определения индекса безопасности больниц носит менее системный характер, чем у Молдавии: использование методики в отдельных больничных учреждениях без программных мероприятий по укреплению безопасности, что не дало позитивных изменений индекса безопасности оцененных больниц (0,52 в 2016 году и 0,53 в 2010 году).

Использование методик определения индекса безопасности больниц требует их адаптации к национальным системам здравоохранения поскольку риск критического нарушения систем здравоохранения зависит не только от геолокации страны и природных факторов, а и от особенностей инфраструктуры страны, социально-экономических и политических условий.

Ключевые слова: учреждения здравоохранения (больницы), Индекс безопасности больниц, компоненты безопасности, чрезвычайные ситуации, мировой опыт.

Analysis of the world experience in applying of the determination methodology hospital safety index

Huryev S.O., Shevchuk H.A., Satsyk S.P., Huseletova N.V.

State institution "Ukrainian scientific and practical center of emergency medicine and disaster medicine of Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

In this work is presented the results in analyzing of world experience in applying of the determination of methodology Hospital Safety Index in different counties. The article is focus on exploring the examples of realization the concept in the countries of former Soviet Republics, according to their similarity in infrastructure, in scheme of hospitals structures and in principles of their functionality in accordance with the real system of the healthcare system of Ukraine.

The experience of the Republic of Moldova, as the first country in the world to apply this methodology for evaluating the safety of the whole hospital system of the country, has proved its feasibility and effectiveness. The results of an analysis of our work, based on a comparison of hospital safety index, conducted in different categories of public hospitals in 2010 and 2016, revealed the following: an increasing of more than in 3 times (from 15 (24.6%) in 2010 to 55 (88.7%) in 2016) the number of high-security hospitals (group A), reducing the number of low-security hospitals (group C) from 5 (8.2%) to 0, with a decreasing from 41 (67, 2%) to 7 (11.3%) number of hospitals, that are referred to group B (medium security), occurred as a result of a significant increasing in the number of hospitals assigned to the group A after the evaluating in 2016. It was also determined that the safety index for the hospital system of the Republic of Moldova increased by an average in 17 points. Improvement of structural, non-structural and functional safety of hospitals of the Republic of Moldova was due to the implementation of the Program and Action Plan activities for strengthening the safety of hospitals for the period 2012-2016, which were developed according to the 2010 evaluation and aimed at strengthening the readiness of the hospital system of this country for emergency situations and disasters.

The experience of the Kyrgyz Republic in applying the methodology for determining the Hospital Safety Index is less systemic than in Moldova: the application of the methodology in selected hospitals without programmatic measures to strengthen safety resulted in the absence of positive changes in the safety index of the evaluated hospital (0.52 in 2016 and 0, 53 in 2010). The implementation of the Hospital Safety Index requires the adaptation to national health systems, due to the risk of a critical health system disruption depends not only on the geolocation of the country and natural factors, but also on the features of infrastructure, social and economic, political conditions.

Key words: health care institutions (hospitals), Hospital Safety Index, safety components, emergencies, world experience.

Відомості про авторів

Гур'єв Сергій Омелянович, д.м.н., професор, заступник директора ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України", Лауреат Державної премії в галузі науки і техніки, Заслужений лікар України, 00266, м.Київ, вул. Братиславська 3;

Шевчук Ганна Андріївна, заступник директора з питань розвитку медичного центра ТОВ "ХАРТ ЛАЙФ ХОСПІТАЛ", співзасновник БФ "Серцем і Душею", пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України", 00266, м.Київ, вул. Братиславська 3;

Сацик Сергій Петрович, завідувач відділом ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України", 00266, м.Київ, вул. Братиславська 3;

Гуселетова Наталія Володимирівна, к.м.н., старший науковий співробітник, лікар-хірург вищої категорії, вчений секретар ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України", 00266, м.Київ, вул. Братиславська 3.

Характеристика системи попередження дитячої смертності

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета. Представити розроблену та обґрунтовану систему попередження дитячої смертності в Україні.

Матеріали та методи. В ході роботи використано бібліосемантичний та аналітичний методи, а також методи контент-аналізу, порівняльного аналізу, структурно-логічного аналізу, описового моделювання та системного підходу. Об'єктом дослідження стали медична допомога дитячому населенню, перинатальна допомога всіх рівнів її надання, рекомендаційні бази ВООЗ, ООН, Ради Європи в галузі охорони здоров'я щодо причин смерті дітей та їх попередження, смертність дітей у віці до 5-ти років, медико-соціальні детермінанти дитячої смертності за період 2014-2018 рр.

Результати дослідження. Запропоновано систему попередження дитячої смертності, розробка та обґрунтування якої проводилось на підставі результатів власного дослідження у відповідності до визначеної низки завдань. Представлено: організаційну модель системи попередження дитячої смертності, що передбачає прийняття на державному рівні Національної багатосекторальної програми з попередження дитячої смертності; модель системи попередження дитячої смертності, при розробці якої використано метод системного підходу, що включає структуру, процес, результати, а також три напрями: державний, регіональний мультисекторальний (система охорони здоров'я та інших секторів), сімейний рівень; функціонально-організаційну систему попередження дитячої смертності, що включає вже існуючі складові, удосконалені елементи та нові складові. Запропонована система з попередження дитячої смертності позитивно оцінено експертами.

Висновки. За результатами проведеного дослідження представлено характеристику розробленої та обґрунтованої функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності в Україні з доведеною ефективністю, а також організаційної моделі системи попередження дитячої смертності, моделі системи попередження дитячої смертності, що включають імплементацію Національного плану дій глобальної ініціативи ВООЗ «Кожна Жінка, кожна Дитина» та побудовані на основі проведених власних досліджень з урахуванням рекомендацій ВООЗ, ООН, Ради Європи в галузі охорони здоров'я щодо попередження дитячої смертності, що спрямовано на попередження випадків смерті, яким можна запобігти.

Ключові слова: смертність, попередження дитячої смертності, система, модель системи, функціонально-організаційна система попередження смертності.

Вступ

Протягом останніх десятиліть на світовому рівні, завдяки зусиллям урядів більшості країн, у вирішенні проблеми попередження дитячої смертності у віці до п'яти років досягнуто значний прогрес, а саме починаючи з 2000 року вдалося врятувати життя 50 млн. дітей у віці до п'яти років. За даними ВООЗ, якби всі країни мали середні показники смертності на рівні країн з високим рівнем доходів, 87% випадків смерті дітей молодше п'яти років можна було б уникнути, зберігши майже 5 млн. життів тільки в 2016 р. Переважна частка випадків смерті серед дітей у віці до 5-ти років відбувається у віці до 1-го року життя, а саме у неонатальний період, до того ж щороку в середньому 2,6 млн. дітей з'являються на світ мертвонародженими [1, 2, 4]. На фоні зниження загального рівня дитячої смертності, зниження рівня неонатальної смертності відбувається достатньо повільно, при тому що більшості її випадків можна уникнути та запобігти при використанні необхідних знань та технологій там, де вони найбільш необхідні, тим більш, що на даний час для попередження дитячої смертності існують достатня кількість простих і недорогих заходів [2–4]. В цілому, сучасна медична наука має ресурси для збереження життя та поліпшення здоров'я дітей, це і ефективні інтервенції, і підвищенні якості та безпечності надання медичної допомоги матері та дитині, і шляхи надання послуг, і збільшення доступності та охоплення кваліфікованою медичною допомогою всіх, хто її потребує, імунізація, грудне вигодовування тощо [2, 4].

Не зважаючи на існуючі позитивні тенденції, попередження дитячої смертності продовжує залишатись однією з першочергових проблем у всьому світі, тому зусилля світової спільноти спрямовані на подальший пошук ефективних шляхів її вирішення у відповідності до нових викликів сьогодення, що знайшло своє відображення у ряді документів, серед яких: Цілі сталого розвитку (ЦСР), де одна із ЦСР спрямована на боротьбу із запобіжною дитячою смертністю і забезпечення скорочення нерівності і охоплення немовлят, дітей і матерів особливо з найбільш незахищених верств населення якісною медичною допомогою; Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок і дітей, що направлена на зміцнення політики і поліпшення допомоги жінкам і дітям у будь-якій країні світу, прогресивною частиною якої є ініціатива «Кожна Жінка, кожна Дитина», а також ініціатива «Кожен Новонароджений» та Глобальний план дій,

схвалений Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, який покликаний у рамках одного покоління покінчити з попереджувальними випадками материнської і дитячої смертності, для чого країни мають запровадити свій національний план дій з охорони здоров'я дітей для чого необхідно переглянути свої державні стратегії відносно матері та дитини, забезпечити поліпшення доступу до якісної медичної допомоги, зміцнити інформаційні системи охорони здоров'я, проводити моніторинг, тощо [5, 6]; політика «Здоров'я – 2020. Основи європейської політики і стратегія для XXI століття» містить наукове обґрунтування комплексного підходу та дій щодо зміцнення здоров'я, профілактики хвороб і підвищення рівня добробуту людей з урахуванням соціальних детермінант із здійсненням цілеспрямованих втручань для населення, що найбільше потребує допомоги, а також впровадження міжсекторальних взаємодій в охороні здоров'я, для чого необхідно інвестувати в здоров'я на всіх етапах життя людини і розширити права і можливості громадян, підтримувати здоров'я протягом усього життя, впроваджувати ефективні стратегії, що охоплюють всі етапи життя, нові підходи до зміцнення здоров'я і профілактики хвороб, поліпшувати здоров'я і забезпечувати соціальну справедливість стосовно здоров'я починаючи із забезпечення безпечної вагітності, здорового початку життя, розвитку дитини в ранньому дитячому віці, благополуччя дітей та підлітків [7]. Таким чином, з урахуванням вищенаведеного та враховуючи той факт, що в Україні спостерігається один із найвищих рівнів дитячої смертності серед країн європейського регіону, розробка та обґрунтування ефективної системи попередження дитячої смертності є надзвичайно актуальною.

Мета дослідження: представити характеристику розробленої та обґрунтованої функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності в Україні.

Об'єкт і методи дослідження: об'єктом дослідження стали медична допомога дитячому населенню, перинатальна допомога всіх рівнів її надання, рекомендаційні бази ВООЗ, ООН, Ради Європи в галузі охорони здоров'я щодо причин смерті дітей та їх попередження, смертність дітей у віці до 5-ти років, медико-соціальні детермінанти дитячої смертності за період дослідження 2014-2018 рр.

В ході дослідження дотримано принципів Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.) Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та закони України.

При виконанні роботи використано наступні методи дослідження: біблосемантичний, контент-аналізу, аналітичний, порівняльний аналізу, структурно-логічного аналізу, описового моделювання, системний підхід.

Дослідження проведене в рамках виконання НДР «Наукове обґрунтування і розробка системи заходів по оптимізації ефективності медичної допомоги матерям і новонародженим в умовах регіоналізації перинатальної допомоги» ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», № держреєстрації 0117U002419, строки виконання 2017-2019 рр.

Результати дослідження та їх обговорення

Науковим підґрунтям для системи попередження дитячої смертності стали результати проведеного власного дослідження: результати аналізу медико-демографічних показників дитячого населення на державному та регіональному рівнях, смертність дітей поза стаціонару, встановлені медико-соціальні детермінанти смертності дітей, результати комплексної оцінки стану перинатальної допомоги в Україні та за її регіонами, організації та стану надання медичної допомоги дитячому населенню на всіх рівнях її надання на державному та регіональному рівнях. Розробка та обґрунтування системи попередження дитячої смертності проводилась у відповідності до виділеної низки завдань: забезпечення міжсекторального підходу в системі попередження дитячої смертності; забезпечення безперервного підвищення кваліфікації медичних працівників, починаючи з ЛЗП-СЛ, з питань профілактики дитячої смертності та якості надання медичної допомоги тощо; підвищення якості, доступності та результативності медичної допомоги дітям та вагітним на всіх рівнях її надання, особливо для малозахищених верств населення; активне залучення громадськості до вирішення проблеми попередження дитячої смертності; підвищення рівня соціального захисту матері та дитини; формування розвинутої інфраструктури з популяризації пріоритетності здоров'я дитини у суспільстві та формування відповідального батьківства; забезпечення високого рівня медико-гігієнічної освіти дітей; здійснення безперервного моніторингу та оцінки за якістю надання медичної допомоги, стандартними індикаторами, медико-соціальними детермінантами; скорочення рівня дитячої смертності; покращення соціальної та демографічної ситуації в країні.

Організаційна модель системи попередження дитячої смертності для її ефективної дії передбачає прийняття на державному рівні Національної багатосекторальної програми з попередження дитячої смертності із включенням заходів глобальної ініціативи ВООЗ «Кожна жінка, кожна дитина», на підставі якої на рівні об'єкту системи (обласні державні адміністрації та створені обласні міжсекторальні координаційні ради з попередження дитячої смертності) на регіональних рівнях мають бути затверджені регіональні багатосекторальні науково-комплексні програми з попередження дитячої смертності (рис. 1).

Розробка моделі системи попередження дитячої смертності проводилась з використанням методу системного підходу, що включає наступні складові: 1 – структуру (включаючи ресурси, а саме: організаційна структура, кадри, матеріально-технічна база, фінансування (джерела фінансування), інформаційна база (інформаційне забезпечення),

технології, стандарти), 2 – процес, 3 – результати (рис. 2). Важливим є те, що система включає нормативне та організаційно-методичне забезпечення зниження дитячої смертності, здійснення якісного моніторингу і в тому числі проведення аналізу детермінант дитячої смертності з позиції їх попередження, затвердження регіональних програм з попередження дитячої смертності, на рівні регіонів збережено регіональний підхід, що дозволяє враховувати регіональні особливості дитячої смертності, пріоритетним, паралельно із удосконаленням організаційних підходів у наданні медичної допомоги дітям, стає удосконалення організації перинатальної і неонатальної допомоги, впровадження передових сучасних технологій у наданні медичної допомоги дітям (реанімаційних, інтенсивної терапії новонародженим та дітям раннього віку тощо). Система включає три напрями щодо зниження дитячої смертності: державний, регіональний мультисекторальний (система охорони здоров'я та інших секторів), сімейний рівень.

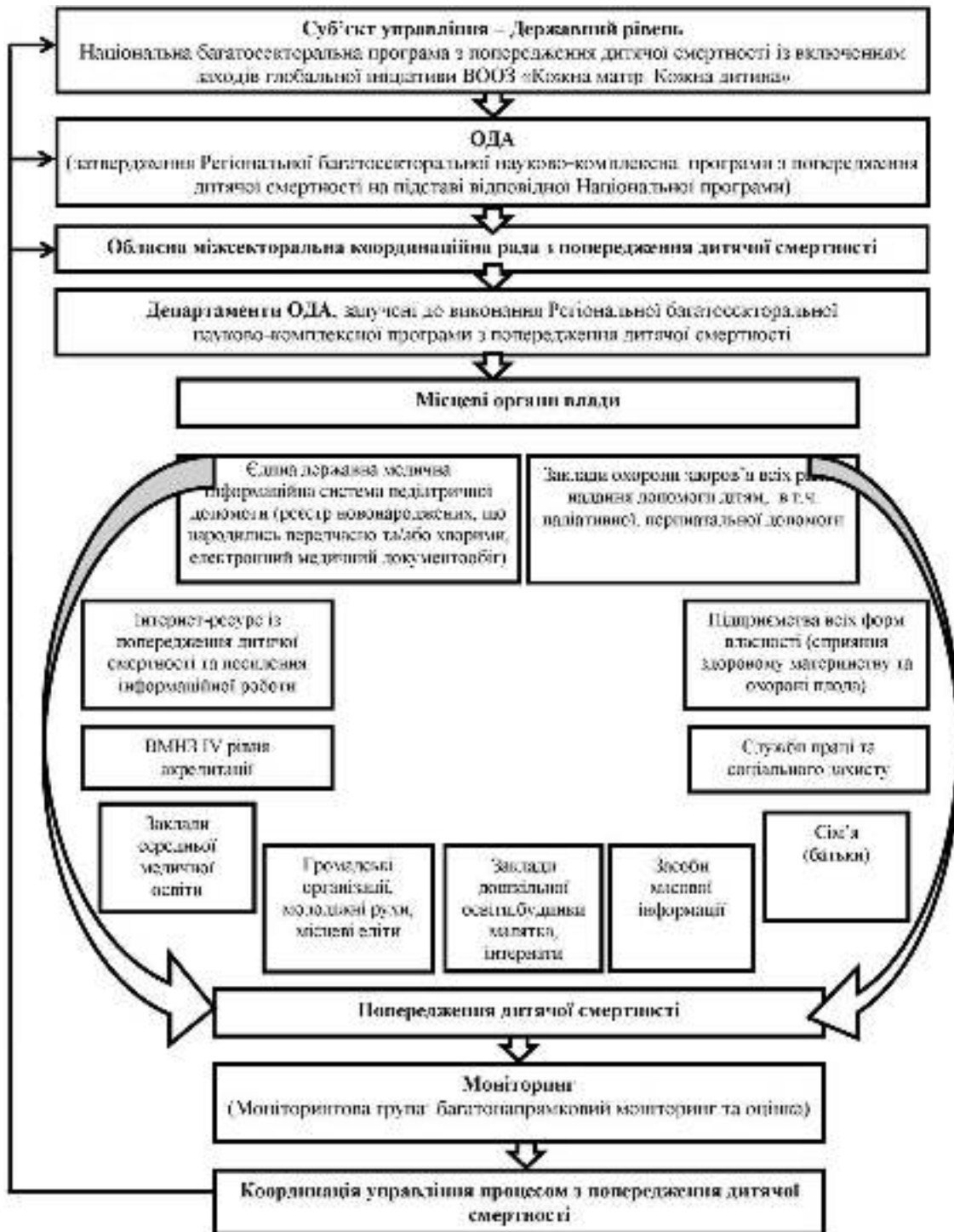


Рис. 1. Організаційна модель системи попередження дитячої смертності

ПРОБЛЕМА		Високий рівень дитячої смертності, що можна попередити
С	I. Організаційна структура	Суб'єкт: державний рівень, МОЗ – координація з іншими Міністерствами та відомствами
		ОДА, Обласна міжсекторальна координаційна рада з попередження дитячої смертності, місцеві органи влади
Т		Об'єктивний аспект системи попередження дитячої смертності (медичний): педіатрична та перинатальна допомога (всі рівні надання), екстрена допомога
Р		Первинний рівень надання медичної допомоги дітям та I (базовий) рівень перинатальної допомоги: ФАП, ЦПМСД, АЗПСМ, центри-кабінети планування сім'ї, жіночі консультації, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування I рівня з кількістю пологів 400 і більше на рік, пологові відділення районних лікарень, пологові відділення ЦРЛ, пологові відділення міських лікарень. <i>Необхідно: забезпечення умов для інтенсивної терапії починаючи з ФАП</i>
	У	Вторинний рівень медичної допомоги: ЦРЛ, міські дитячі лікарні, консультативно-діагностичні центри, жіночі консультації як юридичні особи, жіночі консультації у складі міських пологових будинків, жіночі консультації у складі міських багатопрофільних лікарень, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування II рівня перинатальної допомоги (кількість пологів 800 і більше на рік), міські пологові будинки, ПЦ II рівня в т.ч. створені на базі міських пологових будинків або багатопрофільних лікарень (ЦРЛ), що виконують функції міжрайонних ПЦ з кількістю пологів 1500 і більше на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км. <i>Необхідно: створення центрів дитячої реанімації та інтенсивної терапії, вієла бригади реанімації та інтенсивної терапії</i>
К		Третинний рівень медичної допомоги: обласна дитяча лікарня, обласний дитячий консультативний центр, спеціалізовані дитячі центри, регіональні ПЦ (1 центр в розрахунку на 7-10 тис. пологів): обласний ПЦ III або міський ПЦ (М. Київ), як юридична особа або структурний підрозділ ЗОЗ III рівня надання допомоги, Державний ПЦ на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства ІАМН України». <i>Необхідно: створення відділень планової та екстреної консультативної допомоги, спеціалізовані педіатричні бригади.</i>
Т		Екстрена невідкладна допомога. <i>Необхідно: гарантоване забезпечення надання допомоги (епіанестезії) при поєднанні загрозливих станів і синдромів та транспортування у найближчі відділення (лікарня)</i>
У		II. Кадри
Р		<ul style="list-style-type: none"> - Лікарі всіх спеціальностей та рівнів надання медичної допомоги дитячому населенню та вагітним жінкам; - Викладачі ВНМЗ IV рівня акредитації та закладів середньої медичної освіти; - Керівники, відповідальні педагоги, викладачі дошкільних закладів, інтернатів тощо; - Голови та члени громадських організацій, молодіжних рухів; - Керівних підприємств всіх форм власності та відповідальні особи; - Керівники та працівники служб соціального захисту; - Керівники та відповідальні особи органів місцевого самоврядування; - Керівники, працівники засобів масової інформації та комунікації.
	А	III. Матеріально-технічна база
		<p>1. Заклади охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги дітям та перинатальної допомоги: умови для здійснення профілактики, забезпечення відповідності стандартам надання та якості медичної допомоги, стандартам оснащення, належний санітарно-гігієнічний та технічний стан, умови для створення єдиного реєстру та медичного документообігу.</p> <p>2. ЗМІ: відповідне технічне обладнання, засоби комунікації.</p>

Рис. 2 Модель системи попередження дитячої смертності

С Т Р У К Т У Р А	III. Матеріально-технічна база
	3. Служби соціального захисту: відповідне технічне обладнання, засоби комунікації.
	4. Рівень громад. база для створення умов для ЗСЖ, формування стереотипу сім'ї орієнтованого на збереження здоров'я дітей.
	5. Громадські організації: партнерські об'єднання, оргтехніка, тощо.
	7. ВМНЗ та заклади середньої медичної освіти: навчальні бази, умови для впровадження та використання сучасних наукових розробок щодо підходів попередження передчасної дитячої смертності у освітню діяльність, забезпечення методичною літературою, учбовими посібниками з навчання компетенційному та кваліфікаційному рівням знань з надання медичної допомоги дітям, перинатальної практики, лікарів всіх рівнів надання допомоги, включаючи ЛЗП/СМ.
	8. Підприємства: відповідні умови та справний стан устаткування.
	9. Заклади дошкільної освіти: відповідний санітарно-технічний стан споруд, умови для дотримання безпеки життєдіяльності та безпечного перебування дітей, навчання персоналу спостереженню за станом здоров'я дітей та надання первинної допомоги і тактиці дій при загрозливих станах.
	10. Будинки-малятка, інтернати: відповідний санітарно-гігієнічний стан, технічні споруди, освітлення та умови для медичного спостереження та доступності медичної допомоги.
	IV. Фінансування (джерела фінансування)
	Державне фінансування (державні гарантії щодо охоплення медичною допомогою дітей та вагітних жінок), приватні інвестиції, інвестиції місцевих еліт, громадських організацій,
V. Інформаційна база (інформаційний компонент системи)	
- Інтернет-ресурс з попередження дитячої смертності та збереження здоров'я дітей;	
- ЗМІ: програми, реклама з пропагування профілактики дитячої смертності, своєчасного звернення за медичною допомогою при загрозливих станах, ЗСЖ, орієнтації сім'ї на збереження здоров'я дітей, тощо;	
- Єдина державна медична інформаційна система педіатричної допомоги, включно реєстр новонароджених, що народились передчасно та/або хворими;	
- Електронний медичний документообіг;	
- Інструктажі з БЖД та прані;	
- Акції громадських організацій та молодіжних рухів щодо збереження здоров'я дітей та пропагуванні здоров'я дитини у сімейному колі як найвищої цінності;	
- Учбові матеріали, листівки для батьків;	
VI. Технології	
- Розробка науково-комплексних програм з попередження дитячої смертності;	
- Впровадження Інтернет- технологій;	
- Впровадження сучасних освітніх програм з попередження дитячої смертності,	
- Дотримання медичних та соціальних стандартів,	
- Телемедичні технології;	
- Передові сучасні технології медичної допомоги дітям (реанімаційні, інтенсивної терапії, виходження);	
- Наступність спостереження за дітьми;	
- Впровадження нормативно-правових актів щодо охорони дитинства та організаційно-методичне забезпечення тактики зниження дитячої смертності;	
- Впровадження гарантованого пакету охоплення дітей та вагітних жінок медичними послугами,	
- Дотримання умов ЗСЖ, БЖД, тощо	
VII. Стандарти	
Розробка і впровадження сучасних стандартів педіатричної, перинатальної, екстреної медичної допомоги	

Рис. 2 Модель системи попередження дитячої смертності (продовження)

П	1. Виконання Державної багатосекторальної програми з попередження дитячої смертності та Національного плану дій Глобальної ініціативи «Кожна матір. Кожна дитина», регіональних програм, прийнятих на підставі державної програми. Оцінка, координація, управління, контроль за процесом профілактики дитячої смертності.
	2. Надання інтенсивної терапії, реанімаційних послуг дитячому населенню на рівні ПМСД (ФАП, ЦПМСД, АЗП/СМ) тощо.
	3. Надання допомоги (свакуації) при типових загрозливих станах та синдромах (транспортування у найближче відділення).
Р	4. Координація Державним перинатальним центром всіх перинатальних служб.
	5. Застосування передових сучасних технологій щодо надання медичної допомоги дітям (принципів надання послуг). Проведення телемедичного консультування.
О	6. Дотримання санітарно-гігієнічних стандартів приміщень та навколишнього середовища.
	7. Здійснення психологічної та/або соціальної підтримки та/або допомоги матерям (сім'ям з дітьми) в кризових станах.
	8. Удосконалення та дотримання державних стандартів діагностики, лікування, реабілітації, паліативної допомоги дитячому населенню.
	9. Впровадження та використання гарантованого пакету медичних послуг дитячому населенню в рамках всебічного охоплення послугами охорони здоров'я, забезпечення наступності спостереження та медичної допомоги дитячому населенню, доступності, комплексності надання, безперервності.
	10. Дотримання прав пацієнта та етико-деонтологічних норм медико-профілактичної діяльності.
	11. Виконання законодавства України щодо охорони здоров'я матері та дитини, соціальної політики.
	12. Розробка та впровадження нормативно-правових актів (удосконалення) щодо охорони дитинства та організаційно-методичне забезпечення тактики зниження дитячої смертності.
	13. Впровадження нового стандарту підготовки лікарів з питань попередження дитячої смертності, забезпечення безперервної освіти лікарів на післядипломному рівні (відповідний кваліфікаційний та компетенційний рівень), підготовка викладачів з блоку питань попередження дитячої смертності.
	14. Діяльність та контроль ЛЗП/СЛ за орієнтацією сімей на ЗСЖ, здоров'я дітей, майбутніх дітей.
	15. Запровадження механізмів відповідальності обласних, міських рад за міжбюджетне фінансування ЗОЗ. Забезпечення пріоритетного фінансування материнства та дитинства в країні.
Е	16. Моніторинг та постійний аналіз детермінант дитячої смертності (в т.ч. медико-соціальними) з позиції їх попередження з урахуванням регіональних особливостей. Відстеження процесу скорочення дитячої смертності.
	17. Моніторинг за якістю надання медичної допомоги дітям за стандартними індикаторами.
С	18. Моніторинг і оцінка перинатальної допомоги. Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги. SWOT - аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища.
	19. Впровадження заходів ефективної соціальної політики відносно сімей соціального ризику.
	20. Впровадження заходів профілактики соціального сирітства.
	21. Впровадження програми по відповідальному батьківству та керівних принципів стратегії репродуктивного здоров'я, здоров'я новонароджених та дітей.
	22. Приведення у відповідність та впровадження нормативів складності та напруженості медичних працівників, що надають допомогу дітям.
	23. Впровадження Єдиної державної медичної інформаційної системи педіатричної допомоги, включно реєстр новонароджених, що народились передчасно та/або хворими.
	24. Взаємодія органів соціального забезпечення ЗОЗ.
	25. Дотримання та розширення скринінгу на вроджені вади розвитку, орфанні хвороби, тощо.
	26. Впровадження пересувних дитячих поліклінік.
	27. Створення мережі денних дитячих стаціонарів.
	28. Забезпечення продовження регіоналізації перинатальної допомоги. Завершення створення ПЦ II та II рівнів.
	29. Розвиток медичних закладів профілактичної спрямованості.
	30. Впровадження системи катамбестичного спостереження та раннього втручання.
	31. Впровадження комплексної інтеграції послуг, комплексного ведення дитячого населення.
	32. Дотримання заходів з охорони репродуктивного здоров'я на підприємствах.

Рис. 2 Модель системи попередження дитячої смертності (продовження)



Рис. 2 Модель системи попередження дитячої смертності (продовження)

На державному та регіональному напрямах з урахуванням процесів децентралізації система передбачає: вдосконалення системи фінансування та об'єм фінансування служби охорони матері та дитини, та їх пріоритетність; вдосконалення соціальної політики, особливо по відношенню до сімей із групи соціального ризику; гарантоване забезпечення безоплатною та доступною медичною допомогою матерів та дітей; вдосконалення ефективності надання невідкладної та реанімаційної допомоги. Сімейний напрям включає: формування відповідального батьківства, підвищення медичної обізнаності батьків щодо загрозливих для життя дітей станів і тактиці дій при них, формування здорового способу життя, медичної активності щодо здоров'я дитини та власного здоров'я профілактичної спрямованості, формування стереотипу сім'ї на збереження здоров'я дитини, профілактика соціального сирітства.

Розроблена функціонально-організаційна система попередження дитячої смертності включає в себе суб'єкт та об'єкт управління, всі рівні надання медичної допомоги дитячому населенню, перинатальну допомогу всіх рівнів надання, екстрену невідкладну допомогу дітям, наглядові опікунські ради, блок наукового регулювання, ВНМЗ IV рівня акредитації до- та післядипломного рівня освіти, участь громадськості, а також передбачає різноспрямований моніторинг для якісної оцінки діяльності системи та прийняття управлінських рішень. Новими елементами системи попередження дитячої смертності є створення спеціалізованих педіатричних бригад, відділень планової та екстреної консультативної допомоги на третинному рівні, спеціалізованих центрів дитячої реанімації та інтенсивної терапії, виїзних бригад реанімації та інтенсивної терапії, блоку моніторингу (в тому числі за медико-соціальними детермінантами), оцінки, контролю, координації, управління процесом профілактики дитячої смертності, показників смертності та захворюваності, оцінки якості надання медичної допомоги дітям, комплексної оцінки перинатальної допомоги на всіх рівнях її надання за розробленою та обґрунтованою методологією. Частково впровадженими елементами системи є діяльність наглядових (опікунських) рад, проведення SWOT-аналізу зовнішнього та внутрішнього середовища регіоналізації перинатальної допомоги, створення умов надання та впровадження етапної допомоги (евакуації) при типових загрозливих станах та синдромах (транспортування у найближчі відділення) на рівні екстреної невідкладної допомоги (рис. 3). За результатами дослідження для оцінки розробленої та обґрунтованої системи було створено експертну групу до якої увійшли організатори охорони здоров'я, науковці, практичні лікарі, батьки. Ставлення експертів до запропонованої системи попередження дитячої смертності оцінювалось після їх ознайомлення з матеріалами дослідження та проведеної дискусії за допомогою медико-соціологічного дослідження шляхом заповнення експертами спеціально розробленої анкети. За результатами проведених розрахунків в цілому позитивно оцінили систему 96,0%, експертів також було отримано коефіцієнт варіації відношення експертів до запропонованої системи менше 10%, що вказує на високу їх узгодженість в своєму рішенні щодо позитивної оцінки запропонованої системи попередження дитячої смертності.

Висновки

У відповідності до рекомендаційних документів ВООЗ, ООН, Ради Європи в галузі охорони здоров'я щодо попередження дитячої смертності, проведеного дослідження щодо стану організації медичної допомоги дитячому населенню України, перинатальної допомоги, встановлених медико-соціальних детермінант смертності дітей, результатів аналізу медико-демографічних показників смертності дітей у віці до 5-ти років розроблено та обґрунтовано організаційну модель системи попередження дитячої смертності, модель системи попередження дитячої смертності та функціонально-організаційну систему попередження дитячої смертності в Україні з доведеною ефективністю, яка включає імплементацію Національного плану дій глобальної ініціативи ВООЗ «Кожна Жінка, кожна Дитина» і спрямована на скорочення попереджувальних випадків дитячої смертності в державі.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням результатів практичного впровадження системи попередження дитячої смертності в країні та на регіональному рівні.

Література

1. Guillot, Michel, et al., 'Child Mortality Estimation: A global overview of infant and child mortality age patterns in light of new empirical data', PLoS Medicine, vol. 9, no. 8, 2012.
2. Alkema, Leontine, et al., 'National, Regional, and Global Sex Ratios of Infant, Child, and Under-5 Mortality and Identification of Countries With Outlying Ratios: A systematic assessment', The Lancet Global Health, vol. 2, no. 9, 1 September 2014, pp. e521–e530.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/117186/E93103R.pdf).
4. Levels and Trends in Child Mortality United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2019. Режим доступа: <file:///C:/Users/svdud/Downloads/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2019.pdf>
5. The Global Strategy For Women's, Children's And Adolescents' Health (2016-2030) _ Every Woman Every Child. Режим доступа: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/>
6. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Режим доступа: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/
7. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>.

References

1. Guillot, Michel, et al., 'Child Mortality Estimation: A global overview of infant and child mortality age patterns in light of new empirical data, PLoS Medicine, vol. 9, no. 8, 2012.
2. Alkema, Leontine, et al., 'National, Regional, and Global Sex Ratios of Infant, Child, and Under-5 Mortality and Identification of Countries With Outlying Ratios: A systematic assessment, The Lancet Global Health, vol. 2, no. 9, 1 September 2014, pp. e521–e530.
3. Doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v Evrope, 2009 g. Zdorov'e i sistemy zdravookhraneniya. Kopenagagen, Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2009 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/117186/E93103R.pdf).
4. Levels and Trends in Child Mortality United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2019. Rezhym dostupu: <file:///C:/Users/svdud/Downloads/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2019.pdf>
5. The Global Strategy For Womens, Childrens And Adolescents Health (2016-2030) _ Every Woman Every Child. Rezhym dostupu: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/>
6. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Rezhym dostupu: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/
7. Zdorov'e-2020 – osnovy evropejskoj politiki i strategiya dlya XXI veka. Rezhim dostupu: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>

Дата надходження рукопису до редакції: 02.09.2019 р.

Характеристика системы предупреждения детской смертности

С.В. Дудник

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины», г. Киев

Цель. Представить разработанную и обоснованную систему предупреждения детской смертности в Украине.

Материалы и методы. В ходе работы использованы библиосемантический и аналитический методы, а также методы контент-анализа, сравнительного анализа, структурно-логического анализа, описательного моделирования и системного подхода.

Результаты исследования. Предложена система предупреждения детской смертности, разработка и обоснование которой проводилось на основании результатов собственного исследования в соответствии с определенным рядом задач. Представлено: организационную модель системы предупреждения детской смертности, что предполагает принятие на государственном уровне Национальной многосекторальной программы по предупреждению детской смертности; модель системы предупреждения детской смертности, при разработке которой использован метод системного подхода, включающий структуру, процесс, результаты, а также три направления: государственный, региональный мультисекторальный (система здравоохранения и другие секторы), семейный уровень; функционально-организационную систему предупреждения детской смертности, включая уже существующие компоненты, усовершенствованные элементы и новые составляющие системы. Предложенная система предупреждения детской смертности получила позитивную оценку экспертов.

Висновки. По результатам проведенного исследования представлена характеристика разработанной и обоснованной функционально-организационной системы предупреждения детской смертности в Украине с доказанной эффективностью, а также организационной модели системы предупреждения детской смертности, модели системы предупреждения детской смертности, включающие имплементацию Национального плана действий глобальной инициативы ВОЗ «Каждая Женщина, каждый Ребенок», построенные на основе проведенных собственных исследований с учетом рекомендаций ВОЗ, ООН, Совета Европы в здравоохранения по предупреждению детской смертности, что направлено на предупреждение случаев смерти, которые можно предотвратить.

Ключевые слова: смертность, предупреждение детской смертности, система, модель системы, функционально-организационная система предупреждения смертности.

Characteristics of child's mortality prevention system

S.V. Dudnyk

SE «Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine», Kyiv

Purpose. To submit a developed and substantiated of child's mortality prevention system in Ukraine.

Materials and methods. During the research, bibliosemantic and analytical methods were used, as well as methods of content analysis, comparative analysis, structural logical analysis, descriptive modeling and a systematic approach. Objects of research were the organization of medical care for children, perinatal care at all levels of its provision, the WHO, UN, Council of Europe recommendation bases in the field of health regarding the death's causes of children and their prevention, mortality of children under 5 years of age, medical and social determinants of child mortality for study period 2014-2018. The study was conducted as part of the research work «Scientific justification and development of a system of measures to optimize the effectiveness of medical care for mothers and newborns in the context of regionalization of perinatal care», State Establishment «Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine», state registration number 0117U002419, deadlines 2017-2019.

Results of the research. A system is proposed for child's mortality prevention, the development and justification of which was carried out on the results of our own research in accordance with a number of tasks. Presented: an organizational model of child's mortality prevention system, which involves the adoption at the state level of a national multisectoral program to prevent child mortality; a model of child's mortality prevention system, the development of which uses the method of a systematic approach, including structure, process, results, as well as three areas of its implementation: state, regional multisectoral (health system and other sectors), family level; functional and organizational system for child's mortality prevention, which includes existing components, advanced elements and new components of the system. The child's mortality prevention system has been praised by experts.

Conclusions. An organizational model of a system for preventing child mortality, model a of child's mortality prevention system, and a functional and organizational system for preventing child mortality in Ukraine with proven effectiveness in accordance with the recommendations of the WHO, UN and the Council of Europe in the field of healthcare for the prevention of child mortality were developed and justified on the basis of study of the state of organization of medical care for the children of Ukraine, based on a study of the state of analysis of perinatal care, based on established medical and social determinants of child mortality, based on the analysis of medical and demographic indicators of mortality in children under 5 years of age. The developed system includes the implementation of the National Plan of Action of the WHO global initiative «Every Woman, Every Child», the system is aimed at reducing preventive cases of child mortality in the country.

Key words: mortality, child mortality prevention, system, model of system, functional and organizational mortality prevention system.

Відомості про автора

Дудник Світлана Валеріївна – кандидат медичних наук, учений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; докторант; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 612.467-026.781-057.87:27-565.4

Дуткевич-Іванська Ю.В., Мелега К.П., Русин Л.П., Сабодош М.В., Шанта І.Ф.

Показники кислотно-лужної рівноваги сечі у студентів ФЗФВ під час Великого посту

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання, м.Ужгород, Україна

Мета дослідження: показати чи сколихнуться показники кислотно-лужної рівноваги сечі у студентів ФЗФВ, коли зміниться режим харчування в період Великого посту.

Об'єкт і методи дослідження: об'єкт дослідження – це показники рН сечі у студентів ФЗФВ, ДВНЗ «УжНУ»; методи дослідження – аналіз літературних джерел, тестування індикаторними лакмусовими стрічками, розробка раціону харчування.

Результати дослідження та їх обговорення: одноразовий аналіз сечі не дозволяє точно оцінити стан організму. Щоб провести якісну діагностику та отримати найбільш точні результати, рН-тест слід проводити три дні поспіль, три рази на добу. Дане дослідження проводилось в ДВНЗ «УжНУ» серед студентів факультету здоров'я та фізичного виховання. Обстежено 10 студентів 4 курсу, 1997-1998 року народження, з них 5 – дівчат і 5 – хлопців.

Висновки. У результаті дослідження отримано результат, який дає можливість зрозуміти, що насправді від того, що ми їмо залежить стан кислотно-лужної рівноваги нашого організму.

Ключові слова: обмін речовин, кислотно-лужний баланс, сечовидільна система, сеча, студенти.

Вступ

Видільна система людини відповідає не тільки за виведення з організму надлишку рідини і токсинів, але також забезпечує нормальну кислотно-лужну рівновагу [1].

РН – це так званий водневий показник, який демонструє кількість іонів водню в розчині (в даному випадку розчин – це зразок сечі). Подібний аналіз дозволяє визначити фізичні властивості сечі, а також оцінити баланс лугів і кислот, які в ній містяться. Насправді існує безліч факторів, здатних впливати на хімічний склад сечі. Зокрема, рН залежить від харчування людини. У людей, які вживають так звану "важку їжу", що містить в собі білки, сірку і фосфор, реакція сечі кисла (менше 5). Якщо ж раціон людини включає переважно рослинні та молочні продукти, то реакція сечі буде лужна (більше 7). Крім того, існують інші фактори, під впливом яких змінюється сеча. РН може коливатися залежно від особливостей обміну речовин. На хімічний склад впливають будь-які запальні хвороби видільної системи. Має значення і процес травлення, зокрема зниження або підвищення кислотності шлунка. На рН можуть вплинути деякі лікарські препарати [2].

Варто відзначити, що оптимальний рівень іонів водню сприяє нормальній санації сечового міхура, а також пригнічує життєдіяльність патогенних мікроорганізмів, тим самим зменшуючи ймовірність розвитку інфекційного захворювання [3].

У здорової людини реакція сечі коливається від слабокислої до нейтральної. Залежно від особливостей дієти цей показник може становити 5,0 - 7,0. РН сечі вказує, зокрема, на ефективність переробки організмом мінералів, які відповідають за рівень кислотності: магній, натрій, калій і кальцій. Якщо рівень рН вище норми, організм повинен самостійно нейтралізувати надлишок в тканинах кислоти, і для цього він може позичити необхідні мінерали з кісток і різних органів. Найчастіше це відбувається при споживанні недостатньої кількості овочів і надмірному вживанні м'яса, тому, щоб підтримувати рівень рН в нормі, організм бере кальцій з кісток, які з часом стають крихкими [4].

Закислення сечі відбувається внаслідок порушень роботи організму і в результаті певних захворювань. Спровокувати такі зміни можуть наступні причини: вживання продуктів з високим вмістом жирів, кислот і білків (м'ясо і білий хліб); хвороби нирок; внутрішньовенне введення зайвої кількості розчину хлориду натрію в період лікування; запальні процеси сечовивідної системи; алергічні реакції у дітей; надходження надмірної кількості кислот разом з ліками, харчовими добавками і т. д. Кисла реакція сечі може бути в результаті посиленого формування в організмі кислот при таких захворюваннях як цукровий діабет, подагра, а також при шокотичних станах, зловживанні алкогольними напоями, тривалому голодуванні та при значному фізичному навантаженні [5].

Лужна реакція сечі може бути в результаті безлічі захворювань і порушень, а найбільш поширеними причинами таких змін можуть бути: надмірне вживання молочних продуктів і рослинної їжі; інфекції сечовивідних шляхів, блювота (відбувається втрата води і хлору); хронічна ниркова недостатність; підвищена кислотність шлунка; використання

деяких лікарських препаратів (нікотинамід, адреналін); пиття лужної мінеральної води у великій кількості; гематурія тощо [5].

Мета дослідження: показати чи сколихнуться показники кислотно-лужної рівноваги сечі, коли зміниться режим харчування в період Великого посту.

Матеріали та методи

Аналіз літературних джерел, тестування індикаторними лакмусовими стрічками, розробка раціону харчування. Статистична обробка результатів досліджень виконувалась на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм Excell 2000 з Office 2000 Professional фірми Microsoft (США). Визначалися такі статистичні характеристики: середня арифметична, (M); стандартна похибка середньої арифметичної (m); критерій t-Ст'юдента; достовірність відмінностей (p). Результати вважали достовірними в тому випадку, коли коефіцієнт достовірності дорівнював 0,05 або був меншим.

Хід дослідження та обговорення результатів

Одноразовий аналіз сечі не дозволяє точно оцінити стан організму. Щоб провести якісну діагностику та отримати найбільш точні результати, рН-тест слід проводити три дні поспіль, три рази на добу. Щоб точно визначити кислотність сечі, рН-тест краще проводити за годину перед прийомом їжі або через 2 години після нього, а також не можна вживати моркву і буряк, так як ці продукти здатні змінювати властивості сечі. Не слід приймати сечогінні препарати, так як вони впливають на хімічний склад сечі. Визначення рН сечі проводиться за допомогою лакмусового паперу, який змінює свій колір залежно від реакції розчину. Отриманий колір відповідає певному значенню рН. Такий метод дозволяє визначити показник з точністю до 0,5.

Дане дослідження проводилось в ДВНЗ «УжНУ» серед студентів факультету здоров'я та фізичного виховання. Обстежено 10 студентів 4 курсу, 1997-1998 року народження, з них 5 – дівчат і 5 – хлопців.

Попередньо студенти оглянуті дільничими терапевтами по місцю проживання. В результаті огляду – практично здорові. Скарг зі сторони ШКТ нема. ІМТ в нормі, проведено усім УЗД нирок, наднирників, сечоводів та сечового міхура – дані УЗД без патологічних змін. Дані студенти не зловживають спиртними напоями, не палять, дотримуються правильного режиму дня, в тому числі 8-годинного сну. Ніхто не має харчової алергії. Нашим студентам було запропоновано 3-х разове збалансоване харчування.

Вимірювання рН сечі проводилось:

- 1 - вранці за годину перед прийомом їжі або через 2 години після прийому;
- 2 - в обід за годину перед прийомом їжі або через 2 години після прийому;
- 3 - ввечері за годину перед прийомом їжі або через 2 години після прийому (табл. 1).

В період Великого посту 2018 року для наших студентів було запропоновано 3-х разове харчування, але виключили з раціону студентів білки тваринного походження, зберігаючи правильний питний режим. І знову провели вимірювання (табл. 2).

Таблиця 1
Результати контрольної групи

№ п/п	Середнє значення рН сечі за листопад 2017 р.	Середнє значення рН сечі КГ за листопад 2017 р.
N1	5,0	4,98
N2	4,8	
N3	4,6	
N4	4,2	
N5	5,1	
N6	6,1	
N7	4,8	
N8	5,1	
N9	5,2	
N10	4,9	

Таблиця 2
 Результати дослідної групи

№ п/п	Середнє значення рН сечі за період Великого посту 2018р.	Середнє значення рН сечі ДГ за період Великого посту 2018р.
N1	7,0	6,96
N2	6,1	
N3	7,2	
N4	6,8	
N5	7,3	
N6	7,2	
N7	7,1	
N8	7,2	
N9	6,9	
N10	6,8	

Висновки

У результаті дослідження отримано результат, який дає можливість зрозуміти, що насправді від того, що ми їмо залежить стан кислотно-лужної рівноваги нашого організму. Контрольна група, яка місяць тестувала рН сечі, при цьому не міняючи харчування, в результаті отримала рН із сувом в кислу сторону. Дослідна (та сама група студентів) у період Великого посту теж контролювала показники рН сечі, але при цьому був складений раціон і виключені з нього продукти, які закисляють організм. В результаті ми бачимо, що рН здвинулося у бік нейтрального середовища. Цей показник дає уявлення про роботу як всього організму в цілому так і окремих його систем.

Тож можна підсумувати і виходячи з дослідження сказати, що від харчування залежить рН баланс сечі. Незначні відхилення, які отримано у контрольній групі говорять про те, що багато продуктів, які ми щодня споживаємо дійсно закисляють організм. Але на постійній основі ми не можемо від деяких з них відмовитись, тому ми повинні дотримуватись основних принципів здорового харчування.

Перспективи подальших досліджень: в майбутньому можна досліджувати кислотно-лужний баланс ротової порожнини.

Література

1. *Бакалюк О.Й.* Вибрані питання нефрології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С.20-55.
2. *Вільям Ф. Ганонг.* Фізіологія людини: Підручник/Переклад з англ. Наук. ред. перекладу М. Гжегоцький, В.Шевчук, О.Заячківська. – Львів: БаК, 2002. – 784с.
3. *Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П.* Патологія кислотно-лужної рівноваги. В кн.: Основи патохімії. - СПб., Елбі, С. 334-353.
4. *Ионова Л.* Здоровые привычки. М.: Альпина Бизнес Букс, 2013.
5. *Пейчев Н.* Полная система восстановления здоровья. М.: Амрита-Русь, 2014.

References

1. *C. Bakalyuk* Quaestiones Nephrology lectus. - Ternopil: Ukrmedknyha, 1999. - S.20-55.
2. *William Hanonh.* Humanum Volume: Paperback / Interpretatio ex Anglis. Scientiae. Ed. M. Hzhehotskyu translation, V.Shevchuk, O.Zayachkivska. - Leopoldis: da Vinci, 2002. - 784s.
3. *Bunny AC, CD Churilov* Vicipaedia-basi statera de acidum. Tractatus.: patohimiyi in libro. - SPb., Elbi, p. 334-353.
4. *L. ions* Healthy habitum. M.: Alpina Business Books, MMXIII
5. *Peuchev Maius* Impelle recuperatio salutis ratio. Moscow: Amrita-Rus MMXIV.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.08.2019 р.

Показатели кислотно-щелочного равновесия мочи у студентов ФЗФВ во время Великого поста

Дуткевич-Иванская Ю.В., Мелега К.П., Русин Л.П., Сабалош М.В., Шанта И.Ф.

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», факультет здоровья и физического воспитания, Ужгород, Украина

Цель исследования: всколыхнутся ли показатели кислотно-щелочного равновесия мочи у студентов ФЗФВ, когда изменится режим питания в период Великого поста.

Объект и методы исследования: объект исследования - это показатели рН мочи у студентов ФЗФВ, ДВНЗ «УжНУ»; методы исследования - анализ литературных источников, тестирование индикаторными лакмусовыми лентами, разработка рациона питания.

Результаты исследования и их обсуждение: одноразовый анализ мочи не позволяет точно оценить состояние организма. Чтобы провести качественную диагностику и получить наиболее точные результаты, рН-тест следует проводить три дня подряд, три раза в сутки. Данное исследование проводилось в ГВУЗ «УжНУ» среди студентов факультета здоровья и физического воспитания. Обследовано 10 студентов 4 курса, 1997-1998 года рождения, из них 5 - девушек и 5 - ребят.

Выводы: в результате исследования получен результат, который дает возможность понять, что на самом деле от того, что мы едим зависит состояние кислотно-щелочного равновесия нашего организма.

Ключевые слова: обмен веществ, кислотно-щелочной баланс, мочевыделительная система, моча, студенты.

Indicators of acid-alkaline balance of urine in students of FZFFV during Lent

Dutkevych-Ivanska Y.V., Melega K.P., Rusyn L.P., Sabadosh M.V., Shanta I.F.

Uzhgorod National University, Faculty of Health and Physical Education, Uzhgorod, Ukraine

Excretory system of a person corresponds not only to withdraw from the body excess fluid and toxins, but also provides a normal acid-alkaline balance. PH may fluctuate depending on the characteristics of the metabolism. In a healthy person, the reaction of urine ranges from slightly acid to neutral.

Purpose of the study: to show whether the indicators of acid-alkaline urine balance will change when the diet during Lent.

Methods and materials: analysis of literary sources, testing with indicator litmus tapes, development of diet.

The course of research and discussion of results: a single urinalysis does not allow to accurately assess the state of the body. To perform quality diagnostics and get the most accurate results, the pH test should be performed three consecutive days, three times a day. This study was conducted at the UzhNU Higher School of Economics among students of the Faculty of Health and Physical Education. We examined 10 4th year students, 1997-1998, 5 of them girls and 5 boys.

Prospects for further research: in the future it is possible to investigate the acid-base balance of the oral cavity.

Conclusions. The result of the study is a result that makes it possible to understand that in fact, what we eat depends on the state of acid-base balance of our body. The control group, which tested the urine pH for a month without changing the nutrition, eventually obtained a pH with a slop in the acidic direction. The experimental (the same group of students) also controlled urine pH during the Lent period, but at the same time the diet and the products that acidified the body were excluded from it. As a result, we see that the pH has shifted towards a neutral medium. This indicator gives an idea of the work of the whole organism as a whole and its individual systems.

Key words: metabolism, acid-alkaline balance, excretory system, urination, students.

Відомості про авторів

Дуткевич-Іванська Юлія Василівна, старший викладач кафедри основ медицини, ФЗФВ, ДВНЗ «УжНУ», 88000, м. Ужгород, вул. вул. Митна, 27а.

Мелега Ксенія Петрівна, к.мед.н., доцент кафедри основ медицини, ФЗФВ, ДВНЗ «УжНУ», 88000, м. Ужгород, вул. Митна, 27а.

Русин Людмила Петрівна, к.мед.н., доцент кафедри основ медицини, ФЗФВ, ДВНЗ «УжНУ», 88000, м. Ужгород, вул. Митна, 27а.

Сабалош Мар'яна Володимирівна, к.н. з фізичного виховання і спорту, викладач кафедри фізичної реабілітації, ФЗФВ, ДВНЗ «УжНУ», 88000, м. Ужгород, вул. Митна, 27а.

Шанта Іван Федорович, старший викладач кафедри фізичного виховання, ФЗФВ, ДВНЗ «УжНУ», 88000, м. Ужгород, вул. Митна, 27а.

Рівень інтернет-залежності студентської молоді (за даними соціологічного дослідження)

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета дослідження: встановити рівень інтернет-залежності у студентів вищих навчальних закладів.

Матеріали та методи. При виконанні дослідження з використанням соціологічного методу опитано 450 студентів з застосуванням тесту Янг та оцінкою результатів за шкалою Лайкерта.

Результати та висновки. В ході соціологічного дослідження встановлено, що високий ступінь інтернет-залежності має 11,4% опитаних студентів чоловічої статі та 11,7% опитаних студентів жіночої статі. Помірний ступінь інтернет-залежності має 20,9% опитаних студентів як чоловічої так і жіночої статі. При цьому показник високого ступеню інтернет-залежності коливається від 8,7% у студентів другого курсу навчання до 13,5% у студентів четвертого курсу навчання з граничною різницею показника в 4,8%. Показник помірною ступеню інтернет-залежності коливається від 17,4% у студентів другого курсу навчання до 26,8% у студентів третього курсу навчання з граничною різницею показника в 9,4%.

У студентів з високим ступенем інтернет-залежності встановлені наступні найвищі рівні інтернет-активності: ігри он-лайн (39,5%), спілкування в чатах (39,4%), пошук навчальної інформації (31,6%) в той час як у студентів із легким ступенем інтернет-залежності встановлені наступні найвищі рівні інтернет-активності: пошук навчальної інформації (54,7%), спілкування в чатах (41,8%), он-лайніві покупки (32,9%).

Ключові слова: студенти, інтернет-залежність, ступінь, інтернет- активності.

Вступ

З а останнє десятиріччя у світі спостерігається тенденція до збільшення кількості інтернет-користувачів. Надмірне використання мережі Інтернет стало дестабілізуючим фактором нормального розвитку соціуму [3, 4].

Результати опитування “Young Adults Revealed: the lives and motivations of 21st century youth”, проведеного компаніями Microsoft Advertising та Synovate серед молодих людей у 26 країнах світу показали, що більше 45% всіх опитаних заявили, що без персонального комп’ютера та підключення до Інтернету вони не змогли б жити [5].

Цікаві результати демонструють дані дослідницького центру Computer Economics (2009) [1]: у Європі більше 40% користувачів Інтернету є залежними від мережі; інтернет-залежні проводять у мережі понад 18 годин на день; 15% людей у світі притаманна надмірна захопленість роботою в мережі (т. зв. інформаційний вампіризм); 60% європейців прирівнюють віртуальних друзів до реальних.

Відповідно до результатів опитування всесвітньої дослідницької компанії Synovate, присвяченого ринку медіа та реклами [2], найзалежнішими від Інтернету визнали себе мешканці Великої Британії (92%), Іспанії (91%) та Австралії (90%). З невеликою різницею за рівнем інтернет-залежності відстають датчани та американці. Примітно, що в КНР, незважаючи на велику інтернет-аудиторію та активну боротьбу з інтернет-залежністю, близько 70% китайців заявили про свою інтернет-залежність. А найбільше байдужих до Інтернету людей виявилось в Канаді, де в інтернет-залежності зізналося всього 46% учасників опитування.

Мета дослідження: встановити рівень інтернет-залежності у студентів вищих навчальних закладів.

Матеріали та методи

При виконанні дослідження було використано соціологічний метод. При проведенні соціологічного дослідження застосовано тест Янг який складається із 20 запитань, кожне з яких оцінюється за 5 бальною шкалою Лайкерта. Результати інтернет-залежності оцінюються з визначенням наступного діапазону балів: 0-30 балів - нормальне використання інтернету, 31-49 балів – легкий ступінь інтернет-залежності, 50-79 балів - помірний ступінь інтернет-залежності, 80-100 балів – надмірне користування інтернетом (високий ступінь інтернет-залежності).

Крім того, за допомогою спеціально розробленого до тесту Янг додатку вивчалось питання активності інтернет-залежних студентів в інтернет-мережі.

Соціологічним дослідженням охоплено 450 студентів. Характеристика респондентів представлена в табл. 1.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.), Конвенції ради Європи про права людини та

біомедицину (1997 р.), Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та законів України.

Статистичне опрацювання отриманих результатів проводилося з використанням загальноприйнятих методів.

Таблиця 1
Характеристика студентів, що взяли участь у соціологічному дослідженні

Показник	Кількість	%
Стать		
Чоловіча	254	56,4
Жіноча	196	43,6
Курс навчання		
Перший	90	20,0
Другий	92	20,4
Третій	112	25,0
Четвертий	74	16,4
П'ятий	82	18,2

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами соціологічного дослідження було визначено рівень інтернет-залежності опитаних студентів. В ході дослідження встановлено, що всі опитані студенти використовують Інтернет-мережу. Отримані результати щодо встановлення рівня у студентів інтернет-залежності наведено в табл. 2.

Таблиця 2
Рівень інтернет-залежності студентів вищих навчальних закладів, %

Критерії	Опитано студентів	Кількість балів			
		0-30	31-49	50-79	80-100
Стать					
Чоловіча	254	29,5	38,2	20,9	11,4
Жіноча	196	38,8	28,6	20,9	11,7
Курс навчання					
Перший	90	37,8	33,3	18,9	10,0
Другий	92	38,0	35,9	17,4	8,7
Третій	112	29,4	30,4	26,8	13,4
Четвертий	74	29,7	36,5	20,3	13,5
П'ятий	82	32,9	35,4	19,5	12,2

Аналіз наведених в табл. 2 результатів соціологічного опитування студентів вказує на відсутність достовірних відмінностей в рівнях інтернет-залежності між студентами чоловічої та жіночої статі. Так, високий ступінь інтернет-залежності має 11,4% опитаних студентів чоловічої статі та 11,7% опитаних студентів жіночої статі. Помірний ступінь інтернет-залежності має 20,9% опитаних студентів як чоловічої, так і жіночої статі.

Що стосується ступеню інтернет-залежності від курсу навчання то встановлено, що показник високого ступеню інтернет-залежності коливається від 8,7% у студентів другого курсу навчання до 13,5% у студентів четвертого курсу навчання. Різниця складає 4,8%. Показник помірному ступеню інтернет-залежності коливається від 17,4% у студентів другого курсу навчання до 26,8% у студентів третього курсу навчання. Різниця складає 9,4%.

Наступним кроком дослідження, відповідно до його програми, стало вивчення питання активності інтернет-залежних студентів в інтернет-мережі. За умовами опитування респонденти мали право вказати до трьох активностей, які вони найбільш часто застосовують. Отримані результати наведено в табл. 3.

Аналіз наведених в табл.3 результатів соціологічного дослідження вказує на зміну активностей в мережі інтернет у зв'язку зі ступенем інтернет-залежності у студентів. Так, у студентів з легким ступенем інтернет-залежності встановлені наступні найвищі рівні інтернет-активностей: пошук навчальної інформації (54,7%), спілкування в чатах

(41,8%), он-лайнні покупки (32,9%), а у студентів високим ступенем інтернет-залежності встановлені такі найвищі рівні інтернет-активностей: ігри он-лайн (39,5%), спілкування в чатах (39,4%), пошук навчальної інформації (31,6%).

Таблиця 3

Активність інтернет-залежних студентів в Інтернет мережі, %

Вид інтернет-активності	Ступінь інтернет-залежності		
	Легкий	Помірний	Високий
Пошук навчальної інформації	54,7	49,3	31,6
Пошук наукової інформації	21,4	17,5	15,2
Ігри он-лайн	12,5	19,3	39,5
Спілкування в чатах	41,8	42,9	39,4
Участь в он-лайн спільнотах	19,7	24,6	25,1
Он-лайнні покупки	32,9	29,3	25,6
Відвідування блогів	21,3	22,7	29,4
Використання мобільних інтернет-послуг	27,6	21,3	15,4
Відвідування сайтів для дорослих	17,3	18,5	21,3

Висновки

В ході соціологічного дослідження встановлено, що високий ступінь інтернет-залежності має 11,4% опитаних студентів чоловічої статі та 11,7% опитаних студентів жіночої статі. Помірний ступінь інтернет-залежності має 20,9% опитаних студентів як чоловічої так і жіночої статі. При цьому показник високого ступеню інтернет-залежності коливається від 8,7% у студентів другого курсу навчання до 13,5% у студентів четвертого курсу навчання з граничною різницею показника в 4,8%. Показник помірного ступеню інтернет-залежності коливається від 17,4% у студентів другого курсу навчання до 26,8% у студентів третього курсу навчання з граничною різницею показника в 9,4%.

У студентів з високим ступенем інтернет-залежності встановлені такі найвищі рівні інтернет-активностей: ігри он-лайн (39,5%), спілкування в чатах (39,4%), пошук навчальної інформації (31,6%) в той час як у студентів з легким ступенем інтернет-залежності встановлені наступні найвищі рівні інтернет-активностей: пошук навчальної інформації (54,7%), спілкування в чатах (41,8%), он-лайнні покупки (32,9%).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою заходів профілактики інтернет-залежності у студентів вищих навчальних закладів.

Література

1. *Вредные привычки. Интернет-зависимость опаснее азартных игр* 15.04.2009, Medland.ru [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medland.ru/psychology/a-94.html>
2. *70% пользователей признались в интернет-зависимости*. 30.11.2009, Tochka.net [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://news.tochka.net/31204-70-polzovateley-priznalis-v-internet-zavisimosti/comments/asc/>
3. *Internet Usage in Asia*. Internet World Stats. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.internetworldstats.com/stats3.htm>
4. *Internet World Stats. Internet usage statistics. World Internet Users and Population Stats* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.internetworldstats.com/stats.htmus/researchlibrary/researchreport/Young-Adults-Revealed.pdf>
5. «*Young Adults Revealed: The lives and motivations of 21st century youth*». Microsoft Advertising and Synovate [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://advertising.microsoft.com/wwdocs/user/en->

References

1. *Vrednye privyчки. Internet-zavisimost opasneye azartnyh igr*. 15.04.2009, Medland.ru [Electronic resource]. – Rezhim dostupu: <http://medland.ru/psychology/a-94.html>.
2. *70 % polzovateley priznalis v internet-zavisimosti*. 30.11.2009, Tochka.net [Electronic resource]. – Rezhim dostupu: <http://news.tochka.net/31204-70-polzovateley-priznalis-v-internet-zavisimosti/comments/asc/>.
3. *Internet Usage in Asia*. Internet World Stats. [Electronic resource]. – Rezhim dostupu: <http://www.internetworldstats.com/stats3.htm>.

4. Internet World Stats. Internet usage statistics. World Internet Users and Population Stats [Electronic resource]. – Rezhim dostupu: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm> us/researchlibrary/researchreport/Young-Adults-Revealed.pdf.
5. «Young Adults Revealed: The lives and motivations of 21st century youth». Microsoft Advertising and Synovate [Electronic resource]. – Rezhim dostupu: <http://advertising.microsoft.com/wwdocs/user/en>.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.09.2019 р.

Уровень интернет-зависимости студенческой молодежи (по данным социологического исследования)

О.В. Жданова, Г.А. Слабкий

Ужгородский национальный университет

Цель исследования: установить уровень интернет-зависимости у студентов высших учебных заведений.

Материалы и методы. При проведении исследования с использованием социологического метода опрошено 450 студентов с применением теста Янг и оценкой результатов по шкале Лайкерта.

Результаты и выводы. В ходе социологического исследования установлено, что высокую степень интернет-зависимости имеет 11,4% опрошенных студентов мужского пола и 11,7% опрошенных студентов женского пола. Умеренную степень интернет-зависимости имеет 20,9% опрошенных студентов как мужского, так и женского пола. При этом показатель высокой степени интернет-зависимости колеблется от 8,7% у студентов второго курса обучения до 13,5% у студентов четвертого курса обучения с граничной разницей показателя в 4,8%. Показатель умеренной степени интернет-зависимости колеблется от 17,4% у студентов второго курса обучения до 26,8% у студентов третьего курса обучения с граничной разницей показателя в 9,4%.

У студентов с высокой степенью интернет-зависимости установлены следующие наивысшие уровни интернет-активностей: игры он-лайн (39,5%), общение в чатах (39,4%), поиск обучающей информации (31,6%), в то время как у студентов с легкой степенью интернет-зависимости установлены такие наивысшие уровни интернет-активностей: поиск обучающей информации (54,7%), общение в чатах (41,8%), он-лайн покупки (32,9%).

Ключевые слова: студенты, интернет-зависимость, степень, интернет-активности.

Level of internet-addiction of student's youth (according to sociological research)

O.V. Zhdanova, G.O. Slabkiy

Uzhhorod National University

Goal of study: to determine the level of internet-addiction of the students of higher educational institutions.

Materials and methods. 450 students were questioned in the course of sociological study with the application of Young test and the assessment of the results according to Likert scale.

Results and conclusions. It was determined in the course of sociological study that a high level of internet-addiction is found at 11.4% of surveyed male students and 11.7% of female students. The intermediate level of internet-addiction is found at 20.9% of both male and female surveyed students. At the same time, high-level of internet-addiction ranges from 8.7% among the second-year students to 13.5% among the fourth-year students with the maximum difference of indicator 4.8%. The intermediate level of internet-addiction ranges from 17.4% among the second-year students to 26.8% among the third-year students with the maximum difference of indicator 9.4%.

The following highest levels of Internet activities were determined at the students having the high level of internet-addiction: on-line games (39.5%), communication in chats (39.4%), search of educational information (31.6%), while the students with intermediate level of internet-addiction have the following highest levels of Internet activities: search of educational information (54.7%), communication in chats (41.8%), on-line purchases (32.9%).

Key words: students, internet-addiction, level, internet-activities.

Відомості про авторів

Жданова Оксана Вячеславівна – аспірант УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, в.о. завідувача кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

УДК 316.2:613.955:616-053.5

В.О. Кацуба, Н.М. Гончарова

Аксіологічний компонент у змісті здоров'яформуючої діяльності дітей молодшого шкільного віку

Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ

Умови сьогодення вимагають перегляду сформованої за тривалий термін системи фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. Дослідники звертають увагу на необхідність формування ціннісного відношення у дітей до власного здоров'я, як запоруки подальшого впровадження засад здорового способу життя у життєдіяльність дитини. У змісті здоров'яформуючої діяльності активізація ціннісного відношення у дітей до власного здоров'я є ключовим компонентом що забезпечує формування активної позиції дитини.

Мета дослідження – визначити значущість формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей молодшого шкільного віку в процесі здоров'яформуючої діяльності.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження визначено процес здоров'яформуючої діяльності дітей молодшого шкільного віку. В процесі проведення дослідження було використано групу теоретичних методів дослідження, серед яких: аналіз та синтез даних науково-методичної літератури, ресурсів мережі Інтернет з питань необхідності формування ціннісного ставлення до власного здоров'я у дітей молодшого шкільного віку та місця здоров'яформуючих технологій у процесі фізичного виховання учнів початкових класів на сучасному етапі розвитку освіти; абстрагування, контент-аналіз теоретичних та методичних робіт, конкретизація та класифікація дослідження, прогнозування було покладено в основу діяльності щодо обґрунтування сутності аксіологічного компоненту у змісті здоров'яформуючої діяльності дітей молодшого шкільного віку.

Результати дослідження. Під час розгляду категорії «цінності» у науковій літературі слід звернути увагу, що її ототожнюють з культурною та соціальною значущістю для людини певних предметів і явищ дійсності. Запропоновано формування у дітей ціннісного ставлення до здоров'я розглядати як обов'язкову складову здоров'яформуючої діяльності в процесі фізичного виховання через аксіологічний її компонент. Визначено схему реалізації аксіологічного компоненту технологій здоров'яформуючої спрямованості в процес фізичного виховання.

Ключові слова: здоров'я, діти, молодший шкільний вік, цінність, аксіологічний компонент.

Тема статті розроблена згідно Зведеного плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2016-2020 рр. за темою 3.13. «Теоретико-методичні основи здоров'яформуючих технологій у процесі фізичного виховання різних груп населення» (номер державної реєстрації 0116U001615).

Вступ

Сучасна система освіти в Україні поступово долучається до системної діяльності характерних для європейських стандартів освіти. Процес фізичного виховання набуває акценти на повноцінний, всебічний, поступальний розвиток особистості, формування у неї прагнення до систематичної фізкультурно-оздоровчої діяльності, самовизначення у напрямі дотримання засад здорового способу життя. Основою для вирішення основних завдань процесу фізичного виховання, на думку науковців [6, 10], є формування у дітей ціннісного ставлення до власного здоров'я.

Розглядаючи поняття «цінності» у науковій літературі автори звертають увагу на культурну та соціальну значущість для людини певних предметів і явищ дійсності [7], а ціннісне ставлення до здоров'я, як системне й динамічне психічне утворення особистості, що формується на основі ціннісно-мотиваційної сфери та сукупності знань про здоров'я, яке відображається у свідомо обраному способі життя [5].

В той самий час, с позиції здійснення системної здоров'яформуючої діяльності, формування ціннісного ставлення до власного здоров'я у дітей є обов'язковою умовою її ефективності [1, 2]. Формування у дітей ціннісного ставлення до власного здоров'я повинно бути предметом педагогічного опікування та розглядатися в контексті цілісної здоров'яформуючої діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання [2].

Одним із базових методологічних підходів в процесі здоров'яформуючої діяльності, що оперує категорією цінностей є аксіологічний підхід. Визначення методичних положень наповнення змісту здоров'яформуючої діяльності з позиції формування ціннісного відношення у дітей до власного здоров'я на основі аксіологічного підходу має велике теоретичне та практичне значення [4, 9].

Мета дослідження – визначити значущість формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей молодшого шкільного віку в процесі здоров'яформуючої діяльності.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження визначено процес здоров'яформуючої діяльності дітей молодшого шкільного віку. В процесі проведення дослідження було використано групу теоретичних методів дослідження, серед яких: аналіз та синтез даних науково-методичної літератури, ресурсів мережі Інтернет з питань необхідності формування ціннісного ставлення до власного здоров'я у дітей молодшого шкільного віку та місця здоров'яформуючих технологій у процесі фізичного виховання учнів початкових класів на сучасному етапі розвитку освіти; абстрагування, контент-аналіз теоретичних та методичних робіт, конкретизація та класифікація дослідження, прогнозування було покладено в основу діяльності щодо обґрунтування сутності аксіологічного компоненту у змісті здоров'яформуючої діяльності дітей молодшого шкільного віку.

Результати дослідження та їх обговорення

На основі аналізу науково-методичної літератури та практичного досвіду було з'ясовано важливість використання аксіологічного підходу під час здійснення здоров'яформуючої діяльності. Зміст здоров'яформуючої діяльності у процесі фізичного виховання розглядався через можливість реалізації концепції здоров'яформуючих технологій дітей молодшого шкільного віку. Структурно авторська концепція складається з адаптаційного, операційно-діяльнісного, аксіологічного, гносіологічного, контрольного компонентів [3]. Основні засади формування ціннісного ставлення у дітей до власного здоров'я визначались як провідний напрям діяльності.

Аксіологічний підхід у межах функціонування концепції означає формування ціннісного ставлення дітей до здоров'я; це наукова методологія ціннісного простору особистості, що передбачає аналіз здоров'я як найвищої цінності [1]. Цінності, які сповідує людина, формують ціннісні орієнтації особистості, котрі є складовими частинами вищих рівнів спрямованості особистості; диспозиціями, що регулюють загальну зорієнтованість діяльності людини на значущі соціальні об'єкти і явища, цінності різних соціальних спільнот. Ціннісні орієнтації стосуються основних сфер самореалізації людини, якими є праця, суспільна активність, освіта, спілкування тощо; соціально-моральних характеристик особистості (почуття, обов'язки, сумління тощо), а також певного ставлення до здорового способу життя [7, 8]. Дотримання основних позицій аксіологічного підходу передбачало визначення провідної ціннісної орієнтації (здоров'я) й основних способів, умов його формування в процесі фізичного виховання. Відтак у процесі фізичного виховання ставили за завдання сформувати в дитини ціннісне ставлення до власного здоров'я, стимулювати її зацікавленість та активність у процесі здоров'яформуючої діяльності. Але особливістю реалізації цієї діяльності є неможливість нав'язування особистості цінностей здоров'я й здорового способу життя, вони є індивідуальними, такими, які вбачає сама особистість та інтерпретує їх відповідно до власних бажань і життєвих пріоритетів.

Практичне застосування аксіологічного підходу в процес фізичного виховання знайшло своє відображення у аксіологічному компоненті концепції. У межах реалізації аксіологічного компонента концепції здоров'яформуючих технологій передбачено комплекс заходів із формування культури здоров'я, мотивації до навчання та систематичної фізкультурно-оздоровчої діяльності через системну діяльність щодо сприйняття здоров'я людини як цінності, розуміння переваги дотримання здорового способу життя у своїй повсякденній діяльності, що є підґрунтям майбутнього свідомого вибору в бік дотримання засад здорового способу життя (таблиця) [4].

Характеризуючи здоров'яформуючу діяльність дітей молодшого шкільного віку в контексті формування ціннісного ставлення у дітей до власного здоров'я як процес, слід відокремити ключові його складові: моніторинг, програмування діяльності, практичну реалізацію заходів та безперечно зворотній зв'язок.

Таблиця

Схема реалізації аксіологічного компоненту технологій здоров'яформуючої спрямованості

Напрямок діяльності	Зміст діяльності	Учасники діяльності
Моніторинг	<ul style="list-style-type: none"> – рівень сформованості розуміння цінності здоров'я; – дотримання правил здорового способу життя; – рівень мотивації до навчання 	Учень, вчитель початкових класів, вчитель ФК, медичні працівники, психолог, батьки, адміністрація закладу загальної середньої освіти, батьки
Програмування	<ul style="list-style-type: none"> – розробка заходів активізації пізнавальної активності учнів щодо розуміння здоров'я як цінності; – стимулювання й реалізація здоров'яформуючої діяльності учнів, набуття практичного досвіду дотримання засад здорового способу життя; – програмування процесу фізичного виховання до формування потреб у систематичній фізкультурно-оздоровчій діяльності та мотивації до дотримання засад здорового способу життя 	Учень, учитель початкових класів, учитель ФК, психолог, батьки

Практична реалізація	<ul style="list-style-type: none"> – визначення відповідності змісту здоров'яформуючої діяльності потребам й інтересам учнів; – підвищення інформативності та емоційної насиченості змісту педагогічної діяльності, застосування методів емоційного впливу на формування ціннісного ставлення до здоров'я; – створення здоров'язбережувального освітнього простору в закладі освіти; – застосування інноваційних засобів та різноманіття форм проведення занять; – реалізація процесу фізичного виховання в напрямі формування потреб у систематичній фізкультурно-оздоровчій діяльності та мотивації дотримання засад здорового способу життя; – активізація співпраці з батьками в напрямі забезпечення систематичної фізкультурно-оздоровчої діяльності 	Учень, учитель початкових класів, учитель ФК, психолог, батьки, адміністрація закладу загальної середньої освіти
Зворотний зв'язок	<ul style="list-style-type: none"> – рівень розуміння цінності здоров'я; – відповідальна поведінка щодо збереження та формування здоров'я; – мотивація на здоровий спосіб життя 	Учень, учитель початкових класів, учитель ФК, психолог, батьки

Функція контролю в процесі здоров'яформуючої діяльності охоплює створення оптимальних умов для отримання інформації, щодо її перебігу, ефективності набуття розуміння у дітей цінностей здоров'я. Застосування контрольного компонента дозволить визначити наявне дотримання засад здорового способу життя у дітей, рівень їх мотивації до навчання за для розробки заходів впливу та змісту теоретичної підготовки.

Діяльність щодо формування ціннісного ставлення у дітей до власного здоров'я у змісті здоров'яформуючої діяльності ґрунтується на засадах програмування та безпосередньої реалізації змісту діяльності із активним залученням всіх учасників освітнього процесу. Серед провідних напрямів діяльності визначено: активізацію пізнавальної активності учнів щодо розуміння здоров'я як цінності, набуття практичного досвіду дотримання засад здорового способу життя, побудова процесу фізичного виховання у відповідності до потреби формування потреби у систематичній фізкультурно-оздоровчій діяльності. Обов'язковою складовою здоров'яформуючої діяльності є зворотній зв'язок щодо досягнутого рівня розуміння цінності здоров'я, проявів відповідальної поведінки щодо збереження та формування здоров'я, мотивації до здорового способу життя.

Висновки

Зміст здоров'яформуючої діяльності дітей в процесі фізичного виховання повинен ґрунтуватися на засадах ціннісного відношення у них до власного здоров'я. Сформованість позиції ціннісного ставлення у дітей до власного здоров'я є фактором, що активізує діяльність дітей відносно дотримання засад здорового способу життя та перенесення його у подальшу життєдіяльність.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розширенні змісту аксіологічного підходу до процесу фізичного виховання дітей шкільного віку.

Література

1. *Башавець НА.* Концепція дослідження щодо формування культури здоров'язбереження як світоглядної орієнтації студентів вищих економічних навчальних закладів. Педагогічна освіта: теорія і практика. 2012;(11): 13-8.
2. *Гончарова НМ.* Концептуальні підходи здоров'яформуючої діяльності в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. Український журнал медицини, біології та спорту. 2018;6(15). Т. 3:334-8.
3. *Гончарова НМ.* Теоретико-методичні основи здоров'яформуючих технологій в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку [автореферат]. Київ: НУФВСУ; 2019. 48 с.
4. *Гончарова НМ.* Теоретико-методичні основи здоров'яформуючих технологій в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку [дисертація]. Київ: НУФВСУ; 2019. 541 с.
5. *Єжова ОО.* Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів : монографія / Єжова Ольга. – Суми, 2011. – 412 с.

6. *Кашуба ВА*, Бондарь ЕМ, Гончарова НН, Носова НЛ. Формирование моторики человека в процессе онтогенеза: монография. Луцк: Вежа-Друк; 2016. 232 с.
7. *Лисенко О*. Моральні цінності у контексті фахової підготовки майбутнього педагога. Педагогічний дискурс. 2016;21:80-86.
8. *Симонов СН*, Копаева ОП. Синергетический подход в педагогике. Теория и практика физической культуры. 2007;8:29-31.
9. *Шукатка О*. Аксиологічний підхід до формування культури здоров'язбереження майбутніх економістів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота [Інтернет]. 2012 [цитовано 2017 Лют 13];24:206-9. Доступ: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2012_24_67.
10. *Яковлев ЕВ*, Яковлева НО. Педагогическая концепция: методологические аспекты построения. Москва: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС; 2006. 239 с.
11. *Kashuba V*, *Goncharova N*, *Butenko H*. Practical Implementation of the Concept of Health-Forming Technologies into the Process of Physical Education of Primary School Age Children. Education, Health and Sport formerly Journal of Health Sciences. Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz. [Інтернет]. Bydgoszcz, Poland; 2018;8(6):469-77. Доступно: <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6579>.

Reference

1. Bashavets' NA. Kontsepsiya doslidzhen' shcho stosuyutsya sfery okhorony zdorov'ya, zrostaye yak nayriznomanitnisha diyalnist' ekspertiv, shcho zaymayutsya inshymy ekonomichnymy navchalnymy zakladamy. Pedagogichna osvita: teoriya i praktyka. 2012; (11): 13-8.
2. Goncharova NM. Kontseptualni pidkhody zdorov'yaformuyuchoyi diyalnosti v protsesi fizychnoho vykhovannya ditey molodshoho shkilnoho viku. Ukrayins'ky zhurnal medytsyny, biolohiyi ta sportu. 2018;6(15). T. 3:334-8.
3. Goncharova NM. Teoretyko-metodychni osnovy zdorov'yaformuyuchykh tekhnolohiy v protsesi fizychnoho vykhovannya ditey molodshoho shkilnoho viku [avtoreferat]. Kyiv: NUFVSU; 2019. 48 s.
4. Goncharova NM. Teoretyko-metodychni osnovy zdorov'yaformuyuchykh tekhnolohiy v protsesi fizychnoho vykhovannya ditey molodshoho shkilnoho viku [dysertatsiya]. Kyiv: NUFVSU; 2019. 541 s.
5. Yezhova OO. Formuvannya tsinnisnoho stavlennya do zdorov'ya v uchniv profesiyno tekhnichnykh navchalnykh zakladiv: monohrafiya / Yezhova Olha. – Sumy, 2011. – 412 c.
6. Kashuba VA, Bondar' EM, Goncharova NN, Nosova NL. Formyrovanye motoryky cheloveka v protsesse ontogeneza: monohrafiya. Lutsk: Vezha-Druk; 2016. 232 s.
7. Lysenko O. Moral'ni tsinnosti u konteksti fakhovoyi podhotovky maybutn'oho pedahoha. Pedagogichnyy diskurs. 2016 roku; 21: 80-86.
8. Symonov SN, Kopaeva OP. Synerhetychesky podkhod v pedahohyke. Teoryya y praktyka fizycheskoy kul'tury. 2007;8:29-31.
9. Shukatka O. Aksiolohichnyy pidkhid do formuvannya kultury zdorov'yazberezhennya maybutnikh ekonomistiv. Naukovy visnyk Uzhhorodskoho natsional'noho universytetu. Seriya: Pedagogika. Sotsial'na robota [Internet]. 2012 [tsytovano 2017 Lyut 13];24:206-9. Dostup: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2012_24_67.
10. Yakovlev EV, Yakovleva NO. Pedagogicheskaya kontsepsiya: metodologicheskiye aspekty postroyeniya. Moskva: Humanytar. yzd. tsentr VLADOS; 2006. 239 s.
11. Kashuba V, Goncharova N, Butenko H. Practical Implementation of the Concept of Health-Forming Technologies into the Process of Physical Education of Primary School Age Children. Education, Health and Sport formerly Journal of Health Sciences. Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz. [Інтернет]. Bydgoszcz, Poland; 2018;8(6):469-77. Доступно: <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6579>.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2019 р.

Аксиологический компонент в структуре здоровьяформирующей деятельности детей младшего школьного возраста

Кашуба В.А., Гончарова Н.Н.

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, г. Киев

Актуальность. Условия, которые сложились на данный момент, требуют пересмотра сформированной за длительный период времени системы физического воспитания детей младшего школьного возраста. Исследователи обратили внимание на необходимость формирования ценностного отношения у детей к собственному здоровью, как основы дальнейшего внедрения основ здорового способа жизни в жизнедеятельность человека. В структуре

здоровьєформируючої діяльності активізація ціннісного відношення у дітей к собственому здоров'ю являється ключовим компонентом, котрий забезпечує формування активної позиції ребенка.

Цель исследования – визначити значимість формування ціннісного відношення к здоров'ю у дітей молодшого шкільного віку в процесі здоров'єформируючої діяльності.

Объектом дослідження визначено процес здоров'єформируючої діяльності дітей молодшого шкільного віку. В процесі проведення дослідження було використано групу теоретических **методів** дослідження, серед яких: аналіз і синтез даних науко-методическої літератури, ресурсів мережі Інтернет по вопросу необхідності формування ціннісного відношення к собственому здоров'ю у дітей молодшого шкільного віку і місця здоров'єформируючих технологій в процесі фізического виховання учеників молодших класів на сучасному етапі розвитку освіти; абстрагування, контент-аналіз теоретических і методических робіт, конкретизація і класифікація досліджень, прогнозування було покладено в основу діяльності по обґрунтуванню сутності аксіологіческого компонента в змісті здоров'єформируючої діяльності дітей молодшого шкільного віку.

Результаты исследования. В час розгляду категорії «цінності» в науковій літературі слід звернути увагу, що її отождествляють к культурній і соціальної значимістю для людей визначених предметів і явлень реальності. Предложено формування у дітей ціннісного відношення до здоров'я розглядати як обов'язковий складоваючу здоров'єформируючої діяльності в процесі фізического виховання через аксіологіческий компонент. Визначено схему реалізації аксіологіческого компонента технологій здоров'єформируючої спрямованості в процесі фізического виховання.

Ключевые слова: здоров'є, діти, молодший шкільний вік, цінності, аксіологіческий компонент.

Axiological component in the sense of healthforming activity at junior school age children

Kashuba V.O., Goncharova N.M.

Ukrainian National University of Physical Education and Sport, Kyiv

Relevance. The conditions of our time require the revision of physical education system for the children of junior school age, that was developed for long time. The researchers stress on the necessity of developing at children the valuable attitude to personal health as the guaranty of further introduction of the fundamentals of healthy life style in a child's life. In the sense of health-forming activity the development of valuable attitude to personal health is a key component that provides forming the active position of a child.

Goal of study – to define the value of developing valuable attitude to personal health at junior school age children in the process of health-forming activity.

The process of health-forming activity at junior school age children was defined as the **object** of study. The set of theoretic **methods** of research was applied in the course of study, among which: analysis and synthesis of the data of scientific and methodological literature and Internet resources on the issues of the necessity of developing valuable attitude to personal health at children of junior school age and the role of health-forming technologies in the process training the elementary school children at the modern stage of education development; abstraction, content-analysis of theoretical and methodological works, specification and classification of research, prognosing were put to the base of activity as for justification of the meaning of axiological component in the sense of health-forming activity of junior school age children.

Results of research. It is important when regarding the “values” category in scientific literature to pay attention to the fact that it is identified for a person as cultural and social value of definite objects and reality phenomena. It was proposed to regard developing valuable attitude to health at children as indispensable part of health-forming activity in the process of physical education via its axiological component. The scheme of implementation of the axiological component of the technologies of health-forming orientation in the process of physical education has been defined.

Key words: health, children, junior school age, value, axiological component.

Відомості про авторів

Кашуба Віталій Олександрович – Національний університет фізичного виховання і спорту України; професор кафедри біомеханіки та спортивної метрології; д.фіз.вих., професор; вул. Фізкультури, 1, Київ, 03150, Україна.

Гончарова Наталія Миколаївна – Національний університет фізичного виховання і спорту України; доцент кафедри біомеханіки та спортивної метрології; к.фіз.вих., доцент; вул. Фізкультури, 1, Київ, 03150, Україна.

УДК 616.31:616-006-084:001.8

Керецман А.О., Пішковиці А.-М.М.

Профілактика онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота: сучасні реалії та перспективи

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета. Аналіз стану профілактики онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота в Україні та визначення напрямків і шляхів її удосконалення.

Методи: аналітичний, бібліосемантичний та системного підходу.

Результати. В статті представлено аналіз стану профілактики онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота в Україні з метою визначення напрямків і шляхів її удосконалення. Визначено недостатній рівень профілактики передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота через низький рівень онконастороженості лікарів-стоматологів і населення та недоліки в організації роботи стоматологічної служби щодо забезпечення профілактичних онкооглядів.

Висновки. Профілактика злоякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота в Україні є недостатньою, що потребує розробки заходів з підвищення онконастороги лікарів-стоматологів та населення.

Ключові слова: профілактика, передракові захворювання слизової оболонки порожнини рота, онконастороженість.

Вступ

У всьому світі проблеми онкології залишаються в центрі уваги через постійне зростання захворюваності злоякісними пухлинами і смертності від них. В значній мірі це обумовлено особливостями перебігу пухлинного процесу – практично безсимптомного на ранніх стадіях і з обмеженими можливостями лікування при занедбаних формах захворювання. Боротьба проти раку повинна стати пріоритетом в новому тисячолітті і об'єднати зусилля дослідників, лікарів, пацієнтів, урядів, представників промисловості та засобів масової інформації для вироблення ефективних рішень в профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні злоякісних новоутворень, наданні паліативної допомоги [1].

За даними Міжнародного агентства по дослідженню раку в світі зростає кількість випадків первинного раку ротової порожнини та ротоглотки. Як наголошують експерти, в майбутньому прогнозується до 50 тис. нових випадків раку, більш ніж 80% з яких будуть плоскоклітинною карциномою (плоскоклітинним раком) порожнини рота або ротоглотки [2, 3]. На зростанні показників смертності від злоякісних новоутворень ротової порожнини та ротоглотки населення України в останні роки, зокрема і Закарпатської області, наголошено також і в національних звітах про стан здоров'я населення України та в сучасних наукових працях українських дослідників [4, 5].

При цьому, основною проблемою протиракової боротьби в Україні залишається низький рівень діагностики раку на ранніх стадіях, недостатній рівень первинної та вторинної профілактики, низький рівень онконастороженості лікарів та населення [6]. Викликає тривогу саме занедбаність профілактичного напрямку в стоматології. Згідно із статистикою, тільки 5% відвідувань терапевтів-стоматологів – це візити з профілактичною метою, решта – з приводу лікування стоматологічних захворювань, передусім у гострому стані, а часто й з ускладненнями. На важливості проблеми профілактики в стоматології наголошено зокрема на засіданні круглого столу, організованого Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, де розглядалися проблеми та напрямки подальшого розвитку системи організації стоматологічної допомоги в Україні, де пріоритетною темою наступного з'їзду стоматологів визначено саме профілактику.

Метою даного дослідження став аналіз стану профілактики онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота в Україні та визначення напрямків і шляхів її удосконалення.

Результати дослідження та їх обговорення

Рак – загальнонаціональна трагедія України, що вимагає значних зусиль, спрямованих на удосконалення механізмів профілактики, скринінгу, раннього виявлення пухлин, впровадження нових лікувальних технологій, надання фізичної та психологічної підтримки пацієнтам, підвищення якості їх життя. Найбільшим потенціалом громадського здоров'я та найбільш економічно ефективним довгостроковим методом контролю раку за визначенням ВООЗ є профілактичні заходи щодо онкологічних та деяких хронічних захворювань [7].

За даними Міжнародної асоціації боротьби з раком, близько 80% усіх видів раку спричинені зовнішніми факторами, а, отже йому потенційно можна запобігти (IARC, 2012). Саме тому ключовим компонентом контролю раку визнано профілактику злоякісних новоутворень незалежно від локалізації.

Рациональним та довгоочікуваним проєктом для України став Національний план «50 кроків боротьби з раком в Україні» [8] на декілька наступних років, першим і основним розділом в якому виділено профілактику.

Пріоритетним напрямом розвитку Національного плану боротьби з раком в Україні є інформаційно-просвітницькі заходи та роз'яснювальна робота з населенням, спрямована на підвищення рівня знань та мотивації, зміну ставлення до власного здоров'я, набуття навичок, необхідних для підтримки і збереження здоров'я, популяризація здорового способу життя (ВООЗ, 2017). Водночас, для досягнення суттєвого зниження захворюваності та смертності від раку протягом наступних років, необхідна активна громадянська позиція та високий рівень онкологічної настороги населення та лікарів.

Варто зазначити, що, зазвичай, відповідальність за впровадження таких заходів покладається на онкологів, що є помилковим, оскільки профілактика є пріоритетом первинної ланки надання медичної допомоги. З огляду на те, що лікарі-стоматологи перебувають на передовій профілактики не лише хвороб порожнини рота, а й системних соматичних захворювань, у багатьох країнах світу стоматологічна допомога надається на первинній ланці. Однак, згідно із чинним законодавством в Україні всі лікарі стоматологічного профілю юридично віднесені до вторинного рівня медичної допомоги, що є основною причиною проблеми профілактики в стоматології. Адже, ні лікарі загальної практики-сімейної медицини, ні лікарі-педіатри та лікарі-терапевти за своїми кваліфікаційними характеристиками й освітою не можуть надавати стоматологічну допомогу, так само як і займатися профілактикою у цій сфері.

Після набуття чинності Законом України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» стоматологія не тільки залишилася без фінансової підтримки держави, а й взагалі випала з медичної реформи як галузь медицини. Адже, попри те, що реформа первинної ланки передбачає оплату лікарю первинки кожного пацієнта, ніде не обумовлено витрати на первинну стоматологічну допомогу (бодай на мінімальний обсяг надання невідкладної безоплатної допомоги з приводу гострого болю, запальних процесів або профілактичного стоматологічного огляду). Не вирішеним залишається питання, чи «йтимуть за пацієнтом» кошти з первинної ланки на вторинну, куди віднесено лікаря-стоматолога?

Стоматологічна допомога як дороговартісна послуга стала недоступною значному прошарку наших громадян, що стало причиною суттєвого зменшення рівня профілактичної роботи і сприяло збільшенню ускладнень стоматологічних захворювань та кількості раку ротової порожнини рота. Тож сьогодні, як ніколи, актуальний вислів: «Спочатку організація, а потім – медицина». Бо скільки стоматологів «на душу населення» ми б не забезпечували, без профілактичної роботи, належного охоплення населення стоматологічною допомогою та без співпраці стоматологів з фахівцями інших профілів ситуація не поліпшиться.

Другим пунктом Національного плану виділено скринінг і раннє розпізнавання раку, досягти якого без відповідного навчання фахівців є неможливим. Однак, забезпечити єдиний рівень знань з онкології серед всіх лікарів, який сприяв би онконастороженості, залишається одним із нездійснених завдань. Водночас, існування значної кількості мережі приватних стоматологічних кабінетів і установ, спеціалісти яких в основному зосереджені на лікувальному процесі в рамках платних послуг, тільки ускладнює реалізацію заходів первинної профілактики злоякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота.

Враховуючи, що новоутворення органів порожнини рота відносять до видимих, доступних спостереженню неозброєним оком утворень, а голова та шия добре візуалізуємими анатомічними ділянками, рання діагностика злоякісних новоутворень мала б бути абсолютно 100%. Але, як стверджує статистика [9], 61% хворих на рак порожнини рота і ротоглотки виявляють на III, IV стадіях хвороби, а смертність серед таких хворих в Україні становить 75%. Такі дані свідчать не тільки про відсутність онконастороги населення та лікарів-стоматологів, але й про низьку обізнаність щодо основних передракових захворювань порожнини рота та ротоглотки.

Лікар-стоматолог має широкі можливості для оглядової оцінки слизової оболонки ротової порожнини, шкіри обличчя, червоної облямівки губ і оцінки лімфовузлів ший під час прийому пацієнта, тому, хоч і не є спеціалістом з онкології, має всі підстави для раннього виявлення передракових станів та злоякісних новоутворень на ранніх стадіях серед пацієнтів свого профілю.

Основним завданням лікаря-стоматолога є вміння визначити ранні клінічні прояви передракових станів слизової оболонки порожнини рота і прийняття правильних і своєчасних рішень щодо їх лікування та термінів спостереження, що вимагає від нього глибоких теоретичних знань, великої уваги і зосередженості при огляді пацієнтів.

Виходячи з вищевикладеного, першим кроком онконастороженості в стоматології має бути орієнтування фахівців/лікарів-стоматологів у класифікації передракових станів, яка була запропонована ще у 1991 р. Є.В. Боровським, М.Ф. Данилевським, А.Л. Машкіллейсоном та врахування ризику їх малігнізації.

Недостатній досвід лікарів-стоматологів у діагностиці передпухлинних станів слизової оболонки порожнини рота став причиною тривалого лікування пацієнтів без виявлення і усунення причини захворювання, ігнорування адекватних діагностичних заходів (необхідності проведення цитологічних досліджень) та неправильного маршруту пацієнта (відсутність консультації з фахівцем/онкологом). Ситуація ускладнюється відсутністю планових профілактичних оглядів населення, формальним ставленням лікарів-стоматологів до позначки в медичній карті про

проведення онкооглядів навіть серед декретованих груп населення внаслідок незацікавленості через низький або відсутній фінансовий зиск у його проведенні.

Соціально-економічні чинники та відсутність онконастороги серед самих пацієнтів стали причиною пізніх звернень (зазвичай тільки після появи вираженого больового симптому або при тривалому самолікуванні і відсутності позитивного ефекту від нього). Все це, поряд із низьким рівнем санітарних знань серед населення формує «патологічне коло» проблеми ранньої діагностики передракових станів у стоматології.

Згідно Наказу МОЗ України N 181 від 15.05.2001 р. профілактично оглянутим вважається хворий, якому, зокрема, зроблено онкопрофогляд (оглянуті зуби, слизова оболонка, м'які тканини, щелепно-лицьові ділянки, стан прикусу) та складено план лікування. При цьому, в основу рекомендацій щодо профогляду лягли запропоновані ще у 1983 р. поради професора Соловйова М.М.: «У кожного хворого, що звернувся на прийом до лікаря, необхідно оглянути шкіру обличчя і шиї, в разі виявлення чи підозрі будь-якої патології хворого необхідно дообстежити та при необхідності направити на консультацію до лікарів спеціалістів [10].

Підставою для підозри на злоякісну пухлину є наявність таких симптомів як поява екзофітного утворення з інфільтративною основою, що швидко збільшується в розмірах або супроводжується кровотечею, наявність виразки з інфільтратом в основі, яка не загоюється протягом 2-3 тижнів при лікуванні, поява постійного болю помірної інтенсивності в зоні патологічного процесу, особливо якщо він турбує хворого в нічний час, поява рухомості одного або декількох інтактних зубів, зміна характеру виділень з носу у хворих на хронічний гайморит (поява кров'янистих виділень з неприємним запахом), поява поступово наростаючого парезу м'язів, парестезій в зоні іннервації другої та третьої гілок трійчастого нерву, наявність збільшених, щільних, малорухомих, безболісних лімфатичних вузлів підщелепних і підборідної ділянок та шиї [11].

При підозрі на наявність злоякісної пухлини єдиною найважливішою рекомендацією Американської стоматологічної асоціації (ADA) в оновлених клінічних рекомендаціях щодо оцінки потенційно злоякісних розладів у ротовій порожнині [12] є негайна біопсія у пацієнтів із підозрілим ураженням у порожній рота та вивчення передракових уражень слизової оболонки, які мають підвищений ризик розвитку в плоскоклітинний рак і власне плоскоклітинний рак ротової порожнини та ротоглотки. При цьому, якщо біопсія не може бути виконана на рівні стоматологічного закладу, куди звернувся пацієнт, потрібне негайне його пере направлення до відповідного фахівця і установи.

Проблемою в Україні залишається визначення адекватного маршруту стоматологічного пацієнта: наявні додаткові ланки перенаправлень між лікарями-стоматологами замість потрапляння відразу до спеціаліста-онколога.

Щодо вивчення передракових уражень слизової оболонки порожнини рота, основним за визначенням ADA є виявлення факторів ризику розвитку злоякісних уражень слизової оболонки порожнини рота (СОПР). Увага вчених акцентується на впливі куріння та вживання алкоголю, професійних шкідливостях, наявності хронічної травми СОПР та ротоглотки, гальванізмом у порожнині рота, поганою гігієною і все зростаючою проблемою інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ), зокрема, високоонкогенним типом ВПЛ 16, який перевершує куріння та алкоголь як основний фактор ризику раку голови та шиї у США, викликаючи приблизно 75% усіх виявлених випадків плоскоклітинного раку [3].

Враховуючи наявність хронічної механічної травми одним із основних факторів ризику розвитку раку СОПР, лікарю-стоматологу необхідно зважати на етіологію розвитку хронічних пошкоджень слизової оболонки. Вагоме місце серед факторів ризику механічних травм належить місцевим чинникам: зруйнованим коронкам зубів, нависаючим краям пломб, неякісно виготовленим незнімним та знімним протезам, порушенням прикусу, мінералізованим зубним відкладенням, шкідливим звичкам тощо. При довготривалій дії механічних подразників відбувається розвиток хронічного катарального запалення із набряком та гіперемією, гіперплазією, деструктивними змінами та розвитком кератозу та гіперкератозу з залученням в запальний процес власної слизової оболонки.

Слід пам'ятати, що частіше хронічні механічні травматичні ураження СОПР зустрічаються у людей похилого віку, що пов'язано з віковими змінами (витонченням епітеліального покриву, явищами дистрофії в епітеліальних клітинах внаслідок склеротичних, атрофічних і дистрофічних змін, пов'язаних з порушенням трофіки, виникненням хронічного запального процесу в слизовій оболонці через зниження її тургору, висоти прикусу внаслідок патологічного стирання зубів, їх повної або часткової відсутності, та внаслідок сповільнення процесів регенерації слизової оболонки, що є причиною тривалого загоювання ушкодженої ділянки [13].

Водночас, саме лікарі-стоматологи повинні приймати активну участь в наукових дослідженнях з контролю онкоепідеміологічної ситуації в країні серед пацієнтів свого профілю, забезпечуючи таким чином пріоритетний розвиток дослідницьких програм у галузі онкології за напрямом стоматологія, створення умов для розширення участі лікарів-стоматологів у міжнародних багаточисельних дослідженнях з метою визначення механізмів фінансування для застосування новітніх методів діагностики та лікування передракових захворювань і раку СОПР. Однак, епідеміологічних відомостей в Україні бракує: статистична інформація відсутня у вільному доступі, окремі епідеміологічні дані по регіонах України нечасто аналізуються в науковій літературі, а статистична інформація щодо передракових станів, зокрема СОПР, практично відсутня або представлена фрагментарно.

При цьому, вирішення проблеми профілактики злоякісних новоутворень СОПР неможливо без відповідального ставлення населення до власного здоров'я. На нашу думку, для підвищення відповідальності населення за своє здоров'я, необхідно забезпечити можливість проходження безоплатних щорічних профілактичних онкооглядів у стоматолога кожному громадянину, що має бути відображено в основних положеннях медичної реформи щодо гарантованого

державного рівня надання стоматологічної допомоги. Керуючись досвідом європейських країн, такі гарантії повинні забезпечуватись тільки за умови своєчасного проходження пацієнтом щорічного профілактичного огляду та виконання всіх рекомендацій фахівця. Наприклад, у Німеччині, якщо людина вчасно не пройшла профілактичного огляду в стоматолога або не виконала його рекомендації, то в разі захворювання їй безкоштовно нададуть тільки швидку і невідкладну допомогу, весь інший гарантований обсяг послуг згідно із страховим полісом анулюється.

Таким чином, зазначаємо, що лише при злагодженій протиракової боротьбі в лікувально-профілактичних закладах усіх рівнів та за активної участі самих пацієнтів можливо досягти дієвих результатів у профілактиці злоякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота.

Висновки

1. Профілактика злоякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота в Україні є недостатньою внаслідок низької онконастороги лікарів-стоматологів і населення та за рахунок недоліків у організації та забезпеченні, зокрема в приватних стоматологічних закладах.

2. Лікарі-стоматологи мають значні можливості для діагностики злоякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота за умов відповідних знань щодо класифікації передракових станів слизової оболонки порожнини рота, основних факторів ризику розвитку раку СОПР, симптомів малігнізації та скрупульозного виконання онкоогляду пацієнта.

3. Вирішення проблеми профілактики злоякісних новоутворень СОПР неможливо без відповідального ставлення населення до власного здоров'я, що можна досягти шляхом включення щорічних профілактичних онкооглядів у стоматолога у перелік гарантованих кожному громадянину медичних послуг згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням показників захворюваності населення Закарпатської області на злоякісні новоутворення слизової оболонки порожнини рота.

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2018 г.: Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех (2018 г.) [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019. – Режим доступа http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018/report-by-chapters_
2. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 / J. Ferlay, E. SteliarovaFoucher, J. Lortet-Tieulent [et al.] // Eur. J. Cancer. – № 49.– P. 1374–1403.
3. Cancer screening in the United States, 2014: a review of current American Cancer Society guide lines and currentis sues in cancers creening / R. A. Smith, D. Manassaram-Baptiste, D. Brooks [et al.] // C.A. Cancer J. Clin. – 2014. – 64:30–51.10.3322/caac.21212 [PubMed].
4. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності на онкологічну патологію та її профілактика в сучасних умовах / Н. В. Медведовська // Здоров'я нації. – 2012. – № 4 (24). – С. 9–14.
5. Керецман А. О. Особливості епідеміології злоякісних новоутворень органів травлення населення Закарпатської області та України за статтю та окремими нозологіями в динаміці за 2009-2014 рр. / А. О. Керецман, Н. О. Рингач // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2015. – № 2 (12). – С. 99–105.Рак в Україні, 2017–2018. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. – Київ : Нац. інститут раку, 2019. – № 20. – 101 с.
6. Индекс здоров'я. Україна. – 2018: Результати загальнонаціонального дослідження /Укл. Степурко Т.Г. та ін./ – Київ. – 2018. – С. 175.
7. Организация первичной медико-санитарной помощи в условиях меняющейся Европы / Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Voegma, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman. - Европейское региональное бюро ВОЗ / Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2018 г. – 172 стр.
8. Національний план «50 кроків боротьби з раком в Україні». – Національний інститут раку. – Київ. – 2009. – С. 13.
9. Рак в Україні, 2017-2018. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби: бюлетень Національного канцер-реєстру України. –К.:Нац. Інститут раку, 2019. – № 20. – С.80.
10. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983. – 160 с.
11. Коленко Ю.Г. Роль первинної ланки у профілактиці онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота / Ю.Г. Коленко // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Вип. 1, Том 1 (126). – С. 352–356.
12. Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity. A report of the American Dental Association / Mark W. Lingen, Elliot Abt, Nishant Agrawal [et al.] // The Journal of the American Dental Association.-2017. –Vol. 148 , Issue 10. – P. 712 - 727.e10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.07.032>.

13. Скрипнікова Т.П. Онконастороженість в стоматології: навч.посібник (атлас на електронних носіях) / Т.П. Скрипнікова, С.В. Коломієць, В.В. Баштан. – Полтава, 2014. – 106 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.08.2019 р.

Профилактика онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта: современные реалии и перспективы

Керецман А.А., Пишковці А.-М.М.

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород

Цель. Анализ профилактики онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта в Украине и определение направлений и путей ее совершенствования.

Методы: аналитический, библиосемантический и системного подхода.

Результаты. В статье представлен анализ состояния профилактики онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта в Украине с целью определения направлений и путей ее совершенствования. Определены недостаточный уровень профилактики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта из-за низкого уровня онкологической настороженности врачей-стоматологов и населения, выявлены недостатки в организации работы стоматологической службы по обеспечению профилактических онкоосмотров.

Выводы. Профилактика злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта в Украине недостаточна, что требует разработки мероприятий по повышению онконастороженности стоматологов и населения.

Ключевые слова: профилактика, предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, онконастороженность.

Prevention of oncological diseases of the oral mucosa: modern realities and prospects

Keretsman A.O., Pishkovtsi A.-M.M.

Uzhhorod National University

Purpose. To analyze the state of prevention of cancer of the oral mucosa in Ukraine and to determine directions and ways of its improvement.

Methods: analytical, biblio-semantic and systematic approach.

Results. The article presents the analysis of the state of prevention of cancer of the mucous membrane of the oral cavity in Ukraine in order to determine the directions and ways of its improvement. Insufficient level of prevention of precancerous diseases of the oral mucous membrane was determined due to the low level of oncological alertness of dentists and the population and disadvantages in the organization of work of the dental service to provide preventive oncological examinations.

Conclusions. Prevention of malignant neoplasms of the oral mucosa in Ukraine is insufficient, which requires the development of measures to increase the oncological alertness of dentists and the population.

Key words: prevention, precancerous diseases of the oral mucosa, oncological alertness.

Відомості про авторів

Керецман Анжеліка Олексійівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ, 88001, м.Ужгород, пл. Народна, 3.

Пишковці Анна-Марія Михайлівна – аспірант УжНУ, 88001, м.Ужгород, пл. Народна, 3.

Розрахунок потреби в забезпеченні дорослого населення з ментальними порушеннями в соціально-реабілітаційних послугах

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета дослідження: визначити оціночну потребу дорослого населення з ментальними розладами в соціально-реабілітаційних послугах в Закарпатській області.

Матеріали та методи. При виконанні дослідження використано наступні методи дослідження: статистичний, бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу. Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури та галузевої статистичної звітності.

Результати та їх обговорення. Оціночна потреба дорослого населення Закарпатської області з ментальними порушеннями в соціально-реабілітаційних послугах залежить від рівня ресурсів галузі. В умовах обмежених ресурсів, слід забезпечити принаймні мінімальну потребу, що складає 10864 послуги. В умовах достатніх ресурсів буде можливість забезпечити оптимальну потребу, що складає 39981 послугу. У разі можливості планувати ресурси виходячи з клінічної ситуації, раціональна потреба у послугах становитиме 85935 послуг.

Висновки. Розраховані потреби дорослого населення Закарпатської області з ментальними порушеннями в соціально-реабілітаційних послугах. Дані розрахунки підлягають використанню при створенні в області системи відновного лікування.

Ключові слова: Закарпатська область, доросле населення, ментальні порушення, соціально-реабілітаційні послуги, потреба, розрахунок.

Вступ

За визначенням ВООЗ (2001), ментальне здоров'я – це психічне благополуччя людини, яке дозволяє їй реалізувати власний потенціал, допомагає протистояти стресу, продуктивно працювати і вносити свій вклад у розвиток суспільства [1]. Воно є не просто відсутністю психічного розладу. Ментальне здоров'я інтегрує потенціал психічного, соматичного і соціального здоров'я, будучи конструктивно-творчим ресурсом суспільної свідомості і громадського здоров'я [3].

Ментальні розлади зустрічаються у всіх категоріях населення і в усіх вікових категоріях. За даними ВООЗ поширеність ментальних розладів становить близько 10,0% для дорослого населення світу. За даними ВООЗ більше 25,0% людей в світі страждають від одного чи більшого числа ментальних розладів протягом усього свого життя [5].

В Україні, частина дорослого населення страждає на ментальні розлади [2]. Однак, не ведеться окремо облік ні осіб з металними порушеннями, що отримали реабілітаційну допомогу, ні облік реабілітаційних послуг, що надаються таким особам. Тому не відомо, в якому обсязі забезпечуються вказані особи послугами медико-соціальної реабілітації. Крім того відсутні дані щодо потреби в реабілітаційній допомозі для пацієнтів з ментальними розладами. Це зумовлює актуальність нашого дослідження. Адже визначення потреби дорослого населення з ментальними розладами у соціально-реабілітаційних послугах дасть можливість ефективно планувати лікувально-реабілітаційні процеси на регіональному рівні для даної категорії населення.

Мета дослідження: визначити оціночну потребу дорослого населення з ментальними розладами в соціально-реабілітаційних послугах в Закарпатській області.

Матеріали та методи

При виконанні дослідження використано наступні методи дослідження: статистичний, бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу. Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури та галузевої статистичної звітності.

З метою раціонального розрахунку потреби дорослого населення з ментальними розладами, що потребують соціально-реабілітаційних послуг, хворі розділені на групи, в залежності від виду медичної допомоги. Це пов'язано з тим, що різні види медичної допомоги передбачають різні обсяги послуг. Для кожної групи осіб буде розраховано мінімальний, оптимальний та раціональний обсяг соціально-реабілітаційних послуг.

1. *Перша група* – особи, що отримували консультації (консультативний нагляд);
2. *Друга група* – особи, що отримували амбулаторну допомогу (диспансерний нагляд);
3. *Третя група* – особи, що отримували стаціонарну допомогу в умовах загального стаціонару;

4. *Четверта група* – особи, що отримували стаціонарну допомогу в умовах денного стаціонару;

5. *П'ята група* – особи з інвалідністю.

Перша група дорослих осіб з ментальними порушеннями, що потребують соціально-реабілітаційних послуг – це особи, що звернулися до лікарів-психологів, психіатрів, психотерапевтів з певними проблемами, і в яких було діагностовано певний ментальний розлад, однак з тих чи інших причин вони не взяті під диспансерний нагляд. Ці особи тим не менше потребують реабілітації в тому чи іншому вигляді (допомога психолога, психотерапевта, соціального працівника). **Кількість послуг**, що потребує дана група осіб дорівнює кількості осіб, у яких було зареєстровано захворювання при зверненні на консультацію.

Таким чином, за даною групою:

Кількість осіб у першій групі = кількість проконсультованих осіб;

Кількість послуг для першої групи = кількість проконсультованих осіб.

Друга група дорослих осіб з ментальними порушеннями, що потребують соціально-реабілітаційних послуг – це особи, що перебувають під диспансерним наглядом. **Кількість послуг**, що потребує дана група осіб, обчислюється виходячи з кількості осіб які знаходяться під диспансерним наглядом. Для даної групи осіб може бути обчислена **мінімальна потреба** – для осіб, що взяті під диспансерний нагляд вперше, оскільки ці особи при взятті під нагляд були проконсультовані спеціалістом-психіатром, який повинен рекомендувати певні види реабілітаційних послуг. Можна обчислити також **оптимальну потребу** – виходячи із загальної кількості осіб під диспансерним наглядом. Слід враховувати, що не всі особи з ментальними розладами потребують соціально-реабілітаційних послуг в однаковому об'ємі. У складних випадках кількість і об'єм послуг може значно відрізнятись. Тому на даному етапі дослідження доцільно скористатися «Клінічними протоколами надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», які регламентують алгоритми надання медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки у розрізі нозологічних форм (діагнозів) [4].

Для тих нозологічних груп, що потребують соціально-реабілітаційних послуг у більшому об'ємі, обчислено **коефіцієнти для розрахунку раціональної кількості послуг**. Значення коефіцієнта залежить від діагнозу.

Таким чином, за даною групою:

Кількість осіб у другій групі = кількість осіб під диспансерним наглядом;

Кількість послуг для другої групи:

Мінімальна = кількість осіб, що взяті під диспансерний нагляд вперше;

Оптимальна = загальна кількість осіб під диспансерним наглядом;

Раціональна = кількість осіб під диспансерним наглядом \square коефіцієнт.

Третя група дорослих осіб з ментальними порушеннями, що потребують соціально-реабілітаційних послуг – це особи, що потребували загальної стаціонарної допомоги протягом року. На цьому етапі дослідження також будуть використані **коефіцієнти для розрахунку раціональної кількості послуг**.

Таким чином, для даної групи розрахунок проводиться наступним чином.

Кількість осіб у третій групі = кількість осіб, що лікувались у загальному стаціонарі.

Кількість послуг для третьої групи:

Мінімальна = кількість осіб, що лікувались у загальному стаціонарі;

Оптимальна = кількість осіб, що лікувались у загальному стаціонарі;

Раціональна = кількість осіб що лікувались у загальному стаціонарі \square коефіцієнт.

Четверта група дорослих осіб з ментальними порушеннями, що потребують соціально-реабілітаційних послуг – це особи, що потребували стаціонарної допомоги протягом року в умовах денного стаціонару. На цьому етапі дослідження також будуть використані **коефіцієнти для розрахунку раціональної кількості послуг**.

Таким чином, для даної групи розрахунок проводиться наступним чином.

Кількість осіб у четвертій групі = кількість осіб що лікувались у денному стаціонарі;

Кількість послуг для четвертої групи:

Мінімальна = кількість осіб, що лікувались у денному стаціонарі;

Оптимальна = кількість осіб, що лікувались у денному стаціонарі;

Раціональна = кількість осіб що лікувались у денному стаціонарі \square коефіцієнт.

П'ята група дорослих осіб з ментальними порушеннями, що потребують соціально-реабілітаційних послуг – це особи з інвалідністю. **Кількість послуг**, що потребує дана група осіб, можна обчислити виходячи з кількості осіб, що мають групу інвалідності. Для даної групи осіб може бути обчислена **мінімальна потреба** – виходячи з кількості осіб, що визнані інвалідами первинно, оскільки ці особи отримали консультації спеціалістів (в тому числі і з питань реабілітації) під час проходження медико-соціальної експертизи. Можна обчислити також **оптимальну потребу** – виходячи із загальної кількості осіб з інвалідністю, і **раціональну потребу** – з врахуванням коефіцієнту.

Таким чином, для даної групи розрахунок проводиться наступним чином.

Кількість осіб у п'ятій групі = кількість осіб з інвалідністю

Кількість послуг для п'ятої групи:

Мінімальна = кількість осіб, що визнані інвалідами первинно;

Оптимальна = кількість осіб з інвалідністю;

Раціональна = кількість осіб інвалідністю \square коефіцієнт.

Для того щоб узагальнити потребу дорослого населення з ментальними порушеннями в соціально-реабілітаційних послугах, потрібно додати розраховані мінімальний, оптимальний та раціональний обсяг послуг для всіх п'яти груп осіб.

Згрупувавши контингенти осіб за обраними критеріями та визначивши обсяги послуг для кожної групи, в результаті отримаємо матрицю оціночного розрахунку (табл. 1).

Таблиця 1

Матриця оціночного розрахунку потреб реабілітаційних послуг за визначеними групами пацієнтів

Група спостереження	Мінімальний об'єм послуг	Оптимальний об'єм послуг	Раціональний об'єм послуг
Перша група осіб	= кількості осіб за зверненням	= кількості осіб за зверненням	= кількості осіб за зверненням
Друга група осіб	= кількості осіб, які взято під диспансерний нагляд	= кількості осіб, що перебувають під диспансерним наглядом	= кількості осіб, що перебувають під диспансерним наглядом \square коефіцієнт
Третя група осіб	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару \square коефіцієнт
Четверта група осіб	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару \square коефіцієнт
П'ята група осіб	= кількості осіб, які визнані інвалідами первинно	= кількості осіб, які мають інвалідність	= кількості осіб, які мають інвалідність \square коефіцієнт
Загальна кількість послуг	Сума за рядками 1-5 першої графи	Сума за рядками 1-5 другої графи	Сума за рядками 1-5 третьої графи

Керуючись даною матрицею, виводяться схеми обчислення мінімальної, оптимальної та раціональної потреби дорослого населення з ментальними порушеннями у соціально-реабілітаційних послугах.

Як видно з табл. 1, за кожною графою, що визначає об'єм послуг, можемо визначити загальну кількість послуг підсумувавши відповідні послуги за всіма групами спостереження.

Не всі особи з ментальними розладами потребують соціально-реабілітаційних послуг в однаковому об'ємі. Кількість послуг обумовлена складністю випадку, тобто залежить від діагнозу. Для того, щоб правильно розрахувати кількість послуг у кожному конкретному випадку, слід розглянути стандарти надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія».

На даному етапі дослідження скористаємося «Клінічними протоколами надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», які регламентують алгоритми надання медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки у розрізі нозологічних форм (діагнозів). У протоколах представлено етапність лікування кожної нозологічної форми, а також кількісна та якісна роль реабілітаційних послуг на кожному етапі лікування. Опрацювавши клінічні протоколи та проаналізувавши рекомендований об'єм реабілітаційних послуг, було виведено коефіцієнти для корекції кількості послуг (табл. 2).

Таблиця 2

Коефіцієнти корекції кількості реабілітаційних послуг за групами нозологій

Групи нозологій	Умови лікування	Потреба в послугах	Коефіцієнт
F00–F09 Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади	Стационарне – при розвитку гострих психотичних розладів, виражених порушеннях поведінки	Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих \square 1
	Амбулаторне – хворим з деменцією легкого ступеню і хворим з деменцією середнього і важкого ступеню при можливості відповідного нагляду	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих \square 1

F20–F29 Шизофренія, шизотипові і маревні розлади	Стаціонарне – 2 етапи: купіруюча терапія; долікуюча або стабілізуюча терапія	2 x Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих □ 2
	Амбулаторне – 2 етапи: корекція негативної симптоматики і відновлення рівня соціально-трудової адаптації	2 x Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 3
	Підтримуюча терапія	+ Послуги для амбулаторних хворих	
F30–F39 Афективні розлади настрою	Перший етап – купіруюча терапія (від моменту початку лікування афективної симптоматики до встановлення клінічної ремісії), купірування гострої афективної симптоматики в стаціонарних або напівстаціонарних умовах	Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих □ 1
	Другий етап – стабілізуюча терапія – продовження терапії з моменту досягнення ремісії в напівстаціонарних або амбулаторних умовах	Послуги для хворих денного стаціонару	Послуги для хворих денного стаціонару □ 1
	Третій етап – підтримуюча терапія – запобігання рецидивів захворювання в амбулаторних умовах	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 1
F40–F48 Невротичні, зв'язані зі стресом і соматоформні розлади	Стаціонарне – при виражених розладах і порушеннях адаптації і для підбору адекватної терапії при резистентних станах	Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих □ 1
	Амбулаторне – у більшості випадків. Психотерапія грає провідну роль	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 2
F50–F59 Поведінкові синдроми, зв'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками	Амбулаторне	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 1
	Стаціонарне (у складних випадках)	Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих □ 1
F60–F69 Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих	Амбулаторне	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 1
	Стаціонарне – лише у разі вираженої декомпенсації	Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих □ 1
F70–F79 Розумова відсталість	Спеціалізовані дитячі сади	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 3
	Спеціалізоване навчання (допоміжні школи, школа-інтернат)	Послуги для амбулаторних хворих	
	Амбулаторне спостереження	Послуги для амбулаторних хворих	
	Денний стаціонар або стаціонар (при порушенні адаптації, наявності ускладнюючої симптоматики, або негативних мікросоціальних умов)	Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих □ 1
F80–F89	Медико-педагогічна корекція проводиться в амбулаторно-	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 1

Порушення психологічного розвитку	поліклінічних умовах або в умовах спеціалізованої дитячої установи		
F90–F98 Поведінкові та емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці	Амбулаторне лікування – при легких проявах гіперкінетичних розладів	Послуги для стаціонарних хворих	Послуги для стаціонарних хворих □ 1
	При неможливості купірування симптоматики в амбулаторних умовах, при затяжному перебігу і стійкій шкільній дезадаптації – лікування в умовах стаціонару	Послуги для амбулаторних хворих	Послуги для амбулаторних хворих □ 1

Як видно з табл. 2, як особливі можна виділити такі нозологічні групи:

– F20–F29 Шизофренія, шизотипові і маревні розлади, тут послуги для стаціонарних хворих повинні бути подвоєні, і послуги для амбулаторних хворих повинні бути потроєні виходячи з етапності лікування;

Коефіцієнт корекції: для стаціонарних хворих □2, для амбулаторних □3.

– F40–F48 Невротичні, зв'язані зі стресом і соматоформні розлади, тут послуги для амбулаторних хворих повинні бути подвоєні виходячи з того, що згідно протоколів психотерапія грає провідну роль;

Коефіцієнт корекції = для амбулаторних хворих □2.

– F70–F79 Розумова відсталість, тут послуги для амбулаторних хворих повинні бути потроєні, виходячи з того, що лікування спеціалізоване і тривале.

Коефіцієнт корекції = для амбулаторних хворих □3.

Принцип визначення *раціонального об'єму* соціально-реабілітаційних послуг із застосуванням коефіцієнтів корекції для різних нозологічних груп:

F00–F09 Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади – загальний обсяг послуг;

F20–F29 Шизофренія, шизотипові і маревні розлади – загальний обсяг послуг □ коефіцієнт;

F30–F39 Афективні розлади настрою – загальний обсяг послуг;

F40–F48 Невротичні, зв'язані зі стресом і соматоформні розлади – загальний обсяг послуг □ коефіцієнт;

F50–F59 Поведінкові синдроми, зв'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками – загальний обсяг послуг;

F60–F69 Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих – загальний обсяг послуг;

F70–F79 Розумова відсталість – загальний обсяг послуг □ коефіцієнт;

F80–F89 Порушення психологічного розвитку – загальний обсяг послуг;

F90–F98 Поведінкові та емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці – загальний об'єм послуг.

Результати дослідження та їх обговорення

Були проведені обчислення для визначення потреби в соціально-реабілітаційних послугах для осіб з ментальними порушеннями.

Для *першої групи осіб* – особи, у яких було діагностовано певний ментальний розлад, однак з тих чи інших причин вони не взяті під диспансерний нагляд:

Кількість осіб першої групи, складає 4955 осіб.

Оскільки потребу даної частини дорослого населення з ментальними порушеннями у соціально-реабілітаційних послугах можна розглядати виходячи з кількості таких осіб, розраховано, що потреба для першої групи осіб складає 4955 послуг (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл об'єму послуг за пакетами послуг для першої групи пацієнтів

Показник	Мінімальний обсяг послуг	Оптимальний обсяг послуг	Раціональний обсяг послуг
Перша група осіб		= кількості осіб за зверненням	
Кількість послуг	4955	4955	4955

Далі обчислюємо потребу для *другої групи осіб* – особи, що перебувають під диспансерним наглядом. В ході дослідження встановлено, що 25237 осіб – перебувають під диспансерним наглядом та 1383 особи – взято під нагляд в поточному році уперше в житті.

Оскільки мінімальну потребу даної частини дорослого населення з ментальними порушеннями у соціально-реабілітаційних послугах можна розглядати виходячи з кількості взятих під нагляд в поточному році уперше в житті, а

оптимальну – виходячи з кількості осіб, що перебувають під диспансерним наглядом, можемо сказати, що *мінімальна потреба для другої групи осіб складає 1383 послуги, а оптимальна потреба складає 25237 послуг*. Результати представлено у табл. 4.

Як видно з табл. 4 оптимальна потреба для другої групи осіб складає 25237 послуг, раціональна потреба складає 59111 послуг (табл. 5).

Таблиця 4

Оптимальна та раціональна оціночна потреба у соціально-реабілітаційних послугах для другої групи осіб за групами нозологій

Шифр нозології	Групи нозологій	Особи, що перебувають під диспансерним наглядом		
		Особи	Коефіцієнт	Кількість послуг
F00–F09	Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади	5401	1	5401
F20–F29	Шизофренія, шизотипові і маревні розлади	7202	3	21606
F30–F39	Афективні розлади настрою	1902	1	1902
F40–F48	Невротичні, зв'язані зі стресом і соматоформні розлади	5752	2	11504
F50–F59	Поведінкові синдроми, зв'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками	436	1	436
F60–F69	Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих	538	1	538
F70–F79	Розумова відсталість	5908	3	17724
F80–F89, F90–F98	Порушення психологічного розвитку; Поведінкові та емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці	-	1	-
F00–F98	Всього	25237		59111

Таблиця 5

Розподіл обсяг послуг за пакетами послуг для другої групи пацієнтів

	Мінімальний обсяг послуг	Оптимальний обсяг послуг	Раціональний обсяг послуг
Друга група осіб	= кількості осіб, які взято під диспансерний нагляд	= кількості осіб, що перебувають під диспансерним наглядом	= кількості осіб, що перебувають під диспансерним наглядом] коефіцієнт
Кількість послуг	1383	25237	59111

Далі проводимо розрахунок потреби у реабілітаційних послугах для осіб *третьої і четвертої групи спостереження*.

В ході дослідження було встановлено, що 3527 дорослих осіб було госпіталізовано протягом звітного року, а кількість дорослих осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару, складає 578.

Обчислення раціональної потреби виконується з урахуванням коефіцієнтів. Так само, за аналогічною схемою, можна обчислити потребу дорослого населення з ментальними порушеннями у соціально-реабілітаційних послугах за кожною нозологічною групою. Розподіл у розрізі нозологій представлено у табл. 6.

Як видно з табл. 7, для третьої групи осіб оптимальна потреба становить 3527 послуг, а раціональна – 5962 послуги.

Для четвертої групи осіб оптимальна потреба становить 577 послуг, а раціональна – 924 послуги.

Таблиця 6
Оптимальна та раціональна оціночна потреба
у соціально-реабілітаційних послугах для третьої та четвертої групи осіб за нозологіями

Шифр нозології	Групи нозологій	Загальний стаціонар			Денний стаціонар		
		Особи	Коеф.	К-кість послуг	Особи	Коеф.	К-кість послуг
F00–F09	Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади	468	1	468	55	1	55
F20–F29	Шизофренія, шизотипові і маревні розлади	2165	2	4330	343	2	686
F30–F39	Афективні розлади настрою	343	1	343	83	1	83
F40–F48	Невротичні, зв'язані зі стресом і соматоформні розлади	274	1	274	56	1	56
F50–F59	Поведінкові синдроми, зв'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками	0	1	0		1	0
F60–F69	Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих	39	1	39	2	1	2
F70–F79	Розумова відсталість	235	1	235	39	1	39
F80–F89, F90–F98	Порушення психологічного розвитку; Поведінкові та емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому і підлітковому віці	3	1	3		1	3
F00–F98	Всього	3527		5692	577		924

Таблиця 7
Розподіл обсягу послуг за пакетами послуг для III та IV групи пацієнтів

Показник	Мінімальний обсяг послуг	Оптимальний обсяг послуг	Раціональний обсяг послуг
Третя група осіб	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару] коефіцієнт
Кількість послуг	3527	3527	5962
Четверта група осіб	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару] коефіцієнт
Кількість послуг	577	577	924

Наступним кроком дослідження стало проведення розрахунку потреби в соціально-реабілітаційних послугах для осіб, які мають групу інвалідності. Було встановлено, що 188 дорослих осіб визнано інвалідами первинно, а 5685 мають групу інвалідності в наслідок ментальних порушень.

Далі розраховуємо загальну потребу дорослого населення з ментальними порушеннями у соціально-реабілітаційних послугах із врахуванням коефіцієнтів для тих нозологічних груп, які підлягають звітності з приводу інвалідності. Врахуємо, що не можемо вважати достатньою одноразове надання реабілітаційних послуг при встановленні інвалідності первинно. Виходячи з важкості стану, комплекс реабілітаційних послуг повинен бути наданий в повному об'ємі (з врахуванням коефіцієнтів). Дані розрахунків наведено в табл. 8.

Далі, як видно з наведених в табл. 9 для п'ятої групи осіб мінімальна потреба становить 422 послуги, оптимальна потреба становить 5685 послуг, а раціональна – 14983 послуги.

Якщо звести всі розрахунки в одну таблицю згідно розробленої матриці, можемо визначити загальну мінімальну, оптимальну та раціональну потребу підсумувавши відповідні види послуг за групами осіб (табл. 10).

Таблиця 8

Оптимальна та раціональна оціночна потреба у соціально-реабілітаційних послугах для п'ятої групи осіб за нозологіями

Нозологічна форма	Групи нозологій	Визнані інвалідами первинно			Мають групу інвалідності		
		Особи	Коеф.	К-кість послуг	Особи	Коеф.	К-кість послуг
F00–F09	Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади	40	1	40	691	1	691
F20–F29	Шизофренія, шизотипові і маревні розлади	58	3	174	2173	3	6519
F70–F79	Розумова відсталість	76	3	228	2591	3	7773
F00–F98	Всього	188		442	5685		14983

Таблиця 9

Розподіл обсяг послуг за пакетами послуг для п'ятої групи пацієнтів

	Мінімальний обсяг послуг	Оптимальний обсяг послуг	Раціональний обсяг послуг
П'ята група осіб	= кількості осіб, які визнані інвалідами первинно	= кількості осіб, які мають інвалідність	= кількості осіб, які мають інвалідність □ коефіцієнт
Кількість послуг	422	5685	14983

Таблиця 10

Розподіл обсяг послуг за пакетами послуг для всіх груп пацієнтів

Показник	Мінімальний обсяг послуг	Оптимальний обсяг послуг	Раціональний обсяг послуг
Перша група осіб	= кількості осіб за зверненням 4955	= кількості осіб за зверненням 4955	= кількості осіб за зверненням 4955
Друга група осіб	= кількості осіб, які взято під диспансерний нагляд 1383	= кількості осіб, що перебувають під диспансерним наглядом 25237	= кількості осіб, що перебувають під диспансерним наглядом □ коефіцієнт 59111
Третя група осіб	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару 3527	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару 3527	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах загального стаціонару □ коефіцієнт 5962
Четверта група осіб	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару 577	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару 577	= кількості осіб, що потребували лікування в умовах денного стаціонару □ коефіцієнт 924
П'ята група осіб	= кількості осіб, які визнані інвалідами первинно 422	= кількості осіб, які мають інвалідність 5685	= кількості осіб, які мають інвалідність □ коефіцієнт 14983
Сума за обсягами послуг	10864	39981	85935

Отже:

Мінімальний обсяг послуг складає: $4955+1383+3527+577+422=10864$

Оптимальний обсяг послуг складає: $4955+25237+3527+577+5685=39981$

Раціональний обсяг послуг складає: $4955+59111+5962+924+14983=85935$

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням рівня забезпечення дорослого населення Закарпатської області з ментальними розладами соціально-реабілітаційними послугами.

Висновки

За проведеними розрахунками сформовано оціночну потребу дорослого населення Закарпатської області з ментальними розладами в соціально-реабілітаційних послугах виходячи з ресурсу, який можливо задіяти для надання послуг. В умовах обмежених ресурсів, слід забезпечити мінімальну потребу, що складає 10864 послуги. В умовах достатніх ресурсів можливо забезпечити оптимальну потребу, що складає 39981 послугу. У разі можливості планувати ресурси виходячи з клінічної ситуації, раціональна потреба у послугах становить 85935 послуг.

Література

1. *Mental Health Declaration for Europe*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health // Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.
2. *Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки* [Електронний ресурс] / Під ред. Б.В.Михайлова, С.І.Табачнікова, О.К.Напрєєнка, В.В.Домбровської // Новини української психіатрії. – Харків, 2003. – Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>.
3. *Підлубний В. Л.* Медико-психосоціальна допомога при психічних розладах: навчальний посібник / В. Л. Підлубний. – Запоріжжя, 2017. – 80 с.
4. *Стандарти надання медичної допомоги в Україні* [Електронний ресурс]. Матеріали сайту Медстандарт.net Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/34> – Назва з екрану.
5. *Юрьева Л. Н.* История. Культура. Психические и поведенческие расстройства / Л. Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2002. – 101 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.09.2019 р.

Расчет потребности в обеспечении взрослого населения с ментальными расстройствами в социально-реабилитационных услугах

В.И. Костроба, В.И. Миронюк
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

Цель исследования: определить оценочную потребность взрослого населения с ментальными расстройствами в социально-реабилитационных услугах в Закарпатской области.

Материалы и методы. При проведении исследования использованы такие методы: статистический, библиосемантический, структурно-логического анализа, системного подхода. Материалами исследования послужили данные научной литературы и отраслевой статистической отчетности.

Результаты и их обсуждение. Оценочная потребность взрослого населения Закарпатской области с ментальными расстройствами в социально-реабилитационных услугах зависит от уровня ресурсов отрасли. В условиях ограниченных ресурсов следует обеспечить по крайней мере минимальную потребность, которая составляет 10864 услуги. В условиях достаточных ресурсов будет возможность обеспечить оптимальную потребность, которая составляет 39981 услугу. При возможности планировать ресурсы, исходя из клинической ситуации, рациональная потребность в услугах составит 85935 услуг.

Выводы. Рассчитаны потребности взрослого населения Закарпатской области с ментальными расстройствами в социально-реабилитационных услугах. Данные расчеты должны быть использованы при создании в области системы восстановительного лечения.

Ключевые слова: Закарпатская область, взрослое население, ментальные расстройства, социально-реабилитационные услуги, потребность, расчет.

Calculation of the need for provision of adult population with mental disorders with social-and-rehabilitation services

V.I. Kostroba, V.I. Mironyuk
Uzhhorod National University

Goal of study: to determine the estimated need of adult population of Transcarpathian region with mental disorders in social-and-rehabilitation services.

Materials and methods. The following methods were applied in the course of study: statistical, biblio-semantic, of structural-and-logical analysis, of systemic approach. The data of scientific literature and industry statistical reporting were used as the material of study.

Results and discussion. Estimated need of adult population of Transcarpathian region with mental disorders in social-and-rehabilitation services depend on the level of resources in the industry. In the conditions of limited resources, it is necessary to provide at least minimal need that comprises 10864 services. In the conditions of sufficient resources, it will be possible to provide optimal need that comprises 39981 services. In case it is possible to plan resources basing on clinical situation, rational need in services will comprise 85935 services.

Conclusions. The need of adult population of Transcarpathian region with mental disorders in social-and-rehabilitation services is calculated. It is recommended to use these calculations in development of the system of rehabilitation treatment in the region.

Key words: Transcarpathian region, adult population, mental disorders, social-and-rehabilitation services, need, calculation.

Відомості про авторів

Костроба Валентина Іванівна – магістр фізичної терапії, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Миронюк Вікторія Іванівна – аспірант, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

УДК 314.883:001.8(083.78)

А.А. Крапівіна

Гендерні підходи у питаннях репродуктивного здоров'я

КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР

Мета дослідження полягає у вивченні забезпечення гендерної рівності в охороні репродуктивного здоров'я та аналізі окремих показників репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок.

Об'єктом дослідження стали показники репродуктивного здоров'я та нормативно-правова база з питань репродуктивного здоров'я. В дослідженні використані бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати та їх обговорення: Сучасний стан репродуктивного здоров'я та сексуального чоловіків та жінок характеризується наявністю низки проблем. Серед яких провідні позиції займають захворювання сечостатевої сфери жінок та чоловіків, інфекції, що передаються статевим шляхом, аборти у жінок, безпліддя, тощо.

Впродовж 2013-2017 рр. серед жінок 18-ти років і старше спостерігалось зниження рівнів захворюваності та поширеності гінекологічних хвороб, за винятком ендометріозу та розладів менструацій, приріст яких склав 14,29% та 3,48% відповідно. У чоловіків спостерігалось зменшення захворюваності та поширеності хвороб передміхурової залози, в тому числі гіперплазія передміхурової залози. Наразі рівні захворюваності знизились на 8,75% та 9,46% відповідно, а поширеності – на 2,7% та 3,53% відповідно.

Безпліддя є індикатором репродуктивного здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я. У жінок воно реєструється в 4-4,5 рази частіше, ніж у чоловіків

Реалізація репродуктивних прав жінок і чоловіків полягає у забезпеченні їм державою вільного доступу до послуг охорони репродуктивного та сексуального здоров'я, а також планування сім'ї. В той же час практично існує перевага в можливостях у жінок, що полягає у розвиненій структурі галузі, наявності низки цільових національних та міжнародних програм з питань збереження репродуктивного здоров'я, тощо. Існують прогалини у вітчизняній нормативно-правовій базі щодо питань чоловічого репродуктивного та сексуального здоров'я; недосконала мережа закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання послуг охорони здоров'я та головне відсутність фахівця з питань репродуктивного здоров'я чоловіків.

Висновки. В національному законодавстві та галузевих програмах охорони здоров'я питання репродуктивного здоров'я розглядаються через призму потреб жіночої статі. Тоді як чоловічі проблеми в них не враховані, не дивлячись на те, що чоловіки є рівноправними учасниками репродуктивного процесу. В ході дослідження виявлено недосконалість організації послуг з питань репродуктивного здоров'я для чоловіків, що полягає у відсутності профільних фахівців (лікарів-андрологів) та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, чоловіки, жінки, гендерна рівність.

Вступ

Репродуктивне здоров'я є невід'ємною складовою загального здоров'я. Питання збереження та поліпшення репродуктивного здоров'я є ключовими завданнями національної державної політики та закріплені рядом нормативно-правових документів. Основні положення щодо реалізації репродуктивних прав задекларовані Конституцією України (стаття 48, 51) та Основами законодавства про охорону здоров'я (1992 р.). Регулювання питань репродуктивного здоров'я в національному законодавстві забезпечувалось Національною програмою «Репродуктивне здоров'я 2001-2005» та Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 рр.» [1-3].

Донедавна пріоритет у вивченні репродуктивного та сексуального здоров'я надавався жінкам. Однак дані епідеміологічних досліджень демонструють погіршення репродуктивного здоров'я не лише жінок, а й чоловіків.

В 2018 р. ВООЗ прийняла нову Стратегію «Здоров'я і благополуччя чоловіків в Європейському регіоні ВООЗ: покращення здоров'я в межах гендерного підходу». Документом визнавалось, що збереження здоров'я чоловіків та забезпечення їм можливостей до послуг охорони здоров'я є пріоритетними завданнями для національних систем охорони здоров'я. Окремою складовою Програми є збереження репродуктивного здоров'я чоловіків як рівноцінних учасників репродуктивного процесу. Системам охорони здоров'я рекомендовано орієнтувати надання послуг галузі з врахуванням потреб чоловіків різного віку, а також сприяти їх активній участі у заходах спрямованих на формування здорової репродуктивної та сексуальної поведінки, профілактики гендерного насильства та моделей щодо збереження сімейних цінностей, тощо. Програмою підкреслено, що поліпшення здоров'я та добробуту чоловіків сприятиме становленню гендерної рівності [4].

Сучасний стан репродуктивного здоров'я та сексуального чоловіків та жінок характеризується наявністю низки проблем. Серед яких провідні позиції займають захворювання сечостатевої сфери жінок та чоловіків, інфекції, що передаються статевим шляхом, аборти у жінок, безпліддя, тощо.

Індикатори оцінки стану репродуктивного здоров'я наразі до кінця не розроблені, однак ключовими серед них дослідники виділяють показники захворюваності репродуктивної системи чоловіків та жінок різних вікових груп, рівні інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, частоту небажаної вагітності та абортів, рівні безпліддя у жінок та у чоловіків, тощо.

Мета дослідження полягає у вивченні забезпечення гендерної рівності в охороні репродуктивного здоров'я та аналізі окремих показників репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок.

Об'єктом дослідження стали показники репродуктивного здоров'я та нормативно-правова база з питань репродуктивного здоров'я. В дослідженні використані бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Впродовж 2013-2017 рр. серед жінок 18-ти років і старше спостерігалось зниження рівнів захворюваності гінекологічних хвороб, за винятком ендометріозу та розладів менструацій, приріст яких склав 14,29% та 3,48% відповідно. Тоді як темп зниження рівнів захворюваності на ерозію шийки матки та ектропіон склав 19,48%; незапальні захворювання шийки матки – 18,39%; сальпінгіти та оофорити – 15,32% та запальні захворювання шийки матки – 4,14% (рис. 1).

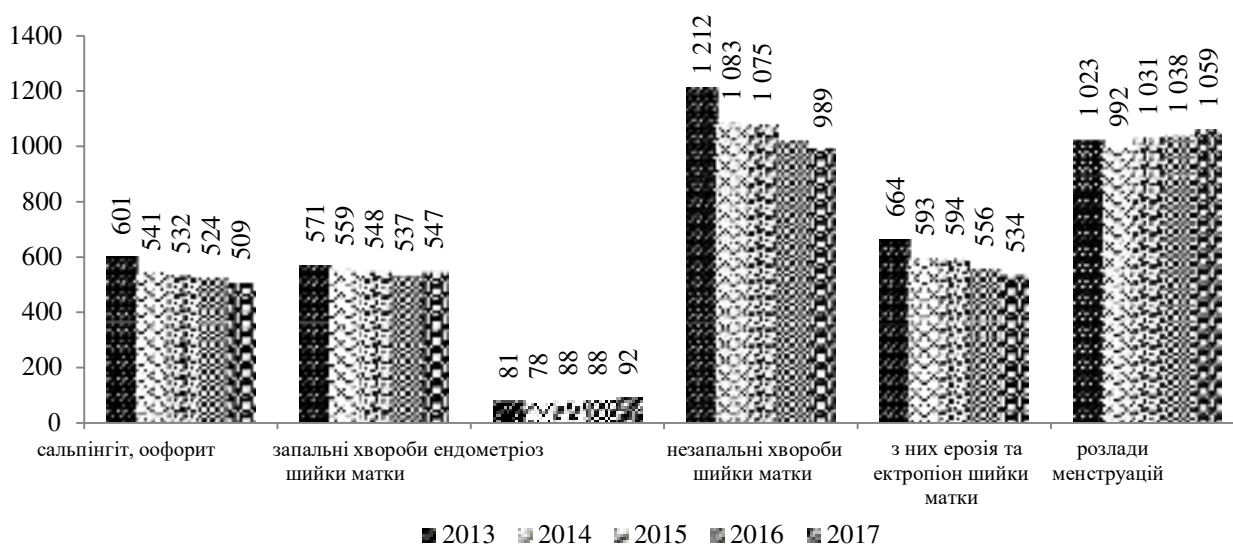


Рис. 1. Динаміка захворюваності гінекологічними хворобами у жінок 18-ти років і старше за 2013-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

В той же час динаміка показників поширеності повторювала тенденції захворюваності цих хвороб. Для більшості нозологій зафіксовано зниження рівнів, за винятком ендометріозу, приріст якого склав +7,27%. Водночас рівні поширеності ерозії та ектропіону знизились на 16,35%; незапальних хвороб шийки матки – на 15,82%; сальпінгітів та оофоритів – на 15,54%; запальних хвороб шийки матки – 2,44%. Щодо розладів менструації, то за період дослідження їх рівні змінювались незначно (рис. 2).

Для оцінки стану репродуктивного здоров'я чоловіків 18-ти років і старше було проаналізовано динаміку захворюваності та поширеності хвороб передміхурової залози. За період дослідження спостерігалось зменшення захворюваності та поширеності хвороб передміхурової залози, в тому числі гіперплазія передміхурової залози. Наразі рівні захворюваності знизились на 8,75% та 9,46% відповідно, а поширеності – на 2,7% та 3,53% відповідно (рис. 3).

Важливим індикатором репродуктивного здоров'я є рівень безпліддя.

Аналіз даних офіційної статистики показав, що за період 2010-2017 рр. відбулось зниження поширеності безпліддя як серед жінок, так і серед чоловіків.

В 2017 р. показник поширеності жіночого безпліддя склав 3,8 на 1000 жінок фертильного віку, що на 3,33% нижче, ніж в 2010 р. (3,9 на 1000 жінок фертильного віку). Тоді як поширеність безпліддя серед чоловіків склала в 2017 р. 0,96 на 1000 чоловіків дітородного віку, що на 7,29% нижче рівня 2010 р. (0,89 1000 чоловіків дітородного віку). Аналізуючи співвідношення рівнів за статтю, виявлено їх переважання серед жінок в 4-4,5 рази (рис. 4).

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) становлять пряму загрозу репродуктивного здоров'я населення, підвищують ризик безпліддя, невиношування вагітності, хвороб плоду та новонародженого, тощо. Низька сексуальна культура та небезпечна сексуальна поведінка сприяє зростанню ІПСШ.

За даними ВООЗ щорічний приріст нових випадків ІПСШ складає близько 500 мільйонів, з яких 100 млн. нових випадків хламідіозу та гонореї, 12 млн. – сифілісу та 300 млн. – трихоманозу [5].

Важливим чинником оцінки репродуктивного здоров'я є захворюваність на ІПСШ серед дітей та підлітків, що є предикторами майбутніх репродуктивних розладів.

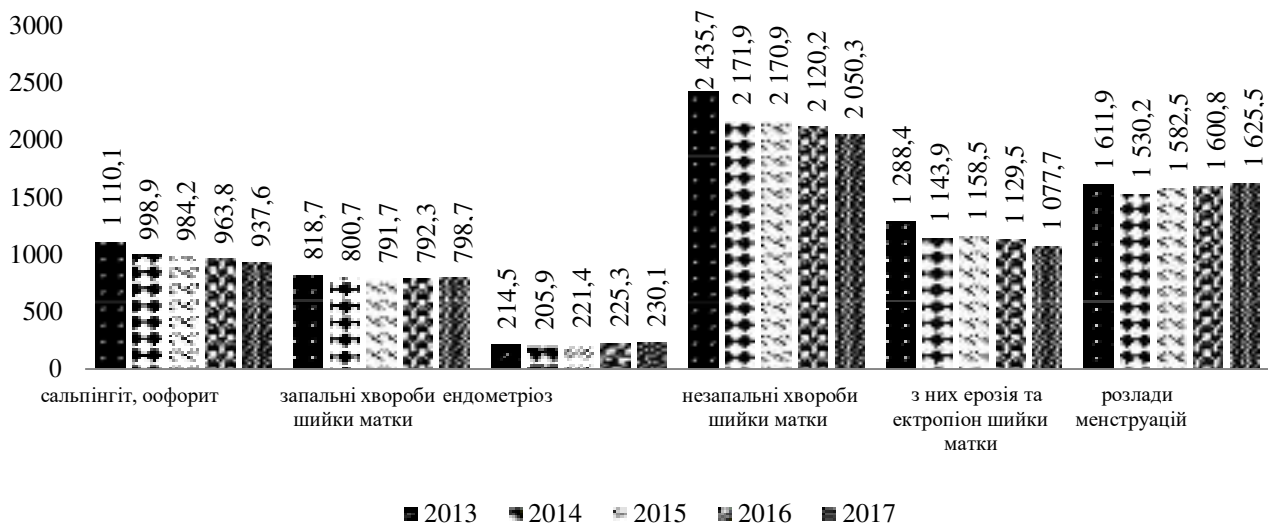


Рис. 2. Динаміка поширеності гінекологічних хвороб серед жінок 18-ти років і старше за 2013-2017 рр.

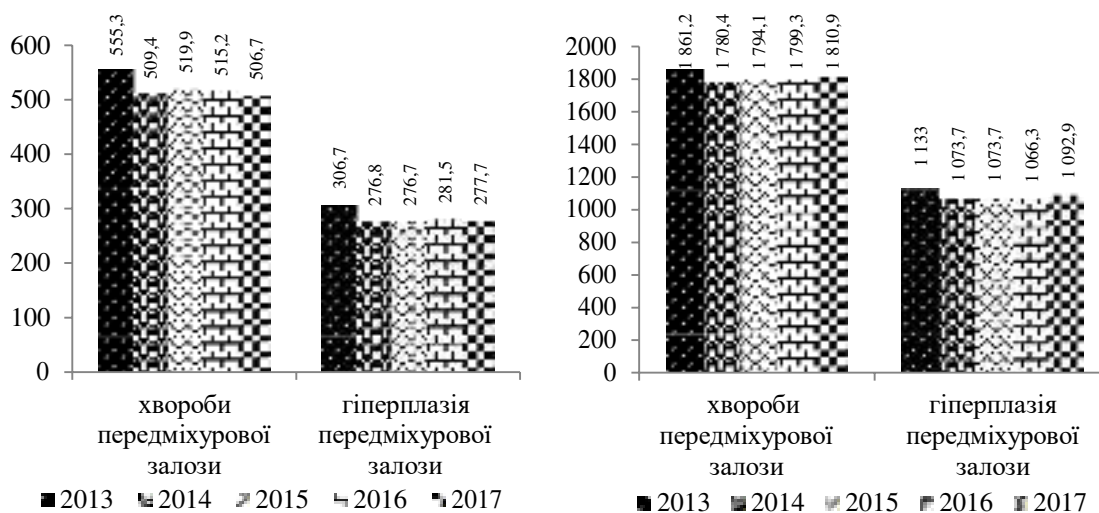


Рис. 3. Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб передміхурової залози, в т.ч. і гіперплазії передміхурової залози серед чоловіків 18-ти років і старше за 2013-2017 рр., на 100 тис. відповідного населення

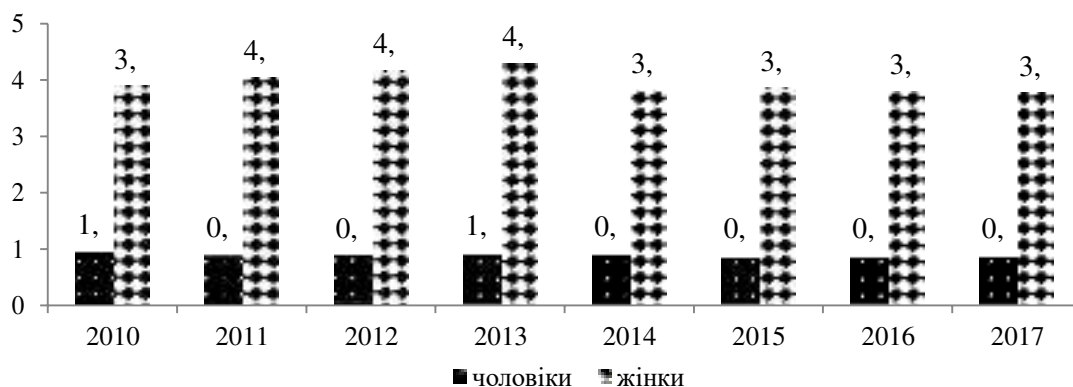


Рис. 4. Динаміка показників поширеності безпліддя за статтю (2010-2017 рр., на 1000 осіб фертильного віку)

За даними офіційної статистики за 2016 р. у віці 15-17 років всі наведені хвороби виявляються частіше серед дівчат, зокрема трихомоніаз – в 6,3 разу; урогенітальний мікоплазмоз – в 4,2 разу; хламідіоз – в 2,8 разу; сифіліс – в 2,9 разу та гонококова інфекція – в 1,3 разу (рис. 5).

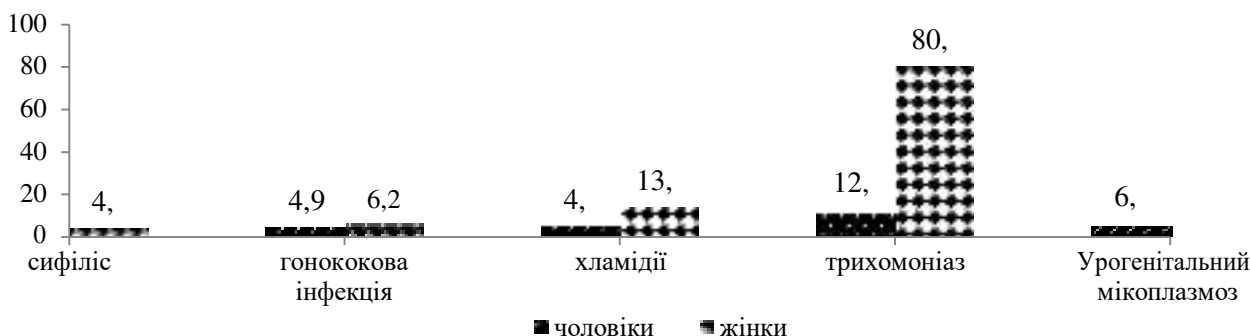


Рис. 5. Гендерна захворюваність населення 15-17 років хворобами, які передаються переважно статевим шляхом в 2016 р., на 100 тис. населення

В той же час серед всього населення рівні захворюваності виглядають інакше. Найбільш поширеною патологією був трихомоноз. Однак його частка в 3,4 разу вища у жінок, ніж у чоловіків (173,8 проти 51,2 на 10 тис. населення). В той же час у осіб жіночої статі в 1,5 рази частіше хламідійну інфекцію (52,1 проти 33,8 на 100 тис. населення) та в 2,3 рази урогенітальний мікоплазмоз (82,3 проти 34,8 на 100 тис. населення). У чоловіків частіше зустрічається гонококова інфекція в 2,3 разу (18,0 проти 7,8 на 100 тис. населення) та сифіліс в 1,5 рази (9,2 проти 6,1 на 100 тис. населення). Така ж тенденція прослідковується у всіх вікових групах (рис. 6).

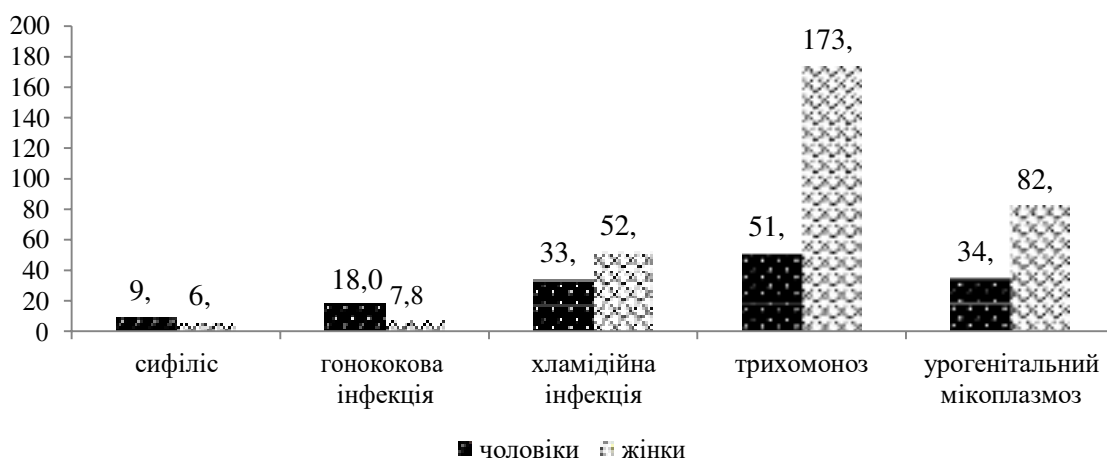


Рис. 6. Гендерна захворюваність всього населення хворобами, які передаються переважно статевим шляхом (2016, на 100 тис. населення)

Така ситуація може бути обумовлена не лише збільшенням захворюваності ППСШ у чоловіків із віком, а й низкою інших чинників: латентний перебіг хвороб, низька обізнаність щодо симптомів захворювань, недосконалість, а іноді і відсутність профілактичної спрямованості послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я у підлітковому віці, а також фахівців, що займаються репродуктивним здоров'ям чоловіків та низька мотивація до безпечної сексуальної поведінки серед молоді. Після 18-ти років у чоловіків зростає ймовірність виявлення захворювань, в зв'язку з обов'язковим проходженням медичних оглядів під час військового призову, а також з бажанням планування сім'ї.

Важливим фактором, що впливає на стан репродуктивного здоров'я є штучне переривання вагітності. За даними ВООЗ, у світі близько половини вагітностей, що настають незаплановані, четверта частина є небажаними, а близько 150 тисяч закінчуються абортami [6].

В Україні штучне переривання вагітності все ще залишається одним із провідних методів регулювання народжуваності. Впродовж 2014-2018 рр. спостерігалась позитивна тенденція до зменшення частоти абортів серед жінок. За остання 5 років частота абортів серед всіх жінок фертильного віку знизилась на 21,4%; серед дівчаток до 14 років – на 16,7%; серед дівчат 15-17 років – на 26,2%; серед жінок 18-34 років – на 20,4%, а серед жінок 35-49 років – на 15,8%. Позитивна динаміка обумовлена ефективною реалізацією завдань національних програм з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, що діяли в країні. Однак не дивлячись на позитивні зміни частота абортів в Україні все ще залишається високою порівняно з країнами Європейського регіону, що обумовлено недостатньою обізнаністю населення з питань безпечної репродуктивної поведінки та планування сім'ї, і необхідно враховувати при розробці цільових програм з питань охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї (рис. 7).

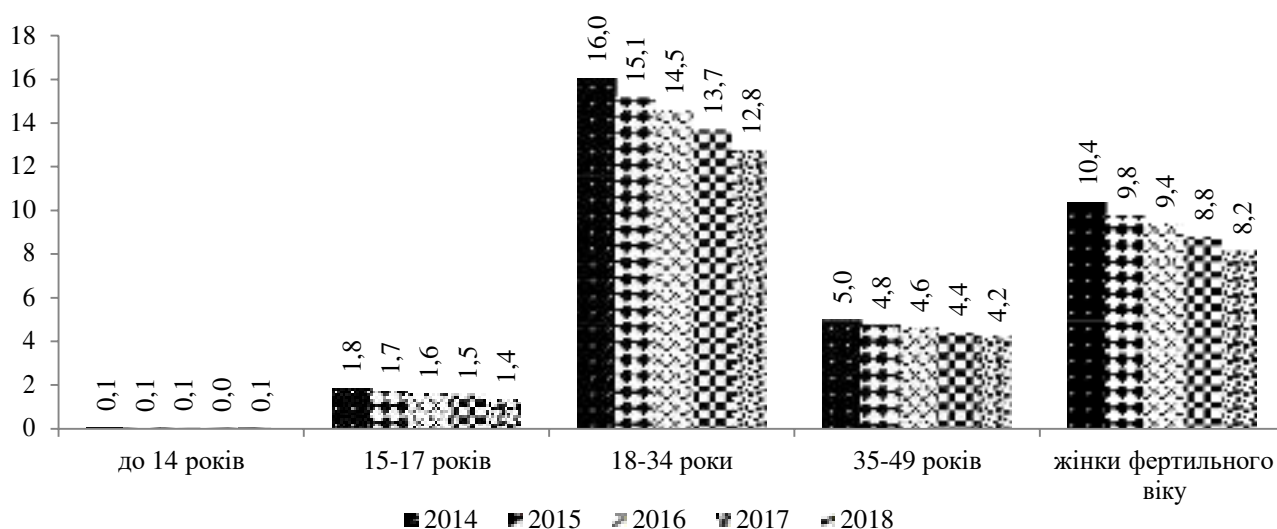


Рис. 7. Динаміка абортів в окремих вікових групах жінок за 2014-2018 рр. (на 1000 жінок відповідного віку)

Реалізація репродуктивних прав жінок і чоловіків полягає у забезпеченні їм державою вільного доступу до послуг охорони репродуктивного та сексуального здоров'я, а також планування сім'ї. В той же час практично існує перевага в можливостях у жінок, що полягає у розвиненій структурі галузі, наявності низки цільових національних та міжнародних програм з питань збереження репродуктивного здоров'я, тощо. Організація послуг акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам надається розвинутою мережею лікувально-профілактичних закладів всіх рівнів надання медичної допомоги. На первинному рівні лікарі загальної практики/сімейні лікарі здійснюють консультативну допомогу з питань планування сім'ї, спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності, а також надають деякі види послуг щодо профілактики захворювань репродуктивної сфери регламентовані чинним законодавством [7]. На вторинному та третинному рівнях медичної допомоги організовується надання спеціалізованих та високоспеціалізованих лікувально-діагностичних послуг лікарями акушер-гінекологами. Наразі за даними офіційної статистики за 2017 р. в Україні забезпеченість лікарями акушер-гінекологами склала 4,47 на 10 тис. жіночого населення, а онкологами-гінекологами – 0,11 на 10 тис. жіночого населення.

В той же час національна політика з питань забезпечення збереження репродуктивного здоров'я чоловікам недосконала. Існують прогалини у вітчизняній нормативно-правовій базі щодо питань чоловічого репродуктивного та сексуального здоров'я; недосконала мережа закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання послуг охорони здоров'я та головне відсутність фахівця з питань репродуктивного здоров'я чоловіків. На сьогодні в Україні в переліку лікарських спеціальностей відсутня андрологія та відповідно немає фахівця з «чоловічих» питань, а саме: лікаря-андролога. Тоді як в зарубіжних системах охорони здоров'я проблемами репродуктивного та сексуального здоров'я опікуються андрологи або урологи-андрологи.

Андрологія – це медична спеціальність, яка займається вивченням чоловічого репродуктивного здоров'я (ВООЗ). Як окрема лікарська спеціальність андрологія представлена в Польщі, Естонії, Франції, Індонезії та Єгипті в Італії та Німеччині вона входить до складу ендокринології/урології як субспеціальність. В 1992 році була заснована Європейська академія андрології, головним завданням якої є покращення підготовки фахівців з питань репродуктивного здоров'я чоловіків. В Німеччині з 2003 року андрологія введена як навчальна дисципліна в освітні програми [8].

В Україні питання розвитку андрологічної служби є актуальним. В 1992 р. Наказом МОЗ України № 171 від 27.11.1992 «Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України» визначалась потреба у створенні мережі андрологічної служби та підготовці лікарів андрологів [9]. В той же час фахівцями галузі на II з'їзді сексологів і андрологів (2009 р.) висунуте клопотання до МОЗ України про введення у перелік лікарських спеціальностей спеціальності "лікар-андролог".

Однак на сьогодні в вітчизняній системі охорони здоров'я відсутня дана лікарська спеціальність, що суперечить праву чоловіків як рівноправних учасників репродуктивного процесу на доступність до отримання ними послуг з питань охорони репродуктивного здоров'я.

Висновки

1. Репродуктивне здоров'я є складовою загального здоров'я. В міжнародному та вітчизняному законодавстві питання репродуктивного здоров'я є актуальним. В національному законодавстві та галузевих програмах охорони здоров'я питання репродуктивного здоров'я розглядаються через призму потреб жіночої статі. Тоді як чоловічі проблеми в них не враховані, не дивлячись на те, що чоловіки є рівноправними учасниками репродуктивного процесу.

2. За період дослідження зареєстровано позитивну тенденцію до зменшення захворюваності репродуктивних органів, ППСШ, безпліддя. Однак вони залишаються високими порівняно із країнами Європейського регіону.

3. Серед ППСШ у жінок в 3,4 рази вищі рівні, ніж у чоловіків трихомоніазу (173,8 проти 51,2 на 10000 населення); в 1,5 рази хламідійної інфекції (52,1 проти 33,8 на 100000 населення) та в 2,3 рази урогенітального мікоплазмозу (82,3 проти 34,8 на 100000 населення). У чоловіків в 2,3 рази частіше зустрічається гонококова інфекція (18,0 проти 7,8 на 100000 населення) та в 1,5 рази сифіліс (9,2 проти 6,1 на 100000 населення).

4. За остання 5 років частота абортів серед всіх жінок фертильного віку знизилась на 21,4%; серед дівчаток до 14 років – на 16,7%; серед дівчат 15-17 років – на 26,2%; серед жінок 18-34 років – на 20,4%, а серед жінок 35-49 років – на 15,8%. Позитивна динаміка обумовлена ефективною реалізацією завдань національних програм з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, що діяли в країні. Однак рівні абортів серед жінок фертильного віку (8,15 на 1000 жінок фертильного віку) залишаються високими порівняно із Європейським регіоном.

5. Безпліддя є індикатором репродуктивного здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я. У жінок воно реєструється в 4-4,5 рази частіше, ніж у чоловіків.

6. В ході дослідження виявлено недосконалість організації послуг з питань репродуктивного здоров'я для чоловіків, що полягає у відсутності профільних фахівців (лікарів-андрологів) та спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів.

7. Збереження репродуктивного та сексуального здоров'я виходять за межі суто медичних проблем, а є національною проблемою, що потребує вирішення на загальнодержавному рівні. Збереження репродуктивного здоров'я сприятиме досягненню позитивних зрушень у демографічних процесах.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у вивченні нормативно-правової бази з гендерних питань у сфері охорони репродуктивного здоров'я.

Література

1. *Національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001–2005»*. Електронний ресурс: <http://zakon.rada.gov.ua>- Назва з екрану.
2. *Указ Президента України Про національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005»*. Електронний ресурс: <http://zakon.rada.gov.ua>- Назва з екрану
3. *Постанова КМУ № 1849 від 27.12.2006р. Про затвердження Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року*. Електронний ресурс: <https://zakon4.rada.gov.ua>- Назва з екрану
4. *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach (2018)*. Електронний ресурс: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1 Назва з екрану.
5. *Г.М. Бондаренко, Г.І. Мавров, Т.В. Осінська, Ю.В. Щербаківа, І.М. Нікітенко, С.В. Унучко, В.Б. Чирва, С.В. Тесленко, Л.І. Барсукова. Особливості розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом, з урахуванням впливу ВІЛ-інфекції в Україні // Дерматологія та венерологія. – 2017. № 1 (75). – с. 8-14*
6. *Р.О. Моїсєєнко, С.Є. Мокрецов, О.О. Дудіна, Н.П. Кризіна. Репродуктивне здоров'я населення України як основний критерій ефективності соціально-економічної політики держави // Україна. Здоров'я нації. 2012. – № 2 (22). – с. 86-91.*
7. *Наказ МОЗ від 15.07.2011 року №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»*. Електронний ресурс: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_417.html- назва з екрану
8. *Практическая андрология /С. Ю. Калинин, И. А. Тюзиков.– м. Практическая медицина. –2009.–399 с.*
9. *Наказ МОЗ від 27.11.1992 N 171 «Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України* Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0171282-92>- Назва з екрану.

References

1. *Natsionalna prohrama «Reproduktyvne zdorovia 2001–2005»*. Elektronnyi resurs: <http://zakon.rada.gov.ua>- Nazva z ekranu.
2. *Ukaz Prezydenta Ukrainy Pro natsionalnu prohramu «Reproduktyvne zdorovia 2001–2005»*. Elektronnyi resurs: <http://zakon.rada.gov.ua>- Nazva z ekranu
3. *Postanova KМУ № 1849 vid 27.12.2006r. Pro zatverdzhennia Derzhavnoi prohramy "Reproduktyvne zdorovia natsii" na period do 2015 roku*. Elektronnyi resurs: <https://zakon4.rada.gov.ua>- Nazva z ekranu
4. *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach (2018)*. Elektronnyi resurs: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1 Nazva z ekranu.

5. H.M. Bondarenko, H.I. Mavrov, T.V. Osinska, Yu.V. Shcherbakova, I.M. Nikitenko, S.V. Unuchko, V.B. Chyrva, S.V. Teslenko, L.I. Barsukova. Osoblyvosti rozpovsiudzhennia infektsii, shcho peredaiutsia statevym shliakhom, z urakhuvanniam vplyvu VIL-infektsii v Ukraini // Dermatolohiia ta venerolohiia. –2017. № 1 (75). – s. 8-14
6. R.O. Moiseienko, S.Ie. Mokretsov, O.O. Dudina, N.P. Kryzyna. Reproduktyvne zdorovia naseleння ukraїny yak osnovnyi kryterii efektyvnosti sotsialno-ekonomichnoi polityky derzhavy // Ukraina. Zdorovia natsii. 2012.– № 2 (22).– s. 86-91.
7. Nakaz MOZ vid 15.07.2011 roku №417 «Pro orhanizatsiiu ambulatornoi akushersko-hinekologichnoi dopomohy v Ukraini». Elektronnyi resurs: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_417.html- nazva z ekranu
8. Praktycheskaia androlohiia /S. Yu. Kalynchenko, Y. A. Tiuzikov.– m. Praktycheskaia medytsyna. –2009.–399 s.
9. Nakaz MOZ vid 27.11.1992 N 171 «Pro udoskonalennia seksolohichnoi ta androlohiichnoi dopomohy naseleńniu Ukrainy Elektronnyi resurs: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0171282-92>- nazva z ekranu.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.09.2019 р.

Гендерные подходы в вопросах репродуктивного здоровья

А.А. Кративина

КВУЗ «Житомирский медицинский институт» ЖОС, г. Житомир

Цель исследования заключается в изучении обеспечения гендерного равенства в охране репродуктивного здоровья и анализе отдельных показателей репродуктивного здоровья мужчин и женщин.

Объектом исследования стали показатели репродуктивного здоровья и нормативно-правовая база по вопросам репродуктивного здоровья. В исследовании использованы библиосемантический и статистический **методы**.

Результаты и их обсуждение. Современное состояние репродуктивного здоровья и сексуального мужчин и женщин характеризуется наличием ряда проблем. Среди которых ведущие позиции занимают заболевания мочеполовой сферы мужчин и женщин, инфекции, передающиеся половым путем, аборт у женщин, бесплодия, и тому подобное.

В течение 2013-2017 гг. Среди женщин 18 лет и старше наблюдалось снижение уровней заболеваемости и распространенности гинекологических болезней, за исключением эндометриоза и расстройств менструаций, прирост которых составил 14,29% и 3,48% соответственно. У мужчин наблюдалось уменьшение заболеваемости и распространенности болезней предстательной железы, в том числе гиперплазия предстательной железы. Сейчас уровень заболеваемости снизились на 8,75% и 9,46% соответственно, а распространенности – на 2,7% и 3,53% соответственно.

Бесплодие является индикатором репродуктивного здоровья и деятельности системы здравоохранения.

У женщин оно регистрируется в 4-4,5 раза чаще, чем у мужчин.

Реализация репродуктивных прав женщин и мужчин заключается в обеспечении им государством свободного доступа к услугам охраны репродуктивного и сексуального здоровья, а также планирования семьи. В то же время практически существует преимущество в возможностях у женщин, заключается в развитой структуре отрасли, наличия ряда целевых национальных и международных программ по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, и тому подобное. Существуют пробелы в отечественной нормативно-правовой базе по вопросам мужского репродуктивного и сексуального здоровья; несовершенна сеть учреждений здравоохранения, обеспечивающих предоставление услуг здравоохранения и главное отсутствие специалиста по вопросам репродуктивного здоровья мужчин.

Выводы. В международном и отечественном законодательстве вопросы репродуктивного здоровья являются актуальными. В национальном законодательстве и отраслевых программах здравоохранения вопросы репродуктивного здоровья рассматриваются через призму потребностей женского пола. Тогда как мужские проблемы в них не учтены, несмотря на то, что мужчины являются равноправными участниками репродуктивного процесса. В ходе исследования выявлено несовершенство организации услуг по вопросам репродуктивного здоровья для мужчин, заключающийся в отсутствии профильных специалистов (врачей-androлогов) и специализированных лечебно-профилактических учреждений.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, мужчины, женщины, гендерное равенство.

Gender approaches to reproductive health

A.A. Krapivina

MHEI "Zhytomyr Medical Institute" ZhRC, Zhytomyr

Purpose of the study to study gender equality in reproductive health care and to analyze individual reproductive health indicators for men and women.

Object and Methods of Research. The object of the study was reproductive health indicators and the reproductive health regulatory framework. The study used bibliosemantic and statistical methods.

Results and Discussion. The current state of reproductive health of both men and women is characterized by a number of problems. Among the leading positions are diseases of the genital area of women and men, sexually transmitted infections, abortion in women, infertility, etc.

During the years 2013-2017, there was a decrease in the incidence and prevalence of gynecological diseases among women 18 years and older, with the exception of endometriosis and menstrual disorders, an increase of 14.29% and 3.48%, respectively. Men had a decrease in the incidence and prevalence of prostate diseases, including prostate hyperplasia. Currently, the incidence rates have fallen by 8.75% and 9.46% respectively, and the prevalence by 2.7% and 3.53% respectively.

Infertility is an indicator of reproductive health and the health system. In women it is registered 4-4.5 times more often than in men.

The realization of the reproductive rights of women and men is to ensure that the state has free access to reproductive and sexual health services as well as family planning. At the same time, there is virtually an advantage in women's opportunities, such as the advanced structure of the industry, the availability of a number of targeted national and international reproductive health programs, and the like. There are gaps in the domestic legal framework on reproductive and sexual health issues; a flawed network of health care facilities that provide health services and, in the main, no specialist in men's reproductive health.

Conclusions. In national legislation and sectoral health programs, reproductive health issues are addressed through the lens of women's needs. Whereas men's problems are not taken into account, despite the fact that men are equal participants in the reproductive process. The study revealed the imperfection of the organization of reproductive health services for men, which is the absence of specialized specialists (andrologists) and specialized treatment and preventive institutions.

Key words: reproductive health, men, women, gender equality.

Відомості про автора

Крапівіна Антоніна Анатоліївна – завідувач навчально-виробничої практики КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР, 10002, м. Житомир, вул. В. Бердичівська 46/15.

УДК 616.831-005.1-059:353.1

Г.В. Малешко, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий, В.В. Брич

Функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород

Мета дослідження – обґрунтувати та розробити функціонально-організаційні моделі надання реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні в умовах обмежених ресурсів.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження виступила система реабілітаційної допомоги пацієнтам неврологічного профілю. Для досягнення мети дослідження були застосовані методи системного підходу, концептуального моделювання, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами аналізу даних за 2014-2017 роки визначено оціночну чисельність осіб, що можуть потребувати щорічно реабілітаційної допомоги після перенесеного мозкового інсульту у Закарпатській області - щонайменше 1800-1900 осіб даної групи. З метою впровадження диференційованих моделей забезпечення реабілітаційної допомоги пацієнтам групи дослідження проведено групування осіб, що підлягають фізичній реабілітації після перенесеного мозкового інсульту за ступенем важкості та вираженості його наслідків і виділено три категорії пацієнтів з критеріями включення особи до кожної з них. Для кожної з категорій розроблено і обґрунтовано раціональні функціонально-організаційні моделі реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт.

Висновки. В умовах обмежених ресурсів системи реабілітаційної допомоги на регіональному рівні доцільним є розподіл пацієнтів, що перенесли мозковий інсульт по категоріям за типами та вираженістю порушень функцій для розробки і впровадження раціональних функціонально-організаційних моделей реабілітації даних осіб.

Ключові слова: система реабілітаційної допомоги, мозковий інсульт, функціонально-організаційні моделі, регіональний рівень.

Вступ

Проблема мозкових інсультів та їх наслідків є надзвичайно актуальною, адже церебральні інсульти є однією з основних причин смертності, інвалідизації, а також тимчасової втрати та зниження працездатності населення України [1].

Інсульт сьогодні залишається основною соціально-медичною проблемою системи охорони здоров'я в глобальному масштабі. Щорічно в світі церебральний інсульт переносять майже шість мільйонів осіб (за даними ВОЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення), а в Україні більше 125 тисяч осіб [2]. Важливо врахувати, що 35,5% мозкових інсультів спостерігають в осіб працездатного віку і саме мозковий інсульт сьогодні є основною причиною інвалідизації населення. Інвалідами стають переважно більшість осіб, які вижили після інсульту, а 20–30% із них потребують постійної сторонньої допомоги [3]. Так, Україні рівень інвалідизації через 1 рік після перенесеного інсульту становить від 76 до 85%, тоді як в країнах Західної Європи 25-35%, що свідчить про недостатній рівень організації лікувального та реабілітаційного процесу [4].

Проблема захворюваності, смертності від мозкового інсульту та інвалідизації після перенесення його характерна для усіх регіонів України, хоча дослідники відмічають окремі регіональні відмінності, які характеризуються тенденціями до зниження смертності з стабільно високим рівнем інвалідизації [5].

Дослідники вказують, що в Україні тяжкій інвалідності у осіб, які перенесли мозковий інсульт сприяє мала кількість екстренно госпіталізованих хворих (менше 30%), відсутність палат інтенсивної терапії в неврологічних відділеннях багатьох стаціонарів та вкрай мало береться до уваги потреба в активній реабілітації таких хворих (в реабілітаційні відділення і центри переводиться лише близько 20% осіб, які перенесли інсульт) [6]. В той же час, що застосування засобів фізичної реабілітації в гострому періоді захворювання зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує пацієнтів до вертикалізації та набуття елементарних навичок самообслуговування [7].

На сьогодні в Україні розроблено і впроваджено необхідні медико-технологічні документи по реабілітаційній допомозі при мозковому інсульті [8], але для ефективного впровадження їх необхідним є організація системи реабілітаційної допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту на конкретній території в конкретних умовах забезпечення доступності та ефективності [9].

Мета роботи – обґрунтувати та розробити функціонально-організаційні моделі надання реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні (Закарпатська область) в умовах обмежених ресурсів.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження виступила система реабілітаційної допомоги пацієнтам неврологічного профілю в Україні та Закарпатській області зокрема. Для досягнення мети дослідження були застосовані такі методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу, концептуального моделювання, статистичний. На першому етапі проводився аналіз даних довідників Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, а саме «Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області» за 2015-2018 роки, вимоги медико-технологічних документів МОЗ України щодо стандартизації медичної допомоги при мозкових інсультах. На послідовних етапах застосовувалися методи системного підходу та концептуального моделювання, з використанням яких обґрунтовано та сформовано варіанти функціонально-організаційних моделей реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт в Закарпатській області України.

Обробка даних. В даному дослідженні окрема статистична обробка даних не проводилася. Було використані оброблені дані офіційної статистичної інформації органів управління галузі охорони здоров'я регіону.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження було проведено визначення оціночної чисельності осіб, що може потребувати реабілітаційної допомоги після перенесеного мозкового інсульту в Закарпатській області в рік. При цьому нами визначалась максимальна прогнозована оціночна кількість таких осіб без врахування важкості перебігу захворювання та функціонально-органічних порушень за його наслідками. Для отримання необхідної інформації було проаналізовано дані довідників Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, а саме «Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області» за 2015-2018 роки (табл. P120078 «Зареєстровано хвороб серед дорослих 18 років і старших»). Отримані результати представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Показники реєстрації мозкового інсульту (усі форми I60-I64) в Закарпатській області у 2015–2018 роках

Рік	Показники реєстрації				Повнота охоплення диспансерним наглядом (%)
	Зареєстровано хвороб всього		Перебуває під диспансерним наглядом на кінець року		
	абсолютні дані	на 10 тис.	абсолютні дані	на 10 тис.	
2015	2588	267,7	1771	183,2	68,4
2016	2769	286,9	1861	192,8	67,2
2017	2738	284,0	1815	188,3	66,3
2018	2847	295,6	1853	192,4	65,1

Як представлено в табл. 1, в області рівень захворюваності на мозкові інсульти усіх форм залишається стабільним з деякою тенденцією до зростання, аналогічно спостерігається незначне зростання кількості осіб, які знаходяться під диспансерним наглядом станом на кінець календарного року. В той же час, рівень охоплення диспансерним наглядом є досить низьким і коливається від 65,1% до 68,4%. Виходячи з вищеведеного, можна припустити, що реабілітаційних послуг у Закарпатській області в різному обсязі щорічно може потребувати щонайменше 1800-1900 осіб, що перенесли мозковий інсульт. Вказані оціночні дані можна вважати інформативними у випадку незмінних умов (відносно стабільний рівень захворюваності, смертності та охоплення диспансерним наглядом).

Зважаючи на те, що обсяг, тривалість реабілітаційної допомоги та види реабілітаційних послуг пацієнтам, після перенесеного мозкового інсульту залежить від важкості та вираженості постінсультних змін необхідно впроваджувати диференційований підхід до планування програм реабілітаційної допомоги на усіх етапах реабілітації. Загалом, мозковий інсульт за ступенем тяжкості класифікують:

1. інсульт легкого ступеня тяжкості з незначним неврологічним дефіцитом;
2. інсульт середнього ступеня тяжкості, клінічна картина якого характеризується переважанням осередкових неврологічних симптомів;
3. тяжкий із переважанням загально мозкових симптомів, із розладами свідомості, грубим неврологічним дефіцитом.

Тому з метою впровадження диференційованих моделей забезпечення реабілітаційної допомоги пацієнтам цільової групи дослідження є доцільним зробити групування осіб, що підлягають фізичній реабілітації після перенесеного мозкового інсульту за ступенем важкості та вираженості його наслідків (табл. 2).

На основі даних, представлених в таблиці 2 можна сформулювати перелік критеріїв віднесення пацієнта реабілітаційної програми до окремої категорії. Так, до I категорії (легка ступінь ураження) будуть включені пацієнти з ознаками легкого парезу, що характеризується наступними показниками: в всіх суглобах визначається повний об'єм

активних рухів; помірне зниження сили м'язів (рух здійснюється в повному обсягу при дії сили тяжіння, а також при незначній зовнішній протидії); легке і незначне підвищення тонусу у вигляді опору, що виникає під час руху; зниження тонусу м'язів в кінцівках не фіксується або виявляється незначно; значних змін у ходьбі не спостерігається, збережена рівновага та орієнтація в просторі; больові синдроми відсутні; незначні когнітивні порушення, що можуть проявлятися у вигляді дещо зниженої пам'яті, труднощів концентрації уваги; грубо виражених мовних порушень не спостерігається, рідко може прослідковуватись нерозбірлива вимова; соціальна роль збережена, тобто вона така сама як до хвороби. Аналогічно формуються критерії відбору до II Середня ступінь ураження та III Важка ступінь ураження категорії пацієнтів реабілітаційних програм.

Таблиця 2
Категорії пацієнтів реабілітаційних програм за типами та вираженістю порушень функцій після мозкового інсульту

Тип порушення	Категорія за вираженістю порушень		
	I Легка ступінь ураження	II Середня ступінь ураження	III Важка ступінь ураження
Рухові порушення	Видимих рухових порушень не спостерігається	Спостерігається помірний парез	Виражений парез або повна плегія (параліч)
М'язова спастичність	Легке і незначне підвищення тонусу, основні функції руки збережені	Помірне або значне підвищення тонусу м'язів	Грубо виражена спастичність, яка утруднює виконання навіть пасивних рухів або уражена кінцівка фіксована в положенні
М'язова гіпотонія	Легке і незначне зниження тонусу, основні функції руки збережені	Значне зниження тонусу м'язів, функції руки частково втрачені	Виражене зниження тонусу м'язів
Порушення ходьби	Виражених змін не спостерігається	Значно виражені порушення	Грубо виражені порушення, аж до нездатності пересування
Больові синдроми	Відсутні	Помірно або значно виражені больові синдроми	Сильно виражені больові синдроми, найчастіше «синдром болючого плеча»
Когнітивні порушення	Незначні, у вигляді зниженої пам'яті, так званої забудькуватості	Помірні або значні, зниження пам'яті, значний дефіцит уваги	Виражені порушення, які проявляються у важких деменціях
Мовні порушення	Порушення мови відсутні	Виражені мовні порушення, наявність афазій	Грубі мовні порушення, важкі афазії та дизартрії
Порушення соціального функціонування	Відсутні	Значно виражені, а саме звуженням кола інтересів, втрата соціальних зв'язків	Максимально знижений рівень побутової та соціальної активності, можлива повна ізоляція

В умовах обмежених ресурсів та на початкових етапах розвитку нової системи реабілітаційної допомоги в країні важливим є раціоналізація організації надання реабілітаційних послуг різним категоріям пацієнтів з оптимальним використанням наявних людських та матеріально-технічних ресурсів. Орієнтуючись на визначений оптимальний обсяг реабілітаційних послуг пацієнтам після перенесеного мозкового інсульту [8] в залежності від наявних порушень розроблено функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні. В основі даних моделей закладено наступні підходи:

1. пацієнт-центрований, або клієнт-центрований підхід;
 2. мультидисциплінарний підхід;
 3. оптимальне використання наявних ресурсів;
 4. максимальне залучення до процесу реабілітації не тільки власне пацієнта, а також і осіб з близького оточення.
- Засновуючись на вказаних підходах розроблено модель реабілітаційного лікування осіб I категорії (рис. 1).

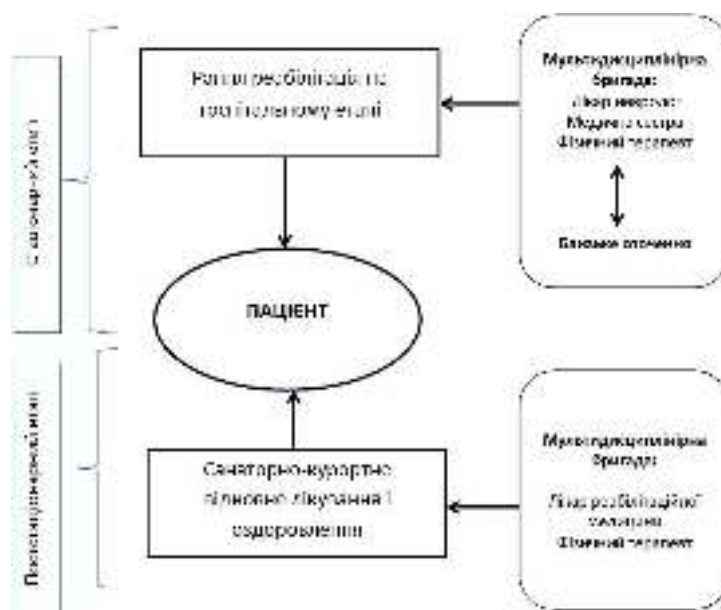


Рис. 1. Функціонально-організаційна модель реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт I категорії

Як представлено на рис. 1, реабілітація пацієнтів, що перенесли церебральний інсульт категорії I складається з двох етапів:

1. Стационарний етап.
2. Постстационарний етап.

Стационарний етап реабілітації розпочинається з моменту госпіталізації хворого. Рання реабілітація в лікарні забезпечується однією мультидисциплінарною командою, до якої окрім лікуючого лікаря, медичної сестри та фізичного терапевта включено і представників близького оточення пацієнта. Кожен член мультидисциплінарної команди має свої чіткі функції, але синхронізує і узгоджує їх з усіма іншими членами команди. Важливим учасником мультидисциплінарної команди на цьому етапі стають представники близького оточення пацієнта, які приймають пряму безпосередню участь в реалізації реабілітаційних заходів і забезпечують як психоемоційну підтримку пацієнта, так і можуть безпосередньо приймати участь у заходах фізичної терапії, виконуючи функції асистента фізичного терапевта, посади яких наразі в більшості закладів охорони здоров'я не введени.

Постстационарний етап реабілітації починається після виписки хворого з лікарні. Завдання постстационарного етапу реабілітації:

1. Відновлення знижених функцій організму після перенесеної хвороби.
2. Підвищення загальної резистентності організму.
3. Підвищення толерантності до фізичних, побутових, трудових навантажень.
4. Профілактика повторних інсультів.

Постстационарний етап реабілітації може проходити в амбулаторно-поліклінічних та санаторно-курортних умовах. Для пацієнтів I категорії в функціонально-організаційній моделі реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт ми передбачили лише санаторно-курортне відновне лікування та оздоровлення. На нашу думку, при ефективній реалізації стационарного етапу, навчанні пацієнта та його близького оточення правилам і методикам самостійних (індивідуальних) занять з лікувальної фізичної культури, правилам дозувань навантаження та інших методів фізичної терапії, потреби в амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації немає. Такі особливості моделі для пацієнтів I категорії дозволить більш раціонально використовувати обмежені ресурси реабілітаційних відділень амбулаторно-поліклінічних підрозділів для надання реабілітаційних послуг пацієнтам інших категорій.

На основі аналогічних підходів було розроблено функціонально-організаційну модель реабілітаційного лікування осіб II категорії – середня ступінь ураження (рис. 2).

Як представлено на рисунку 2 в моделі реабілітаційної допомоги пацієнтів II категорії додається ще один етап реалізації реабілітаційних програм – диспансерний. Реалізація стационарного етапу, який імовірно буде більш тривалий у часі, ніж у пацієнтів I категорії (пацієнти з легким ступенем ураження) принципово не відрізняється від попередньої моделі, хоча раціональним є залучення до мультидисциплінарної команди першого етапу і професійного медичного психолога.

Постстационарний етап включає активне відновне лікування та реабілітаційні програми в умовах профільного реабілітаційного центру.

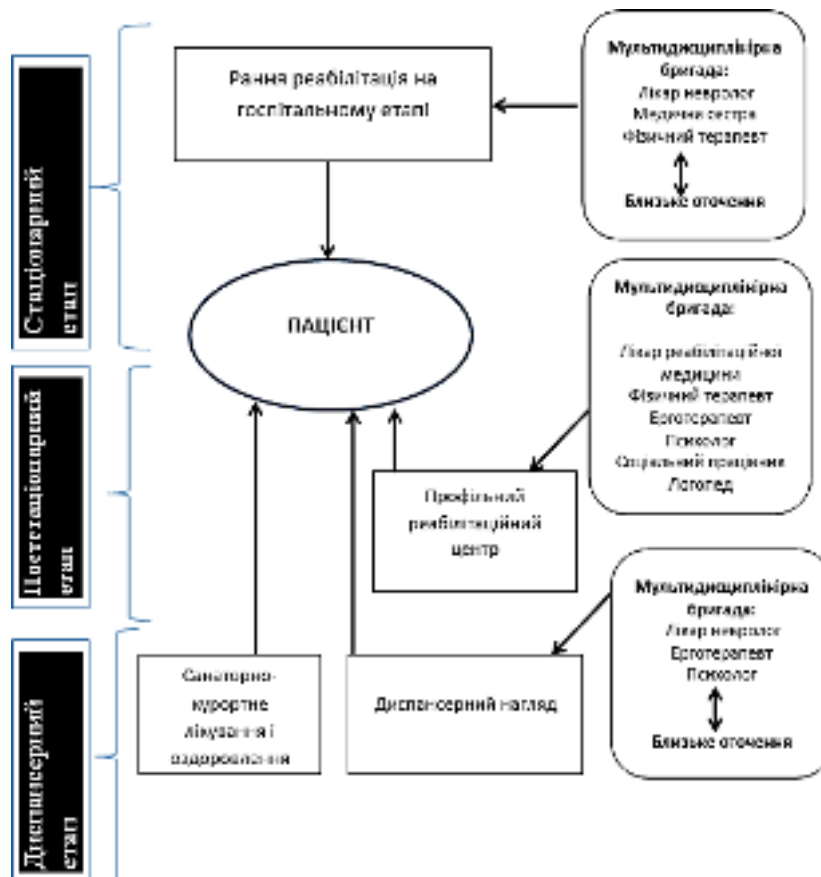


Рис. 2. Функціонально-організаційна модель реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт II категорії

В реабілітаційному центрі послуги відновного лікування хворому надає мультидисциплінарна бригада, в складі якої є наступні спеціалісти:

1. Лікар реабілітаційної медицини;
2. Фізичний терапевт;
3. Ерготерапевт;
4. Психолог;
5. Логопед;
6. Соціальний працівник.

В реабілітаційному центрі продовжується і виконання призначень медикаментозної терапії, яка була визначена лікарем на стаціонарному етапі. Лікар реабілітаційної медицини контролює призначене медикаментозне лікування з метою профілактики повторних інсультів, а також здійснює контроль відновного лікування, координує дії усіх членів бригади. Основні завдання на постстационарному етапі, які стоять перед мультидисциплінарною командою в даній моделі:

1. Зменшення залишкових явищ після інсульту.
2. Підтримання досягнутого рівня відновлення.
3. Підвищення загальної резистентності організму.
4. Тренування адаптивних механізмів.
5. Сприяння відновлення соціальних ролей.
6. Попередження інвалідизації.

Саме пацієнти II категорії є групою, яка при правильній організації етапної, комплексної реабілітації після перенесеного мозкового інсульту мають максимальний потенціал для практично повного відновлення працездатності та ресоціалізації. І саме ефективна робота мультидисциплінарної команди на постстационарному етапі формує основу повного відновлення усіх функцій пацієнта. На диспансерному етапі необхідно закріпити набутий прогрес відновлення функцій та здобутих компенсаторних навичок.

Основна мета диспансерного етапу є нагляд за реабілітованими особами, що перенесли мозковий інсульт. В ході диспансерного нагляду впроваджуються такі заходи:

- підтримка і покращення фізичного стану;

- підтримка загальної та фізичної працездатності;
- проведення профілактичних заходів;
- направлення на оздоровлення в санаторії або курорти;
- медичні обстеження (особливе місце тут займають спеціальні тести з фізичним навантаженням, що визначають функціональні можливості організму);
- заняття лікувальною фізичною культурою в кабінетах фізичної терапії чи самостійно;
- за необхідності надання рекомендацій, щодо адекватності обсягу та умов праці, можливої потреби в перекваліфікації і способу життя, загалом.

Диспансерний нагляд проводиться за місцем проживання особи.

Функціонально-організаційна модель реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт III категорії (пацієнти з важким ступенем ураження) суттєво не відрізняється від попередньої, за виключення третього етапу (рис. 3).

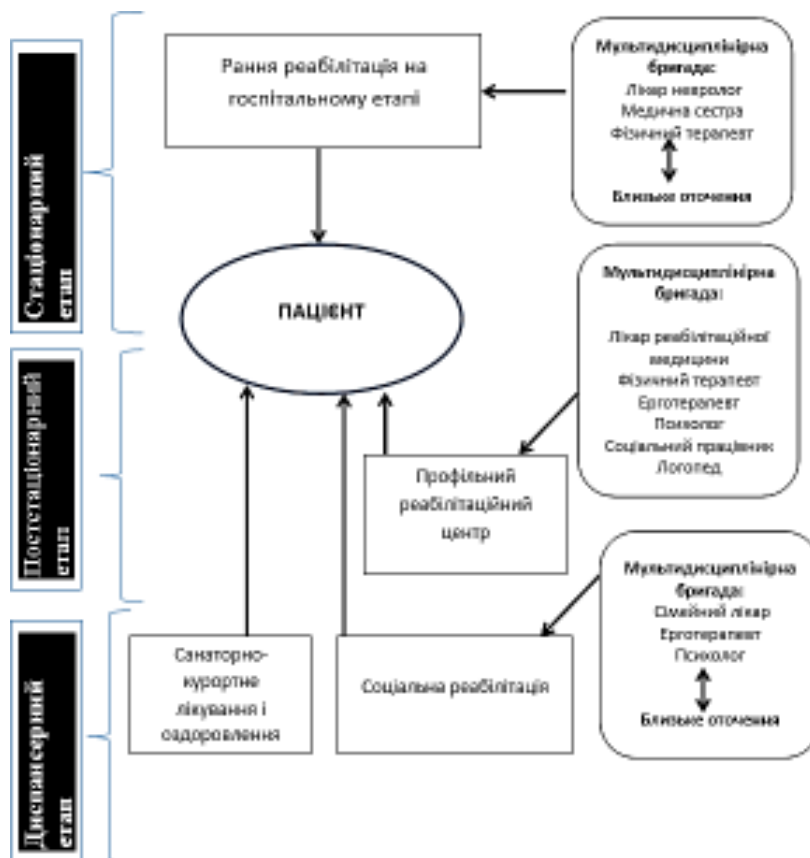


Рис. 3. Функціонально-організаційна модель реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт III категорії

В даній моделі на диспансерному етапі приділяється максимум уваги соціальній реабілітації та реадаптації, адже у III категорії осіб наявні важкі порушення, що можуть призводити до соціальної ізоляції. Функції членів мультидисциплінарних команд залишаються практично без змін, але роль ерготерапевта, психолога та соціального працівника значно зростає.

Так, на постстаціонарному етапі, який починається з виписки хворого з стаціонару в умовах профільного реабілітаційного центру реабілітаційну допомогу надає мультидисциплінарна бригада, в склад якої входить, зокрема ерготерапевт, психотерапевт, соціальний працівник. Такий склад бригади пояснюється тим, що при важких інсультах відновлення багатьох функцій не можливе, саме тому ключову роль відіграють послуги вищевказаних спеціалістів.

Ерготерапевт перед початком втручання повинен обов'язково провести оцінку всіх сфер життєдіяльності пацієнта.

- оцінка вмінь, які впливають на активність (наприклад, рухові, пропріоцептивні, когнітивні, психологічні порушення).
- оцінка навиків самопомоги (наприклад, умивання, одягання, харчування), домашнього функціонування (наприклад покупки, приготування їжі, прибирання), дозвілля.
- оцінка фізичного оточення (наприклад, домашні умови та місце роботи).
- оцінка соціального оточення (наприклад, сім'я, друзі).

На основі проведеної оцінки, ерготерапевт розробляє програму реабілітаційної допомоги, направлену на:

1. Сприяння у досягненні пацієнтом максимально можливого рівня самостійності.
2. Розвиток та відновлення фізичних, сенсорних, когнітивних умінь.
3. Навчання пацієнта новим стратегіям для підвищення рівня самостійності.
4. Консультація, щодо обладнання та спеціальних пристроїв, що можуть бути встановлені у фізичному середовищі (вдома) для підвищення рівня комфорту та самостійного функціонування.
5. Консультація щодо позиціонування та визначення оптимальної пози для сидіння.
6. Консультація і допомога в питаннях пересування, транспортування і мобільності (наприклад, керування автомобілем).
7. Навчання осіб (сім'я, родичі, друзі), які доглядають за пацієнтом усіх аспектів допомоги і підтримки при інсульті.

Не менш важливим є співпраця і направлення до інших спеціалістів багатопрофільної команди, а також співпраця з групами підтримки і волонтерськими організаціями.

Робота психолога в складі мультидисциплінарної команди повинна проводитись в двох напрямках: робота з особами, що перенесли інсульт та допомога тим, хто доглядає пацієнтів хворих на інсульт (родичі, сім'я).

Робота з особами, що перенесли інсульт полягає у таких послугах:

1. Всебічна оцінка інтелектуальних, когнітивних порушень, порушень поведінки, труднощів у відносинах з близькими та емоційних проблем.

2. Навчання стратегіям обходу інтелектуальних і/або когнітивних порушень.

3. Заходи для зменшення проблем психічного здоров'я (депресія, тривога).

4. Втручання, метою яких є управління порушенням настрою (якщо це викликає проблеми).

Допомога тим, хто доглядає пацієнтів хворих на інсульт та членам команди (родичі, сім'я) включає:

1. навчання або консультації з іншими спеціалістами, допомога їм у безпосередній клінічній роботі.

2. Консультування родичів пацієнта щодо пристосування і розуміння когнітивних проблем, що виникають у пацієнта внаслідок інсульту.

Соціальні працівники в складі мультидисциплінарної бригади особливо тісно мають співпрацювати лікарем, який робить висновки про потреби пацієнта.

Соціальний працівник має консультувати пацієнта та членів сім'ї про можливе отримання допомоги, строки реалізації пакету допомоги або надання альтернативних форм допомоги (за необхідності).

Окремою структурною одиницею моделі ми вказали соціальну реабілітацію.

Для третьої категорії осіб, що перенесли мозковий інсульт характерні грубі порушення функціонування, наслідком цього є зниження рівня соціальної і побутової активності, соціальних контактів та участі у домашній роботі, втрачаються професійні навички та соціальні ролі. Вказані обставини ведуть до ізоляції особи в тій чи іншій мірі. Тому соціальна реабілітація посідає одне з найважливіших місць у структурі відновного лікування хворих на інсульт.

Висновки

1. Мозкові інсульти та їх наслідки є надзвичайно актуальною соціально-медичною проблемою галузі охорони здоров'я і потребує значних зусиль як зі сторони медичної допомоги, так і реабілітаційної допомоги для її вирішення. Так, в Закарпатській області за оціночними даними щороку комплексної реабілітаційної допомоги після перенесеного мозкового інсульту потребує щонайменше 1800-1900 осіб.

2. В умовах обмежених ресурсів (кадрових та матеріально-технічних) системи реабілітаційної допомоги на регіональному рівні доцільним є розподіл пацієнтів, що перенесли мозковий інсульт по категоріям за типами та вираженістю порушень функцій після мозкового інсульту для розробки і впровадження раціональних функціонально-організаційних моделей реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт.

3. Розроблені функціонально-організаційні моделі реабілітації осіб, які перенесли церебральний інсульт в залежності від категорії пацієнтів реабілітаційних програм за типами та вираженістю порушень функцій дадуть можливість раціонально використовувати наявні ресурси з збереженням максимального медичного та соціального ефекту реабілітації.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому розвитку двох напрямків. Оціночне визначення потреб в реабілітаційних послугах для пацієнтів різних категорій реабілітаційних програм та оцінка економічного ефекту впровадження на практиці пропонованих функціонально-організаційних моделей.

Література

1. Зозуля І.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І.С. Зозуля, А.І. Зозуля // Український медичний часопис. – 2011. – № 5. – С 38-41.

2. Міщенко Т. С. Профілактика мозкового інсульту : методичні рекомендації / Т. С. Міщенко, Є. В. Лакомцева. – Харків, 2006. – 15 с.
3. Юхимчук Х.В. Види інсульту. Як виникає і як можна застерегтися від інсульту / Х. В. Юхимчук // Медсестринство. – 2018. - №1. - С.57-61.
4. Восстановление двигательных функций после инсульта: нейрофизиологические основы и мишени для реабилитационных вмешательств / И.З. Самосюк, Ю.В. Фломин, Н.И. Спмосюк, Н.И. Пионтковская // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 9-19.
5. Пулик О.Р. Аналіз захворюваності, смертності та первинного виходу на інвалідність після перенесеного мозкового інсульту в м.Ужгород /О.Р. Пулик, М.В. Гирявєць // Україна. Здоров'я нації. - 2016. - № 1–2 (37–38). – С. 161 – 164.
6. Мицкан Б. М. Інсулт: різновиди, фактори ризику, фізична реабілітація / Б. М. Мицкан, Г. А. Єдинак, З. М. Остап'як та ін. // Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація. – 2012. – № 3 (19). – С. 296-302.
7. Рокосшевська В. В. Модель індивідуальної програми фізичної реабілітації після перенесеного мозкового геморагічного інсульту / В. В. Рокосшевська // Молода спортивна наука України: зб. наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. – Л., 2008. – Вип. 12. – Т. 3. – С. 193–196.
8. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті: наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602 [електронний ресурс]. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_602.html
9. Зозуля А.І. Проблеми, які стоять перед дослідниками щодо цереброваскулярних хвороб в цілому та інсульту зокрема / А. І. Зозуля, Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля // Український медичний часопис. - 2014. - № 5. - С. 112-120.

References

1. Zozulya I.S. Epidemiologiya tserebrovaskulyarnih zahvoryuvan v Ukraini / I.S Zozulya, A.I Zozulya // Ukrayinskiy medichniy chasopis. – 2011. – # 5. – S 38-41.
2. Mischenko T. S. Proflaktika mozkovogo insultu: metodichni rekomendatsiyi / T. S. Mischenko, E. V. Lakomtseva. – Harkiv, 2006. – 15 s.
3. Yuhimchuk H.V. Vidi insultu. Yak vinikae i yak mozhna zasteregtisya vid insultu / H. V. Yuhimchuk // Medsestrinstvo. – 2018. - #1. - S.57-61.
4. Vosstanovlenie dvigatelnyih funkcteyi posle insulta: neyrofizyologicheskie osnovyi i misheni dlya reabilitatsionnyih vmeshatelstv / I.Z. Samosyuk, Yu.V. Flomin, N.I. Spmosyuk, N.I. Piontkovskaya // Mezhdunarodnyiy nevrologicheskiy zhurnal. – 2012. – # 8 (54). – S. 9-19.
5. Pulik O.R. Analiz zahvoryuvanosti, smertnosti ta pervinnogo vihodu na Invalidnist pislya perenesenogo mozkovogo insultu v m.Uzhgorod /O.R. Pulik, M.V. Giryavets // Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. - 2016. - # 1–2 (37–38). – S. 161 – 164.
6. Mitskan B. M. Insult: riznovidi, faktori riziku, flzichna reabilitatsiya / B. M. Mitskan, G. A. Edinak, Z. M. Ostapyak ta In. // Likuvalna fizichna kultura, sportivna meditsina y flzichna reabilitatsiya. – 2012. – # 3(19). – S. 296-302.
7. Rokoshevska V. V. Model individualnoyi programi fizichnoyi reabilitatsiyi pislya perenesenogo mozkovogo gemoragichnogo insultu / V. V. Rokashevska // Moloda sportivna nauka Ukrayini : zb. naukovih prats z galuzi fizichnoyi kulturi i sportu. – L., 2008. – Vip. 12. – T. 3. – S. 193–196.
8. Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya mediko-tehnologichnih dokumentiv zI standartizatsiyi medichnoyi dopomogi pri ishemicnomu insultu: nakaz MOZ Ukrayini vid 03.08.2012 r. # 602 [elektronniy resurs]. Rezhim dostupu: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_602.html
9. Zozulya A.I. Problemi, yakii stoyat pered doslidnikami schodo tserebrovaskulyarnih hvorob v tsilomu ta insultu zokrema / A. I. Zozulya, G. O. Slabkiy, I. S. Zozulya // Ukrayinskiy medichniy chasopis. - 2014. - # 5. - S. 112-120.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.09.2019 р.

Функционально-организационные модели реабилитационной помощи лицам, перенесшим мозговой инсульт на региональном уровне

А.В. Малешко, И.С. Миронюк, Г.А. Слабкий, В.В. Брич
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород

Цель исследования – обосновать и разработать функционально-организационные модели оказания реабилитационной помощи лицам, перенесшим мозговой инсульт на региональном уровне в условиях ограниченных ресурсов.

Объект и методы исследования. Объектом исследования выступила система реабилитационной помощи пациентам неврологического профиля. Для достижения цели исследования были применены методы системного подхода, концептуального моделирования, статистический.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам анализа данных за 2014-2017 годы определено оценочную численность лиц, которые могут ежегодно нуждаться в реабилитационной помощи после перенесенного мозгового инсульта в Закарпатской области – не менее 1800-1900 человек данной группы. С целью внедрения дифференцированных моделей обеспечения реабилитационной помощи пациентам группы исследования проведены группировки лиц, подлежащих физической реабилитации после перенесенного мозгового инсульта по степени тяжести и выраженности его последствий и выделены три категории пациентов с критериями включения лиц в каждую из них. Для каждой из категорий разработаны и обоснованы рациональные функционально-организационные модели реабилитации лиц, перенесших церебральный инсульт.

Выводы. В условиях ограниченных ресурсов системы реабилитационной помощи на региональном уровне целесообразно распределение пациентов, перенесших мозговой инсульт по категориям по типам и выраженности нарушений функций для разработки и внедрения рациональных функционально-организационных моделей реабилитации этих лиц.

Ключевые слова: система реабилитационной помощи, мозговой инсульт, функционально-организационные модели, региональный уровень.

Functional and organizational models of rehabilitation care for people who have undergone cerebral stroke at the regional level

G.V. Maleshko, I.S. Mironyuk, H.O. Slabkiy, V.V. Brych
Uzhhorod National University, Uzhhorod

Goal of study – to justify and develop a functional and organizational model for providing rehabilitation care to individuals who have undergone cerebral stroke at the regional level under conditions of limited resources.

Object and methods of study. The system of rehabilitation care for neurological patients was the object of study. Methods of systematic approach, conceptual modeling and statistical one were applied to achieve the goal of the study.

Results and their discussion. According to the results of the analysis of official data from medical reports on morbidity, prevalence and screening coverage of all forms of brain strokes in Transcarpathian region for 2014-2017 the estimated number of persons who may need rehabilitation care after undergoing cerebral stroke was determined. Thus, the rehabilitation care of different volume annually may be needed for at least 1800-1900 persons of this group in Transcarpathian region. Due to the fact that the volume and types of rehabilitation care significantly depend on the degree of severity of the disease itself and the severity of its effects, three categories of rehabilitation programs patients were identified by types and the severity of function violations after cerebral stroke. In particular, the I category includes the light degree of defeat, II and III categories – middle and severe degree of lesion, respectively. A list of criteria for classifying the person to each of the categories of patients' rehabilitation programs is developed.

For Rational functional and organizational models of rehabilitation of persons after cerebral stroke were developed and justified for each of the categories. Each model is divided into stages, the personnel of the multidisciplinary team for providing each stage is grounded and the main functions of its members are defined. The structural features of the models for each type of patients after cerebral stroke are defined and the functions of the team's key stakeholders are outlined. Separately the role of the middle environment of the patient as an individual structural element of the model is described.

Conclusions.

1. Cerebral strokes and their consequences are an extremely topical social and medical problem of the health care industry that requires considerable efforts both on the part of medical and rehabilitation care to solve it. Thus, according to estimated data each year comprehensive rehabilitation care after cerebral stroke is needed by at least 1800-1900 people in Transcarpathian region.

2. In the conditions of limited resources (staff and logistical) for the system of rehabilitation care at the regional level it is advisable to divide patients after cerebral stroke by categories depending on the type and the severity of functions violations after cerebral stroke for the development and implementation of rational functional and organizational rehabilitation models for patients after cerebral stroke.

3. The developed functional and organizational models of patients' rehabilitation after cerebral stroke depending on the category of rehabilitation programs patients according to the types and lesions of functions will give an opportunity to rationally use the available resources preserving the maximum of medical and social rehabilitation effect.

Key words: the system of rehabilitation care, cerebral stroke, functional and organizational models, regional level.

Відомості про авторів

Малешко Ганна Володимирівна – магістр фізичної терапії, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Миرونюк Іван Святославович – доктор медичних наук, доцент, декан факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, в.о. завідувача кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Брич Валерія Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

УДК 616.61-002.2: 616.33-002.44-092

Я.Ф. Марченко, А.А. Піддубна

Обґрунтування деяких механізмів виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунку у хворих з хронічною хворобою нирок II-III стадії

ЧНУ ім. Ю. Федьковича
Буковинський державний медичний університет

У пацієнтів з наявністю хронічної ниркової недостатності ураження зазнають практично всі органи і системи. Найчастіше, в таких хворих страждають органи травлення, що частково пов'язано з високою поширеністю в популяції захворювань травного каналу. При цьому, велике значення мають специфічні уремичні чинники. На сьогодні чітко доведено наявність функціонального зв'язку між нирками і органами травлення, які активно беруть участь в компенсації порушень азотистого і електролітного обміну при хронічній уремії. У літературі описані різні варіанти порушення секреторної функції шлунка у пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю. Частота виникнення ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки шлунка прямо пропорційна стадії ХХН.

Метою дослідження є обґрунтування механізму виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка при хронічних захворюваннях нирок.

Об'єктом дослідження стали 65 хворих з діагнозом «хронічний пієлонефрит», які перебували на стаціонарному лікуванні в нефрологічному і гастроентерологічному відділеннях ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» м. Чернівці. Середній вік хворих склав 45,2 року (від 21 до 53 років). Серед пацієнтів було 43 чоловіки (67,3%) і 22 жінки (32,7%).

В **результаті** дослідження отримано дані, які доводять, що виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки при ХХН II-III стадії (хронічний пієлонефрит) супроводжується вираженим підвищенням лізису низько- і високомолекулярних білків.

Після проведеного дослідження зроблено висновок, що збільшення лізису низько- і високомолекулярних білків залежить від стадії ХХН і супроводжується виникненням ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на хронічну хворобу нирок а показники необмеженого протеолізу при хронічній хворобі нирок II і III стадії є допоміжним чинником для прогнозування виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка та запобігання ускладнень.

Ключові слова: хронічний пієлонефрит; хронічна хвороба нирок; азоальбумін; азоказеїн; азокол.

Вступ

У роботі вивчені деякі патогенетичні особливості виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на хронічну хворобу нирок II і III стадії, обумовлену тривалим перебігом хронічного рецидивуючого пієлонефриту на підставі дослідження протеолітичної активності плазми крові. Досліджено стан необмеженого протеолізу шляхом визначення лізису азоальбуміну (розпад низькомолекулярних білків), азоказеїну (деградація високомолекулярних білків) і азоколу (лізис колагену). Виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на хронічну хворобу нирок II і III стадії з наявністю хронічного пієлонефриту супроводжується істотним збільшенням лізису низько- і високомолекулярних білків та ймовірним зростанням колагенолітичної активності крові.

Мета дослідження. На сьогодні дискутується можливість шкідливої дії на органи травлення при прогресуванні ХХН різних ендо- та екзогенних агентів, зокрема, посиленого протеолізу [1], однак механізми такого негативного впливу поки недостатньо вивчені. Метою даного дослідження було вивчити деякі патогенетичні особливості виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на хронічну хворобу нирок II і III стадія, обумовлену тривалим перебігом хронічного рецидивуючого пієлонефриту на підставі дослідження протеолітичної активності плазми крові.

Об'єкт і методи дослідження

Обстежено 65 хворих ХХН II-III стадії (хронічний пієлонефрит), які перебували на стаціонарному лікуванні в нефрологічному і гастроентерологічному відділеннях ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» м. Чернівці.

Дані про розподіл хворих ХХН II-III стадії (хронічний пієлонефрит) в залежності від наявності ЕВУШДПК представлені в таблиці. Середній вік хворих склав 45,2 року (від 21 до 53 років). Серед пацієнтів було 43 чоловіки (67,3%) і 22 жінки (32,7%).

Контрольну групу для порівняння досліджень склали 19 практично здорових осіб відповідного віку, серед яких чоловіків було 12, а жінок – 7. Езофагогастродуоденофіброскопія і ультразвукове дослідження органів черевної порожнини виконано у 100% хворих.

Діагноз ХХН встановлена на підставі наявності ураження нирок зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації більше 3 місяців.

Стан необмеженого протеолізу оцінювали за лізисом азоальбуміну (розпад низькомолекулярних білків), азоказеїну (деградація високомолекулярних білків) і азоколу (лізис колагену) [1].

Статистичний аналіз проводили з використанням програми STATISTICA 6.0 for Windows. Для даних, що відповідають нормальному розподілу, визначали середню арифметичну вибірки (М) величину стандартного Відхилення (s) і стандартної похибки (m), максимальне і мінімальне значення. Достовірності різниці між отриманими даними оцінювали по коефіцієнтом Стьюдента (t). За достовірну брали різницю при $p < 0,05$.

Дані літератури по вивченню значення процесів протеолізу ЕВУЩДПК при ХХН II-III стадії (ХП) відсутні. З огляду на вищезазначене, одним із завдань даного дослідження стало вивчення особливостей протеолітичної активності плазми крові при ХХН II-III стадії (ХП), зокрема при наявності ЕВУЩДПК. Результати проведених досліджень наведені в таблиці.

Таблиця

Зміни протеїназ-інгібіторної системи крові при ЕВУЩДПК у хворих ХХН II-III стадії (ХП) (M±m)

Група обстежених	Показник		
	Лізис азоальбуміну, Е440/мл/год	Лізис азоказеїну, Е440/мл/год	Лізис азоколу, Е440/мл/год
Практично здорові (контроль) n = 19	2,91±0,29	2,16±0,19	0,74±0,07
ХХН II ст. без ЕВУЩДПК (I група) n = 12	3,63±0,15*	2,92±0,14*	0,89±0,04
ХХН II ст. з ЕВУЩДПК (II група) n = 19	4,92±0,33**	5,99±0,17**	1,61±0,05**
ХХН III ст. без ЕВУЩДПК (III група) n = 13	4,41±0,36^	4,41±0,36^	1,10±0,08
ХХН IV ст. з ЕВУЩДПК (IV група) n = 21	5,67±0,31*^	6,38±0,44*^	1,92±0,09*^

$p < 0,05$ у порівнянні з контролем;

** - $p < 0,05$ у порівнянні з I групою;

^ - $p < 0,05$ у порівнянні з II групою;

*^ - $p < 0,05$ у порівнянні з III групою.

Оцінюючи процеси необмеженого протеолізу в крові хворих ХХН II-III стадії слід зазначити, що при відсутності ЕВУЩДПК відбувається підвищення протеолізу дрібнодисперсних білків на 24,7% ($p > 0,05$) в I групі і на 45,4% ($p > 0,05$) в III групі; крупнодисперсних білків - на 35,2% ($p > 0,001$) в I групі і на 50,2% ($p > 0,05$) в III групі; колагену - на 20,3% ($p > 0,05$) в I групі і на 38,4% ($p > 0,05$) в III групі. У пацієнтів 4-ї групи лізис азоальбуміну збільшився на 51,5% ($p > 0,05$); азоказеїну - на 69% ($p > 0,05$), азоколу - на 48,6% ($p > 0,001$). При цьому у хворих ХХН III стадії з ЕВУЩДПК в порівнянні з пацієнтами без них відбувається збільшення протеолітичної активності крові в низькомолекулярних білків - на 21,5% ($p > 0,05$), високомолекулярних білків - на 25% ($p > 0,05$), колагену - на 23,6% ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення

Таким чином, отримані дані доводять, що виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки при ХХН II-III стадії (хронічний піелонефрит) супроводжується вираженим підвищенням лізису низько- і високомолекулярних білків.

Важливу роль в патогенезі багатьох захворювань внутрішніх органів відіграють порушення з боку протеїназ-інгібіторної системи. У зв'язку з цим нами проведено вивчення особливостей протеолітичної активності плазми крові при ХХН II-III стадії (хронічний піелонефрит), зокрема при наявності ЕВУЩДПК. Процеси необмеженого протеолізу оцінювали за лізисом азоальбуміну (розпад низькомолекулярних білків), азоказеїну (деградація високомолекулярних білків) і азоколу (лізис колагену).

У хворих ХХН II-III стадії (хронічний піелонефрит) без супровідної патології встановлено збільшення лізису низько- і високомолекулярних білків. Час виникнення ЕВУЩДПК супроводжувалося істотним підвищенням лізису азоальбуміну, азоказеїну і ймовірним посиленням колагенолітичної активності крові. Активація ряду протеолітичних ферментів і залучення їх до процесів деградації білкових компонентів може бути обумовлена впливом лізосомальних протеїназ, що вивільняються з клітин при їх руйнуванні внаслідок інтенсифікації процесів вільнорадикального окислення ліпідів і окиснювальної модифікації білків. У цих випадках пептидгідролази, вивільнюючи з клітин, можуть

каталізувати специфічні реакції обмеженого протеолізу і виконувати важливі регуляторні функції. При цьому основні молекулярні механізми контролю активності протеолітичних ферментів полягають, очевидно, в активації неактивних попередників ферментів, видалення специфічних інгібіторів протеолізу, зокрема $\alpha 2$ -мікроглобуліну.

Отже, розвиток уражень шлунка, характерний для ХХН II-III стадії (хронічного піелонефриту), викликається посиленням неконтрольованого підвищення протеолітичної активності плазми крові. У свою чергу, слизова оболонка шлунка при ХХН II-III стадії (хронічний піелонефрит) характеризується збільшеною чутливістю до пошкоджень, викликаних різними шкідливими чинниками.

Висновки

1. Кількість випадків ерозивного ураження шлунка збільшується відповідно до зростання ступеня ХХН.
2. Збільшення лізису низько- і високомолекулярних білків залежить від стадії ХХН і супроводжується виникненням ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на хронічну хворобу нирок.
3. Показники необмеженого протеолізу при хронічній хворобі нирок II і III стадії є допоміжним чинником для прогнозування виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка та запобігання ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Продовжити вивчення та обґрунтування недосліджуваних механізмів виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунку у хворих з хронічною хворобою нирок II-III стадії з обмеженнями по віку.

Література

1. *Prystupa L.N.* Stan systemnoho ta mistsevoho proteolizu na tli rozvantazhuval'no-diietychnoi terapii u khvorykh hastrrodudenit v poiednanni z bronkhial'noiu astmoiu / L.M. Prystupa, A. V. Orlovs'kyj, A. H. Samoilenko *sovr.hastroenterolohiia.* - 2002. - № 2. - S. 100. - dysertatsii.
2. *Orlovs'kyj V. F.* Vnutrishnia medytsyna: nefrolohiia: navch. posibnyk. / V. F. Orlovs'kyj, L. N. Prystupa, A. V. Orlovs'kyj. - Sumy: Sum. derzh. un-t, 2010. - 191 c. - Bibliohr.: 13 nazv. - UKP.
3. *Nykula T.D.* Khronichna nyrkova nedostatnist'. - M.: Zadruha, 2001. - 516 s.
4. *Avramenko A.A., Hozhenko A.I.* Khelykobakteryoze. - Odesa: fotosyntetyky, 2007. - 326 s.
5. *Lisovyy V. N.* Optymizatsiia zamisnoi nyrkovoii terapii metodom perytoneal'noho dializu / V. N. Lisovyy, N. M. Andon'ieva // *Vracheb. praktyka.* - 2006. - № 6. - S. 60-65. - Bibliohr.: S. 64 - rus.
6. *Nikula T. D.* Khronichna nyrkova nedostatnist': Monohr. / T. D. Nykula. - M.: Zadruha, 2001. - 515 c.
7. *Aktual'ni pytannia vnutrishn'oi medytsyny: tezy nauk. dop. naukovopraktychnoi. konf., 14 - 15 trav. 2015 roku, Dnipropetrovs'k / red.: H. V. Dziak, T. A. Pertseva, O. V. Kuriata; DU "Dnepropetr. Med. Akad. MOZ Ukrainy".* - Dnipropetrovs'k: Herda, 2015. - 145 c.
8. *Kamiya T., Hirako M., Misu N. et al.* Impaired gastric motility and its relationship to gastrointestinal symptoms in patients with chronic renal failure // *J. of Gastroenterol.* - 2009. - Vol. 40, № 12. - P. 1116-1122.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.08.2019 р.

Обоснование некоторых механизмов возникновения эрозивно-язвенных поражений желудка у больных с хронической болезнью почек II-III стадии

Марченко Я.Ф., Поддубная А.А.

ЧНУ им. Ю. Федьковича, г. Черновцы

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

У пациентов с наличием хронической почечной недостаточности поражения испытывают практически все органы и системы. Чаще всего, у таких больных страдают органы пищеварения, частично связано с высокой распространенностью в популяции заболеваний пищеварительного тракта. При этом, большое значение имеют специфические уремические факторы. На сегодня четко доказано наличие функциональной связи между почками и органами пищеварения, активно участвуют в компенсации нарушений азотистого и электролитного обменов при хронической уремии.

В литературе описаны различные варианты нарушения секреторной функции желудка у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Частота возникновения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка прямо пропорциональна стадии ХБП.

Целью исследования является обоснование механизма возникновения эрозивно-язвенных поражений желудка при хронических заболеваниях почек.

Объектом исследования стали 65 больных с диагнозом «хронический пиелонефрит», которые находились на стационарном лечении в нефрологическом и гастроэнтерологическом отделениях ОКУ «Черновицкая областная клиническая больница» г. Черновцы. Средний возраст больных составил 45,2 года (от 21 до 53 лет). Среди пациентов было 43 мужчины (67,3%) и 22 женщины (32,7%).

В результате исследования получены данные, доказывающие, что возникновение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки при ХБП II-III стадии (хронический пиелонефрит) сопровождается выраженным повышением лизиса низко- и высокомолекулярных белков.

После проведенного исследования сделан вывод, что увеличение лизиса низко- и высокомолекулярных белков зависит от стадии ХБП и сопровождается возникновением эрозивно-язвенных поражений желудка у больных хронической болезнью почек а показатели неограниченного протеолиза при хронической болезни почек II и III стадии является вспомогательным фактором для прогнозирования возникновения эрозивно-язвенных поражений желудка и предотвращения осложнений.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, хроническая болезнь почек, азоальбумин; азоказеин; азокол.

Justification of some origins of erosive ulcer defeats a stomach at patients with a chronic disease of kidneys of the II-III stage

Marchenko Ya.F., Poddubnaya A.A.

ChNU of Yu. Fedkovich, Chernivtsi

HEI "Bukovina state medical university", Chernivtsi

At patients with presence of a chronic renal failure of defeat practically all bodies and systems are exposed. Most often, in such patients digestive organs suffer that is partly connected with high prevalence in population of diseases of a digestive tract. At the same time, are of great importance specific uremical factors. For today existence functional is accurately proved to communication between kidneys and digestive organs which actively participate in compensation of violations of nitrogenous and electrolytic exchanges at chronic uraemia.

In literature different options violation of sekretorny function of a stomach at patients with a chronic renal failure are described. Frequency of emergence of erosive ulcer damages of a mucous membrane of a stomach is directly proportional to HN stage.

Research objective is justification of the origins of erosive ulcer damages of a stomach at chronic diseases of kidneys.

Object of a research of steel of 65 patients with diagnosis "chronic pyelonephritis" which were on hospital treatment in nephrological and gastroenterological offices of OKU "Chernivtsi regional clinical hospital". Average age of patients was 45.2 years (from 21 to 53 years). Among patients there were 43 men (67.3%) and 22 women (32.7%).

As a result of a research data which prove that emergence of erosive ulcer damages of a stomach and duodenum at stage HN II-III (chronic pyelonephritis) is followed by the expressed increase in lysis low- and high-molecular proteins are obtained.

After the conducted research the conclusion is drawn that increase in lysis is low- and high-molecular proteins depends on a stage of HN and is followed by emergence of erosive ulcer damages of a stomach at patients with a chronic disease of kidneys and indicators of an unlimited proteoliz at a chronic disease of kidneys of II and III stage is an auxiliary factor for forecasting of emergence of erosive ulcer damages of a stomach and prevention of complications.

Key words: chronic appendicitis; chronic kidney disease; azoalbumin; azokazein; azocol.

Відомості про авторів

Марченко Яна Федорівна – асистент кафедри фізичної реабілітації та ерготерапії ЧНУ ім. Ю. Федьковича; 58000, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2.

Піддубна Антоніна Анатоліївна – к. мед. н., доцент кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології, ВНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; 58000, Україна, м. Чернівці, пл. Театральна, 2.

Формування професійних компетентностей фізкультурно-спортивних кадрів

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета: розкрити сутність, особливості та дослідити основні фактори впливу на процес формування фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження стали професійні компетенції фізкультурно-спортивних кадрів у вищих навчальних закладах. Основними методами дослідження були бібліосемантичний та метод контент-аналізу нормативно-правових документів України у сфері підготовки фізкультурно-спортивних кадрів.

Результати дослідження та їх обговорення. Досліджено стан наукового обґрунтування процесу формування професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів, розглянуто основні фактори впливу, мотивації та функції, що впливають на формування фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності. Розкрито специфіку форм, які визначають сучасний зміст фізичного виховання у ВНЗ та забезпечують його у професійній діяльності. Встановлено тенденції розвитку системи освіти, та виявлено фактори, що впливають на рівень підготовки спортивних менеджерів та їх професійну компетентність.

Висновки. Визначальними напрямками формування професійних компетентностей спортивних кадрів є: загальна спрямованість діяльності закладу вищої освіти на формування професійної компетентності спортивних менеджерів відповідно до ринкової економічної ситуації; необхідності урахування усталених традицій у справі залучення населення до занять фізичною культурою і спортом.

Ключові слова: заклади вищої освіти, професійна компетентність, педагогічна компетентність, фізкультурно-спортивні кадри.

Вступ

У зв'язку зі змінами, які відбуваються в Україні та світі, постає важливість питання проблеми формування професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів. Ринкові вимоги господарювання висувають вимоги до сучасних випускників вищих навчальних закладів, зокрема до менеджерів фізичної культури та спорту, їх професійних обов'язків, з огляду на досвід національного та міжнародного середовища формування нової парадигми особистісних якостей та набуття актуальних знань.

Важливі риси та якості професійної компетентності менеджерів, що формувалися в умовах сучасного розвитку країни, досліджувалися значною кількістю вчених (Г. Кот, В. Терещенко, М. Виноградський, С. Козловська, Г. Падерець, І. Чубаєва, Л. Довгань, Л. Скібіцька, Д. Смоленніков, В. Розанова, В. Козубенко, Л. Дідковська, Й. Завадський, О. Леонтьєва, Ю. Лаврикова, І. Сінова, О. Володько, Т. Клімович та ін.). У їх наукових працях підкреслюється, що професійна компетентність менеджерів насамперед залежить не лише від рівня їх здібностей, а й від якості початкової професійної підготовки та самовдосконалення [2].

Окремі питання професійної підготовки, формування професійної компетентності, конкурентоспроможності й затребуваності фахівців на сучасному ринку праці знайшли висвітлення в роботах С. Батишева, Н. Бідюк, Т. Десятова, Д. Костюка, Н. Ничкало, О. Новікова, Т. Сулими та ін. Проблеми взаємодії держави і бізнесу у сфері фізичної культури і спорту аналізувалися у працях таких науковців, як Ю. Мічуда, М. Дутчак, М. Авксентьєв, С. Грищенко, Е. Зусман, А. Сорокін, О. Левковець, О. Петрикова, Б. Бояринцев, В. Джуха та ін. Зокрема, у роботах Ю. Мічуди розглядаються закономірності функціонування галузі фізичної культури в умовах ринку, проблеми розвитку підприємництва в галузі спорту для всіх [3].

Однак варто зазначити, що в цілому дослідження питань формування професійної компетентності фахівців у сфері спорту переважно носять фрагментарний характер, зокрема залишаються недостатньо дослідженими особливості формування їх професійної компетентності в умовах ринкових перетворень. Дослідження цієї проблеми в контексті викликів сьогодення є актуальним і своєчасним [5].

Мета дослідження: розкрити сутність, особливості та дослідити основні фактори впливу та функції на процес формування фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів. **Об'єктом** дослідження виступає професійна компетенція фізкультурно-спортивних кадрів у вищих навчальних закладах. **Предмет** дослідження: розкрити сутність теоретичних та методичних засад системи професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів та підготовки їх до педагогічної діяльності. **Методологічну основу** становлять наукові положення, принципи, методи та шляхи ефективності професійних дій майбутніх фізкультурно-спортивних кадрів; теорії самоорганізації – яка передбачає готовність майбутніх педагогів до розвитку та

самореалізації, доступність та відкритість освітнього процесу; методичні підходи, щодо необхідності формування особистісних і професійних якостей вчителя; діяльнісний – спрямованість навчально-виховного процесу на розвиток умінь і навичок студентів; полісуб'єктний, що передбачає рівноправну взаємодію викладачів і студентів у процесі професійного розвитку; сучасні дидактичні підходи до змісту, методів і технологій навчання.

Результати дослідження та їх обговорення

Входження України до світового та європейського освітнього простору вимагає оновлення системи підготовки майбутніх фахівців на засадах компетентнісного підходу. Одним із найважливіших завдань, які стоять перед вищою школою, є розвиток та саморозвиток, виховання відповідального ставлення до власного здоров'я, формування фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності студентів [7, с. 136].

Компетентність викладача безпосередньо впливає на формування професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів та підготовки їх до педагогічної діяльності. Адже, компетентність це можливість, готовність та здатність студента проводити професійну особисту діяльність, ефективно ставити та вирішувати специфічні завдання з урахуванням критеріїв відповідності професійних досягнень. А також вміння правильно врахувати, дослідити, проаналізувати зовнішні та внутрішні фактори, що активно впливають на процес формування професійної компетентності майбутніх менеджерів фізичної культури і спорту.

Професійна компетентність викладача – це:

- властивість особистості, що виявляється у здатності до педагогічної діяльності;
- єдність теоретичної й практичної готовності педагога до професійної діяльності;
- здатність результативно діяти, ефективно розв'язувати стандартні і проблемні ситуації, що виникають у професійній діяльності [8, с. 10].

Автори сучасного словника професійної освіти (за ред. академіка Н. Г. Ничкало) так тлумачать поняття «компетентність»: «Компетентність (від лат. *competens* – належний, відповідний) – сукупність знань і вмінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію» [9, с. 149].

Проблему формування фізкультурно-оздоровчої компетентності розглядали у своїх працях науковці Н. Бордовська, С. Занюк, С. Тришина, Г. Головченко, Т. Бондаренко. Нині питання відповідності програм з фізичного виховання у вищих педагогічних навчальних закладах формуванню компетентності студентів недостатньо вивчене. Головним напрямом оптимізації навчально-виховного процесу у ВНЗ залишається формування пізнавальної активності, позитивної мотивації та стійкого інтересу студентів до занять цілеспрямованою руховою діяльністю задля зміцнення здоров'я та підвищення рівня адаптації організму до умов навколишнього середовища та майбутньої професійної діяльності, враховуючи рівень фізичної підготовленості і психофізичної стійкості кожного.

На процес формування професійної компетентності майбутніх менеджерів фізичної культури і спорту впливають як зовнішні, так і внутрішні фактори. До зовнішніх факторів слід віднести ті, що зумовлюють зміст підготовки, визначають логіку поведінки і саморозвитку особистості майбутнього менеджера фізичної культури і спорту. Це насамперед – стан економічного розвитку країни, регіону, коли з'являється на ринку праці підвищений попит на кваліфікованих спеціалістів для цієї сфери. Значним зовнішнім фактором, що впливає на якість формування професійної компетентності спортивного менеджера, є вимоги роботодавців до рівня їх підготовки у вищих навчальних закладах, рівень психолого-педагогічної готовності до роботи в умовах динаміки змін ринку праці. Внутрішні фактори формування професійної компетентності – це установки, потреби, інтереси майбутніх спортивних менеджерів, які формуються в умовах ринку освіти і визначають їх ставлення до себе й навколишнього середовища, у тому числі їх мотиваційна готовність до професійної мобільності, рівень знань, умінь, навичок та компетенцій, а також рівень адаптивності тощо.

Структурою формування професійних компетентностей майбутніх фізкультурно спортивних кадрів становить сукупність таких складових як: комунікативної, інформаційної, професійної, особистої мотивації та творчого-особистісного підходу. Головними компонентами формування професійних компетентностей є надання майбутнім фізкультурно спортивним кадрам, можливості вияву їх ініціативності, самостійності у прийнятті рішень та мотивації у роботі. Мотивація є рушійним компонентом для досягнення високих спортивних результатів, до найбільш впливових складових мотивації, які ґрунтуються на потребах людини, можна віднести наступні (табл. 1).

Емоційне забарвлення майбутніх фізкультурно спортивних кадрів відображається в мотиваційному компоненті, безпосередньо впливаючи на формування професійної компетентності, у бажанні до формування системи професійних навичок, умінь, знань, мотивацій і переконань, які спрямовані на досягнення високих спортивних результатів, формуючи професійно-практичну та пізнавальну-дослідницьку діяльність до створення чинників здорового способу життя та постійного фізичного вдосконалення.

Внутрішнє сприйняття людини фізичного виховання є ще одним важливим чинником формування професійної компетентності, який виявляється у процесі створення фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності майбутніх кадрів, розвиваючи у них, необхідні моральні, вольові, фізичні якості, які вони реалізують у практичній діяльності.

Таблиця 1

Типи мотивацій, що впливають на формування професійних компетентностей майбутніх фізкультурно-спортивних кадрів

Типи мотивацій, що ґрунтуються на потребах людини	
Мотивація досягнення	Мотивована та скерована на ціль, певний результат, який можливо досягнути завдяки власним здібностям
Мотивація самоствердження	Виявляється у прагненні людини до ствердження себе у соціумі, як особистості
Мотивація ідентифікації з іншою особистістю	Виявляється у прагненні наслідувати кумира, відому особу, яка досягла великих результатів, у певній сфері, авторитетну особистість
Мотивація саморозвитку	Виявляється у прагненні до самовдосконалення, найбільш повної реалізації своїх здібностей та бажання відчувати свою компетентність
Мотивація самооцінки	Виявляється у відчуттях людини себе як професіонала

Чільне місце у формуванні фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності студентів посідає інформаційний компонент, який націлює студента на вибір активної життєвої позиції, спрямованої на збереження і закріплення власного здоров'я через збільшення обсягу знань, умінь і навичок в організації самостійного рухового режиму. Інформаційний компонент дозволяє студентам долучитись до творчої діяльності, що ґрунтується на отриманих знаннях. Він орієнтує студентів на самостійне вивчення питань збереження здоров'я, найбільше для них значущих. Інформацію про збереження і зміцнення здоров'я студенти одержують з різних джерел. Творчий компонент у формуванні фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності студентів виявляється як підсумок діяльності, спрямованої на засвоєння студентами теоретичних положень, і можливість їх практичного використання задля зміцнення і збереження власного здоров'я у стандартних і нестандартних життєвих ситуаціях. Під час створених нестандартних ситуацій студенти використовують потенційні можливості у збереженні свого здоров'я, вони виявляють здібність використовувати сучасні оздоровчі технології для зміцнення і збереження здоров'я.

Загально відомими функціями створення професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів є: освітня, комунікаційна, інформаційна, оздоровчо-фізкультурна, рекреаційно-реабілітаційна, творчо-креативна.

Таблиця 2

Функції професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів

Освітня функція	Полягає в тому, що в ході занять з фізичного виховання здійснюється навчання культури здоров'я, спрямоване, передусім, на формування знань, умінь і навичок, збагачення досвіду творчої діяльності з виховання бережного ставлення до власного здоров'я та ведення здорового способу життя. Тобто формується здоров'я зберезувальна компетентність. На заняттях з фізичного виховання студенти повинні отримувати необхідні фундаментальні відомості з основ здоров'я, які представлені у визначеній логічній послідовності, усвідомити їх і використовувати в різних ситуаціях
Комунікаційна функція	Процес розвитку фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності спортивних кадрів спрямований на передачу досвіду викладача студентам від найпростіших практичних умінь і навичок до систематичних знань, принципів поведінки і діяльності, спрямованої на збереження власного здоров'я та ведення здорового способу життя, чіткого уявлення про зміст і структуру необхідних для цього компетенцій фізичного виховання
Оздоровчо-фізкультурна функція	Оздоровча функція формування фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності виявляється під час фізкультурно-спортивної діяльності у сфері організації здорового дозвілля або в системі спеціальних відновлювальних заходів. Вона застосовується задля задоволення емоційних запитів, активного відпочинку і відновлення тимчасово втрачених функціональних можливостей організму
Творчо-креативна функція	Формування фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності передбачає створення у спортивних кадрах системи цінностей, яка дає можливість спілкування у студентському колективі і поза ним; стимулює творчу та креативну активність, сприяє вияву здібностей кадрів долати стресові ситуації в повсякденній діяльності
Інформаційна функція	Передбачає накопичення, розповсюдження і передачу інформації щодо необхідності занять фізичною культурою і спортом задля збереження власного здоров'я, про засоби вдосконалення своїх природних якостей і функціональних можливостей організму

Отже, реалізація згаданих функцій по формуванню професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів на практиці передбачає різноманітні форми, методи та засоби. Що у ВНЗ виражаються в наступному: лекційно - навчальних занять, ранкової фізичної гімнастики, фізкультурно-оздоровчих та масових заходів, фізичних тренувань у процесі навчально-виховної діяльності; фізичних вправ, власного прикладу, вправ, заохочення і примусу.

Професійна компетентність менеджерів фізичної культури і спорту спрямована на гнучкість, швидку орієнтацію в їх професії, конкурентоспроможності на ринку праці, готовність до підвищення кваліфікації, перекваліфікації та самоосвіти. У період переходу до ринкової економіки, коли країна перебуває в пошуку економічних і соціальних пріоритетів, характеризується нестабільністю, актуальним постає питання: чи здатний сучасний менеджер фізичної культури і спорту взяти на себе відповідальність, щодо свого майбутнього та як у майбутньому він визначатиме життєві пріоритети і здатність самостійного вибору своєї професійної діяльності.

Ефективна професійна діяльність менеджерів у галузі фізичної культури і спорту можлива лише за наявності певного рівня їх професійної компетентності в умовах функціонування підприємницького середовища, тобто ринкової системи відносин. Це виявляється під час діяльності спортивних менеджерів у процесі реалізації завдань організації та проведення спортивних змагань і видовищ, які передбачають спортивні та оздоровчі заходи для учасників кросів, марафонів, турнірів зі спортивних ігор; спортивних свят; спортивно-видовищних заходів, показових виступів видатних спортсменів і представників спортивних закладів.

Висновки

Можна стверджувати, що сьогодні підготовка спортивних менеджерів у вищій школі в усьому світі направлена на виборі студентами в процесі навчання, вузького набору дисциплін для забезпечення їх майбутньої трудової діяльності, згідно вимог ринку праці. Основні тенденції, котрі характеризують розвиток світової системи професійної освіти спортивних менеджерів визначаються поєднанням трьох процесів – професіоналізації, модернізації й інтернаціоналізації освіти. Зокрема, важливим шляхом модернізації освіти у багатьох країнах сьогодні є оновлення змісту освіти та технологій навчання, узгодження їх із сучасними потребами, а саме з орієнтацією навчальних програм на компетентніший підхід.

Реалізація раніше згаданих мотивацій, функцій та методик формування професійних компетентностей фізкультурно-спортивних кадрів дозволяє, реалізовувати цей процес на високому фахово –методичному рівні з урахуванням головних мотивацій для ВНЗ та згідно вимог ринку праці України. Ефективні напрями формування, що характеризують розвиток професійних компетентностей спортивних кадрів в Україні, мають визначатися поєднанням таких основних компонентів: інтернаціоналізації освітнього процесу, застосування нових технологій в процесі формування, професіоналізм в галузі, та модернізації ВНЗ у сфері виховання фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентності.

Визначальними серед них, на нашу думку, є: загальна спрямованість діяльності ВНЗ на формування професійної компетентності спортивних менеджерів відповідно до ринкової економічної ситуації; необхідність урахування усталених традицій у справі залучення населення до занять фізичною культурою і спортом, а також до відвідування спортивно-видовищних заходів, які спрямовані на підвищення попиту на цих фахівців; упровадження в країні сучасної моделі освітньої політики з метою підготовки високопрофесійних спеціалістів для сфери фізичної культури і спорту. Сьогодні вищі навчальні заклади не можуть обмежуватися підготовкою спортивних менеджерів лише для місцевого чи національного ринків праці. Увесь світ стає відкритим для студентів, а це означає, що ВНЗ мають забезпечити їх конкурентоспроможність на світовому ринку праці. Передумовою цього є належна відкритість навчальних закладів, їх готовність до реальної співпраці з бізнесом, толерантність та інтернаціоналізація [5].

Можна стверджувати, що формування професійної компетентності менеджерів фізичної культури і спорту в умовах національного та міжнародного ринкового середовища має базуватися на застосуванні компетентнісного підходу з обґрунтуванням належних освітніх цілей і мотивів. Сучасні запити ринку праці щодо, результативності освітніх систем покликані активізувати рух до формування змісту освіти саме на компетентнісній основі, що обумовить потребу розробки технологій оцінювання рівня компетентностей та компетенцій, що, на нашу думку, передбачає оновлення змісту, форм та методів професійно-зорієнтованого навчання у ВНЗ, координацію навчально-виховної діяльності, яка має бути спрямована на формування ринкових цінностей, конкурентоспроможність цих фахівців на сучасному ринку праці, їх адаптацію до сучасних умов професійної діяльності, готовність фахівців до розв'язання реальних професійних завдань і проблем [5].

Перспективи подальших досліджень заключаються у питаннях дослідження сучасних нормативно правових законів, норм та вимог, що ставляться до формування професійної компетентності фізкультурно-спортивних кадрів у ВНЗ. А також, в подальшому аналізі та дослідженні досвіду розвинених країн, їх методики, особливостей, та застосуванні закордонного досвіду при формуванні фізкультурно-оздоровчої та спортивно-масової компетентностей підготовки фізкультурно-спортивних кадрів.

Література

1. Головченко Г. Т. Формирование личности специалиста средствами физического воспитания: [учеб. пособие] / Г. Т. Головченко, Г. В. Бондаренко. – Харьков : ИВМО «ХК», 2001. – 156 с.
2. Журавський В. С. Болонський процес: головні принципи входження в Європейський простір вищої освіти / В. С. Журавський, М. З. Згуровський. – К. : ІВЦ в-во «Політехніка», 2003. – 200 с.
3. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: бібліотека з освітньої політики / Н.М.Бібік [та ін.]; ред. В.Овчарук; М-во освіти і науки України. – Київ: К.І.С., 2004. – 112 с.
4. Криштанович С.В. Педагогічні стандарти формування професійної компетентності спортивних менеджерів: зарубіжний досвід / Криштанович С.В. // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота.» - 2017. – випуск 2 (41).
5. Клімова А. Соціальний статус сучасного менеджера: суспільні виклики та професійні вимоги / А. Клімова // Гуманітарний вісник. – 2014. – № 35. – С. 56–63.
6. Криштанович С. Процес формування професійної компетентності майбутніх менеджерів фізичної культури і спорту / Криштанович С. // Нова педагогічна думка. – 2017. - № 3 (91) – с. 65-70.
7. Мічуда Ю. Проблеми розвитку підприємництва у сфері спорту для всіх / Ю. Мічуда // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 82–86.
8. Професійна освіта: Словник: [навч. посіб.] / уклад. С. У. Гончаренко та ін., за ред. Н. Г. Ничкало. – К. : Вища школа, 2000. – 380 с.

References

1. Holovchenko H. T. Formyrovanye lychnosty spetsyalysta sredstvamy fizycheskoho vospytanyia: [ucheb. posobyie] / H. T. Holovchenko, G. V. Bondarenko. – Kharkov : YVMO «KhK», 2001. – 156 s.
2. Zhuravskiy V. S. Bolonskiy protses: holovni pryntsyipy vkhodzhennia v Yevropeyskiy prostir vyshchoi osvity / V. S. Zhuravskiy, M. Z. Zghurovskiy. – K. : IVTs v-vo «Politekhnika», 2003. – 200 s.
3. Kompetentnisnyi pidkhd u suchasniy osviti: svitoviy dosvid ta ukrainski perspektyvy: biblioteka z osvitnoi polityky / N.M.Bibik [ta in.]; red. V.Ovcharuk; M-vo osvity i nauky Ukrainy. – Kyiv: K.I.S., 2004. – 112 s.
4. Kryshthanovych S.V. Pedahohichni standarty formuvannia profesiinoi kompetentnosti sportyvnykh menedzheriv: zarubizhnyi dosvid / Kryshthanovych S.V. // Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu. Serii: «Pedahohika. Sotsialna robota.» - 2017. – vypusk 2 (41).
5. Klimova A. Sotsialnyi status suchasnoho menedzhera: suspilni vyklyky ta profesiini vymohy / A. Klimova // Humanitarnyi visnyk. – 2014. – № 35. – С. 56–63.
6. Kryshthanovych S. Protses formuvannia profesiinoi kompetentnosti maibutnikh menedzheriv fizychnoi kultury i sportu / Kryshthanovych S. // Nova pedahohichna dumka. – 2017. - № 3 (91) – s. 65-70.
7. Michuda Yu. Problemy rozvytku pidpriemnytstva u sferi sportu dlia vsikh / Yu. Michuda // Teoriia i metodyka fizychnoho vykhovannia i sportu. – 2007. – № 1. – S. 82–86.
8. Profesiina osvita: Slovnyk: [navch.posib.] / uklad. S. U. Honcharenko ta in., za red. N. H. Nychkalo. – K. : Vyshcha shkola, 2000. – 380 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.09.2019 р.

Формирование профессиональной компетентности физкультурно-спортивных кадров

А.П. Пышка, И.В. Сущенко, Е.С. Жоффак

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород

Цель: раскрыть сущность, особенности и исследовать основные факторы влияния на процесс формирования физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой профессиональной компетентности физкультурно-спортивных кадров.

Объект и методы исследования. Объектом исследования стали профессиональные компетентности физкультурно-спортивных кадров в высших учебных заведениях. Основными методами исследования были библиосемантический и метод контент-анализа нормативно-правовых документов Украины в сфере подготовки физкультурно-спортивных кадров.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследовано состояние научного обоснования процесса формирования профессиональной компетентности физкультурно-спортивных кадров, рассмотрены основные факторы влияния, мотивации и функций, влияющих на формирование физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой компетентности. Раскрыта специфика форм, определяющих современное содержание физического воспитания в вузах

и обеспечивают его в профессиональной деятельности. Установлено тенденции развития системы образования, и выявлены факторы, влияющие на уровень подготовки спортивных менеджеров и их профессиональную компетентность.

Выводы. Определяющими направлениями формирования профессиональных компетентностей спортивных кадров являются: общая направленность деятельности учреждения высшего образования на формирование профессиональной компетентности спортивных менеджеров в соответствии с рыночной экономической ситуацией; необходимости учета сложившихся традиций в деле привлечения населения к занятиям физической культурой и спортом.

Ключевые слова: высшие учебные заведения, профессиональная компетентность, педагогическая компетентность, физкультурно-спортивные кадры.

Formation of professional competences physical and sport facilities

O.P. Pyshka, I.V. Sushchenko, E.S. Zhoffchak
Uzhhorod National University, Uzhhorod

Important traits and qualities of professional competence of managers, formed in the conditions of modern development of the country, were studied by a considerable number of scientists (G. Kot, V. Tereshchenko, M. Vinogradsky, S. Kozlovskaya, G. Paderets, I. Chubaeva, L. Dovgan, L. Skibitka, D. Smolenikov, V. Rozanov, V. Kozubenko, L. Didkovskaya, Y. Zavadsky, O. Leontyeva, Y. Lavrykova, I. Sinova, O. Volodko, T. Klimovich, etc.). In their scientific works it is emphasized that the professional competence of managers first of all depends not only on the level of their abilities, but also on the quality of initial vocational training and self-improvement.

However, it should be noted that, as a whole, research into the issues of professional competence formation in sports professionals is mostly fragmentary; in particular, the peculiarities of forming their professional competence in the conditions of market transformations remain insufficiently investigated. The study of this problem in the context of the challenges of today is relevant and timely.

Purpose of the research: to reveal the essence, features and to investigate the main factors of influence and function on the process of formation of physical-fitness and sports-mass professional competence of the physical and sports personnel.

Object and methods of research: The object of research is the professional competence of sports and athletic personnel in higher educational establishments.

Subject of the research: to reveal the essence of theoretical and methodological foundations of the system of professional competence of the sports and sports personnel and their preparation for pedagogical activity.

Ukraine's accession to the world and European educational space requires updating the system of training future specialists on the basis of a competent approach. One of the most important tasks facing higher education is development and self-development, education of responsible attitude to one's own health, formation of physical-fitness and sports-mass competence of students [7, p. 136].

The competence of the teacher directly influences the formation of professional competence of the sports and sports personnel and their preparation for pedagogical activity. After all, competence is the ability, willingness and ability of a student to pursue a professional personal activity, effectively set and solve specific problems, taking into account the criteria of conformity of professional achievements. And also the ability to correctly consider, investigate, analyze external and internal factors that actively influence the process of formation of professional competence of future managers of physical culture and sports.

The structure of the formation of professional competencies of future sports and sports personnel is a set of such components as: communicative, informational, professional, personal motivation and creative-personal approach. The main components of the formation of professional competences are the provision of future sports and sports personnel, opportunities to show their initiative, independence in decision-making and motivation in work.

Emotional coloring of future sports and sports personnel is reflected in the motivational component, directly influencing the formation of professional competence, in the desire to form a system of professional skills, abilities, knowledge, motivations and beliefs, which are aimed at achieving high sports results, forming a professional and practical activity to create factors for healthy lifestyles and constant physical improvement.

The internal perception of the person of physical education is another important factor of formation of professional competence, which is manifested in the process of creation of physical-fitness and sports-mass competence of future personnel, developing in them the necessary moral, physical qualities, which they realize in practical activity.

Commonly known functions of creating professional competence of sports and sports personnel are: educational, communication, information, health and fitness, recreational - rehabilitation, creative and creative.

Consequently, the implementation of the aforementioned functions for the formation of professional competence of sports and sports personnel in practice involves a variety of forms, methods and means. What universities express in the following:

lectures - educational classes, morning physical gymnastics, physical and health and mass events, physical training in the process of educational activities; exercise, self-example, exercise, encouragement and coercion.

The realization of the aforementioned motivations, functions and methods of forming the professional competences of sports and sports personnel allows realizing this process at a high professional-methodical level, taking into account the main motivations for universities and according to the requirements of the Ukrainian market of praxis. Effective areas of formation that characterize the development of professional competencies of sports personnel in Ukraine should be determined by a combination of the following major components: internationalization of the educational process, application of new technologies in the formation process, professionalism in the field, and modernization of universities in the field of education of fitness and wellness.

It can be argued that the formation of the professional competence of managers of physical culture and sports in the context of national and international market environment should be based on the application of a competent approach with justification of the proper educational goals and motives. The current demands of the labor market on the effectiveness of education systems are intended to intensify the movement to form the content of education on a competent basis, which will necessitate the development of technologies for assessing the level of competences and competencies, which, in our opinion, involves updating the content, forms and methods of vocationally-oriented training in Universities, coordination of educational activities, which should be aimed at the formation of market values, the competitiveness of these professionals in the modern labor market, readiness professionals to solve real professional problems.

Key words: higher educational institutions, professional competency, pedagogical competency, physical culture and sports staff.

Відомості про авторів

Пишка Ольга Петрівна – старший викладач, кафедра фізичного виховання, факультет здоров'я та фізичного виховання Ужгородський національний університет, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Сущенко Ірина Вікторівна – старший викладач, кафедра фізичного виховання, факультет здоров'я та фізичного виховання Ужгородський національний університет, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Жоффчак Єва Степанівна – старший викладач, кафедра фізичного виховання, факультет здоров'я та фізичного виховання, Ужгородський національний університет, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета. Вивчити, оцінити та розробити модель оцінки якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда.

Матеріали та методи. Дослідження проведено шляхом статистичної обробки даних анкетування хворих, які перенесли інфаркт міокарда (310 анкет). З метою вивчення якості життя хворих було використано бібліосемантичний, статистичний та медико-соціологічний методи.

Результати. Середній показник якості життя хворих склав $52,48 \pm 0,45\%$ та знаходився у межах від 34,64% до 71,07%. У чоловіків середній рівень якості життя склав $53,47 \pm 0,54\%$, у жінок – $50,83 \pm 0,75\%$ відповідно. Серед респондентів у віковій групі 34-49 років середній показник якості життя склав $61,69 \pm 0,59\%$, 50-64 років - $55,18 \pm 0,28\%$ та у віці 65-81 років становив $42,71 \pm 0,42\%$ відповідно. На основі розрахованих коефіцієнтів множинної регресії було виявлено, що найбільший вплив на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда мали обмеження у фізичній ($R_{xy} = -0,265$) та психологічній ($R_{xy} = -0,247$) сферах.

Висновки. Розроблена модель дозволяє прогнозувати якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда та дає можливість застосовувати її у лікувальному процесі з метою покращення якості життя.

Ключові слова: інфаркт міокарда, якість життя.

Вступ

Згідно з визначенням ВООЗ здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або недуг. Останнім часом дуже часто вживають сполучення здоров'я в поєднанні з його впливом на якість життя. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям (HRQoL) – це багатопланова концепція, яка включає рівень благополуччя у фізичній, психічній, емоційній і соціальній сферах життєдіяльності людини [5]. Для вивчення та оцінки якості життя створено багато загальних та специфічних опитувальників, які дозволяють визначити як сам хворий оцінює наскільки обмеження порушують його функціонування, пов'язане з різними сферами життєдіяльності [2, 3]. Така суб'єктивна характеристика самим пацієнтом свого стану дає змогу більш детально та точно дати оцінку та проаналізувати якість життя таких хворих.

Ішемічна хвороба серця, зокрема інфаркт міокарда, являється серцево-судинною патологією, яка найчастіше зустрічається в кардіологічній практиці [1]. Лікування даної патології є дуже тривалим процесом та іноді може продовжуватися протягом усього життя. Тому оцінка ефективності лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда повинна складатися не тільки з оцінки та аналізу клінічних, лабораторних та інструментальних показників, а також з оцінки та аналізу якості життя таких хворих [4].

Таким чином, вивчення та оцінка якості життя являється показником комплексного аналізу ефективності лікувально-профілактичних заходів.

Мета дослідження: вивчити і оцінити якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда та побудувати модель оцінки якості життя пацієнтів з даною патологією.

Матеріали та методи

У дослідження було включено 310 пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда та знаходилися на стаціонарному лікуванні у Харківській міській клінічній лікарні № 28 і Клінічному санаторії «Роца». Середній вік хворих склав $58,7 \pm 0,5$ років.

З метою об'єктивного та всебічного вивчення якості життя хворих з даною патологією було використано спеціально адаптований опитувальник «Анкета-опитувальник для оцінки якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда». Даний опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності сторонами життєдіяльності, на які впливає стан здоров'я та складається з 27 питань, які розподілено на 4 блоки обмежень: фізичні, психологічні, соціальні та обмеження в харчуванні. Для оцінки отриманих результатів було використано наступні порогові значення: 71-100% - оптимальний рівень якості життя; 51-70% - середній рівень якості життя; 50% і менше – низький рівень якості життя. Для розрахунку коефіцієнту якості життя було використано запропоновану нами формулу, результат якої виражено у відсотках:

$$QL = 100 - \left(\frac{Q_i}{Q} \times 100 \right), \text{ де}$$

QL - показник якості життя пацієнта, який обстежується,

Q_i - індивідуальна сумарна кількість балів пацієнта, який обстежується,

Q - сумарна кількість балів по конкретній анкеті.

Дослідження проведено з дотриманням норм, усі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь.

Для оцінки обмежень у життєдіяльності хворих, які перенесли інфаркт міокарда по окремим блокам були розраховані показники множинної регресії, а також додаткові коефіцієнти регресії, такі як α , β та Δ -коефіцієнти.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми Stadia.

Результати дослідження та їх обговорення

На основі отриманих даних було встановлено, що середній показник якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда склав $52,48 \pm 0,45\%$ та знаходився у межах від $34,64\%$ до $71,07\%$. У дослідженні було проаналізовано взаємозв'язок між розвитком інфаркту міокарда та статтю, достовірних відмінностей виявлено не було. У чоловіків середній рівень якості життя склав $53,47 \pm 0,54\%$, у жінок - $50,83 \pm 0,75\%$ відповідно. Під час порівняння показників якості життя в залежності від віку було виявлено, що серед респондентів у віковій групі 34-49 років середній показник якості життя склав $61,69 \pm 0,59\%$, 50-64 років - $55,18 \pm 0,28\%$ та у віці 65-81 років становив $42,71 \pm 0,42\%$ відповідно (табл. 1).

Таблиця 1

Показники якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда в залежності від віку та статі (%)

Розрахункові показники	Вік, років			Стать	
	34-49	50-64	65-81	чоловіки	жінки
Середнє значення показника якості життя	$61,69 \pm 0,59$	$55,18 \pm 0,28$	$42,71 \pm 0,42$	$53,47 \pm 0,54$	$50,83 \pm 0,75$
Мінімальне значення показника якості життя	51,96	43,21	34,64	34,64	34,73
Максимальне значення показника якості життя	71,07	64,29	51,61	71,07	70,09
Середнє квадратичне відхилення	$\pm 4,22$	$\pm 3,57$	$\pm 3,96$	$\pm 7,59$	$\pm 7,97$
Коефіцієнт варіації	6,84	6,47	9,27	14,19	15,68

У результаті аналізу показників за шкалою оцінки якості життя було встановлено, що більшість опитуваних, а саме $65,8\%$ мали середній рівень якості життя, $34,2\%$ оцінили свій рівень якості життя як низький та з оптимальним рівнем якості життя не було виявлено жодного досліджуваного.

Наступний етап дослідження складався з аналізу окремих блоків обмежень якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда. З цієї метою було розраховано та проаналізовано показники множинної регресії. У ході дослідження було розподілено всі обмеження життєдіяльності на 4 блоки: обмеження у фізичній, психологічній, соціальній сферах та обмеження у сфері харчування. За результатами дослідження було встановлено, що найбільший вплив на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда мали обмеження у фізичній сфері ($R_{xy} = -0,265$), далі слідували обмеження у психологічній сфері ($R_{xy} = -0,247$) та обмеження у сфері харчування ($R_{xy} = -0,182$) та найменший вплив мали обмеження у соціальній сфері ($R_{xy} = -0,151$).

З метою більш детального аналізу блоків обмежень, що впливають на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда було розраховано додаткові коефіцієнти регресії, такі як α -коефіцієнт, β -коефіцієнт, Δ -коефіцієнт.

Коефіцієнт еластичності (α -коефіцієнт) застосовується для характеристики залежності між результативною змінною і факторними змінними. Він показує на скільки відсотків зміниться величина результативної змінної, якщо величина факторної змінної зміниться на 1%. У результаті дослідження було встановлено, що результативний показник якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда матиме найбільше відхилення від середнього рівня при відхиленні на 1% значень факторів щодо фізичної сфери ($-0,3047$) та психологічної сфери ($-0,2313$).

Стандартизований коефіцієнт регресії (β -коефіцієнт) використовується з метою порівняння результатів впливу різних незалежних змінних на залежну змінну. У результаті обчислення β -коефіцієнтів можна стверджувати, що обмеження в харчуванні ($-0,4163$) були найбільш варіабельними порівняно з іншими. Δ -коефіцієнт показує частку впливу кожного фактора в сумарному впливі всіх факторів на залежну змінну. Було встановлено, що значну питому вагу мали обмеження у сфері харчування ($0,3347$) (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив блоків обмежень на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда

Блоки обмежень	R _{xy}	α-коефіцієнт	β-коефіцієнт	Δ-коефіцієнт
Фізичний	-0,265	-0,3047	-0,3144	0,2561
Психологічний	-0,247	-0,2313	-0,3168	0,2534
Соціальний	-0,151	-0,1589	-0,2412	0,1556
Харчування	-0,182	-0,0965	-0,4163	0,3347

Наступний етап складався з побудови моделі оцінки якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда. З метою розподілу факторів для побудови моделі використовувався критерій Колмогорова-Смірнова з поправкою Лілієфорса та критерій Шапіро-Уїлка. Для всіх 27 факторів p-value <0,05, отже, є підстави відкинути основну статистичну гіпотезу про те, що змінна розподілена згідно нормального закону розподілу, а, отже, для подальшого аналізу будуть використані непараметричні критерії. З метою знизити розмірність матриці факторів і усунути негативні статистичні явища, а також, статистично незначущі фактори було використано коефіцієнт кореляції Спірмена. Використання методу найменших квадратів дало змогу отримати модель оцінки якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда:

$$Y = 0,94 - 0,265 \times X_1 - 0,247 \times X_2 - 0,182 \times X_3 - 0,151 \times X_4, \text{ де}$$

- Y – якість життя,
- X₁ – обмеження у фізичній сфері,
- X₂ – обмеження у психологічній сфері,
- X₃ – обмеження у сфері харчування,
- X₄ – обмеження у соціальній сфері.

Скоригований коефіцієнт детермінації (R²) - 0,908, що свідчить про високу якість та підтверджує адекватність побудованої моделі.

У результаті дослідження було встановлено, що сукупний вплив обмежень на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда складає 94%, що свідчить про високу ступінь інформативності даної моделі. Частка обмежень, які не були враховані (H), але мають вплив на якість життя хворих з даною патологією складає 6% (рис.).

Враховуючи, що середнє значення обмежень у фізичній сфері становить 0,302, у психологічній сфері – 0,246, у сфері харчування – 0,139 та у соціальній сфері – 0,276 використавши цю модель можна розрахувати якість життя хворого:

$$Y = 0,94 - 0,265 \times 0,603 - 0,247 \times 0,492 - 0,182 \times 0,278 - 0,151 \times 0,552$$

$$Y = 0,525 \times 100 = 52,5$$

У результаті обчислення якості життя хворого, який переніс інфаркт міокарда становить 52,5%.

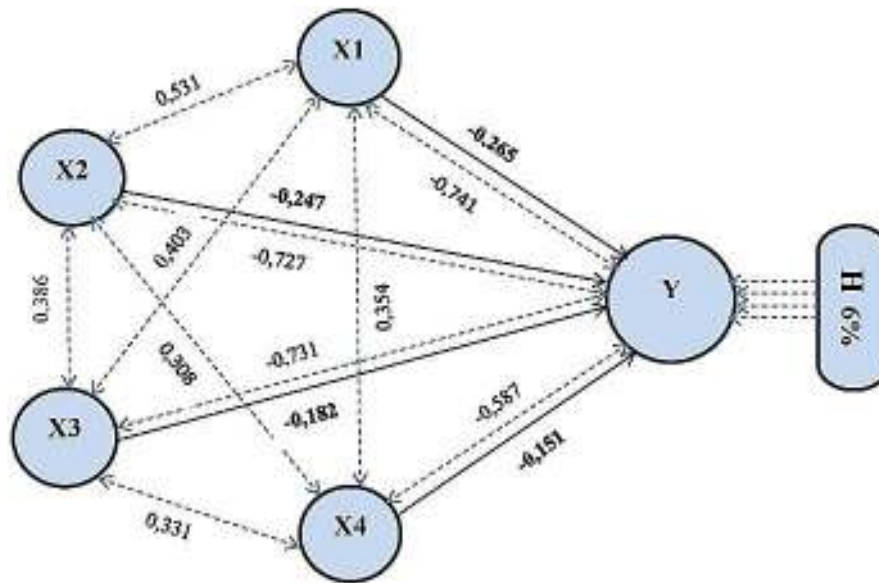
Але якщо провести всі необхідні заходи спрямовані на покращення якості життя та завдяки цьому вплинути на зниження середнього значення кожного показника обмежень у два рази, то отримуємо наступні результати:

$$Y = 0,94 - 0,265 \times 0,302 - 0,247 \times 0,246 - 0,182 \times 0,182 - 0,151 \times 0,276$$

$$Y = 0,733 \times 100 = 73,3$$

Отже, можна стверджувати, що якщо знизити середнє значення кожного показника обмежень у два рази, то якість життя даного хворого, який переніс інфаркт міокарда покращиться на 20,8% і складатиме 73,3%.

Дана модель дозволила визначити найбільш вагомі та суттєві обмеження, що впливають на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Використовуючи модель можна отримати прогнозні оцінки якості життя пацієнтів з даною патологією.



- X1 – обмеження у фізичній сфері,
 X2 – обмеження у психологічній сфері,
 X3 – обмеження у сфері харчування,
 X4 – обмеження у соціальної сфері,
 H – відсоток неврахованих обмежень,
 Y – якість життя,
 _____ коефіцієнт простої лінійної регресії,
 коефіцієнт множинної лінійної регресії.

Рис. Модель оцінки якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда

Висновки

1. Було встановлено, що середній показник якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда склав $52,48 \pm 0,45\%$ та знаходився у межах від 34,64% до 71,07% та відповідав середньому рівню варіабельності (14,94%). Більшість респондентів (61,69%) мали середній показник якості життя. Достовірних відмінностей між розвитком інфаркту міокарда і статтю виявлено не було. Також було доведено, що зі збільшенням віку пацієнтів середній показник якості життя погіршився: у віковій групі 34-49 років середній показник якості життя склав $61,69 \pm 0,59\%$, 50-64 років – $55,18 \pm 0,28\%$ та у віці 65-81 років становив $42,71 \pm 0,42\%$ відповідно.

2. На основі розрахованих коефіцієнтів множинної регресії було виявлено, що найбільший вплив на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда мали обмеження у фізичній ($R_{xy} = -0,265$) та психологічній ($R_{xy} = -0,247$) сферах. Результати розрахунків додаткових α -коефіцієнтів вказують на те, що показник якості життя матиме найбільше відхилення від середнього рівня при зміні на 1% показників обмежень у фізичній сфері (-0,3537); за даними β -коефіцієнтів обмеження у сфері харчування виявилися найбільш варіабельними (-0,4163); згідно з розрахунками Δ -коефіцієнтів найбільшу питому вагу мають обмеження у сфері харчування (0,3347).

3. Побудована математична модель залежності якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда від обмежень у різних сферах життя має високий рівень інформативності, про що свідчить високий відсоток врахованих обмежень на якість життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда (94%) та незначна питома вага обмежень, що не були враховані (6%). Отже, така модель може бути використана для прийняття рішень та здійснення прогнозів.

Перспективи подальших досліджень полягають у прогнозуванні якості життя хворих, які перенесли інфаркт міокарда, що, в свою чергу, призведе до оптимізації діагностично-лікувального процесу.

Література

1. Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні / В. А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 45–52.
2. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента / О. В. Евсина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – №1. – С. 119-133.

3. Сурмач М.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины / М.Ю. Сурмач // Социология. – 2011. – № 2. – С. 100–104.
4. Chudek J. Quality of life (QOL) evaluation after acute coronary syndrome with simultaneous clopidogrel treatment. / J. Chudek, A. Kowalczyk, A.K. Kowalczyk et al. // Arch Med Sci. – 2014. – Vol. 10. P. – 33–38.
5. Erickson J.M. Fatigue sleep-wake disturbances, and quality of life in adolescents receiving chemotherapy / J.M. Erickson, S.I. Beck, B.R. Christian // J. Pediatr. Hematol. Oncol. – 2011. – № 33. – P. 17–25.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.08.2019 р.

Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда

А.А. Подпрядова

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: Изучить, оценить и разработать модель оценки качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы: Исследование проведено методом статистической обработки данных анкетирования больных, перенесших инфаркт миокарда (310 анкет). С целью изучения качества жизни больных были использованы библиосемантический, статистический и медико-социологический методы.

Результаты: Средний показатель качества жизни больных составил $52,48 \pm 0,45\%$ и находился в пределах от 34,64% до 71,07%. У мужчин средний уровень качества жизни составил $53,47 \pm 0,54\%$, у женщин – $50,83 \pm 0,75\%$ соответственно. Среди респондентов в возрастной группе 34-49 лет средний показатель качества жизни составил $61,69 \pm 0,59\%$, 50-64 лет – $55,18 \pm 0,28\%$ и в возрасте 65-81 лет составлял $42,71 \pm 0,42\%$ соответственно. На основании рассчитанных показателей множественной регрессии было выявлено, что наибольшее влияние на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда имели ограничения в физической ($R_{xy} = -0,265$) и психологической ($R_{xy} = -0,247$) сферах.

Выводы: Разработанная модель позволяет прогнозировать качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, и дает возможность применять ее в лечебном процессе с целью улучшения качества жизни.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, качество жизни.

Life quality of patients after myocardial infarction

А.А. Подпрядова

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose – to study, evaluate and develop a model of life quality assessment in patients after myocardial infarction.

Materials and methods. The study was conducted by statistical processing of survey data of patients after myocardial infarction (310 questionnaires). In order to study the quality of life of patients, bibliosemantic, statistical and medical and sociological methods were used.

Results. The average quality of life of patients was $52,48 \pm 0,45\%$ and ranged from 34,64% to 71,07%. In men, the average level of life quality was $53,47 \pm 0,54\%$, in women – $50,83 \pm 0,75\%$ relatively. Among the respondents in the age group 34-49 years, the average indicator of life quality was $61,69 \pm 0,59\%$, 50-64 years old – $55,18 \pm 0,28\%$ and at the age of 65-81 years old it was $42,71 \pm 0,42\%$ relatively. Based on the calculated indicators of multiple regression, it was found that the greatest impact on the life quality of patients after myocardial infarction had limitations in the physical ($R_{xy} = -0,265$) and psychological ($R_{xy} = -0,247$) spheres.

Conclusions. The developed model allows to predict the quality of life of patients after myocardial infarction and makes it possible to use it in the treatment process in order to improve the quality of life.

Key words: myocardial infarction, quality of life.

Відомості про автора

Подпрядова Анна Анатоліївна – аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я «Харківський національний медичний університет»; проспект Науки 4, м. Харків, 61022, Україна.

А.П. Співак

Аналіз існуючих підходів до фізичної реабілітації пацієнтів при хірургічному лікуванні захворювань органів грудної клітки (аналітичний огляд наукової літератури)

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета роботи: дослідити та проаналізувати дані наукової літератури з використання засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні захворювань органів грудної клітки.

Матеріали та методи, що використані під час виконання дослідження. Матеріалами дослідження слугували дані наукових публікацій вітчизняних та закордонних дослідників. Всього 36 наукових джерел із яких ... латиницею. Під час виконання дослідження використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати та їх обговорення. Більшість вітчизняних наукових публікацій стосуються фізичної реабілітації пацієнтів в торакальній хірургії. Застосування засобів фізичної реабілітації пацієнтів при хірургічному лікуванні захворювань органів грудної клітки має обмежений характер. В ході дослідження встановлено, що в системі охорони здоров'я України реабілітаційні розробки провідних країн світу, використання яких має високу медичну ефективність та покращує якість життя прооперованих, не адаптовані до особливостей вітчизняного лікувально-відновного процесу обраного контингенту пацієнтів.

Висновки. Проведений аналіз наукової літератури вказує на ефективність застосування різних засобів фізичної реабілітації у відновному лікуванні пацієнтів, які перенесли операції на органах грудної клітки. Однак, в Україні, відсутня сучасна комплексна система фізичної реабілітації вказаних пацієнтів, що потребує її наукового обґрунтування та впровадження в медичну практику.

Ключові слова: захворювання органів грудної клітки, хірургічне лікування, фізична реабілітація, існуючі підходи, наукова література, аналіз.

Вступ

В Україні захворювання органів дихання займають провідні місця як в структурі захворюваності так і поширеності хвороб [1]. Значне місце серед них займають туберкульоз органів дихання та онкологічні захворювання [2] лікування яких здійснюється із застосуванням хірургічних методів. Одним з видів таких хірургічних втручань є торакопластичні операції [3, 4]. Вони застосовуються при ліквідації ускладнень раніше виконаних операцій на легенях та при лікуванні хворих на поширений і ускладнений туберкульоз легень. Наслідком хірургічних втручань є зазначені порушення функціонування органів грудної клітки які можуть спричинити тяжку інвалідизацію, істотно погіршити якість життя і стати причиною передчасної смерті [5].

У науковій літературі зустрічаються окремі повідомлення про заходи з корекції порушень, спричинених торакопластичними операціями [6, 7]. Однак, системного підходу з використання достатнього об'єму заходів фізичної реабілітації у даному напрямку досі не відбувається так як існуючі розробки з використання фізичної реабілітації не забезпечують достатнього рівня її якості на фоні розширення об'єму сучасних хірургічних втручань.

Мета роботи: дослідити та проаналізувати дані наукової літератури з використання засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні захворювань органів грудної клітки.

Матеріали та методи що використані під час виконання дослідження. Матеріалами дослідження слугували дані наукових публікацій вітчизняних та закордонних дослідників. Всього 36 наукових джерел із яких 7 іноземних авторів. Під час виконання дослідження використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Перші публікації в Україні з питань застосування засобів фізичної реабілітації хворих в торакальній хірургії були здійснені у 70-80 рр. ХХ століття. За результатами аналізу публікацій, було встановлено, що найбільш уживаним трактуванням терміну «реабілітація хворого після торакальної операції» малося на увазі розробка й реалізація індивідуального плану відновлення його порушеного психічного, морального, фізичного та фізіологічного стану [8].

В той час існували науково обґрунтовані пропозиції про створення спеціальних реабілітаційних відділень для реалізації комплексної реабілітаційної допомоги хворим після операцій на легенях у відповідних лікувальних закладах, зокрема – онкологічних [9]. Пріоритетними напрямками роботи відділень відновного лікування торакальних хворих мали бути проведення курсів підтримуючої і загальнозміцнюючої терапії, корекція анатомо-функціональних порушень,

психотерапія, оцінка перспектив відновлення працездатності хворих, соціальна реабілітація [10]. Реабілітація після торакальних операцій складається з медичних, психологічних, педагогічних і трудових заходів, використання яких повинно починатися одразу після операції [11]. Застосування фізичних методів лікування (масаж, лікувальна фізкультура) автор вважає доцільним для усунення та компенсації післяопераційних ускладнень.

Більшість дослідників, які займаються питаннями післяопераційної реабілітації, визнають недостатність реабілітаційної допомоги вказаним хворим в Україні та вважають за актуальне й необхідне проводити обґрунтування та розробку сучасних реабілітаційних програм. При цьому наукові дослідження обмежуються медичною складовою лікувально-відновного процесу зазначеного контингенту, розробкою сучасних схем медикаментозного забезпечення, пошуками надійних методів прогнозування післяопераційного перебігу хвороби, широким впровадженням протезування, пошуками підходів до корекції психічного стану хворого тощо [12, 13]. При цьому слід відзначити, що в розвинутих країнах світу, застосування заходів фізичної реабілітації є обов'язковою складовою лікувально-відновного процесу, в тому числі, після проведення операцій на органах грудної клітки [14–17].

Проведений аналіз наукових літературних джерел дозволяє зробити висновок, що в Україні:

- реабілітація не стала складовою частиною комплексу терапевтичних заходів у торакальній хірургії;
- зберігається недостатній зв'язок та спадкоємність між етапами лікування, оскільки реабілітація онкологічних хворих перебуває в сфері інтересів різних спеціалістів, які працюють з пацієнтами даного контингенту, що, в свою чергу, призводить до відсутності комплексного підходу до відновлення здоров'я та індивідуальної для кожного хворого програми лікування і реабілітації;
- наявні поодинокі публікації з питань фізичної реабілітації хворих після торакопластики є розрізненими та містять лише окремі аспекти реабілітаційного процесу.

Необхідно відмітити, що методологія фізичної реабілітації при окремих торакальних операціях розроблена достатньо ґрунтовно та широко застосовується у практиці. Однак це стосується переважно резекційної грудної хірургії при таких захворюваннях, як туберкульоз, бронхоектатична хвороба, кісти, абсцеси, онкологічні ураження [18, 19]. Водночас, поряд з подібністю механізмів післяопераційних порушень після резекції легень, екстраплевральна торакопластика має істотну специфіку щодо техніки виконання й, відповідно, патогенезу операційної травми. Це визначає наявність певних особливостей післяопераційного перебігу у даного контингенту хворих. Окрім того, в процесі фізичної реабілітації хворих після проведеної торакопластики необхідно враховувати особливості основного процесу з приводу чого виконувалася операція, та різноманітність його клінічних проявів.

Методики та практичні рекомендації щодо застосування засобів реабілітації при торакопластиках, порівняно з іншими втручаннями на грудній клітці [20–22], представлені досить обмежено й переважно не пристосовані до сучасних умов та особливостей лікування даного контингенту пацієнтів. Існують лише поодинокі методичні розробки і рекомендації з психофізичної, фізичної, соціальної і професійної реабілітації хворих на внутрішньогрудну патологію, які, поряд з ранньою діагностикою і пошуком найбільш раціональних методів лікування, дають можливість відновити фізичне і суспільне становище хворого [23].

При цьому необхідно зазначити, що існують фундаментальні дослідження, присвячені проблемам фізичної реабілітації хворих після хірургічного лікування з приводу злоякісних пухлин легень. В публікаціях В.Н. Герасименка з співавторами детально обговорюються особливості фізичної реабілітації та фактори, які необхідно враховувати під час призначення хворому курсу лікувальної фізичної культури [24]. Одним з основних завдань передопераційної підготовки хворого вони вважали психологічну підготовку та навчання хворого правильному типу дихання, прийомам відкашлювання, рухам та положенням у ліжку.

Програму реабілітації хворого після радикального лікування раку легень рекомендувалось розділити на п'ять етапів: передопераційний, операція, безпосередньо післяопераційний, відтермінований післяопераційний та етап тривалої реабілітації (тренувальний). Автори рекомендували лікувальну дихальну гімнастику у передопераційному періоді, як один з основних передопераційних заходів, який забезпечує адекватну санацію трахеї та бронхів. Фізичні вправи, направлені на покращання функції зовнішнього дихання, рекомендувалось проводити один раз на день в положеннях хворого лежачи або сидячи. Хворого навчали виконувати вправи для оптимізації акту дихання, його уповільнення й поглиблення, виконувати статичні й динамічні дренажні вправи з малою щільністю фізичного навантаження, оволодівати методикою діафрагмального дихання. Оптимальну тривалість заняття визначали в межах 15 хвилин. Метою післяопераційної лікувальної фізичної культури автори визначали профілактику післяопераційних ускладнень, гіповентиляції та можливих застійних явищ в легенях і паренхіматозних органах. Згідно запропонованої ними методики, рекомендувалось, відразу після пробудження від наркозу, застосовувати глибоке дихання та відкашлювання, виконувати легкий масаж спини та ніг. В той же час, методика проведення реабілітації хворих на рак легень у відновному періоді була представлена лише у вигляді визначення її мети і перерахування основного спрямування дії вправ, які були рекомендовані для застосування без методологічної деталізації [25]. Автори наголошують, що поряд із вирішенням основного завдання – збільшення тривалості життя після радикального лікування, принциповим є отримання адекватних функціональних результатів [26–28].

При розгляді вищенаведеної методики, видається доцільним розширити перелік завдань передопераційного періоду для більш поглибленої підготовки пацієнта до операції. Оскільки фізичний стан більшості пацієнтів є задовільним, а функціональний стан дихальної системи є компенсованим, не виникає потреби у полегшених умовах для

виконання нескладних дихальних чи загальнозмичуючих вправ. Окрім того, на нашу думку, заняття тривалістю до 15 хвилин з низькою щільністю фізичного навантаження є недостатніми для створення оптимального впливу засобів фізичної реабілітації на організм та вирішення поставлених реабілітаційних завдань. В вищезазначених роботах не зазначалося необхідності застосування активних вправ, які мають ширший та потужніший вплив на організм людини, а, в умовах істотного пошкодження кістково-м'язового апарату дихання внаслідок торакопластики, залучення до роботи максимально можливих рухових об'ємів набуває принципового значення. Практично не наведені рекомендації щодо засобів реабілітації у відновному та тренувальному періодах. Зокрема, рекомендація щодо проведення занять протягом тренувального періоду тільки у групах, суперечить сучасним уявленням про оптимізацію й індивідуалізацію процесу реабілітації, а складність патології та особливості післяопераційного перебігу у кожного хворого не дають можливості повноцінного вирішення індивідуальних реабілітаційних завдань.

В ході проведеного дослідження встановлено, що існує низка ґрунтовних робіт, присвячених безпосередньо реабілітації після торакальних операцій.

В них велике значення приділено заняттям у тренувальному періоді, метою яких є підготовка хворого до виписки зі стаціонару, життя в домашніх умовах з повним самообслуговуванням і пов'язаними з цим фізичними навантаженнями. Поряд з цим, спостерігаються певні протиріччя щодо визначення основних проблем, які постають перед оперованими хворими перед їх випискою з лікарні, не вказані реабілітаційні завдання або перелік методів обстежень, спираючись на які можна було б індивідуалізувати реабілітаційну програму. При цьому запропоновані комплекси лікувально-гімнастичних вправ є досить орієнтовними і, як правило, не структурованими за періодами перебування хворого в стаціонарі. До того ж, використання узагальнених комплексів вправ не дозволяє реалізувати один з основних принципів фізичної реабілітації – індивідуалізації з адекватним впливом відповідно до стану пацієнта. Окрім того, багато запропонованих вправ, за рівнем складності, не відповідають загальному фізичному стану пацієнтів при торакопластиці. У межах одного періоду перебування пацієнта у стаціонарі пропонується велика кількість вправ, які спрямовані на вирішення вузького кола реабілітаційних завдань, дуже схожих за своїм характером та впливом.

Значним кроком у розвитку концепції організації та надання реабілітаційної допомоги стали пізніші розробки Мурзи В.П., Мухіна В.М. [29, 30], які є практичним посібником з проведення реабілітаційних заходів у сфері медичної, соціальної та трудової реабілітації хворих після операцій на органах грудної клітки. Велику теоретичну та практичну значущість мають рекомендації авторів щодо методології організації, особливостей управління та функціонування реабілітаційного центру, принципів формування команди спеціалістів, що працюють з пацієнтами. До позитивних рис запропонованої концепції, слід віднести її скерованість не лише на амбулаторний, але й на післялікарняний етапи лікувально-відновного процесу. Проте, особливості реабілітації пацієнтів після торакопластики взагалі й з приводу туберкульозу легень зокрема, авторами не деталізуються.

В проаналізованих нами наукових публікаціях представлені фізіологічні та клінічні механізми впливу засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні захворювань органів грудної клітки.

Так, кваліфіковане застосування лікувального масажу, оптимальне дозування масажних прийомів активізує основні механізми його фізіологічного впливу (механічний, нервово-рефлекторний, гуморальний,) та сприяє підвищенню функціональних можливостей як всього організму, так і його окремих органів і систем [31]. Застосування інгаляційної терапії сприяє досягненню певного місцевого ефекту (трахея, бронхи, легені) та визначених проявів системної дії лікарських речовин [32]. Дослідники акцентують на тому, що кожен з перелічених засобів фізичної реабілітації має свої особливості механізму дії та різний клініко-фізіологічний вплив на організм хворого загалом [33] та дихальну систему зокрема. Автори вказують на те, що основні механізми лікувальної дії фізичних вправ проявляються у їх тонізуючому впливі, трофічній дії, формуванні компенсації та нормалізації порушених функцій [34].

Наукові публікації наводять приклади покращення якості життя пацієнтів в лікувальному комплексі яких застосовано засоби фізичної реабілітації [35, 36].

Підводячи підсумки аналітичного огляду можна зробити висновок, що більшість вітчизняних наукових публікацій стосуються фізичної реабілітації пацієнтів в резекційній торакальній хірургії. При цьому реабілітаційні розробки провідних країн світу не адаптовані до особливостей вітчизняного лікувально-відновного процесу обраного контингенту пацієнтів, що визначає необхідність проведення вітчизняних наукових досліджень з обґрунтування сучасної системи фізичної реабілітації пацієнтів при хірургічному лікуванні захворювань органів грудної клітки.

Висновки

Проведений аналіз наукової літератури вказує на ефективність застосування різних засобів фізичної реабілітації у відновному лікуванні пацієнтів, які перенесли операції на органах грудної клітки. Однак, в Україні, відсутня сучасна комплексна система фізичної реабілітації вказаних пацієнтів, що потребує її наукового обґрунтування та впровадження в медичну практику.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з обґрунтуванням сучасної системи фізичної реабілітації пацієнтів при хірургічному лікуванні захворювань органів грудної клітки.

Література

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. Київ, 2018 – 462 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Київ, 2017– 516 с.
3. Радионо́в Б. Рак легкого / Б. Радионо́в, И.Калабу́ха, О. Хмель, В. Гейнц, М.Калиниченко // Doctor. – 2004. - № 2. – С. 51 -54.
4. Савенков Ю. Ф. Оптимизация хирургического лечения больных с лекарственноустойчивым туберкулёзом лёгких/ Ю. Ф. Савенков // Український пульмонологічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 40 – 43.
5. Репин Ю.М. Тактика хирургического лечения больных лекарственно – устойчивым туберкулезом легких / Ю.М. Репин // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2001. – № 1. – С. 46 – 51.
6. Грищенко Н.Г. Роль хирургических методов в лечении больных фиброзно-кавернозным туберкулезом / Н.Г.Грищенко, В.А. Краснов, А.А. Андренко // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 2. – С. 36 – 38.
7. Кокосов А. Н. Лечебная физическая культура в реабилитации больных с заболеваниями легких/ А.Н. Кокосов, Е.В. Стрельцова – 2-е изд., перераб. и доп.- Л.: Медицина, 1987. – 144 с.
8. Клячкин Л. М. Реабилитация в пульмонологии / Л. М. Клячкин //Пульмонология.- 1994. – № 1. – С. 6-9.
9. Бондарьов С. Реабилитация больных прошедших радикальное лечение. Режим доступа: (електронна адреса): <http://cancer.ic.ck.ua/index.htm>.
10. Клячкин Л. М. Принципы реабилитации больных бронхолегочными заболеваниями / Л. М. Клячкин // Клин. мед. 1992.- № 2. – С. 105-109.
11. Лукомский Г.И. Неспецифические эмпиемы плевры. – М.: Медицина, 1976. – 286 с.
12. Кравченко А.Ф. Значение торакопластики и причины ее неэффективности при деструктивном туберкулезе легких / А.Ф.Кравченко, Г.И. Алексеева, В.Е. Шамаев, Н.Г. Павлов // Пробл. туберкулеза. – 2002. – № 3. – С. 30 – 31.
13. Варта́нян Ф.Е. Туберкулез: проблемы и научные исследования в странах мира/ Ф.Е. Варта́нян, К.П.Шаховский // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 2. – С. 48 – 50.
14. Schneider E., Castro K.G. Tuberculosis trends in the United States, 1992–2001 // Tuberculosis. – 2003. – Vol. 83, № 1 – 3. – P. 21 – 29.
15. From multidrug-resistant tuberculosis to DOTS expansion and beyond: making the most of a paradigm shift / J. Y. Kim, J. S. Mukherjee, M. L. Rich et al. // Tuberculosis. – 2003. – V. 83, № 1 – 3. – P. 59 – 65.
16. Feasibility and cost – effectiveness of standardised second – line drug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort study in Peru / P.G. Subrez , K. Floyd, J. Portocarrero, E. Alarcyn, E. Rapiti et al. // Lancet. – 2002. – V. 359, № 6. – P.1980 – 1989.
17. Ши́лова М.В. Состояние хирургической помощи больным туберкулезом органов дыхания / М.В.Ши́лова, Т.С. Хрулева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 5. – С. 31– 36.
18. Показания к хирургическому лечению больных туберкулезом легких / М.И. Перельман, В.Н. Наумов, В.Г. Добкин и др. // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 2. – С. 51 – 55.
19. Иванова Т. И. Лечебная физкультура в реабилитации больных туберкулезом легких до и после хирургического лечения / Т.И. Иванова, В.С. Соколова, Л.Н. Новикова // Вопр. курортол., физиотер. и лечебн. физкульт. – 2002. – №6. – С. 14-17.
20. Гу́рьянов В.Н. Раннее хирургическое лечение впервые выявленных больных с ограниченными формами туберкулеза легких/ В.Н.Гу́рьянов, В.П. Стрельцов, М.Н. Альба // Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 6. – С. 48 –52.
21. Елькин А. В. Отдаленные результаты хирургического лечения туберкулеза легких в зависимости от массивности бактериовыделения и лекарственной устойчивости возбудителя/ А.В. Елькин, Ю.М. Репин, Ю.Н. Левашев // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 5. – С. 28 – 31.
22. Ма́дьяр В.В. Интраплевральна торакопластика в лікуванні розповсюджених форм туберкульозу легень: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук . – Київ, 2005. – 17 с.
23. Incidence of Serious Side Effects from First – Line Antituberculosis Drugs among patients created for active Tuberculosis / D. Yee, C.I Valiquette, M. Pelletier et all. // American Journal of Resp. and Crit. Care Med. – 2003. – V. 167. – P. 1472 – 1477.
24. Ге́расименко В. Н. Организация реабилитации онкологических больных / В.Н. Ге́расименко, Ю.В. Артюшенко, Е.В. Дорогова // Вопр. онкологии.- Т. 27, № 7.- 1981.-С. 9-13.
25. Пушка́рев А. Л., Аринчина Н.Т. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации МЗ Республики Беларусь / Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов. – Минск: БНИИЭТИН, 2000. – 15 с.
26. Се́рая Э.В., Смирнов С.В., Лапшин В.П. Эффективность различных видов массажа в лечении больных с ингаляционной травмой. Режим доступа: (електронна адреса) www.medmassage.ru, 10.09.2005 р., 22:44.
27. Ионо́ва Т. И. Понятие качества жизни больных онкологического профиля/ Т.И. Ионо́ва, А.А. Новик, Ю.А.Сухонос // Онкология. 2000, – № 1– 2, Т. 2. – С. 25-28.

28. Жерлов Г. К., Кошель А. П. К вопросу оценки качества жизни пациентов после хирургического лечения рака желудка / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель // *Вопр. онкологии.* – 2001. – №4. – С. 477-481.
29. Мухін В.М. Фізична реабілітація. 3-тє видання, перероблене та доповнене / В.М. Мухін. – К.: Олімпіська література, 2009. – 488 с.
30. Мурза В.П. Фізична реабілітація в хірургії : навч. посіб / В.П.Мурза, В.М. Мухін. - К.: Наук, світ., 2008. – 246 с.
31. *Методика* лечебного массажа при санаторной реабилитации больных хроническим бронхитом / Ефименко П. Б., Зайцев В. Я., Ананьева Т. Г., Саенко В. Г., Пенин В. Д. // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*, 1992, №2, – С. 58-60.
32. Ходашова М.Л. Отдалённые результаты лечения лекарственно-устойчивого туберкулёза лёгких у социально-адаптированных больных / М.Л. Ходашова, М.В. Юдицкий, О.В. Семёнова // *Проблемы туберкулёза и болезней лёгких*. 2004. – № 3. – С. – 26-28.
33. Козьяк В. І. Методи оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації / В.І.Козьяк, О.О. Качмар // *Український медичний часопис*. 2003. – N 3. – С. 61-66.
34. Win T., Sharpies L., Wells F. S., Ritchie A. J., Munday H., Laroche C. M. Effect of lung cancer surgery on quality of life // *Thorax*. 2005. – № 60(3). – P. 234 – 238.
35. *Standard short-course chemotherapy for drug-resistant tuberculosis. Treatment outcomes in 6 countries* / M.A. Espinal, S.J. Kim, P.G. Suarez et al. // *JAMA*. – 2000. – V. 283, № 19. – P. 2537 – 2545.
36. Albrecht G., Fitzpatrick R. A sociological perspective on health-related quality of life research // *Advances in medicine, Sociology.* – Vol. 5: Quality of life in health care. – Connecticut: Jai press inc, 1994. – p. 1– 21.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.09.2019 р.

Анализ существующих подходов к физической реабилитации пациентов при хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки (аналитический обзор научной литературы)

А.П. Спивак

ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»

Цель работы: исследовать и проанализировать данные научной литературы по применению методов физической реабилитации при хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки.

Материалы и методы, использованные при проведении исследования. Материалами исследования послужили данные научных публикаций отечественных и зарубежных ученых. Всего 36 научных источников, из них 7 зарубежных. При проведении исследования применены методы: библиосемантический и структурно-логического анализа.

Результаты и их обсуждение. Большинство отечественных научных публикаций касаются физической реабилитации пациентов в торакальной хирургии. Применение способов физической реабилитации пациентов при хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки имеет ограниченный характер. В ходе исследования установлено, что в системе здравоохранения Украины реабилитационные разработки передовых стран мира, применение которых имеет высокую медицинскую эффективность и улучшает качество жизни прооперированных, не адаптированы к особенностям отечественного лечебно-восстановительного процесса для выбранного контингента пациентов.

Выводы. Проведенный анализ научной литературы указывает на эффективность применения разных способов физической реабилитации в восстановительном лечении пациентов, перенесших операцию на органах грудной клетки.

Ключевые слова: заболевания органов грудной клетки, хирургическое лечение, физическая реабилитация, существующие подходы, научная литература, анализ.

Analysis of existing approaches to patients' physical rehabilitation at surgical treatment of the diseases of the chest organs (analytical survey of scientific literature)

A.P. Spivak

Uzhhorod National University

Goal of research: to study and analyze the information in scientific literature on the application of the methods of physical rehabilitation at surgical treatment of the diseases of the chest.

Materials and methods applied in the course of study. The data of scientific publications of Ukrainian foreign and researches were used as the material of study. 36 scientific sources including 7 foreign ones were analyzed. Biblio-semantic method and the method of structural-and-logical analysis were applied.

Results and their discussion. Most home scientific publications are related to physical rehabilitation of patients in thoracic surgery. The application of the methods of physical rehabilitation at surgical treatment of the chest organs is limited. It is determined in the course of study, that rehabilitation methods of leading countries of the world the application of which shows high medical effectiveness and increases the patients' standard of life, are not adapted to peculiarities of medical rehabilitation process in Ukraine for chosen contingent of patients.

Conclusions. The undertaken analysis of scientific literature shows the effectiveness of different methods of physical rehabilitation for the patients after surgery on the organs of the chest. But the modern comprehensive system of physical rehabilitation for the patients of this group is absent in Ukraine and it requires scientific justification and introduction in medical practice.

Key words: diseases of the chest, surgical treatment, physical rehabilitation, existing approaches, scientific literature, analysis.

Відомості про автора

Співак Антоніна Петрівна – старший викладач кафедри фізичного виховання Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Фізична терапія дітей шкільного віку з вираженим грудним кіфозом

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Дослідження проведені у 30 дітей віком 13-14 років із них 18 хлопців та 12 дівчат, які перебували на відновному лікуванні у поліклінічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Ужгорода.

Мета роботи – проаналізувати та удосконалити комплексну програму фізичної терапії для дітей шкільного віку з грудним кіфозом в амбулаторних умовах.

Матеріали та методи. Для діагностики стану хребта при порушеннях постави використано пристрій «Сколізіометр». Прилад дозволяє проводити вимірювання рівнів розміщення плечових відростків по горизонталі за допомогою шкали із покажчиком у градусах, вимірювання викривлення хребта у фронтальній та сагітальній площинах.

Результати. Після завершення програми фізичної терапії у дітей зі кіфотичною поставою відзначаються вірогідні зміни у таких показниках, як зменшення відхилення рівня плечових відростків по горизонталі як у градусах, так і в мм водного стовпа, зменшення глибини шийного і поперекового лордозу.

Висновки. Проведені дослідження показали, що під впливом комплексної програми фізичної терапії відзначається позитивна динаміка показників стану постави, а саме відхилення рівнів плечових відростків по горизонталі в градусах, а також глибина поперекового лордозу.

Ключові слова: кіфоз, лордоз, фізична терапія, сколізіометр.

Вступ

Гарна постава у дитини – це запорука здоров'я її хребта. Одним із найчастіших порушень постави є грудний кіфоз. Саме тому фахівців і батьків завжди хвилює питання, що робити, якщо дитина сутулиться. Характеризується тим, що верхній грудний відділ хребта викривляється і спина стає круглою, що має назву грудний кіфоз. Виражений кіфоз грудного відділу – це і є сутулість. Причиною грудного кіфозу у дітей шкільного віку частіше є нестача мікроелементів, які беруть участь у формуванні кісток, слабкість м'язів, що підтримують хребет, малорухливий спосіб життя, а також травми хребта або перенесені важкі захворювання. Проте найчастіше сутулість розвивається без будь-яких травм, коли дитина просто не стежить за собою, весь час горбиться, виконуючи якусь роботу. Хребет звикає до вигнутого стану, і тоді починають відбуватися структурні зміни хребців. Велике значення для формування скелета школярів мають побутові умови. У віці 13-14 років сутулість зустрічається у 75,0% школярів [1, 4].

Викривлення хребта в грудному відділі призводить до захворювань серцево-судинної, дихальної та травної систем, опорно-рухового апарату, а також є причиною проблем із зором у школярів. Щоб уникнути подібних наслідків, фізичні терапевти рекомендують починати відновне лікування сутулості якомога раніше – тільки так можна швидко вилікувати патологію і домогтися повної реабілітації пацієнтів. Поширеність порушень постави, їх вплив на загальний стан здоров'я школяра, необхідність ранньої діагностики вимагають загальнодоступних методів тестування, які б могли використовуватися в умовах школи, груп здоров'я, санаторно-лікувальних закладах [2, 4].

Аналіз значної кількості публікацій вітчизняних і зарубіжних авторів та власного практичного досвіду з проблем відновлення функцій хребта передбачає застосування різних засобів і методів кінезіотерапії, де особливе місце відводиться гімнастичним та спортивно-прикладним вправам, спрямованим на зміцнення м'язів тулуба. Щоби сформувати м'язовий корсет, потрібні активні фізичні вправи, професійний масаж спини, плавання, на фоні збалансованого харчового раціону з підвищеним вмістом білка, мікроелементів. Будь-які фізичні навантаження необхідно вводити плавно, поступово підвищуючи їх обсяг. Тому застосування програми фізичної терапії яка орієнтована на випрямлення і розтягування хребетного стовпа, зміцнення м'язового корсету якісно покращить трофічну функцію м'язово-кісткової системи [1, 3].

Мета роботи – проаналізувати та удосконалити комплексну програму фізичної терапії для дітей шкільного віку з грудним кіфозом в амбулаторних умовах.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети у роботі використані методи аналізу, узагальнення, інтерпретації наукових даних. Для більш зручної і точної діагностики стану хребта при порушеннях постави автором запатентований пристрій «Сколізіометр» та спосіб діагностики порушень постави, що зареєстровані в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі та винаходи: патент № 40790, зареєстровано 27.04.2009; патент № 90057 від 23.03.2010 р. Прилад

дозволяє проводити вимірювання рівнів розміщення плечових відростків по горизонталі за допомогою шкали із покажчиком у градусах, вимірювання викривлення хребта у фронтальній та сагітальній площинах проводиться за допомогою вертикально розміщеного виска та лінійки. Перевага приладу «Сколізіометр» полягає в тому, що він достатньо точний, не потребує спеціальних умов для використання і разом з тим простий у використанні. Вимірювання відхилень від правильної постави дає можливість вчасно розпочати корекцію і контролювати стан ефективності реабілітаційних заходів.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження проведені у 30 дітей віком 13-14 років із них 18 хлопців та 12 дівчат, які перебували на відновному лікуванні у поліклінічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Ужгорода. Тривалість захворювання становила 2-4 роки. Контрольну групу становили 20 дітей. За даними опитування, практично всі пацієнти скаржилися на дискомфорт і болі в грудному відділі хребта, які відзначали 90,0% школярів, болі в попереку після фізичного навантаження відзначали відповідно 60,0% пацієнтів. Обмеження рухливості хребта відзначали 70,0 % школярів.

Дослідження стану хребта при порушеннях постави проводилось таким чином: обстежуваний у звичній позі стає спиною до спеціаліста, який накладає на плечовий пояс пристрій. За допомогою приладу визначалися: рівень плечових відростків у градусах, у міліметрах водного стовпа, глибина лордозу в сантиметрах, бокові відхилення хребта від вертикальної осі. Вимірювання викривлень хребта у сагітальній площині проводилось за допомогою розміщеного виска та лінійки, що дає можливість визначити величину відхилення і глибину грудного кіфозу та поперекового лордозу.

Діагностика стану хребта, проведена за допомогою пристрою «Сколізіометра», у експериментальній групі дітей, що мали грудний кіфоз у порівнянні з практично здоровими (контрольна група) дозволила виявити певні особливості постави. Середні показники представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Середні показники стану хребта у дітей з сколіотичною поставою

Показник	Експериментальна група (n = 30)	Контрольна група (n = 20)	P
	M ± m	M ± m	M ± m
Кут відхилення рівня плечових відростків по горизонталі у градусах	4,62 ± 0,25	3,08 ± 0,27	<0,05
Відхилення рівня плечей по горизонталі, мм	5,48 ± 0,23	3,14 ± 0,28	<0,05
Бокові викривлення хребта у грудному відділі, см	1,49 ± 0,11	0,79 ± 0,11	<0,05
Бокові викривлення хребта у поперековому відділі, см	0,97 ± 0,07	0,78 ± 0,11	>0,05
Глибина шийного лордозу, см	4,53 ± 0,2	2,68 ± 0,28	<0,05
Глибина поперекового лордозу, см	4,97 ± 0,22	2,75 ± 0,25	<0,05

При порівнянні середніх показників, які відображають стан постави, а саме кута відхилення плечових відростків по горизонталі в градусах, глибина шийного лордозу та глибина поперекового лордозу в експериментальній і контрольній групі виявлені суттєві відмінності, що свідчать про наявність кіфотичної постави у школярів.

Показники витривалості сили м'язів спини до проведення фізіотерапевтичних заходів становили 150,0±7,9 с., червонного пресу – 32,0±1,0 разів. У нормі у школярів старших 12-ти років час стомлення м'язів спини настає не раніше як через 180,0–240,0 с., м'язів червонного пресу – при виконанні переходу з положення лежачи в положення в сід, не менше як 35–40 разів. У обстежених школярів ці показники нижчі від норми, що свідчить про зниження м'язового корсету.

У комплекс програми фізичної терапії для дітей, з кіфотичною поставою входили: лікувальна гімнастика, реабілітаційний масаж, у який включав класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, ультразвукова терапія паравертебрально, плавання. Завданнями фізичної терапії були корекція кіфотичної постави, виховання і закріплення навичок правильної постави, зміцнення ослаблених м'язів спини, попереку, грудей і живота. Дітям експериментальної групи звертали увагу на зміцнення м'язів живота, спини, задньої поверхні стегон, плечового пояса. Підбиралися вправи, спрямовані на розтягування м'язів грудей, попереку, передньої поверхні стегон. За рекомендаціями авторів, намагалися уникати вправ для посилення поперекового лордозу. Для цього при тренуванні м'язів живота в положенні лежачи на спині рекомендували притискати попереку до підлоги і вище піднімати ноги, щоб зменшити поперековий лордоз. При вправах на зміцнення м'язів спини у положенні лежачи на спині рекомендували піднімати тільки голову і плечі. Тривалість заняття тривало 40–45 хвилин. У разі необхідності проводилися індивідуальні заняття. Курс відновного лікування становив 3 місяці.

Після завершення курсу фізіотерапевтичних заходів проведено повторне обстеження показників постави пристроєм «Сколізіометром». У дітей зі кіфотичною поставою (табл. 2) під впливом програми фізичної терапії вірогідні

зміни відзначені у таких показниках, як зменшення відхилення рівня плечових відростків по горизонталі як у градусах, так і в мм водного стовпа ($P < 0,05$), у зменшенні глибини шийного і поперекового лордозу ($P < 0,05$), а також бокові викривлення хребта у грудному відділі ($P < 0,05$). У частини дітей ці показники становили норму, що корелює з показниками соматоскопічного обстеження.

Таблиця 2

Порівняння результатів корекції порушень кіфотичної постави після фізіотерапевтичних заходів

Показник	Кіфотична постава до проведення фізіотерапевтичних заходів	Кіфотична постава після проведення фізіотерапевтичних заходів	P
Відхилення рівнів плечових відростків по горизонталі в градусах	$4,62 \pm 0,25$	$3,40 \pm 0,23$	$< 0,05$
Відхилення рівнів плечових відростків по горизонталі в мм	$5,48 \pm 0,23$	$3,74 \pm 0,31$	$< 0,05$
Бокові викривлення хребта, грудний відділ (см)	$1,49 \pm 0,11$	$0,98 \pm 0,16$	$< 0,05$
Бокові викривлення хребта, поперековий відділ (см)	$0,97 \pm 0,07$	$0,65 \pm 0,10$	$< 0,05$
Глибина шийного лордозу (см)	$4,53 \pm 0,20$	$3,35 \pm 0,24$	$< 0,05$
Глибина поперекового лордозу (см)	$4,97 \pm 0,22$	$3,49 \pm 0,21$	$< 0,05$

Порівняльний аналіз проведених досліджень в експериментальній і контрольній групі показав, що розроблена програма фізичної терапії, яка спрямована на корекцію кіфотичного порушення постави, сприяє нормалізації показників стану хребта. Оцінюючи динаміку показників постави за час виконання програми фізичної терапії, можемо стверджувати, що найкраще піддаються корекції показники, які залежать від асиметрично підвищеного тону м'язів, а саме відхилення рівнів плечових відростків по горизонталі в градусах, а також глибина поперекового лордозу, бокові викривлення хребта в грудному відділі. Такі високі показники ефективності, вважаємо, досягненні не тільки завдяки цілеспрямованій дії на порушену поставу, так і на функціональну діяльність цілого організму. У дітей з кіфотичним порушенням постави в експериментальній групі поперековий лордоз зменшився з $4,97 \pm 0,22$ см до $3,49 \pm 0,21$ см, напроти контрольної групи, де цей показник вірогідно покращився з $4,55 \pm 0,27$ см до $3,70 \pm 0,26$ см.

Показники сили м'язів спини після проведення заходів фізичної терапії істотно зросли в порівнянні з початком реабілітації з $150,0 \pm 7,9$ с. до $180,0 \pm 8,6$ с. ($P < 0,01$). Це свідчить, що час стомлення м'язів спини наблизився до норми. Після завершення курсу фізичної терапії школярів, показники сили м'язів черевного пресу також збільшилися до $41,0 \pm 1,0$, що свідчить про зміцнення м'язового корсету.

Висновки

1. Під впливом проведення заходів фізичної терапії поряд з покращенням клінічних показників у дітей шкільного віку силова витривалість м'язів спини і м'язів черевного пресу вірогідно підвищилась і оцінюється як середній показник, що свідчить про зміцнення м'язового корсету.

2. Проведені дослідження показали, що під впливом комплексної програми фізичної терапії відзначається позитивна динаміка показників стану постави, саме відхилення рівнів плечових відростків по горизонталі в градусах, а також глибина поперекового лордозу, бокові викривлення хребта в грудному відділі.

3. Запропонований автором прилад «Сколізіометр» є ефективним при оцінюванні порушень постави та результатів їх корекції.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження передбачають вивчення віддалених результатів фізичної терапії грудного кіфозу у дітей шкільного віку, зокрема у плані закріплення правильної постави та запобігання повторним порушенням.

Література

1. Котешева И.А. Нарушения осанки. Лечение и профилактика /Ирина Анатольевна Котешева.- М.: Изд-во Эксмо, 2004.- 208 с.
2. Лечебная физическая культура в педиатрии / Л.М. Белозерова и др. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 222 с.

3. *Потапчук А.А., Дидур М.Д.* Осанка, физическое развитие детей. Программы диагностики и коррекции нарушений / А.А. Потапчук, М.Д. Дидур – СПб.: Речь, 2001. – 166 с.
4. *Патент № а 2008 13550, МПК (2009) А 61 В 6/02.* Спосіб діагностики стану хребта при порушеннях постави / Філак Я. Ф. – № 90057 ; заявл. 24.11.2008; опубл. 25.03.2010, Бюл. № 6.
5. *Патент № а 2009 02058, МПК (2009) А 61 В 6/02.* Пристрій для діагностики стану хребта при порушеннях постави / Філак Я. Ф. – № 90815 ; заявл. 10.03.2009 ; опубл. 25.05.2010, Бюл. № 10.

References

1. Kotesheva Y.A. Narusheniya osanky. Lechenye y profylaktyka /Yryna Anatolevna Kotesheva.- M.: Yzd-vo Эkсмо, 2004.- 208 s.
2. Lechebnaia fizycheskaia kultura v pedyatryy / L.M. Belozeroва y dr. – Rostov n/D.: Fenyks, 2006. – 222 s.
3. Potapchuk A.A., Dydur M.D. Osanka, fizycheskoe razvytye detei. Prohrammy dyahnostyky y korrektsyy narushenyi / A.A. Potapchuk, M.D. Dydur – SPb.: Rech, 2001. – 166 s.
4. Patent № а 2008 13550, МПК (2009) А 61 V 6/02. Sposib diahnostryky stanu khrebta pry porushenniakh postavy / Filak Ya. F. – № 90057 ; zaiavl. 24.11.2008; opubl. 25.03.2010, Biul. № 6.
5. Patent № а 2009 02058, МПК (2009) А 61 V 6/02. Prystrii dlia diahnostryky stanu khrebta pry porushenniakh postavy / Filak Ya. F. – № 90815 ; zaiavl. 10.03.2009 ; opubl. 25.05.2010, Biul. № 10.

Физическая терапия детей школьного возраста с выраженным грудным кифозом

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

Ужгородский национальный университет., г. Ужгород

Исследования проведены у 30 детей в возрасте 13-14 лет, из них 18 юношей и 12 девушек, которые находились на восстановительном лечении в поликлиническом отделении детской городской клинической больницы Ужгорода.

Цель работы – проанализировать и усовершенствовать комплексную программу физической терапии для детей школьного возраста с грудным кифозом в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Для диагностики состояния позвоночника при нарушениях осанки использовано устройство «Сколизиометр». Прибор позволяет производить измерения уровней размещения плечевых отростков по горизонтали с помощью шкалы с указателем в градусах, измерения искривления позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Результаты. После завершения программы физической терапии у детей с кифотической осанкой отмечаются возможные изменения в таких показателях, как уменьшение отклонения уровня плечевых отростков по горизонтали как в градусах, так и в мм водного столба, уменьшение глубины шейного и поясничного лордоза.

Выводы. Проведенные исследования показали, что под влиянием комплексной программы физической терапии отмечается положительная динамика показателей состояния осанки, а именно отклонения уровней плечевых отростков по горизонтали в градусах, а также глубина поясничного лордоза.

Ключевые слова: кифоз, лордоз, физическая терапия, сколизиометр.

Physical therapy of school-age children with severe thoracic kyphosis

Filak Ya.F., Filak F.G.

Uzhhorod National University, Uzhhorod

The studies were conducted in 30 children aged 13-14 years, including 18 boys and 12 girls undergoing rehabilitation treatment at the outpatient department of the Uzhhorod Children's City Clinical Hospital.

The aim. To analyze and improve a comprehensive physical therapy program for school-age children with breast kyphosis in outpatient setting.

Materials and methods. To diagnose the condition of the spine in posture disorders the device "Scoliosimeter", which is registered in the State Register of Patents of Ukraine for utility models and inventions: patent № 40790, registered on 27.04.2009; patent No. 90057 dated 23.03.2010 was used. The device allows measuring the levels of the shoulder processes placement horizontally using a scale with a pointer in degrees, measuring the curvature of the spine in the front and sagittal planes.

Results. Comparison of mean indicators reflecting the posture status, namely the angle of deviation of the shoulder processes horizontally in degrees, the depth of the cervical lordosis and the depth of the lumbar lordosis in the experimental and control group revealed significant differences, indicating the presence of kyphotic posture. Assessing the dynamics of posture

indicators during the course of the physical therapy program, we can state that the indicators that depend on asymmetrically increased muscle tone, namely the deviation of the levels of the shoulder processes horizontally in degrees, as well as the depth of the lumbar lordosis and lateral deformations of the thoracic department were corrected the best. After completion of the physical therapy program in children with kyphotic posture, there are likely changes in such indicators as a decrease of the shoulder processes deviation level both in degrees and in mm of the water column, a decrease in the depth of the cervical and lumbar lordosis.

Conclusions. Studies have shown that under the influence of a comprehensive program of physical therapy there is a positive dynamics of the posture indicators, namely the deviation of the shoulder processes levels horizontally in degrees, as well as the depth of lumbar lordosis, lateral curvature of the spine in the thoracic section. The device "Scoliosimeter" proposed by the author is effective in assessing of posture disorders and the results of their correction.

Key words: kyphosis, lordosis, physical therapy, scolysimeter.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксович, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Філак Фелікс Георгійович, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри основ медицини ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

УДК 378.147:614.253.4

Чебан В.І., Чебан Л.Г.

Формування професійних компетентностей майбутніх фахівців з фізичної терапії на засадах біоетики

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці

Стаття присвячена питанням удосконалення фахової підготовки та набуття професійних компетентностей майбутніми фахівцями фізичної терапії, що базуються на біоетичних засадах. Усі ці теоретичні знання і оволодіння умінням застосовувати їх в практичній діяльності фізичні терапевти повинні базувати на дотриманні біоетичних принципів в процесі реабілітації пацієнтів, що відповідає сучасному освітньому процесу практичної підготовки фахівців з фізичної терапії відповідно до Стандарту вищої освіти України для спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», галузь знань 22 «Охорона здоров'я».

Мета дослідження спрямована на аналіз проблеми біоетики як нормативної, регуляторної, міждисциплінарної системи та удосконалення підготовки фізичних терапевтів для набуття ними фахових компетентностей, що ґрунтуються на біоетичних принципах.

У роботі використовувались такі методи дослідження: системного підходу та системного аналізу застосування біоетики в реабілітації, бібліосемантичний (аналіз інформаційного потоку літературних джерел), педагогічне спостереження, віртуальне ситуативне моделювання з використанням ролевих ситуацій «фізичний терапевт – пацієнт – соціальне оточення пацієнта», аналіз практичних кейсів, психологічне тестування.

На основі узагальнених результатів встановлено, що імплементація положень Етичного кодексу та загальноприйнятих у світовій практиці біоетичних принципів в робочі програми викладання фахових дисциплін з фізичної терапії сприятиме формування у майбутніх фізичних терапевтів/фахівців фізичної реабілітації адекватної системи цінностей, світоглядного мислення, належного рівня фахових компетентностей та професійної поведінки відповідно до існуючих принципів та стандартів.

Ключові слова: дослідження, фізична терапія, освіта, практична діяльність, майбутні фізичні терапевти, фізіотерапевтичне втручання, біоетичні принципи, мультидисциплінарна команда.

Вступ

Пріоритетність трактування і визначення поняття біоетики належить американському онкологу, вченому-гуманісту Ван Ренсселеру Поттеру [1]. У своїх публікаціях (стаття «Біоетика: наука про виживання» (1970 р.), книга «Біоетика: міст до майбутнього» (1971 р.). автор розглядав біоетику як новий вид людської мудрості, що ґрунтується на використанні наукового знання задля забезпечення соціальних благ [2].

На сьогодні проблеми біоетики набувають більш вираженого міждисциплінарного характеру. Головний зміст та завдання біоетики як системи уявлень, поглядів, норм, оцінок, що регулює поведінку людей з позицій збереження життя на Землі, спрямовані на посилення її значення в суспільстві і повинні охоплювати всі основні напрями діяльності людства (збереження довкілля, розвиток техносфери, формування гармонійних суспільних відносин, і, безперечно, галузь охорони здоров'я, зокрема медичну й фізичну реабілітації – складових процесу відновлення здоров'я і функціонування пацієнтів). Медична біоетика охоплює широкий спектр моральних проблем, що виникають у процесі відносин і взаємодії в суспільній сфері, збереження та оновлення здоров'я, корекцію його порушень [3]. Її суб'єктами виступають, зокрема, медичні, соціальні працівники, фізичні терапевти/фахівці фізичної реабілітації, вчені, а також – пацієнти, клієнти і суспільство в цілому.

Тому виникла необхідність створити сукупність обов'язкових для всього людства моральних принципів, норм і правил, визначити межу втручання людини у природу, перехід через яку неприпустимий.

Генеральною Асамблеєю ООН 9 грудня 1975 р., прийнято Декларацію прав інвалідів. Рада Європи в 1984 р. запропонувала документ «Виважена політика у сфері реабілітації інвалідів. Типова програма політики реабілітації інвалідів, рекомендована для органів державної влади», який послужив фундаментальною основою для прийняття спеціальних законів у різних європейських країнах [4].

У країнах Західної Європи питання надання реабілітаційної допомоги врегульовані на законодавчому рівні. Зокрема, в Італії прийнято спеціальний Закон про медичну допомогу інвалідам, їхню соціальну реабілітацію та захист їхніх прав (Закон № 104/1992). Цей закон чітко врегулював дії, спрямовані на підтримку суспільної інтеграції таких осіб (дії соціальної реабілітації). У ст. 7 Закон № 104/1992 передбачено повноваження Національної системи охорони

здоров'я з приводу розподілу послуг «лікування та реабілітації» (діяльність медичної реабілітації). Ці питання врегульовані також Законами №502/1992 та №517/1993 [4].

Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (Назва Закону із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017) регулюється низка правових, медичних, соціальних питань стосовно реабілітації осіб з інвалідністю. Відповідно до Закону – реабілітація осіб з інвалідністю – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення;

Законодавство України в галузі охорони здоров'я на сьогодні поки що не містять бази з біоетики, але імплементовані основні документи міжнародних організацій щодо дотримання біоетичних норм і принципів у практиці охорони здоров'я. Основою таких нормативних актів є право людини на гідне життя і повага до людської особистості [5, 6].

Україна разом із 22 державами підписала Європейську конвенцію «Про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини». Цей документ є логічним продовженням і доповненням до Європейської конвенції з прав людини та Європейської соціальної хартії [7]. Це означає, що законодавчі акти стосовно охорони життя і здоров'я повинні формуватися згідно з вимогами крайньої конвенції, заснованої на принципах біоетики. Погляд біоетики на медицину спрямовує увагу на високу цінність служіння життю, бо це є основою гуманізації суспільства.

Біоетика лише недавно спрямувала свою увагу на медичну та фізичну реабілітацію [4]. На початку 80-х років ХХ ст. етичні проблеми реабілітації почали висвітлювати такі спеціалізовані журнали, як часопис «Архіви фізичної медицини та реабілітації» [4]. Зацікавилися цією темою і журнали з біоетики. Наприклад, спеціальний додаток до звіту Центру Гастингса в серпні 1987р. широко обговорював цю тематику в різних аспектах. Нове видання «Енциклопедії з біоетики» (1995) присвятило кілька сторінок етико-методологічного змісту реабілітації.

Філософсько-етична концепція А. Швейцера «благоговіння перед життям» також спрямована на дослідження і встановлення значення принципів біоетики як етики життя. В основу його розуміння життя покладено усвідомлення самого факту життя як фундаментальної цінності [8].

Авторитетні дослідники з біомедичної етики в Республіці Білорусь Т.В. Мишаткіна та Я.С. Яскевич акцентують увагу на відмінності між біоетикою та біомедичною етикою і розглядають біоетику і біомедичну етику як взаємозв'язок загального та одиничного. Дослідженнями проблеми біоетики, зокрема медичної біоетики, займалися дослідники В.Ф. Чешко і В.Л. Кулініченко [9].

С.В. Пустовіт у своїх публікаціях зазначає, що «біоетика – це міждисциплінарна галузь знання та людської практики, основна мета якої є – збереження і розвиток життя за допомогою етичних механізмів та принципів». Особливий акцент автор наголошує, що біоетика захищає права всього живого на самозбереження і розвиток та моральну відповідальність людства за все, що живе [9].

У Хартії працівників служби охорони здоров'я Папської ради у справах душпастирства служби охорони здоров'я (1995) зазначається, що реабілітація – це «комплекс медичних, фізіотерапевтичних, психологічних, адаптаційних заходів, спрямованих на повернення здоров'я або поліпшення психофізичного стану осіб, обмежених у можливостях інтеграції, контактування з оточенням чи продуктивної праці» (п. 61) [4].

Реабілітація у світовому співтоваристві визнана визнана як дуже важливою сферою діяльності і цілком позитивною з етичного погляду. Поглиблюючи ці міркування та узагальнення Згренча Е., Спаньйола А.Дж., П'єтро М.Л. ді класифікували етичні аспекти цієї теми на декілька груп:

1) етичний фактор як неодмінна вимога отримання інформованої згоди суб'єкта, якого реабілітують, на участь у заходах реабілітації;

2) сукупність етичних цінностей, задіяних у суспільстві, в культурі та в заходах планування, які треба враховувати, щоб сформувати коректний погляд на реабілітацію;

3) етичні якості та етична освіта фахівця, який здійснює реабілітацію;

4) деякі специфічні проблеми клінічної біоетики, що виникають у процесі реабілітації.

Фахівець з реабілітації повинен не тільки вміти встановити реабілітаційний діагноз; визначити ступінь функціональних порушень відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (англ. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (Наказ МОЗ України від 23.05.2018 № 981 «Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків»); з'ясувати обсяг заподіяної організмові шкоди, її причини і наслідки, а й звернути увагу на шкоду первинну (пошкодження органів і структур і пов'язані з цим дисфункції), вторинну (затримка розвитку дитини, функціональні та глобальні порушення рівноваги організму дорослої людини) або третинну (вади постави, спотворення рис, синдроми болю та дистрофії після тривалої неактивності). Реабілітація включає в себе також діагностичні й профілактичні заходи (йдеться про профілактику вторинної і третинної шкоди), отже, у певному розумінні, вона стосується всієї медичної етики.

Особливо етично значущим є те, що реабілітація займається всією особистістю суб'єкта. За висновками біоетичних досліджень багатьох авторів, зокрема Згрєнча Е., Спаньйола А. Дж., П'єтро М. Л. ді – анатомічні ушкодження (як наприклад, поранений суглоб, уражене інфарктом серце, бронхопневмонія) завжди супроводжуються функціональними розладами, що неминуче позначаються на особистому житті людини. І це не може не вплинути на життя суспільства, яке залежно від набутого досвіду, прийме цю категорію людей (інвалідів) або її відкине. «Тому безпосередньою сферою застосування реабілітації є ушкоджене і дисфункціональне тіло людини, але вона має також ширшу сферу – усю особистість, яка розглядається як сама по собі та у своєму сімейному, суспільному й робочому середовищах» [4].

Правильна організація процесу та етапів реабілітації вимагає налагодження діалогу між фахівцем і пацієнтом, а також мобілізацію духовних сил обох його учасників. В основу реабілітації покладена найпереконливіша концепція, згідно з якою медицина розуміється як мобілізація пацієнта, всіх його особистих ресурсів, а також ресурсів тих медичних працівників, які ним опікуються [4]. Безперечно, це вимагає від фізичного терапевта належних фахових компетентностей та наявність відповідного рівня біоетичної освіти.

Мета дослідження. Наші дослідження спрямовані на вивчення питання удосконалення фахової освіти зі Спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», «Фізична реабілітація» шляхом проведення аналізу проблеми біоетики як нормативної, регуляторної, міждисциплінарної системи та удосконалення підготовки фізичних терапевтів для набуття ними фахових компетентностей, що ґрунтуються на біоетичних принципах.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єкт дослідження: процес формування професійних компетентностей майбутніх фахівців фізичної терапії, що базуються на біоетичних принципах.

У своїй подальшій практичній діяльності фізичні терапевти/фахівці фізичної реабілітації будуть вирішувати специфічні питання, що стосуватимуться етичних цінностей, наприклад, вимога співпраці пацієнта, реабілітаційні інтервенції, які фізичні терапевти/фахівці фізичної реабілітації можуть надавати відповідно до своєї кваліфікації, вимога його інформованої згоди [10], елементи психологічної підтримки з налагоджуванням позитивних психологічних відносин між пацієнтом/клієнтом, його родиною/опікунами тобто, професійна діяльність фахівця фізичної реабілітації, окрім розуміння та знань про особливості вікового розвитку людини та функціонування людського організму в нормі та патологічних дисфункціях, передбачає обов'язкове поглиблене знання з етики, деонтології та біоетики. Тому весь спектр питань використання біоетичних принципів в реабілітації необхідно реалізовувати у навчальному процесі майбутніх фахівців фізичної терапії при викладанні їм фахових практично орієнтованих дисциплін, підвищуючи у такий спосіб рівень їхньої фахової компетенції.

У роботі використовувались такі методи дослідження: системного підходу та системного аналізу застосування біоетики в реабілітації; бібліосемантичний (аналіз інформаційного потоку літературних джерел) з метою аналізу загальної проблематики етики і біоетики. Педагогічне спостереження, віртуальне ситуативне моделювання з використанням ролевих ситуацій «фізичний терапевт – пацієнт – соціальне оточення пацієнта», аналіз практичних кейсів, психологічне тестування були використані при викладанні дисциплін «Фізична терапія різних вікових категорій», «Фізична терапія в геріатрії» для студентів 4-го курсу Спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», «Фізична реабілітація».

Результати дослідження та їх обговорення

Під час лекційних занять з вивчення вищевказаних дисциплін були використані лекції-дискусії з обговоренням питань: Які проблеми клінічної біоетики пов'язані з реабілітаційною діяльністю?; Які фактори сприяють виникненню етичної рефлексії в галузі реабілітації? Яким повинен бути внесок фахівця з фізичної реабілітації у суспільну інтеграцію інвалідів?; Які нормативні документи в Україні стосуються сфери реабілітації?; тематичні лекції з включенням проблеми етичної значущості.

На практичних заняттях з проблемних біоетичних питань у фізичній терапії проводили аналіз практичних кейсів; організацію рольові ігри «фізичний терапевт – пацієнт – соціальне оточення пацієнта», відбувались дискусії студентів між собою та обґрунтування власної позиції щодо інтерпретації і варіантів моделі «фахівець з фізичної реабілітації – пацієнт».

Психологічне тестування, а саме: визначення типів темпераменту та психотипу комунікації, тест «Самооцінка виснаженості життєвих сил», тест для визначення рівня тривожності, тест «Оцінка депресивності» – дало можливість оцінити у певній мірі особистісний спектр майбутніх фізичних терапевтів, їх професійну спрямованість та сформованість життєвих цінностей.

Наші дослідження на перспективу передбачають продовження поглибленого вивчення проблемних питань біоетики в реабілітації. Стосовно підвищення рівня фахової підготовки і розширення компетентнісного спектру важливо та доцільно формування у майбутніх фізичних терапевтів підвищеного рівня стресостійкості як профілактики

професійного вигорання, оскільки професія фахівця з фізичної реабілітації належить до групи високого ризику виникнення цього синдромукомплексу.

Висновки

1. Принципи біоетики – це життєві настанови для практичної, дослідницької, наукової діяльності фізичних терапевтів.

2. Поєднання належного рівня фахових теоретичних знань з базовими деонтологічними, етичними та біоетичними принципами сприятиме формуванню майбутніх фізичних терапевтів як кваліфікованих працівників сфери фізичної реабілітації та особистостей, здатних ефективно працювати в мультидисциплінарній команді, реалізовувати цільові завдання реабілітації.

3. Процес фахової підготовки фізичних терапевтів/фахівців фізичної реабілітації та набуття ними передбачених Стандартом вищої освіти України для спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», галузь знань 22 «Охорона здоров'я» компетентностей зумовлює використання інноваційних та якісних навчальних методик для оптимально збалансованого теоретичного, практичного, клінічного навчального процесу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням практичного застосування фахівцями з фізичної реабілітації набутих під час навчання компетенцій.

Література

1. *Поттер ВР*. Глобальная биоэтика: движение культуры к более жизненным утопиям с целью выживания. Практична філософія. 2004;1:4-14.
2. *Чебан ЛГ*. Біоетика як основа для формування системи цінностей та світоглядного мислення майбутніх фахівців соціальної сфери. В: Докаш ВІ, редактор. Матеріали Міжнародної науково-практичної відео-конференції Соціальна робота та соціальне забезпечення в структурі соціальної політики України; 2016 Кві 21-22; Чернівці. Чернівці: Чернівецький національний університет; 2016, с. 78-82.
3. *Чебан В, Чебан Л*. Етичні основи спілкування у вузькому колі. В: Зорій ЯБ, редактор. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції Історичні, теоретико-методичні, медико-біологічні аспекти фізичної культури і спорту; 2016 Кві 6-7; Чернівці. Чернівці: Чернівецький національний університет; 2016, с. 312–3.
4. *Згрєнча Е, Спаньйоло АДж, П'єтро МЛ*. Біоетика. Львів: Медицина і право; 2007. 672 с.
5. *Біоетика в Україні: стан і перспективи*. Матеріали про II Національний конгрес з біоетики. Ліки України. 2004;10:14-5.
6. *Москаленко ВФ, Попов МВ*. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова Книга; 2005. 218 с.
7. *Глуховський ВВ, Ангелов ОВ, Слабкий ГА, Білоконь ЛП*. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. Київ: Дизайн і поліграфія; 2012. 158 с.
8. *Кундієв ЮІ*, редактор. Антологія біоетики. Львів: БАК; 2003. 592 с.
9. *Кулініченко В, Пустовіт С*. Біоетика як етична концепція. Науковий світ. 2006;5:15-9.
10. *Лаїшул ЗВ, Сізнцова ЮЮ, Фершал ЯЮ*. Інформована згода: поняття, мета та значення у процесі реалізації прав і обов'язків медичних працівників і пацієнтів. Запоріжжя; 2013. 190 с.

References

1. *Potter VR*. Global'naya bioetika: dvizhenie kul'tury k bolee zhiznennym utopiyam s tsel'yu vyzhivaniya [Global Bioethics: The Movement of Culture to More Living Utopias for Survival]. *Praktychna filosofii*. 2004;1:4-14. (in Russian)
2. *Cheban LH*. Bioetyka yak osnova dlia formuvannia systemy tsinnosteï ta svitohliadnoho myslennia maibutnix fakhivtsiv sotsial'noi sfery [Bioethics as a basis for the formation of a system of values and ideological thinking of future specialists in the social sphere]. V: *Dokash VI*, redaktor. *Materialy Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi video-konferentsii Sotsial'na robota ta sotsial'ne zabezpechennia v strukturi sotsial'noi polityky Ukrainy*; 2016 Kvi 21-22; Chernivtsi. Chernivtsi: Chernivets'kyi natsional'nyi universytet; 2016, p. 78-82. (in Ukrainian)
3. *Cheban V, Cheban L*. Etychni osnovy spilkuvannia u vuz'komu koli [Ethical basics of communication in a narrow circle]. V: *Zorii YaB*, redaktor. *Materialy Vseukrains'koi naukovo-praktychnoi konferentsii Istorychni, teoretyko-metodychni, medyko-biologichni aspekty fizychnoi kul'tury i sportu*; 2016 Kvi 6-7; Chernivtsi. Chernivtsi: Chernivets'kyi natsional'nyi universytet; 2016, p. 312–3. (in Ukrainian)
4. *Zghrencha E, Span'iolo ADzh, P'ietro ML*. Bioetyka [Bioethics]. L'viv: Medytsyna i pravo; 2007. 672 p. (in Ukrainian)

5. Bioetyka v Ukraini: stan i perspektyvy. Materialy pro II Natsional'nyi konhres z bioetyky [Bioethics in Ukraine: status and prospects. Proceedings of the Second National Congress on Bioethics]. Liky Ukrainy. 2004;10:14-5. (in Ukrainian)
6. Moskalenko VF, Popov MV. Bioetyka: filosofsk'o-metodolohichni ta sotsial'no-medychni problemy [Bioethics: philosophical, methodological and socio-medical problems]. Vinnytsia: Nova Knyha; 2005. 218 p. (in Ukrainian)
7. Hlukhovs'kyi VV, Anhelov OV, Slabkyi HA, Bilokon' LP. Ukraina kriz' pryzmu Yevropeis'koi khartii prav patsientiv: rezul'taty vykonannya v Ukraini drugoho etapu yevropeis'kykh doslidzhen' na vidpovidnist' standartam YeS z prav patsientiv [Ukraine through the prism of the European Charter on Patients' Rights: results of the implementation of the second stage of European research in Ukraine for compliance with EU patient rights standards]. Kiev: Dyzain i polihrafiia; 2012. 158 p. (in Ukrainian)
8. Kundiiiev YuI, redaktor. Antolohiia bioetyky [Anthology of bioethics]. L'viv: BAK; 2003. 592 p. (in Ukrainian)
9. Kulinichenko V, Pustovit S. Bioetyka yak etychna kontseptsiiia [Bioethics as an ethical concept]. Naukovyi svit. 2006;5:15-9. (in Ukrainian)
10. Lashkul ZV, Sizintsova YuIu, Fershal YaIu. Informovana zhoda: poniattia, meta ta znachennia u protsesi realizatsii prav i obov'iazkiv medychnykh pratsivnykiv i patsientiv [Informed Consent: Concepts, Purpose and Meaning in the Health and Responsibilities of Healthcare Professionals and Patients]. Zaporizhzhia; 2013. 190 p. (in Ukrainian)

Дата надходження рукопису до редакції: 10.09.2019 р.

Формирование профессиональной компетентности будущих специалистов физической терапии на основе биоэтики

*Чебан В.И., Чебан Л.Г.**

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы
Черновицкий национальный университет имени Юрия Федьковича, г. Черновцы*

Статья посвящена вопросам совершенствования профессиональной подготовки и приобретения профессиональных компетенций будущими специалистами физической терапии, основанные на биоэтических началах. Все эти теоретические знания и овладения умением применять их в практической деятельности физические терапевты должны базировать на соблюдении биоэтических принципов в процессе реабилитации пациентов, соответствует современному образовательному процессу практической подготовки специалистов по физической терапии в соответствии со стандартом высшего образования Украины для специальности 227 «Физическая терапия, Эрготерапия» Отрасль знаний 22«Здравоохранение». Цель исследования направлена на анализ проблемы биоэтики как нормативной, регуляторной, междисциплинарной системы и совершенствования подготовки физических терапевтов для вступления профессиональных компетенций, основанных на биоэтических принципах.

В работе использованы следующие методы исследования: системного подхода и системного анализа применения биоэтики в реабилитации, анализ информационного потока научных источников, педагогическое наблюдение, виртуальное ситуативное моделирование с использованием ролевых ситуаций «физический терапевт – пациент – социальное окружение пациента», анализ практических кейсов, психологическое тестирование.

На основе обобщенных результатов установлено, что имплементация положений Этического кодекса и общепринятых в мировой практике биоэтических принципов в рабочие программы преподавания профессиональных дисциплин по физической терапии будет способствовать формированию у будущих физических терапевтов/специалистов физической реабилитации адекватной системы ценностей, мировоззренческого мышления, надлежащего уровня профессиональных компетенций и профессионального поведения в соответствии с существующими принципами и стандартами.

Ключевые слова: исследование, физическая терапия, образование, практическая деятельность, будущие специалисты физической терапии, физиотерапевтическое вмешательство, биоэтические принципы, мультидисциплинарная команда.

Formation of professional competences of future physical therapists on bioethics

*Vasyl Cheban, Larysa Cheban**

HSEI of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi
Y.Fedkovych Chernivtsi National University, Chernivtsi*

The article is devoted to the issues of improvement of professional training and acquisition of professional competencies by future specialists of physical therapy, based on bioethical principles. The educational process of practical training of specialists in physical therapy of the educational qualification level "bachelor" in accordance with the Standard of Higher Education of Ukraine for the first (bachelor) level for the specialty 227 "Physical Therapy, ergotherapy", branch of knowledge 22 "Health",

were approved and introduced in effect 19.12.2018 (Order # 1419 of the Ministry of Education and Science of Ukraine) provides for General competencies (LC), namely, the LC 02. Ability to act on the basis of ethical considerations (motives) and Program Learning Outcomes – “PR 01. Demonstrate knowledge of biopsychosocial model Disability and ability to analyze medical, social and personal problems of the patient/client ”

All these theoretical knowledge and mastery of the ability to apply them in practice, physical therapists should be based on adherence to bioethical principles in the process of patient rehabilitation.

The purpose of the study is to analyze the problem of bioethics as a normative, regulatory, interdisciplinary system and to improve the training of physical therapists to acquire professional competencies based on bioethical principles. The following research methods were used in the work: systematic approach and systematic analysis of the application of bioethics in rehabilitation, bibliosemantic (analysis of information flow of literary sources), pedagogical observation, virtual situational modeling using role situations "physical therapist – patient – social environment of the patient", analysis of practical cases, psychological testing.

The implementation of the provisions of the Code of Ethics and generally accepted bioethical principles in the world practice in the work programs of teaching the disciplines of physical therapy will contribute to the formation in future physical therapists/specialists of physical rehabilitation of an adequate system of values, ideological thinking and appropriate level of competence.

Conclusions. Principles of bioethics are life guidelines for the practical, research and scientific activity of physical therapists. Combining the appropriate level of professional theoretical knowledge with basic deontological, ethical and bioethical principles will help to shape future physical therapists as skilled workers in the field of physical rehabilitation and individuals able to effectively work in a multidisciplinary team, to realize and implement.

Key words: research, physical therapy, education, practical activity, physical therapists, physiotherapeutic intervention, bioethical principles, multidisciplinary team.

Відомості про авторів

Чебан Василь Іванович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», 58000, Україна, м. Чернівці, Театральна, 2

Чебан Лариса Григорівна, асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 58004, Україна, м. Чернівці, вул. Коцюбинського, 2.

УДК 376-056.24

Шилонова В., Кляйн В., Гладуш В.

Шкільний спеціальний педагог в середовищі дитячого садку Словацької Республіки

Інститут Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку,
Словацька Республіка

Метою статті є інформування професійної спільноти про нову робочу позицію «Шкільний спеціальний педагог», яка вперше з 2018 року вводить в Словацькій Республіці в умовах дитячого садка в рамках національного проекту PRIM – Проект Інклюзія в дитячому садку. Робота шкільного спеціального педагога в дитячому садку спрямована на оптимізацію освітнього та особистісного розвитку дітей (з акцентом на дітей з особливими освітніми потребами). Ключова роль педагогів є здійснення інклюзивної діагностики дітей в дитячому садку до вступу в 1-й клас загальноосвітньої школи. Рік початкової школи за допомогою інструментів діагностики поетапної орієнтації і подальшої ефективної стимуляції сприятиме прискоренню розвитку дітей дошкільного віку з інвалідністю та соціально незахищених, що відповідає основам державної філософії інклюзивної освіти.

Ключові слова: учитель спеціальної школи, дитячий садок, діагностика, скринінг, стимуляція.

Стаття підготовлена в рамках проекту VEGA № 1/0522/19 «Створення інклюзивного середовища в дитячому садку та інклюзивних підходів у діагностуванні та стимулюванні розвитку дітей з обмеженими можливостями».

Вступ

В даний час словацька освіта перебуває в складній ситуації, особливо в галузі освіти дітей і школярів, які перебувають в несприятливих соціальних і медичних умовах. Якщо ми хочемо стати частиною розвиненої Європи, ми повинні радикально перетворити нашу систему сегрегації в інклюзивну систему. Очікується, що ми поступово змінимо словацьке законодавство в бік інклюзивної освіти, тобто способу навчання в звичайних школах, заснованого на праві кожної дитини на якісну освіту, з акцентом на усунення бар'єрів в освіті, що перешкоджають рівному доступу до освіти і автоматичному праву дитини відвідувати звичайний дитячий садок, навчати всіх дітей разом. Пріоритетним завданням є забезпечення рівних можливостей для всіх дітей і учнів (з інвалідністю чи соціально незахищених верств населення) в отриманні якісних освітніх послуг, необхідної соціальної допомоги та додаткових засобів в старших класах, що необхідні для підготовки дітей і учнів з особливими освітніми потребами до продуктивної діяльності та життя як повноправного члена суспільства.

Результати дослідження та їх обговорення

1. Учитель спеціальної школи в дитячому садку. У Словацькій Республіці вперше вводиться робоче місце спеціального педагога як професійного працівника в середовище дитячого садка в рамках Національного проекту PRIM – проекту включення в дитячий садок. Завданням шкільного спеціального педагога є оптимізація освітнього та особистісного розвитку дітей, тобто робити внесок у коригування та поліпшення їх успішності, не допускати погіршення та запобігати порушенням поведінки, по можливості пом'якшувати їх прояви, розвиваючи внутрішні припущення про навчання, що впливають на умови навчання. Шкільні педагоги здійснюють свою професійну діяльність в дитячих садках щоденно, що істотно сприяє створенню сприятливого освітнього та соціального середовища, розвиває особливі педагогічні аспекти освітніх процесів і сприяє оптимізації особистісного розвитку дітей. Посада шкільного спеціального педагога передбачає здійснення спеціальної педагогічної діагностики та підготовку до школи дітей з особливими освітніми потребами, консультування батьків і педагогів. Це закріплено в чинному шкільному законодавстві Словацької Республіки.

Посадова інструкція /вибірково/ зазначає, що спеціальний педагог в дитячому садку:

- здійснює професійні обов'язки в рамках спеціально-педагогічної діагностики, індивідуального або групового консультування, надає допомогу дітям з соціально неблагополучних сімей, дітям з психічними розладами, порушеннями слуху, порушеннями зору, фізичними вадами, дітям з порушеними комунікативних навичок, аутизмом або іншими поширеними складними порушеннями розвитку та інвалідністю. Надає спеціальні педагогічні інструкції та консультації дитячим представникам та співробітникам закладів освіти,
- бере участь у створенні та удосконаленні індивідуальної освітньої програми для дітей з особливими освітніми потребами, а потім бере участь в її реалізації на практиці;

- проводить індивідуальну та групову спеціальну освітню скринінг-діагностику соціально і фізично неблагополучних дітей,
- веде документацію індивідуально інтегрованих дітей і контролює ефективне використання допоміжних засобів, рекомендованих освітніми консультаційними та профілактичними установами;
- здійснює професійний супровід процесу інтеграції та інклюзії дітей з особливими освітніми потребами, також надає рекомендації законному представнику дитини пройти контрольну перевірку у відповідному центрі педагогічного-психологічного консультування та профілактики,
- систематично відстежує та вивчає новітні підходи й тенденції в розвитку та вдосконаленні дошкільної освіти, що пов'язані з утриманням, місією і концепцією дитячого садка,
- співпрацює з неформальною освітою,
- веде точний облік (обліковий запис і портфоліо кожної дитини) випадків, що розглядаються в рамках індивідуальної та групової діяльності з дітьми,
- готує дітей з особливими освітніми потребами до вступу в початкову школу, активно допомагає батькам та шкільному персоналу у виборі оптимального способу навчання,
- консультує вихователів дитячого садка та батьків дитини протягом усього навчально-вихованого процесу;
- співпрацює з іншими консультаційними установами, особливо з центром спеціального педагогічного консультування і центром педагогічного-психологічного консультування та профілактики,
- надає письмову документацію батькам, шкільним вчителям, консультаційним центрам, забезпечує безпосередній контакт з психологами, спеціальними педагогами, педіатрами, іншими лікарями-спеціалістами,
- орієнтується в діагнозі кожної дитини, їх прогнозі, історії хвороби, соціально-культурному та економічному минулому дитини,
- бере участь в соціалізації, соціальній адаптації дитини з особливими освітніми потребами серед однолітків;
- контролює просування самостійності дитини з порушеннями розвитку (наприклад, щодо співпраці з помічником учителя);
- бере активну участь у прийманні нових дітей до дитячого закладу і сприяє їх адаптації в дитячому колективі;
- бере участь в координації роботи помічників вихователя;
- бере участь у плануванні інклюзивного шкільного навчання та розробці шкільної освітньої програми для дітей з особливими освітніми потребами;
- бере участь у формуванні архітектури класу, пропонує адаптацію інтер'єру відповідно до побажань дітей з особливими освітніми потребами, пропонує зміни в організації навчання відповідно до індивідуальних освітніх програм для кожного виду порушень розвитку;
- проводить і оцінює скринінгові обстеження у дітей дошкільного віку, а потім розробляє рекомендації з організації програм стимулювання (Шілонова, Кляйн, Шінкова, 2018a),
- на основі результатів орієнтаційної діагностики стимулює розвиток дітей за допомогою посібників по стимуляції (Шілонова, Кляйн, Шінкова, 2018b),
- бере безпосередню участь у виховній роботі дитячого садка з метою наближення до дітей та ефективного спостереження за результатами навчання;
- бере участь у формуванні спеціальної навчальної бібліотеки, готує і збирає матеріали для роботи з дітьми (робочі листи, вправи, тощо);
- організовує і проводить лекції (знайомить педагогічний склад з актуальними питаннями теорії і практики спеціальної освіти),
- забезпечує захист персональних даних дітей та конфіденційної інформації;
- бере участь в обробці статистики дитячого садка,
- здійснює моніторинг чинного законодавства та законодавчих змін щодо освіти учнів з особливими освітніми потребами та в сфері консультування зі спеціальної педагогіки,
- забезпечує свій професійний рівень (самостійне навчання, участь в семінарах, лекціях, тощо), орієнтується на інноваційні підходи, методи і форми роботи з дітьми з особливими освітніми потребами,
- співпрацює з керівництвом школи в забезпеченні навчального процесу, бере участь у створенні позитивного клімату в дитячому садку.

Утім, основний напрям професійної діяльності шкільного спеціального педагога в дитячому садку – проведення скринінг-орієнтації за допомогою створених скринінгових посібників (Шілонова, Кляйн, Шінкова, 2018a) та здійснення стимулювання участі в Національному проекті «Відкрито для всіх» (Шілонова, Кляйн, Шінкова, 2018b).

2. Інклюзивна діагностика та стимулювання дошкільнят у дитячому садку. Ключова роль шкільних спеціальних педагогів полягає в упровадженні інклюзивної діагностики дітей дошкільного віку за допомогою засобів скринінгової діагностики, орієнтації та подальшої ефективної стимуляції, що буде сприяти прискоренню розвитку соціально і фізично неблагополучних дітей дошкільного віку, що відповідає філософії інклюзивної освіти. В наступній частині статті ми познайомимо читачів з двома важливими національними проектами, які включають інтенсивну роботу шкільних спеціальних педагогів безпосередньо в середовищі дитячого саду.

2.1. Національний проект «Школа відкрита для всіх (ŠOV)». Основною стратегічною метою національного проекту «Школа відкрита для всіх» (ŠOV) є «підтримка інклюзивної освіти підвищенням професійних компетенцій педагогічних і професійних кадрів, що забезпечить рівний доступ до якісної освіти, поліпшить результати і компетенції дітей та учнів». На виконання стратегічної мети спрямовані імплементація моделі інклюзивної освіти в середовищі дитячого садку та підтримка неформальної освіти. Тобто, на підтримку успіху моделювання інклюзивної школи в Словаччині запроваджується інклюзивне середовище вже на дошкільному рівні. Для цього вже створено методичний посібник та програми конкретних дій на різних етапах педагогічних працівників дитячих садків.

Основне завдання нашої статті – висвітлити конкретні процедури щодо проведення поетапного скринінгу розвитку дітей в умовах дитячого садочку. Запропонований посібник (керівництво) може служити в якості методичного довідника педагогічному та професійному персоналу дитячих садочків щодо успішного проведення перевірки стану розвитку дітей дошкільного віку. Після виявлення і реєстрації окремих наявних чи потенційних порушень або недоліків результати скринінгу мають узагальнюватися для відпрацювання алгоритму надання допомоги дитині шляхом застосування спеціальних програм стимулювання. Такий підхід достатньою мірою може задовільнити освітні вимоги, що пред'являються до дітей в умовах початкової школи.

Суть Керівництва зі скринінгу (В. Шилонова, В. Кляйн, П.А. Шинкова, 2018a) та Керівництва зі стимуляції (В. Шилонова, В. Кляйн, П.А. Шинкова, 2018b), полягає в досягненні найбільш точної ідентифікації й стимуляції базальної функції дитини відповідно до програми ЕСЕС (Early Child Hood Education and Care «рання освіта та турбота про дітей»), запропонованої ОЕСР для визначення ключових елементів та підходів до розвитку та догляду за дітьми раннього віку. Автори роблять акцент на можливості запобігання проблемних аспектів у навчанні та вихованні дітей з порушеннями або недоліками в розвитку. Сучасні надбання розвитку інклюзивної (педагогічної, спеціально-педагогічної, психологічної) діагностики пропонують конкретні процедури щодо впровадження програм стимулювання в середовищі дитячого садку на практиці.

2.2. Національний проект Інклюзія в дитячих садках – PRIM. Стратегічна мета Національного проекту «Інклюзія в дитячих садках – PRIM» полягає в наданні якісних освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами на всіх рівнях освіти, починаючи з дошкільної освіти, збільшення кількості дітей з особливими освітніми потребами в дошкільних закладах шляхом створення інклюзивного середовища та проведення просвітницької й роз'яснювальної роботи серед сімей.

Проект орієнтований на досягнення таких завдань (вибірково):

- Впровадження моделі інклюзивної освіти в дитячих садках через педагогічних (вихователів, помічників вихователів) і вузьких фахових спеціалістів (спеціальних педагогів);
- Формування інклюзивних команд в дитячих садках. В рамках національного проекту буде створено 235 робочих місць для асистентів педагога та 145 робочих місць для спеціальних педагогів. Вперше в історії освіти в Словацькій Республіці шкільний спеціальний педагог буде працювати в якості професійного працівника в середовищі звичайного дитячого садка.
- Розроблення діагностичних та стимулюючих програм розвитку дітей дошкільного віку (з акцентом на дітей 3 і 4 років).

Інновація в національному проекті PRIM – це практична діяльність фахового педагогічного працівника відповідно до чинного словацького законодавства (шкільного спеціального педагога), який щодня спілкується з дітьми і працює з ними в межах створеної за результатами педагогічної діагностики соціальної моделі педагогічного впливу. Шкільні спеціальні педагоги фахово проводять обстеження та спираючись на проміжні результати, реалізують програму стимулювання в середовищі дитячого садка.

Автори В. Шилонова, В. Кляйн, П. Шинкова (2019) підготували публікацію на тему «Скринінг-стимуляційна програма для 3–4-річних дітей в дитячому садку», яка є своєчасною, важливою та відповідає замислам Національного проекту «Школа відкрита для всіх». Окрім того, автори мають прагнення розробити в перспективі ефективну програму діагностики та подальшого стимулювання для всіх дітей дошкільного віку у віці від 3 до 6 років. В рамках реалізації цього заходу, як звичайний педагогічний персонал так і професійний персонал (шкільний спеціальний педагог) мають приділяти достатньо багато часу для проведення первинного обстеження, стимулювання розвитку дітей за допомогою програми скринінгу-стимуляції і заключного обстеження для перевірки ефективності стимуляції.

Основною місією запропонованої програми є презентація конкретних процедур – як проводити скринінг і, як стимулювати розвиток дітей в дитячому садку. Програма скринінгу-стимуляції для дітей у віці 3 і 4 років в дитячому саду складається з двох частин: частина 1 – скринінг, частина 2 – стимуляція.

Частина 1. Скринінг (depistáž, диспансеризація, комплексне обстеження) здійснюється відповідно до встановленої послідовності педагогічними, медичними, соціальними працівниками, зокрема, шкільним спеціальним педагогом. Мета – визначити об'єктивний рівень розвитку дитини відповідно віку та готовності щодо перебування (соціалізації, адаптації, навчання і виховання) в дитячому закладі освіти.

Частина 2. Стимуляція (активізація яких-небудь процесів, дій явищ або чиеї-небудь діяльності, життєздатності тощо). Здійснюється за результатами показників скринінгу. Основна мета – створення програми активних дій, щоб домогтися найбільш ефективної діяльності базальної функції дитини та ефективно підготуватися до вимог сучасної початкової школи.

Програма стимулювання має впроваджуватися вихователями дитячих садків (включаючи асистентів) під керівництвом спеціального шкільного педагога в рамках діючої чинної освітньої програми ISCED для дошкільної освіти.

Програма скринінгу-стимуляції для дітей 3–4 років в дитячому садку може бути використана в педагогічній (спеціально-педагогічній) практиці щодо організації поетапної діагностики та стимуляції не тільки серед дітей з соціально неблагополучних сімей та дітей з обмеженими можливостями здоров'я, а й серед інтактних (слабоконтактних) дітей. Вважаємо, що це важливий крок до послаблення поведінкових розладів, вирішення питань успішності навчання, запобігання несанкціонованого включення дітей з обмеженими можливостями здоров'я або соціального характеру в систему спеціальних шкіл (особливо шкіл для розумово відсталих учнів).

Висновки

У дитячих садках Словаччини сьогодні перебуває чимало дітей з соціально неблагополучних сімей (діти з маргіналізованих громад ромів), чий шанси на успіх в особистісному розвитку в дитинстві і в дорослому віці зростають завдяки можливості своєчасної, якісної та системної дошкільної освіти. Вони створюють передумови для успіху школи. Ці діти часто відносяться до категорії дітей з нерівномірним розвитком. Дитячий заклад освіти має набагато ширші можливості для розвитку особистості дитини, особливо дитини з нерівномірним розвитком. Саме тут дитина набуває цілу низку важливих знань, звичок, навичок, здібностей та підходів, людських рис і застосовує упродовж всього свого життя.

Ключовим завданням авторів є впровадження скринінго-стимуляційної програми, призначеної створити ефективний інструмент поетапного розвитку дошкільника, а також спрямований на запобігання виникненню поведінкових розладів, небажаних бар'єрів у процесі навчання та соціалізації, недопущення несанкціонованого включення дітей з проблемами здоров'я або соціально занедбаних до системи спеціальних шкіл (особливо шкіл для учнів з психічними розладами, інвалідністю). У більш довгостроковій перспективі автори програми прагнуть зосередити увагу всіх учасників освітнього процесу на своєчасному виявленні особливостей розвитку дітей перед вступом до школи, виявленні їх сильних позицій та ключових компетенцій, стимулювання їх до активності в житті, зокрема, інклюзивного навчання в системі початкових і середніх шкіл з метою підготовки дітей до кращих умов для їх потенційної професійної і життєвої зайнятості в суспільстві.

Література

1. ŠILONOVÁ, V. – KLEIN, V. – ŠINKOVÁ, P. A. 2018. *MANUÁL K DEPISTÁŽI pre deti predškolského veku pochádzajúce zo sociálne znevýhodneného prostredia – INOVOVANÁ ČASŤ*. Metodicko-pedagogické centrum v Prešove, 2018a. ISBN: 978-80-565-1434-4. s. 107. [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné na internete: <http://npsov.mpceducat/files/articles/riaditeliazs/Manu%C3%A1l%20depist%C3%1%C5%BEi%202018_pracovna%C3%A1%20verzia_1518698098.pdf>.
2. ŠILONOVÁ, V. – KLEIN, V. – ŠINKOVÁ, P. A. 2018. *MANUÁL K STIMULAČNÉMU PROGRAMU pre deti predškolského veku pochádzajúce zo sociálne znevýhodneného prostredia – INOVOVANÁ ČASŤ*. Metodicko-pedagogické centrum v Prešove, 2018b. ISBN: 978-80-565-1432-0. s. 140. [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné na internete: <http://npsov.mpcedu.sk/files/articles/riaditeliazs/Manu%C3%A1l%20k%20stimula%C4%8Dn%C3%A9mu%20programu%20inovovan%C3%A1%20%C4%8Das%C5%A5_NP%20%C5%A0OV_1521802534.pdf>.
3. ŠILONOVÁ, V. – KLEIN, V. 2019. *Metodická príručka inkluzívneho predprimárneho vzdelávania*. [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné na internete: <https://www.minv.sk/swift_data/source/romovia/np_docs/np_prim/pre_pre_materske_skoly/Metodicka_prirucka_inkluzivneho_vzdelavania_NP%20PRIM%20_2018.pdf>.
4. ŠILONOVÁ, V. – KLEIN, V. – ŠINKOVÁ, P. A. 2019. *Depistážno-stimulačný program pre 3-4 ročné deti v materskej škole*. [online]. [cit. 2019-05-24]. Dostupné na internete: <https://www.minv.sk/swift_data/source/romovia/np_docs/np_prim/pre_pre_materske_skoly/Depistazno-stimulacny%20program_3_pracovna_verzia.pdf>.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.09.2019 р.

Школьный специальный педагог в среде детского сада Словацкой Республике

Шилонова В., Кляйн В., Гладуш В.

Целью статьи является информирование профессиональной общественности о новой рабочей позиции «Школа Специального педагога», которая впервые с 2018 года вводится в Словацкой Республике в условиях детского сада в рамках национального проекта PRIM – Проект Инклюзия в детском саду. Работа школьного специального педагога в детском саду направлена на оптимизацию образовательного и личностного развития детей (с акцентом на детей с особыми образовательными потребностями). Ключевая роль педагогов школы является осуществление инклюзивной

диагностики дітей в дитячому саду до вступлення в 1-й клас загальноосвітньої школи. Год початкової школи з допомогою інструментів діагностики поетапної орієнтації і послідувочої ефективною стимуляції буде сприяти прискоренню розвитку дітей дошкільного віку з інвалідністю і соціально незахищених, що відповідає основам філософії інклюзивного освіти.

Ключевые слова: учитель спеціальної школи, дитячий сад, діагностика, скринінг, стимуляція.

Special Education Teacher in the Kindergarten of the Slovak Republic

Šilonova V., Klein V., Hladush V.

For the first time in the Slovak Republic the position of Special Education Teacher as a Professional in the Kindergarten is being introduced within the framework of the National PRIM Project – Kindergarten Project. The task of the special education teacher is to optimize the educational and personal development of children, i. e. to contribute to the correction and improvement of their success, to prevent deterioration and to prevent behavioral disorders, to mitigate their manifestations as much as possible, developing internal assumptions about learning that affect study. School teachers carry out their professional activities in kindergartens daily, which significantly contributes to the creation of a favorable educational and social environment, develops special pedagogical aspects of educational processes and helps to optimize the personal development of children.

The strategic goal of the National Project "Inclusion in Kindergartens – PRIM" is to provide quality educational services to children with special educational needs at all levels of education, from pre-school education, to increasing the number of children with special educational needs in pre-school institutions by creating inclusive environments and conducting educational activities, and family outreach.

The main strategic goal of the National School Open to All (ŠOV) project is to "support inclusive education by enhancing the professional competences of pedagogical and professional staff, ensuring equal access to quality education, improving the outcomes and competences of children and students." The strategic goal is to implement an inclusive educational model in kindergarten and support non-formal education. That is, to support the success of inclusive school modeling in Slovakia, an inclusive environment is being introduced at pre-school level. To this end, a methodological guide and programs of concrete actions have already been created at different stages of the pedagogical staff of kindergartens.

Today, the key role of special education teachers is to introduce inclusive diagnosis of preschool children through screening, orientation and further effective stimulation, which will help accelerate the development of socially and physically disadvantaged preschool children in line with philosophy.

The main objective of our article is to highlight specific procedures for conducting stage-by-stage screening of child development in kindergarten. The proposed manual (authors V. Šilonova, V. Klein, P. Šinkova, 2019) can serve as a methodological guide for the pedagogical and professional staff of kindergartens on the successful carrying out of the check of the development of preschool children. After identifying and registering individual existing or potential violations or deficiencies, the results of the screening should be summarized to work out a child support algorithm through the use of special incentive programs. This approach can sufficiently satisfy the educational requirements for children in primary school.

The key task of the authors is the introduction of a screening and stimulation program designed to create an effective tool for the gradual development of preschoolers, as well as aimed at preventing the occurrence of behavioral disorders, unwanted barriers in the learning and socialization, preventing unauthorized inclusion of children with health problems or social problems systems of special schools (especially schools for students with mental disorders, disabilities). In the longer term, the authors of the program seek to focus the attention of all participants in the educational process on the timely identification of the development of children before entering school, identify their strong positions and key competences, stimulate them to be active in life, in particular, inclusive education in primary and secondary school to prepare children for better conditions for their potential professional and life-long employment in society.

Key words: special education teacher, kindergarten, diagnosis, screening, stimulation.

Відомості про авторів

Вера Шилонова, доктор філософії, завідувач кафедри спеціальної педагогіки та педагогіки розумово відсталих, Інститут Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку, Словачька Республіка.

Владімір Кляйн, доктор габілітований, доцент, Директор Інституту Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку, Словачька Республіка.

Віктор Гладуш, доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри спеціальної педагогіки та педагогіки розумово відсталих, Інститут Юрая Палеша в Левочі, Педагогічний факультет Католицького університету в Ружомбероку, Словачька Республіка.

Д. Баркасі

Важливість ерготерапії в соціальній праці

Вищий заклад охорони здоров'я та соціальної роботи святої Альжбети Братислава, н. о.
Окреме робоче місце: філіал Метода Домініка Трчка

Вступ

Засновник професії працетерапії Георг Бартон першим заявив у 1914 р. "Якщо є захворювання, спричинені діяльністю, також повинна бути терапія, яка займається діяльністю"¹. Працетерапія – це професійна робоча терапія, яка є частиною медичної реабілітації та психотерапії. Вона використовує конкретні методи діагностики та лікування, процедури та заходи для лікування людей з різними типами інвалідності, які мають тимчасові чи постійні фізичні, психічні, сенсорні чи психічні обмеження. Її метою є досягнення максимально можливої самодостатності у повсякденній та дозвілєвій діяльності. Це допомагає вирішувати практичні питання, пов'язані зі зменшенням або втратою самодостатності у важливих для життя діяльності, тим самим сприяючи активній інтеграції індивіда в суспільство і тим самим сприяючи поліпшенню його якості життя. Якість життя впливає на соціальні, медичні, економічні та екологічні умови, пов'язані з людським та соціальним розвитком. На суб'єктивну оцінку власного здоров'я впливають наявність та інтенсивність проблем зі здоров'ям, а також такі фактори, як психічний стан індивіда, його досвід, соціально-культурні впливи навколишнього середовища тощо². Як лікувальний засіб він використовує змістовну діяльність, яка допомагає відновити уражені функції.

Працетерапія вважається однією з найбільш часто використовуваних методів терапії в закладах соціального обслуговування. Кузишин³ зазначає, що працетерапія базується на тому, що праця - це основна потреба, що відбивається на кінцевому продукті. Праця використовується для відсторонення розуму одержувача або для досягнення необхідного ступеня ресоціалізації. Працетерапія призначена для всіх вікових груп, особливо тих, хто має труднощі у здійсненні діяльності з урахуванням певних фізичних обмежень.

Визначення ерготерапії та її цілей

Визначення працетерапії постійно змінюється в процесі свого розвитку, оскільки це було зумовлено відображенням змін стосовно медичної практики, а також самої працетерапії. Назва ерготерапія походить від грецького слова *ergon*, що означає працю і терапію при перекладі зцілення, тобто дослівний переклад - це зцілення працею. Це сучасний інноваційний метод лікування. З цілісного погляду ми можемо визначити термін ерготерапія як складний процес, що включає декілька компонентів, і важко визначити зміст у всіх сферах практики. Термін трудотерапія, такий як ерготерапія, часто розуміється також включений до Закону №. 448/2008 Зб. щодо соціальних служб у пункті 23, де зазначено, що це професійна діяльність, спрямована на набуття трудових звичок та навичок фізичної особи при здійсненні трудової діяльності, під професійним керівництвом з метою відновлення, підтримання або розвитку їх фізичних, розумових та працездатних здібностей та їх інтеграції в суспільство. Чеська асоціація ерготерапевтів⁴ використовує визначення ерготерапії як "професії, яка за допомогою значного працевлаштування прагне зберегти та використовувати здібності особистості, необхідні для ведення нормальної повсякденної, трудової, дозвілєвої та розважальної діяльності людей. Зайнятість відноситься до тих видів діяльності, які людина здійснює протягом свого життя і сприймаються як частина його способу життя та самобутності ». За даними Всесвітньої федерації ерготерапевтів, ерготерапія - це професія, яка спрямована на зміцнення здоров'я та добробуту людини через працевлаштування. Його основна мета - дозволити людям брати участь у повсякденних заходах. Ерготерапевти досягають цієї мети, намагаючись допомогти людям, збільшуючи їх шанси на включення, участь чи адаптацію до середовища, що сприяє активному розвитку людини ».

Корманік⁵ зазначає, що головна мета ерготерапії - це насамперед допомога людям різного віку, зміцнення їх здоров'я та загального самопочуття, а також розвиток їхніх здібностей. Автор виділяє цілі короткочасної ерготерапії,

¹ KRIVOŠIKOVÁ, M. 2011. Úvod do ergoterapie. Praha. 1. vydanie. ISBN 978-80-247-2699-1.

² BELOVIČOVÁ, M., VANSAC, P. 2019. *Selected aspects of medical and social care for long-term ill*, Towarzystwo Słowaków w Polsce Zarząd Główny, Kraków 2019, 153 s. ISBN: 978-83-8111-109-6.

³ KUZYŠIN, B. 2015. *Oneiro v terapii umením*. Prešov 1. vydanie. ISBN 978-80-555-1377-5.

⁴ ČESKÁ ASOCIÁCIA ERGOTERAPEUTOV. 2008. [cit. 22.8.2019]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

⁵ KORMANIK, M. 2016. Význam a využitie ergoterapie v sociálnej práci. In: *Nová sociálna edukácia človeka V*. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Husar7/subor/Kormanik.pdf> [cit. 22.8.2019]

які виражають досягнення основних очікуваних результатів терапії, спрямовані на підтримання, розвиток, підтримку або компенсацію втрати здібностей, чи то в галузі сенсомоторної, когнітивної, розумової чи соціальної. Довгострокові цілі - це досягнення сприятливого рівня та рівноваги індивіда у виконанні самообслуговування, праці та дозвілля, що сприятиме одужанню та покращенню почуття суб'єктивного благополуччя.

Коціова та Пелегрінова⁶ повідомляють, що ерготерапія – це будь-яка вдало підібрана психічна та фізична активність, яка передбачає різні методи лікування. Її завдання полягає в тому, щоб набуті навички отримувач може використовувати в практичній щоденній діяльності. З цією метою ми використовуємо умовну та цілеспрямовану ерготерапію, тренування з самозабезпечення цілющості, ерготерапію перед роботою та ергодіагностику.

Метою ерготерапії є досягнення самостійності та незалежності в домашньому, робочому та соціальному середовищі, тим самим підвищуючи якість життя особистості. Ми орієнтуємось на самообслуговування, прибиральні роботи. Окремі сфери застосування ерготерапії на практиці включають, наприклад, будинки соціального захисту, постільні принадлежности, просте приготування їжі, розподіл столових приборів та харчування, а також будь-яку незначну допомогу для інших людей, які страждають від тяжких фізичних вад. Мотивація та похвала, що індивіди можуть щось зробити самостійно та керувати цим, є великою нагородою для них. Правильна мотивація - це шлях до успіху в процесі зцілення. Існує кілька стимулів, які впливають на реципієнтів у процесі лікування. Ми можемо включити підвищений рівень участі у потребі прийняття рішень щодо безпеки та безпеки⁷.

Вимоги до ерготерапевта

Ерготерапевт - експерт, член багатодисциплінарної групи, яка працює в галузі охорони здоров'я чи соціальних служб. За словами Єлінкової⁸, професія працетерапевта відповідає таким вимогам:

- конкретні знання з професії та практики;
- знання теорії, яка пояснює філософію та цінність професії;
- самостійність, що визначає правила професії та відповідність стандартам;
- етична відповідальність, яка керує працетерапевтом і тим самим захищає реципієнта.

Найважливішими завданнями ерготерапевта є:

- проведення ергодіагностики, яка аналізує діяльність індивіда, оцінює його сенсомоторику, гнучкість, рухливість та світосприйняття,
- робота з іншими професіоналами, які рекомендують відповідне професійне включення людей з обмеженими можливостями,
- реабілітує функції сприйняття та практикує розвиток комунікаційних та соціальних навичок,
- пропонує компенсаційні та технічні посібники, здійснює навчання в напрямку правильного використання посібників,
- надає поради та рекомендації щодо адаптації та компенсації фізичних вад,
- допомагає інвалідам планувати дозвілля,
- складає короткотерміновий або довгостроковий план ерготерапії, потім застосовує певні кроки, прийоми та методи (індивідуальну або групову ерготерапію)⁹,
- допомогти звільнити клієнта від розумової відсталості, підкреслити та наголосити, що життя – це найвища людська цінність і що його потрібно прийняти як найвищий дар та боротися з негараздами долі¹⁰.

Ерготерапія та її фази

Ерготерапія як професія орієнтована на рівновагу, природність, форми та контекст зайнятості в житті індивіда. Предметом цієї галузі є розгляд того, як інвалідність та захворювання впливають на можливості, які впливають на реципієнта в їх повсякденному житті, і як досягти балансу між можливостями людини, потребами діяльності та впливом на навколишнє середовище. У кожного є необхідність виконувати ті дії, які хочеться чи потрібно робити. Якщо людина не може реалізувати свої бажання і не може повноцінно займатися повсякденною діяльністю, це може призвести до уповільнення розвитку, збільшення залежності від оточення, втрати функціональної діяльності та загального погіршення якості життя. Для усунення цих негативних наслідків втрати працездатності ерготерапія використовує осмислену діяльність як засіб терапії.

⁶ KOCIOVÁ, K. - PEREGRINOVÁ, Z. 2003. Fyzioterapia v geriatrici. Martin: Osvete 2003. 63 s. ISBN: 80-8063-132-8.

⁷ POPOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P., PRISTÁŠOVÁ, K. 2017. Motivácia sestier k autonómnej ošetrovateľskej praxi. In *MEDSTAT 2017. Monografia s tematickým zameraním na medicínsku štatistiku*. Ružomberok : MedStato.z. 2017. s 133-146. ISBN 978-80-972293-1-3.

⁸ JELÍNKOVÁ, J. et al. 2009. Ergoterapie. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN: 978-80-7367-5837.

⁹ MULLER, O. a kol. 2014. Terapie ve speciální pedagogice. Praha 2. přepracované vydání. ISBN 978-80-247-4172-7.

¹⁰ BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P. 2019. *Selected aspects of medical and social care for long-term ill*, Towarzystwo Słowaków w Polsce Zarząd Główny, Kraków 2019, 153 s. ISBN: 978-83-8111-109-6.

З точки зору соціальної роботи впровадження ерготерапії найчастіше здійснюється в будинках соціальних служб, дитбудинках, притулках, будинках на півдорозі, спеціалізованих закладах, а також у спеціальних початкових школах. У сфері соціальних послуг її найчастіше використовують люди похилого віку, люди з особливими потребами (аутисти), люди, які мають соматичні, психічні або психологічні проблеми. Ерготерапія має дуже широке поле діяльності. Тут використовується особливо умовна працетерапія, завдання якої - відвернути увагу одержувача від несприятливого впливу його теперішнього стану. Ерготерапія повинна слугувати за допомогою значущих та різноманітних заходів для підтримки самодостатності, активного дозвілля та соціальної взаємодії та реалізації індивіда.

У цьому процесі ми стикаємося з наступними фазами. Це фаза оцінювання, планування, яка створює коротко- чи довгострокові цілі, фактичну реалізацію терапевтичних програм і, нарешті, фазу остаточної оцінки всього процесу ерготерапії. Весь процес супроводжується використанням різних методів, таких як спостереження, тести, співбесіда, шкали оцінювання, а також консультації з важливими для індивіда особами. Сама експертиза включає належну оцінку результативності (роботи та дозвілля), складових діяльності (когнітивної, соціальної, розумової) та змісту виконання (різниця між хронологічним та ментальним віком - часовим аспектом та екологічним аспектом - соціальним, фізичним).

Висновки

Велику користь ерготерапії можна побачити в її широкій орієнтації на людей різного віку, з різними видами обмежень. Роль працетерапії полягає в мотивації реципієнтів до роботи, зміцнення їх дрібної моторики та розвитку їхньої уяви. Ерготерапія покращує якість життя особистості, а деякі автори зазначають, що вона також може запобігти виникненню соціально-патологічних явищ, а також змусити реципієнта використовувати активніше власні здібності.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.09.2019 р.

Передумови успішної інклюзії

Спеціальний педагог, Master of Arts in Educational Sciences

Вихідна ситуація

Інклюзивна освіта виходить з того, що усі діти, незважаючи на свої компетентності чи спеціальні потреби, повинні відвідувати звичайну школу. Вона відштовхується від Конвенції ООН Про права осіб з інвалідністю (2006), яка була ратифікована у Швейцарії у 2014 році, а в Україні ще у 2012 році. Цим самим держава взяла на себе зобов'язання реалізувати принцип інклюзії на базі загальноосвітньої школи. Дана Конвенція передбачає наступне для розвитку дітей з інвалідністю:

- Усі діти з психічними чи фізичними вадами мають право на повноцінне та гідне життя за умов, які зберігають їх гідність, сприяють розвитку їх самостійності та полегшують їхню активну участь у суспільстві (Стаття 23 абзац 1).
- Дитина з інвалідністю має право на особливий супровід та підтримку. Діти з інвалідністю є особливо вразливою групою та можуть стати легкими жертвами морального, фізичного та сексуального насилля (Стаття 23 абзац 2).
- Гарантується рівність прав і свобод дитини з інвалідністю на рівні з іншими дітьми (Стаття 7).
- Інклюзія дитини з інвалідністю не є привілеєм, а правом. Школа повинна підлаштовуватись під потреби окремих школярів (Стаття 23, абзац 1).

Передумови успішної інклюзії: від кантону

Політика кантону у галузі освіти спрямована на те, щоб усі люди, незважаючи на їх походження, рівень інвалідності, соціальні чи емоційні потреби, мали доступ до всіх громадських установ, а особливо, до освітніх закладів. Для втілення інклюзивного навчання кантон готує концепцію та надає кошти у розпорядження навчальних закладів. До того ж кантон відповідає і за те, щоб через роботу з громадськістю, закріпити цю норму у суспільстві.

Передумови успішної інклюзії: для шкіл

Основні ідеї

Кожна школа має чітко сформульовані основні принципи, яких вони дотримуються у своїй діяльності, і які були складені у співпраці між управлінням освіти, керівництвом школи, вчителями та батьками. У цих головних принципах сформульовані наступні базові принципи:

- Інклюзивні заняття, це право, яке мають усі учні, незалежно від їх інвалідності чи особливості їх потреб.
- Говорять не про дитину з інвалідністю, а про дитину із особливими освітніми потребами (Конвенція ООН говорить про SEN: students with special educational needs).
- Керівництво школи відповідає за створення в закладі такої атмосфери, коли усі діти почуваються комфортно.
- Учні із особливими потребами можуть відвідувати загальноосвітні заклади від початку освітнього процесу із садочка аж до кінця обов'язкової шкільної освіти.
- Педагогічний колектив поділяє спільне розуміння стосовно інклюзії і несе спільну відповідальність за усіх учнів школи, а не тільки за тих, які навчаються у їх класі.
- Вчителі вміють працювати із гетерогенним учнівським колективом, вони поважають різні підходи в навчанні і не прагнуть гомогенності в успішності учнів. Вони відкриті до підвищення кваліфікації та готові працювати із особливими потребами дітей.
- Інфраструктура школи, розміри класів та вибір фахівців відповідає освітнім потребам учнів.

Концепція школи

У школі із інклюзивним навчанням існує велика різноманітність освітніх потреб. Поряд з роботою із звичайними школярами, які повинні досягнути навчальних цілей, запланованих міжкантональним освітнім планом, є учні із інтелектуальними вадами, із вадами органів чуття, учні із поведінковими розладами, учні із інших культур та високообдаровані учні. Для того, щоб справитися із цим різноманіттям, потрібно мати відкриті методи проведення занять та активну співпрацю між класами, створювати групи за рівнем та працювати індивідуально. Гнучке оформлення заняття можна забезпечити тільки тоді, коли є відповідна інфраструктура із приміщень для занять класами, групами чи індивідуально. Кількість учнів у класі обмежена 20-тма. Склад учнів класу старанно перевіряється: не може бути переповнення класу дітьми із поведінковими розладами, так як не можуть бути в класі тільки учні із потребою в

спеціалізованому підході в навчанні. Сприяння створенню соціальної спільності є центральним завданням, а кооперація в навчанні – є передумовою. Учні із спеціальними потребами беруть участь у занятті. У них є відповідні навчальні цілі, сформовані на основі діагностичних процедур та описані в планах індивідуального розвитку. Такі навчальні цілі перевіряються та актуалізуються щонайменше два рази на рік. Дітям не виставляють оцінок, а визначають рівень їх компетенції. Немає принципу повторення навчання в одному класі два роки підряд.

Учителі готові співпрацювати із спеціальними педагогами, терапевтами, соціальними педагогами та класними асистентами. Підтримується регулярний контакт з батьками.

Вимоги до занять

Для того, щоб учні із особливими потребами орієнтувалися у щоденному шкільному житті, потрібна чітка структура навчального процесу. Атмосфера в класі має бути дружньою, вчителі ставитись із розумінням та емпатією. Їх робота має бути чіткою і стимулюючою. Вчителі повинні володіти різними методами роботи та знати вимоги оптимальної організації занять.

- *Чітка структура.*

Правила класу та чіткі форми початку уроку відомі усім та усіма послідовно дотримуються.

- *Доцільна ритмізація.*

Частини заняття, які вимагають зосередженої роботи, змінюються рухливими та розслаблюючими вправами.

- *Навчання усіма відчуттями та навчання через дію.*

Завдання для поглиблення навчального матеріалу формуються так, щоб учні могли виконувати їх максимально самостійно, наприклад: вибір методу виконання тижневої роботи, доступ до різних медіа та різних форм презентації (сильні учні пишуть твір, учні із обмеженою продуктивністю – малюють малюнок)

- *Розвиток соціальної спільності.*

Усі учні прагнуть позитивної атмосфери в класі. Їх залучають до вирішення конфліктів та обговорення поведінки. Позитивна соціальна ініціатива заохочується, образи та деструктивна поведінка строго присікаються. Робота в групах та підтримка один одного є нормою для усіх учнів.

- *Гнучкість вчителів.*

Класні керівники, вчителі різних предметів, спеціальні педагоги та класні асистенти працюють у тісній співпраці. Усі готові працювати в парі з іншим вчителем індивідуально, в малих групах чи в цілих класах. Головною метою є хороше самопочуття усіх учнів.

Інклюзія, реальність у швейцарських школах

Учні з інвалідністю сприймаються вчителями, учнями та батьками звичайних класів добре та з охотою. Їх присутність в класі оцінюється як така, що збагачує колектив: усі учні отримують користь від використання вчителем різних методів навчання та від присутності в класі фахівця із спеціальної педагогіки. У класі із інклюзивним навчанням більше розвиваються соціальні компетенції. Перші дослідження (наприклад Бернет Е., 2012) показали, що рівень успішності не зменшився. Діти з інвалідністю отримують користь від стимулюючого оточення звичайного класу. Але, якщо вони майже завжди беруть участь у занятті звичайного класу, то страждає індивідуальне базове навчання. Зменшені комунікативні навички роблять важчими справжні соціальні контакти. Теми поміж учнів є занадто важкими, а активна мова дітей з інвалідністю часто є обмеженою і деколи нечіткою. Якщо до цього додаються моторні дисфункції, то діти з інвалідністю під час перерви часто залишаються осторонь шкільного подвір'я. Все це разом є причиною того, що діти з інвалідністю, які навчаються у загальноосвітніх школах, мають менше друзів у межах навчального закладу, ніж діти, які навчаються у спеціалізованих школах. Уже тільки тому важливо, щоб у класі, або хоча б у школі було більше дітей з інвалідністю. Постає питання: чи є справжня інклюзивна школа. Досвід показує, що у дитячих садочках або у початковій школі різниця між дітьми через ще глибокий когнітивний рівень відчувається менше. Різниця в продуктивності та відмінності у соціальних інтересах збільшуються впродовж наступних шкільних років.

Гетерогенність класу для класного керівника означає більше роботи. Перед усім, якщо до когнітивно слабких дітей додаються діти із поведінковими розладами – ведення класу стає дуже важким. Хоча класний вчитель і має підтримку впродовж шести годин з боку фахівця з лікувальної педагогіки, в інший час він сам відповідає за те, щоб діти були зайняті. До того ж діти з когнітивними розладами є менш самостійними і потребують чітко структурованого супроводу. Організацію таких моментів вирішують прийняттям на роботу асистентів. Поряд з ними працюють також і інші фахівці (ручна праця, спорт чи іноземні мови). Координація усіх учасників процесу та інтенсивна робота з батьками є завданням класного керівника. Для деяких вчителів будні в школі з інклюзивним навчанням часто означають балансування на краю прірви.

Висновки

Перед батьками постає питання: що я вибираю для своєї дитини: інклюзивне чи спеціалізоване навчання? Право на інклюзивне навчання є правом, а не обов'язком. Є можливість навчати дитину у спеціалізованому закладі. Дітям із комплексними вадами, які потребують складного догляду, терапевтичної підтримки та базального стимулювання розвитку, управлінням освіти рекомендується навчання у спеціалізованих закладах. Загально-освітні школи не облаштовані для надання таких освітніх послуг. Це саме стосується і дітей із спеціальними емоційними та соціальними потребами, які так заважають у класі, що від цього страждають інші діти. Такі діти потребують тимчасового або тривалого навчання у спеціалізованих класах із невеликою кількістю дітей. Діти із синдромом Дауна, навпаки, за сприятливих умов можуть успішно і щасливо провести час навчання у звичайній школі. Але, в цілому, перед кожним початком навчання на місці слід в'янути, які перспективи у навчанні та розвитку має конкретна дитина конкретно у цьому класі із цими вчителями, сокласниками та батьками, у цих приміщеннях. Найпізніше, коли починають говорити про професію, слід подумати чи не доцільнішим буде перехід у спеціалізовану школу, яка краще пристосована і обладнана для майбутньої професійної підготовки дітей з інвалідністю.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.09.2019 р.

М. Поповичева

Компетенції сестер в області реабілітації в Словаччині

Высшая школа здравоохранения и социальной работы св. Алжбеты, Братислава,
н.о. Филиал бл. Метода Доминика Тричку

Введение

Призвание сестры относится к профессиям, которые обязаны помогать людям, которые очень тяжелые и являются неотъемлемой частью медицинской помощи. Эти профессии характеризуются близким сотрудничеством с людьми разных возрастных и социальных групп, с разными видами проблем или сложностью заболеваний.

Одним из условий эффективного исполнения обязанностей являются специфические предпосылки.¹¹ Сестры относятся к человеку комплексно и помогают ему достичь физическое, душевное и социальное здоровье. К достижению здоровья пациента в высшей мере помогает реабилитация. Реабилитация предлагает профессиональные действия, исполненные сестрой и являющиеся неотделимой частью комплексной реабилитации и ухода.

Реабилитационный уход представляет собой категорию, которая заполняет пространство в комплексном уходе за больным, чем повышает эффект лечебно-профилактического процесса. Является одной из форм профессионального ухода. Вовремя проводимая, которая является частью комплексного ухода, может эффективно помочь пациенту.

Реабилитационный уход

Основной составляющей реабилитационного ухода является принцип компренсивности – усовершенствованная гармония использования отдельных реабилитационных техник и методов, действий по уходу с учетом состояния клинического состояния пациента, серьезность заболевания, психическое состояние больного и социальное окружение, представленное нахождением в больнице или санатории. Эти отдельные взаимодействующие важно соотнести во времени для достижения оптимального эффекта целого реабилитационно-лечебного процесса. Отдельные факторы реабилитационного ухода должны совместно влиять на клиническое состояние и во взаимодействии с пациентом гарантировать качество его жизни.¹² Реабилитация по уходу является неотделимой частью основного ухода за больными. Целенаправленные действия сестры направлены на профилактику осложнений и изменений с целью социальной интеграции человека, включая улучшение или стабилизацию его состояния, способности самообслуживания и независимости от других. Является неотделимой частью реабилитации координированного и целенаправленного процесса, основой которого является минимализация прямых и непрямых последствий постоянного или временного заболевания человека с целью его оптимального нахождения в обычной жизни.¹³

Компетенции сестер по реабилитационному уходу

Сестра должна иметь адекватные знания и навыки, чтобы комплексно предлагать пациенту Результативный уход с целью снижения влияния заболевания на пациента и на его семью. Квалификация сестры должна соответствовать серьезности заболевания пациента и сложностям, которые меняют качество его жизни по психической, физической, общественной и экономической сторонам.¹⁴ Сестра по уходу использует не только профессиональный опыт, но клинический и личный. Клинический и личный опыт – это важные атрибуты, которые помогают пациенту почувствовать в руках профессионала.¹⁵ Реабилитационный уход предполагает своевременную мобилизацию, положение больного в постели, использование простых активных и пассивных упражнений, дыхательных упражнений, вертикализацию, локомоцию, активность по самообслуживанию и обучение пациента и членов его семьи. К главным целям реабилитационного ухода относятся действия, направленные на превенцию возникновения декубитов,

¹¹ LECZOVÁ, D. - BARKASI, D. - LACHYTOVÁ, L. 2017. Vybrané osobnostné charakteristiky vysokoškolákov vo vzťahu k motivácií pri voľbe študijného odboru Ošetrovatel'stvo. In: Cesta k modernému ošetrovatel'stvu XIX. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2017. ISBN 978-80-87347-37-9. – CD ROM; s. 36 – 44.

¹² MIKULÁKOVÁ, W., KOCIOVÁ, K., ONDEČKOVÁ, M. 2007. Rehabilitačné ošetrovatel'stvo. Prešovská univerzita v Prešove, 2007. 105 s. ISBN 978-80-8068-671-0

¹³ KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. 2014. Rehabilitační ošetrování klientů s těžkými poruchami hybnosti. Vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. 125 s. ISBN 978-80-7013-567-9.

¹⁴ MIKULÁKOVÁ, W., KOCIOVÁ, K., ONDEČKOVÁ, M. 2007. Rehabilitačné ošetrovatel'stvo. Prešovská univerzita v Prešove, 2007. 105 s. ISBN 978-80-8068-671-0

¹⁵ VANSAC, P.: Vybrané kapitoly z etíky, historický vývoj etíky, základy etíka, etíka v sociálnej práci, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove, Prešov 2011, s. 98.

имобилизационного синдрому, виникнення м'язових контрактур, тромбоемболічних ускладнень, утримання руховості суглобів, допомога при дефекації та сечовипусканні. Уход передбачає спільну роботу. Кожен повинен знати свої компетенції, а також компетенції та обов'язки інших членів команди, які беруть участь у догляді.¹⁶

Положення хворого в ліжку

Вважається одним з найстаріших та ефективних методів у профілактиці, так і в разі лікування пролежнів. Розмова йде про систематичні зміни положення хворого, керувані точними часовими інтервалами, які скорочують час дії посиленого тиску на зони ризику, тим забезпечують необхідне постачання тканин киснем та кров'ю.¹⁷ Положенням хворого сестра перешкоджає виникненню проблем, які можуть виникнути при статичному положенні хворого. При зміні положення слід врахувати безпеку хворого. Положення вибирають індивідуально залежно від захворювання. Зміна положення рекомендується при болю, погіршенні вентиляції легень, виникненні деформацій, контрактур, обмеженої руховості в суглобах та при виникненні декубітів. Одним з правил положення хворого-якщо сили хворому дозволяють, він повинен самостійно, сестра тільки допомагає.¹⁸ При розташуванні хворого дуже важливо розуміти, що деякі рекомендовані методи можна використовувати успішно у деяких пацієнтів, але для деяких вони абсолютно непридатні. Ігнорування індивідуальних патологічних змін може призвести, наприклад, до болю. В окремих випадках не забувайте перед розташуванням хворого на своєчасну та достатню фармакологічну анальгетизацію.¹⁹ Невіддільною частиною положення є розробка письмового плану зміни положення хворого, що включає в себе тимчасове планування положень хворого, як вдень, так і вночі, використання конкретних пристосувань для кожного положення.²⁰ Порядок при основних позиціях при положенні хворого, вважається фундаментом ефективного догляду.

Пасивні вправи

Пасивне рухання, викликане зовнішньою силою (силою фізіотерапевта, сестри, пристроєм, гравітацією). При допомозі пасивних вправ намагаємося зберегти руховий апарат в найкращому стані. Пасивні рухання, викликані іншою особою – фізіотерапевтом, ерготерапевтом, сестрою або пристроєм. Утримують фізіологічну довжину м'язів та сухожилів, які при неактивності стають коротшими. Підтримують здатність координувати тіло в просторі. Рухання повинні виконуватися в повній мірі фізіологічного рухання до помірного болю або відчуття напруги. Пасивні рухання можна виконувати в області голови, тулуба, верхніх та нижніх кінцівок. Пасивні рухання стабілізують дихання та кровообіг. Головною метою пасивних рухань є запобігання атрофії м'язів, дегенеративних змін на сухожиллях, суглобах та остеопорозу.

Активні вправи

Це рухання, які пацієнт виконує своєю силою та волею, використовує для тренування самообслуговування та основних рухових здатностей. Дія активних рухань на організм залежить від об'єму та інтенсивності вправ, виду вправ, методів виконання, стану хворого. Пацієнт виконує активні рухання при допомозі м'язового апарату.²¹

Дихальні вправи

Дихальна або респіраторна фізіотерапія вважається домінуючою частиною реабілітації. Індикаціями для дихальної гімнастики є захворювання серця та судин, захворювання дихальної системи, захворювання скелета, центральні нервові порушення, стани після операцій в черевній та грудній областях. Дихальні вправи представляють собою глибоке дихання, яке поєднують з рухами тіла або верхніх кінцівок, що впливає на вентиляцію легень, полегшує виділення мокротиння, впливає на кишечкову перистальтику.²² К дихальній гімнастиці відносимо і дихальну гімнастику, тренування ефективного дихання, тренування кашлю

¹⁶ PLISKOVÁ, B. - SNOPEK, P. 2018. Rozvoj klíčových kompetencí studentů ve zdravotnické problematice. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 99 s. ISBN 978-80-7454-776-8.

¹⁷ MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N. 2008. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

¹⁸ BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2011. Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve. Trnava: Typi Universitatis Tynnaviesis, 2011. 268 s. ISBN 978-80-8082-501-0.

¹⁹ KALA, M. - HRENÁKOVÁ, E. - SNOPEK, P. - DORKOVÁ, Z. 2016. Polohování dlouhodobě imobilních a terminálních pacientů. In Rehabilitace a fyzikální lékařství. roč. 23, č. 2/2016, s. 96-100.

²⁰ HILŠEROVÁ, S. 2010. Dekubity – prevence a jejich léčba. In: *Urologie pro praxi*. 2010, ISSN 1213-1768, roč. 11, č. 1, s. 47-49.

²¹ JANDOVÁ, D. 2009. Balneologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 404 s. ISBN 978-80-247-2820-9.

²² HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., ONDRÁČKOVÁ, K. 2008. Vybrané kapitoly z péče o seniory. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7013-478-8.

и откашливания. Перед тренингом, во время него и после его окончания сестра следит давление, потливость, бледность, пульсовую фреквенцию, цианоз, субъективные сложности пациента. На основе этих данных сестра оценит соотношение сложности у пациента, или даже остановит тренинг. Дальнейшее лечение консультирует с доктором и физиотерапевтом.²³

Вертикализация

Является одной из фаз возвращения больного к здоровому состоянию. Когда доходит к улучшению состояния пациента, прикованного к постели, он целенаправленно веден от спокойного режима к большей двигательности и к постепенной вертикализации. Целью вертикализации является достижение максимально возможной самостоятельности в повседневных двигательных активностях. Своевременная вертикализация важна как профилактика пневмонии, декубитов и контрактур.²⁴ Постепенно по состоянию повышаем активность пациента, учим его самостоятельности, восстанавливаем его на постели, высаживаем его в кресло. Потом медленно пробуем ходьбу вначале с опорой G-аппарата, потом на костылях или без опоры. В сотрудничестве с реабилитационным работником, вовлекаем в процесс членов семьи.²⁵ Препятствиями при вертикализации являются вертиго и риск падения пациента, возмущение, нежелание пациента.²⁶ Целью **обучения** при реабилитации пациента является, мотивирование к сотрудничеству членов семьи, как и группы поддержки, в зависимости от их знаний и способностей. Научить их, как снизить риск возникновения декубитов при уходе, потому что именно эта группа сыграет главную роль для поддержки, сохранения здоровья и качества жизни.

Заключение

Реабилитационное лечение это предоставление реабилитационных возможностей в форме реабилитационной программы с целью удержать функциональное состояние больного. Является частью лечебного процесса и способствует улучшению состояния пациента. Реабилитация может успешно воздействовать на состояние и психику пациента только в комплексном процессе, что требует от сестер всесторонних знаний и разносторонний подход к решению отдельных случаев. Сестра в этом процессе в большинстве своем – самостоятельный работник. Поэтому, от ее опыта, способностей и навыков зависит конечный эффект в виде улучшения или удержания состояния, физической и психической кондиции пациента. Реабилитация развивается, как и остальные области, и по этой причине ее необходимо поддерживать нахождением новых знаний, заложенных на доказательствах в рамках жизненного образования сестер.

Литература

1. *BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P.* 2018. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Krakow: Towarzystwo Slowakow w Polsce, 2019. 153 s., ISBN: 978-83-8111-109-6.
2. *BOTÍKOVÁ, A. a kol.* 2011. Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviesis, 2011. 268 s. ISBN 978- 80-8082-501-0.
3. *HERMANOVÁ, M. - PROKOP, J. - ONDRÁČKOVÁ, K.* 2008. Vybrané kapitoly z péče o seniory. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7013- 478-8.
4. *HILŠEROVÁ, S.* 2010. Dekubity – prevence a jejich léčba. In: *Urologie pro praxi*. 2010, ISSN 1213- 1768. roč. 11, č. 1, s. 47-49.
5. *JANDOVÁ, D.* 2009. Balneologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 404 s. ISBN 978-80-247-2820-9.
6. *KALA, M. - HRENÁKOVÁ, E. - SNOPEK, P. - DORKOVÁ, Z.* 2016. Polohování dlouhodobě imobilních a terminálních pacientů. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. roč. 23, č. 2/2016, s. 96-100.
7. *KLUSOŇOVÁ, E. - PITNEROVÁ, J.* 2014. Rehabilitační ošetrování klientů s těžkými poruchami hybnosti. Vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. 125 s. ISBN 978-80-7013-567-9.
8. *LECZOVÁ, D. - BARKASI, D. - LACHYTOVÁ, L.* 2017. Vybrané osobnostné charakteristiky vysokoškolákov vo vzťahu k motivácii pri voľbe študijného odboru Ošetrovatel'stvo. In: *Cesta k modernímu ošetrovatel'ství XIX*. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2017. ISBN 978-80-87347-37-9. – CD ROM; s. 36 – 44.
9. *MIKULA, J. - MÜLLEROVÁ, N.* 2008. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

²³ REPICKÁ, J – BUCHLÁKOVÁ, S. 2009. Rehabilitačný program v intenzívnej starostlivosti. In : Sestra. 2009, ISSN 1335-9444. roč. VIII. č. 3-4. s. 44 – 45.

²⁴ MIKULÁKOVÁ, W., KOCIOVÁ, K., ONDEČKOVÁ, M. 2007. Rehabilitačné ošetrovatel'stvo. Prešovská univerzita v Prešove, 2007. 105 s. ISBN 978–80–8068–671–0

²⁵ BELOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P. 2018. Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. Krakow: Towarzystwo Slowakow w Polsce, 2019. 153 s., ISBN: 978-83-8111-109-6.

²⁶ MIKULÁKOVÁ, W., KOCIOVÁ, K., ONDEČKOVÁ, M. 2007. Rehabilitačné ošetrovatel'stvo. Prešovská univerzita v Prešove, 2007. 105 s. ISBN 978–80–8068–671–0

10. *MIKULÁKOVÁ, W., - KOCIOVÁ, K., - ONDEČKOVÁ, M.* 2007. Rehabilitačné ošetrovateľstvo. Prešovská univerzita v Prešove, 2007. 105 s. ISBN 978–80–8068–671–0
11. *PLISKOVÁ, B. - SNOPEK, P.* 2018. Rozvoj klíčových kompetencí studentů ve zdravotnické problematice. Zlín:Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 99 s. ISBN978-80-7454-776-8.
12. *REPICKÁ, J – BUCHLÁKOVÁ, S.* 2009. Rehabilitačný program v intenzívnej starostlivosti. In : Sestra. 2009, ISSN 1335-9444. roč. VIII. č. 3-4. s. 44 – 45.
13. *VANSÁČ, P.:* *Vybrané kapitoly z etiky, historický vývoj etiky, základy etika, etika v sociálnej práci,* Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove, Prešov 2011, s. 98.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.09.2019 р.

**Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю
присвяченої 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я
та фізичного виховання УжНУ «Сучасні підходи до формування
професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії»
(17–18 жовтня 2019 р., м. Ужгород)**

P. Vansač

Social intervention through ergotherapy in retirement home

St. Elizabeth University of health and social work Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce, Slovakia

The aim of our article is to point out the usefulness of ergo-therapy in retirement home. Occupational therapy is a daily meaningful activity for the elderly, as a treatment that enables the elderly to achieve the functionality of life, as a means of strengthening their physical and mental health.

Characteristics of occupational therapy

According to the World Federation of Occupational Therapists (WFOT 2012): Ergotherapy is a profession that focuses on promoting the health and wellbeing of a client through occupation. The primary goal of ergotherapy is to enable clients to participate in everyday activities.¹

In summary, ergotherapy is a profession that:

- draws on medical and social sciences;
- focuses on the nature, balance, forms and context of employment in an individual's life;
- is interested in how the disease or disability affects a person's ability to perform a particular activity and how to strike a balance between a person's ability, activity demands and environmental factors;
- The philosophy of this job is based on a holistic view of man and is based on the assumption that each person is a unique being who is able to improve his / her health, functional abilities and thus achieve a better quality of life.²

Occupational therapy as a tool of client adaptation in a retirement home.

Barkasi states that for the period of old age, every senior should be prepared and coped with, as adaptation to that period is solely an individual matter.³ When self-sufficiency is reduced so that it is not possible to provide the necessary support in the home environment, institutional care starts. The most common institutional care is retirement home.⁴

Facilities for seniors according to Act 448/2008 Coll. on social services is intended for a person who has reached retirement age and is dependent on the help of another person and whose degree of reliance is at least IV. or a person who has reached retirement age and needs social services in this institution for other serious reasons.⁵

The arrival of a senior in a retirement home is a very stressful matter. Seniors must cope with the new environment, which can be a problem especially for people with impaired cognitive functions. Therefore, they are often dissatisfied and looking for someone known. Another problem is the loss of privacy, social contacts and the need to live with strangers and adapt to the order of the institution. A change in eating habits is also serious.⁶ According to Belovičová, the predisposition of the older organism to the development of malnutrition is due to the reduction of cellular and other non-fat mass as well as limited ability to adapt and restore damaged structures of the organism.⁷

Goals and areas of occupational ergotherapy intervention

The areas covered by ergotherapy are activities that are part of human life. There are three basic categories:

1. Daily activities. We divide them into personnel activities (e.g. eating, dressing, personal hygiene, walking, etc.) and instrumental daily activities (e.g., telephoning, using transport, shopping, preparing meals, housework and others).

2. Working activities. People must spend a certain amount of energy intake, either by physical or mental activity, to burn energy received from food. During mental exertion, one must also perform physical work to strengthen and support his

¹ <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>

² JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L.: *Ergoterapie*, Praha – Portal 2009, s. 14.

³ BARKASI, D. 2019. *Poskytovanie dlhodobej starostlivosti pre seniorov v systéme sociálnych služieb v meste Michalovce*, Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska, Warszawa, 2019, s. 88 – 92.

⁴ POPOVIČOVÁ, M., -WICZMÁNDYOVÁ, D. 2016. *Rola sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb*. VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava 2016, s. 284-290.

⁵ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách § 35.

⁶ KRAJČÍK, Š.: *Geriatría pre sociálneho pracovníka*, VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava 2006, s. 65-66.

⁷ BELOVIČOVÁ, M.: *Malnutrícia vo vybraných chronicky chorých pacientov*, Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska Warszawa 2019, s. 116

physiological state - heart, blood vessels, muscles, spine, etc. In this way, work becomes a therapeutic and relaxing means to strengthen your mental and physical health.⁸

3. Activities accordingly to the age of the person (e.g. preventive Rehabilitation care).⁹

According to Malíková, the activity of occupational therapy in retirement home should be deliberately designed to combine as many stimuli, methods and activities as possible. Therefore, during the selected activity, e.g. during manual work, the ergo therapist plays favorite music or sounds from music therapy, and with the help of aroma lamps clients inhale the relaxation oil. To keep clients focused, the activity alternates with some element of relaxation.¹⁰ According to Skorodenský and Guľašová, changes in one area of life (e.g. psychological area) will affect functioning in other areas (biological area...)¹¹

Conclusion

Moving seniors from the family environment to a retirement home is a big problem for everyone. They must cope with its health, loss of cognitive functions, loss of social contacts, loss of home environment. This period is called the adaptation period. The intervention of the occupational therapist during this period is very important. First of all, it should help the senior to prevent maladaptation syndrome and then engage him in meaningful activities to make the senior feel useful.

Bibliografia

BARKASI, D. 2019. Poskytovanie dlhodobej starostlivosti pre seniorov v systéme sociálnych služieb v meste Michalovce. In: Vansač, P., Czarnecki, P., Popovičová, M. *Nevyhnutnosť dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike*. Zborník príspevkov z V. medzinárodnej vedeckej konferencie Michalovce, 16. november 2018. Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska, Warszawa, Polska, 2019. ISBN 978-83-952951-0-2.

BELOVIČOVÁ, M.: *Malnutričia vo vybraných chronicky chorých pacientov*, In: VANSACĎ, P., CZARNECKI, P., POPOVIČOVÁ, M.: Zborník vedeckých prác V. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska Warszawa 2019, s. 114 – 121, ISBN 978-83-952951-0-2.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, Ľ.: *Ergoterapie*, Praha – Portal 2009, ISBN 978-80-7367-583-7

KRAJČÍK, Š., *Geriatría pre sociálnych pracovníkov*. Bratislava: SAP, 2006,

ISBN 80-969449-8-3

POPOVIČOVÁ, M., WICZMÁNDYOVÁ, D. 2016. Rola sestry v následnej zdravotnej starostlivosti o imobilných pacientov v domove sociálnych služieb. In *Recenzovaný zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie – Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, 2016, str. 284-290. ISBN 978-80-8132-144-3.

SKORODENSKÝ, M., GULAŠOVÁ, M.: *Základy klinickej psychológie*. Prešov, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove 2012, s. 100. ISBN 978-80-80-555-0601-2

UHÁĽ, M.: *Práca, jej znaky a dôvody práce v sociálnej náuke Cirkvi*, Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta, Košice 2006, ISBN 80-89089-47-X

Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

<https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>

assoc. Prof. Belovičová Mária, MD. PhD

Physiotherapy as a part of a complex non-pharmacological treatment of obesity in medical spa environment

¹Internal Clinic for Liver Disease Diagnosis and Treatment, Remedium s.r.o.

²St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava - teacher

³Slovak Society of Practical Obesity (SSPO), Bardejov

In European countries, medical spas belong under health care. Implementing spa treatment positively influences patients' health, as proved by evidence from history as well as by modern scientific knowledge. The results of researches carried out by universities and research institutes also demonstrate the reasonability of treatments based on the use of natural healing resources. It is about types of treatment of both - chronic and post-acute conditions - as well as about treatment aimed at lifestyle diseases and their prevention.

⁸ UHÁĽ, M.: *Práca, jej znaky a dôvody práce v sociálnej náuke Cirkvi*, Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta, Košice 2006, s. 127-128.

⁹ JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, Ľ.: *Ergoterapie*, Praha – Portal 2009, s. 65-66.

¹⁰ MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 2011, s. 126.

¹¹ SKORODENSKÝ, M., GULAŠOVÁ, M. (2012) *Základy klinickej psychológie*. Prešov, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 46.

In most cases, obesity is a multifactorial determined disease, in which the interaction of environmental factors and genetic predispositions leads to a positive energy balance that results in excessive accumulation of adipose tissue (Belovičová, M., Belovičová, L., 2015). Worldwide, obesity has reached epidemic proportions, and its high incidence is no longer a reality only in economically developed countries, but also in many less developed countries (Barkasi, D., 2018).

In Slovakia, up to two-thirds of the adult population is either overweight or obese. In developed countries, obesity is the third most common chronic disease, but in Europe it ranks absolutely at the top (Popovičová, M., Snopek, P., 2017). Obesity not only affects the quality of life of an individual, but it also becomes a significant burden on healthcare systems around the world.

Due to the absence of possibility to undergo medical spa treatment for the diagnosis of obesity in adults in Slovakia, in 2012, together with my co-workers I (Belovičová M et al.) created a specialized 2-week spa stay for the diagnosis of obesity in Bardejov Spa for self-payers. In the lecture I present specific results for years 2012-2017.

I focused on the issue of benefits of non-pharmacological treatment of obesity in spa environment. I wanted to find out if the non-pharmacological treatment of obesity affects the positive values of total cholesterol (TC), triacylglycerols (TAGs), HDL cholesterol (high density lipoprotein), LDL cholesterol (low density lipoprotein), uric acid (UA) and glycaemia (especially in patients with impaired glucose tolerance and type 2 diabetes mellitus) and whether these changes reach statistical significance (Belovičová, M., Matula, P., 2017).

During this stay clients gained new knowledge regarding proper diet and physical activity while being under medical supervision. During the stay they underwent testing for early detection of cardiovascular and liver diseases. The clients also underwent an ultrasound scan of the abdominal cavity. They were given an opportunity to undergo examination on Fibroscan 502 touch device, which uses a painless non-invasive method (transient elastography - TE) to measure stiffness of the liver tissue (liver stiffness).

We developed an intense exercise program aimed at body weight reduction that was adjusted according to current state of particular client's physical mobility. In general, for the treatment of obesity aerobic activity is recommended.

Exercise plays an important role in physical activity of obese patients, especially in the early stages of physiotherapy. Exercise is performed in slow pace, using rhythmical and oscillating movements. While conventional exercise for fitness improvement requires a movement rate of approximately 66 movements per minute, in the exercise for obese it should be 52-54 movements per minute (Chudá, D., 2017).

Kinesiotherapy should take 60-90 minutes a day (it can be divided into 2 sessions per day), heart rate should not exceed 110-120 pulses. In severely obese patients and in patients with cardiovascular problems, we determine the optimal training pulse rate by a simple formula: 60-70% out of the maximum pulse rate, which is calculated according to the formula: 210 - (minus) age.

Swimming or cycling are suitable physical activities for severely obese patients, as these types of sports do not put any extra pressure on weight-bearing joints. Walking is the most effective physical activity as well as the easiest one to do.

An usual practice within the physical activity were gym exercise under supervision of a physiotherapist, group exercise, Nordic walking, swimming in a pool, exercise in water, sauna bathing (in case of no contraindications).

During the stay, clients underwent treatment focused on weight reduction (massages, mineral bath, lymphatic drainage, dry carbonic bag), three times a day they had a drinking cure with lukewarm hypotonic mineral water (healing spring Klára 200-300 ml three times a day, 30 minutes before meal).

For the purpose of precise compliance with the reduction diet, the clients had a reserved separate dining room during their stay. The clients took regular lectures with doctor, nurse, nutrition assistant, rehabilitation therapist, clinical psychologist. Through education, we disclosed the patients their improper eating and exercise habits, boosted their motivation to change their lifestyle. In education we applied the principles of cognitive behavioral therapy.

Of course, obesity treatment can also be carried out in thermal spa facilities, where the targeted treatment of locomotive organs diseases is ideally combined with the possibility of applying physical therapy in the comprehensive treatment of obesity. However, potential contraindications should always be taken into account when applying a hyperthermic mineral water bath, mud wraps and paraffin. Performing mentioned procedures results in an increased temperature of skin and subcutaneous tissue, which improves blood circulation and stimulates the metabolism.

Balneotherapy is becoming increasingly popular in countries with tradition of the use of thermal water for therapeutic purposes. Obesity, arterial hypertension are public health problem. A number of studies support the effectiveness of using both, thermal and mineral water in cardiac rehabilitation and in the treatment of obesity (Masiero, S., Vittandini, F., Ferroni, C. et al., 2018).

Treating obesity in medical spa environment is more effective and safer than obesity pharmacotherapy. Balneotherapy is an effective lifestyle change program that is accompanied by body weight reduction with long-lasting effect (Belovičová, M., 2019). A healthy lifestyle can be defined as a lifestyle or behavior of an individual that creates conditions for improving the way of life which allow clients in thermal spas to improve their quality of life (Popovičová, M., 2018, Kimáková, T., 2019). Medical spa treatment also allows group intervention and mutual patients' motivation.

Bibliography

BARKASI, D. 2018. Lifestyle of Social Work-program university students. In: *Days of Practical Obesitology and Metabolic Syndrome*. Proceedings. 21. – 22. June 2018. Publishing house: Department of Philosophy. Faculty of Psychology. University of Finance and Management in Warsaw. 2018. p. 20 - 34 ISBN 83-89884-07-0.

BELOVIČOVÁ, M., BELOVIČOVÁ, L. 2015. Non-pharmacological treatment of obesity. *Internal medicine for practice*. 2015; 15(9):405-408.

BELOVIČOVÁ, M., MATULA, P. 2017. Effectiveness of non-pharmacological treatment of obesity in medical spa environment. *Cardiology Let*. 2017; 26(3): 138-144.

BELOVIČOVÁ, M. 2019. Spa treatment options for patients with Diabetes Mellitus in Slovakia. *Dianadej - a magazine about social and medical assistance for diabetics*; 2019: 3(1):5-7.

M. Guľašová

Self-development and psychohygiene in education of nurses and social workers (we learn them to care not only about the client?)

College of Health and Social Work st. Elisabeth in Bratislava, n. o.

Field office bl. Metoda Dominika Trčku

The aim of the paper is to point out the need of education in the field of psychohygiene among students in helping professions. The place of health psychology in the training of future professionals is increasing in the context of primary prevention. Neglect of psychohygiene is related to reduced quality of life, job satisfaction and psychological safety at work. The correlation of deficiencies in the above components with burnout is significant. Professional personality requirements are subject to change in society and require high professional standards, professional competence, human and moral qualities (paraf. Barkasi a kol, 2017).

Characteristics of psychohygiene

Psychohygiene is a set of conditions necessary to ensure mental health, well-being and performance. They are all means (principles, guidelines) by which we can achieve mental health. There are some generally applicable principles that should be followed, but each individual has their own specific knowledge that they should know. Duffková a kol. (2008) it perceives it as an individual's lifestyle. It is a consistent way of life of an individual whose parts are interrelated and interrelated, based on a unified foundation and a common core that overlaps with all essential activities. She explains it as a cultural dimension, especially leisure, habits, qualities and interpersonal relationships. It is essential that students have the opportunity to acquire knowledge and skills about these principles during their professional formation. The basic principles of psychohygiene include:

Lifestyle. It implies not only adequate eating, but also sufficient and good sleep, avoiding addictive substances.

A suitable regime and composition of work activities, hobby activities and rest. It focuses on adherence to biorhythms, knowledge of its performance curve, correct time - management.

Functional partnerships, family, friendships and time for them are closely related to social support. Social support is relationship support in the environment in which one lives; increases stress resistance and the desire to survive life losses and crises.

Self-knowledge as a component of psychohygiene focuses on positive self-acceptance and worldview with established values and goals of life.

Work relationships and their building imply activity as opposed to passive reactivity in situations. Communication skills should promote reciprocity and teamwork. Mental safety at work is „an individual's awareness that if he / she makes a mistake in his / her job, he / she will not be punished for it, his / her interpersonal relationships will not change, he / she can ask colleagues for advice, help and feedback without being perceived as incompetent“ (Vévodová, 2017).

In the education of social workers in Slovakia, there is a space for grasping a part of the above mentioned attributes by means of social-psychological training. Thematically it is engaged in self-knowledge, communication and counseling process. There is no space for lifestyle, time management, support for functional relationships. The situation is worse in the preparation of nurses in our country. There is no socio-psychological training completely. It is not permitted to confuse patient-oriented training of communication with psychohygiene. As reported by Fulloková, Gajdošová (2010), teaching the subject of communication in Slovakia is unsatisfactory in the medical field. The reason is also the fact that it does not build on the fundamentals of psychohygiene and self-knowledge of the student, which leads to a formal theoretical grasp of the issue, resp. focusing only on the nurse - patient level without benefit for other nurse relationships. The subject of psychology of health, which nurses received, does not have enough hours to provide more than a theoretical overview and initial information about the above attributes of psychohygiene. Education in helping professions requires an increased focus on self-development and self-knowledge. Without having learned the basics of psychohygiene during studies, the risk of students burnout is very high. Prevention in the education process has several benefits. For students, these are prevention of mental disorders, better and more stable work performance, functioning social relationships, and subjective satisfaction. Improved working climate for the employer, inhibition of turnover and incapacity for work, stabilization of the work team. And last but not least, the benefit for the educational institution is the awareness of the education of professionals ready to take care not only of the client but also of themselves.

Conclusion

Psychohygiene should be an essential preventive factor in helping professions. It participates in self-development and protects against burn-out syndrome. It affects not only the individual, but also his family and wider social surroundings. Since it also affects clients and patients in helping professions, it significantly affects the quality of care and services provided (Šeblová, 2013). Changing current relationships, especially fictitious through social networking, poses a risk to the young person's proper formation and ability to share with others both in private life and at work. Educational institutions should respond promptly to these risks and focus on shaping not only educated but also personally mature professionals in helping professions. „We believe that the human element undoubtedly contributes to the quality of social services and that it follows that social workers and other workers should be personally mature and proficient for the performance of their profession“. (Vansač, 2017,s.247).

Bibliography

- BARKASI, D., BARKASI, R., BUGYI, A. 2017. Terénna sociálna práca s marginalizovanými komunitami v obci. In: Vansač, P., Barkasi, D., Popovičová, M.: Recenzovaný zborník príspevkov z III. medzinárodnej vedeckej konferencie – Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách, Wyzsza Szkoła Finansow i Zarzadzania w Warszawie, 2017, s.19 – 24. ISBN 978 – 83 – 61087 – 41 - 0
- DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. 2008. Sociologie životního stylu. Plzeň, Vydavatelství Aleš Čeňek. ISBN: 978-80-7380-123-6.
- FÜLÖPOVÁ, A., GAJDOŠOVÁ, M. 2010. Rozvíjanie komunikačných zručností v zdravotníctve na Slovensku. In: Verejné zdravotníctvo, ročník VII,č.4, ISSN 1337 – 1789,s.33-41.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál.
- ŠEBLOVÁ, J. 2013. Syndrom vyhoření ve zdravotnictví. ŠEBLOVÁ, J. Syndrom vyhoření ve zdravotnictví. [cit. 1. 7. 2019]. Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/syndrom-vyhoreni-zdravot.pdf>
- VANSAČ, P., HUMENÍKOVÁ, M. 2017. Kvalita poskytovania sociálnych služieb v kontexte komunitnej sociálnej práce. In: Vansač, P., Barkasi, D., Popovičová, M.: Recenzovaný zborník príspevkov z III. medzinárodnej vedeckej konferencie – Komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách, Wyzsza Szkoła Finansow i Zarzadzania w Warszawie, 2017, s.242 – 249. ISBN 978 – 83 – 61087 – 41 - 0
- VÉVODOVÁ, Š. 2017. Syndrom vyhoření ve zdravotnictví. Abstrakt príspevku XXXIII. Kongresu Pracovních lékařov, Košice, 201.10.2017. Dostupné na: <http://ssprl.sk/kongres/wp-content/uploads/2017/03/18.pdf>.

doc. PaedDr. Vladimír Klein, PhD., PhDr. Viera Šilonová, PhD.

Школьный специальный педагог в условиях дошкольных учреждений в Словацкой Республике

Педагогический факультет Католического университета в Ружомбероке
Директор Института Юрия Палеша Левоча

Цель нашей статьи – информировать специализированную среду о новой рабочей позиции «Школьный специальный педагог», которая в свою очередь исторически, является первой в Словацкой республике, имплементированной прямо в среду дошкольных учреждений от 2018 года, изменения были реализованы Национальным проектом „PRIM“ – проект инклюзии в дошкольных учреждениях“. Обязанности специального педагога в среде дошкольного учреждения направлены на оптимизацию обучения и индивидуального развития детей (с акцентом на детей со специфическими воспитательно-образовательными потребностями). Главным заданием специальных педагогов в дошкольных учреждениях является реализация инклюзивной диагностики детей непосредственно перед переходом в первый класс, с помощью инструментов депистажной ориентационной диагностики и последующей эффективной стимуляции, для помощи при акселерации развития детей дошкольного возраста с проблемами физического здоровья и детей с неполноценным социальным окружением, что отвечает основной философии инклюзивного образования.

assoc. prof. PhDr. Murgová Anna, PhD.

Physical activity and health perception of school-age children

St. Elizabeth University of Health and Social Sciences, Bratislava

Health is not a permanent and unchangeable state but it is a dynamic process that is based on the systematic interaction of Man on the environment and vice versa. It is in everyone's interest to put responsibility for their health, in the first place in their lives. Lifestyle is the most important factor affecting health. An integral part of the lifestyle is physical activity. Lack of exercise is also a global problem (Amisola et.al, 2003). Nowadays, the lack of physical activity is caused by automation, auto-mechanization and conveniences that lead us to omit physical exertion and movement from everyday life (Sobieszczanska a kol., 2009). Children and youth spend their free time watching TV or playing computer games instead of doing sports (Mülerová, 2009). Higher physical activity strengthens human health and at the same time reduces his weight. Attention should be paid to the movement regime (Hošková, 201). It is necessary to use all available forms of movement load, which must be suitable for Man, in order to increase his energy expenditure (Bunc, 2008). Research shows, that children who exercise regularly, have better developed muscles and much less problems with improper posture. Appropriate physical education also helps to increase resistance to infections, has a good effect on the nervous system, metabolism, respiratory and circulatory systems (Pastucha, 2011). „*People who lead an active life filled with a variety of physical activities live longer and have a lower incidence of civilization diseases, such as heart and blood-vessel diseases, diabetes, high blood pressure, and some tumor diseases.*” (Vítek, 2008, p. 42).

In order to address this issue, we conducted a study in 2013 that aimed, among other things, to find out, what is the physical activity of children, the use of leisure, what kind of sport they do, how they perceive their physique, what diseases they suffer, who takes care of their health support and how they perceive their health. 720 respondents from 16 addressed primary schools of the Zemplín region of the Slovak Republic participated in the research. By sex, the research sample consisted of 352 boys and 368 girls aged from 10 to 16 years. According to the place of residence, out of the total number of respondents, 198 respondents lived in the city and 522 respondents lived in the village.

We used the questionnaire to find out, what is the physical activity of children. UPC Pan-European TV survey from 2007 shows, that 37% of children in Slovakia spend an average of 1,5 to 3 hours a day in front of a television screen (HBSC 2005/2006). WHO recommends a maximum TV and DVD viewing time of 1-2 hours per day. We also used a questionnaire to identify how respondents spent their leisure time during the day. Most respondents 216 (30,0%) chose an option (at the computer), 202 respondents (28,1%) chose the option (sports activities). Then followed the option of (watching television), which was chosen by 138 respondents (19,2%). 111 respondents (15,4%) chose the option (by walks) and least respondents 53 (7,3%) reported (reading books). It follows that respondents most often use their free time at the computer and the least respondents use their free time by reading books.

We also surveyed respondents how many hours a day they watch TV programs, including video and DVD movies. Most respondents 213 (29,6%) responded by option (two hours), followed by option (about three hours), which was marked by 146 respondents (20,3%).

We were also finding out how often respondents performed physical activity lasting less than 60 minutes per day over the past 7 days. Most respondents 209 (29,0%) stated, that they perform physical activity every day, followed by respondents who marked the option "2 days" in the number of 120 (16,7%).

We were able to verify what kind of sport they performed, using a questionnaire, in which they were supposed to mark the sport that they perform most frequently. The most marked sports that respondents do are football (86,7%), cycling (74%), dancing (69,5%). In general, the number of young people doing sports, whether organized or recreational, is relatively low.

How do respondents perceive their physique? Most of the respondents 446 (61,9%) perceive their physique and express the option "just right", in second place 115 (16,0%) respondents marked the option "a little slim". With the advent of puberty, girls are starting to care more about their appearance.

We also investigated what types of diseases occur in respondents. Most respondents - 549 (76,3%) reported cough, sore throat and fever. An interesting finding is that the back, head and leg pain is the second most common disease among respondents - 98 (13,6%).

We investigated even the frequency of respondents' diseases. More than half of respondents - 407 (57,2%) reported the disease frequency 2 to 3 times a year. Most respondents - 124 - are registered in dentistry, 80 respondents are registered in allergology, 70 in dermatology.

Out of the total number of respondents - 441 (61,5%) attend a school that is involved in the 'Health Promoting Schools' network, and 395 (55,0%) say they have a person at school dealing with issues of health support.

Respondents were also asked to answer the question how they evaluate their health. 172 respondents (23,9%) rated their health as "excellent", as "good" 431 respondents (59,9%), as "not bad" 91 respondents (12,6%) and as "bad" 26 respondents (3,6%). Overall health assessment has been shown to be a predictor of mortality. In this respect, promoting young people's health has a significant impact on their future adult health.

464 respondents (64.5%) were interested in information about healthy lifestyle, 69 respondents (9.6%) were not interested, and 186 respondents (25.9%) did not think about it. A positive finding is that about two thirds of respondents are interested in obtaining information, which suggests, that they are not indifferent to health issues.

Poor health can significantly affect the achievement of life goals. It is gratifying that studies on health and attitudes to health in children and young people are underway. It is also gratifying that the Slovak Republic has also participated in the international study HBSC - Health Behavior in School Aged Children, which is carried out in cooperation with the WHO in 43 countries. It aims to monitor the health and health-related behavior of schoolchildren in their social context. National Report HBSC Slovakia informs very clearly and transparently about the health and welfare of children and youth in various countries and shows the position of Slovakia among them.

The findings of our study will serve to provide information on health and health-related behavior of schoolchildren in the Zemplín region in Slovakia and to develop effective health promotion programs, health education programs and monitor their effectiveness not only at regional, national but also international level.

References

- AMISOLA, R. V. B., - JACOBSON, M. S. 2003. Physical activity, exercise and sedentary activity: Relationship to the causes and treatment of obesity. 2003. *Adolescent Medicine*, Vol. 14, 23-37.
- BUNC, V. 2008. *Příčiny a detekce nadváhy a obezity dětí*. In Mužík, V., Dobrý, L., Süß, V. *Tělesná výchova a sport mládeže v biologickém, psychologickém, sociálním a didaktickém kontextu*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. s. 45 – 53. ISBN 978-80-210-4589-7.
- HOŠKOVÁ, B. 2012. *Vademecum. Zdravotní telesná výchova (druhy oslabené)*. Karolinum, 2013, 132 s. ISBN 978-80-246-2137-1.
- KOLEKTÍV AUTOROV. 2009. *Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC- Slovensko – 2005/2006*. Národná správa. Košice: Equilibria, 2009. 100 s. ISBN 978-80-89284-29-0.
- MÜLLEROVÁ, D. 2009. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009. 261 s. ISBN 978-80-204-2146.
- NÁRODNÝ PROGRAM PODPORY ZDRAVIA. 2000. *Zdravie pre všetkých v 21. storočí*. Bratislava: Národné centrum podpory zdravia, 2000. ISBN 80-7159-123-8.
- PASTUCHA D a kol., 2011. *Pohyb v terapii a prevenc idětské obezity*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
- SOBIESZCZANSKA, M., et.al. 2009. *Physical activity in basic and primary prevention of cardiovascular disease*. PubMed - indexed for MEDLINE [online]. 2009, [cit. 2018-06-15]. Dostupné z World Wide Web: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites>>. PMID: 19711738 [PubMed - in process].
- VÍTEK, L. 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. GradaPublishing, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.
- WHO. 2015. *Obesity. Facts and figures. The challenge of obesity - quickstatistics*. [online]. 20015. [cit. 23.8. 2018] Dostupné na www: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/facts-and-figures>

Пані др. Сузанне Кодоні, логопедка, MAS Cranio Facial Kinetic Science (MCFKSc)

«Побудова мовлення у дітей з депривацією з ментальними порушеннями». Стратегії комунікації у осіб із важкою формою інвалідності

Базель (Швейцарія)

Життя без контакту з іншими людьми не можна собі уявити. Комунікація створює основу для людського спілкування. Комунікація є важливою складовою частиною нашого життя, без якої не можна собі уявити наше щодення. У всіх міжлюдських стосунках усвідомлена чи неусвідомлена комунікація проходить таким чином, що жодна людина не може уникнути цього.

Але що таке, власне, комунікація? Що її позначає і чи можна її описати?

Поняття «комунікація» походить від латинського слова «communicatio» - повідомлення або розмова, порозуміння.

Комунікація – це обмін інформацією між людьми за допомогою мов чи знаків. Для комунікації завжди потрібно мінімум двоє людей, які б були залучені в процес спілкування.

Ми розрізняємо передавача певного повідомлення та його отримувача.

При цьому комунікація може проходити різними комунікаційними каналами:

- акустично (те, що можна почути)
- оптично (те, що можна побачити)
- тактильно (те, чого можна торкнутися)

Так само можна комунікувати і письмово. Для цього є декілька прикладів: листи, електронні повідомлення і т.п.

Як працює комунікація? Відколи є мова, люди постійно думають про те, як комунікувати один з одним і обмінюватись інформацією. Для передачі інформації було придумано різні моделі, які повинні пояснити, як працює комунікація і на які фактори вона впливає.

Відомі моделі комунікації:

- Модель чотири вуха – Шульц фон Тун
- Модель Органон – Фрітц Бюлер
- П'ять аксіом - Пауль Вацлавік

Мова – це інструмент, з яким одна особа може повідомити іншій щось про певні речі. За Бюрером мова має три функції:

- Функція вираження
- Функція викладення інформації
- Функція звертання

Під час комунікації на основі мовних знаків ці три функції вступають в контакт одна з одною. (Фрітц Бюлер за Платоном)

Види комунікації.

Вербальна комунікація означає обмін інформацією через мову.

Невербальна комунікація – це порозуміння без слів, наприклад через жести та міміку.

Таким чином невербальна комунікація може проходити і неусвідомлено, тоді коли ми не думаємо над нашими жестами та мімікою і не керуємо ними усвідомлено. Але це і означає, що ми не можемо уникнути комунікації.

Пауль Вацлавік сформулював у своїй моделі комунікації аксіому, що неможна не комунікувати. Як тільки зустрічаються двоє людей, то комунікація проходить, свідомо чи несвідомо.

Невербальна комунікація починається із розбудови довіри, послідовно, з повагою, поступово.

Мова тіла та вимова дорівнює дієвість.

Так само, як очі називають дзеркалом душі, так язик називають дзеркалом здоров'я. Дисфункція орофациальних м'язів на прикладі мовленнєвого дерева. Рот – чутливий мультидисциплінарний робочий простір.

Серед причин дисфункцій: годування (пляшечкою), положення язика, незріла моторика, звички, утруднене носове дихання, генетично зумовлені аномалії росту скелету обличчя,

Вторинна симптоматика:

- моделі
- ланцюгова реакція
- системна мережа
- орофациальної системи
- орофациальні м'язи

Дисфункція орофациальних м'язів. Неможливо розглядати язик ізольовано, так само як і неможливо лікувати окремі м'яз. Лікування розладів функції язика – це робота міждисциплінарної команди, яка розглядає загальні функції тіла; це індивідуальна, підлаштована під конкретну людину, терапія. Обмежена функція орофациальних м'язів впливає на харчування. Різноманітна змінна взаємодія між орофациальною системою та цілим тілом: рот – ротова порожнина – м'язи – гігієна – первинні функції – естетика. Соціальна структура – прийняття – обличчя – ідентичність.

О.Я. Андрійчук, Т.С. Цюпак, Н.Б. Грейда

Базові знання у професійній підготовці фізичних терапевтів, ерготерапевтів

Східноєвропейський національний університет імені Лесі України

Будь-яка сфера людської діяльності вимагає професійного, компетентного підходу до вирішення поставлених завдань. Особливо, актуальним постає питання професійної підготовки фахівців в галузі охорони здоров'я. Адже, від їх знань та вмінь залежить не лише здоров'я пацієнтів, а й якість та тривалість їхнього життя.

Фундаментальною основою професійних знань та вмінь є базові знання, які студенти отримують під час перших років навчання та усвідомлено переоцінюють протягом наступних років та під час безпосередньої роботи за спеціальністю. У зв'язку з цим, ми приділяємо великої уваги технології формування професійних компетентностей майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, ключовим моментом якої є засвоєння базових знань.

Згідно з визначенням поданим у Академічному тлумачному словнику української мови, «компетентний» - який має достатні знання, добре обізнаний в певній галузі.

Для успішної реалізації технології формування професійних компетентностей та становлення конкурентно спроможного фахівця, який якісно буде виконувати свої посадові обов'язки, навчальний процес повинен бути побудований з дотриманням певних принципів, основними з яких є: принцип системності знань; принцип

фундаменталізації базових знань; принцип розвитку мотивації до самовдосконалення власної бази знань; принцип гуманного використання набутих знань.

Принцип системності знань передбачає перетворення первісно отриманих даних в систему знань. При цьому змістовно-логічні зв'язки між знаннями, отриманими з різних дисциплін перетворюються в системно-інваріативні. Таке переосмислення, перебудова власної бази знань сприяє формуванню у студентів системи базових та професійних знань.

Принцип фундаменталізації базових знань реалізується організацією розумової діяльності студентів, їх вмінням аналізувати, узагальнювати, порівнювати, співставляти, групувати і т. п. отриманні дані.

Принцип розвитку мотивації до пізнавальної діяльності, до самостійного пошуку та засвоєння знань відповідає сучасним напрямкам трансформації системи охорони здоров'я, згідно з якою впроваджується система безперервного професійного розвитку фахівців

Принцип гуманного використання набутих знань базується на повазі до людської особистості, людяності, емпатії.

Таким чином, розвиток професійних компетентностей у фаховій підготовці фізичних терапевтів, ерготерапевтів відбувається на основі формування системи базових знань, технологія реалізації якої базується на дотриманні певних принципів.

М.Г. Аравіцька

Ефективність кінезіологічного тейпування в програмі фізичної терапії хворих після тотального ендопротезування колінного суглоба

ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

У структурі дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів одна третина припадає на колінний суглоб і досягає 33,3% випадків, причому у кожного третього хворого уражені обидва колінних суглоба. Частота гонартрозу (ГА) збільшується з віком і зустрічається у 10 - 14,3% осіб старше 45-50 років, а у людей старше 60 років вже більш ніж в 80% випадків. ГА призводить до істотного зниження працездатності і до інвалідності людей працездатного віку у 10-21% спостережень. Значне зниження якості життя інвалідів обумовлено больовим синдромом, обмеженням свободи пересування і втратою функціональної активності, а часом і здатності самообслуговування. Соціальна значущість ОА визначається зростанням пов'язаної з ним непрацездатності та інвалідності, особливо в старших вікових групах, а також різким зниженням якості життя при цьому захворюванні.

Матеріали і методи. Обстежено 25 пацієнтів з діагнозом «Остеоартроз колінного суглоба. Стан після тотального ендопротезування колінного суглоба», які розпочали поліклінічний етап реабілітації. Основну групу (ОГ) склали 14 осіб, які проходили реабілітацію із використанням класичного масажу, кінезітерапії, преформованих фізичних факторів. Контрольну групу (КГ) склали 11 осіб, які проходили розроблену програму фізичної терапії із додатковим використанням кінезіологічного тейпування (КТ). Застосувались наступні техніки КТ: лімфотейпінг колінного суглоба; корекційний тейпінг колінного суглоба; м'язова корекція чотирьохголового м'яза стегна, м'язів попереку, сідниці; послаблюючі техніки локальних болючих точок стегна,

Результати. З урахуванням наявної клініки вирішувались наступні завдання: усунення больового синдрому; ліквідація контрактури суглоба; усунення параартикулярних набряку м'язових тканин; відновлення стереотипу ходьби; адаптація до побутових навантажень; відновлення тонуусу і зміцнення м'язів оперованої кінцівки.

Оцінку ефективності реабілітаційного курсу лікування проводили в динаміці впродовж місяця. Визначено, що застосування КТ спричиняло статистично значуще у порівнянні із КГ прискорення нівелювання та зниження інтенсивності больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою болю; зменшення набряку м'язових тканин суглоба; прискорення функціонального відновлення чотирьохголового м'яза стегна; покращення функції пересування.

Висновок. Питання оптимізації ведення амбулаторного реабілітаційного етапу після ендопротезування у хворих на гонартроз залишаються актуальними, в їх рамках вирішуються завдання по відновленню обсягу рухів і трофіки тканин колінного суглоба. Тому застосування нових методик, які сприяють пришвидшенню відновлення стану здоров'я хворих та покращенню їх якості життя, одним з яких є кінезіологічне тейпування, є актуальним питанням фізичної терапії.

А.О. Бражанюк

Підготовка студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» до реалізації функцій професійної діяльності

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

На сучасному етапі розвитку медицини все більше утверджується реабілітаційний напрям, головним завданням якого є поетапне, комплексне відновлення здоров'я людини. Значна роль у цьому процесі належить фізичній реабілітації, яка покращує якість лікування, запобігає можливим ускладненням при різних захворюваннях і травмах, прискорює відновлення функцій органів, тренує організм, повертає працездатність, зменшує ймовірність інвалідності. Особам з особливими потребами фізична реабілітація допомагає розвинути навички самообслуговування, виробити постійні компенсації пристосування до життя у нових умовах, що виникли внаслідок хвороби або травми. Відповідно, суспільство потребує високопрофесійних фахівців у означений галузі.

Аналіз нормативних документів засвідчує, що спеціальність «Фізична терапія та ерготерапія» для України є новою, оскільки лише з 2017 року розпочато набір студентів для здобуття відповідного фаху. Проблема професійної підготовки майбутніх фізичних терапевтів та ерготерапевтів на сучасному етапі стала предметом досліджень багатьох учених. Зокрема, розроблено понятійний апарат підготовки фахівців з фізичної реабілітації (терапії) (О. Вацеба, Г. Верич, Т. Круцевич, В. Мурза, В. Мухін, С. Попов, Є. Приступа); висвітлено загальні питання професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії у закладах вищої освіти (Н. Белікова, А. Герцик, Т. Д'яченко, В. Кукса, О. Міхеєнко, В. Поліщук, Л. Сущенко); проаналізовано особливості професійної діяльності щодо відновлення стану здоров'я і функцій організму людини засобами фізичної терапії (І. Башкін, Т. Бойчук, О. Вацеба, А. Вовканич, Т. Д'яченко, Ю. Лянной, О. Марченко, І. Маріонда, В. Мухін). Однак, більшість наявних досліджень спрямовані на вивчення загальних засад фізичної терапії з медичної точки зору, а дослідження щодо професійної підготовки майбутніх фізичних терапевтів та ерготерапевтів потребують розширення та всебічного розгляду різних аспектів теоретичного та практичного змісту щодо формування готовності студентів до реалізації професійних функцій.

Сучасна система професійної підготовки майбутніх фізичних терапевтів та ерготерапевтів потребує удосконалення, що зумовлено затвердженням та введенням в дію Стандарту вищої освіти зі спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» (2018). Це вимагає узгодження кваліфікаційних вимог і системи професійної підготовки з формування готовності майбутніх фахівців означеної спеціальності до реалізації ними визначених професійних функцій. Актуальність означеної проблеми та її недостатня розробленість потребують подальших теоретичних та практичних досліджень щодо професійної підготовки студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія».

Згідно нормативних документів Української асоціації фізичних терапевтів, фахівець з фізичної терапії (фізіотерапевт) розглядається як «незалежний фахівець галузі охорони здоров'я, який є відповідальним за розвиток, підтримку чи відновлення рухових функцій та рухливості протягом усього життя, застосовуючи практичну діяльність, засновану на доказах» [1]. Головним призначенням фахівця з фізичної терапії є організація роботи з метою виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу для подальшого відновлення порушених функцій організму людини засобами фізичної терапії та ерготерапії, в тому числі технічними та біотехнічними. Варто зазначити, що фізичний терапевт та ерготерапевт паралельно, поряд з лікувальною, повинен здійснювати й інші види діяльності (соціальну, трудову, психолого-педагогічну), оскільки повний курс лікування можливий лише за умови комплексного підходу. Це зумовлено тим, що професійна фахівця з фізичної терапії об'єднує в собі, як мінімум, три великі галузі знань – фізичну культуру, медицину, спеціальну (корекційну) педагогіку, що спрямовані на досягнення однієї мети – сприяння життєдіяльності людини з обмеженими можливостями в її соціальній адаптації та інтеграції засобами реабілітації.

Означений комплекс видів діяльності вимагає підготовки майбутніх фізичних терапевтів до реалізації *професійних функцій*, які передбачають: проведення комплексного обстеження та визначення рухових можливостей людини; визначення рівня фізичного стану людей, які займаються фізичними оздоровчими вправами; розробку та впровадження індивідуального плану фізичної реабілітації у співпраці з іншими фахівцями (лікарями, соціальними працівниками, психологами, тренерами) та пацієнтом; впровадження комплексного підходу у використанні різноманітних фізичних вправ та природних чинників для оздоровлення людини; проведення занять фізичними вправами з оздоровчою, лікувальною та відновлювальною метою; контроль ефективності відновлювальних реабілітаційних програм; здійснення виховної роботи в процесі фізичної реабілітації; пропагування здорового способу життя; організацію методичного забезпечення реабілітаційних та оздоровчих занять фізичними вправами для людей, які займаються фізичною культурою самостійно; розповсюдження медико-біологічних, екологічних, соціально-економічних і правових знань [2].

З метою формування готовності студентів до реалізації професійних функцій система їх професійної повинна бути спрямована на модель майбутньої професії та включати теоретичну так практичну складову з орієнтацію на кваліфікаційні характеристики майбутнього фахівця. Аналіз освітньо-професійних програм дозволяє стверджувати, що для професійної підготовки студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» в Чернівецькому національному університеті пропонуються обов'язкові та вибіркові дисципліни, які можна умовно поділити на три блоки. Перша

група – це психолого-педагогічні дисципліни: «Вступ у фізичну терапію», «Теорія і методика фізичної культури», «Загальна теорія здоров'я», «Медична етика та деонтологія», «Гімнастика з методикою викладання», «Основи психології та психофізіології». Друга група – медико-біологічні дисципліни: «Загальна морфологія», «Гігієна та основи екології», «Біологія», «Нормальна анатомія людини», «Фізіологія людини», «Біохімія», «Медико-біологічні засоби відновлення», «Динамічна анатомія», «Основи медичних знань». Третя група – професійно-методичні дисципліни: «Фізична терапія у травматології та ортопедії», «Основи ерготерапії», «Фізична терапія в акушерстві та гінекології», «Моделі надавання реабілітаційних послуг», «Фізична терапія у неврології» та ін.

Також студенти мають змогу на 2, 3 та 4 курсах проходити клінічну практику в різних лікувальних, реабілітаційних та навчально-реабілітаційних закладах: навчального-реабілітаційних центрах, травматології, ортопедії, неврології та педіатрії.

Таким чином, формування готовності майбутніх фізичних терапевтів потребує комплексної професійної підготовки, зорієнтованої на модель фахової діяльності.

Література

1. Українська асоціація фізичних терапевтів <https://physrehab.org.ua/uk/home/>
2. Стандарт вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти (2018) <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/19/227-fizichna-terapiya-ergoterapiya-bakalavr.pdf>.

В.В. Брич, О.М. Грушовська

Доросле населення з інвалідністю як споживач медико-соціальних реабілітаційних послуг в Закарпатській області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Здоров'я населення в значній мірі визначає кількість осіб з обмеженням функціонування та життєдіяльності. В Україні при загальній чисельності постійного населення 42216766 осіб (станом на 01.01.2018 року без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя) чисельність осіб з інвалідністю становила 2635591 [1]. Це вказує на потенційно велику потребу у відновленні здоров'я та функцій людей в Україні. Для розвитку реабілітаційної медицини в Україні нашому медичному товариству та суспільству необхідно змінити саме розуміння «інвалідності» на сучасне та міжнародно узгоджене – обмеження життєдіяльності та функціонування. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) ґрунтується на концепції двох основних моделей інвалідності: медичній, яка розглядає інвалідність як характерну рису людини, та соціальній, яка розглядає інвалідність як соціально створену проблему. Враховуючи вище наведене, слід особливу увагу в даний час надавати визначенню потреби дорослого населення з обмеженнями функціонування та життєдіяльності в медико-соціальних реабілітаційних послугах на рівні регіону.

Мета: провести системний аналіз та структурування нормативних документів та статистичних форм, які визначають потребу дорослого населення з обмеженням функціонування та життєдіяльності в медико-соціальних реабілітаційних послугах на рівні регіону.

Матеріали та методи. Матеріалами стали нормативні документи (закони України, накази Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальної політики) [2-5] та науково-методична література на тему забезпечення реабілітації дорослого населення з обмеженням функціонування та життєдіяльності. Методи: системний підхід і аналіз, структурно-логічний аналіз, контент-аналіз, бібліосемантичний.

Результати. В Україні діють критерії встановлення інвалідності затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 року № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи». Інвалідність повнолітніх осіб в Україні встановлюється медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК). Особи, що визнана інвалідом, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється I, II чи III група інвалідності. Так от, при загальній кількості 2635591 особа з інвалідністю на початок 2018 року, структура за групами інвалідності виглядала так: інвалідність I групи – 8,9 % (235365 осіб), II групи – 34,1 % (899247 осіб), III групи – 51 % (1341935 осіб) та інвалідність дітей – 6 % (159044 осіб). Отже, чисельність осіб з інвалідністю склала 6,24 % від загальної чисельності населення України, проти 6,11% на початок 2017 року, 5,83 % – 2016 року.

Показники визнаних осіб з інвалідністю у Закарпатській області за 2016-2017 роки суттєво не відрізняються від таких по країні. Слід зазначити, що показники визнаних особами з інвалідністю III групи у Закарпатті є вищими від середніх по державі майже на 7,5%. Натомість осіб з інвалідністю II групи у регіоні на 7,3% менше, ніж по Україні.

При аналізі показників області щодо індивідуальних програм реабілітації (ІПР) у 2017 році встановлено, що вони складені для 10667 первинно та повторно визнаних осіб з інвалідністю у 2017 році, що склало 100% потребу (показник в Україні 98,1%). Первинно оглянуті особи з інвалідністю, яким було складено ІПР, склали 35,5 % (3786 осіб),

а структура за групами виглядала так: з I групою інвалідності – 9,48 %, II групою – 31,93 %, III групою – 58,58 %. Серед повторно оглянутих (6881 особа) ППР складені для 5,14 % з I групою, для 20,69 % з II групою та 74,16 % з третьою групою інвалідності. Важливо, що в ППР рекомендації з медичної реабілітації отримали абсолютно всі, з яких відновну терапію потребували 98,96 % (10343 особи), реконструктивну хірургію – 1,49 % (159 осіб), ортезування – 1,55 % (165 осіб). Рекомендації з працевлаштування отримали 4093 особи (38,4 %). Рекомендації з соціальної реабілітації отримали 2672 особи (25 % всіх осіб з інвалідністю), з яких тільки 22 % (273 особи) направлені в територіальні центри соціального обслуговування [6].

Відповідно до закону України потребу в комунальних реабілітаційних установах визначають місцеві органи виконавчої влади [3]. Рішення про їх створення приймаються органами місцевого самоврядування. Так, в Закарпатській області станом на 01.01.2018 р. вказують тільки 2 центри комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю з 153 реабілітаційних установ з системи Мінсоцполітики України: КРУ «Центр комплексної реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів» Закарпатської обласної ради та КРУ «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю» Рахівської районної ради. В цих центрах надано реабілітаційні послуги 1009 особам, з яких 46 % (461 особа) старше 18 років [7].

Висновки. Статистичні форми вказують як на стовідсоткове надання в Закарпатській області реабілітаційних послуг особам з інвалідністю, так і на високий рівень надання окремих видів реабілітації: медичної, професійної, соціальної. Втім це питання потребує більш глибокого вивчення, оскільки вказані документи не охоплюють всіх осіб з обмеженнями функціонування та життєдіяльності, а дані щодо отримання послуг в центрах комплексної реабілітації не розкривають реального охоплення цими послугами тих, хто його потребують.

Література

1. Соціальний захист населення: статистичний збірник; відпов. за вип. О. О. Кармазіна. К.: Державна служба статистики України, 2018. 123 с.
2. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 № 2961-IV. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» (зі змінами). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF>
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF>
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 80 «Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг» (зі змінами). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-2007-%D0%BF>
6. Основні показники медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в Україні за 2017 рік: Аналітико-інформаційний довідник / В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, Л. О. Сторожук, О. Б. Яворовенко, М. В. Семенюк. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2018. – 122 с.
7. Реабілітація осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю (Статистичний збірник) за 2017 рік / Відділ реабілітаційних послуг та зайнятості осіб з інвалідністю Департаменту соціального захисту осіб з інвалідністю. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/files/inv/zb2017.doc>.

В.В. Броч, М.М. Дуб, М.В. Бородачов

Підходи до оцінки потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Збереження здоров'я дітей – одне з найважливіших завдань держави, оскільки саме цей показник найбільш інтегрально вказує на загальний стан благополуччя суспільства. І хоча в останні роки в Україні відмічається незначна тенденція до зниження показника захворюваності дитячого населення, у структурі захворюваності дітей 0–17 років традиційно переважають хвороби органів дихання (2010 р. – 66%, 2015 р. – 69%, 2017 р. – 68%) [1, 2]. В Закарпатській області показник захворюваності дітей склав у 2017 році 887,85 на 1 тис. дитячого населення, а провідне місце також займали хвороби органів дихання (60,4%) [3]. Враховуючи значне поширення вказаних захворювань, необхідно вдосконалювати систему надання медичної допомоги дітям та забезпечити максимально ефективним відновним лікуванням та реабілітаційними послугами. Згідно з визначенням ВООЗ, під реабілітацією розуміють комплекс координованих заходів медичного, психологічного, педагогічного і соціального характеру, спрямованого на повне відновлення здоров'я і ефективне повернення дитини до звичайних умов життя та навчання. Загальними завданнями реабілітації дітей із хронічними захворюваннями органів дихання є досягнення регресії зворотних і

стабілізації незворотних змін у бронхолегеневій системі, відновлення і покращення функції зовнішнього дихання, серцево-судинної системи, фізичної активності та психологічного статусу [4].

Мета: визначити основні підходи та елементи оцінки потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні.

Матеріали та методи. Матеріалами стали нормативні документи МОЗ України та науково-методична література на тему забезпечення реабілітаційних послуг при хворобах органів дихання у дітей. Методи: структурно-логічний аналіз, контент-аналіз, бібліосемантичний, системний підхід і аналіз.

Результати. Оцінка потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні передбачає декілька основних елементів. Насамперед це аналіз нормативних документів, які регламентують надання медичної допомоги дітям з хворобами органів дихання (накази МОЗ України від 13.01.2005 №18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія», від 08.10.2013 року № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі» та ін.) та статистичних форм регіону з питань, що стосуються бронхолегеневих захворювань у дітей за певний період для відслідковування динаміки змін захворюваності, поширеності захворювань органів дихання, структури за окремими нозологіями. Наступним елементом стане визначення алгоритму надання реабілітаційних послуг дітям з хворобами органів дихання та аналіз наявної системи закладів та відповідних заходів реабілітації на рівні регіону для забезпечення безперервності, комплексності і цілісності програм відновлювального лікування. Не менш важливим елементом нами визначено опитування лікарів первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги щодо потреби в реабілітаційних послугах для дітей з хворобами органів дихання, прихильності до таких послуг батьків, а також рівня комплаєнсу при лікуванні та призначенні реабілітаційних послуг.

Висновки. Оцінка потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні вимагає системного підходу з чітким визначенням складових – елементів оцінки. Кожен з вказаних елементів потребує розширеного планування завдань з наступним послідовним етапним виконанням, що дозволить ефективно та якісно визначити потребу дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на рівні регіону.

Література

1. Соціальний захист населення: статистичний збірник; відпов. за вип. О. О. Кармазіна. К.: Державна служба статистики України, 2018. 123 с.
2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році; відпов. за вип. О. О. Кармазіна. К.: Державна служба статистики України, 2018. 109 с.
3. Скрип В.В. Характеристика показників захворюваності населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб / В.В. Скрип, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Wiadomości Lekarskie (Польща). – 2018, tom LXXI, № 5. – С. 1051 - 1055.
4. Григус І. М. Методологічні аспекти проведення фізичної реабілітації у хворих на хронічний бронхіт / І. М. Григус // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. - 2012. - № 3. - С. 282–287.

Виноградов О.О., Гужва О.І., Володіна В.С.

Терапія «дія–спостереження» у реабілітаційній практиці

Державний заклад «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», Старобільськ, Україна

Терапія «дія–спостереження» (Action Observation Therapy, AOT) – новітня реабілітаційна методика, що включає спостереження за конкретними діями та їх самостійне виконання.

Під час реабілітаційного втручання, після отримання пояснення, пацієнти спостерігають на екрані монітора за певними діями (захоплення і переміщення предмета в горизонтальній або вертикальній площині, маніпулювання предметом двома руками, використання пісочного годинника, відкриття і закриття банки, гра з LEGO тощо), які зазвичай ділять на три-чотири елементарних моторних акти. Після спостереження за окремими моторними актами протягом трьох хвилин (фаза спостереження), пацієнти протягом двох хвилин намагаються, у міру своїх здібностей, виконати дію, що вони спостерігали (фаза виконання). Типовий сеанс AOT займає півгодини (D. Ertelt, F. Binkofski, 2012; G. Buccino, 2014; J. Plata-Bello, 2017; T. Y. Shih, C. Y. Wu, K. C. Lin, et al., 2017).

Даний підхід ґрунтується на діяльності так званих «дзеркальних нейронів», які активізуються як при виконанні певних дій, так і при спостереженні за виконанням цих дій іншими людьми (В. Л. Романюк, 2009). Дзеркальні нейрони розташовані здебільше у лобовій частці (нижня лобова звивина), у задній тім'яній області (нижня тім'яна часточка) та в інших областях головного мозку, формуючи систему дзеркальних нейронів (J. Plata-Bello, 2017).

Терапія «дія–спостереження» показала свою ефективність у відновленні рухових функцій верхніх кінцівок у постінсультних пацієнтів (J. Fu, M. Zeng, F. Shen, et al. 2017; Tsai-yu Shih, Ching-yi Wu, Keh-chung Lin, et al., 2017), у моторному відновленні пацієнтів з хворобою Паркінсона (D. Caligiore, M. Mustile, G. Spalletta, et al., 2017; W. Di Iorio, A. Ciarimboli, G. Ferriero, et al., 2018), у процесі реабілітації дітей з церебральним паралічем (Jin-young Kim,

Jong-man Kim, Eun-young Ko, et al., 2014; M. O. Baig, S. Paracha, 2018; D. H. Kim, D. H. An, W. G. Yoo, 2018), у відновленні ходи і покращенні якості життя пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу (J. H. Villafañe, C. Pirali, M. Isgro, et al., 2016).

А.В. Гакман

Психофізіологічні особливості рухової активності людей похилого віку

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Зміни в організмі під час старіння обумовлюють зниження його адаптаційно-регуляторних механізмів. Згідно з регуляторно-адаптаційною теорією В.В. Фролькіса, засновника антивейджингової медицини в Україні, прискорене старіння є результатом порушення дисбалансу між процесами старіння та антистаріння. Прискорене старіння проявляється більш раннім і більш швидким розвитком старечих вікових змін, які скорочують тривалість життя.

Відомо, що рухова активність у похилому віці позитивно впливає на організм як у цілому, так і на окремі його системи. Дає можливість добре себе почувати, позбутися деяких недуг, молодше виглядати, підвищувати власну працездатність, «відтягнути» старість й безпомічність. Тому актуальною проблемою є залучення та популяризація рухової активності серед літніх людей на основі психофізіологічних особливостей даної вікової групи.

Метою нашого дослідження є визначення психофізіологічних особливостей рухової активності людей похилого віку.

Дослідно-експериментальну роботу проводили з двома групами респондентів: перша група – це люди які займаються у фітнес клубах Sportlife і Титан – 38 людей, друга – складалась з осіб які продовжують свою самоосвіту у Чернівецькому Університеті третього віку ім. А. Кольпінга – 35 представників. Ця група опитуваних не займається оздоровчою руховою активністю. Всього у дослідженні прийняло участь 63 людини, віком 60–73 років. Дослідження полягало визначенні психофізіологічних особливостей рухової активності людей похилого віку.

Аналіз рівнів рухової активності людей похилого віку показав, що на сидячий рівень рухової активності, крім базового, витрачають найбільше часу респонденти контрольної групи (37,6%). Це насамперед пов'язано, на нашу думку, із провідною діяльністю протягом дня досліджуваних у стінах Університету третього віку, де проводяться навчальні аудиторні заняття, з іноземних мов (англійська, румунська, польська та болгарська), психології з основами арт-терапії та здорового способу життя, культурології та української мови і літератури, історії та мистецтва Буковини та ін. Про те у експериментальній групі на сидячий рівень рухової активності респонденти витрачають лише 12,5% часу доби, це у тричі менше ніж контрольній групі.

У похилому віці можна умовно виділити деякі основні складові частини рухової активності: активність в процесі спеціально-організованих вправ; фізична активність, здійснювана під час суспільно-корисної і трудової діяльності; спонтанна фізична активність у вільний час. Ці складові тісно пов'язані між собою. Доповнюючи один одного вони забезпечують певний об'єм добової рухової активності, рівень якої можна кількісно виміряти.

У досліджуваних контрольної групи спостерігається найменше затраченого часу на середній рівень (4,2%) та взагалі не витрачають час на спеціально-організовані фізичні вправи протягом доби (високий рівень рухової активності – 0%) і лише незначна частка добової рухової активності відводиться на малий рівень – 16,6 %, що дорівнює 4 годинам.

Про те у досліджуваних експериментальної групи ці показники значно вищі. Так на малий рівень рухової активності респонденти витрачають 29,2% часу, на середній рівень – 16,6% та на високий – 4,2% часу від усієї доби. Такі результати свідчать про те, що літні люди більше які більше рухаються, прагнуть бути здоровими та соціально-активними, зменшити ризик захворювань та затримати процеси старіння, що немало важливо у даному віці.

Аналіз тривалості та якості життя українців та мешканців ближнього зарубіжжя показує, що останні десятиліття відмічені різким погіршенням стану здоров'я всіх вікових категорій населення, зокрема, усі автори звертають увагу на передчасне «зношування», старіння організму. Ступінь цього «зношування» можна оцінити за біологічним віком та розрахованим за ним показником темпу старіння організму.

Серед респондентів обох груп нами було визначено біологічний вік за методикою В.Войтенка. Так середній паспортний вік експериментальної та контрольної груп приблизно був однаковий – 72,8 та 73,4 років. Про те біологічний вік значно відрізнявся. Літні люди експериментальної групи засвідчили біологічний вік на 64,1 роки, що на 87 роки молодше паспортного. А от біологічний вік досліджуваних контрольної групи був 78,9 років, що на 5,5 років старше паспортного.

Під час дослідження, ми визначили темпи старіння досліджуваних експериментальної та контрольної груп. Так у експериментальній групі найбільше респондентів, у яких уповільнений процес старіння (60,5%), у значній кількості досліджуваних даної групи біологічний вік відповідає паспортному – 8 осіб (21,1%). Різко уповільнений процес старіння даної групи спостерігається у 4 осіб, що дорівнює 10,5% всієї групи. Проте також, варто зазначити, що у 3 осіб досліджуваних цієї групи виявлено прискорений процес старіння.

У контрольній групі результати значно гірші: уповільнений процес старіння – 57%, відповідність паспортному віці біологічному – 28,6%, прискорений – 60% та різко прискорений – 57%. Слід зауважити, що серед респондентів контрольної групи взагалі не виявлено осіб із різко уповільненим процесом старіння.

Дані нашого дослідження підтверджують думку сучасних науковців, що обмеження рухової активності з віком значною мірою відображається на функціональному стані організму осіб похилого віку.

Однією з важливих причин порушення нормальних функцій організму у похилому віці є недостатня рухова активність. Малорухливий спосіб життя (гіпокінезія), в першу чергу призводить до зміни стану серцево-судинної системи, яка в похилому віці являється одним з найбільш слабких ланок організму.

У сучасному суспільстві гіпокінезія зумовлена, насамперед, способом життя людини, механізацією та автоматизацією виробництва. Особливо складовою рухової активності для людей похилого віку є психологічна. Адже, з виходом на пенсію, зміна режиму дня, відсутність спілкування із колегами та інші фактори можуть слугувати дисбалансом психічних станів особистості.

Серед респондентів двох груп, нами було проведено дослідження рівня психічних станів за допомогою методики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком. У людей похилого віку експериментальної групи було виявлено середній рівень тривожності – 21,2%, низький рівень фрустрації – 63,1% та низький рівень ригідності – 52,6%. У даній групі агресивність розподілилась рівномірно на високий (31,6%), середній (36,8%) та низький (31,6%) рівні. У контрольній групі психічні стани мали перевагу: середній рівень тривожності – 37,1%, високий рівень фрустрації – 60%, високий рівень агресивності – 40% та середній рівень ригідності – 60%.

За даними соціологічного дослідження, ми дійшли висновків, що респонденти експериментальної групи вміло володіють своїм рівнем тривожності, вміють реально оцінити ситуацію, що склалася, у них висока самооцінка і вони не бояться труднощів.

Саме такі люди, здібні легко переключатися із однієї дії на іншу та легко пристосовуватися до різних умов. Проте люди контрольної групи засвідчили, що тривожність у них допустимого рівня, але самооцінка є досить низькою, вони уникають труднощів, бояться невдач, агресивність є високою, нестримні, мають труднощі в роботі із людьми.

На нашу думку, саме за допомогою рухової активності у досліджуваних експериментальної групи переважають сильні психічні стани.

Під час дослідження нами було визначено потребу у активності людей похилого віку. Отже, у респондентів експериментальної групи потреба у активності є великою для 36,8% осіб, середньою та низькою по 36,1%. Проте у активності осіб контрольної групи значно вища за експериментальну. Великою потребою у активності виявлено у 40%, але у респондентів означеної групи виявлено у 11,4% парабіотичний стан, який свідчить про тимчасовий стан обстежуваного спричинений втому, недосипанням чи іншими причинами.

О.В. Гаяш

Взаємодія спеціалістів з батьками дітей з особливими освітніми потребами у процесі включення їх в інклюзивну освіту

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Сьогодні особливою увагою заслуговує впровадження інклюзивної освіти, яка забезпечує реалізацію принципу: кожна людина, незалежно від стану здоров'я, наявності фізичного чи інтелектуального порушення, має право на одержання освіти, якість якої не різниться від якості освіти здорових людей. Для успішної реалізації інклюзивних програм у закладах освіти надзвичайно важлива ефективна співпраця спеціалістів і родин дітей із особливими освітніми потребами.

За висновками Д. А. Петровської, Т. М. Мішина, А. І. Захарова, Д. М. Ісаєва, Т. Пирожено, І. Д. Бех вирішальним фактором, який впливає на формування та розвиток особистості, поведінку дітей з особливими освітніми потребами є тісна співпраця між родиною і педагогами, психологами, лікарями.

Інклюзивна освіта вимагає новизни у змісті сімейного виховання щодо дітей з інвалідністю, який повинен визначатися поняттями «співробітництва», «співпраця», «взаємодія» [2, с. 7]. У такій співпраці педагогів і батьків можна виділити три етапи:

- Перший етап спрямований на залучення батьків до навчально-виховного процесу дитини. Адже саме вони найбільш зацікавлені в позитивних зрушеннях щодо розвитку і соціалізації дітей.
- Другий етап передбачає формування зайнятості батьків процесом розвитку дитини. Педагоги показують їм можливості невеликих, але дуже важливих для розвитку дитини досягнень.
- Третій етап характеризується розкриттям перед батьками можливостей особистісного пошуку, творчого підходу до навчання своєї дитини та особистої участі в дослідженнях її можливостей [2, с.11].

Працівники освітнього закладу разом з батьками мають сформувати команду, яка спрямовує зусилля на задоволення індивідуальних потреб кожної дитини. У цій команді батькам відводиться вирішальна роль. Партнерство навчального закладу і сім'ї створює умови для ефективного включення дітей з особливими потребами в середовище здорових однолітків, освітній процес, сприяє гармонійному, всесторонньому особистому розвитку кожної дитини, її соціалізації і підготовці до самостійного життя.

У взаємодії з батьками дітей з особливими освітніми потребами педагоги мають дотримуватися принципу комплексності – психологічну допомогу можна розглядати тільки в комплексі, у тісному контакті педагога-психолога з учителем-дефектологом, учителем-логопедом, учителем-реабілітологом, класоводом, учителем музики, батьками.

Найбільш ефективними формами організації спільної роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами є такі: 1) батьківські «круглі столи», конференції, семінари; 2) метод кейсів (із залученням психолога чи соціального працівника) – метою є надання підтримки та створення ситуації, що спрямовує батьків до розгляду ситуацій і викликає бажання подолати життєві перешкоди або ж адаптуватися та шукати нові мотиви для повноцінного життя; 3) включення батьків у процес занять з дитиною. Особливо доцільно це робити на етапі адаптації та становлення дитини в інклюзивному закладі; 4) інформаційні стенди і тематичні виставки; 5) відкриті заняття фахівців.

Крім того, співпраця з батьками дітей з особливими освітніми потребами проявляється у індивідуальних, групових, сімейних консультуваннях; організації психолого-педагогічної просвіти батьків з використанням активних методів навчання – рольових ігор, тренінгів тощо; створенні груп підтримки для батьків в умовах закладу освіти.

Отже, для успішної реалізації інклюзивних програм надзвичайно важлива підтримка і розуміння дітей з особливими освітніми потребами, співпраця педагогів і родин таких дітей, яка буде ефективною за реалізації наступних умов: створення сприятливої атмосфери (коли педагогічний колектив позитивно налаштований на партнерські стосунки і міжособистісну взаємодію з дітьми та їхніми родинami); постійне спілкування між родиною дітей і закладом освіти, яке має й інтерактивну, і перцептивну його складові; сприйняття батьків як колег.

Дані аспекти не розкривають усіх засад співпраці закладів освіти і родин, в яких зростають діти з особливими потребами, в умовах інклюзивної освіти. Подальшого дослідження потребує розробка методичної бази для соціально-психолого-педагогічної просвіти батьків з метою забезпечення системного підходу допомоги дітям з порушеннями розвитку; створення оптимальних умов для включення їх в усі сфери життєдіяльності і суспільних відносин.

Література

1. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений; под ред. В. И. Селиверстова / А. Г. Московкина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.

2. Омельченко І. М. Психолого-педагогічна допомога сім'ям дітей з обмеженими можливостями: методичні рекомендації / І. М. Омельченко, О. М. Тиха, Л. О. Федорович. – Полтава: ПДПУ імені В.Г. Короленка, 2009. – 80 с.

К.Ю. Гойдош, О.П. Романів

Ерготерапія, як метод соціально-психологічної реабілітації дітей з порушеннями психофізичного розвитку

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки;
факультет здоров'я та фізичного виховання**

У дітей з особливими потребами, разом з порушеннями психофізичного розвитку спостерігається також і соціальна дезадаптація, недостатня кількість соціальних контактів, низький соціометричний статус, що погіршує ситуацію і поглиблює порушення їхнього психічного розвитку та негативно впливає на емоційну сферу. Саме тому необхідно якомога раніше починати проводити соціально-психологічну реабілітацію дітей з порушеннями психомоторного розвитку.

В загальному, ерготерапія, це комплекс реабілітаційних заходів, які направлені на відновлення повсякденної діяльності пацієнта, враховуючи фізичні обмеження, які перешкоджають цьому. Так як ерготерапія використовується з клієнтами різних вікових категорій, хотілося би відмежувати і наголосити на заходах, які спрямовані для реабілітації саме дітей. Так, при роботі з дорослим зусилля ерготерапевта направлені саме на відновлення втрачених навичок самообслуговування, проведення роботи, формування дозвілля. При цьому ж робота з дітьми направлена на формування моторних навичок, які є обов'язковими для оволодіння навичками самообслуговування, навчання та гри. До прикладу це навички необхідні для самостійного одягання, купання, миття рук.

Мета роботи: проаналізувати та узагальнити дані щодо принципів та актуальності реабілітації дітей, які мають психофізичні порушення.

Матеріали та методи. Проведено огляд публікації в спеціалізованих журналах, що включають редакційні та оглядові статті, коментарі, огляди книг.

Результати. Реабілітація за допомогою ерготерапії ефективна при таких станах: РАС, розумовій відсталості, після перенесених травм, особливо черепно-мозкових, при порушеннях функціонування опорно-рухового апарату нервової системи. Ерготерапія проводиться з метою: зміцнення моторики рук, розвиток координації та диференціації рухів (компенсуються дефекти роботи опорно-рухової системи). Важливим є також компенсувати недорозвиненість емоційно-вольової сфери для формування самостійності, спостережливості, для звички до трудової та ціленаправленої діяльності. Корегується також мовна та розумова діяльність. Формування трудових навичок проводиться в межах можливості дитини.

Реабілітація дітей повинна проводитись за індивідуальним планом, який розробляється на основі даних про інвалідність, дефект, ваду, яка не дає дитині виконувати повсякденні дії та на специфічному підході, реалізованому по спеціальній методології для визначення потреб по догляду за дитиною, установленими цілями та і вибір необхідних соціальних послуг.

Також в процесі реабілітації у дітей з особливими потребами формується впевненість в собі, розвивається особистісний потенціал, підвищується самооцінка, що є дуже важливим для продовження лікування та покращення емоційного стану. Формується любов до праці, формується естетичне виховання навколишнього світу і життя. Також розширюється уявлення про навколишній світ, про різні матеріали, способи їх обробки, підвищується пізнавальна активність дітей.

Заняття терапія сприяє зміцненню м'язового тону, розвитку координаційних здібностей, загальної та дрібної моторики, рівноваги, моторного планування, покращує інтеграцію сенсорної інформації та регулює рівень активності.

Методом ерготерапії у дітей виховується також витримка, яка необхідна при виконанні завдань, вони навчаються фіксувати свою увагу на виконанні вправ і це допомагає брати під контроль поведінкові порушення, які наявні при певних розладах, здійснює значний психотерапевтичний вплив на емоційну сферу дитини виконуючи при цьому комунікативну функцію. Участь дитини із вадами психофізичного розвитку в художній діяльності з однолітками та дорослими розширює її соціальний досвід, вчить адекватній взаємодії та спілкуванню у спільній діяльності, забезпечує корекцію порушень комунікативної сфери.

При застосуванні роботи з дітьми спрямованої на підвищення знань, вмінь та навичок, позитивної поведінки у дітей, було помічено зниження надмірного напруження, тривожності та усунення бар'єрів для конструктивних взаємодій з оточуючими.

Висновки. Основними завданнями реабілітації дітей за допомогою ерготерапії з порушеннями психофізичного розвитку є забезпечення, насамперед, досягнення максимальної незалежності в самообслуговуванні, всебічного розвитку дитини, що включає в себе соціальне функціонування, емоційний, інтелектуальний, і фізичний розвиток і розкриття максимального її потенціалу до навчання. Також наступним, не менш важливим, є попередити вторинні дефекти у дітей з особливими потребами. Причиною проявів яких можуть стати невдалі спроби попередити первинні дефекти, підібравши непідходящий медичний, терапевтичний чи навчальний вплив, або при певних міжособистісних проблемах дитини і її сім'ї, через те що у батьків виникають навиправдані сподівання, стосовно навчання дитини.

Дуже важливим при ранній психосоціальній реабілітації дитини з особливими потребами є також і адаптація сім'ї, в якій вона проживає, для того аби максимально ефективно задовільнити потреби дитини.

Отже, за допомогою ерготерапії, як психологічно-соціальної реабілітації, у дітей з особливими потребами покращуються і набуваються навички, які необхідні їй для життєдіяльності, покращується психоемоційний стан, зменшуються прояви негативних емоційних реакцій, у дитини формується позиція активного члена соціальної діяльності.

Література

1. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація: [підручник] / В. П. Мурза. – К.: Олан, 2005. – с. 7-26.
2. Бочелюк, В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. [Електронний ресурс] / В. Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [підручник] / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2010. – с. 16-67; 89-94.
4. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. – Львів: Колесо, 2008. – 144 с.
5. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію (матеріал лекційного курсу): навч. посіб. / А.С. Вовканич. – Львів: НВФ "Українські технології", 2008. – 200 с.
6. Синьов В.М. Психологія розумово відсталої дитини: Підручник / В.М. Синьов, М.П. Матвеева, О.П. Хохліна. - К.: Знання, 2008. - 359 с.
7. Соціальна педагогіка: мала енциклопедія / за заг. ред. проф. Д. Звереві - К.: Центр учбової літератури, 2008. – 336 с.
8. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я; за заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
9. Дегтяренко Т.М., Вавіна Л.С. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами С.: Університетська книга, 2008.
10. Холостова Є.І. Технології соціальної роботи: Підручник / за загальною ред. Проф. Холостовой Є.І. - М: ИНФРА, 2004. - 400 с.

В.В. Гусак

Порівняльний аналіз різних видів магнітотерапії як засобу реабілітації хворих з варикозною хворобою ускладненою трофічними виразками нижніх кінцівок

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Згідно з даними Українського симпозиуму по актуальним питанням флебології варикозне розширення вен спостерігається у 15–17% населення країни. Це захворювання завдяки прогресуючому перебігу є частою причиною важких ускладнень, зокрема призводить до виникнення трофічних виразок нижніх кінцівок, що знижують працездатність та призводять до інвалідності [3]. У передопераційній підготовці та післяопераційній реабілітації цих хворих, а також як самостійний метод лікування, ефективними є методи фізичної терапії, що позитивно впливають на нормалізацію мікроциркуляторних процесів у тканинах [1]. У зв'язку з цим зростає значення фізіотерапевтичних методів лікування, зокрема різних видів магнітотерапії, подальше вдосконалення яких є цілком доцільним і обґрунтованим та актуальним.

Метою роботи є вивчення ефективності застосування магнітотерапії в комплексному лікуванні хворих з з виразково-некротичними ураженнями шкіри нижніх кінцівок, при варикозній хворобі.

Дослідження проводилось на базі хірургічного відділення №2 обласної комунальної установи «Лікарня швидкої медичної допомоги» м.Чернівці. В основу роботи покладений досвід комплексного лікування 90 хворих з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок III стадії, ускладненою наявністю трофічних виразок. Причиною що викликала захворювання у 28% пацієнтів була посттромбофлебітична хвороба, у 72% - первинне варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Із загальної кількості обстежених – чоловіків - 38%, жінок – 62%, вік – від 24 до 80 років. Більшість (62%) хворих були люди похилого та старечого віку, особи працездатного віку склали 38%. Давність захворювання варіювала від декількох місяців до 40 років. Процес був двостороннім у 14% хворих. В нижньої третини гомілки виразки локалізувалися у 78% хворих, в середньої третини у 22%.

Комплексне лікування хворих у всіх групах відповідало основним стандартам лікування трофічних уражень нижніх кінцівок [2].

Залежно від методу фізіотерапевтичного впливу всі пацієнти були розділені на 2 групи. У хворих першої групи (74 особи.) в комплексному стаціонарному лікуванні використовувалася магнітотерапія. До другої групи (контрольної) увійшли 16 хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, ускладненим наявністю трофічних виразок, лікування яких здійснювали без застосування магнітотерапії. Велика частина хворих до цього неодноразово лікувалася амбулаторно і стаціонарно із змінним успіхом.

Різні операції були проведені у 28 хворих. Так, хірургічні втручання на венах нижніх кінцівок зроблені у 16 хворих, вільна шкірна пластика зроблена 7 пацієнтам, інші операції - 5 хворим. Іншим з ряду причин (старечий вік, важка супутня патологія та ін.) оперативне лікування не проводилося.

У 74 хворих в комплекс лікувальних заходів були включені фізіотерапевтичні процедури із застосуванням магнітних полів. Ці хворі склали основну групу. В 1-й підгрупі (20 осіб) використовували постійне магнітне поле (ПМП). У 2-й підгрупі (36 осіб) магнітотерапія здійснювалася з використанням змінного магнітного поля (ЗМП). У 3-й підгрупі (18 осіб.) лікувальний комплекс включав біжуче імпульсне магнітне поле (БІМП). В контрольну групу були включені хворі (16 осіб.), лікування яких проводилось за загальноприйнятою методикою без використання методів фізіотерапії. Перераховані групи хворих були схожі за характером ураження, важкістю і давністю захворювання, розповсюдженістю виразково-некротичного процесу, статтю, віком і особливостями догоспітального лікування.

Як видно з таблиці, різні види магнітних полів справляли позитивну дію на перебіг раннього процесу.

Висновки

1. Аналіз отриманих даних показав, що найбільш високий клінічний ефект в 61% випадків зареєстровано при використанні БІМП (3-тя підгрупа). У цій же підгрупі хворих виявилися і самі мінімальні терміни лікування ($28 \pm 2,94$) дня. Темпи абсолютного і відносного зменшення площі виразки були відповідно $0,58 \text{ см}^2/ \text{дб.}$ і $4,04\%$. В інших підгрупах ці показники були дещо нижчими, але більш високими в порівнянні з контрольною групою.

2. Результат застосування різних видів магнітних полів при лікуванні виразково-некротичних процесів нижніх кінцівок засвідчує більш високу ефективність БІМП (3-тя підгрупа) в порівнянні з ПМП (1-ша підгрупа) і ЗМП (2 підгрупа). Болі в ділянці ураженої кінцівки у хворих 3-ї підгрупи зникали на $13 \pm 2,16$ добу, в 1-й підгрупі – $21 \pm 2,63$, в 2-й – $14 \pm 1,09$ добу, у контрольній групі без використання магнітних полів болі зникали на $22 \pm 1,25$ добу.

3. Зникнення набряку відмічали в 3-й підгрупі на $6 \pm 1,12$ добу, в 1-й підгрупі на $16 \pm 3,03$ добу, в 2-й підгрупі – на $12 \pm 1,17$ добу і в контрольній групі - на $22 \pm 2,80$ добу. Початок епітелізації відбувався в 3-й підгрупі на $6 \pm 0,70$ добу, в 1-й підгрупі – на $13 \pm 1,59$, в другій – на $11 \pm 0,88$ добу і в контрольній групі – на $18 \pm 1,22$ добу. Число випадків повного загоєння виразок в 3-й підгрупі склав 61%, в 1-й – 45%, в 2-й 50%, в контрольній групі цей показник найнижчий – 31%.

Таблиця

Динаміка основних клінічних показників в залежності від виду магнітних полів

Показник	Результати лікування / М ± m /			
	ПМП (1 підгр.)	ЗМП (2 підгр.)	БІМП (3 підгр.)	Контрольна група
Середня тривалість госпіталізації /діб/	35 ± 4,11 P > 0.05	29 ± 2,32 P < 0.05	28 ± 2,94 P < 0.05	41 ± 3,74
Терміни: Зникнення болю /діб/	21 ± 2,63 P > 0.05	14 ± 1,09 P < 0.01	13 ± 2,16 P < 0.05	22 ± 1,95
Зникнення набряку /діб/	16 ± 3,03 P < 0.05	12 ± 1,17 P < 0.001	6 ± 1,12 P < 0.001	24 ± 2,80
Початку епітелізації /діб/	13 ± 1,59 P < 0.05	11 ± 0,88 P < 0.001	6 ± 0,70 P < 0.001	18 ± 1,22
Число випадків повного загоєння виразок	9/45% /	18 /50% /	11/61% /	5/31% /
Зменшення площі виразки на добу а /відносно /в%/	3,19 ± 0,4 P < 0.05	3,59 ± 0,3 P < 0.001	4,04 ± 0,7 P < 0.05	2,09 ± 0,2
б / абсолютне /в см2/	0,5 ± 0,09 P < 0.01	0,41 ± 0,07 P < 0.05	0,58 ± 0,08 P < 0.01	0,24 ± 0,03

Література

1. Гусак В. В. Порівняльна оцінка ефективності методів комплексного лікування хворих трофічними виразками нижніх кінцівок із застосуванням фізичних факторів (Клініко-лабораторне дослідження) : дис. канд. мед. наук : 14.00.27 / Гусак В. В. – Київ, 1991. – 160 с.
2. Демецький А. М. Механізми лечебного действия магнитных полей: Сборник научных трудов / А. М. Демецький, А. В. Чернов. – Витебск: Медицина, 2009. – 200 с.
3. Шалімов О. О. Клінічна флебологія [Електронний ресурс] / О. О. Шалімов // Український науково-практичний журнал. – 2013.

О.Ю. Гузак

Особливості фізичної терапії у диференційованій реабілітації хворих на остеохондроз шийного відділу хребта з симптомами психоемоційних розладів

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання

Головною медико-соціальною і економічною проблемою суспільства та одним з найбільш поширених захворювань опорно-рухового апарату є захворюваність на остеохондроз шийного відділу хребта (ОШВХ), яка склала в Україні у 2014 році 45 осіб на 10 тис. населення [1]. За даними Харківського обласного центру медико-соціальної експертизи остеохондроз хребта набуває великої соціальної значущості, так як в Україні хворіють від 75% до 95% населення і показник первинного виходу на інвалідність щороку збільшується [4].

Складовою частиною медичної реабілітації при ОШВХ є фізична терапія (ФТ). Вона мобілізує резервні сили організму, активізує його захисні й пристосувальні механізми, скорочує терміни клінічного та функціонального відновлення, адаптує до фізичних навантажень, тренує й загартовує організм, відновлює працездатність [5, 6]. Однак порівняльної оцінки впливу різних методик ФТ не достатньо, тому вимагає подальшого вивчення.

Мета дослідження: вивчити літературу, обґрунтувати і визначити особливості ФТ для хворих на ОШВХ з симптомами психоемоційних розладів (ПЕР).

Об'єкт і методи дослідження: обстежено 35 хворих, з них 20 жінок та 15 чоловіків, які проходили курс оздоровлення шляхом виконання спеціально розробленого для ОШВХ комплексу вправ ЛФК. Оцінка ефективності диференційованої ФТ хворих на ОШВХ з симптомами ПЕР базувалась на позиціях доказовості з використанням об'єктивних прямих критеріїв ефективності та проводилась за динамікою зміни психоневрологічних показників, показників якості життя (ЯК) і функціональних можливостей хворого в його повсякденному житті [2,3].

Результати дослідження та їх обговорення : при первинному обстеженні всі хворі на ОШВХ скаржились на болочість в шії та в шийно-потиличній області у спокої та при рухах, при нахилах голови та обертаннях в обидва боки. Головний біль часто сприяв ранньому пробудженню пацієнтів внаслідок тривалого незручного положення голови. У 19 (54%) хворих було головокружіння, що посилювалося при піднятті голови вгору. Діагностична пальпація підтвердила

наявність змін у всіх 35 хворих (100%) – напруженість задньої групи м'язів плечей та паравертебральних м'язів, ослаблений тонус задньої групи м'язів шиї, опір при натискуванні. Емоційна лабільність, зменшення загальної активності, пониження енергії, “упадок” сил, подразливість, пасивність, “вживання” пацієнтів у хворобу, погіршення пам'яті, безсоння з відчуттям розбитості ранком – спостерігались у 21 (60%) хворих. У 27 (74%) хворих порушення сну супроводжувались також як важкістю засинання, так і відсутністю почуття бадьорості та відпочинку вранці, пробудженням вранці невиспаним (втомленим). Фізичний терапевт визначає, які саме рухові розлади потребують корекції і планує заняття. Хворі щодня застосовували визначену програму, яка була направлена на зменшення компресії спинномозкових нервів, були підібрані два рухові режими – щадний і відновний.

Вже в кінці першого тижня хворі відмітили зменшення болочості та дискомфорту в шийному відділі хребта, збільшення загальної рухливості, покращилося загальне самопочуття. Неприємні відчуття в шиї пацієнтів у спокої щезли. Цервікалія при рухах, що віддавала в голову та плечі, зменшилась за інтенсивністю і турбувала 18 (51%) хворих. Динаміка об'єктивних показників була також позитивною, що було підтверджено методом пальпації. Так, напруженість задньої групи м'язів плечей та паравертебральних м'язів зменшилась втричі і непокоїла 11 (31%) пацієнтів. Власні дослідження підтвердили дані літератури про позитивний вплив вправ ЛФК на психоемоційні показники у хворих із дегенеративно-дистрофічними ураженнями хребта. Так, емоційна лабільність та знервованість, підвищена подразливість, пониження енергії, упадок сил та зменшення загальної активності – турбували 7 (33%) хворих; швидка втомлюваність та загальна слабкість – 10 (29%) хворих. Покращився сон пацієнтів: відчуття розбитості зранку відмічали 8 (38%) хворих, відсутність почуття бадьорості та відпочинку, важкість засинання, відчуття пробудження ранком невиспаними – 11 (41%) хворих. Курс регулярного спеціально розробленого комплексу вправ ЛФК для хворих ОХ сприяв підвищенню ЯЖ пацієнтів.

Висновки: доведено, що диференційований підхід використання фізичної терапії позитивно вплинув на якість життя пацієнтів та дозволив підвищити ефективність оздоровлення пацієнтів. Дозволяє прицільно впливати на відновлення стато-кінематичних порушень враховуючи індивідуальні особливості кожного пацієнта. Проблема потребує подальшого вивчення.

Література

1. Алзін Ходуд Актуальні питання фізичної реабілітації при остеохондрозі після стабілізуючих операцій // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2017. – № 2. – С. 11–16.
2. Драгомирецкая Н. В. Критерии оценки эффективности санаторно-курортного лечения и ранней курортной реабилитации / Н.В. Драгомирецкая, Т.Ф. Бондарчук, Т.И. Малыхина, И.Б. Заболотная, А.Н. Ижа // Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия. – 2007. – № 2. – С. 37–38.
3. Зайцев В. П. Клиническая шкала оценки психического статуса больных хроническими соматическими заболеваниями / В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян // Вопросы курортологии и физиотерапии, ЛФК. – 2010. – № 2. – С. 44–47.
4. Пустовойт Б. Сучасні принципи фізичної реабілітації хворих на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2018. – № 2(64). – С. 50–53.
5. Садат К.Н. Клініко-фізіологічні основи фізичної реабілітації хворих з шийним остеохондрозом. // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. – 2017. – № 5(87). – С. 93–96.
6. Уривкова А.О. Особливості фізичної терапії осіб із хребетно-спинномозковою травмою / А.О. Уривкова, О.М. Звіряка // Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії: матеріали III Всеукраїнської заочної науково-практичної інтернет-конференції. – Суми : 2017. – С. 17–19.

О.Ю. Гузак

Здоров'я юних спортсменів – запурака ефективної багаторічної спортивної підготовки

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У сучасних умовах розвитку спортивної науки процес вивчення здоров'я спортсмена як сукупності фізіологічних, психологічних і морфологічних параметрів у динамічно мінливих умовах екстремальної діяльності базується на розумінні, що відповідний рівень здоров'я є необхідною й обов'язковою підставою надійності спортсмена [3–5, 11].

Мета дослідження – проаналізувати і систематизувати сучасні науково-методичні знання та результати практичного досвіду вітчизняних і зарубіжних дослідників з питань стану здоров'я юних спортсменів.

Результати дослідження. На основі аналізу наукових джерел встановлено, що у сучасній теорії спорту питанням стану здоров'я спортсменів приділяється особлива увага, оскільки це тісно пов'язано з проблемою ефективності процесу багаторічної спортивної підготовки [6–8]. Наведені в сучасній літературі дані щодо структури патології, що виявляється в юних спортсменів, значно відрізняються.

О.А. Деревосдов [1] у результаті проведеного аналізу 1 220 медичних карт спортсменів, які знаходилися на диспансерному обліку з різними хронічними захворюваннями, установив, що 39,2 % з них мають прямі показання для проведення експертизи зв'язки наявних у них хронічних захворювань зі спортивною спеціалізацією [1]. Наведено дані щодо поширеності стабільно підвищеного артеріального тиску серед спортсменів різних видів спорту: швидкісно-силові – в 21,2 % випадків; спортивні ігри – 16,6 %; циклічні – 13,6 %, єдиноборства – 12,6 % випадків.

Згідно з даними І.О. Калиниченко, О.О. Скиба [2] за структурою патологічної ураженості провідне місце належить хворобам кістково-м'язової системи (29,98 %), на другому місці – хвороби ока та його придаткового апарату (8,85%), на третьому – хвороби органів дихання (8,35 %). Питома вага груп дітей, у яких наявні хвороби органів дихання, як зазначають фахівці є вірогідно більшою серед представників циклічних видів спорту та спортивних ігор, що може бути пов'язано з негативним впливом факторів навчально-тренувального процесу й умов спеціалізованих за видами спорту приміщень і споруд.

С.С. Люгайло [9, 10] установлено переважання в загальній структурі соматичної патології (різних нозологічних груп) гострих клінічних форм – 75,11 %, при питомій вазі хронічних форм – 24,89 %. Приріст показників захворюваності фахівців пов'язала з збільшенням абсолютної кількості спортсменів, охоплених диспансеризацією; приростом питомої ваги дітей з первинною патологією (які допускаються до занять спортом, але при цьому мають порушення в стані здоров'я); негативним впливом сукупності чинників ендогенного (онтогенетичні особливості) і екзогенного впливу (у даному випадку – тренувальної та змагальної діяльності).

В роботі С.Л. Няньковського, О.Б. Пластунова [12] вивчено стан здоров'я 499 вихованців училища фізичної культури (330 хлопців і 169 дівчат) віком 12–19 років – представників 14 видів спорту за результатами медичних оглядів і записів у картах диспансерного спостереження. Фахівцями [2017] відзначається, що у 72 % учнів спостерігалися відхилення від норми показників електрокардіограми, у 65 % - соматичні та інфекційні захворювання, у 48 % - патологія ОРА, у 35 % - травми, 14 % учнів пред'являли скарги на стан здоров'я, частота яких, як правило, залежала від їх віку та статі [13]. Варто зазначити, що специфіка виду спорту суттєво впливала на частоту відхилень на електрокардіограмі, менш істотно – на частоту патології ОРА, травм і майже не впливала на частоту інших соматичних та інфекційних захворювань.

Висновки. Систематизація теоретичних передумов, які свідчать про чітке збільшення негативних тенденцій у стані соматичного здоров'я юних спортсменів, при недостатній дослідженості їх медико-епідеміологічних та онтогенетичних аспектів, у сукупності з неспроможністю методологічних умов до реалізації безперервного процесу фізичної реабілітації в практиці підготовки юних спортсменів з дисфункціями соматичних систем та станами, що їм передують.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із розробкою програми фізичної реабілітації, спрямованої на покращення показників ОРА у юних спортсменів, для зниження вертеброгенної патології.

Література

1. Деревосдов А. А. Профессиональные заболевания в спорте высших достижений. ЛФК и массаж, спорт. медицина. 2008. 8 (56): С. 3–6.
2. Калиниченко І.О., Скиба О.О. Оцінка стану здоров'я дітей які займають сих я різними видами спорту в системі дитячо-юнацьких спортивних шкіл (на прикладі Сумської області). Досягнення біології та медицини; 1 (23). 2014:34-37. Режим доступу www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/.../cgiirbis_64.exe
3. Кашуба В.А., Паненко Н.Н. К вопросу профилактики нарушения опорнорессорной функции стопы у юных спортсменов. Материалы Международного научного конгресса «Стратегия развития спорта для всех и законодательных основ физической культуры и спорта в странах СНГ». Кишинев, 2008. С. 479-481.
4. Кашуба В.А., Яковенко П. А., Хабинец Т.А. Технологии, сберегающие и корригирующие здоровье, в системе подготовки юных спортсменов. Спортивная медицина. К., 2008., № 2., С. 140-147.
5. Кашуба В., Сергиенко К., Кондаурова П. Особенности биометрического профиля осанки юных спортсменок, специализирующихся в художественной гимнастике. PROBLEME ACTUALE ALE METODOLOGIEI PREGATIRI I SPORTIVILOR DE PERFORMANTA. Materialele conferintei stintifice internationale. Chisinau: USEFS, (Молдова). 2010. С. 163-167.
6. Кашуба В.А., Ярмолинский Л.М., Хабинец Т.А. Современные подходы к формированию здоровьесберегающей направленности спортивной подготовки юных спортсменов. Физическое воспитание студентов. Харьков, 2012. № 2. С. 34-37.
7. Кашуба В.А., Ярмолинский Л.М. Спортивная подготовка юных спортсменов и её здоровьесберегающая направленность. Теория и методика спортивной тренировки. Алматы, 2013. №1. С. 30-35.
8. Кашуба В.А., Ярмолинский Л.М. Особенности биометрического профиля осанки юных футболистов. Научный журнал НПУ имени М.П. Драгоманова. Киев, 2013. выпуск 12(39). С. 59-63.
9. Кашуба В.А., Люгайло С.С., Щербина Д.В. Особенности соматической заболеваемости спортсменов на начальных этапах многолетней подготовки: анализ негативных тенденций. Теория и методика физической культуры. 2014. № 4. С. 11–25.
10. Кашуба В.А., Люгайло С.С. Показатели соматического здоровья юных спортсменов как основа дифференцированного подхода к реализации программ физической реабилитации. Теория и методика физической культуры. 2015. № 1. С. 59–79.

11. Grygus I., Prusik K., Prusik Ka. Improving the physical health of students with physical exercises proposed by type of autonomic nervous. *Journal of Health Sciences (J of H Ss)* 2013; 3 (5): 657-670.

12. Grygus, I., & Kucher, T. (2013). Optimizing the level of the physical health of the students with a glance of the type of autonomic nervous system. *Physical Education of Students*, 17(3), 26-30.

М.М. Дуб

Інформаційні технології як елемент технології фізичної реабілітації студенток з ожирінням і ризиком розвитку метаболічного синдрому

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Сьогодні інформаційно-комунікаційні технології є важливою складовою процесу використання інформаційних ресурсів суспільства в різних сферах життєдіяльності. В даний час фахівцями [2] ставиться питання про необхідність розробки і впровадження засобів мультимедіа в процес фізичної реабілітації. Відзначається, що мультимедійні засоби допоможуть здійснити зміну парадигми способу життя людей з ожирінням та ризиком розвитку метаболічного синдрому, розкрити і розвинути індивідуальні можливості людини, сформувані теоретичний базис про здоровий спосіб життя [1, 2].

Мета дослідження – розробити мультимедійну інформаційну програму "MS", для її використання в процесі фізичної реабілітації студенток з ожирінням і ризиком розвитку метаболічного синдрому.

Результати дослідження. В даний час проблема здоров'язбереження виступає як глобальна невід'ємна від інших проблем людства. Як відзначають багато вчених здоров'я є процесом збереження та розвитку біологічних, психічних і фізіологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній тривалості його активного життя, здоров'я в першу чергу залежить від способу життя [1, 2].

Сучасний стан здоров'я населення Україна в цілому, студентської молоді зокрема, є істотним викликом суспільству і державі та без перебільшення, є реальною загрозою для гуманітарної безпеки [2, 4, 6].

На основі проведених досліджень встановлено, що значна кількість студенток має надлишкову масу тіла та ожиріння, більш того виявлено високий ризик розвитку у дівчат метаболічного синдрому, що асоціюється з підвищеним рівнем розвитку серцево-судинних захворювань та вказує на необхідність оптимізації алгоритму розробки реабілітаційних програм для даного контингенту. З огляду на суттєвий вплив харчової поведінки на збільшення маси тіла досліджуваного контингенту, доцільно застосовувати в програмах фізичної реабілітації даних осіб мультимедійні інформаційні програми в яких була відображена інформація щодо правил складання харчового раціону, сучасних дієтологічних рекомендацій, що знижують ризик виникнення аліментарно зумовленої патології, ведення здорового способу життя, використання сучасних форм рухової активності.

При розробці мультимедійно інформаційно-методичної програми "MS" ми намагалися її максимально адаптувати під принципи технології «Web 2.0» в освіті: синергійності, синдикації і соціалізації. Під інтерактивністю розуміється можливість формування вмісту ресурсу не тільки розробниками програмного продукту, а й самими студентами [5, 7, 8]. Принцип синдикації передбачає можливість використання в якості джерел інформації різні сервіси мережі Інтернет [5, 7, 8]. Принцип соціалізації передбачає створення певних студентських груп за інтересами Формування культури здоров'я і трансформація її в образ життя впливатиме на зміну соціокультурного простору студентства [5, 6].

При розробці програмного мультимедійного продукту нами була врахована думка ряду фахівців які відзначали на неефективність текстових слайдів в порівнянні зі слайдами, що представляють зображення і схеми. Такі слайди породжують дезорієнтацію в матеріалі, когнітивні перевантаження, втрата уваги.

Таким чином, при проектуванні мультимедійної програми "MS" ми враховували, що вона повинна бути спрямована на підвищення рівня мотивації студенток до ведення здорового способу життя, підтримки високого ступеня їх працездатності за рахунок грамотної організації ергономічного інтерфейсу.

Висновки

1. Дослідження теоретико-методичних основ використання мультимедійних технологій в освітньому процесі студентської молоді, дає можливість для більш глибокого осмислення сутності даного явища, виявлення проблем що ускладнюють їх використання в процесі фізичної реабілітації студенток з ожирінням і ризиком розвитку метаболічного синдрому.

2. Інформаційно-методична програма "MS" адаптована під принципи технології «Web 2.0» в освіті: синергійності, синдикації і соціалізації.

3. Інформаційно-методична програми "MS" спрямована на підвищення рівня теоретичних знань та практичних навичок у процесі фізичної реабілітації студенток.

Подальші дослідження будуть спрямовані на обґрунтування та розробку структури і змісту програм на основі засобів фізичної реабілітації для студенток з ожирінням і ризиком розвитку метаболічного синдрому.

Література

1. Кашуба В.А., Дудко М.В. Современные подходы, методики и технологии к формированию здорового образа жизни студентов в процессе физического воспитания. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2015. Вип. 17. С.52-57.
2. Кашуба В. Футурний С. Из досвіду використання інформаційних технологій у процесі занять фізичним вихованням різних груп населення. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2016. Вип. 21. С. 81-90.
3. Kokhan S.T., Pateyuk A.V., Mingalova M.S., Grygus I.M. Use hippotherapy in physical rehabilitation of patients with different pathologies. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(2):289-296.
4. Кучер В. О. Ефективність застосування програми фізичного виховання учнів підліткового віку / В. О. Кучер, І. М. Григус // Теорія та методика фізичного виховання, 2012. – № 10. – С. 9–13.
5. Львова О.В. Системный подход к использованию информационно коммуникационных технологий (ИКТ) в образовательном процессе. Вестник РУДН. Серия «Информатизация образования № 1(3)». 2006. С.75–85.
6. Парахонский А.П. Здоровье человека и информационные технологии. Современные наукоемкие технологии. – 2007. – № 9. – С. 66-67; URL: <http://www.toptechnologies.ru/ru/article/view?id=25489>
7. Темербекова А.А. Понятийно-терминологический аппарат исследования процесса формирования информационной компетентности учителя. – URL: <http://elib.gasu.ru/konf/biodiversity/2008/2/52.pdf>.
8. Фомичев Д.С. Проектирование и использование современных образовательных ресурсов с использованием мультимедийных и веб-технологий // Молодой ученый. – 2012. – №4. – С. 478-481. – URL <https://moluch.ru/archive/39/4606/>.

М.М. Дуб, В.В. Брич, М.М. Грига

Професійні компетентності фізичного терапевта та його асистента як елемент забезпечення реабілітації

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Створення ефективної системи реабілітаційних закладів та системи професійної підготовки фахівців, працюючих у сфері відновлення здоров'я і працездатності людей в центрах реабілітації, є дуже складною та актуальною для українського суспільства [1]. Визначення професійних компетентностей майбутніх фахівців з фізичної терапії проводяться з метою якісної підготовки професіоналів, які б володіли не тільки знаннями, професійними вміннями та високими моральними якостями, а й уміли діяти у відповідних професійних ситуаціях, задля зміцнення здоров'я населення. Підготовка студента до реалізації відмічених видів діяльності стає важливою ланкою між теорією професійної підготовки та практикою її здійснення [2].

Методи дослідження: системний аналіз нормативних документів та наукової літератури.

Результати та їх обговорення. В Україні в галузі охорони здоров'я все більше стверджується реабілітаційний напрям, головним завданням якого є етапне та комплексне відновлення здоров'я. Значна роль у цьому процесі належить фізичній реабілітації, яка направлена на максимальне відновлення функціональних можливостей організму людини, зокрема усунення рухових дисфункцій, після перенесених травм чи захворювань, прискорення відновлення функцій органів і систем, тренування і загартовування організму, повернення до працездатності, зменшення ймовірності інвалідності [3, 4]. Основними реалізаторами послуг з фізичної реабілітації визначені лікар з фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, асистент фізичного терапевта.

Чітко завдання, обов'язки та знання фізичного терапевта визначені у пункті 27 підрозділу «Інші професіонали в галузі медицини» розділу «Професіонали», асистента фізичного терапевта – у пункті 55 розділу «Фахівці» довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (випуск 78 «Охорона здоров'я», зі змінами, визначеними наказом МОЗ України від 13.12.2018 № 2331). При цьому новий стандарт вищої освіти за спеціальністю «фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 «охорона здоров'я» затверджений тільки для першого бакалаврського рівня вищої освіти (наказ МОН України від 19.12.2008 № 1419). У вище вказаному довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників також визначені характеристики лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини, який організовує, очолює та забезпечує координацію виконання повного реабілітаційного циклу.

У функціональні обов'язки фахівця фізичної реабілітації із метою виявлення рухових дисфункцій і визначення рухового потенціалу включалися обстеження пацієнтів, розробка й виконання індивідуального плану фізичної реабілітації у співпраці з іншими фахівцями (лікарями, соціальними працівниками, психологами, вчителями,

тренерами) та клієнтом, організація роботи з профілактики захворювань клієнтів, допомога їм в оволодінні основами культури здоров'я і формування здорового способу життя; забезпечення соціального захисту прав громадян в питаннях охорони здоров'я.

Одним з найважливіших питань розбудови сучасної системи фізичної реабілітації перед суспільством є підготовка і пошук фахівців, які б мали достатньо знань для проведення самостійних обстежень, вибору комплексу реабілітаційних методик чи розробки комплексу для конкретного пацієнта, які мали б достатній запас практичних навичок та були би здатними підготувати свого пацієнта до життя у нових для нього умовах. Важливо, що фізичні терапевти повинні готуватися, як незалежні практикуючі фахівці, які готові вести первинний прийом пацієнтів, а пацієнти/клієнти можуть, в свою чергу, безпосередньо звертатись до фізичних терапевтів без скерування від інших медичних фахівців [5].

Важливим етапом для фізичних терапевтів є організація їх практичної роботи, впродовж якої, протягом усього періоду їх практичної діяльності, завжди мають виступати інтереси пацієнта/клієнта. Важливу роль у встановленні контактів відіграють комунікативні здібності та компетентності, як з пацієнтами так із іншими спеціалістами. Кожен випускник вищого навчального закладу в практичній діяльності повинен вміти вести дискусію на теми пов'язані з аспектами фізичної терапії та втілювати ці знання на практиці; оцінювати, аналізувати та планувати свою діяльність; застосовувати та оцінювати заходи фізичної терапії; застосовувати навчальні принципи у практичній діяльності фізичної терапії; застосовувати принципи управління, що стосуються практики фізичної терапії; застосовувати науково доказові дані у практичній діяльності фізичної терапії; провадити професійну діяльність та демонструвати самостійну практичну діяльність відповідно до початкового рівня кваліфікації а також постійно поповнювати свої знання, вільно володіти професійною термінологією, мати розвинуте відчуття професійної гідності та соціальної відповідальності, а також відчувати потребу в постійній самоосвіті і професійному удосконаленні [7-9].

Висновок. Таким чином, професійна компетентність розуміється як система знань та професійних вмінь за фахом, а правильне розуміння майбутніми фахівцями з фізичної терапії своїх професійних компетентностей визначається як необхідність подальшого розвитку фізичної реабілітації з метою зміцнення та збереження здоров'я.

Література

1. Бісмак О. В. Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні / О. В. Бісмак // Освітнологічний дискурс. - 2015. - № 4. - С. 1-12.
2. Крупа В. В. Визначення сутності та змісту формування професійної компетентності майбутніх фахівців фізичної реабілітації / В. В. Крупа // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер. : Педагогічні та психологічні науки. - 2014. - № 4. - С. 176-187.
3. Яхно П.К. Зміст професійної освіти фахівця з фізичної реабілітації / П.К. Яхно. – Київ: Наукова думка, 2014. – 193 с.
4. Гук С. В. Професійні функції фахівця з фізичної реабілітації / С. В. Гук // Педагогічна освіта: теорія і практика. - 2013. - Вип. 14. - С. 66-70.
5. WCPT – World Confederation for Physical Therapy. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Description_of_Physical_Therapy-Sep07-Rev_2.pdf
6. Волошко Л.Б. Модель формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації / Л.Б. Волошко // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сп. «Педагогіка і психологія». – 36. Статей. – Вип. 8. – Ч. 1. – Ялта : РВВКГУ, 2005. – С. 85-91.
7. Прихода І.В. Організаційно-методологічні підходи до професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Україні / І.В. Прихода // Проблеми сучасної педагогічної освіти. – 2007. – Вип. 15. – Ч. 1. – С. 60-66.
8. Волошко Л.Б. Модель формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації / Л.Б. Волошко // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сп. «Педагогіка і психологія». – 36. Статей. – Вип. 8. – Ч. 1. – Ялта : РВВКГУ, 2005. – С. 85-91.
9. Яхно П.К. Зміст професійної освіти фахівця з фізичної реабілітації / П.К. Яхно. – Київ: Наукова думка, 2014. – 193 с.

М.М. Дуб, О.Б. Мальцева

Здоровий спосіб життя студентів – складова професійної компетенції

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання

Актуальність розгляду проблеми щодо формування професійної компетентності майбутнього спеціаліста (фізичного терапевта, реабілітолога, ерготерапевта) полягає в тому, що майже половини студентів України мають порушення здоров'я на різних рівнях. Навчання студентів нерідко супроводжується стресовими ситуаціями, що вимагають мобілізації всіх сил, при цьому різко зростають як психологічне навантаження, так і вимоги фізіологічної стабільності організму людини. Умови навчання викликають значні зміни фізичної активності загалом, при цьому слід

зазначити збільшення періодів гіподинамії, заохочується популярний західний стиль харчування (одноманітність їжі, насиченої цукром та тваринними жирами, газовані напої тощо) – все це сприяє надлишковій вазі та ожирінню [1–3].

Посилення рухової активності у зміцненні та збереженні здоров'я слід розглядати як прагнення особистості до гармонійного розвитку, підвищення енергетичного потенціалу людини. Ефективність формування здорового способу життя вимагає активної позиції щодо зміцнення і збереження власного здоров'я: зміна життєвих навичок, керування емоціями, вирішення конфліктів, формування уявлень про здоров'я як цінність, відповідальність за своє здоров'я, – у подальшому сформовані навички стануть складовою професійної компетенції [4, 5].

Мета дослідження. Обґрунтувати модель формування здорового способу життя студентської молоді, що страждає від ожиріння. Завдання: виявити найбільш вразливі компоненти порушень способу життя сучасного студента; розробити комплекс заходів корекції способу життя студентів з ожирінням.

Під наглядом находились 27 студенток гуманітарних та технічних факультетів, що мали надлишкову вагу та ожиріння 1 ступеня. При проведенні попереднього опитування всі студентки підтвердили, що в поза навчальний період фізична активність (виконання фізичних вправ в різні періоди дня, пробіжки, ходьба 6-8 км щодня, роботи в саду та на городі тощо) відсутня, харчування небалансоване та нерегулярне. Початкові ознаки «нездоров'я» були підтверджені при підрахунку індексів, проведенні тестових завдань на витривалість, силу, міцність тощо, виконанні проб з навантаженням, супроводжувались задишкою, головними болями, головокружінням, посиленням потінням, дискоординацією рухів. Супутні психоемоційні порушення полягали в нестабільності настрою, роздратованості, булімії, порушенні сну, зниженні навчальної та побутової працездатності.

Із студентками були проведені заняття по формуванню знань, умінь та навичок: 1) корекція способу життя (режиму навчання та відпочинку; нормалізація харчування); 2) використання оздоровчої фізичної культури: можливості використання конкретних засобів фізичної культури та спорту в умовах навчального закладу; деталізоване оволодіння прийомами фізичної культури (складання комплексів ранкової гімнастики, фізкультурних пауз, фізкультурних хвилинок, фізкультурних мікропауз) з обов'язковою умовою самоаналізу щодо динаміки показників стану свого здоров'я (фізичного, психічного); при одержанні позитивних результатів - подальше удосконалення навичок, вмінь, звичок, з урахуванням майбутньої виробничої діяльності. В основі - включення фізкультурно-спортивних заходів у свій особистий режим дня, тижня, місяця, семестру, навчальний рік.

Використовувалися різновиди ходьби, виконання в русі поворотів і нахилів тулуба; пружні присідання у положенні випаду зі зміною ніг стрибками; глибокі присідання з наступними стрибками тощо. Виконання вправ на розслаблення і дихання. Поступово використовувались комплекси із руховим навантаженням (зростанням складності та інтенсивності навантаження)

Студенткам було запропоновано у комплексі посилення фізичної активності використання рухливих, спортивних ігор та ритмічної гімнастики (з елементами спортивного танцю, які виконуються під спеціально підібрану ритмічну музику). Ігри урізноманітнюють заняття, підвищують інтерес до нього, сприяють розвитку таких фізичних якостей, як сила, витривалість, спритність, гнучкість, швидкісна реакція, викликають позитивні емоції, знижують нервово-емоційне навчальне напруження.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження підтвердили значення фізичної активності у покращенні стану здоров'я студенток, що мають ожиріння, шляхом різнобічного самовдосконалення, набуттям навичок професійної компетенції в галузі ерготерапії. Проведені дослідження є частиною комплексної програми, мають бути продовжені та поглиблені.

Література

1. Січик І.С. Актуальні проблеми здоров'я студентів Матеріали міжнар. наук.-практ конф. «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу», м. Полтава, 19-20 квітня 2017 року, видавець: Університет «Україна», м. Київ, 2017. – том 1. – С. 531 – 532.
2. Нейковская М.В. Изучение психоэмоционального состояния студентов в период учебной деятельности / М.В. Нейковская Материалы 1У Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Актуальные вопросы проблемы физической культуры, спорта, туризма и рекреации», 21 апреля 2016: под ред. канд.биол. н. А.В. Кабачковой. - г.Томск: СТТ, 2016. – С.237 – 240.
3. Божко А.С. Інформаційний стрес навчальної діяльності – загроза психічного здоров'я / А.С. Божко «Педагогіка здоров'я»: збірник наукових праць VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Чернігів, 7–8 квітня 2017 р.): [в 2 т.] / ред. колегія: С. М. Шкарлет [та ін.]. – Чернігів, 2017. – Т. 1. – С. 96 – 98.
4. Удовенко М.А. Проблема формування здорового способу життя підростаючого та молодого покоління як необхідна умова успішного безперервного розвитку України //Матер. Криворізької сесії I Всеукр. наук.-пр. конф. з Міжнар. участю “Придніпровські соціально- гуманітарні читання” (м. Кривий Ріг, 24 листоп. 2012 р.). – Кривий Ріг, 2012. – Ч. 4. – С. 137-138.
5. Всемирная организация здравоохранения: Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. URL:<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/ru>.

Е.Ю. Дорошенко, А.М. Гурєєва, І.О. Сазанова

Напрями формування професійно-прикладної фізичної підготовки фахівців з фізичної терапії, ерготерапії

Запорізький державний медичний університет

Підготовку фахівців у галузі 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» в Запорізькому державному медичному університеті (ЗДМУ) розпочато з 01 вересня 2016-2017 навчального року. Випусковою визначено кафедру фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я, що має у своєму складі трьох докторів наук, професорів; дев'ять кандидатів наук, доцентів; двох заслужених тренерів України; одного майстра спорту міжнародного класу та шістьох майстрів спорту СРСР або України.

На нашу думку, одним з провідних напрямів формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії є питання, що пов'язані з професійно-прикладною фізичною підготовкою студентів. На відміну від інших спеціальностей медичного та фармацевтичного напрямку, навчання яких організовано в ЗДМУ, студенти, що навчаються за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» мають істотні відмінності:

- професійна діяльність фахівців з фізичної терапії, ерготерапії безпосередньо пов'язана з активною участю пацієнтів у реабілітаційних процесах;
- застосування реабілітаційних заходів у професійній діяльності фахівців з фізичної терапії, ерготерапії вимагає наявності специфічних умінь і навичок, які є основою терапевтичних вправ взагалі та спеціалізованих засобів зокрема – вправи різних видів масажу, скандинавської ходьби, теренкуру, оздоровчого плавання та ін.;

Вищенаведене, дозволяє наголосити на необхідності розвитку рухових здібностей як основи для професійно-прикладної фізичної підготовки майбутніх фахівців зі спеціальності «фізична терапія, ерготерапія».

Таким чином, в освітній галузі наявний запит на формування системи професійно-прикладної фізичної підготовки фахівців реабілітаційного профілю [2]. З одного боку, достатній рівень фізичної підготовленості сприятиме загальній оптимізації життєдіяльності студентів і створення передумов для якісного засвоєння знань, з іншого, є фундаментом для опанування специфічними реабілітаційними навичками і вміннями майбутнього конкурентного фахівця галузі «Охорона здоров'я» [1, 3].

Основними організаційними формами професійно-прикладної фізичної підготовки в умовах закладів вищої освіти є наступні:

- практичні заняття з фізичного виховання в структурі навчального процесу;
- тренувальні заняття зі збірними командами ЗВО з видів спорту;
- секційні заняття зі студентами з видів спорту;
- кондиційні тренування в системі фітнес-центрів національного або регіонального рівнів: «Sport life», «FitHouse» та ін.

Література

1. Артем'єв В.О. Сучасні методи побудови контролю рівня фізичного розвитку і фізичної підготовленості студентів / В.О. Артем'єв, В.В. Колісниченко // XVII Міжнародна науково-практична конференція «Фізична культура, спорт та здоров'я». – Харків. – 2017. – С. 9-11.
2. Логуш Л.Г. Міжнародні стандарти медичної освіти / Л.Г. Логуш // Педагогічний процес: теорія і практика. – 2014. – Вип. 2. – С. 100-103.
3. Свістельник І. Систематизація інформації з фізичної реабілітації у ВНЗ фізкультурного профілю / І. Свістельник // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2012. – №4. – С. 106-108.

А.О. Жиденко, Т.В. Міщенко

Формування професійних компетентностей фахівців з фізичної культури та спорту засобами медико-біологічних дисциплін

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка

Якісна підготовка фахівців у галузі фізичного виховання і спорту, зокрема майбутніх учителів фізичної культури, потребує оволодіння ними професійними компетентностями, які надаються навчальними дисциплінами медико-біологічного циклу, зокрема: Гігієна, Основи здоров'я, Фізіологія людини, Фізична реабілітація, Лікувальна фізична культура (ЛФК), Спортивна медицина, Психофізіологія та інші. Про це свідчить «Стандарт вищої освіти України» для спеціальності 017 Фізична культура і спорт, згідно якого серед фахових компетентностей та

результатів навчання є наступні: здатність до організації оздоровчо-рекреаційної рухової активності різних груп населення; здатність визначати заходи з фізкультурно-спортивної реабілітації та форми адаптивного спорту для осіб, що їх потребують; здатність зміцнювати здоров'я людини шляхом використання рухової активності, раціонального харчування та інших чинників здорового способу життя.

Мета дослідження – показати необхідність набуття майбутніми фахівцями з фізичної культури і спорту компетентностей, що забезпечуються дисциплінами медико-біологічного циклу. Застосовані методи: порівняльно-логічний аналіз нормативно-правових документів у галузі освіти, методичної літератури, інтернет-ресурсів для визначення стану та можливості вирішення досліджуваної проблеми; систематизація й узагальнення з метою виділення компетентностей, що забезпечать якісну підготовку майбутніх фахівців з фізичного виховання; емпіричні: спостереження, дослідження результатів діяльності викладачів кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка.

Навчальний предмет «Фізична культура» у школі має на меті формування в учнів стійкої мотивації щодо збереження свого здоров'я, фізичного розвитку та фізичної підготовленості; гармонійний розвиток природних здібностей та психічних якостей; використання засобів фізичного виховання в організації здорового способу життя. Можна прослідкувати послідовність формування відповідних компетентностей у студентів факультетів фізичного виховання з наступним застосуванням їх у школі. Зокрема, дисципліни Гігієна, Основи здоров'я сприяють забезпеченню фізичного здоров'я, оскільки формують необхідні навички *раціонального харчування*, надають знання про *режим праці та відпочинку, санітарно-гігієнічні навички*. Проте сьогодні постала проблема збереження дисциплін медико-біологічного циклу у навчальних планах факультетів фізичного виховання, оскільки саме вони найчастіше піддаються більшим змінам, що пов'язано з постановами МОН України від 26.01.2015 № 47 «Про особливості формування навчальних планів на 2015/2016 навчальний рік» та «Роз'яснення та рекомендації щодо реалізації ...» цього наказу від 13.03.2015 № 1/9-126 про рекомендації щодо обмеження кількості навчальних дисциплін до 8 у кожному семестрі. Так, кількість кредитів: 1.1. Дисциплін соціально-гуманітарної підготовки – 31; 1.2. Дисциплін природничо-наукової підготовки – 32+4 (по додатковій спеціалізації), що складає 15,0% від загальної кількості; 1.3. Дисциплін професійної та практичної підготовки – 130+43 (по додатковій спеціалізації), що складає 72,0% від загальної кількості. Проте, за вказівками цього документу, «...підготовка у сфері природничих наук... потребує більшого часу на роботу в лабораторіях та практичну підготовку».

Для спеціальності 014.11 Середня освіта (Фізична культура) у навчальному плані були об'єднані курси Гігієна та Основи здоров'я та виключені: Основи екології, Психологія, Методика викладання Основ здоров'я, ЛФК, Фізична реабілітація, Спортивна медицина, і лише дві останні дисципліни включені для навчання за додатковими спеціалізаціями: Фітнес та Спортивне тренування. Для спеціальності 017 Фізична культура і спорт виявилась непотрібною дисципліна Гігієна та Основи здоров'я та інші вищезазначені курси, за винятком Спортивної медицини. Якщо у попередньому навчальному плані можна було суміщати спеціальність Фізична культура з додатковою Основи здоров'я, то зараз це неможливо. «Фізична культура» як навчальний предмет забезпечує створення цілісної уяви про вплив занять фізичними вправами на особистісний розвиток, оволодіння технікою рухових дій, набуття навичок організації та методики проведення найпростіших форм занять фізичною культурою, сприяння профілактиці шкідливих звичок тощо. Навчальна дисципліна Фізична реабілітація формує у студентів факультету фізичного виховання компетентності стосовно застосування фізичних вправ і природних чинників із профілактичною і лікувальною метою у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності різних верств населення за наявності будь-яких захворювань та тяжкості їх перебігу. Основними засобами фізичної реабілітації є лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, ерготерапія. Набуття компетентностей при вивченні дисциплін Фізична реабілітація, ЛФК, Масаж вкрай необхідне для фахівця з фізичної культури і спорту навіть тоді, коли він не планує професійну діяльність у центрах відновлення, а готується стати учителем фізичної культури, адже проведення занять у підготовчій та спеціальній медичних групах потребує цих фахових компетентностей. Так, учні, які за станом здоров'я входять до складу спеціальної медичної групи, обов'язково повинні відвідувати уроки фізичної культури, на яких виконують коригувальні вправи та вправи для загального фізичного розвитку, які їм не протипоказані. Крім того, учитель фізичної культури встановлює допустиме навантаження для учнів, які відносяться до підготовчої та спеціальної медичних груп. Насамперед це стосується роботи з дітьми, які мають такі розповсюджені захворювання як вади постави, сколіоз, лордоз, кіфоз, плоскостопість, що вимагає належної уваги вчителя фізичної культури під час проведення уроку. До того ж діти, які мають ранні стадії перебігу вказаних хронічних захворювань, активно займаються спортом, відвідують спортивні секції, гімнастичні, хореографічні школи, студії та ін., що теж вимагає від тренера індивідуального підходу та знань і вмінь щодо проведення тренувань із залученням вправ з ЛФК. Також реформування системи освіти стосовно впровадження інклюзії у роботу загальноосвітніх навчальних закладів потребує навичок роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, що зумовлює необхідність оволодіння сучасним учителем фізичної культури компетентностями, які формуються навчальними дисциплінами медико-біологічного циклу.

Спортивна медицина забезпечує впорядкування знань відносно системи медичного забезпечення занять фізичними вправами зі спортивною, виховною, реабілітаційною спрямованістю; розглядає питання функціональної діагностики і прогнозування у фізичній культурі і спорті; питання особливостей травм і захворювань, пов'язаних із заняттями фізичною культурою і спортом. Тож ці компетентності необхідні для тренерської діяльності та для якісної

організації уроків фізичної культури, а застосування вмінь і навичок під час лікарсько-педагогічних спостережень за учнями і спортсменами забезпечить уникнення екстрених ситуацій, пов'язаних зі станом здоров'я. Таким чином, якісна підготовка фахівців з фізичного виховання і спорту потребує обов'язкового набуття студентами професійних компетентностей, що забезпечуються дисциплінами медико-біологічного циклу.

Н. Івасик

Доцільність застосування авторської моделі планування індивідуальної програми та технології фізичної терапії дитини з бронхолегеневими патологіями при підготовці фізичних терапевтів

Львівський державний університет фізичної культури ім. І. Боберського, м. Львів

Реформування фізичної реабілітації в Україні у спеціальність «фізична терапія» заново піднімає питання процесу фізичної реабілітації/фізичної терапії (ФР/ФТ) осіб з різними нозологіями і дітей з бронхолегеневими захворюваннями (БЛЗ) зокрема. На сьогодні є чимало досліджень щодо створення авторських програм з фізичної реабілітації при різних нозологіях, однак, як показали результати нашого дослідження, та згідно даних МКФ у двох осіб з однаковими захворюваннями можуть бути різні рівні функціонування, і навпаки, два індивіди з рівним рівнем функціонуванням необов'язково мають однакові зміни здоров'я [3]. Тому в практичній діяльності необхідно фізичному терапевту із типової чи запропонованої авторської програми створити індивідуальну програму ФР/ФТ для конкретного пацієнта. Спілкування як з фахівцями-практиками, так і студентами-практикантами, вказує на те, що адаптація типової/авторської програми ФР/ФТ до індивідуальних як клінічних так і функціональних особливостей пацієнта викликає певні труднощі.

Мета дослідження. Виявити доцільність застосування моделі планування індивідуальної програми та технології ФР/ФТ дітей з бронхолегеневими патологіями для фізичних терапевтів при складанні індивідуальної/адаптації авторської програми для конкретного пацієнта.

Запропонована нами технологія ФР/ФТ дітей з БЛЗ в умовах стаціонару об'єднує в собі два взаємопов'язані складники: програму, що містить послідовність етапів процесу (процедури) з визначенням основних її компонентів (операції), та принцип добору методик втручання відповідно до симптомів захворювання з урахуванням їх характеристик, причин виникнення та механізмів порушення функції організму в дитини з цим захворюванням (діяльність) [2]. Розроблена модель планування індивідуальної програми ФР/ФТ дитини з БЛЗ складається з п'яти взаємопов'язаних функціональних підсистем: клініко-функціональних даних пацієнта; визначення проблем (реабілітаційний діагноз); постановка мети й цілей; підбору засобів; складової діяльності [1].

Для перевірки ефективності запропонованої моделі у практиці фізичного терапевта, ми застосували метод індивідуальних експертних оцінок. У ролі експертів виступили фахівці, які працюють на посадах фізичного реабілітолога/фізичного терапевта, інструктора ЛФК з особами з БЛЗ. Нами анонімно було опитано 23 фахівця, які працюють у різних містах України, 5 (21,74%) з них мали ступінь бакалавра та 18 (78,26%) – спеціаліста/магістра з фізичної реабілітації. Щодо стажу роботи за даним профілем, то у 13% опитуваних стаж за даною спеціальністю до трьох років, 21,74% - працюють на даних посадах від 3 до 5 року, 30,4% - від 5 до 10 років та 34,78% фахівців вказало на те, що працюють у сфері ФР/ФТ з дітьми з бронхолегеневими патологіями більше 10 років.

На питання: «З чого Ви виходите, складаючи програму ФР/ФТ для конкретного пацієнта з БЛЗ?», - 65,22% опитуваних вказали на діагноз пацієнта та руховий режим, на якому той перебуває, а 8 (34,78%) фахівців – наголосили на тому, що із клінічного стану та функціональних можливостей дитини. Щодо складової програми, то 21,74% респондентів заняття з лікувальної гімнастики (ЛГ) прирівнювало до програми ФР/ФТ. 26% опитаних включає у дану програму ще масаж. 30,43% фахівців поєднують у своїй програмі ЛГ, масаж, дренажні положення та індивідуальні заняття рухової активності. 17,39% осіб, які прийняли участь в анкетуванні, вказали на те, що виходячи з клінічної характеристики і функціонального стану пацієнта надається перевага найоптимальнішим методам впливу чи їх поєднання.

При опитуванні нас цікавила думка експертів, чи допоможе у практичній діяльності фізичному терапевту запропонована нами технологія фізичної терапії та зокрема й модель планування індивідуальної програми ФР/ФТ, і якщо так, то як саме. За даними анкетування усі респонденти вказали на те, що дана технологія і модель планування індивідуальної програми будуть допомагати фахівцям з фізичної терапії у практичній діяльності. Найбільше з опитаних фахівців (43,47%) вважає, що такий підхід сприятиме підбору методик ФР/ФТ відповідно до причини порушення діяльності дихальної системи та допоможе визначитися із співвідношенням компонентів технології відповідно до оцінки реабілітаційного потенціалу. 17,39% опитаних вважає що такий підхід сприятиме саме підбору методик ФР/Т відповідно до причини порушення діяльності дихальної системи; 21,74% – що це допоможе визначитися із співвідношенням компонентів технології відповідно до оцінки реабілітаційного потенціалу. Ще 17,39 фахівця вважає що це допоможе як з визначення мети та цілі фізичної реабілітації/фізичної терапії дитини з БЛЗ, так і з підбором

методик ФР/ФТ відповідно до причини порушення діяльності дихальної системи та співвідношенням компонентів технології відповідно до оцінки реабілітаційного потенціалу.

Також усі експерти дали ствердну відповідь щодо того, що дана модель і технологія допоможе їм самим у практичній діяльності при роботі з дітьми з БЛЗ. А саме по 4,35% респондентів вказало що вивчення даної моделі планування індивідуальної програми та технології фізичної терапії дітей з бронхолегеневими патологіями в практичній діяльності допомогло їм визначитися з методом впливу кожного підбраного засобу, виходячи з даних обстеження та визначитися з критеріями дозування; 39,13% - даний підхід допоміг їм визначитися, за необхідності, з методом корекції. 52,17% фахівців вказали, що у різних ситуаціях дана технологія і модель планування стали у пригоді їм як при визначенні з методом впливу кожного підбраного засобу, виходячи з даних обстеження та критеріями дозування, так і з прогнозуванням причини корекції програми та, за необхідності, з методом корекції. На завершення опитування нас цікавила думка, який підхід до складання програми з фізичної терапії є оптимальним після ознайомлення з нашою технологією та моделлю планування індивідуальної програми фізичної терапії. Цього разу усі респонденти вказали, що виходячи з клінічної характеристики і функціонального стану пацієнта.

Висновок. Запропонована модель планування індивідуальної програми та технологія ФР/ФТ дитини з бронхолегеневим захворюванням є ефективною для індивідуалізації програми фізичної терапії дитини з бронхолегеневими патологіями, що вказує на доцільність її застосування до організації практичної підготовки спеціалістів з фізичної терапії та ерготерапії.

Література

1. Івасик Н. Модель планування індивідуальної програми фізичної реабілітації/терапії дитини з бронхолегеневим захворюванням. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2017;2(58):34-39.
2. Івасик Н. Технологія фізичної реабілітації дітей з бронхо-легеневими захворюваннями в умовах стаціонарного лікування. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2016;5(55):34-40.
3. International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY. World Health Organization; 2007. 301 p.

Йовбак М.І., Дудащ Г.В., Служинська М.Б.

Європейські підходи до формування компетенцій працівників в сфері громадського здоров'я

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В Україні проводиться формування системи громадського здоров'я. Перший рік проводиться цільова підготовка магістрів громадського здоров'я за національним освітнім стандартом. В цих умовах важливо використовувати кращий міжнародний досвід з підготовки спеціалістів та визначення їх компетенцій які будуть необхідні в майбутній роботі. Нами вибрана для аналізу Європейська модель компетенцій працівників сфери громадського здоров'я.

У вступі до використання даної моделі вказується наступне. Працівники в сфері громадського здоров'я можуть значно відрізнитися в різних країнах Європи. Функції, які виконують такі працівники та організації, в яких вони працюють, також можуть бути різними в різних країнах, хоча загалом виклики громадського здоров'я досить схожі. В межах країн знання та навички, які можуть вимагатися від одного працівника, можуть відрізнитись від тих, що вимагаються від іншого, віддзеркалюючи їхні конкретні ролі, досвід та посади в організації.

Цей документ описує загальні компетенції, які очікуються від працівників в сфері громадського здоров'я для виконання функцій громадського здоров'я в їхній організації/країні. Модель компетенцій необхідно застосовувати такими шляхами:

- Щоб упевнитись, що в країні виконуються всі функції громадського здоров'я, незалежно від того, чи їх виконує вузьке, або широке коло організацій;
- Щоб упевнитись, що організація має необхідний набір навичок для виконання функцій, за які вона відповідає. Модель не визначає скільки працівників необхідно для різних рівнів або відносні пропорції таких працівників;
- Керівник може контролювати професійну структуру команди застосовуючи подібну матрицю, щоб упевнитися, що наявні спроможності для задоволення поточних потреб, а також для успіху планування, забезпечення заміни при відсутності співробітників, для допомоги при реорганізації команди, тощо;
- Допомогати в найматні персоналу шляхом скерування при написанні посадових інструкцій та аналізу обов'язків;

Після призначення, модель можна використати для скерування професійного розвитку вже найнятих працівників та для створення особистого плану в рамках оцінки ефективності. Наприклад, можна встановити цілі розвивати компетенції на вищому рівні в наступному році з метою підвищення.



Рис. Зміст Європейської моделі компетенцій працівників сфери громадського здоров'я

В.В. Клапчук, В.М. Зайцева, І.В. Пуцина, В.В. Фетісова

Від лікувальної фізичної культури і фізичної реабілітації до фізичної терапії та ерготерапії

Національний університет «Запорізька політехніка»

В Україні спортивна медицина (СМ) та лікувальна фізична культура (ЛФК) отримали широке наукове визнання, де СМ займає почесне місце і міцні позиції, а ЛФК, не зважаючи на вироки «реформаторів», залишається дієвим засобом фізичної реабілітації (ФР) у країнах, що відрізняються високим рівнем її наукового та методичного забезпечення. Проте, науковцями України за період незалежності України та усі роки існування колишнього СРСР, з ЛФК в галузі медичних наук було захищено тільки 3 докторські дисертації (В.М.Максимова, Харків; Г.В.Полєся, Київ; В.В.Клапчук, Ялта) та одна докторська дисертація в галузі біологічних наук (В.П.Мурза, Київ). Поряд з ними, серед захищених в Україні докторських дисертацій в галузі наук з фізичного виховання та спорту за спеціальністю 24.00.03 – "Фізична реабілітація" є ряд давно очікуваних змістовних і корисних для практики наукових праць.

Крім того, у системі вищої освіти України для практики охорони здоров'я впроваджена підготовка фахівців з фізичної терапії та ерготерапії з включенням цих посад до штатних розкладів лікувально-профілактичних установ. Відповідні програми підготовки з фізичної терапії та ерготерапії спрямовані на виховання нової генерації фахівців за міжнародними стандартами для створення сучасної системи реабілітаційної медицини в Україні. Очікується, що вони та теперішні діючі працівники реабілітаційних центрів залучатимуться до впровадження функціональної реабілітації, ефективність якої уже доведена у розвинених країнах.

Одночасно слід зазначити, що засоби ФР, які традиційно використовують в Україні, і, зокрема, ЛФК, неминуче увільняться за європейським зразком в нову спеціальність – "Фізична і реабілітаційна медицина". Ця перспектива є очевидною. Однак гішить те, що кабінети ЛФК і фізіотерапії, як і рефлексотерапії, мануальної терапії і т.ін., в лікувальних установах все ж залишаються, хоча працювати в них будуть лікарі фізичної і реабілітаційної медицини. При цьому до порядку атестації лікарів внесені наступні зміни: «До стажу роботи для атестації за спеціальністю «Фізична та реабілітаційна медицина» зараховуються періоди роботи на посадах лікаря з ЛФК, лікаря з ЛФК та СМ, лікаря-фізіотерапевта. Лікарям, призначеним на посади лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, кваліфікаційна категорія

може бути присвоєна після трьох років роботи на цій посаді з урахуванням стажу роботи та кваліфікаційної категорії за лікарськими спеціальностями: «ЛФК», «ЛФК та СМ» і «Фізіотерапія».

При створенні Республіканської проблемної комісії МОЗ та НАМН України "Санологія та валеологія" одночасно без обґрунтування наукової доцільності, була ліквідована проблемна комісія "Медичні проблеми фізичної культури та спорту". Її функції були передані санологам, які бачили себе реформаторами медицини і змогли в цьому переконати функціонерів МОЗ. Але, сталося так, що починаючи з 2018 року, санологія була виключена з переліку медичних спеціальностей, а проблемна комісія з медичних проблем фізичної культури та спорту не поновлена. Про неї в МОЗ і не згадують, оскільки не рахують медалі чемпіонів Олімпійських ігор, Світу та Європи, а також випадки раптової смерті під час фізичного виховання школярів, оздоровчого та спортивного тренування.

З цими здобутками СМ та ЛФК України, а також ФР, входять у сучасні реформи атестації науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації, де будуть шукати своє місце.

М.І. Кляп

Формування особистісної готовності спеціального педагога до роботи з аутичними дітьми

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Актуальною проблемою у навчально-виховному процесі сучасного вищого навчального закладу є особистісна орієнтація професійної підготовки майбутніх спеціалістів, спрямована не тільки на засвоєння студентами фахових знань, умінь, навичок і форм поведінки, а й на формування певної структури особистісних якостей. Важливо, щоб уже в процесі навчання студенти оволоділи системним баченням майбутньої професії, сприймали події як компоненти єдиної системи діяльності, яка включає пов'язані між собою напрямки роботи. Це положення визначає необхідність пошуку шляхів інтеграції змісту і форм фахової освіти, завдяки яким забезпечується формування інтегративних професійних якостей студентів – майбутніх фахівців.

Питання особистісної готовності студентів спеціальності «Спеціальна освіта» до професійної діяльності розглядається в працях Синьова В.М., Шульженко Д.І., Мартинчук О.В., Миронової С.П., Островської К.О. та ін. Більшість дослідників зазначають необхідність формування професійно значимих рис особистості шляхом поєднання ґрунтовної теоретичної підготовки з різноманітною практикою за спеціальністю.

Формування практичного педагогічного та психологічного компонентів залучення студентів до професійної діяльності опирається на взаємообумовлені зміни в емоційно-вольовій, операційно-технічній та інтелектуальній сферах особистості, які стимулюють розвиток самосвідомості, що у свою чергу впливає на розвиток усіх інших сфер, здійснюючи регулятивну функцію процесу формування особистості та її професійної компетентності.

Професійна підготовка студентів поетапно наповнюється різним змістом. На початковому етапі навчально-пізнавальної діяльності студентів провідним є моральний компонент, а головним у професійній мотивації – початковий недиференційований інтерес до даного виду праці. На другому етапі необхідне формування ієрархії мотивів навчально-професійної діяльності, коли початковий пізнавальний інтерес переростає в професійний інтерес до конкретного виду діяльності. На наступному, третьому, етапі головним є практичне залучення студентів до педагогічної діяльності, під час якої вони отримують і поглиблюють загальні знання про професію даної галузі, базові або спеціальні знання, уміння та навички; набувають попереднього досвіду виконання простих практичних завдань. Так, залучення студентів до професійної діяльності може сприяти розвитку інтегрального особистісного новоутворення, що включає стійке прагнення до праці в спеціальній освіті, наявність фахових знань, умінь і навичок, а також комплекс індивідуально-психологічних (вольових, емоційних, характерологічних) якостей, які забезпечують високу ефективність професійного функціонування людини в цій галузі [1, с.175-180]. Важливими також є адекватна самооцінка базових знань, умінь, навичок, здатність до професійної самоосвіти тощо, особливо коли це пов'язано з дітьми із психофізичними порушеннями, в тому числі і дітей із спектром аутизму, який останнім часом все більше спостерігається в Україні.

Загальновідомо, що аутичні порушення розвитку позначаються на вербальній і невербальній комунікації та соціальній взаємодії, що ускладнює становлення адаптаційних процесів. Такі діти вирізняються у суспільстві гіперпідвищеною або гіпозниженою чутливістю до звуків, запахів, дотиків, смаків, кольору чи світла. Тому сучасні методи корекційного впливу передбачають можливість вибору форм корекційно-розвивальної роботи та її організації з урахуванням ресурсів самої дитини з її соціальним оточенням. Як зазначає дослідниця Шульженко Д.І. [2, с.122], у процесі психолого-педагогічної корекції дітей із розладами аутичного спектру, необхідно враховувати характер поєднання в картині таких факторів, як етіологія, патогенез, соціальну ситуацію розвитку дитини, провідний вид діяльності тощо. Вчена рекомендує для вирішення корекційних занять при роботі з дітьми із розладами спектру аутизму орієнтуватися на розвиток ігрової діяльності, дотримання встановлених правил, норм, режимів (тайм-менеджмент дитини). Гра сприяє розвитку можливостей дитини самостійно будувати власну діяльність, що лежить в основі розвитку

творчих здібностей, уяви та дає відчуття власної важливості та необхідності, а дорослий виступає керівником цього процесу. Через тайм-менеджмент можна закріпити навички самообслуговування, усвідомлення правил поведінки та взаємодії з іншими людьми.

Слід зазначити, що корекційна спрямованість роботи спеціального педагога має орієнтуватися і на зону найближчого розвитку (завдання повинні бути доступними і зрозумілими для дітей). Визначення зони найближчого розвитку дозволить педагогам підібрати форму, вид, структуру корекційної допомоги, а це, в свою чергу, забезпечить індивідуальний, диференційований підхід до дитини [2, с.124].

Робота дефектолога буде ефективною, якщо до співпраці будуть залучатися батьки дітей із розладами спектру аутизму. Співпрацюючи з батьками, педагог планує свою роботу та діяльність міждисциплінарної команди для надання необхідної підтримки.

Педагогічним працівникам слід дотримуватися порад практичних фахівців із питань допомоги дітям із аутичними порушеннями. Так, проф. Островська К.О. вважає, що від аутизму не можна «вилікуватися», але можна допомогти особі з аутизмом адаптуватися до життя в суспільстві; досвід контактів аутиста зі здоровими однолітками потрібно організовувати дорослим, готуючи і здорову дитину до контактів з такими дітьми; медикаментозна терапія часто є необхідною як підґрунтя для педагогічної та психологічної корекції; вимоги спеціаліста до аутичної дитини мають бути чіткими, зрозумілими та послідовними; розуміння мови у аутистичних дітей є утрудненням, тому і завдання, які ставить дорослий перед дитиною, повинні бути зрозумілими без інструкцій [3].

Отже, враховуючи труднощі адаптації зазначених вище дітей, особливості їхнього розвитку та поведінки, слід наголосити на деяких методичних рекомендаціях в процесі підготовки вчителів до роботи з дітьми спектру аутичного розладу шкільного віку:

- необхідно допомогти дитині успішно адаптуватися в шкільному колективі, відчути підтримку однокласників та їхніх батьків;
 - робота педагога з аутичним школярем має опиратися на спостереження за його поведінкою та опосередковані дані про його можливості;
 - мова вчителя повинна бути максимально зрозумілою з семантичної та прагматичної точки зору. Якщо педагог ставить запитання до школяра, то необхідно переконатися, чи достатньо часу було для його обмірковування;
 - інформацію з предметів потрібно викладати дуже повільно – краще учень із аутичними порушеннями засвоїть менше термінів, ніж не засвоїть нічого;
 - учитель повинен мати на увазі, що таким дітям складно сприймати інформацію на слух, ніж у візуальному або текстовому вигляді, тому краще питання, які будуть ставитися до всього класу, необхідно написати великими літерами на дошці, це полегшить участь у груповій роботі;
 - тему уроку необхідно подавати різними прийомами, підкріплюючи вербальну інформацію візуальною, мовою жестів, письмово тощо. Необхідно переконатися, що кожне завдання, яке дається учню, має чіткий початок і кінець, конкретні інструкції, час для його завершення та приклад виконання завдання;
 - необхідно поділити великі завдання на маленькі кроки, навчити дитину кожний крок виконувати поступово.
- Кожне завдання повинно мати певну структуру, яка на 70-80 % буде доступна школяреві [2, с.153-171].

Проблематика аутизму, а також допомоги особам, які ним уражені, ще недостатньо вивчена. На жаль, у наш час такі діти не можуть бути повністю реабілітованими. Слід зазначити, що параметри індивідуального розвитку дітей із аутичними порушеннями суттєво відрізняються в кожному конкретному випадку. Корекція таких осіб у питаннях соціалізації, мовленнєвого розвитку та вербальної комунікації досягає успіхів. Це має велике значення для розвитку соціальних навичок і формування відносної незалежності осіб, чого не можна сказати про інтелектуальну сферу діяльності – успіхи незначні.

Незважаючи на це, спеціальні умови проживання та корекція можуть дати поштовх до поліпшення подальшого розвитку аутичної дитини. Досвід методистів у спеціальній педагогіці свідчить, що система неперервної психолого-педагогічної допомоги, яка охоплює всі етапи життя, забезпечує найкращі результати. Тому на майбутнє необхідні наукові дослідження, науково-методичне забезпечення та навчання таких спеціалістів у галузях спеціальної педагогіки та спеціальної психології, які будуть займатися індивідуальною траєкторією розвитку інтеграції таких дітей у суспільство.

Література

1. Мартинчук О.В. Підготовка фахівця зі спеціальної освіти до професійної діяльності в інклюзивному освітньому середовищі: монографія / Олеся Валеріївна Мартинчук. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 430 с.
2. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом: монографія / Д.І. Шульженко. – Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, вид-во Хортицької національної академії, 2017. - 444 с.
3. Островська К. Підтримане проживання неповносправних осіб у громаді / К. Островська, І. Островський. – Львів: «Тріада плюс», 2016. – 108 с.

Ш.А. Ковач, кафедра фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»
С.П. Дудицька, кафедра теорії і методики фізичного виховання і спорту ЧНУ ім.Ю.Федьковича
О.Ш. Ковач, студентка 4 курсу факультету ФКіС ЛДУФК ім. І.Боберського

Особливості педагогічного експерименту

Характерною рисою педагогічного експерименту як методу дослідження, являється заплановане втручання людини у явище, яке вивчається.

Мета. дослідити особливості педагогічного експерименту. Дослідити літературні та електронні джерела по даній темі.

Експеримент у сфері педагогіки за своєю природою є соціальним. За його допомогою вивчається аспект педагогічної дійсності, а вона, у свою чергу, є однією з сфер соціальної реальності. Будь-який об'єкт педагогічного експерименту, взятий для дослідження, є тим чи іншим аспектом взаємодії активних і свідомих соціальних суб'єктів – соціальних особистостей. За допомогою експерименту вивчаються тільки певні сторони цієї системи виховних взаємостосунків.

Дослідницька практика дозволяє перевірити педагогічні рекомендації в загальному вигляді і надавати їм сумарних оцінок. Досить плідною може бути довготривала дослідницька робота педагогічних колективів, що досліджують окремі сторони педагогічного процесу і організацію шкільного життя в цілому. Організація педагогічного досвіду в цілому має певні переваги порівняно з перевіркою окремих педагогічних засобів. Вона дозволяє впевнено робити висновки про педагогічні результати системи в цілому. Однак, у цьому і слабка сторона загального досвіду, адже оцінюється результат дії багатьох факторів, дія кожного з них залишається, як правило, мало виявленою. Педагогічний експеримент використовується для вивчення конкретних факторів і їх комплексу, для виявлення невідповідностей між педагогічними взаємодіями та їх результатами у спеціально створених експериментальних умовах.

Педагогічний експеримент визначається як науково поставлений дослід чи спостереження виховних явищ у чітко заданих умовах. Якщо спостереження використовується головним чином для вивчення наявного досвіду, то експеримент передбачає втручання у навчально-виховний процес, зміну умов, в яких здійснюється досліджуваний процес. Під час експерименту одні умови ізолюються, інші - виключаються, посилюються чи послаблюються.

Отже, сутність педагогічного експерименту полягає в тому, що досліджувані педагогічні явища ставляться в певні умови, спеціально організовані ситуації. Від удосконалення зміни заданих умов більше з'являється фактів, на основі яких встановлюються невідповідності між експериментальними впливами і їх об'єктивними результатами. Експеримент сприяє здійсненню цілеспрямованої зміни навчально-виховного процесу і вивчати ті чи інші аспекти виховання групи людей (чи окремої особистості) під впливом педагогічних факторів в спеціально створеному навчально-виховному середовищі.

Навідміну від вивчення педагогічних явищ у природних умовах шляхом безпосереднього спостереження експеримент характеризується:

- а) штучним відмежуванням досліджуваного явища в інших;
- б) цілеспрямованою зміною умов педагогічного впливу на досліджувані та аналізом одержаних при цьому результатів;
- в) повторенням змінених окремих досліджуваних педагогічних явищ в порівняно однакових умовах.

У процесі педагогічного експериментального дослідження необхідно зважати на те, що його учасники це люди і їх навчання чи виховання не можна організувати непродумано, довільно варіюючи та вивчаючи вплив різноманітних експериментальних ситуацій, що можуть завдати шкоду процесам розвитку досліджуваних.

Існують загальні вимоги щодо проведення педагогічного експерименту:

1. Наявність педагогічного колективу, що має готовність і бажання до експериментальної роботи та впровадження у практику інновацій.
2. Наявність у експериментатора гіпотези, яка спрямована на отримання нового результату, що сприятиме підвищенню ефективності педагогічного процесу.
3. Забезпечення педагогічного процесу всім необхідним для регулювання педагогічних впливів та фіксації їх наслідків.
4. Дотримання правила не нашкодити здоров'ю дитини, її розвитку, виконання вимог, які висуваються навчальним планом та програмою.
5. Прагнення до наукової чесності, добросовісності у зборі та інтерпретації фактів, достовірності у формулюванні висновків.
6. Доброзичливе ставлення до дітей та встановлення стосунків довіри з адміністрацією, батьками та дітьми з метою забезпечення атмосфери творчості, взаємодопомоги для ефективного проведення експерименту.

Висновок. Вчені звертають увагу на те, що експериментальному методу в сфері дослідження педагогічних процесів властива така якість як знаходження найбільш ефективних форм управління цими процесами, планування і організації умов праці. Тому педагогічний експеримент сприяє вдосконаленню управління навчально-виховними процесами.

Література

1. Лудченко О.А., Лудченко Я.О., Примак Т.О. Основи наукових досліджень: Навч. посібник. К., О-во "Знання", КОО, 2001.
2. Іваненко В. П. Теорія і методика фізичного виховання : навч. посіб. Ч. 1 / В. П. Іваненко, О. П. Безкопильний. – Черкаси : ЦНТІ, 2005. – С. 36-50.
3. Шамардіна Г. М. Основи теорії та методики фізичного виховання : вибр. лекції / Г. М. Шамардіна. – Дніпропетровськ : Пороги, 2007. – С. 62-69.

Н.М. Козік, Н.А. Стратійчук

Деякі аспекти підготовки фахівців фізичної терапії в Чернівецькому національному університеті імені Юрія Федьковича

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Відновлення здоров'я людини, його зміцнення і вдосконалення є метою різних наукових сфер. Останнім часом активно розвивається фізична терапія, яка стоїть на стику різних галузей науки, оскільки використовує різноманітні методики та засоби для повернення до активного життя в соціумі людей, які втратили таку можливість через хворобу.

«Професія галузі охорони здоров'я, пов'язана зі зміцненням здоров'я, запобіганням фізичної неповносправності, оцінкою стану та реабілітацією пацієнтів із больовим синдромом, хворобою чи травмою, та лікуванням із застосуванням фізичних терапевтичних засобів і без застосування медикаментозних, хірургічних або радіологічних засобів», або «використання фізичних засобів і методів, таких як масаж і маніпуляції, терапевтичні вправи, гідротерапія і різні форми енергії, у реабілітації та відновленні нормальної тілесної функції після захворювання або травми» – такі визначення фізичної терапії сьогодні дають у міжнародній спільноті.

В умовах активного розвитку фізичної терапії та ерготерапії підготовка кваліфікованих фахівців цього напрямку ставить перед системою освіти ряд серйозних завдань. Особливо важливим є створення належних умов для якісного засвоєння студентами теоретичного матеріалу та відпрацювання практичних навичок. Навчання потребує постійного вдосконалення обладнання аудиторного фонду, розширення матеріальної бази, що дозволить підвищити якість практичного навчання. Але, насамперед необхідний постійний пошук нових ефективних засобів і методів учіння та їх поєднань у навчальному процесі.

Метою нашого дослідження був пошук інноваційних шляхів та технологій навчання і варіантів їх поєднання із традиційними методами, які можуть бути ефективними в умовах навчання в Чернівецькому національному університеті.

Методами дослідження були педагогічне спостереження (визначались активність на занятті, емоційне сприйняття вивчення матеріалу), а також анкетування студентів, аналіз їхньої успішності.

Дослідження проводилось серед студентів 4 курсу, під час вивчення предмету «Фізична терапія в неврології» та в час проходження клінічної неврологічної практики.

Для підвищення якості й ефективності використання аудиторного часу та активізації навчального процесу нами були розроблені програма практики, програми з використання методик мануального тестування, методичні рекомендації до неврологічного та фізіотерапевтичного обстеження, схема складання індивідуальних реабілітаційних програм. Ці засоби навчання допомагають студентам краще зрозуміти мету клінічної практики, підготуватись до роботи з пацієнтами відповідного профілю й успішно виконати поставлені завдання.

До роботи залучались студенти групи, які набували досвіду на базі польського центру функціональної реабілітації «Votum», і ті, які активно відвідують вітчизняні тренінги з різних напрямків відновлення, зокрема у сфері нейрореабілітації, травматології та ортопедії, педіатрії та ін. Вони виступали тьюторами (помічниками викладача) на практичних заняттях і під контролем викладачів демонстрували практичні навички, здобуті на тренінгах, допомагали колегам засвоювати їх, вносячи корективи під час відпрацювання прийомів діагностики та втручання. До такої роботи залучалися також студенти з практичним досвідом, які працювали без відриву від навчання або навчалися за індивідуальним графіком.

В результаті застосування тьюторства у поєднанні з використанням показів тематичних відеороликів, а також із попереднім самостійним вивченням теоретичного матеріалу, поданого у методичних рекомендаціях, укладених авторським колективом, рівень знань і вмінь студентів значно покращився. Про це свідчить покращення успішності, як поточної, так і підсумкової на 10-15%. Згідно опитування 78% респондентів відзначають краще засвоєння матеріалу при опрацюванні матеріалу в такий спосіб, а студенти, які працюють в ролі тьюторів відзначають покращення рівня своїх теоретичних знань завдяки підготовці до ролі помічника викладача (100%).

Згідно вимог стандартів підготовки майбутніх фахівців фізичної терапії збільшується тривалість проходження практики на клінічних базах. Програми, розроблені для проходження цього етапу навчання постійно вдосконалюються

для оптимального набуття студентами практичного досвіду. Робота з пацієнтами та їх родичами дає можливість здобувати навички міжособистісного спілкування, вміння слухати, заспокоювати, підтримувати, спілкуватися. Студенти можуть застосувати набуті на аудиторних заняттях теоретичні знання та практичні навички безпосередньо в роботі з пацієнтами. Зокрема це прийоми дослідження та оцінки функціонального стану, використання методів фізіотерапевтичного впливу, складання індивідуальних реабілітаційних програм, розробка рекомендацій для побутового етапу відновлення тощо. Анкетування показало, що 86% студентів вважають, що розроблені програми та рекомендації, а також відпрацювання прийомів реабілітаційного втручання в умовах аудиторних підготували їх до наступного проходження клінічної практики.

Висновки. Щоб бути конкурентноспроможними на вітчизняному та міжнародному ринку праці майбутнім фізичним терапевтам та ерготерапевтам треба переймати досвід роботи колег і будувати власний досвід. Формування фахівців, які зможуть покращити здоров'я та якість життя пацієнтів, є важливим завданням освіти. Підготовка кваліфікованих кадрів належного рівня у сфері реабілітації може бути ефективною за умови вдосконалення навчального процесу, покращення забезпечення обладнанням і методичними матеріалами, відповідно до нових потреб і вимог розвитку фізичної терапії, а також при застосуванні інноваційних методик і технологій навчання та їх оптимального поєднання.

Н.Г. Левенець

Терміни-метафори як частина професійної мови клінічної медицини

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна

Терміни є невід'ємною частиною наукової мови. Сталість вживання, повна визначеність значення, продуктивність є обов'язковими вимогами до термінів. Розвиток науки завжди супроводжується розвитком термінології. Кожне нове поняття в науці повинно бути чітко зафіксовано точним словом – терміном. Певна частина термінів з часом застаріває та виходить з вживання, деякі терміни можуть змінювати своє значення, а разом з цим і сферу вживання, а для нових понять у науці виникають нові терміни.

Клінічна термінологія – це досить рухома частина термінологічної системи медичної науки. Умови для цієї рухомості, продуктивності терміноелементів створюються постійним розвитком науки, виникненням нових понять, нових методів дослідження, нових напрямків у науці.

Термінологія клінічної медицини почала формуватися ще у епоху Гіппократа. Велика кількість клінічних термінів пов'язана з іменем Гіппократа – такі терміни як *facies Hippocratica* – Гіппократова маска, *succussio Hippocratis* – Гіппократів шум плеску, функціонують у клінічній термінології до нашого часу. Значна кількість клінічних термінів – це складні та похідні слова побудовані на основі анатомо-гістологічних назв та терміноелементів, які походять переважно з грецької мови. Наприклад: *dermatoplastica* (від грецького *derma* - шкіра та *plastica* – операція з відновлення форми та функції), *appendectomy* (від латинського *appendix* - придатак, в анатомії – червоподібний відросток, та грецького *ectome* - видалення, вирізання), *haematologia* (від грецького *haema* - кров та *logos* - слово).

Інша частина клінічних термінів – це прості та похідні слова з самостійною основою як латинського, так і грецького походження, наприклад: *tussis* – кашель, *contusio* – забій, контузія, *pneumonia* – пневмонія, запалення легень.

Латино-грецька клінічна термінологія доволі конструктивна, а структурні особливості клінічного терміну надають детальну характеристику поняття. Так, хвороби, що мають запальний характер, позначаються терміном, який складається на основі анатомічної назви ураженого органу та терміноелемента *-itis*, що вказує на запальний процес, наприклад: *osteomyelitis* - запалення кісткового мозку, *lymphadenitis* – запалення лімфатичного вузла. Якщо запальний процес уражує зовнішню оболонку органу, то термін будується префіксом *peri-* (навкруг, біля) – *perinephritis* – запалення фіброзної капсули нирки. Якщо процес охоплював внутрішню оболонку органу, термін будувався префіксом *endo-* (всередині) – *endocarditis* – запалення внутрішньої оболонки серця. При запальному процесі тканин навкруг органу термін отримував префікс *para-* (біля, поруч) – *paraproctitis* – запалення клітковини, що оточує пряму кишку.

У процесі розвитку науки та її термінології зміст деяких термінів міг змінюватися. Так наприклад, термін *arteria*, основа якого входить до складу цілої низки клінічних термінів (*arteriosclerosis*, *arteriotomia*, *endarteriitis* та інших), походить від грецького слова *aēr* – повітря та дієслова *tereo* – зберігаю, міщу, оскільки у античних греків існувало помилкове уявлення про те, що судини заповнені повітрям. Однак, хоча зміст терміну змінився порівняно з його стародавнім тлумаченням, він як і раніше зберігає своє місце у складі термінології.

Особливе місце у системі клінічної термінології належить термінам, що склалися історично як метафори, тобто слова, що вживаються у переносному сенсі заснованому на образній подібності. Основу для образних порівнянь при побудові таких термінів могли давати подібність за формою та іншими зовнішніми ознаками, за функціями, зовнішніми маніфестаціями та іншими асоціаціями. Так, термін *cancer* - рак, побудований на основі латинського *cancer* та грецького *karkinos* ще в античні часи, був пов'язаним з деякою схожістю контуру ракової пухлини молочної залози з контуром річкового рака.

Терміни, побудовані як метафори, можна розділити за їх спільними ознаками на такі групи:

1. Терміни, побудовані на схожості за формою, малюнком або іншими зовнішніми ознаками.
2. Терміни, побудовані на кольорових асоціаціях.
3. Терміни, побудовані на схожості функцій або на будь-яких зовнішніх маніфестаціях.
4. Терміни, що базуються на міфологічних образах.

Так, до першої групи разом з терміном *cancer* можна віднести терміни *elephantiasis* – елефантіаз, слоновість (від грецького *elephas* – слон), *leontiasis* – леонтіаз, левовий образ обличчя у хворого на лепру (від грецького *leon* – лев). Зовнішня схожість лежить і в основі таких термінів як *diphtheria* – дифтерія (від грецького *diphthera* – шкірка, плівка, вичинена шкура), або *sarcoma* – саркома, пухлина, що схожа на розрізі на сире м'ясо риби (від грецького *sarx* – м'ясо риби). В терміні *ranula* – ранула (зменшувальне від латинського *rana* – жаба, жабка) відображена схожість під'язикової ретенційної кісти з гортанним міхуром жаби. На зовнішній схожості побудовані також терміни *pectus carinatum* – “курячі груди”, рахітична грудна клітина (від латинського *pectus* – груди та *carina* – виступ грудної клітини вперед як у птиць), *hordeolum* – ячмінь на повіці (зменшувальне від латинського *hordeum* – ячмеїв) та інші.

Більшість термінів, що побудовані на кольорових асоціаціях, у своєму складі мають терміноелементи, які означають якийсь колір. Наприклад: *leucoderma* (від грецького *leukos* – білий та *derma* – шкіра) – білі плями на шкірі, *xanthoma* (від грецького *xanthos* – жовтий) – фіброма з жовтим забарвленням.

Серед таких термінів знаходимо також назви, які не називають колір, а побудовані виключно на асоціації. Так, термін *anthrax* – сибірська виразка (від грецького *anthrax* – вугілля), побудовано чисто асоціативно. Основу для такої асоціації дає вугільно-чорний колір струпа сибірської виразки. Асоціативну основу має і термін *icterus* – жовтуха, стан організму, що супроводжується жовтим забарвленням шкіри (від грецького *icteros* – жовта птиця).

Ще одну групу термінів, побудованих як метафори, складають терміни, що базуються на зовнішніх маніфестаціях, відчуттях або схожості функції. Цю групу термінів можна проілюструвати такими прикладами як хорея – *chorea*, амфоричне дихання – *amphorophonia*, аура – *aura* та іншими. Так, термін *хорея* – швидкі, розмашисті мимовільні рухи (від гіперкінезу) походить від грецького *choreia* – танок. Мимовільні рухи при цій хворобі дійсно нагадують танок. Грецьке *aura* означає «подих вітру». Клінічний термін “*аура*” – відчуття подиху – точно передає відчуття, передчуття наближення епілептичного нападу. Шум дихання, який прослуховується над кавернами, схожий на звук, що відчувається при швидкому проходженні повітря над порожньою пляшкою. Цей особливий дихальний шум отримав назву *amphorophonia* (від грецького *phone* – звук та *amphora* – посудина, глечик).

Особливу групу складають терміни побудовані на основі асоціації з міфологічними образами. Міфологія – це особливий пласт культури. Античні образи та сюжети дали основу для видатних творів літератури, живопису, архітектури. Міфологічні образи широко представлені в термінологічних системах багатьох наук, перш за все гуманітарних. У термінологічній системі медицини вони вирізняються перш за все своєю образністю. Назви хвороб та хворобливих станів часто базувались на античній міфології. Це було притаманне епосі Відродження, коли активно розвивались всі науки, серед них і медицина, а латинська та грецька мови, антична література, філософія вивчалися у вищій школі. В основі більшості таких термінів лежать яскраві міфологічні образи. Так, міфологічний став основою терміну *sycolopia* – циклопія, одноокість. Циклоп (грецьке *Kyclops*) – міфічний велетень з одним круглим оком посеред лоба. В клінічній медицині – це вроджена вада розвитку, що призводить до однооконості плоду.

Донині вживається і клінічний термін “*голова Медузи*” – *caput Medusae* – міфічне створіння під земного царства. Відповідно до давньогрецького міфу на голові Медузи замість волосся були змії. Клінічний термін “*голова Медузи*” означає специфічне розширення припухлих вен передньої черевної стінки, яке розвивається при застої крові у ворітній вені. Привід для такого порівняння та для створення терміну надають змієподібні скрутіні волосся на голові міфічної Медузи.

На яскравих міфологічних образах побудовано і термін *hermaphroditismus* – двостатевість. В міфології Гермафродит – двостатева істота, син богів Гермеса та Афродіти. Звідси походить і грецьке *hermaphroditos* – двостатевий.

По мірі розвитку медичної термінології, особливо у XIX столітті, у ній починають з'являтися терміни, запозичені з сучасних мов – англійської, французької та інших, наприклад: “*криз*” (від французького *crise* – перелом), “*круп*” (від англійського *croup* – хрипле каркання), “*малярія*” (від італійського *malaria* – нездорове повітря). Але до теперішнього часу кількість таких термінів залишається незначною.

Аналізуючи будову термінів, їх походження, можна впевнитися в тому, що термінологія – це разом з усім і система яскравих, образних назв, що оживляють та урізноманітнюють термінологічну систему медицини. Метафоричні терміни відкривають особливий світ образних порівнянь, що народилися в головах науковців. Вони допомагають увійти в систему термінів, урізноманітнити та розширити свої знання. Знання історії медицини, історії розвитку термінології, історії створення медичних термінів сприяє глибокому засвоєнню та усвідомленню цих термінів, а разом з цим і явищ, що їм відповідають. Це, разом з підвищенням загального освітнього рівня, призводить до глибокого розуміння діагностичного значення клінічних термінів, до розвитку клінічного мислення.

Л.О. Ляховець

Обґрунтування використання елементів плавання та аквааеробіки в системі оздоровчої рекреації

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Вирішення сучасних проблем погіршення стану здоров'я населення через залучення його широких верств до активного дозвілля та оздоровлення тісно пов'язане як із розвитком системи оздоровчої рекреації, так і з розширенням змісту оздоровчо-рекреаційної діяльності, переосмислення ролі окремих видів і напрямів оздоровлення. Вважаємо, що мова в цьому контексті повинна йти, крім іншого, про підвищення ролі водних видів фізичної культури і спорту, зокрема плавання та аквааеробіки. Досліджуючи їхній оздоровчий потенціал, А. Матусевич із колегами [1] відзначили велику роль плавання у гармонійному розвитку всіх органів і систем організму. Л. Шейко [2; 3] досліджувала оздоровчий вплив плавання на фізичний та психоемоційний стан різних категорій населення (зокрема осіб інтелектуальної праці та похилого віку). Л. Ляховець [4] вивчає аквааеробіку як універсальний засіб впливу на організм людини, Д. Лоуренс [5] розробила практичне керівництво для бажаючих використовувати аквааеробіку у своєму дозвіллі для зміцнення здоров'я, Н. Гоглювата [6] довела ефективність аквааеробіки у справі підвищення рівня фізичного стану жінок зрілого віку. При цьому розробки нових методик і технологій використання плавання та аквааеробіки в оздоровчій та рекреаційній сферах вимагають подальшого наукового обґрунтування.

Мета дослідження: показати великий оздоровчий потенціал плавання та аквааеробіки й тим самим обґрунтувати доцільність використання їх елементів у системі оздоровчої рекреації населення.

Виклад основного матеріалу. Кожна людина має потребу в релаксації та відпочинку, який в ідеалі передбачає заняття улюбленими видами спеціально організованої рухової активності і відтворює сили з перевищенням вихідного рівня. На цій потребі ґрунтується оздоровчо-рекреаційна робота в системі оздоровчої рекреації, яка спирається на очікування різних категорій населення і вирішує завдання з'ясування фізкультурно-рекреаційних потреб і найбільш улюблених видів активного дозвілля населення в контексті проведення вільного часу. Особливе значення для якісно нового стрибку в організації оздоровлення та активного дозвілля населення має використання елементів водних видів фізичної культури і спорту, що пов'язано зі специфічним оздоровчим впливом на організм водного середовища, яке має принципово відмінні від повітря фізичні характеристики. Рухова активність у водному середовищі справляє величезний позитивний вплив на стан серцево-судинної системи, зокрема сприяє рефлекторній зміні кровообігу, підвищує еластичність суглобів; також посилює легеневу вентиляцію, виступає потужним чинником впливу на нервову та імунну системи організму. Фізичні, механічні, біологічні, температурні впливи водного середовища на організм стають причиною його багатьох позитивних реакцій, що стимулюють функціональний розвиток систем, профілактику і лікування можливих захворювань.

Доцільність використання елементів різних видів плавання в системі оздоровчої рекреації обґрунтовуємо тим, що через необхідність подолання сили водного опору плавання виробляє новий автоматизм дихання, який характеризується зменшенням тривалості дихального циклу, збільшенням частоти і хвилинного об'єму дихання; при цьому збільшуються легенева вентиляція та життєва ємність легенів. Горизонтальне положення тіла полегшує роботу серця та периферичного кровообігу, знижує частоту серцевих скорочень, розслаблює м'язи і функції суглобів. Плавання нормалізує секреторну, моторну та інші функції органів травлення, є чудовим лікувальним та реабілітаційним засобом для осіб із порушеннями хребта, надлишковою масою тіла, серцево-судинними захворюваннями, нервовими й соматичними розладами, захворюваннями верхніх дихальних шляхів, підвищеною збуджуваністю.

Вправи аквааеробіки, на відміну від плавання, ациклічні, структура рухів у них не має стереотипного циклу і змінюється в ході виконання. Аквааеробіка здатна справляти диференційований вплив на морфофункціональні показники організму за рахунок використання різних за характером рухів. Корисні оздоровчі впливи засобів аквааеробіки зумовлені активізацією найважливіших функціональних систем організму, високою енергетичною ємністю виконуваної роботи, феноменом гравітаційного розвантаження опорно-рухового апарату. Аквааеробіка чудово тренує серцево-судинну систему, розвиває різні м'язові групи, надає їм еластичності, знімає напруження. Перевагою аквааеробіки порівняно з іншими видами фітнесу та аеробіки є те, що у воді можуть займатися особи, які мають протипоказання до занять фізичними вправами на суші, – з остеохондрозом, варикозним розширенням вен, гіпертонією, болями в суглобах тощо. Основу сучасної оздоровчої аквааеробіки повинні складати інноваційні програми і технології аеробного характеру, зміст яких лише частково доповнюється комплексами вправ силового характеру, призначеними для покращення показників м'язової сили і гнучкості.

Висновки. Елементи водних видів фізичної культури і спорту, насамперед плавання та аквааеробіки, необхідно якомога ширше використовувати в системі оздоровчої рекреації населення. Такий висновок зумовлений як загальним позитивним впливом фізичної активності в умовах водного середовища на організм людини, так і наявністю різноманітного за своїми проявами оздоровчого потенціалу плавання та аквааеробіки.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з більш глибоким вивченням впливу регулярних оздоровчих занять на базі плавання та аквааеробіки на функціональний і фізичний стан різних категорій населення, результати якого послугують основою для формування нових програм і технологій рухової активності в рамках масової оздоровчої рекреації.

Література

1. Матусевич А. М., Мариненко С. І., Токар С. І. Оздоровче значення плавання. Перспективи розвитку сучасної науки (Львів, 5-6 грудня 2014 р.). Херсон: Видавничий дім "Гельветика", 2014. С. 166-169.
2. Шейко Л. В. Влияние оздоровительного плавания на физическое и психоэмоциональное состояние людей зрелого и пожилого возраста. Слобожанський науково-спортивний вісник: науково-теоретичний журнал. Харків: ХДАФК, 2007. № 12. С. 11-14.
3. Шейко Л. В. Реализация плавания как вида оздоровительной деятельности работников сферы интеллектуального труда. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2016. Вип. 139 (2). С. 195-199.
4. Ляховець Л. О. Роль занять аквааеробікою у підвищенні функціональних можливостей і рівня фізичного стану жінок зрілого віку. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2014. Вип. 31. С. 89-92.
5. Лоуренс Д. Аквааеробіка. Упражнения в воде [Пер. с англ.]. Москва: ФАИР-Пресс, 2000. 95 с.
6. Гоглювата Н. Оптимізація засобів аквафітнесу в кондиційному тренуванні жінок першого зрілого віку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2003. № 1. С. 44-47.

Е.О. Мадяр-Фазекаш, Н.В. Степчук

Навчально-тренувальний процес в групі спортивного вдосконалення УжНУ

Кафедра фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В статті розглядається навчально-тренувальний процес групи спортивного вдосконалення, де окрім спортивного розвитку формуються особистісні якості і професійна компетентність студентів.

Ключові слова: фехтування, фізична культура, студенти, техніко-тактична майстерність, індивідуальний урок, змагальна діяльність.

Фехтування – вид спорту з тисячолітньою історією. Будучи видовищним мистецтвом, воно отримало широке поширення в Стародавній Греції і Римській імперії. Греки створили школи для навчання володінню холодною зброєю, а в Римській імперії викладачі, яких називали «докторами зброї», навчали солдатів у армії.

В європейських країнах перші дослідження з фехтування належать іспанським вчителям, потім італійці визначили основні принципи фехтування і розробили класифікацію прийомів і дій. Паралельно у Франції з'являються трактати, в яких описується техніка фехтувальних прийомів, дуже близька до сучасної. У XIX столітті фехтування формується як вид спорту.

Фехтування в нашому краї має багаті традиції. На протязі багатьох десятиліть закарпатська фехтувальна школа була і залишається однією з кращих в Україні. Тренери-викладачі вели роботу в дитячих і студентських секціях.

У вересні цього року, навчально-тренувальний процес спортивного відділення фехтування почав працювати як самостійна дисципліна. До складу ввійшли студенти з 1-5 курсів. Вони є сформованими спортсменами та бажають продовжувати займатися фехтуванням. Мають звання Майстра спорту України і нижчі звання з різних видів зброї. Багаторічний тренерський досвід показує, що студенти-початківці, які почали займатися фехтуванням в 17-19 років, значно швидше освоюють основні технічні та тактичні прийоми, і усвідомлено застосовують їх в бойових діях, ніж спортсмени в дитячому віці. В процесі навчання фехтуванню студентів, обов'язковою умовою є робота досвідчених спортсменів з початківцями. Таким чином, у студентів формуються педагогічні навички, прискорюється процес оволодіння базовими засобами нападу і захисту, що дозволяють вести бій відповідно до особливостей техніки та тактики в обраному виді фехтування, виробляється здатність аналізувати свої дії та дії суперника.

Основними напрямками тренування студентів-новачків є навчання бойової стійки, техніка пересувань на різних дистанціях, формування спеціальних вмінь, засновані на проявах рухових реакцій. Багато уваги приділяють роботі на мішені для покращення показників точності нанесення уколів. Увагу приділяють парним вправам, іграм на увагу і швидкість реакції, вправам з набивними і тенісними м'ячами, скакалками.

В основній частині тренування, за завданням тренера, в парах відпрацьовують окремі дії і їх комбінації для створення міцного досвіду рухів зброєю і пересувань. І звичайно, бойова практика, спрямована на прискорення процесу оволодіння засобами ведення бою і підвищення результатів у змаганнях.

Застосування різновидів дій в поєдинках вимагає від студентів проявів швидкості, спритності і витривалості. Останній слід приділити увагу, адже змагання починаються зазвичай з попередніх ступенів, і в міру виходу спортсмена

в наступний тур, можуть тривати цілий день. І це викликає стомлення, зниження рухової активності та погіршення точності уколів.

Одним з важливих компонентів фізичної культури студентів-фехтувальників, є мотивація, яка багато в чому визначає їх зацікавленість регулярними заняттями, де найбільш вираженими є мотиви психічного і фізичного самовдосконалення засобами спорту, спілкування з учасниками тренувального процесу і задоволення від занять спортом в цілому.

Сучасна організація спортивної діяльності на основі нових форм виховного процесу формує спортивну культуру студента, мотивацію і інтерес до спортивного стилю життя в подальшому [4].

Основні напрямки тренування для цієї вікової групи спрямовані на індивідуалізацію техніко-тактичної підготовки з урахуванням стійких схильностей, що виникають до певних дій і особливості тактики ведення бою, показників психічних і рухових якостей студентів-спортсменів.

Вибір засобів і методів індивідуалізації техніки і тактики, особливо проявляється в комбінації дій і ситуаціях їх застосування, проходить на тлі стабільних психічних процесів в зв'язку зі сформованістю психофізіологічної сфери осіб, які займаються.

У фехтувальній системі тренувань, одне з найважливіших місць займає індивідуальний урок. Він в підготовці студентів виступає одночасно як засіб і як метод формування та контролю техніко-тактичної майстерності.

Фізкультурно-освітні компетенції, які формуються в процесі навчально-тренувальних занять передбачає позитивне ставлення студентів до свого здоров'я [1]. Поряд з цим, в процесі змагальної діяльності у студентів формуються професійні навички, такі як: планування дій; взаємодія з партнерами; ймовірність неминучих змін, відхилень, корекції. Фехтування завжди було засобом виховання особливих інтелектуальних якостей.

Ми розуміємо фізичну культуру особистості як соціально-детерміновану область загальної культури людини, що являє собою якісний, системний, динамічний стан, що характеризується певним рівнем спеціальної освіченості, фізичної досконалості, мотиваційно-цінних орієнтацій і соціально-духовних цінностей, придбаних в результаті виховання і інтегрованих в фізкультурно-спортивну діяльність, культурному способу життя, духовності і психічному здоров'ї.

Література

1. Скворцова С.О. Технология формирования компетентности студентов в профилактике компьютерного синдрома в образовательном процессе //Динамика систем, механизмов и машин. Живые системы. – Омск: ОГТУ, 2014. – № 6. – С. 163-165.

2. Теленков Д. В. Характеристики студентов вузов физической культуры как факторы успешности их деятельности // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2008. - № 6 (40). – С. 102-105.

3. Тышлер Д.А., Тышлер Г.Д. Фехтование. От новичка до чемпиона. – М.: Академический Проект, 2007. – 232 с. + 32с. вкл. (Технологии спорта).

4. Шмер В.В. Психологические особенности первокурсников различных специальностей транспортного вуза // Динамика систем, механизмов и машин. Живые системы. - Омск: ОГТУ, 2014. №6. – С.173-176.

І.І. Маріонда, О.М. Трифан, В.М. Мельник

Модель професійної діяльності науково-педагогічних працівників у підготовці фахівців фізичної культури і спорту

Кафедра фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Удосконалення державних стандартів в освітній галузі є одним із ключових напрямів реформування системи підготовки фахівців з фізичної культури. Однією з складових цього напрямку є професійно-особистісна підготовка випускника вищого навчального закладу, що забезпечить якісне виконання обов'язків вчителя фізичної культури та тренера з обраного виду спорту. Провідне місце у такому процесі відведено фізкультурній освіті, спрямованій на формування базових професійних компетентностей до майбутньої професійної діяльності [3].

Перед закладами вищої освіти (ЗВО), що готують майбутніх фахівців фізичної культури і спорту, нині постали завдання цілеспрямованого розвитку найвагоміших професійно важливих якостей педагога, залучення студентів до активних способів засвоєння соціального, наукового, культурного та педагогічного досвіду з метою використання в подальшій навчально-виховній діяльності.

Мета статті: проаналізувати модель професійної діяльності науково-педагогічних працівників в контексті підготовки фахівців фізичної культури і спорту.

Матеріал і методи дослідження: аналіз літературних джерел.

Результати дослідження та їх обговорення. Створення умов оптимізації педагогічної діяльності викладача фізичної підготовки ми пов'язуємо з розробкою й реалізацією структурної моделі діяльності викладача. Принципи

здійснення цієї моделі опираються на індивідуальні особливості викладачів й організаційно-педагогічні умови освітнього процесу. Іншими словами, реалізація структурної моделі діяльності викладача фізичної підготовки є основною, але не єдиною умовою оптимізації педагогічної діяльності через те, що до складу кожного компонента моделі входять власні умови оптимізації, а також умови й фактори реалізації діяльності, що забезпечують її максимальну оптимізацію.

Термін «модель» традиційно розуміють як схему, зображення або опис якого-небудь явища або процесу в природі й суспільстві [5]. Запропонована нами модель діяльності викладача фізичної підготовки являє собою розгорнуту базову схему й деталізований опис її складових. Таким чином, структурна модель це впорядкована, взаємозалежна схема й опис складових системи діяльності викладача фізичної підготовки: суб'єктів діяльності, видів діяльності, технології педагогічної діяльності, умов і факторів її оптимізації.

Зважаючи на те, що «основним призначенням педагогічних систем є організація та підтримка навчального процесу, розв'язування педагогічних задач з метою формування розвитку особистості», моделювання дає змогу виявити причинно-наслідкові зв'язки й уточнити чинники, прогнозувати наслідки впровадження інновацій, оцінити користь і можливі недоліки, підвищити продуктивність роботи науково-педагогічних працівників ЗВО [1]. На нашу думку, це дасть змогу спроектувати і реалізувати необхідні науково та навчально-методичні заходи для вдосконалення системи підготовки майбутніх учителів у ЗВО галузі фізична культура і спорт. Крім того, моделювання дає змогу цілісно розглядати компетентнісний підхід - від постановки мети до отримання результатів навчання.

Під час розроблення моделі освітньої системи основні компоненти мають бути розкладені на дрібніші, але достатньо значущі в її цілісній структурі. Тому одним із головних завдань є визначення детермінант, що впливають на сукупність цих структурних компонентів.

Навчальна діяльність викладача розглядається й у зв'язку з навчальною діяльністю студента, тому що діяльність викладача й студента в навчальному процесі є природними умовами його реалізації.

Таким чином, освіта в галузі фізичної культури і спорту передбачає створення умов для вільного й всебічного розвитку рухової діяльності людини для її гармонійного фізичного зростання, зміцнення здоров'я; створення бази для ефективної діяльності у всіх галузях життя, праці та побуту. Для досягнення цієї мети, формування фізичної культури майбутніх фахівців необхідно вирішувати, відповідно до методології педагогіки, з використанням притаманних педагогіці виховних, освітніх, розвивальних й оздоровчих методів, призначенням яких є досягнення цілісності педагогічного процесу у вищій школі. При розгляді інституційної складової прикладної фізичної підготовки у вузі з позиції культурологічних знань можна констатувати, що цей аспект виступає як результат діяльності в зазначеній галузі освіти [3].

В системі підготовки фахівців фізичної культури і спорту в широких масштабах цього не спостерігається. Тому нами проведено дослідження з визначення структури цілісної педагогічної діяльності фахівця фізичної культури і спорту з метою визначення вкладу кожного з елементів системи в загальний результат [3].

Дослідження й аналіз структурної моделі діяльності викладача фізичної підготовки дозволили нам дійти висновку про її природу й організацію:

1. Структурна модель діяльності дійсно має багаторівневий комплексний характер.
2. Складові (елементи) структурної моделі взаємозалежні між собою таким чином, що в сукупності моделі простежується взаємопроникнення всіх її елементів.
3. Моделі діяльності властива педагогічна структура (особистісні компоненти – індивідуальні особливості реалізації видів діяльності викладача, діяльнісні компоненти – внутрішні й зовнішні мотиви, ціннісні орієнтації).
4. Структурі моделі діяльності властива системна організація.

Таке структурування висновків свідчить, з одного боку, про складну педагогічну структуру моделі діяльності викладача фізичної підготовки як такої, з іншого боку – про її справжню організованість. При цьому для інтеграції складових моделі діяльності недостатньо мати лише відповідну педагогічну установку [2].

Наявність відповідної установки на реалізацію структурної моделі мотивації налаштовує викладачів працювати по-новому, відповідно до зміни стереотипу оцінювання процесу навчання фізичній підготовці. У результаті буде досягнуто необхідного рівня організованості діяльності, максимально мотивованої й ціннісно-орієнтованої на досягнення оптимального результату.

Висновки. Узагальнюючи викладене, відзначимо, що модель професійної діяльності викладача фізичної підготовки найбільше повно реалізується лише в комплексі психолого-педагогічних впливів, які ґрунтуються на принципах професійно-особистісного підходу й наукової організації педагогічної праці. Причому, як показують результати проведеного аналізу стану проблеми, системи цих принципів не можна втілювати окремо.

Література

1. Биков В.Ю. Моделі організаційних систем відкритої освіти: [монографія] / Валерій Юхимович Биков. – К.: Атака, 2008. – 684 с.
2. Марюнда І.І. Структура моделі діяльності викладача фізичної підготовки. / Марюнда І.І., Сивохоп Е.М. // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України ім. Б.Хмельницького. Серія: Педагогічні та психологічні науки. – 2011. – № 61. – С. 69–73.

3. Маріонда І.І. Формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури у процесі занять фізичною підготовкою і спортом: [монографія] / І.І. Маріонда, Е.І. Сивохоп, В.А. Товт. - Ужгород: Вид-во ПП «АУТДОР-ШАРК», 2016. – 212 с.

4. Однолеток Т.В. Професійна підготовка майбутніх учителів фізичної культури як педагогічна проблема / Однолеток Т.В., Лянной М.О. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 9. – С. 107-109.

5. Переверзин І. Н. Прогнозирование и планирование физической культуры : учеб. пособ. / И. Н. Переверзин. – М. : Физкультура и спорт, 1972. – 88 с.

В.П. Маркович

Розрахунок потенціалу реабілітаційної та госпісної мережі в Україні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Метою роботи є вивчення та розрахунок потенціалу реабілітаційної та госпісної мережі в Україні. Понад 12 тисяч ліжок наявні у ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» та відомчих закладах, у 7 фізіотерапевтичних лікарнях та 9 науково-дослідних установах. У 11 лікарнях відновного лікування є 1888 ліжок, в обласних госпіталах інвалідів війни – 7248 ліжок.

За 2018 рік лікарняні заклади України виконали навантаження на 97,808 млн. ліжко-днів, отже, згаданий вище діючий реабілітаційний потенціал для перехворілих пацієнтів стаціонарів є недостатнім. Його розвитку перешкоджають високі ціни будівництва нової мережі, відсутність реабілітаційних підрозділів в усіх областях, відсталість матеріально-технічної бази наявних відділень, дефіцит виробництва засобів реабілітації, брак фахівців реабілітаційних спеціальностей.

Станом на 01.09.2018 р. в Україні нараховувалось більше 303 тис. ліжок в стаціонарах, або 71,9 ліжка на 10 тис. населення при розрахунковій кількості населення 42,23 млн. жителів. За даними КМУ, за кордоном на постійній основі працює 3,2 млн. українців, а на тимчасовій – близько 9 млн. При рівні госпіталізації 20% від кількості населення в рік, 333 днів роботи ліжка за рік та 10 днів перебування хворого на ліжку розрахунок потреби в лікарняних ліжках для населення України складає 234,4 тис. ліжок, що становить 60,0 ліжок на 10 тис. наявного в країні населення (39,03 млн. жителів), при 55,0 – у країнах ЄС.

Виходячи із наведених розрахунків, в Україні нараховується близько 68,6 тис. надлишкових лікарняних ліжок, які і можуть бути перепрофільовані в ліжка реабілітаційної та госпісної мережі.

І.К. Мартинюк

Розвиток пізнавальних можливостей дошкільників з функціональними порушеннями зору

Кафедра фізичної реабілітації ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Важливим аспектом корекційно-виховного процесу в освітніх закладах для дітей з порушеннями зору є цілеспрямована корекція пізнавальної діяльності. Актуальність даної проблеми та необхідність її практичного вирішення значно посилюється в умовах реформування сучасної освіти, адже одним з провідних завдань шкільного навчання, проголошеним Національною доктриною розвитку освіти України у XXI ст., є розвиток у дітей активного пізнавального ставлення до дійсності, створення умов для реалізації їхніх пізнавальних можливостей.

У даній статті ми розглянемо пізнавальну діяльність дошкільників з порушеннями зору, а саме процес розвитку пізнавальних можливостей дошкільників з косоокістю та амбліопією.

Метою дослідження є експериментально визначити та дослідити пізнавальні можливості дітей з порушенням зору та визначити шляхи удосконалення роботи із їх корекції.

Завдання дослідження:

1. Виявити рівень та особливості пізнавальних можливостей дошкільників з косоокістю та амбліопією;
2. Визначити шляхи удосконалення корекційної роботи з корекції пізнавальних можливостей дошкільників з косоокістю та амбліопією.

В експерименті взяли участь 28 дошкільників з косоокістю та амбліопією та 26 дошкільників зі збереженим зором.

Труднощі в оволодінні способами сприймання, просторового орієнтування, прийомами навчальної, ігрової та трудової діяльності, які прямо або опосередковано зумовлені патологією зору, чинять негативний вплив на розвиток пізнавальної активності дитини, що відповідно потребує цілеспрямованої корекційної роботи. Ще до того, як ставити перед дітьми певні пізнавальні завдання, педагоги мають знати рівень сформованості у кожної дитини відповідних пізнавальних можливостей. Ці знання допоможуть певним чином модифікувати завдання, що пропонуються – розчленувати їх на більш чи менш крупні одиниці, знизити чи підвищити їх рівень складності, надати дитині необхідні підказки, допоміжні запитання, запропонувати наочний матеріал відповідно до їх зорових можливостей – тобто здійснити диференційований та індивідуальний підходи.

За основу побудови системи критеріїв, що визначають рівень сформованості тієї чи іншої психічної властивості, взято концепцію вітчизняного психолога Л.С. Виготського про зону найближчого розвитку та рівень актуального розвитку дитини. Зону найближчого розвитку становлять ті розумові дії, що їх дитина може здійснити при безпосередньому стимулюванні та допомозі з боку дорослого. Якщо цю дію дитина робить самостійно, без допомоги дорослого, то ці пізнавальні дії можна віднести до зони актуального розвитку і вони складають пізнавальні можливості дитини.

За теоретичні основи констатувального експерименту було обрано діагностичні методики, розроблені Л.А. Венгером, Н.Н. Под'яковим, Л.І. Солнцевою, Л.І. Плаксіною та ін., з деякою їх модифікацією. Було проведено три серії експериментальних завдань, спрямованих на характеристику зорових уявлень про предметний світ, орієнтацію у просторі та уявлень про оточуючий світ. За змістом завдання відповідали віковим можливостям дітей від 4 до 5 років та від 5 до 6 років.

В результаті проведеного нами констатувального експерименту були виділені особливості пізнавальних можливостей дітей з функціональними порушеннями зору. Зокрема, дана категорія дітей через монокулярний характер зору та зниження гостроти зору відчувають значні труднощі у визначенні насиченості кольорів та відтінків, величини об'ємних предметів. Сприймання об'єктів уповільнене, фрагментарне, носить неточний характер, тому практичний досвід дітей з порушенням зору значно збіднений. Недостатність зороворухової орієнтації обумовлює наявність помилок при визначенні правої та лівої сторін, визначенні просторового розташування частин тіла, оволодінні просторовими термінами. Такі ознаки простору, як віддаленість, глибина, об'єм, важко піддаються аналізу при монокулярному характері зору, що зумовлює недостатність зорово-просторового орієнтування.

Таким чином, нами були виділені три рівні пізнавальних можливостей дітей з функціональними порушеннями зору. Діти, які входять в першу підгрупу (близько 26 %), активні, проявляють значний інтерес до гри та заняття, швидко і самостійно виконують завдання педагога. В другій підгрупі діти другого рівня розвитку (близько 50 %) потребують в будь-якій діяльності допомоги педагога, менш активні, завдання виконують значно повільніше, а допускаючи помилки, не завжди їх самостійно помічають та виправляють. В третю підгрупу об'єднанні діти третього рівня (близько 24 %), які здебільшого не виявляють інтересу до занять, мають труднощі, через що відмовляються виконувати завдання, мало ініціативні, замкнені, важко спілкуються один з одним.

Досвід показує, що при проведенні фронтальних занять педагоги частіше приділяють увагу активним дітям, які швидко та добре виконують завдання, а діти, у яких є певні труднощі, часто залишаються без достатньої уваги педагога, тоді як їм необхідна індивідуальна допомога, яка дозволяє просуватися у своєму розвитку. Через це об'єднання дітей з третім рівнем розвитку педагог групує з урахуванням конкретної мети розвитку кожної дитини, при цьому рівень дидактичних вимог до кожного висувається індивідуально.

Дітям усіх рівнів розвитку необхідний індивідуальний підхід.

Дітям першої підгрупи згідно їх пізнавальним можливостям можуть висуватися більш високі вимоги із різних програм масового дошкільного закладу.

Дітям другої підгрупи необхідний індивідуальний підхід при підборі програми в залежності від розвитку дитини, оскільки деякі із них наближені до першого рівня, а другі наближені до третього рівня. Їм необхідна допомога у тих видах діяльності, де особливо не вистачає впевненості у своїх уміннях, при цьому кожній дитині надається специфічна допомога.

Для дітей третього рівня розвитку потрібен перерозподіл навчального матеріалу, оскільки швидкість оволодіння знаннями уповільнена, матеріал пропонується відповідно до рівня пізнавальних можливостей та працездатності.

Орієнтація на рівень розвитку і особистісні особливості вихованців, врахування їх індивідуальних особливостей та становлення психіки передбачає плавний перехід дітей з однієї підгрупи в другу за визначених умов корекційної допомоги.

Отже, шляхи удосконалення корекційної роботи з розвитку пізнавальних можливостей дошкільників з функціональними порушеннями зору *передбачають*:

– особливу організацію розвиваючого середовища з урахуванням блочної системи корекційної та загальноосвітньої допомоги;

– зміст занять згідно стану здоров'я і рівня пізнавальних можливостей дитини, а не за віковим показником на основі об'єднання дітей в підгрупи або індивідуально;

– планування освітнього процесу, розробку індивідуально-діагностичних карт і програм на кожну дитину; диференційовано виділяються види корекційних занять (розвиток зорового сприймання, орієнтування в просторі, розвиток дотику і дрібної моторики, лікувальної фізкультури, ритміки, соціально-побутового орієнтування).

Висновок: матеріали даної праці можуть бути використані в практичній роботі вихователів, дефектологів, спеціальних дошкільних закладів для дітей з порушеннями зору.

Література

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Основы дефектологии / Гл. ред.
2. Гребенюк Т.М., Сасіна І.О., Тімакова Ю.В. Медико-педагогічна корекція зорового сприймання у дошкільників з вадами зору: Навчальний посібник нормальновидящих и слабовидящих школьников. М.: Педагогика, 1988. – 150
3. Литвак А.Г. Теоретические вопросы тифлопедагогике. Л., 1973. – 155 с.
4. Методичні поради тифлопедагогу з розвитку зорового сприймання дошкільників. Укл. Гребенюк Т.М., Рожко Н.М., Калачева Л.О. – К., 2003. – 68
5. Плаксина Л.И. Развитие представлений о форме и величине предметов у детей среднего дошкольного возраста при амблиопии и косоглазии. М.: Информационный центр, 1978. – 25 с.
6. Скляр К.М., Свиридчук Т.П., Федоренко С.В. Навчально-виховні програми та методичні рекомендації для спеціальних дошкільних закладів для дітей з вадами зору. К., 1996. – 346 с.
7. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М., 1980. – 186 с.

О.Г. Матрошилін, Ю.Л. Роголя

Застосування кінезотерапії в комплексній медико-психологічній реабілітації учасників АТО

Дрогобицький державний педагогічний університет ім. І.Франка

На даний час актуальною проблемою залишається питання збереження здоров'я учасників антитерористичної операції (АТО) на Сході України, оскільки під час бойових дій вони поряд з фізичними зазнають і психологічних травм у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який часто призводить до пограничних психічних порушень і потребує проведення медико-психологічної реабілітації для адаптації їх у соціумі.

Аналіз сучасних даних літератури дозволив виявити, що недостатня увага приділяється питанням використання фізичної терапії у відновному лікуванні військовослужбовців з посттравматичними стресовими розладами.

Враховуючи механізм позитивної дії фізичних вправ на психоемоційний стан організму нами був проведений аналіз впливу засобів фізичної терапії (лікувальної гімнастики, лікувальної ходьби, ігрових видів на результати медико-психологічної реабілітації учасників АТО з посттравматичним синдромом.

Під нашим спостереженням знаходилося 34 військовослужбовці чоловічої статі у віці $34,1 \pm 4,17$ років з неврозподіленим та психопатоподібним варіантами клінічного перебігу синдрому посттравматичного стресового розладу, який був встановлений за місцем їхнього постійного проживання і які перебували на лікуванні в центрі медичної реабілітації та санаторного лікування «Трускавецький» МО України у період 09.2016 - 07.2018.

Контроль за їхнім психологічним станом в процесі реабілітації проводився спеціалістом-психологом з використанням загальноприйнятих методик обстеження. Для оцінки динаміки змін психологічного стану застосовувався військовий варіант Місісіпської шкали цього розладу.

Для оцінки ефективності фізичної терапії в процесі реабілітації було сформовано дві групи спостереження. Основну групу (16 хворих) склали хворі з позитивною мотивацією до занять засобами фізичної терапії, яким було призначено розроблені комплекси кінезотерапії з різною методикою їх проведення залежно від клінічного перебігу ПТСР. Контрольну групу (18 хворих) склали військовослужбовці з негативною мотивацією до виконання фізичної терапії, які проходили лікування за загальноприйнятими методиками фізичної реабілітації

В процесі занять кінезотерапією особливу увагу звертали на динаміку скарг та психоемоційну оцінку хворими свого стану.

Проведені спостереження показали, що позитивні результати фізичної терапії в психологічній реабілітації хворих з ПТСР залежить не стільки від методики проведення занять та величини фізичного навантаження, а від позитивної психоемоційної реакції хворих на заняття, особливо після проведення його груповим методом.

Проведені нами дослідження із використанням засобів фізичної терапії в комплексі медико-психологічної реабілітації згідно оцінки Місісіпської шкали сприяє зменшенню, клінічних проявів ПТСР. Так, в основній групі на 15% збільшилася частка пацієнтів з легкими клінічними ознаками і на 10% зменшилися більш важкі прояви синдрому посттравматичного стресового розладу, у контрольній групі ці ж зміни склали лише 5%.

Оцінка депресивного стану хворих основної і контрольної груп за опитувальником Patient Health Questionnaire - PHQ-9 показала виражену тенденцію до його зменшення в основній групі, а у контрольній групі – без суттєвих змін.

Отже, впровадження засобів фізичної терапії у комплексну медико-психологічну реабілітацію військовослужбовців, що брали участь у бойових діях сприятиме зменшенню у них ознак посттравматичного стресового розладу і призводить до позитивної оцінки якості життя

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується приділити увагу висвітленню проблем дії бальнеологічних чинників з точки зору їх хронобіологічних впливів на ефективність реабілітації учасників АТО.

Література

1. Богомолець О.В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // *НейроNEWS*. – 2017. – N 4. – С.54-57.
2. Кутько И.И. Стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация / И. И. Кутько, А. Н. Линева // *Український медичний часопис*. – 2016. – N 1. – С.24-27.
3. Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сироп'ятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська та ін. – К.: О. Т. Ростунов, 2012. – 76 с.
4. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Х.: ХМАПО, 2014. – 285 с.

К.П. Мелега, Л.П. Русин, Ю.В. Дуткевич-Іванська

Здоров'язміцнювальна діяльність майбутніх фізичних терапевтів у процесі навчання як важливий компонент їх професійної підготовки і чинник професіоналізму

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання

В останні роки в Україні спостерігається зростання попиту на рекреаційно-реабілітаційні послуги, що зумовлює потребу у підготовці висококваліфікованих фахівців з фізичної терапії, здатних розробляти і застосовувати новітні комплексні оздоровчо-реабілітаційні технології для відновлення, зміцнення та збереження здоров'я осіб різного віку і статі. Як зазначено у «Настанові з мінімальних очікуваних компетенцій початкового рівня освітньої підготовки фізичного терапевта у Європейському регіоні Світової Конфедерації фізичної терапії» [3], у системі підготовки фізичних терапевтів важливим є забезпечення компетенції з підтримки здорового способу життя та запобігання. Сутністю даної компетенції є вміння: визначати детермінанти здоров'я використовуючи біопсихосоціальний підхід – широкий погляд, який пояснює ознаки захворювання часто комплексних, змінних взаємодіючих біологічних, психологічних та соціальних чинників; розширювати можливості та здоровий спосіб життя (ЗСЖ) пацієнтів, змінюючи їх поведінку шляхом мотиваційної бесіди та імплементації стратегій на самоуправління; сприяти плануванню та імплементації підтримки ЗСЖ та запобіганню заходами, що покращують здоров'я для окремих осіб та населення загалом.

Разом з тим, формування якостей, необхідних для здійснення професійної діяльності, у майбутніх фахівців з фізичної терапії в процесі навчання у виші найбільш успішно відбувається тоді, коли весь зміст навчально-виховного процесу максимально наближений до практичних вимог. Серед особистісних якостей майбутнього фізіотерапевта культура здоров'я постає як важливий компонент професійної культури і є чинником його професіоналізму. Культура здоров'я передбачає опанування на особистісному рівні концепції здоров'я, на основі якої формується індивідуальна програма ЗСЖ, відбувається розвиток творчого оздоровчого мислення [2]. Все це дозволить майбутнім випускникам застосовувати набуті знання і вміння у професійній діяльності, на власному прикладі заохочувати пацієнтів до здоров'ятворчої діяльності та дотримання ЗСЖ.

Мета роботи – визначення рівня сформованості культури здоров'я студентів різних курсів, які навчаються за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія», як важливого компоненту їх майбутньої професійної діяльності.

Дослідження проведено на базі факультету здоров'я та фізичного виховання (ФЗФВ) ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Проведено анонімне опитування 154 студентів різних курсів факультету денної форми навчання, які здобувають спеціальність фізичного терапевта, для визначення індексу здорового способу життя (ІЗСЖ) та сформованості культури здоров'я. Серед них було 76 (49,3%) юнаків і 78 (50,7%) дівчат. Середній вік студентів – 19,8±0,23 років.

Використовували розроблений опитувальник для кількісної оцінки індексу здорового способу життя та самооцінки здоров'я [1]. Анкета містить 10 блоків запитань, які торкаються різних аспектів здоров'я та способу життя конкретної особи. Всього в анкеті 47 запитань, із яких 40 використовуються для підрахунку балів за 8 шкалами, що сумуються у один загальний показник – індекс здорового способу життя (ІЗСЖ). 8 шкал, на основі яких визначають ІЗСЖ, відображають основні складові здорового способу життя: 1) харчування; 2) сон; 3) фізична активність; 4) дозвілля; 5) режим дня; 6) контроль стресу; 7) соціальна активність; 8) відсутність шкідливих звичок. Оцінка показника ІЗСЖ: 1) високий – 80-65 балів, свідчить про здоровий спосіб життя; 2) середній – 64-40 балів, свідчить про

наближений до здорового спосіб життя; 3) низький - менше 40 балів, свідчить про те, що спосіб життя не можна вважати здоровим. Результати дослідження наведені у таблиці.

Аналіз результатів анкетування, наведених у таблиці, показав, що у переважній більшості опитаних студентів ІЗСЖ виявляється на рівні середнього, що свідчить про наближений до здорового спосіб життя. Також слід відмітити, що самооцінка здоров'я у більшості респондентів була на рівні відмінного або доброго. Не виявлено суттєвих відмінностей між показниками серед юнаків та дівчат. Проте виявляються вірогідні відмінності між показниками серед студентів різних курсів. Так, найнижчі показники реєструються серед студентів-бакалаврів 1-2 курсів, вірогідно вищі – студентів-бакалаврів 3-4 курсів та найвищі – серед студентів-магістрів, незалежно від статі (див. табл.). Відповіді на запитання опитувальника засвідчили, що близько 60% юнаків та понад 75% дівчат різних курсів багато знають про ЗСЖ та його окремі складові і надають важливого значення його дотриманню. Основними чинниками ЗСЖ у обстежених студентів є: відносно низька поширеність шкідливих звичок, дотримання культури харчування та фізичної активності, високий рівень знань про ЗСЖ та його окремі складові, які збільшуються у міру оволодіння валеологічними дисциплінами на старших курсах бакалаврату і у магістратурі, а самі студенти надають важливого значення дотриманню ЗСЖ. Визначено негативні фактори, характерні для способу життя студентів, особливо, молодших курсів: недотримання режиму дня, сну і відпочинку, недостатній контроль стресу, що вказує на необхідність розробки і проведення оздоровчих заходів для корекції цих показників.

Таблиця

Показники індексу здорового способу життя студентів різних курсів, які навчаються за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія»

Показник	Юнаки n=76 (M± m)	P	Дівчата n=78 (M± m)	P
Бакалаври (1-2 курс), бали	41,2±1,41	$p_{\text{бак}} < 0,005$	42,8±1,16	$p_{\text{бак}} < 0,01$
Бакалаври (3-4 курс), бали	46,6±1,88	$P_{\text{маг-бак (3-4 курс)}} < 0,01$	47,9±1,53	$P_{\text{маг-бак (3-4 курс)}} < 0,05$
Магістри (1-2 курс), бали	52,8±1,55	$P_{\text{маг-бак (1-2 курс)}} < 0,001$	52,4±1,48	$P_{\text{маг-бак (1-2 курс)}} < 0,001$

Висновки. Педагогічна і діяльнісна складова у системі підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії у значній мірі сприяють підвищенню їх здоров'язберігаючої компетентності упродовж періоду навчання у вищій, завдяки чому формується відповідальне, усвідомлене ставлення до власного здоров'я та мотивація до дотримання ЗСЖ, які стають основою творчого оздоровчого мислення та передумовою до застосування здоров'язміцнювальних технологій у професійній діяльності.

Література

1. Мелега К.П. Сучасні технології здоров'язбереження: навч. посібник / К. П. Мелега. - Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. - 200 с.
2. Міхєнко О.І. Підготовка майбутніх фахівців зі здоров'я людини до застосування здоров'язміцнювальних технологій: теоретико-методичні аспекти: монографія / О. І. Міхєнко. - Суми : Університетська книга, 2015. - 316 с.
3. Настанова з мінімальних очікуваних компетенцій початкового рівня освітньої підготовки фізичного терапевта у Європейському регіоні Світової Конфедерації фізичної терапії / Українська асоціація фізичної терапії [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://physrehab.org.ua/uk/resource/education/education-policy/minimum-competencies>.

В.І. Миронюк, О.П. Романів, Б.Я. Надь

Динаміка захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом розлади серед населення Закарпатської області в умовах складної суспільно-політичної ситуації в країні

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки, м.Ужгород**

Відомо, що психогенні захворювання є великою і клінічно різноманітною групою хвороб, які виникають в результаті впливу гострих або довготривалих психічних травм, виявляються не тільки психічними, а й соматоневрологічними порушеннями, і, як правило, мають зворотній характер. До психогенних захворювань відносяться невротичні, пов'язані зі стресом, розлади; гострі і затяжні реактивні психози; соматоформні та психосоматичні порушення, а також посттравматичні стресові розлади. Але, далеко не кожний несприятливий психологічний вплив, і не у кожній людини, призводить до захворювання. Вважається, що найбільш часто серед цих розладів зустрічаються, так звані, посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації.

Серед можливих чинників виникнення таких розладів, окрім суто особистісних, необхідно розглядати і причини, що перебувають у царині соціально-економічного та громадянсько-політичного аспектів життя громадян країни, які стрімко змінюються у сучасному світі. Так, війна на сході України, яка стала психотравмуючим фактором для учасників бойових дій, для їхніх родин, для близьких їм людей також може здійснювати психотравмуючий вплив і на громадян, яких особисто вона ніби і не торкнулося. Часто виникає вторинна психологічна травма, яка стосується людей, що постійно спостерігають за новинами і знаходяться в стані під інформаційним впливом безперервних і здебільшого негативних змін в зоні військового конфлікту. Воєнний конфлікт, навіть територіально віддалений від території постійного проживання, може впливати на зростання кількості розладів психіки та поведінки в цілому, і на розвиток невротичних розладів пов'язаних зі стресом, зокрема.

Мета дослідження: вивчити динаміку захворюваності населення Закарпатської області на розлади психіки та поведінки в цілому, і на невротичні, пов'язані зі стресом розлади, зокрема за період 2012-2017 роки (до та в період збройного конфлікту на сході країни).

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження став рівень захворюваності та поширеності групи нозологічних одиниць F40-F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади» серед жителів Закарпатської області за визначений період дослідження. Предметом дослідження служили офіційні дані медичної статистичної документації (статистичні звіти Закарпатської області, форма № 10 за 2012-2017 роки). Для досягнення мети дослідження на різних етапах було використано наступні методи дослідження: системного аналізу, статистичний та графічний – для узагальнення та унаочнення результатів.

Результати дослідження. За результатами даними звітів форми № 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки», таблиця 2100 «Розподіл осіб з розладами психіки та поведінки за синдромо-нозологічними групами, статтю, місцем проживання та віком» проведено оцінку стану диспансеризації осіб з розладами психіки та поведінки у Закарпатській області за період 2012-2017 років. Розподіл за статтю осіб, які перебували під диспансерним наглядом на кінець року протягом періоду дослідження з встановленими діагнозами груп «Розлади психіки та поведінки» (F00-F09; F20-F99) та «Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади» (F40-F48) представлено в таблиці.

Таблиця

Розподіл за статтю осіб, які перебували під диспансерним наглядом за визначеними групами захворювань в Закарпатській області протягом 2012-2017 років

Рік	Перебуває під наглядом на кінець звітного року (F00-F09; F20-F99)				Перебуває під наглядом на кінець звітного року (F40-F48)			
	усього	жінки	чол.	% чол.	усього	жінки	чол.	% чол.
2012	31044	12479	18565	59,8%	6642	3892	2750	41,4%
2013	31087	12669	18418	59,2%	6732	4003	2729	40,5%
2014	31488	12846	18642	59,2%	6827	4061	2766	40,5%
2015	31303	12816	18487	59,1%	6713	3972	2741	40,8%
2016	30016	12253	17763	59,2%	6142	3607	2535	41,3%
2017	29592	12205	17387	58,8%	6062	3626	2436	40,2%

Як видно із наведених в табл. даних загальна кількість осіб із розладами психіки та поведінки, що перебувають під диспансерним наглядом (F00-F09; F20-F99), протягом періоду, що аналізується має загальну тенденцію до зниження, за виключенням 2014-2015 років, частка чоловіків стабільно переважає протягом усього досліджуваного періоду і складає близько 60%.

Ситуація в групі осіб, у яких діагностовано невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади (F40-F48) дещо відрізняється. Відмічається деяке зростання за період 2012-2015 років, далі – зниження. Частка чоловіків цієї групи теж стабільна, але значно менше ніж в загальній групі усіх осіб з розладами психіки і поведінки та складає близько 40%.

Динаміку змін чисельності осіб, яких взято під диспансерний нагляд протягом року з уперше в житті встановленим діагнозом – загальної кількості (F00-F09; F20-F99) та кількості осіб з невротичними, пов'язаними зі стресом, та соматоформними розладами (F40-F48) з розподілом по статі показано на рисунку.

Як представлено на рисунку, серед осіб, яких взято під диспансерний нагляд протягом року з вперше в житті встановленим діагнозом розладів психіки та поведінки, спостерігаємо зростання у 2014-2016 роках, причому за рахунок чоловіків. У досліджуваній групі – особи з невротичними, пов'язаними зі стресом, та соматоформними розладами (F40-F48) у цей період співвідношення жінки/чоловіки суттєво змінюється: із взятих під нагляд 52-72 % становлять чоловіки, тоді як в інші періоди 57-60 % взятих під нагляд становлять жінки.

Однією з імовірних причин збільшення кількості захворювань у період 2014-2016 років серед чоловіків на невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади може бути вплив (в тому числі і суто інформаційний) збройного конфлікту на сході України. Дане питання потребує подальшого дослідження. Зокрема: визначення кількості безпосередніх учасників бойових дій, членів їх сімей та близького оточення в досліджуваній диспансерній групі;

визначення впливу інформаційного поля, пов'язаного з інформацією з зони збройного конфлікту в засобах масової інформації та інших імовірних факторів впливу.

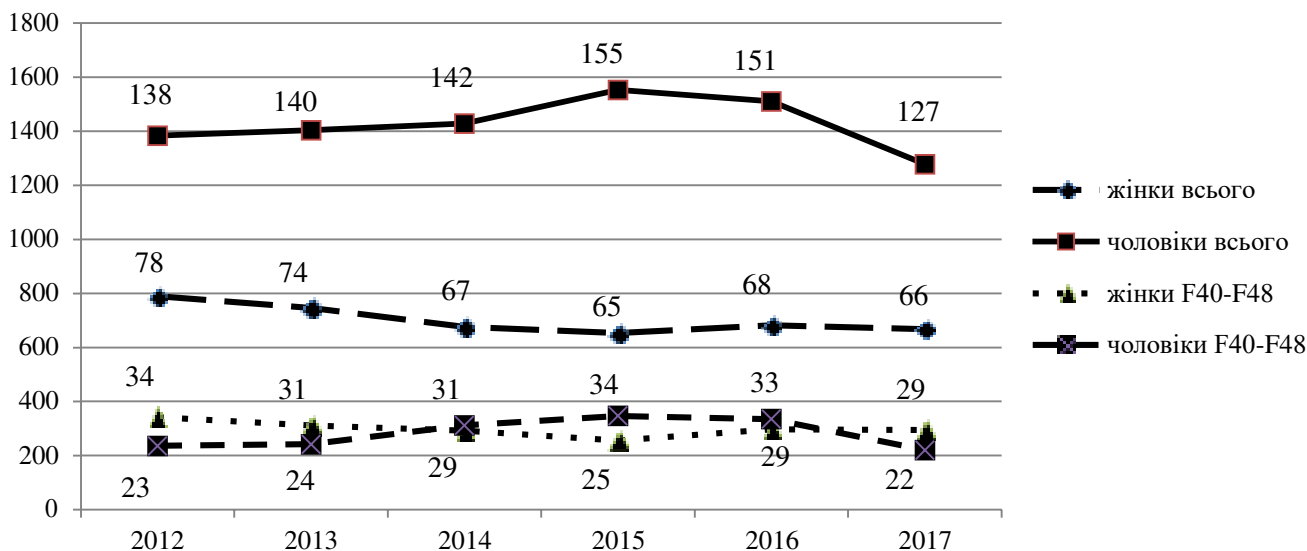


Рис. Динаміка чисельності взятих під диспансерний нагляд чоловіків та жінок досліджуваних груп протягом 2012-2017 років

Доц. М.В. Островський канд.н.ФВіС, каф.ВіНОВС ЛДУФК ім.І.Боберського
Ст.викл. Ш.А. Ковач каф ФВ ДВНЗ «УжНУ»
О.Ш. Ковач студентка 4 курсу факультету ФКіС ЛДУФК ім. І.Боберського

Фактори направленої формування особистості у процесі занять спортом

Дана тема є актуальною через брак інформації в літературі щодо факторів направленої формування особистості у процесі занять спортом.

Метою є визначити фактори направленої формування особистості у процесі занять спортом.

Фізична культура, як внутрішньо притаманна частина культури нашого суспільства в умовах сучасного розвитку суспільства, активно виконує таку загальнокультурну функцію, як фізичне виховання громадян різного віку. У процесі формування та становлення фізичної культури особистості в процесі фізичного виховання, воно безпосередньо взаємодіє і з іншими видами виховання.

Моральне виховання в галузі фізичної культури спрямоване на формування таких моральних якостей, як патріотизм, колективізм, почуття відповідальності за свою поведінку, вміння підпорядкувати особисті інтереси інтересам колективу та ін. Разом з тим, завданням морального виховання є виховання вольових якостей особистості. Цілеспрямованість, наполегливість і завзятість, витримка і самовладання, самостійність та ініціативність, сміливість і рішучість, дисциплінованість, здатність долати труднощі та інші риси характеру успішно виробляються в процесі занять фізичною культурою і спортом.

Розумове виховання і розвиток в галузі фізичної культури характеризується двома особливостями. По-перше, заняття фізичними вправами при правильній методиці та підборі відповідно з індивідуальними особливостями займаються сприяють активізації інтелектуальної діяльності. По-друге, діяльність, пов'язана з використанням фізичних вправ, вимагає певних знань, як загального (загальнотеоретичного), так і конкретного (методичного) характеру. Крім того, такий вид діяльності, як спортивна, часто вимагає конструкторських, технічних та деяких інших умінь і навичок, пов'язаних з розумовою діяльністю.

Фізична культура надає необмежені можливості для естетичного виховання особистості. Це, перш за все виховання вміння сприймати і розуміти прекрасне в рухах людського тіла, досконало його ліній і форм, у розвитку сили, спритності, гнучкості, у проявах високих зразків волі, характеру, завзятості, мужності і сміливості. Уміння розуміти прекрасне - тільки одна сторона естетичного виховання. Інша і більш важлива - бажання і вміння створювати це прекрасне. І не тільки в тих формах, про які йшлося вище, а й у розробці та створенні естетично досконалої інвентарю та обладнання, спортивного взуття і одягу, в барвистих сценаріях спортивних свят і змагань. Крім того, фізична культура надає багатющий матеріал для творчості в усіх видах мистецтва, яке є головною формою відображення

прекрасного в природі і суспільстві: у живописі, скульптурі, музиці, графіці, архітектурі, літературі. У цьому полягає нерозривний природний зв'язок фізичної культури з культурою нашого суспільства.

Вельми специфічними є умови і можливості трудового виховання в галузі фізичної культури. Справа в тому, що сам процес занять фізичними вправами вимагає наполегливості, організованості, наполегливості, вміння долати труднощі, власне небажання і т.п. Цілком очевидно, що все це дуже схоже з трудовими діями. Крім того, в процесі занять фізичними вправами часто доводиться прибирати приміщення, пересувати снаряди, виготовляти та ремонтувати інвентар і обладнання та багато іншого, що також є трудовими діями. Всі ці навички та вміння успішно переносяться на справжню трудову діяльність. Для занять фізичними вправами (особливо в іграх, єдиноборствах, змаганнях) характерні високий емоційний фон, прага самої спортивної діяльності, змагання і перемоги. Це вимагає часом граничного напруження сил і здібностей займаються, які стійко переносять сильні больові відчуття і психічні навантаження. Наполегливість, терпіння, завзятість часто переносяться на трудову діяльність.

Висновок. Таким чином, ми бачимо, що взаємозв'язок фізичного виховання з іншими сторонами виховання є основною формою розвитку і становлення фізично культурної, моральної особистості.

Література

1. Євсєєв, С.П. Теорія і організація адаптивної фізичної культури: Підручник. У 2хт. Т.1. Вступ до спеціальності. Історія та загальна характеристика адаптивної фізичної культури/Під загальною ред. Проф. С.П. Євсєєва. - М.: Радянський спорт, 2002. - 448 с.

2. Курамшін, Ю.Ф. Теорія і методика фізичної культури: Підручник/за загальною ред. проф. Курамшина Ю.Ф. - М.: Радянський спорт, 2003. - 464с.

3. Максименко, А.М. Основи теорії та методики фізичної культури. /А.М. Максименко. - М., 1999.

4. Кофман, Л.Б. Настільна книга вчителя фізичної культури/Під ред.Л.Б. Кофмана. - М., 1998.

М.І. Петрушко, Г.О. Мордвінцев, Т.В. Шелехова

Ефективність застосування ігрового методу при навчанні плаванню студентів ДВНЗ «УЖНУ»

Кафедра фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ігровий метод широко відомий в фізичному вихованні і у спортивному тренуванні. Реалізувати можливість цього ефективного методу вдається за допомогою використання в плаванні ігор і розваг. Це дозволяє успішно вирішувати спеціально поставлені завдання і запобігти відомого в плаванні явища, як монотонність.

Вивчення науково-методичної літератури засвідчує, що у формуванні у студентів фізичної культури велике значення мають ігри і ігрові вправи. Систематичне застосування ігор сприяє психологічній та фізичній підготовці студентської молоді до майбутньої діяльності.

Мета роботи. Проаналізувати ефективність ігрового методу на якість проведення заняття з плавання.

Матеріали та методи. Ігровий метод забезпечує необхідно зацікавленість студентів в навчанні плаванню. Цей метод дозволяє збільшенню кількості разів однакових вправ, використанню різних вихідних положень для виконання завдань.

Застосування ігор в навчанні плаванню допомагає забезпечити емоційність занять. Ігри в басейні допомагають вивчити плавальні рухи та позбавитись водобоязні. Різноманітні по рухливому змісту ігри сприяють удосконаленню навичок основних рухів, розвитку рухливих якостей.

Методика навчання плаванню за допомогою ігрового методу сприяє засвоєнню певних знань, умінь, і навичок:

1. Правильно відібрані ігри повинні бути зрозумілими, доступними і цікавими.
2. В ігровому методі треба враховувати рівень плавальної підготовленості і фізичний рівень розвитку студентів.
3. Гра – засіб емоційного впливу.
4. Активна участь всіх хто займаються.
5. Гра – засіб регулювання фізичного та психічного навантаження.
6. Гра сприяє вдосконаленню вправ і елементів техніки.
7. В кожній грі повинно бути достатнє фізичне навантаження.
8. Під час проведення гри – постійний контроль викладача та корекція ігор під час їх проведення.
9. Проводити ігри треба систематично і поступово ускладнювати завдання.

План пояснення завдання:

1. Назва гри.
2. Правила гри.
3. Назва команд та місце їх положення.

Успішному проведенню гри сприяє участь кращих плавців, це формує активність та винахідливість, кмітливість, творче мислення. Це сприяє формуванню умінь і навичок виконання поставленого завдання, формуванню фізичної культури у студентів.

Всі ігри мають свою спрямованість. Спираючись на літературні джерела і методики викладання, підбір і проведення гри можна поділити на наступні етапи:

- етап початкового навчання (формуються основні навички плавання);
- етап поглибленого навчання (формується вміння техніки в цілому і окремих деталях);
- етап сформованої плавальної навички.

В процесі гри студенти здобувають плавальні знання, вміння і навички розвиваються і вдосконалюються життєво-необхідні якості і здібності.

Під час проведення з плавання студентів поділили на дві групи. В першій групі проводились ігри та ігрові вправи. В іншій проводились тільки плавальні вправи. Та група, в якій були застосовані ігри краще засвоїли і виконали поставлені завдання. Емоційний стан та зацікавленість були значно вище ніж в іншій групі.

Під час підготовки і проведення ігор студенти стикаються з певними труднощами, вчать їх подолати, набувають необхідних знань, умінь й навичок, досвід яких потім переноситься у життя.

Висновки. Застосовуючи ігровий метод в плаванні можна зробити такі висновки: підвищення зацікавленості до навчання, позитивно-емоційне відношення займаючихся до водного середовища і сформована плавальна навичка.

Література

1. Л.М. Шульга. Оздоровче плавання: Навчальний посібник – К. – Олімп. л-ра, 2008. – 232 с.
2. В.Н. Платонова. Плавание – К. – Олимпийская литература. - 2000. – 494 с.

О.П. Пишка

Оздоровче та розвиваюче значення художньої гімнастики

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Художня гімнастика, на нашу думку, належить до унікальних надбань людства, оскільки в ній органічно поєднуються спорт і мистецтво, змагальність і краса, втілюються найкращі можливості жінки підкреслити свою жіночість. Вона виховує в дівчатах любов до краси, музичність, уміння граціозно рухатися. Безперечними рисами художньої гімнастики є її багатогранність і різнобічність, гармонійність і виразність. Юних гімнасток відзначають красива статура, горда постава, пластичні рухи. Проте чимало батьків, які розмірковують над доцільністю навчання дівчат азам художньої гімнастики, мають сумніви щодо її оздоровчого і розвиваючого потенціалу, турбуються про її можливий негативний вплив на здоров'я та особистісний розвиток своїх дітей. Однією з причин цього є недостатня вивченість питання оздоровчого та розвиваючого значення художньої гімнастики; майже всі наукові дослідження цього напрямку присвячені проблемам спортивної підготовки в художній гімнастиці. Лише частково цього питання у своїх працях і статтях торкалися І. Вінер-Усманова [1; 2; 7], О. Шевченко [3], Ж. Горбачова [4], Н. Каравацька [5], Л. Карпенко [6], Р. Терьохіна [7]. Переконані в тому, що його наукове дослідження стане в нагоді як справі популяризації художньої гімнастики в Україні, так і справі оздоровлення, фізичного, художнього та естетичного розвитку наших дівчат.

Мета дослідження: розглянути різні складові оздоровчого та розвиваючого потенціалу художньої гімнастики.

Виклад основного матеріалу. З багатьма іншими видами спорту художню гімнастику поєднує те, що вона допомагає підвищити захисні сили організму й посилити його імунну систему. Безсумнівим є той факт, що під час занять художньою гімнастикою у дівчат підвищується рівень роботи серцево-судинної, дихальної, вегетативної, нервової систем, а також загальної працездатності. Регулярна фізична активність дає можливість організмові гармонійно розвиватися. Завдяки елементам, що розтягують хребет, художня гімнастика допомагає усунути ознаки поширеного в дитячому віці сколіозу на його початкових стадіях. Регулярні заняття гімнастичними вправами тренують вестибулярний апарат, сприяють розвитку не лише гнучкості, а й швидкості, спритності, стрибучості, точності реакцій. Вони зміцнюють м'язовий корсет, адже на тренуваннях дівчата проробляють усі основні групи м'язів, здійснюють ефективний масаж внутрішніх органів. Крім того, заняття художньою гімнастикою суттєво підвищують рівень витривалості дитячого організму.

Крім оздоровчого значення, художня гімнастика має величезний потенціал розвитку. Загальновідомо, що дівчата, які займаються художньою гімнастикою, відзначаються особливою гнучкістю, стрункою статурою, правильною поставою, легкою і граціозною ходою, що дає всі підстави пишатися своїм зовнішнім виглядом. Ці заняття сприяють формуванню багатьох рухових навичок і вмінь, що можуть стати в нагоді і в повсякденному житті. Важливе місце в художній гімнастиці посідають такі види мистецтва як музика і танці: музика розвиває музичний слух, відчуття ритму, узгодженість із ним рухів тіла; танцювальні елементи розширюють загальний кругозір, сприяють розвитку координації рухів, розкутості, вдосконалюють рухові якості. Отже, художня гімнастика розвиває в дівчатах відчуття ритму, музичність, артистичність. Вона слугує чудовим засобом естетичного виховання в дитячому віці. З огляду на це заняття художньою гімнастикою закладають фундамент для занять будь-якими видами танців після завершення спортивних тренувань.

Важко переоцінити роль художньої гімнастики у формуванні сильного характеру, волі до подолання труднощів. Велика кількість дівчат, які займалися художньою гімнастикою в дитячому та підлітковому віці, досягли в подальшому

значних життєвих успіхів завдяки своїй витримці, самовладанню, стресостійкості. Працездатність, самостійність у своїх рішеннях і діях, відповідальність, дисциплінованість, комунікабельність, наполегливість у розв'язанні поставлених завдань, уміння гарно показати себе – ще не повний перелік тих позитивних рис, які дає художня гімнастика в контексті формування і розвитку особистості. Розвиваючи різнобічні риси характеру, формуючи поняття про красу людського тіла і навколишнього світу, навчаючи правилам естетичної поведінки, виховуючи моральні та волевові якості, вона максимально сприяє гармонійному розвитку всієї структури особистості.

Звичайно, при цьому потрібно зважати й на окремі протипоказання до занять художньою гімнастикою. До основних із них належать захворювання опорно-рухового апарату (особливо шийно-комірної зони) та серйозні деформації хребта (сколіоз), пороки серця та хвороби серцево-судинної системи, а також цукровий діабет, будь-які порушення зору, нервові розлади. Отже, дівчата повинні регулярно проходити медичні обстеження, в ході яких мають бути підтверджені відсутність хвороб і позитивний вплив занять художньою гімнастикою на здоров'я.

Висновки. Таким чином, заняття художньою гімнастикою мають велике оздоровче та розвиваюче значення для дівчат. Перше характеризується насамперед підвищенням імунітету, впливом на роботу багатьох життєво важливих систем організму, тренуванням вестибулярного апарату, зміцненням основних груп м'язів, масажем внутрішніх органів. Друге проявляється у формуванні багатьох рухових умінь і навичок, розширенні загального кругозору, естетичному вихованні, загартуванні волі і характеру, вихованні працездатності, дисциплінованості, самостійності, наполегливості, комунікабельності.

Література

1. Винер-Усманова И. А. Интегральная подготовка в художественной гимнастике: дисс... канд. пед. наук: спец. 13.00.04 – теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры. Санкт-Петербург, 2013. 208 с.
2. Винер-Усманова И. А., Крючек Е. С., Медведева Е. Н., Терехина Р. Н. Теория и методика художественной гимнастики. Артистичность и пути ее формирования. Москва: Спорт, 2015. 120 с.
3. Шевченко О. В., Шевченко А. О. Ритміка і хореографія з основами гімнастики художньої. Кіровоград: Центр оперативної поліграфії, 2012. 252 с.
4. Горбачева Ж. С. Формирование пластической выразительности в художественной гимнастике: автореф. дисс... канд. пед. наук: спец. 13.00.04 – теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры. Санкт-Петербург, 2000. 21 с.
5. Каравацкая Н. А. Формирование навыков двигательной выразительности в художественной гимнастике. Сб. науч. трудов молодых ученых. Вып. IX. Смоленск: Смоленский гос. ин-т физ. культуры, 2002. С. 10-13.
6. Карпенко Л. А. Ключевые аспекты успешной учебно-тренировочной работы по художественной гимнастике. Ученые записки университета им. П. Лесгафта. 2007. Вып. 2 (24). С. 22-26.
7. Терехина Р. Н., Винер И. А. Интегральная подготовка в художественной гимнастике. Теория и практика физической культуры. 2006. № 10. С. 28-29.

Русин Л.П., Мелега К.П., Дуткевич-Іванська Ю.В., Шанта І.Ф., Сабадош М.В.

Аналіз особливостей формування культури репродуктивного здоров'я студентів ВНЗ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання

Протягом останніх років кількість населення України неспинно зменшується. Цей процес відбувається через зниження рівня народжуваності, скорочення середньої тривалості життя, безвідповідального ставлення молоді до свого репродуктивного здоров'я, що є результатом безпліддя в майбутньому. Проблема репродуктивного здоров'я нації головним чином залежить від рівня здоров'язберігаючої свідомості, способу життя та особливостей формування культури репродуктивного здоров'я молоді. Адже саме молодь є демографічним, культурним та економічним потенціалом держави. На сучасному етапі розвитку суспільства формування культури репродуктивного здоров'я студентів вищих навчальних закладів (ВНЗ) відіграє важливу роль та вимагає розширення наукового світогляду щодо питань здорового існування. Низький рівень обізнаності сучасної молоді щодо проблем планування сім'ї, адекватних методів контрацепції веде до поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСП), безпліддя та репродуктивних втрат у майбутньому. А основним завданням науковців та педагогів є впровадження у освітній процес систему здоров'язбереження.

Мета роботи: проаналізувати особливості формування культури репродуктивного здоров'я студентів ДВНЗ «УжНУ».

Матеріали та методи аналізу та узагальнення вітчизняних та іноземних літературних джерел, анкетування та математико-статистичні методи.

Результати дослідження Під час дослідження, нами було проведено анкетування студентів III-IV курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Дослідженням охоплено 45 осіб, віком 20-22 років, з них 22 юнаки та 23 дівчини. Анкетування проводилося анонімно, шляхом письмового заповнення анкет респондентами. Під час анкетування 82,2% респондентів правильно пояснили поняття культури репродуктивного здоров'я, 13,3% - відповіли з помилками, а 4,4% не дали ніякої відповіді.

Стан репродуктивного здоров'я потребує постійного контролю. Тому для визначення його рівня у опитаних студентів було встановлено, що 65,2% дівчат та 22,7% юнаків обстежуються у спеціалістів один раз на рік, 17,4% дівчат і 9,1% юнаків проходять обстеження 1 раз у 2-3 роки. Причому дівчата майже у 3 рази уважніші до стану свого здоров'я, у порівнянні із юнаками. На запитання про оптимальний вік початку статевих відносин респонденти відповіли так: 19-21 рік (61%), 16-18 років (34%), 14-15 років (5%).

Чільне місце у формуванні культури репродуктивного здоров'я займає рівень обізнаності студентів про методи адекватної контрацепції. Згідно з результатами анкетування найчастіше студенти користуються презервативами – 50,8%, метод перерваного статевого акту застосовують – 16,5%, гормональні протизаплідні препарати – 3,6%, внутрішньоматкові засоби – 3,6%. Варто відмітити, що 25,5% респондентів не дали жодної відповіді на запитання про контрацепцію. В цю когорту респондентів входили також ті, які не живуть статевим життям. Внаслідок опитування виявлено, що такі методи контрацепції як ін'єкційний, пластирі, ковпачок, діафрагма невідомі 84,4% респондентів.

Останнім часом, має місце все більше поширення захворювань, що передаються статевим шляхом. Внаслідок чого, спостерігається значне погіршення стану репродуктивного здоров'я. Результати анкетування виявили, що 95,2% опитаних вказують ці інфекції як потенційну небезпеку для репродуктивного здоров'я. Але, разом з цим, лише 38,4% респондентів змогли чітко назвати інфекції, що передаються статевим шляхом.

Висновки. На основі проведеного нами дослідження визначено, що культура репродуктивного здоров'я студентів ВНЗ залишається низькою. З метою профілактики виникнення та корекції виявлених порушень репродуктивного здоров'я доцільним є підвищення поінформованості студентів, розроблення, вдосконалення і реалізація на практиці психосоціальної адаптації, що допоможе підвищити рівень культури репродуктивного здоров'я.

Література

1. Бацилева О.В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді в сучасних умовах / О.В. Бацилева // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка / [за ред. С.Д. Максименка]. – К., 2008. – Т. X. – Ч. 9. – С. 63-72.
2. Васильченко О.М. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості: навчально-методичне видання – К., 2012. - 96 с.
3. Назарова І.Б. Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї: підручник / І.Б. Назарова, Н.М. Посипкіна. – 2-е вид. – К.: Медицина, 2008. – 224 с.
4. Пилипенко С. Репродуктивне здоров'я як проблема статевого виховання та безпеки життєдіяльності / С. Пилипенко // Імідж сучасного педагога. – 2010. – 4. – С. 75-76.
5. Романова Н. Ф. Формування здорового способу життя як сучасна стратегія протидії соціально небезпечним хворобам серед дітей та молоді: монографія / Н. Ф. Романова // Протидія соціально небезпечним хворобам: вивчення українського досвіду / за ред. Т. В. Семігіної. – К.: Пульсари, 2010. – С. 39-48.

Н.В. Семаль, А.П. Снівак

Рівень тривожності особистості та його місце у структурі підготовки спортсменів до змагань

Кафедра фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Підготовка спортсмена до змагань є важливим процесом від якого залежить провідна мета спортивної діяльності – результат. Крім фізичної, технічної, тактичної підготовки важливу роль відіграє психологічне забезпечення тренувальної діяльності. *Загальна психологічна підготовка* – спрямована на формування якостей особистості і психічного стану, що обумовлюють успішність і стабільність виступів у змаганнях. У психологічній практиці застосовують ряд заходів, спрямованих на формування сприятливого психо-емоційного стану спортсменів (аутотренінг, гетеро тренінг, непряме навчання). Нерідко причиною невдалого виступу на змаганнях є недостатня психологічна підготовленість. І навпаки, за протилежних умов спортсменам вдається досягти кондиції спортивної форми – найвищої ефективності спортивної діяльності в річному тренувальному циклі. За умов тривалого стану підвищеної реактивності починає зростати рівень тривожності особистості, що є актуальною проблемою як і серед широких верств населення, так і серед спортсменів, особливо у період підготовки до змагань. Саме тому, важливим є своєчасне визначення психо-емоційного стану спортсмена, що дасть змогу зрозуміти у якій формі він перебуває і, при необхідності, вжити заходів на етапі передстартової підготовки, спрямованих на позитивну корекцію наявного стану.

Мета дослідження: визначення перед змагального психо-емоційного стану спортсменів за допомогою оцінки рівня тривожності.

Методи дослідження: теоретичний аналіз літературних джерел, анкетування, метод математичної статистики.

Результати дослідження. Для визначення перед змагального стану спортсменів нами було проведено анкетування в якому взяли участь спортсмени-гандболісти, що готувалися до змагань. Респондентам була запропонована шкала самооцінки рівня тривоги, розроблена докторами медичних наук Чабаном О.С. та Хаустовою О.О. Шкала містить 30 стверджень, з яких респондент має відмічати ті, що відповідають його настрою протягом двох останніх тижнів.

Анкетування проводилось двічі: попереднє (рівень тривожності перед змаганнями) та поточне (перед наступними змаганнями; динаміка рівня тривожності після використання засобів моделі корекції психо-емоційного стану).

Аналіз даних полягає в підрахунку відмічених стверджень: при 7 і більше відмітках можна діагностувати стан підвищеної тривожності.

Проведене нами дослідження виявило, що під час попереднього анкетування 48,7% спортсменів у період підготовки до змагань знаходилися у стані підвищеної тривожності, а відтак – і реактивності. Середня кількість відміток – 13 з 30 можливих. Такий показник є невітшним, адже надмірна тривожність має тенденцію до кількох варіантів розвитку цього стану:

- Емоційне вигорання, як наслідок – вичерпування мотиваційних ресурсів психіки до моменту змагань;
- Емоційне перенапруження – надмірне намагання виступити бездоганно в поточний момент змагань, що призводить до скованості рухів і нерішучості в критичній ситуації;
- Корекція емоційного стану методами психотерапії – ментальні методи психотренінгу в сучасному спорті передбачають як і спеціально-організований комунікативний процес, так і використання аудіовізуальної апаратури, комп'ютерних методів, використання електронних технічних засобів для організації психологічного зворотного зв'язку, що врегульовує психо-емоційний стан.

Отже, на нашу думку, необхідним є заклик суб'єктів спортивної діяльності до профілактики несприятливих психологічних станів у спортсменів в умовах підготовки змагань за допомогою попередньої діагностики психо-емоційного стану.

За даними поточного анкетування рівень тривожності спортсменів знизився: 17,4% спортсменів знаходилися у несприятливому психо-емоційному стані підвищеної реактивності, що свідчить про ефективність застосування засобів психотерапії у структурі підготовки спортсменів до змагань.

Таким чином, на основі проведеного нами дослідження, можна стверджувати вагомість психологічного забезпечення тренувально-змагальної діяльності.

Висновки. Спортивними психологами доведено, що успішний виступ у змаганнях залежить не тільки від високого рівня фізичної, технічної і тактичної підготовки спортсмена, а й від його психологічної готовності. Щоб реалізувати повною мірою свої фізичні, технічні та тактичні здібності, навички та вміння, а крім того, розкрити резервні можливості організму, спортсменові необхідно психологічно готуватися до певних умов спортивної діяльності. Психологічний аспект змагань передбачає високі вимоги до психіки спортсмена. Адже все те, що було відпрацьовано і накопичено в процесі навчання і тренувань протягом місяців або років, може бути розгублено в лічені хвилини, а часом і секунди перед стартом або в ході спортивної боротьби, причиною чого в основному є надмірна тривожність.

Аналіз рівня тривожності спортсменів під час підготовки до змагань свідчить про наявність проблеми психологічного забезпечення спортивної діяльності. Попередня діагностика психо-емоційного стану спортсменів створює можливість використання методів корекції цього стану, що в свою чергу є профілактикою невдалих виступів на змаганнях і психічного здоров'я особистості. Тому слід пам'ятати, що психологічна підготовка спортсмена до змагань є важливий і обов'язковий елемент навчання і тренування.

Література

1. Акімова Л. И. Психология спорта: Курс лекций / Л. И. Акімова. - М. : Неогоциант, 2004. - 127 с.
2. Бочелюк В. И. Психология спорта / В. И. Бочелюк, О. А. Черепехіна. - К. : Центр учбової літератури, 2007. - 224 с.
3. Воронова В. И. Психология спорта: навч. посіб. / В. И. Воронова. - К. : Олімпійська література, 2007. - 298 с.
4. Гогунів Е. Н. Психология физического воспитания и спорта / Е. Н. Гогунів, Б. И. Мартянов. - 2-е изд., дораб. - М. : Академия, 2004. - 224 с.
5. Ильин Е. П. Психология спорта / Е. П. Ильин. - СПб. : Питер, 2010. - 352 с.

Проф. *О.Ю. Сидорко* канд.пед.н. кафедри ВіНОВС ЛДУФК ім. І.Боберського
Ст.викл. *Ш.А. Ковач* кафедри фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»
О.Ш.Ковач Студентка 4 курсу факультету ФКіС ЛДУФК ім. І.Боберського

Роль спадковості, середовища й діяльності у розвитку особистості

Дана робота є актуальною за браком матеріалів по темі ролі спадковості, середовища й діяльності у розвитку особистості. Мета: визначити роль спадковості, середовища та діяльності у розвитку особистості.

Реальна дійсність, в умовах якої відбувається розвиток людини, називається середовищем. На формування особистості впливають різноманітні зовнішні умови, в тому числі географічні й соціальні, шкільні й сімейні. Коли педагоги говорять про вплив середовища, то мають на увазі, перш за все, середовище соціальне й домашнє. Перше відносять до дальнього оточення, а друге – до найближчого. Поняття соціальне середовище має такі загальні характеристики, як суспільний лад, система виробничих відносин, матеріальні умови життя. Найближче середовище – сім'я, родичі, друзі.

Взаємодія людини з суспільством має назву "соціалізація". Поняття про соціалізацію як процес повної інтеграції особистості в соціальну систему, в ході якого здійснюється її пристосування, сформувався в американській соціології (Т. Парсонс, Р. Мертон). В традиціях цієї школи соціалізація розкривається за допомогою поняття "адаптація".

Поняття адаптація, будучи провідним поняттям біології, означає пристосування живого організму до умов середовища. Воно було екстрапольовано в суспільствознавство і стало означати процес пристосування людини до умов соціального середовища. Так виникли поняття соціальної і психічної адаптації, результатом якої є адаптованість особистості до різноманітних соціальних ситуацій, мікро- і макрогруп.

За допомогою поняття адаптація, соціалізація трактується як процес входження людини в соціальне середовище і її пристосування до культурних, психічних і соціальних факторів. Дещо інакше осмислюється сутність соціалізації в гуманістичній психології, представниками якої є Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс та ін. В ній соціалізація – це процес самоактуалізації "Я-концепції", само реалізації особистістю своїх потенційних творчих здібностей, переборювання негативних впливів середовища, що заважають її саморозвитку й самоутвердженню. Тут суб'єкт розглядається як саморозвиваюча система, як продукт самовиховання. Ці два підходи не суперечать один одному, а визначають двобічний процес соціалізації.

Суспільство з метою відтворення соціальної системи, збереження своїх структур прагне сформувати соціальні стереотипи і стандарти (групові, класові, етнічні, професійні та ін.), зразки поведінки. Щоб не бути в опозиції по відношенню до суспільства, особистість засвоює цей соціальний досвід шляхом входження в соціальне середовище, систему існуючих соціальних зв'язків. Однак, у зв'язку зі своєю природною активністю особистість зберігає й розвиває тенденцію до автономії, незалежності, свободи, формування власної позиції, не повторної індивідуальності. Результатом виявлення такої тенденції є розвиток і перетворення не лише самої особистості, але й суспільства.

Таким чином, сутнісний зміст соціалізації розкривається в сукупності таких процесів, як адаптація, інтеграція, саморозвиток і саморегуляція. Їх діалектична єдність забезпечує оптимальний розвиток особистості протягом усього життя людини у взаємодії з навколишнім середовищем.

Соціалізація – процес засвоєння індивідом соціального досвіду, системи соціальних зв'язків та відносин.

Через неї відбувається успадкування і перетворення індивідами соціального досвіду у власні установки, орієнтації, навички, уміння, здібності тощо. Її мета – допомогти дитині вижити в суспільному потоці криз і революцій: екологічній, енергетичній, інформаційній, комп'ютерній тощо, оволодіти досвідом старших, зрозуміти своє покликання, самостійно знайти шляхи найефективнішого самовизначення в суспільстві. Індивід засвоює соціальний досвід, цінності, норми, установки, властиві суспільству й соціальним групам, до яких він належить та активно залучається до системи соціальних зв'язків і набуває соціального досвіду. Результатом соціалізації є активне відтворення особистістю набутого соціального досвіду у своїх діяльності та спілкуванні.

Висновки. У взаємодії з навколишнім світом дитина є активною, діяльною істотою. У діяльності – навчальній, трудовій, побутовій – реалізуються і розвиваються її природні можливості, набуваються нові фізичні і духовні якості, знання і уміння, формується свідомість. Важливою умовою ефективного розвитку особистості у діяльності є її активність. Виявляється у рухах, пізнанні навколишньої дійсності, спілкуванні, впливі на оточення й на саму себе. На кожному віковому етапі розвитку превалює певний вид діяльності: ігрова (дошкільний вік), навчальна (шкільний вік), трудова (дорослі).

Література

1. Бодалев А.А. Психологія о личности. - М., 2002
2. Боссарт А.Б. Парадокси віку або виховання. - К., 2001.
3. Хьелл Д.; Зиглер Д. Теорія особистості – М.; 1997 р.

Г.О. Слабкий, О.В. Жданова

Європейські підходи до подолання у населення інтернет-залежності

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Європейський Союз займає провідне місце у світі за показниками доступу до Інтернету та використання його жителями ЄС. Відповідно до наведених даних Internet World Stats, загальна чисельність користувачів мережі Інтернет жителями Європи складає більше 476 млн чол., тобто 58,3 % від загальної кількості населення країн континенту [1]. Таке поширення Інтернету має ряд загроз і ризиків. Однією з таких кіберзагроз. Відповідно до надих країн ЄС за останнє десятиліття стала значною проблема інтернет-залежності. В Європі одним із перших проблемою інтернет-адикції зайнявся віденський психотерапевт Х. Ціммерль (H. Zimmerl). Він у 1998 році презентував особисте дослідження про залежність від чатів. Вчені Х. Ціммерль та Б. Панш провели он-лайн опитування в одному з найвідвідуваніших німецькомовних чатів. За результатами проведеного опитування було встановлено, що 12,7 % відвідувачів чатів мають маніакальну поведінку по відношенню до Інтернету [2]. З цієї групи респондентів 30,8 % зізналися в тому, що під час інтенсивних бесід у чатах відчували переживання, схожі на стан алкогольного сп'яніння, 40,9 % – самі кваліфікували особисту поведінку як «маніакальна». За наведеними даними дослідників, приблизно дві третини інтернетоманів користуються мережею для спілкування і розглядають її як повноцінне комунікаційне середовище, а майже третина проводить час в інтернет-іграх.

Вказані дослідники на основі отриманих результатів дослідження склали список критеріїв, згідно з якими можна ідентифікувати патологічну схильність до користування Інтернетом [3]. На думку вчених, у випадку, якщо, принаймні, чотири з наведених критеріїв спостерігаються в часовому інтервалі, що перевищує 6 місяців, то хвороблива залежність від Інтернету змінюється хронічною.

Щодо практичного втілення заходів з попередження інтернет-адикції у Європі, то варто вказати, що країни Європейського Союзу приділяють велику увагу захисту прав та гідності користувачів Інтернету, а особливо дітей. Програма «Безпечний Інтернет», яка була започаткована ЄС у 2005 році, спрямована на захист молоді та дітей від негативного впливу інтернет-мережі та передбачає участь у її впровадженні національних правоохоронних органів, неурядових організацій та науковців. У листопаді 2008 року Європейський Парламент Рішенням № 1351/2008/ЄС затвердив першу Програму «Безпечний Інтернет», розраховану на впровадження за 2009 - 2013 роки [4]. Серед іншого ця Програма спрямована на те, щоб створити базу знань дослідників, які займаються безпекою дітей в Інтернеті на європейському рівні, а також досліджувати наслідки використання дітьми нових технологій та пов'язані з ним ризики. У складовій Програмі «Безпечний Інтернет, 2009 – 2013» вказується на необхідність проведення наукового дослідження проблеми інтернет-залежності серед неповнолітніх в Європі. Відповідно до п.6.118 метою вказаного документу є виявлення того, наскільки інтернет-залежність можна вважати мережевим ризиком для європейських підлітків, дослідження динаміки розвитку та розповсюдження вказаного недугу, а також розробка методів її попередження. У програмі наголошується, що Інтернет все більше заміщає сім'ю та друзів в якості сфери реалізації особистості в соціальному середовищі, що в перспективі може мати негативний вплив на її поведінку та відчуття людей в реальному житті. Наслідком вказаного документу стало започаткування Європейською Комісією дослідження «Мережева залежність в ЄС: дослідження динаміки та поширення ризиків інтернет-залежності серед неповнолітніх у Європі» [5]. Часові рамки проведення дослідження були 01.02.2011 р. – 31.01.2013 р. , а мета дослідження – оцінка масштабу розповсюдження інтернет-залежності серед підлітків та встановлення факторів, що сприяють виникненню адитивної поведінки, наслідків для психічного здоров'я, підвищення поінформованості з даної проблематики, а також формування науково-інформаційної бази для подальшого розвитку та імплементації суспільної стратегії у сфері охорони здоров'я щодо профілактики інтернет-залежності серед неповнолітніх у Європі. Кінцевим результатом проекту стало вироблення політичних рекомендацій для Європейської Комісії щодо інтернет-залежності серед неповнолітніх, а також рекомендацій для урядових органів країн ЄС, батьків та вчителів з профілактики даного негативного явища. У рамках Програми «Безпечний Інтернет» Європейським Союзом був також втілений проект EU Kids Online – «Європейське Дослідження з питань культури, контексту і ризиків при безпечному використанні дітьми Інтернету та нових медіа» (2006–2009 рр.) [6]. Це – пан'європейське соціологічне дослідження було присвячене питанням використання дітьми мережі Інтернет і мобільних технологій, а також схильності дітей і підлітків до он-лайн загроз та успішності методів захисту неповнолітніх від небезпеки мережі Інтернет.

Даний проект досліджував ступінь насиченості суспільства інформаційно-просвітницькими матеріалами на тему безпеки в Інтернеті, встановленню рівня обізнаності батьків та вчителів щодо загроз і методів попередження вказаного недугу, рівня впровадження профілактичних і захисних програм чи механізмів, ефективність державних і громадських зусиль і програм у даній сфері.

Результати проведеного дослідження EU Kids Online були взяті за основу доповіді «Ризики та безпека в мережі Інтернет: перспективи для європейських дітей» [7].

Ще одним із загальноєвропейських заходів у сфері дослідження проблеми інтернет-залежності серед підлітків стала Програма забезпечення безпечного й етичного он-лайн середовища для кожної дитини «Правий клік», яка

була запроваджена Європейським альянсом неурядових організацій з безпеки дітей в он-лайнному середовищі (eNACSO) [8] та співфінансується Європейським Союзом. У Програмі «Правий клік» наведені рекомендації eNACSO для європейських, галузевих і міжнародних організацій та інших зацікавлених осіб з питань створення безпечнішого он-лайнного середовища для дітей та молоді. Сучасні інтерактивні технології, як наголошується у вказаному документі, мають бути здатні створювати приголомшливий ефект присутності за рахунок високого рівня «іммерсивності» (занурення в середовище) та допомагати розвивати корисні навички [9].

Європейська Комісія в теперішній час регулярно ініціює та проводить різні заходи з проблем безпеки Інтернету: наукові дослідження, форуми, громадські консультації, крос-рейтинг ЗМІ та ін. Зокрема, Європейською Комісією був запроваджений День безпечного Інтернету, який залучає багато європейських країн, з кожним роком об'єднуючи все більше інтернет-ресурсів, проектів і заходів у сфері безпечного контенту.

Треба відмітити, що тематика інтернет-залежності щорічно обговорюється на Міжнародній конференції «Безпека дітей та молоді в он-лайн», яка організовується Польським та Німецьким Центрами з безпечного Інтернету. Також Чеська Республіка, починаючи з 2007 року щорічно проводить Конференцію з безпечного Інтернету.

При вирішенні проблеми профілактики розвитку інтернет-залежності у дітей одним із ключових факторів стає питання батьківського виховання та їх контролю за перебуванням дитини в мережі. Відповідно до наведених даних статистичного агентства Eurobarometer [10], у країнах ЄС он-лайнної безпеки батьки обговорювали лише з кожною другою дитиною. Необхідно відмітити, що 59% батьків задля того, щоб убезпечити дітей від негативних інформаційних впливів, використовують спеціальні фільтри або моніторингове програмне забезпечення, водночас 14% батьків навіть не знають, як ці програми встановлюються.

Щодо питання діагностики даної адикції, то К. Вельфлінг вважає за доречне, незважаючи на існування такого діагнозу як «патологічна схильність до азартних ігор» та запровадити новий діагноз – «Розлади, пов'язані з адикціями» (Addiction and Related Disorders) [11].

На думку німецького психолога Сильвії Кратцер основною передумовою виникнення інтернет-адикції, є звичка до спілкування в Інтернеті, а відхилення у психіці людини. До такого висновку науковець дійшла внаслідок проведеного дослідження серед 61 особи з діагнозом «інтернет-залежність», результати якого ввійшли до роботи «Патологічне використання Інтернету» [12].

Література

1. Internet Usage in Europe. Internet User Statistics & Population for 53 European countries and regions. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.internetworldstats.com/stats4.htm>.

2. Internetsucht. 26.07.2001, Der Spiegel [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.spiegel.de/netzwelt/web/0,1518,147070,00.html>

3. Б. Хашба, К. Филичева. Інтернет-зависимость. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.sensus-ego.ru/clientinfo/itad.html#d3>.

4. Safer Internet Programme 2009-2013. Europe's information society thematic portal. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ec.europa.eu/information_society/activities/sip/policy/programme/current_prog/index_en.htm

5. EU net-addict: Research on the intensity and prevalence of the Internet addiction risk among minors in Europe. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

http://ec.europa.eu/information_society/apps/projects/factsheet/index.cfm?project_ref=SI-2010-KEP-4101007

6. EU Kids Online: Final Report. The London School of Economics and Political Science [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20I%20\(2006-9\)/EU%20Kids%20Online%20I%20Reports/EUKidsOnlineFinalReport.pdf](http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20I%20(2006-9)/EU%20Kids%20Online%20I%20Reports/EUKidsOnlineFinalReport.pdf).

7. Risks and safety on the internet: the perspective of European children. Full findings. EU Kids Online, London School of Economics & Political Science, London, UK. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EUKidsII%20\(2009-11\)/EUKidsOnlinePowerpoint.pdf](http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EUKidsII%20(2009-11)/EUKidsOnlinePowerpoint.pdf).

8. eNACSO – це мережа організацій, до завдань якої входить підвищення безпеки Інтернету та пов'язаних з ним технологій для дітей та молоді. eNACSO сприяє прийняттю відповідних заходів на національному, європейському та міжнародному рівні і надає необхідну підтримку.

9. «Правый клик». Программа создания безопасной и этичной онлайн-среды для каждого ребенка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.enacso.eu/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&task=download&id=47%3Aagendaforacti onrussian&Itemid=11.

10. Кочарян А. Б., Гущина Н. І. «Виховання культури користувача Інтернету. Безпека у всесвітній мережі». Інститут інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти і науки, молоді та спорту. Компанія «Майкрософт Україна». Навчально-методичний посібник. Київ – 2011. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.onlandia.org.ua

11. Klaus Wülfing, «Internet Addiction». 4th International Conference «Keeping Children and Young People Safe Online» Warsaw, Poland [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.saferinternet.pl/archiwum/the_summary_of_the_4th_international_conference.html.

12. Любители чатов страдают нарушениями психики. 17.09.2006 Deutsche Welle [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,2166857,00.html>.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й.

Характеристика проявів стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ

ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я
Закарпатський Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород

Епідемія ВІЛ/СНІДу [1], яка розвивається в світі, має значні соціально-економічні [2] та медико-демографічні [3] наслідки.

В Україні, за останні роки, епідемія ВІЛ/СНІДу має найвищі в Європі темпи поширення [4]. Перше місце в шляхах передачі ВІЛ-інфекції має парентеральний шлях, при цьому інфекцією вражаються люди працездатного віку [5], в тому числі які ще не виконали свою репродуктивну функцію [6]. Для України, на відмінну від провідних країн світу, характерним є високий рівень стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей [7, 8], що вдалося подолати в більшості країн Європи [9, 10].

Стигма призводить до знецінення людини, її зневіри у собі. Внаслідок проявів стигми з боку оточення людина відчуває провину, сором, страх, тривогу та депресію [11].

Мета. Проаналізувати характеристику та оцінити рівень стигми та дискримінації, що відчувають люди, які живуть з ВІЛ в Україні.

Матеріали та методи. У відповідності до поставлених задач було проаналізовано вітчизняні джерела та аналітичні звіти по результатам спеціальних досліджень рівня стигми та дискримінації ЛЖВ, що проводились в Україні та результати особистих досліджень. В ході роботи використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати та їх обговорення. Під час вивчення рівня стигми та дискримінації ЛЖВ використано дані спеціальних досліджень, які проводилися в Україні [11–15] та результати особистих досліджень.

За даними попередніх досліджень проаналізовано характеристику проявів стигми та дискримінації ЛЖВ, яка полягає в наступному. Половина опитаних людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, (51%) стикалися із проявами стигматизації та дискримінації з боку оточуючих по причині їх ВІЛ-статусу. В основному це плітки (30%), образи в усній формі (18%), психологічний тиск з боку подружжя/партнера (12%). Меншою є частка людей, які через ВІЛ-статус фізично переслідувалися (6%), та яких не допускали до домашніх справ (4%), до участі в різних зібраннях (3%) і навіть релігійних заходах (2%). Із опитаних 25% зазначили, що ВІЛ-статус є причиною обмежень доступу до послуг у соціальній або медичній сферах. При цьому, як правило, це була відмова у наданні медичної допомоги (20%).

Занепокоєння людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, викликає порушення їх прав щодо доступності, якості та своєчасності необхідних медичних послуг. В першу чергу це стосується добровільності у проходженні КіТ. Так, 20% респондентів зазначили, що тестування на ВІЛ проводилося без його відома або тестування проводилося у примусовому порядку (10%). Із числа опитаних 34% не були проконсультовані ні до, ні після тестування на ВІЛ. Для осіб, які проходили КіТ упродовж останніх 5 років, цей показник становить 24%. Це вказує на недотримання процедури проведення добровільного КіТ.

Із числа опитаних 37% стикалися з недотриманням конфіденційності та несанкціонованим розголошенням інформації про ВІЛ-статус. Найчастіше такі порушення здійснюють медичні працівники жіночих консультацій, пологових будинків, поліклінік за місцем проживання тощо. При цьому, працівники закладів охорони здоров'я частіше демонстрували до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, дискримінацію (28%), ніж підтримку (19%).

Важливим питанням є стигматизація та дискримінація при вагітності та народженні дітей. Так, практично кожен п'ятий опитаний (18%) із яких 28% жінок, отримував від медичних працівників пораду відмовитися від народження дітей. При цьому 5% жінок, які прийняли участь в опитуванні, відчували тиск щодо переривання вагітності.

Негативне ставлення оточуючих до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, створює несприятливий психологічний мікроклімат, коли люди більше бояться стигми і дискримінації, ніж самої хвороби. Тому в умовах домінування страху й дискримінації вони ігнорують свій ВІЛ-позитивний статус, навіть усвідомлюючи, що поводитися ризиковано чи потрапляли у ситуації підвищеного ризику ВІЛ-інфікування. Це може призвести до інших ризиків, в тому числі до ризику прискороеного розвитку захворювання, а також підвищення ризику передачі ВІЛ-інфекції іншим людям.

Для переважної більшості опитаних ЛЖВ є актуальною проблема внутрішньої стигми, яка викликана їх ВІЛ-статусом. Так, 82% опитаних відчували щодо себе різноманітні негативні почуття, в тому числі: 58% звинувачували себе, 47% відчували себе винними, 38% мали низьку самооцінку, 37% відчували сором, 8% були готовими вчинити самогубство.

В результаті внутрішньої стигми 35% опитаних вирішили більше не мати дітей, 20% респондентів - не вступати в шлюб, 26%, вирішили незважаючи на необхідність, не звертатися до поліклініки, а 19% респондентів – уникати госпіталізації.

Необхідно відмітити, що 22% респондентів стикалися із порушенням своїх прав упродовж останніх 12 місяців. При цьому 31% пробували відстоювати свої порушені права. Але серед тих, хто це робив, 43% не досягли позитивного результату.

Висновки. За результатами проведеного дослідження було встановлено достатньо високий рівень прихованої стигми та дискримінації ЛЖВ. Аналіз проявів стигми та дискримінації ЛЖВ, за даними попередніх досліджень, демонструє, що ВІЛ-статус є причиною обмежень доступу до послуг у соціальній або медичній сферах. При цьому, як правило, це відмова у наданні медичної допомоги (20%).

Негативне ставлення оточуючих до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ, створює несприятливий психологічний мікроклімат, коли люди більше бояться стигми і дискримінації, ніж самої хвороби. Не менш актуальною для ЛЖВ є проблема внутрішньої стигми, яка викликана їх ВІЛ-статусом.

Все це може призвести до інших ризиків, в тому числі до ризику прискореного розвитку захворювання у ЛЖВ, а також підвищення ризику передачі ВІЛ-інфекції іншим людям.

Література

1. Глобальний доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА. – Женева, 2010. – 359 с.
2. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДА (2012 г). [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_ru_1.pdf
3. Глобальний вплив епідемії ВІЛ-інфекції: соціально-демографічні і медичні аспекти. / Л. Георгієва, В. Марциновська, І. Кузін, В. Каранда, Т. Коновалова // Профілактична медицина. – 2016. – № 1-2 (26). – С. 25-32.
4. Інформаційний бюлетень № 47, 2017. «ВІЛ-інфекція в Україні». ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». - 148 с.
5. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні та її особливості на сучасному етапі (станом на 01.07.2012 року) / Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом. – К., 2012. – С. 21.
6. Соціально-демографічні та медичні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні» (анотований звіт ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України», ЮНІСЕФ, Інститут соціології НАН України», 2013.
7. Звіт про науково-дослідну роботу «Профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці в системі охорони здоров'я України (пілотне дослідження)» / ДУ «Інститут медицини праці АМН України». – К., 2009.
8. Чепурнова Н. В. Проблеми дискордантних пар у середовищі високих темпів поширення ВІЛ-інфекції / Н. Я. Жилка, Н. В. Чепурнова // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2 (22). – С. 145–153
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. – К., 2014. – 438 с.
10. Коулі Пітер, Акказієва Бактигул. Червень 2012 року. Оптимізація послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІД в контексті реформи системи охорони здоров'я в Україні. Бетесда, MD: Проект системи охорони здоров'я 20/20, Abt Associates Inc. – 38 с.
11. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми». Київ, 2014. - 96 с.
12. Заключний звіт «Дослідження стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-статусом, серед медичних працівників і по відношенню до пацієнтів в Україні». / Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України, 2012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/2012/112B09_285_ukra.pdf.
13. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Аналітичний звіт за результатами дослідження. – К., 2010. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/249bc6c3e8c649984c628511667afa5e.pdf>
14. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Аналітичний звіт за результатами дослідження. – К., 2014. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Ukraine%20Stigma%20Index_Report_UKR%202014-Ukr.pdf.
15. Амджадін Л. М., Привалов Ю. О., Чепурко Г. І. Дослідження стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-статусом, серед медичних працівників і по відношенню до пацієнтів в Україні: Заключний звіт / Виконано Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України – Київ, 2012. – 154 с.

Н.А. Стратійчук, Н.М. Козік

Особливості методики викладання фармакології з використанням інноваційних технологій студентам спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

**Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича,
кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги**

Модернізація вищої освіти не просто данина моді і прагнення запозичити досвід країн з вищим рівнем економічного розвитку. Це об'єктивно зумовлена необхідність, адже з кожним днем зростають об'єми нової наукової інформації, для засвоєння якої необхідні зміни в організації навчального процесу, підняття його на новий

рівень, впровадження нових навчальних методик та інноваційних технологій [1]. Сучасні фахівці з фізичної терапії і, особливо, фахівці завтрашнього дня повинні бути достатньо мобільними, здатними до адаптації в нових умовах праці. Нова стратегія вимагає індивідуалізації навчання, свідомої самостійної роботи студентів і психологічної перебудови та адаптації викладачів. Це повною мірою стосується викладання предметів «Основи фармакології», «Основи фітотерапії», «Фармакологія у фізичній терапії», що дасть можливість в практичній роботі фізичного терапевта орієнтуватись в медикаментозній терапії клієнтів та використовувати не рецептурні фармакологічні та фітотерапевтичні засоби для підвищення фізичної працездатності і відновлення реабілітантів, усвідомлюючи сутність поточних змін в їх стані.

В Чернівецькому національному університеті «Основи фармакології», «Фармакологія у фізичній терапії» та «Основи фітотерапії» є предметами вибору на другому та четвертому курсах. Програми «Фармакологія у фізичній терапії» складають 90/3 кредити 4 курс, «Основи фармакології» – 120/4 кредити 2 курс, «Основи фітотерапії» – 90/3 кредити 4 курс.

Авторами проведено констатуючий експеримент та дослідження стану успішності студентів у процесі вивчення предметів «Фармакологія у фізичній терапії» та «Основи фітотерапії» з використанням інноваційних технологій. При виконанні даної роботи використовувалися методи анкетування, спостереження, аналізу академічних журналів за 2017-2019 роки. За даними спостереження і аналізу успішності виявлено, що загальна успішність складає 100%, якісна успішність коливається в межах 68,5-72,3%, що свідчить про ефективність обраних методик навчання. Проведені дослідження зацікавленості студентів у вивченні предметів медико-біологічного циклу та виявили, що з 82 респондентів стаціонарного навчання вважають одержані знання потрібними – 92,3%, з них життєво необхідними – 59,8% студентів; мають сумніви у необхідності вивчення – 9,8%, а 2,4% – вважають непотрібними.

В процесі навчання використовуються лекції – презентації з застосуванням мультимедійного проєктора, мікролекції-консультації, демонстрування навчальних препаратів рослин і лікарських засобів, гербаріїв. Під час проведення практичних занять застосовуються методи «мікрофон», «мозковий штурм», «рівний – рівному», робота з картками і схемами, інструкціями до лікарських препаратів; практичні роботи зі збору, оцінки якості лікарської сировини та приготування рослинних лікарських препаратів; «ділова гра» з клінічними задачами, електронні презентації та виконання проєктів з дослідження впливу адаптогенів і протективних препаратів на студентів-спортсменів. Самостійна робота під керівництвом викладача передбачає виконання індивідуальних завдань зі складанням схем програм використання фармакологічних та фітотерапевтичних препаратів для відновлення і підвищення фізичної та розумової працездатності у студентів та пацієнтів, виготовлення гербаріїв лікарських рослин.

Під час проведення реабілітаційної практики в медичних закладах та забезпечення спортивних заходів і зборів студентів-спортсменів майбутнім фахівцям з фізичної терапії пропонуються індивідуальні завдання із дослідженням фізичної працездатності та впливу на неї не допінгових лікарських і рослинних препаратів. Ступінь деталізації завдань залежить від виду пропонованої роботи на занятті. Зокрема, під час проведення практичного оздоровчого збору-походу на Говерлу студенти ознайомлюються з місцевою флорою та виконують практичні спостереження і оцінку фізичної працездатності під впливом адаптогенів, поглиблюють практичні знання з фармакології надаючи необхідну домедичну допомогу учасникам. Помітно покращилась успішність при впровадженні в навчальний процес практичних робіт. Працюючи з методичними картками практичних занять, студенти мають змогу краще зрозуміти й засвоїти матеріал, знайти додаткову інформацію. Значний успіх досягається при використанні методики «рівний-рівному», коли студенти демонструють презентації, плакати чи мікрофільми за тематикою заняття. В процесі дискусій студенти виявляють зацікавленість темами, що виходять за рамки окреслені програмою. Проте найкраще формується мотиваційно-ціннісна компонента (за даними анкетування і аналізу успішності) в процесі відпрацювання практичних навичок з надання допомоги, дослідження лікарської сировини, виготовлення рослинних препаратів тощо.

Література

1. Адаптація університетської освіти до вимог Болонського процесу: інформаційно-аналітичні матеріали / Укладачі: Ю. В. Холін, Г. О. Маркова. – Х.: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2004. – 56 с.

І.В. Суцєнко, Є.С. Жоффчак

Рухова активність як засіб формування здорового способу життя студентської молоді

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Рухова активність є одним з важливих факторів впливу на показники здоров'я людини. Система освіти і виховання може суттєво впливати на спосіб життя та стан здоров'я молоді людини.

Проблеми формування здорового способу життя студентів у нових соціально-економічних в Україні набувають особливої актуальності. В практичній діяльності вищих навчальних закладів України ключову роль у розвитку негативних тенденцій зниження рівня здоров'я молоді відіграє відсутність культури, недооцінка цінності здоров'я та ведення здорового способу життя.

Нинішній стан здоров'я та спосіб життя студентської молоді України не відповідає потребам сучасного суспільства та вимогам до його подальшого соціально-економічного розвитку.

Концепція державної фізкультурно-спортивної політики полягає у переході від формальної погоні за масовістю – до рекреаційно-оздоровчого та профілактичного ефекту, утвердженню здорового способу життя. На відміну існуючих підходів, в основу системи фізичного виховання необхідно покласти не стільки прагнення досягти певних характеристик фізичного розвитку та фізичної підготовленості студентської молоді, скільки переорієнтацію на профілактику захворювань і реабілітацію після них, подовження життя та активне довголіття. Як показують дослідження, сумарна рухова активність студентів в період учбових занять складає 56-65%, а під час сесій і того менше – 39-46%. Саме рівень рухової активності під час канікул відображає природну потребу молодих людей в русі. Тобто дефіцит рухів у більшості студентів на протязі навчального року 80%.

Важлива соціальна задача полягає у визначенні оптимального рівня рухової активності студента. Мінімальна межа повинна характеризувати той рівень рухів, який є необхідним для збереження нормального функціонального стану організму. Мова йде про руховий режим гігієнічного характеру.

З метою вивчення становлення студентів до процесу фізичного виховання і ведення здорового способу життя, було проведене анонімне анкетування серед студентів ДВНЗ “Ужгородський Національний університет”.

В даній роботі приведені результати анонімного опитування 265 студентів 6 факультетів. Вік опитуваних 17-18 років. Серед студентів пріоритетними видами рухової активності є спортивні ігри, майже 35%, при цьому абсолютна більшість юнаків кращим для себе вважає футбол, 23,5% - будь-якими вправами, доступними в навчальному закладі. Ті, хто взагалі не хоче займатися будь-яким видом фізичних вправ становить 28%. Відсоток студентів, які регулярно займаються спортом складає 30,5%.

Мета дослідження. Метою роботи є аналіз різноманітних літературних джерел та вплив рухової активності на формування здорового способу життя студентської молоді (студентів). Обґрунтувати вплив рухової активності на формування здорового способу життя студентської молоді.

Об'єкт і методи дослідження - процес фізичного виховання студентської молоді. Проводилось анонімне опитування студентів ДВНЗ “Ужгородський Національний університет”. Аналіз літературних джерел.

Результати дослідження та їх обговорення. Формування здорового способу життя забезпечує людині фізичне, духовне і соціальне благополуччя (тобто здоров'я) в реальному навколишньому середовищі і активне довголіття. Формування здорового способу життя у студентської молоді складний системний процес, що охоплює безліч компонентів способу життя сучасного суспільства і включає основні сфери і напрямки життєдіяльності молодих людей.

Здоровий спосіб життя містить такі основні елементи : плідна праця, раціональний режим праці і відпочинку, викорінювання шкідливих звичок, оптимальна рухова діяльність, особову гігієну, загартовування тощо. У величезному комплексі поведінкових впливів на життєдіяльність ми можемо виділити три основні фактори, які відіграють виключно важливу роль, а саме:

- рухова активність, яка здатна суттєво розвинути та зміцнити потенціал здоров'я;
- соціальний;
- внутрішня налаштованість молоді, що породжує різні дії на здоров'я.

Висновки. Суттєвим компонентом здорового способу життя сучасної студентської молоді є організація рухової активності. Самий вірний та ефективний шлях до високої працездатності, творчої активності, фізичного вдосконалення і довголіття – висока фізична активність у режимі кожного дня.

Рухова активність може служити унікальним способом боротьби зі стресами, зниження стану депресії та занепокоєння, оскільки наукові висновки, зроблені в цій галузі, повинні увійти до повсякденної свідомості і стати однією з норм ведення здорового способу життя. Головним завданням цього напрямку виховання виявиться, скоріш за все, не тільки забезпечення необхідного рівня фізичної підготовленості студентів, але й і виховання усвідомленої потреби у фізичному вдосконаленню на все життя.

Організація занять з фізичного виховання повинна здійснюватися таким чином, щоб враховувалися бажання молоді займатися тим чи іншим фізичним навантаженням. Якщо студент вагається при виборі індивідуальних фізичних вправ, або взагалі немає бажання займатися ними, необхідно спрямувати рухову активність, в першу чергу, на зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, покращенню зовнішнього виду студента тощо.

Література

1. Лозинський В.С. Учись быть здоровым. - К; Центр здоров'я, 1993 – 160 с.
2. Копилов О.М., М'ясоєденков К.О., Черепов О.В. Сучасні проблеми розвитку оздоровчо-рекреаційної фізичної культури // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) (Збірник наукових праць) За ред. Г.М.Арзютова, - Серія № 15. - К.; Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова, 2011. - Випуск 13. - С.411 – 417.
3. Андреева О. Лімітуючі та стимулюючі чинники формування цінностей здорового способу життя студентів / Олена Андреева, Ірина Кенсицька // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. - 2017. - Вип. 26. - С. 37-42. Фахове видання України.
4. Амосов А.М. Роздумья о здоровье. - 3-е изд. доп., перераб. - М. : Физкультура и спорт, 1987. - 64 с.
5. Заплішний І.І., Сипченко Ф.С., Бойко М.П. Шляхи оптимізації формування у студентів здорового способу життя засобами фізичного виховання // Вісник ЧДПУ ім. Т.Г. Шевченка Вип. 44. Серія: пед.науки. - Чернігів, 2007. - С. 180-189.

Т.Г. Темерівська

PNF в сучасній реабілітації дітей з ДЦП

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Концепція широко використовується для лікування різних нервово-м'язових дисфункцій опорно-рухового апарату, ортопедичних, педіатричних, ревматичних захворювань тощо. Метою PNF є покращення функціонування нервово-м'язової системи шляхом стимуляції рецепторів у суглобах і м'язах (прорецепторів) і рецепторів, які отримують інформацію про навколишнє середовище (екзорепторів). Абревіатура PNF означає:

- P - просерптивне: рецептори, що передають інформацію про рух і положення тіла в просторі;
- N - нервово-м'язові: нервова і м'язова системи також беруть участь;
- F - полегшення: виконання руху полегшено.

Філософія цієї концепції полягає в тому, що кожна людина, навіть з інвалідністю, має прихований, невикористаний потенціал, який можна розвивати далі [4].

Філософія PNF включає в себе:

1. Позитивний підхід до лікування у фізичного терапевта і пацієнта: лікування без болю, пряме і непряме лікування, мотивація пацієнта, досяжні цілі.
2. Функціональне лікування: відповідний індивідуальний підхід, включаючи лікування на рівні структур (хребет, суглоби) і на рівні активності (спуск і підйом по сходах і т.ін).
3. Мобілізація рухового потенціалу людини за допомогою активних тренувань: активна участь пацієнта, рухова трансформація втрачених активних рухів, самонавчання.
4. Використання прихованих резервів тіла пацієнта. Завжди працюйте з діями, які пацієнт легко виконує, враховуючи його фізичний стан.

Аналіз науково-методичної літератури показав, що вивчення питань розвитку рухової сфери дітей з ДЦП різного віку присвячені праці багатьох дослідників.

У дітей з ДЦП порушено формування всіх рухових функцій: утримання голови, навички сидіння, стояння, ходьби, маніпулятивної діяльності. Ураження центральної нервової системи при ДЦП порушує роботу м'язових схем довільних рухів, що і визначає одну з основних труднощів формування рухових навичок.

Неправильні схеми рухів у дітей з церебральним паралічем можуть закріплюватися і приводити до формування патологічних поз і положень тіла і кінцівок. У деяких дітей при різко порушеному м'язовому тонусі відзначаються явища апраксії (невміння виконувати цілеспрямовані практичні дії). Особливістю рухових порушень у дітей з церебральним паралічем є не тільки труднощі або неможливість виконання тих чи інших рухів, але і слабкість відчуттів цих рухів, у зв'язку з чим у дитини не формуються правильні уявлення про рух.

Під впливом вправ концепції ПНФ у м'язах дитини з ДЦП виникають адекватні рухові відчуття. Дитина починає правильно відчувати пози і рухи, що є потужним стимулом до розвитку і вдосконалення його рухових функцій і навичок. Позитивний вплив на розвиток рухових функцій має використання комплексних аферентних стимулів: зорових (вправи проводяться перед дзеркалом), тактильних (погладження кінцівок, опора ніг і рук на поверхню підлоги, покриту різними видами матерії), пропріоцептивних (вправи з опором, чергування вправ з відкритими і закритими очима). Чітка мовна інструкція, застосування доступних для дітей назв вправ сприяє нормалізації психічної та емоційної діяльності дитини, поліпшує розуміння мови, збагачує словник.

Таким чином, у дитини формуються різні зв'язки з руховим аналізатором, що є потужним фактором фізичного та психічного розвитку.

Список літератури

1. Волокитин А.С., Бруйков А.А., Гулин А.В., Апокин В.В. Развитие подвижности суставов у детей со спастическими формами детского церебрального паралича под влиянием иппотерапии // Теория и практика физической культуры и спорта. М., 2015. № 3. С. 90-92.
2. Радість дитинства – вільні рухи: Журнал для сімей з проблемою ДЦП, №1. – К.: Міжнародний благодійний фонд «Україна 3000», 2007.
3. Шипицина Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб., 2005. 272 с.
4. Adlers S. et al., PNF in Practice, 3-е видання, 2007.

О.І. Тимочко

Сучасний потенціал оздоровчого впливу занять атлетичними видами спорту на школярів

Кафедра фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Сьогодні гостро стоїть проблема збереження і зміцнення здоров'я шкільної молоді, зумовлена соціально-економічними, екологічними та іншими чинниками. З огляду на негативні тенденції погіршення стану здоров'я школярів актуалізуються питання пошуку нових можливостей їх оздоровлення такими засобами фізичної культури і спорту, які викликали б у молоді значний інтерес і підвищену мотивацію. Дуже слабо вивчені в цьому контексті засоби атлетичних видів спорту, насамперед важкої атлетики та атлетичної гімнастики.

П. Зиков [1] дослідив роль занять важкою атлетикою у підвищенні показників загальної комфортності життя та емоційної рівноваги школярів. О. Тимочко [2–4] констатує, що попри існування багатьох упреждень щодо корисного оздоровчого впливу занять атлетизмом, вони мають великий оздоровчий потенціал у сучасних умовах при раціональній організації занять і правильному дозуванні навантажень. Л. Дворкін та інші дослідники [5] довели, що заняття атлетичною гімнастикою в підлітковому віці призводять до достовірного підвищення функціональних можливостей серцево-судинної системи. За свідченням О. Шияна і Д. Жмура [6], засоби атлетичної гімнастики позитивно впливають на збільшення мережі капілярів і покращення кровообігу, що дозволяє серцю працювати в оптимальному режимі. С. Ніколаєв та В. Войтович [7] зазначають, що атлетична гімнастика посилює роботу легенів, залоз внутрішньої секреції, нервової системи, покращує кровообіг внутрішніх органів, головного мозку, стимулює кровотворну функцію. І. Гайдук [8] довів, що дозована атлетична підготовка у шкільному віці не затримує ріст організму, натомість розвиває руховий апарат, формує гарну статуру.

Мета дослідження: розвіяти міфи про шкідливість занять атлетичними видами спорту у шкільному віці та обґрунтувати значний оздоровчий потенціал таких занять у сучасних умовах.

Виклад основного матеріалу. Багато років більшість науковців дотримувалися думки про те, що підлітки та юнаки шкільного віку не мають необхідних біологічних передумов для занять атлетизмом, а силові вправи завдають шкоди зростаючому організму в здоров'ю школярів загалом. Сьогодні можемо спростувати цю тезу на прикладі різних атлетичних видів спорту. Це надасть нових імпульсів для підвищення їх популярності в молодіжному середовищі. Заняття важкою атлетикою сприяють зміцненню з'єднуючих та опорних тканин, покращенню будови тіла, постави, фізичної продуктивності на всіх рівнях. Важка атлетика має свою неперевершену естетику, не потребує значних часових затрат. Але для тих, хто вважає атлетизм у "чистому" вигляді неприйнятним, можна порадити атлетичну гімнастику, яка поєднує суто силовий атлетизм з гімнастичними елементами, різнобічною фізичною підготовкою (біг, вправи на розтягування тощо).

Результати проведеного автором експериментального дослідження зі старшокласниками (2017 р.) доводять, що регулярні заняття атлетичною гімнастикою покращують показники функціонального стану юнаків. Атлетична гімнастика є чудовим засобом боротьби з малорухливим способом життя. Вона зміцнює хребет і всю кісткову систему організму, що в майбутньому нерідко сприяє попередженню остеопорозу, зміцнює м'язи плечей, нижньої частини спини, стегон, м'язову систему організму в цілому, мобілізує функціональні резерви організму для подолання стомленості.

Заняття атлетичними видами спорту покращують роботу центральної нервової системи і загальний психофізичний статус організму, завдяки навантаженню м'язів знімають нервові напруження, виступають засобом профілактики проблем з ендокринною системою, спалюють в організмі зайвий жир (особливо це стосується атлетичної гімнастики, де силові вправи поєднуються з аеробними). Безперечним є вплив занять атлетизмом на формування здорового способу життя школярів; такі заняття викликають позитивні емоції, покращують настрій і самопочуття, підвищують загальну активність, комфортність, емоційну рівновагу. Це зумовлює формування нового позитивного ставлення до занять фізичною культурою в цілому.

Для реалізації сучасних оздоровчих можливостей занять атлетизмом на школярів необхідно враховувати тип їхньої будови тіла, індивідуальні фізіологічні і фізичні можливості, в ході занять поступово нарощувати як кількісні, так і якісні параметри навантажень, використовувати природні, педагогічні, медико-біологічні засоби відновлення.

Висновки. Докази того, що заняття атлетичними видами спорту сприяють покращенню здоров'я і формуванню здорового способу життя школярів, спростовують позиції противників використання атлетизму як засобу фізичного виховання та оздоровлення у шкільному віці. Результати дослідження переконують у тому, що атлетичні види спорту в сучасних умовах мають великий оздоровчий потенціал, який потребує грамотного використання з урахуванням тенденцій розвитку організму школярів у різних вікових категоріях. Заняття важкою атлетикою та атлетичною гімнастикою підвищують інтерес школярів до цінностей фізичної культури.

Література

1. Зыков П. Ю. Формирование здорового образа жизни подростков средствами физической культуры (на примере занятий тяжелой атлетикой). Студенческий научный форум-2015: VII Международная студенческая научная конференция. URL: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015016236>.

2. Тимочко О. І. Зміцнення здоров'я та формування потреби у здоровому способі життя школярів засобами важкої атлетики. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2018. Вип. 1 (42). С. 234-237.
3. Тимочко О. І. Важка атлетика як засіб комплексного фізичного розвитку та зміцнення здоров'я школярів. Scientific Journal Virtus. 2018. № 24 (травень). С. 113-117.
4. Тимочко О. І. Специфіка розвитку фізичних якостей та оздоровлення старшокласників сучасними засобами атлетичної гімнастики. Scientific Journal Virtus. 2018. № 24 (травень). С. 204-207.
5. Дворкин Л. С., Дворкина Н. И., Кошкарев С. С. Влияние занятий атлетической гимнастикой во внеурочное время на физическое состояние школьников 12-14 лет. Ученые записки Университета им. П. Лесгафта. 2018. № 7 (161). С. 66-70.
6. Шиян О., Жмур Д. Атлетична гімнастика у системі фізичного виховання студентської молоді. Спортивний вісник Придніпров'я. 2015. № 1. С. 80-84.
7. Ніколаєв С., Войтович В. Оздоровча спрямованість засобів атлетичної гімнастики для юнаків старшого шкільного віку. Фізичне виховання і спорт: молодіжний наук. вісник. Луцьк, 2013. Вип. 9. С. 85-88.
8. Гайдук І. Атлетична гімнастика в системі фізичного виховання дітей старшого шкільного віку. Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць. Вип. 10: У 4-х т. Львів: НВФ "Українські технології", 2006. Т. 1. С. 141-144.

В.А. Товт, В.В. Звонар, В.М. Мельник, В.Я. Сусла

Корекція силової підготовленості студентів жіночої статі засобами гімнастики і фітнесу

Кафедра фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Розробка ефективних технологій корекції фізичної підготовленості студентів загалом, та її складової, силової підготовленості, зокрема завжди є актуальною проблемою як для викладачів фізичного виховання, так і для студентів. Її актуальність визначається тим, що силова підготовленість є невід'ємною частиною фізичної підготовленості студентів, яка, в свою чергу, впливає на їх здоров'я та працездатність [4].

Корекція силової підготовленості студентів жіночої статі є звичайною комплексною проблемою загального фізичного виховання особистості, вирішенням якої переймаються вчені та спеціалісти спорту вже давно [2]. Проблема полягає в тому, що існує значна кількість методик силової підготовленості, а з іншого боку, їх використання не є завжди ефективним у зв'язку з недостатністю врахування тренувальної дії тих чи інших засобів розвитку сили в умовах навчання у вищій школі, а також недостатнім залученням студентської молоді до занять доцільними видами ОРПА [1, 3].

Формулювання цілей роботи. Метою дослідження є вивчення рівня силової підготовленості студентів жіночої статі та обґрунтування ефективних технологій її корекції засобами гімнастики і фітнесу.

Гіпотеза дослідження базується на припущенні про те, що вивчення сучасних технологій силової підготовленості, проведення порівняльного аналізу між нормативними вимогами та реальними показниками силової підготовленості у студентів жіночої статі дозволить обґрунтувати для них комплекси силових вправ та методи їх виконання, які забезпечать корекцію професійно значимих силових здібностей.

В процесі дослідження вирішувалися такі завдання:

- 1) вивчалися технології та методики, що використовуються для корекції силової підготовленості;
- 2) обґрунтовувалися комплекси гімнастичних вправ та фітнесу для корекції компенсованих силової підготовленості студентів;
- 3) перевірялася в реальних умовах навчання ефективність вправ гімнастики і фітнесу для корекції силової підготовленості студентів жіночої статі.

Результати дослідження. Дослідження проводилися на базі ДВНЗ «УжНУ» та Закарпатського обласного палацу дитячої та юнацької творчості «ПАДІЮН» в чотири етапи:

- на першому вирішувалося завдання з вивчення сучасних технологій корекції силової підготовленості в гімнастиці і фітнесі;
- на другому вирішувалося завдання з аналізу показників силової підготовленості у студентів жіночої статі з низьким і високим рівнями фізичної підготовленості;
- на третьому дослідження включало в себе розробку й обґрунтування комплексів вправ гімнастики і фітнесу для корекції силової підготовленості студентів жіночої статі;
- на четвертому вирішувалося завдання з перевірки ефективності комплексів вправ гімнастики і фітнесу для корекції силової підготовленості студентів жіночої статі.

Були використані такі методи: аналіз літератури та узагальнення; аналіз журналів обліку результатів оцінювання фізичної підготовленості студентів; системне педагогічне спостереження; опитування і інтерв'ювання; відкрите анкетування.

В процесі дослідження проведено вибір та систематизацію силових вправ з гімнастики і фітнесу. Були складанні комплекси силових вправ для студентів жіночої статі. Визначено оптимальну кількість силових вправ, виконання яких є доступним в добовому мікроциклі рухової активності для студентів жіночої статі з середнім рівнем фізичної підготовленості. Такі студенти згідно даних щорічного оцінювання склали 80% від загальної кількості обстежених. До експериментальних комплексів включено по 6 вправ в кожному, виконання яких потребує від 10 до 15 хв., враховуючи інтервали відпочинку до 1 хв.

Розроблено комплекси для студентів жіночої статі: перший комплекс вправ адаптований до виконання на учбово-тренувальних заняттях в спортивній залі; другий - до самостійного виконання в домашніх умовах. В кожному з комплексів для студентів жіночої статі передбачено по дві вправи на розвиток основних видів силових здібностей: вибухової сили, силової витривалості, статичної сили. Також при складанні комплексів силових вправ враховувалася їх дія на ті чи інші групи м'язів з таким розрахунком, щоби гармонійно розвивати м'язи верхніх і нижніх кінцівок, а також м'язи передньої і задньої частини тулуба.

Для перевірки ефективності комплексів вправ силової підготовки в звичайних умовах навчання у виші проведений послідовний педагогічний експеримент. Були сформовані дві вибірки студентів жіночої статі за принципом добровільної участі. В учасників експерименту був відносно однаковий рівень фізичної підготовленості. Кожна група студентів протягом місяця виконувала комплекси силових вправ на заняттях з фізичного виховання під керівництвом викладача та продовжувала їх виконання самостійно вдома. Кожен комплекс виконувався один раз на день за винятком вихідних днів протягом 15 хв. Оцінювання силової підготовленості проводилося за 3-ма тестами та з визначенням інтегральної оцінки. Перевірялися сила м'язів рук, ніг і передньої частини тулуба.

За результатами дослідження, оцінки за виконання силових тестів у студентів жіночої статі в кінці експерименту покращилися ($P < 0,5$). Важливим для досліджень є інтегральний показник силової підготовленості, який у процесі експерименту значно зріс ($P < 0,5$). Отже перевірка комплексів вправ силової підготовки у студентів жіночої статі довела їх ефективність.

Література

1. Товт В.А. Гімнастика та методика викладання: метод. розробка для самостійної роботи студентів / Укл: В.А. Товт, О.Ю. Гузак, М.Ю. Щерба та ін. – Ужгород, ДВНЗ «УжНУ», 2013. – 123 с.
2. Товт В.А. Аналіз сучасного стану фізичного виховання студентів на прикладі ДВНЗ «УжНУ» / В.А. Товт // Збірник наукових праць за матеріалами І науково-практичної конференції з міжнародною участю: Актуальні питання вдосконалення системи фізичного виховання і спортивної роботи у вищій школі (м. Ужгород, 19-20 квітня 2018 року). Ужгород: в-во Бест-Принт, 2018. – С.65-68.
3. Физическая культура студента: Учеб. под ред. В. И. Ильинича. - М.: Гардарики, 2003. - 448 с.
4. Щуревич Г.А. Адаптация молодежи к высшей школе: Монография / Щуревич Г.А., Зинковский А.В., Пономарьов Н.И. – Спб.: ВИФК, 1994. – 227 с.

В.Г. Тулайдан

Актуальні проблеми фізичного виховання студенток УжНУ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Студенти – це особлива соціальна група, аксіологічні настанови якої пов'язані із навчанням у вищому навчальному закладі та бажанням здобути знання, необхідні для майбутньої професії. Навчання, успішність і працездатність студентів тісно пов'язані зі здоров'ям, яке своєю чергою обумовлюється способом життя. Так, відомо, що недостатня рухова активність у цей період зумовлює детренованість різних систем організму, що стає причиною зниження опірності до захворювань і погіршення фізичної працездатності [4]. Молодь – це основний трудовий резерв нашої країни, це майбутні батьки, і якість їх життя є запорукою здоров'я і благополуччя всієї нації. У зв'язку з цим величезну роль відіграє вивчення інтересів і потреб сучасної молоді до занять фізичною культурою.

Навчання у вишах вимагає постійного тривалого напруження інтелектуальних, емоційних та вольових функцій. Перша роки навчання у вищих учбових закладах співпадають із періодом формування організму й остаточного становлення особистості (Н.А. Агаджанян, 1997; М.В. Міляєва, 1998; А.П. Спіцин, 1999; А.Б. Шангін, 1992). Ще не цілком завершеним є формування серцево-судинної системи, а також окремих мозкових структур і вищих нервово-психічних функцій, і тому спостерігається підвищена психологічна нестійкість і ранимість (В.С. Шевалова, 2000). Тому проблема адаптації студентів до навчання у вищих учбових закладах розглянута М.А. Куликовим, А.М. Румянцевою, А.В. Мурашовим, М.А. Камалєвим, С.А. Гапоновою, Н.В. Дмитрієвою та заслуговує особливої уваги.

За даними аналізу останніх публікацій тривалість навчального дня студентів (включно із аудиторною та поза аудиторною роботою) становить 10-14 годин, причому, така зайнятість у вишах супроводжується недостатньою тривалістю сну (менше 7 годин). Тривалість нічного сну у 51% студентів-медиків становить 4-6 годин на добу, у 46% - 7-9 годин, лише деякі із респондентів зазначили, що сплять більше 9 годин на добу [5]. Опитані визначають, що

«виспатися» можна тільки по вихідним. Більш 55% студентів, що проживають у гуртожитку, страждають безсонням, 95% респондентів сплять після занять, як результат 2/3 студентів готуються до занять у нічний час, переважно перед заліком, іспитом або у випадку, якщо задано великий обсяг інформації для вивчення. Під час екзаменаційних сесій у студентів розвивається короткочасний, але дуже сильний емоційний стрес, що супроводжується певними функціональними порушеннями (И.И. Пономаренко, 1990). Сукупним вплив усіх факторів екзаменаційної сесії й стресів може привести до розвитку стійких стресових станів і неврозів (В. И. Бадиков, 1997). Часто через невміння правильно організувати свій режим студенти не можуть впоратися із зростаючим навантаженням, вони можуть відчувати розгубленість, невпевненість у власних силах, не можуть засвоїти великі обсяги інформації. Метою дослідження є аналіз проблем фізичного виховання студенток ДВНЗ УжНУ та пошук шляхів виходу з них.

Методами дослідження є узагальнення літературних джерел з даної проблеми, анкетування 60 студенток ДВНЗ «УжНУ» 1-го та 2-го курсу філологічного, медичного, історичного, хімічного, стоматологічного факультетів та методи математичної статистики.

Результати дослідження. У теперішній час ведеться активний пошук нових форм і методів покращення якості фізичного виховання майбутніх фахівців. Аналіз спеціальної літератури (В.П. Краснов, 2000; А.В. Домашенко, 2003; Т.Ю. Круцевич, 2003) свідчить про недостатньо ефективну організацію фізичного виховання у ВНЗ. Студентська молодь байдуже ставиться до змісту обов'язкових занять фізичною культурою (О.О. Малімон, 1999; В.В. Романенко, 2003). 80% з них не відвідували б занять, якби вони не були обов'язковими (Т.В. Доровських, 2001). Існуючи нормативні вимоги з фізичного виховання та їхнє оцінювання не сприяють вирішенню основного завдання фізичного виховання, а саме його оздоровчої спрямованості [1–3]. До того ж організація фізичного виховання у ВНЗ не сприяє ефективному вирішенню проблеми зменшення дефіциту рухової активності молоді (А.І. Драчук, 2001; Б.М. Шиян, 2001; А.О. Кухтій, 2002).

У нашому дослідженні брало участь 60 студенток з філологічного, медичного, історичного, хімічного, стоматологічного факультетів ДВНЗ «УжНУ». Анкетування проводилося в 2016/17 навчальних роках. Заняття в групах за навчальною програмою згідно розкладу проводилося раз на тиждень з таких видів спортивної діяльності як гімнастика та легка атлетика. Відоме, що заняття з фізичного виховання, передбачені навчальною програмою, задовольняють лише 25 – 30% загальної тижневої потреби студентів у фізичній активності. Під час анкетування з'ясувалось, що на питання, чи вважаєте ви себе фізично активними, студентки ДВНЗ «УжНУ» відповіли наступним чином: так, займаюсь спортом і за межами університету – 28,9%; так, веду активний спосіб життя – 40,1%; займаюсь фізичною культурою тільки у університеті – 26,1%; ні, у мене малорухомий спосіб життя – 4,9%. Відзначили рівень своєї фізичної підготовленості як високий – 10,3%, середній – 74%, низький – 15,7% студенток. В той же час задоволенні своїм рівнем фізичної підготовленості 44,6% студенток, не задоволенні – 55,4%. Таку виразну суперечність між рівнем самооцінки своєї фізичної підготовленості та фізичною активністю взагалі можна пояснити не розумінням студентками позитивного впливу занять з фізичної культури і потребою продовжувати самостійні заняття у позанавчальний час.

Студентки вважають, що найважливішою для занять фізичною культурою є мотивація, основні чинники, на які вона впливає є поліпшення здоров'я та покращення фізичної підготовленості. Потім йде кваліфікація викладача, достатність навантаження, підтримка спортивної форми, хороша спортивна база. Це позитивні сторони у процесі фізичного виховання на думку студенток. Серед негативних сторін: мало місця для занять, відсутність спортивних майданчиків, відпрацювання пропущених занять, мало часу на спортивні ігри на навчальному занятті, нестача спортивного інвентарю, а також багатьох не влаштовує розклад навчальних занять.

Висновки. Наведене вище свідчить про нагальну потребу розробки нових науково обґрунтованих шляхів удосконалення організації фізичного виховання у ДВНЗ «УжНУ» з метою запобігання погіршенню стану здоров'я та фізичної підготовленості студентської молоді, формування стійкої мотивації та поглиблення інтересу до занять з фізичної культури. Результати анкетування підкреслюють те, що основними причинами негативного ставлення студенток до занять фізичною культурою є відсутність належної спортивної бази і недостатня пропаганда здорового способу життя.

Перспективними є проведення соціологічних досліджень серед студенток старших курсів для вивчення організаційних форм самостійних занять фізичною культурою у позанавчальний час.

Література

1. Базильчук В.Б. Організаційні засади активізації спортивно-оздоровчої діяльності студентів в умовах вищого навчального закладу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук із фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / В.Б. Базильчук. – Львів, 2004. – 43 с.

2. Долженко Л.П. Фізична підготовленість і функціональні особливості студентів із різним рівнем фізичного здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук із фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Л.П. Долженко. – К., 2007. – 21 с.

Я.А. Утьосов

Особливості психолого-педагогічного впливу на формування соціальної компетентності у підлітків з інтелектуальними порушеннями

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Підлітковий вік – складний період психологічного зростання та статевого дозрівання, яке характеризується якісними змінами, пов'язаними із статевим дозріванням і входженням в доросле життя [2, с. 281]. Цей вік найважчий у виховному відношенні. Підліток намагається обмежити своє життя від контролю дорослих і часто йде на конфлікти з ними. Окрім прагнення до емансипації, підлітку притаманна велика потреба в спілкуванні з однолітками. Само в цьому віці у підлітків з інтелектуальними порушеннями спостерігаються порушення соціальної поведінки, обумовлені несформованістю соціальних і моральних норм, соціальної компетентності [2].

Формування й розвиток соціальної компетентності саме у підлітків з інтелектуальними порушеннями можна розглядати як одне з пріоритетних корекційних завдань у забезпеченні наступності їхньої соціалізації. Тому виникає необхідність створити певні умови, що сприяють розширенню досвіду міжособистісного спілкування, конструктивних дій з вирішення важких ситуацій; запропонувати засоби здійснення такої взаємодії [3].

Основна мета психолого-педагогічного впливу на підлітків з порушеннями інтелекту – навчити їх адекватно взаємодіяти в спільній діяльності й реагувати на важкі життєві ситуації, продуктивно вирішувати їх. Існує той факт, що відпрацювання окремих моделей взаємодії в спеціально створених ситуаціях у більшості випадків не призводить до самостійного перенесення підлітками досвіду таких взаємин у життя. Отже, при вирішенні завдань міжособистісного спілкування й спільної діяльності підлітків з інтелектуальними порушеннями необхідно залучити етапи психолого-педагогічного впливу, що дозволяють підліткам самостійно або за допомогою вчителя більш-менш активно виявити себе в реальних життєвих ситуаціях, таким чином набуваючи соціальні компетенції. Саме постійний супровід корекційного педагога та взаємозв'язок між видами діяльності на заняттях з кожного предмету, їх закріплення в позаурочних час дає можливість набутим соціальним навичкам і знанням стати соціальними компетенціями шляхом формування у підлітків соціальних та моральних переконань, які, в свою чергу, підкріплюються моральними та соціальними вчинками [1, с. 234-262].

Отже, щоб навчити підлітків з інтелектуальними порушеннями дотримуватися певних соціальних правил, необхідно розробити спеціальну методику навчання цим правилам. Починати їх навчати потрібно не зі складних абстрактних правил, що стосуються повсякденної поведінки, а з конкретних соціальних доручень [1–3].

Першим кроком, на нашу думку, необхідно, щоб підлітки з інтелектуальними порушеннями, отримавши завдання, відразу ж повторили його – якщо потрібно, кілька разів, до запам'ятовування. Це змусить учнів мобілізуватися, зосередитися на завданні й краще зрозуміти його зміст.

Другим елементом методики повинне стати навчання підлітків з інтелектуальними порушеннями плануванню власних вчинків. Треба запропонувати їм одразу після отримання і усвідомлення інструкції спланувати свої дії, тобто відразу після доручення приступити до його уявного виконання: визначити точний термін виконання, намітити послідовність дій, розподілити роботу по годинах тощо.

У численних дослідженнях вітчизняних та закордонних психологів та педагогів були виділені найбільш істотні умови, що дозволяють дорослому формувати у дитини з типовим розвитком здатність самостійно керувати своєю поведінкою, володіти соціальними компетенціями [4]. Ми вважаємо, що ця ж послідовність є характерною й для підлітків з інтелектуальними порушеннями:

1. Формування у підлітка сильного і тривалого діючого мотиву до бажаної поведінки. Тобто, поставлена перед учнем мета повинна бути включена в той мотиваційний обрій, який є найбільш значущим для даного конкретного підлітка, враховувати індивідуальний досвід кожного учня. Потрібно вводити нові мотиви на основі приєднання їх до вже діючих на підлітка стимулів, а не базувати нові мотиви на незрозумілій для учня забороні, яка не має для нього сенсу. Так, підліток спочатку може виконувати будь-які соціальні обов'язки в класі заради можливості пограти після уроку в футбол, а потім, після деякого часу, почне самостійно, без примусу це робити, тому що йому сподобається отримувати гарні виступи від вчителів та однолітків.

2. Введення обмежувальних цілей при складності вихідного завдання. Коли підліткам пропонується дуже одноманітна чи нецікава для них робота, яка викликає в них „психічне насичення” та відмову від подальшої роботи, вчитель повинен послабити вихідні вимоги. Тобто, поставити перед підлітками з інтелектуальними порушеннями конкретну мету. Введення обмежувальної цілі рішучим чином змінює поведінку підлітка і впливає на результати роботи. Обмежувальну мету треба надавати в початковий період „перенасичення”, щоб підліток ще не остаточно відмовилася від виконання завдання [4, с. 58-61].

3. Розподілення складної форми поведінки, яка вимагається від підлітка, на відносно самостійні та невеликі дії. Для підлітків з інтелектуальними порушеннями ще додається необхідність додаткової репетиції – переживання окремих елементів складної дії. У даній категорії дітей абстрактні процеси ускладнені, отже їм необхідно реальне пережиття

кожного етапу, можливо, багаторазове. Тож необхідно ввести елемент театралізації та ігри-драматизації для підлітків при навчанні їх правилам соціальної поведінки.

Таким чином, ми спробували описати основні умови, особливості психолого-педагогічного впливу та корекційної роботи з формування соціальної компетентності підлітків з інтелектуальними порушеннями (вміння будувати міжособистісні стосунки, володіти спільною діяльністю, нормами поведінки, спілкування у суспільстві, м'якими технологіями, вмінням працювати в команді, під керівництвом та ін.). На нашу думку, при формуванні соціальної компетентності у підлітків з інтелектуальними порушеннями означені загальні умови потребують конкретизації. Отже, подальші наші наукові дослідження будуть спрямовані на визначення складових соціальної компетентності, а також з'ясування конкретних методів її формування у підлітків з інтелектуальними порушеннями.

Література

1. Бистрова Ю.О. Забезпечення наступності в процесі професійно-трудової соціалізації осіб з вадами інтелектуального розвитку: монографія / Ю.О. Бистрова. – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012. – 332 с.

2. Вопросы психологии личности школьника / под редакцией Л. И. Божович и Л. В. Благоннадежиной. – М.: Издательство академии педагогических наук РСФСР, 1961.

3. Канішевська Л. В. Формування життєвої компетентності вихованців у закладах інтернатного типу: наук.-метод. посіб. / Л. В. Канішевська. – К.: Пед. думка, 2007. – 172 с.

4. Славіна Н. С. Психологічне дослідження підлітків з девіантною поведінкою / Н. С. Славіна, Л. П. Мельник // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. – 2013. – Вип. 35. – С. 58-61. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sitimn_2013_35_15.

5. Утьосов Я. А. Змістові основи соціальної компетентності підлітків з інтелектуальними порушеннями // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : збірник наукових праць: вип. 11. / [за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова]. – Кам'янець-Подільський, ПП «Медобори – 2006», 2018. – С. 53-59.

А.А. Федорішко

Статеві відмінності спортивних результатів призерів міжнародних змагань з класичного пауерліфтингу серед студентів ВНЗ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У 21-му столітті жінки впевнено опановують колись винятково чоловічі види спорту: різні види боротьби, ударні єдиноборства, важку атлетику, гирьовий спорт, пауерліфтинг. Серед силових видів спорту в останні десятиліття саме пауерліфтинг набуває дедалі більшої популярності, про що свідчить проведений нами аналіз кількості учасників змагань різного рангу, постійно зростає число різноманітних турнірів, утворення різних видів пауерліфтингу [3–5], відвідування інтернет-сайтів з атлетичних видів спорту [2].

Проаналізувавши кількість учасників кубків світу з класичного пауерліфтингу серед університетів, ми виявили, що надзвичайно популярним цей вид спорту став серед студенток-спортсменок, абсолютна і відносна кількість котрих на цих турнірах збільшується. Якщо у перших подібних змаганнях, які відбулись у 2016 році, із 144 учасників 63% склали чоловіки, 27% - жінки, то у 2019 році це співвідношення із 206 учасників склало 47,5% до 52,5%. Тобто, вперше кількість жінок, котрі беруть участь у міжнародних змаганнях з пауерліфтингу, перевищила кількість чоловіків.

Прагнення представниць прекрасної статі займатись силовими видами спорту створює нові можливості наукового пізнання поки що не вивчених адаптаційних можливостей жіночого організму до великих тренувальних і змагальних навантажень.

Доступним і об'єктивним методом визначення функціональних можливостей жіночого організму є аналіз рівня спортивних результатів. У своїй роботі ми враховували те, що при співставленні ступеню статевого диморфізму за низкою морфологічних, фізіологічних і психомоторних ознак встановлено, що найбільша відмінність стосується показників такої фізичної якості як сила [1, 4], тому об'єктом дослідження вирішили обрати силові види спорту.

Як правило, для дослідження силових можливостей чоловіків і жінок проводиться вимірювання ізометричної сили різних груп м'язів, яке свідчить, що статеві відмінності складають від 25-30% до 43-63% [1] при чому верхня межа стосується можливостей м'язів рук, поясу вільної верхньої кінцівки, грудей.

Для вивчення силових можливостей жінок ми вирішили використати результати у змагальних вправах класичного пауерліфтингу з декількох причин. По-перше, цей вид спорту є одним з наймолодших серед силових видів спорту, а отже, найменш вивчений, адже всесвітні змагання у ньому проводяться лише з 2012 року. По-друге, з 2015 року всеукраїнські, а з 2016 року і всесвітні змагання з пауерліфтингу серед студентів вищих навчальних закладів проводяться лише у форматі класичного пауерліфтингу, тобто, без застосування спеціального (підтримуючого) екіпірування (колінних бинтів, трико для присідання й тяги, майки для жиму лежачи). По-третє, в інших силових видах

спорту силові якості не відіграють таку визначальну роль, як у пауерліфтингу. Наприклад, у важкій атлетиці, де спортсмени змагаються у складнотехнічних вправах (ривок і поштовх), важливими складовими спортивного результату, поряд з силою, є філігранна техніка, гнучкість, швидкість, координованість, та й сила тут має вибуховий характер. Змагальні ж вправи класичного пауерліфтингу (присідання, жим лежачи, тяга) відносно прості у технічному виконанні, залучають до роботи всі основні групи м'язів і, на нашу думку, є найкращими тестами для визначення максимальної сили, тобто найбільшої сили, яку проявляє спортсмен під час максимального довільного м'язового скорочення.

Мета дослідження: виявити статеві відмінності спортивних результатів у класичному пауерліфтингу серед студентів.

Методи дослідження: порівняльний аналіз результатів кубків світу 2016-2019 років з класичного пауерліфтингу серед університетів та узагальнення отриманих даних; методи статистичної обробки.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Ми провели аналіз змагальних результатів чотирьох кубків світу (2016-2019 роки) з класичного пауерліфтингу серед університетів у трьох вагових категоріях, які найближчі між собою за масою тіла спортсменів: до 57, 72, 84 кг серед жінок і до 59, 74, 83 кг серед чоловіків. Враховувались результати у сумі триборства, показані переможцями та призерами цих змагань, а також кращі результати у присіданні, жимі лежачи, тязі, показні переможцями та призерами в окремих вправах.

Аналіз показав статеві відмінності кращих результатів учасників кубку світу 2016 року на рівні 41,02% у сумі триборства, 39,94% у присіданні, 46,00% у жимі лежачи, 42,86% у тязі. Показники у цих же видах програми учасників наступних кубків світу виявились такими: у 2017 році 40,63%, 41,50%, 48,46%, 34,60%; у 2018 році 34,96%, 34,94%, 40,25%, 32,95%, у 2019 році 31,55%, 28,16%, 36,15%, 29,46%. При порівнянні спортивних результатів за 4 роки спостерігається тенденція до зменшення рівня статевого диморфізму у сумі триборства на 9,47%, у присіданні – на 11,78%, у жимі лежачи – на 9,85%, у тязі – на 13,40%.

Середні показники статевих відмінностей спортивних результатів за підсумками усіх змагань склали 37,04% у сумі триборства, 26,38% у присіданні, 42,72% у жимі лежачи, 34,97% у тязі.

Висновки: Статеві відмінності у будові й складі тіла, функціональних можливостей органів і систем організму впливають на спортивні результати чоловіків і жінок. Аналіз кращих спортивних результатів жінок показує, що рівень статевих відмінностей показників у класичному пауерліфтингу залежить від виду змагальної програми й складає в середньому 37,04% у сумі триборства, 26,38% у присіданні, 42,72% у жимі лежачи, 34,97% у тязі.

Простежується тенденція до зменшення статевих відмінностей у сумі триборства на 9,47%, у присіданні – на 11,78%, у жимі лежачи – на 9,85%, у тязі – на 13,40%.

Література

1. Вілмор Джек Х., Костілл Девід Л. Фізіологія спорту. – К.: Олімпійська література, 2003. – 656 с.
2. Железный мир [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ironworld.ru>.
3. Національна федерація пауерліфтингу України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ukrpowerlifting.com>.
4. Стеценко А.І. Пауерліфтинг. Теорія і методика викладання. – Черкаси: Вид. від. ЧНУ імені Богдана Хмельницького, 2008. - 460 с.
5. International Powerlifting Federation [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://powerlifting.sport>.

Ф.Г. Філак, Я.Ф. Філак

Фізична терапія хворих на постгастрорезекційний синдром в умовах поліклініки

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Незважаючи на достатньо високу ефективність оперативного лікування, у більшості хворих розвивається ряд раних післяопераційних синдромів, що вимагає тривалого консервативного лікування. До раних проявів, що зустрічаються найчастіше, відносять синдром малого шлунка, демпінг-синдром, гастрит культи шлунка, порушення функціональної діяльності підшлункової залози, тонкої і товстої кишок. Всі вони розглядаються як наслідки операції в зв'язку з новими умовами діяльності шлунка і кишечника [2, 5]. Ступінь проявів післяопераційних синдромів визначається тривалістю захворювання, віком хворого, ступенем ураження органів травлення до оперативного лікування, своєчасністю проведення операції [3].

Мета дослідження – вивчення впливу засобів фізичної реабілітації у хворих з постгастрорезекційним синдромом.

З цією метою дослідження проведені у 30 хворих віком від 45 до 55 років (жінок 7, чоловіків 23), які у зв'язку з ускладненням виразкової хвороби перенесли операції на шлунку та 12-палій кишці. При відсутності ускладнень післяопераційного пацієнти були направлені в санаторій "Поляна" для відновного лікування. Тривалість лікування становила 21 день. Усі хворі пройшли повне клініко-лабораторне обстеження з використанням психодіагностичної шкали: опитувальна анкета для визначення нейротизму Г. Айзенка /варіант EPI/, тривоги за Тейлор та шкала депресії Бека.

При поступленні більшість пацієнтів виявляли скарги на відчуття важкості, тиску в епігастрії, помірне здуття живота, запори або проноси, загальну слабкість, швидку втомлюваність, дратівливість. При обстеженні у 56,5 % хворих виявлено ознаки анемії, незначний лейкоцитоз та прискорене ШОЕ. У 21 хворих (70,0%) виявлені явища гіпомоторної дискінезії жовчовидільних шляхів, що підтверджується ультразвуковим обстеженням. Методом ФАЖ у 24 хворих (80,0%) виявлено зниження ферментовидільної функції підшлункової залози натще і в період травлення та коефіцієнт індукції холецистокініну. При пальпації відзначалась болочість в ділянці післяопераційного рубця або в епігастрії. Таким чином, у більшості хворих протягом першого місяця після операції виявляються анемія, функціональні порушення з боку жовчовидільної системи, підшлункової залози та розлади моторно-евакуаторної функції кишечника. Такі хворі відзначались підвищеною тривожністю, емоційною нестійкістю, зниженим настроєм, почуттям невдоволення собою у зв'язку зі станом свого здоров'я.

У комплекс відновного лікування входили: п'ятикратне харчування (дієта № 1), внутрішній прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42 - 45°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази на день, вуглекислі мінеральні ванни, фітотерапія, масаж, лікувальна фізкультура, психотерапія. Лікувальну фізичну культуру застосовували у таких формах: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба. У комплекс лікувальної гімнастики, яка проводилась протягом 25 – 30 хвилин, входили: динамічні і статичні вправи для всіх м'язових груп з предметами і без них, вправи на рівновагу та координацію. Також використовувались вправи на повороти тулуба, для зміцнення м'язів черевного пресу, тазового дна, тулуба. Психотерапія була обов'язковим методом реабілітації цієї категорії хворих. Вона сприяла редукції тривожності, емоційної нестійкості та налагодженню функцій вегетативної нервової системи.

Таким чином, у результаті проведених реабілітаційних заходів у 83,3% хворих покращилось самопочуття. Зникли явища дискомфорту, швидка втомлюваність, загальна слабкість, нормалізувалися стілець. У 90,0% хворих нормалізувалися показники крові, у 80,0% хворих нормалізувалися показники ферментовидільної функції підшлункової залози.

Висновки.

1. Дослідження засвідчують, що санаторне лікування у перші дні після операції значно підсилює компенсаторні можливості тих органів травлення, які не зазнали оперативного втручання, стимулює механізми саморегуляції організму, запобігає формуванню післяопераційних синдромів.

2. Застосування засобів фізичної терапії після оперативного втручання в санаторно-курортному комплексі значно покращує самопочуття, нормалізуючи психоемоційний стан пацієнтів.

Література

1. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
2. Мавродий В.М., Грубник В.В. Физיותרapia болезней органов пищеварения. – Одеса, 1994. – 131 с.
3. Методи ранньої курортної реабілітації хворих, які перенесли холецистектомію, ваготомію та резекцію шлунка: Метод. реком. / Укр.НДІ МР та К; Склад.: Драгомирецька Н.В., Серебрїна Л.О., Бондарчук Г.Ф. – Одеса, 1995. – 21 с.
4. Самсонов М.А., Лоранская Т.И. Нестерова А.П. Постгастрорезекционные синдромы (патогенез, клиника, лечение) / АМН СССР. – М.: Медицина, 1984. – 192 с.

Я.Ф. Філак

Лікувальна фізична культура в оздоровленні дітей із вадами інтелектуального розвитку

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У дітей із вадами інтелектуального розвитку, крім порушення пізнавальної діяльності, мислення, сприйняття, дрібної моторики, також наявні відхилення у фізичному розвитку, знижена фізична працездатність. За даними ВООЗ, розумова відсталість поширена в усьому світі й виявляється в 1–3% населення. Це пояснюється значною кількістю антенатальних і постнатальних порушень, а також погіршенням екологічної ситуації у світі, підвищенням рівня і якості медичної допомоги, внаслідок чого збільшилась кількість дітей, що виживають, з вадами розвитку й дефектами центральної нервової системи. Фізичне виховання є частиною культури суспільства. Фізичні навантаження, безумовно, будуть сприяти адаптації дітей з вадами розвитку до навколишнього світу. Корисним у цьому сенсі є використання лікувальної фізичної культури з її різноманітними форм організації рухової діяльності як одного із важливих засобів соціалізації особистості дітей, що мають порушення інтелектуального розвитку.

Мета дослідження – розробити та застосувати комплекс спеціальних вправ для школярів, які мають відхилення інтелектуального розвитку.

Завданням дослідження було вивчення та аналіз теоретичних джерел з проблем розвитку фізичних якостей школярів із порушенням інтелекту, розробка та оцінка ефективності застосування комплексу вправ лікувальної фізичної культури.

Методи дослідження. Обстеження проведені у 30 школярів віком 11-12 років, із них 18 хлопців і 12 дівчат, які навчаються в Часлівській допоміжній спеціалізованій школі-інтернат. Діти були направлені в школу-інтернат медико-педагогічною комісією. Переважна більшість всіх розумово відсталих дітей - учнів допоміжної школи - складають діти-олігофрени. Розвиваючий характер навчання у допоміжній школі полягає у сприянні загальному психічному і фізичному розвитку учнів.

З метою визначення динаміки психомоторного розвитку нами були проведені контрольні-педагогічні випробування дітей до і після експерименту. Перед кожним завданням дітям демонструвати хід виконання завдання. Пропонувалися такі завдання:

1. "Застебни гудзик". Завдання: застебнути гудзики. Спочатку покажіть дитині, як потрібно застіпати гудзички коментуючи таким чином: "Великий гудзик ми застібаємо у велику петельку, середній гудзичок - в середню петельку, а маленьку - в маленьку".

2. "Шнурування". Знадобиться картон у вигляді черевика, в якому прорізаємо 6 отворів (як на черевиках) і шнурок. Завдання: необхідно зашнурувати "черевик".

3. "Конструювання з паличок". Знадобляться палички для рахування одного кольору, намальовані на папері фігури (трикутник, квадрат, ромб). Завдання: необхідно палички для рахування покласти на лінії фігур.

Результати дослідження. У результаті проведеного тестування 8 (26,7%) дітей завдання «застебни гудзик» виконали самостійно, 18 (60,0%) - необхідна була допомога, 4 (13,3%) дітей не змогли виконати завдання. Завдання «шнурування» самостійно виконали 10 (33,3%) школярів, необхідна була допомога 14 (46,7%) пацієнтів, не змогли виконати завдання 6 (20,0%) дітей. Завдання «конструювання з паличок» виконали відповідно 6 (20,0%), 16 (53,3%) і 8 (26,7%) дітей.

Лікувальна фізична культура була направлена на усунення недоліків фізичного розвитку, загальної та дрібної моторики, покращення функціонування кисті та пальців рук, навчання окремих рухів, елементів дій, об'єднання цих елементів у свідому діяльність, що підвищує розвиток психомоторики. Використовувались вправи для дрібних і середніх м'язових груп, нахил тулуба уперед, в сторони, вправи на рівновагу, координацію рухів. А також „ходьба по гімнастичній лаві”, „переступання і перестрибування через перешкоду”. У розробленому нами комплексі вправ лікувальної гімнастики вирішувалися завдання щодо покращення фізичного стану організму, а саме: корекція деформацій хребта, нормалізація функцій органів травлення, зміцнення м'язової системи, закріплення навичок правильної постави, покращення стану органів дихання і серцево-судинної системи, покращення емоційного стану. Профілактичні заходи для дітей із вадами інтелектуального розвитку одночасно вирішували такі завдання: зміцнення м'язів спини і грудей, усунення асиметрії м'язового тону тулуба з застосуванням симетричних та асиметричних вправ, зміцнення м'язів черевного пресу. Тривалість занять 25 – 30 хвилин через день протягом трьох місяців.

Після проведення повторного контрольні-педагогічні випробування відзначається позитивна динаміка у виконанні завдань. Кількість дітей, які виконували самостійно завдання «застебни гудзик» вірогідно підвищилось з 8 (26,7%) до 16 (53,3%), необхідна була допомога 14 (47,7%) пацієнтів. Завдання «шнурування» після проведення комплексу спеціальних вправ самостійно виконали 18 (60,0%) школярів, необхідна була допомога 10 (33,3%) пацієнтам, не змогли виконати завдання 2 (6,7%) дітей. Кількість дітей, які змогли виконати завдання «конструювання з паличок» збільшилась із 6 (20,0%) до 14 (46,7%), необхідна була допомога лише 12 (40,%) школярам, не виконали завдання 4 (16,7%) дітей.

Висновки. Таким чином, запропонований нами комплекс гімнастичних вправ сприяє розвитку комунікативних умінь, навчання навичкам самообслуговування на підставі покращання дрібної моторики кистей і пальців рук, концентрації довільної уваги, збереженню наявного та зміцнення загального здоров'я школярів, мотивації до самостійної активної навчальної та рухової діяльності.

Т.В. Хома

Сучасні підходи до формування професійної компетентності у майбутніх учителів фізичної культури

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

З актом України «Про освіту» сформульовано завдання для закладів освіти і визначено компетентнісний підхід як пріоритетний. Серед компетентностей мають місце: вільне володіння державною мовою, здатність спілкуватися рідною (у разі відмінності від державної) та іноземними мовами, інноваційність, навчання впродовж життя, громадянські та соціальні компетентності, пов'язані з ідеями демократії, справедливості, рівності, прав людини, добробуту та здорового способу життя, з усвідомленням рівних прав і можливостей та інші [3].

Важливим складником системи формування нового змісту освіти є чітке бачення результатів педагогічного партнерства «учень-вчитель», в основі якого відповідні цінності, зазначені в Концепції Нової української школи... Це креативність, цікавість, критичне мислення, мудрість, відвага, наполегливість, чесність тощо [6].

Такий підхід ставить нові завдання до підготовки вчителів фізичної культури. Їх діяльність повинна спрямовуватися на фізичний розвиток особистості та ведення здорового способу життя.

Фізична культура людини (індивідуума) розглядається як процес оволодіння знаннями, вміннями і навичками виховної, навчальної, оздоровчої, рекреаційної діяльності з метою подальшого використання у процесі самовдосконалення, і як результат – рівень фізичного здоров'я, який людина змогла зберегти або покращити завдяки своєму бажанню, знанням, здоровому способу життя та руховій активності [4].

Сучасна освітня стратегія визначає культуру здорового способу життя як основу фізичного і соціального благополуччя, базис всебічного та повноцінного розвитку особистості. Основною метою політики держави є ефективне використання можливостей фізичної культури в оздоровленні нації, вихованні молоді, формуванні здорового способу життя населення [5].

Виходячи з цього заклади вищої освіти повинні готувати професійно компетентного майбутнього вчителя фізичної культури, здатного до ефективної організації освітнього процесу, що базується на педагогіці партнерства.

На думку Г. В. Безверхньої, специфічною особливістю фізичного виховання, що відрізняє його від розумової освіти і виховання, є його переважна орієнтація на біологічну сферу людини: спрямована зміна її форм (наприклад, постави), функціональних спроможностей окремих систем організму (м'язової, серцево-судинної, дихальної та ін.), розвиток рухових якостей (сили, швидкості, витривалості та ін.), навчання рухових дій, підвищення опірності зовнішнім факторам (загартовування). Незважаючи на цю специфіку, фізичному вихованню притаманні загальні ознаки педагогічного процесу [1].

Формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до здоров'язбережувальної діяльності спрямоване на забезпечення мотиваційної установки студентів, створення активного позитивного ставлення до зміцнення і збереження здоров'я школярів, організацію науково-дослідницької діяльності, забезпечення відповідних педагогічних умов підготовки майбутніх фахівців [2].

На заняттях із дисципліни «Педагогіка фізичного виховання та спорту» значна увага звертається на характеристику змісту дидактичних, специфічних принципів фізичного виховання, методів навчання, роль учителя в цьому процесі.

З цією метою на практичних заняттях пропонується моделювання ситуацій, що відіграють значну роль у формуванні досвіду педагогічної діяльності, сприяють розумінню тих цінностей, що вимагають реалії сьогодення. Студентам формулюються завдання різного ступеня складності. Окремі з них:

Завдання 1. Учень спізнився на урок. Він зайшов до спортивної зали, штовхаючи інших учнів, не спитавши дозволу. Учитель, нічого не кажучи, продовжує вести урок. Проаналізуйте дії вчителя та учня.

Завдання 2. На уроці фізичної культури учень заважає, перепитує вчителя, тим самим відволікає однолітків, не виконує поставлених завдань. Обґрунтуйте дії вчителя.

Завдання 3. Ви проводите свій перший урок у 5-му класі. Всі уважно слухають, крім Петрика. Хлопчик стурбований, неуважний, мляво виконує завдання, після першої невдачі – розплакався. Яким чином з'ясуєте причину такого стану хлопчика. Які Ваші дії?

У процесі розв'язання ситуативних завдань студенти осмислюють педагогічну проблему, обирають оптимальний шлях її вирішення, вчаться прогнозувати зворотню реакцію, можливі наслідки. Окрім цього, у майбутніх фахівців підвищується професійний інтерес, закріплюються навички педагогічного аналізу, формується креативність, ціннісні складові, необхідні для роботи в реальних умовах.

Отже, якісна підготовка майбутніх фахівців фізичної культури до професійної діяльності неможлива без усвідомлення студентами педагогічних основ. Компетентнісний підхід забезпечує набуття не тільки професійно орієнтованих знань, умінь, навичок і відповідних якостей особистості, а й усебічний, гармонійний розвиток випускника, здатного до самоаналізу та самовдосконалення.

Література

1. Безверхня Г. В. Педагогіка фізичного виховання. / Г. В. Безверхня. – Умань, 2013. – 72 с.
2. Безкопильний О. О. Про формування готовності учителів фізичної культури до здоров'язбережувальної діяльності як пріоритетний напрям вищої фізкультурної освіти / О. О. Безкопильний, Л. П. Сущенко // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. праць. – 2016. – Вип. 2 (71). – С. 27–29.
3. Закон України «Про освіту»: [Електронний варіант] Режим доступу: <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
4. Ковальчук Г. П., Присакар В. В. Педагогіка фізичної культури: Навчальний посібник / Г. П. Ковальчук, В. В. Присакар. – Кам'янець-Подільський: Видавець ПП Зволейко Д. Г., 2012. – 424 с.
5. Мазурчук О. Мотивація молоді до ведення здорового способу життя через використання сучасних і нетрадиційних підходів до проведення занять фізичного виховання / О. Мазурчук, В. Ребрина // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки / укл. А. В. Цьось, С. П. Козіброцький. – Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – 2012. – № 4 (20). – С. 302–305.
6. Нова українська школа: порадник для вчителя / Під заг. ред. Бібік Н. М. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. – 206 с.

В.В. Чернявский

Распространенность заболеваний зубов и дёсен среди военнослужащих ВСУ в зоне ООС

**Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии**

В условиях проведения операции Объединенных сил (далее – ООС), особо актуально изучение распространенности заболеваний зубов и дёсен военнослужащих ВСУ, а также определение востребованности в зубном протезировании в современных условиях.

Цель исследования: изучить распространенность основных стоматологических заболеваний среди военнослужащих ВСУ в зоне ООС и определить меры улучшения стоматологического здоровья.

Материалы и методы. Для изучения данного вопроса использованы данные стоматологической службы Запорожского военного госпиталя, и при содействии кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии ЗДМУ, интернов первого и второго года обучения, а также студентов пятого курса III медицинского факультета ЗДМУ по специальности «Стоматология», проведен мониторинг и клинические обследования пациентов госпиталя (офицеров, военнослужащих контрактной службы, военнослужащих срочной службы и пенсионеров МОУ).

Результаты исследования: За период, с января 2018 г. по март 2019 г., было обследовано 4620 пациентов. В 2018 г. – 3896 пациентов, а за четыре месяца 2019 г. - 724 пациента. Из них - 90% обследованных, это 4158 пациентов, требуют качественной стоматологической реабилитации. В основном это контрактники (офицеров, военнослужащих контрактной службы). Солдаты и сержанты срочной службы, чуть более 5% - 262 пациента. Военные пенсионеры МОУ - 200 пациентов, это около 5%.

Среди основных стоматологических заболеваний выявлены:

1. Карисес. Из общего количества обследованных диагностировано и вылечено карисес (начальный и средний глубокий) 507 пациентов.

2. Пульпиты. Диагностировано и вылечено 108 пациентов. В одно посещение - 62 пациента, в два - 40 пациентов.

3. Периодонтиты. Диагностировано и вылечено 127 пациентов.

4. Удаление. Удалено зубов, по показаниям, у 393 пациентов.

5. Выявлены и диагностированы заболевания десен (пародонтоз и пародонтит) у 3973 пациентов.

Нуждаемость в санации полости рта и лечении зубов -100% от общего количества обратившихся –4620.

Анализ результатов нашего исследования показал, что из числа обследованных пациентов, в протезировании так же нуждаются 99,7% обследованных пациентов. В протезировании как минимум одной коронкой нуждается каждый пятый пациент. В съемном протезировании - 26%, это 1202 пациента. В несъемном -74%, это 3418 обратившихся.

В ходе данного исследования нами были выявлены основные причины распространенности стоматологических заболеваний:

1. Недостаточная первичная профилактика, санация, диспансеризация в медицинских учреждениях, на всех этапах обследования и подготовки военнослужащих перед отправкой в военно-полевые условия в зону ООС.

2. Недостаточная осведомленность военнослужащих и вынужденная низкая индивидуальная гигиена полости рта на фоне необходимой мотивации в профилактике заболеваний в зоне проведения ООС.

3. Высокая стрессовая нагрузка при длительном нахождении в военно-полевых условиях.

4. Труднодоступность первичной стомат службы в военно-полевых условиях. Недостаточное количество передвижных стоматологических кабинетов около 20%. Кадровый потенциал обеспечения стоматологами общего профиля около 75%. Обеспечение военнослужащих стоматологической ортопедической помощью не предусмотрено, кроме волонтерской.

Выводы. Для подготовки будущих боеспособных военнослужащих для службы в Вооруженных Силах Украины, особенно в военно-полевых условиях в зоне проведения ООС, необходима профилактика стоматологических заболеваний, санация и диспансеризация на ранних этапах, начиная со школ, средних специальных учебных заведений, военных училищ, ВУЗов, военкоматов.

Для проведения санации пациентов на базе Запорожского военного госпиталя, в нынешних условиях, нужно улучшить соответствующую материально-техническую базу и усилить профессиональный кадровый состав госпиталя ставкой стоматолога протезиста двумя ставками зубных техников (по нормам МЗО), а также продумать материально-техническое обеспечение (техническую лабораторию) для дальнейшего зубопротезирования военнослужащих ВСУ и пенсионеров МОУ.

К.А. Шевченко, В.В. Кевпанич, М.І. Шкірта

Пляжний волейбол як один із видів активного відпочинку

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Пляжний волейбол – популярний вид спорту, гра на розділеному високою сіткою піщаному майданчику, в якій дві команди, що знаходяться по різні сторони сітки, перекидають через неї м'яч, як правило, руками, з метою приземлити його на чужій половині і не допустити падіння м'яча на своїй половині майданчика. Свою історію він розпочав з 20-х років 20-го століття на пляжах Санта Моніки (Каліфорнія, США). Проте його популярність та доступність швидко набирала обертів і вже за кілька десятиліть він став відомим по всьому світу. Сонце, пісок, сітка і м'яч – ось і все, що необхідно для улюбленого мільйонами людей пляжного волейболу. Ця, здавалося б, не надто серйозна гра зародилася на відпочинку, стала неймовірно популярною і перейшла в розряд професійних, удосконалих змагання на Олімпійських іграх.

Мета: популяризація пляжного волейболу як одного із видів активного відпочинку.

Результати дослідження. Пляжний волейбол є ідеальною спортивною дисципліною, в якій поєднуються не тільки спорт, а й відпочинок, не кажучи про командний азарт та ефектні битви на піску.

Прототипом для пляжного волейболу як окремого виду спорту став звичайний волейбол. У них є багатоспільного, але є і кілька істотних відмінностей за технікою і правилами гри. Насамперед, варто наголосити на тому, що пляжний волейбол вимагає від гравця стрибучості, рухливості, витривалості, сили, почуття м'яча, хорошої реакції і «ударної техніки». Кожна команда складається лише з двох людей, які не мають спеціалізації на нападників, захисників чи блокувальників – у пляжному волейболі потрібна універсальність. Цікаво й те, що мінати гравців не дозволяється. Якщо гравець травмується, відмовляється від гри або дискваліфікується, команда автоматично програє. Поєдинок, як правило, складається з трьох партій, дві з них граються до 21 очка, а третя – до 15 очок. Для перемоги, потрібно виграти у двох партіях з розривом не менше, ніж два очки. Команди мають право на два тайм-аути по 30 секунд за гру. Право на подачу команда отримує після виграного очка, втім, пропущений м'яч означає втрату права подавати. Як і в класичному волейболі, гравці подають по черзі, а на власній половині допускається не більше трьох торкань м'яча, після чого він повинен бути перебитий на половину суперника. Майданчик для б'ч-волей менший, ніж у класичному волейболі (16x8 метрів), але висота верхнього краю сітки однакова як у пляжному, так і в класичному спорті – 2,43 м для чоловіків та 2,24 м для жінок. Цікаво, що глибина піску повинна бути не менша, ніж 40 сантиметрів. Волейбол характеризується відносно нескладними технічними прийомами і тактичними діями. Його найважливішою рисою є відсутність безпосередньої контактної боротьби за м'яч. Інтенсивність рухів залежить від темпу гри, який може змінюватися відповідно до завдань, що вирішуються.

Крім традиційних для волейболу стрибучості, гарної реакції, відчуття м'яча пляжний волейбол вимагає значної витривалості, оскільки на піску складніше виконувати стрибки і ривки, а ігри часто проводяться на сонці за високої температури. В команді можуть грати від 2 до 6 і більше гравців, причому більша кількість гравців краще підходить для аматорського оздоровчого пляжного волейболу. Для цього варіанту волейболу важливим є універсалізм, оскільки гравці розміщуються на майданчику вільно, хоча у професійному пляжному волейболі у відношенні блокування і захисту застосовується спеціалізація.

Пляжний волейбол чудовий різновид активного відпочинку, кращий спосіб підтримати свою фізичну форму під час відпочинку. У пляжному волейболі гравці постійно знаходяться в русі, а це не тільки допомагає підтримувати форму, а й приносить масу задоволення. Оздоровчо-рекреаційні можливості волейболу визнаються як значні. Заняття волейболом завдяки своїй динаміці підвищують рівень фізичного стану, функціональні можливості організму. Вони навіть пропонуються хворим на атеросклероз та гіпертонію I ступеня. Доведено, що гра у волейбол сприяє нормалізації артеріального тиску при гіпертонії та гіпотонії. Такий активний відпочинок знижує ризик серцевих нападів і подовжує термін життя. Командні ігри згуртовують людей, налаштовують до більш відвертого і близького спілкування.

Висновок. Пляжний волейбол – відмінний спосіб підняття корпоративного духу і зміцнення відносин в колективі. Він не лише покращує фізичний стан людини, але й сприяє отриманню задоволення. Великим плюсом можна вважати те, що для початку занять пляжним волейболом достатньо лише бажання, оскільки ази навчання є досить доступними.

Література

1. Вайнбаум Я.С. Дозування фізичних навантажень. - 2012.
2. Железняк Ю.Д., Портнов Ю.М. Спортивні ігри. - М. Академія, 2001. – 310 с.
3. Фізичне виховання. Волейбол: практикум / уклад.: В.Г. Єременко, Т.Ф. Свірська. - К.: НАУ, 2013. - 44 с.

Т.В. Шелехова, Н.В. Степчук, М.І. Петрушко

Фізкультурно-оздоровчі технології на сучасних уроках фізичного виховання

Кафедра фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Фізичне виховання – могутній засіб активного впливу на розвиток організму і вдосконалення його функцій. Останнім часом значно зросла зацікавленість вчених-теоретиків та практиків питаннями фізичної освіти. У низці фундаментальних досліджень визначався принцип активізації процесу навчання та виховання, питання розробки інноваційних технологій.

Мета: проаналізувати зміст фізичного виховання в навчальних закладах з використанням новітніх оздоровчих технологій.

Завдання дослідження: з'ясувати існуючі оздоровчі технології, які використовують на заняттях з фізичної культури.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел.

Виклад основного матеріалу. Використання інноваційних технологій на заняттях фізичною культурою є першочерговим завданням для сучасного педагога. Тому вчитель повинен досконало володіти знаннями в області цих технологій і успішно застосовувати їх на своїх уроках. Використовуючи сучасні технології, вчитель може удосконалити не лише фізичні якості, а також розвивати творчий потенціал учнів.

За характером дії розрізняють наступні фізкультурно-оздоровчі технології:

Стимулюючі: дозволяють активізувати власні сили організму, використовувати його ресурси для виходу з небажаного стану (температурне гартування, фізичні навантаження).

Захисно-профілактичні: полягають у виконанні санітарно-гігієнічних норм і вимог.

Компенсаторно-нейтралізуючі: фізкультмінутки, фізкультпаузи.

Інформаційно-повчальні: забезпечують учням рівень письменності, необхідний для ефективної турботи про здоров'я.

Для досягнення цілей здоров'язберігаючих технологій застосовуються наступні групи засобів:

- засоби рухової спрямованості (фізичні вправи);
- оздоровчі сили природи (заняття на свіжому повітрі);
- гігієнічні чинники.

Практика показує, що однією з унікальних форм навчання є ігрова технологія.

Використання ігрових форм занять веде до підвищення творчого потенціалу учнів і до глибшого, осмисленого і швидкого освоєння матеріалу. Ігрові форми роботи в учбовому процесі можуть нести ряд функцій: - навчальна; виховна; коректувально-розвивальна; психотехнічна; комунікативна; розважальна; релаксаційна.

Вимоги до підбору ігор:

1. Гра повинна давати нові поняття.
2. У грі повинні розвиватися здібності правильно оцінювати просторові і тимчасові стосунки, швидко реагувати на часто змінну обстановку.

3. Дидактичний і руховий зміст гри повинен відповідати особливостям програмного матеріалу.

4. Міра складності гри повинна відповідати засвоєним умінням і навичкам.

Наступна технологія – це метод проектів.

Це дозволяє вирішувати відразу декілька завдань:

- розвиток особових компетентностей учнів;
- інтегрованість процесу навчання;
- заощадження часу на самому уроці.

Проектна діяльність – це створення проблемних ситуацій, активізація пізнавальної діяльності учнів в пошуку і вирішенні складних питань, що вимагають актуалізації знань, побудови гіпотез. Метод проектів завжди орієнтований на самостійну діяльність учнів, яку вони виконують у відведений для цієї роботи час.

Види проектів всілякі. Виділяють чотири основні категорії:

1. Інформаційний і дослідницький проект;
2. Оглядовий проект;
3. Продуктивний проект;
4. Проекти інсценування

Проектні технології дозволяють зробити з уроку рухової активності в урок освітнього напрямку. У кожній школі є учні, що мають обмеження в руховій активності, для яких такий вид діяльності дає можливість проявити себе.

Ще одна із технологій сучасного уроку – це інформаційно-комп'ютерна (ІКТ).

Сучасні педагогічні технології, а так само використання інтернет-ресурсів, нових інформаційних технологій, дають можливість педагогові досягти максимальних результатів. ІКТ дозволяють організувати учбовий процес на новому, вищому рівні, забезпечити повніше засвоєння учбового матеріалу. Використання презентацій на уроках

дозволяє детальніше і наочно надавати теоретичний матеріал. Цей вигляд роботи може бути використаний при вивченні техніки рухів, при поясненні правил ігор. Створення флеш-презентацій і відеороликів з комплексами загально розвиваючих вправ можуть стати помічниками вчителів. На уроках також можливе проведення тестування з метою перевірки і закріплення знань учнів

Електронні освітні ресурси, також дозволяють учням удома детальніше познайомитися з вивченою темою на уроці, знайти необхідні вправи для вдосконалення своїх фізичних якостей і поповнити багаж своїх знань в області фізичної культури і здорового способу життя.

Технологія рівневої диференціації може бути застосована по наступних напрямках:

- завдання з врахуванням рівня підготовки;
- облік не лише досягнутого результату, але і динаміки змін;
- розподіл учнів на медичні групи з врахуванням стану здоров'я;
- окремі завдання для учнів спеціальної медичної групи;
- для звільнених від занять, розробленні теми рефератів;
- залучення учнів на додаткові заняття різними видами спорту і участі у змаганнях.

Технологія особово-орієнтованого навчання передбачає розвиток особових (соціально значимих) якостей учнів за допомогою учбових предметів. На початку навчального року виявити рівень фізичної підготовленості за допомогою тестів і стан здоров'я (за даними медичних карт).

Особистісно-орієнтований і диференційований підходи важливі для учнів, як з низьким, так і з високими результатами в області фізичної культури.

Низький рівень розвитку рухових якостей – не успішність учнів по фізичній культурі.

Високий рівень розвитку рухових якостей – не цікаво на уроках з фізичної культури.

Вміст особово-орієнтованого навчання – це сукупність педагогічних технологій диференційованого навчання руховим діям, розвитку фізичних якостей, формування знань і методичних умінь і технологій управління освітнім процесом, що забезпечують досягнення фізичної досконалості.

Висновки. Фізична культура – це потужний засіб не тільки фізичного вдосконалення та оздоровлення, але також і виховання соціальної, трудової, творчої активності учнів.

Ефективність фізичного виховання забезпечується комплексним використанням традиційних і новітніх засобів фізичного виховання. Існуючі оздоровчі технології приваблюють різноманітністю своїх засобів та новизною.

Література

1. Денисенко Н.Ф. Оздоровчі технології в освітньому процесі / Дошкільне виховання. – 2004. - № 12.

2. Аксьонова О.П. Наука бути здоровим. Програма формування фізичної культури учнів початкової школи.

Запоріжжя, 2005.

3. Туяхова В.В. Використання інноваційних технологій на уроках фізичної культури. Стаття. Освіта.ua 2015.

О. Янович, Т.В. Хома

Реалізація принципів фізичного виховання в основній школі

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Сьогоднішні заклади освіти спрямовують свою діяльність на формування ключових та спеціальних компетентностей. У цьому процесі в основній школі важливе значення надається, з-поміж інших предметів, фізичній культурі.

Фізична культура є складовою частиною загальної культури суспільства, спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних, морально-вольових та інтелектуальних якостей людини з метою гармонійного формування її як особистості. Серед завдань визначено такі: формування загальних уявлень про фізичну культуру, її значення в житті людини, збереження та зміцнення здоров'я, фізичного розвитку; розширення рухового досвіду, вдосконалення навичок життєво необхідних рухових дій, використання їх у повсякденній та ігровій діяльності; розширення функціональних можливостей організму дитини через цілеспрямований розвиток основних фізичних якостей і природних здібностей; формування ціннісних орієнтацій щодо використання фізичних вправ як одного з головних чинників здорового способу життя; формування практичних навичок для самостійних занять фізичними вправами та проведення активного відпочинку; формування високих моральних якостей [2].

Реалізація завдань можлива за умови дотримання дидактичних загальних та специфічних принципів навчання.

Серед дидактичних виокремлюють такі: цілеспрямованість навчального процесу, науковість змісту навчання й виховання, систематичність, послідовність, доступність, урахування вікових та індивідуальних особливостей тощо [4].

Під «принципами» у теорії фізичного виховання розуміють найзагальніші теоретичні положення, які об'єктивно відображають сутність та фундаментальні закономірності навчання, виховання та всебічного розвитку особистості [3, с. 10].

Узагальнюючи наукові розвідки (Г. Безверхня, О. Чичкан, М. Кость, М. Пічугін, Г. Грибан, В. Романчук) щодо теорії та методики фізичного виховання, визначено принципи: принцип гуманістичної орієнтації; принцип пріоритету потреб, мотивів та інтересів особистості; принцип всебічного розвитку особистості; принцип оздоровчої спрямованості; принцип індивідуалізації; принцип зв'язку фізичного виховання з іншими видами діяльності і зайнятості людей [3, с. 8].

Деяко іншу класифікацію пропонує О. Шалар: принцип виховуючого і розвиваючого навчання; принцип свідомості (зв'язку з життям, з виробництвом); принцип наочності; принцип активності (ініціативи і творчості); принцип доступності (індивідуального підходу); принцип систематичності і послідовності (наочності, поступовості); принцип міцності (повторності, циклічності) [5].

У своїй основі запропоновані принципи сприяють реалізації комплексу навчальних, оздоровчих і виховних завдань.

Система принципів фізичного виховання реалізується через застосування у кожній конкретній ситуації як традиційних, так й інноваційних методів та прийомів, в процесі яких у здобувачів освіти відбувається активізація сприймання, засвоєння фізичних вправ, посилення інтересу до занять фізичною культурою, оволодіння міцними і систематизованими знаннями, вміннями і навичками в галузі фізкультурної діяльності. Серед них виокремлюємо метод фізичної вправи, як один з основних. Крім нього визначають ігровий та змагальний, вербальні та метод наочності.

У позаурочній діяльності реалізація принципів фізичного виховання має місце у процесі організації різноманітних видів конкурсів, змагань спортивних програм, як-от: «Веселі старты», «Найкмітливіший», «Малі олімпійські ігри», «Великі перегони»; організація і проведення «Дня здоров'я» з виїздом на природу, свята до Дня фізичної культури і спорту, Дня Європи, тенісних, футбольних і волейбольних турнірів; організація спортивних флешмобів та інші.

Отже, нами розглянуто принципи фізичного виховання, що впливають із завдань предмету «Фізична культура» і передбачають добірку як традиційних, так й інноваційних методів навчання.

Література

1. Безверхня Г. В. Педагогіка фізичного виховання / Г. В. Безверхня. – Умань, 2013. – 72 с.
2. Навчальна програма з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів 5–9 класи (затверджена наказом МОН від 23.10.2017 №1407) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://imzo.gov.ua/osvita/zagalno-serednya-osvita-2/navchalni-programy-5-9-klasy-naskrizni-zmistovi-iniji/fizychna-kultura-naskrizni-zmistovi-liniji>.
3. Фізичне виховання у схемах [навчально-методичний посібник] / О. А. Чичкан, М. М. Кость. – Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2011. – 104 с.
4. Фіцула М.М. Педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів освіти / М.М.Фіцула. – К., 2002. – 528 с.
5. Шалар О. Г. Практикум з педагогіки фізичного виховання: Навчально-методичний посібник / О. Г. Шалар – Херсон: ПП Вишемирський В. С., 2015. – 142 с.

Примітка. У статтях та матеріалах конференції збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: **м. Київ, 02099, пров. Волго-Лонський, 3, отримувач ЛУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів.

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись офіційним направленням (супровідним листом), гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та рецензією з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю), науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.
- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.
- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».
- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопесю (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.
- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.
- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу».** Кошти необхідно перераховувати на його рахунок **ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада