

Україна. Здоров'я нації № 3/1 (51), 2018

ISSN 2077-6594

ISSN 2077-6594

УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

№ 3/1 (51), 2018

*Украина. Здоровье нации
Ukraine. Nation's Health*

*НАУКОВО-
ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ*

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.

Болдижар 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.

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 № 9 від 07.09.2018 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 10 вересня 2018 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 4125

Видавець:

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

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

Видавник:

«СПД ФО «Коломіцин 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.

Boldyzhar O.O.
Voronenko Yu.V.
Hoida N.G.
Golovanova I.A.
Golubchikov M.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Kotuzha A.S.
Lysak V.P.

Liubnets O.V.
Melnyk P.S.
Nahorna A.M.
Rogach I.M.
Saidakova N.O.

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)
Boyar I. (Poland)
Gorbenko O.V. (Great Britain)
Dudina O.O. (Kyiv)
Dudnyk S.V. (Kyiv)

Zhylka N.Ya. (Kyiv)
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya)
Kovalenko O.S. (Kyiv)
Kudrenko M.V. (Kyiv)
Lashkul Z.V. (Zaporizhzhya)

Lobas V.M. (Krasniy Lyman)
Maiorov O.Yu. (Kharkiv)
Matiukha L.F. (Kyiv)
Medvedovska N.V. (Kyiv)
Myronyuk I.S. (Uzhhorod)

Moiseenko R.O. (Kyiv)
Ovoc A. (Poland)
Ohniev V.A. (Kharkiv)
Ruden V.V. (Lviv)
Sytenko O.R. (Kyiv)

Stanchak J. (Slovakia)
Stepanenko A.V. (Kyiv)
Tolstanov O.K. (Kyiv)
Yarosh N.P. (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 № 9 of 07.09.2018.

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 September 10, 2018. The total circulation is 100 copies. Order № 4125

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

Матеріали учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання у сфері надання комплексних послуг особам з інвалідністю» (19–21 вересня 2018 року, м. Ужгород)

CONTENT

Materials of participants of scientific-and-practical conference with international participation “Topical issues in the provision of complex services for disabled persons” (Uzhhorod, September 19–21, 2018) (In Ukr.)

Білень Я.С., Романів О.П., Надь Б.Я.

Психолого-педагогічна допомога сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

На сучасному етапі – в період активного формування нового громадянського суспільства дуже актуальними є питання адаптації сім'ї до виховання дитини з особливими потребами. Одним з найважливіших пріоритетів політики кожної держави і моральний обов'язок кожного громадянина – це створення всіх умов для повноцінного розвитку дитини. Насамперед це стосується дітей з інвалідністю, які потребують уваги та особливого піклування з боку не тільки їх батьків, а і держави. Країна має забезпечити таким дітям доступ до медичного обслуговування, реабілітації та відновлення здоров'я, дати їм можливість розвиватись як особистість.

У наш час фахівці різного профілю (соціологи, демографи, психологи, педагоги та ін.) виявляють підвищений інтерес до проблем сучасної сім'ї. Традиційно родина сприймається як природне середовище, яке забезпечує гармонійний розвиток і соціальну адаптацію дитини. Увага вчених пояснюється не тільки професійною проблематикою, але і наявністю значних труднощів у розвитку цього соціального інституту.

В Україні існує низка законодавчих актів стосовно підтримки і допомоги сім'ям, де є діти з особливими потребами, зокрема дітям-інвалідам. Проте основний тягар з вирішення соціальних проблем, пов'язаних з інвалідністю дитини, все ж таки лежить на плечах батьків. Лише вони можуть розуміти всю відповідальність за їх виховання, повноцінний розвиток, самооцінку, соціальну адаптованість. На жаль, ситуація сімей, що мають дітей з особливими потребами ускладнюється тим, що багато кому з батьків бракує відповідних психологічних, педагогічних, юридичних знань. Дуже часто необхідно створювати атмосферу для самих батьків дітей-інвалідів, щоб час від часу вони мали можливість знімати психологічне напруження. Це надто болючий удар для них, і розв'язати купу проблем, пов'язаних з народженням дитини-інваліда без допомоги державних установ надзвичайно важко.

Частина батьків, які стурбовані проблемами, що виникли, намагається вирішити їх власними силами. Батьки дітей з інвалідністю беруть активну участь у створенні батьківських асоціацій, просвітницьких фондів, центрів милосердя. Однак, незважаючи на значне зростання подібних недержавних установ в останні роки, основна маса батьків залишається безініціативною щодо вирішення проблем своїх дітей. У зв'язку з цим особливо важливою стає проблема створення психолого-педагогічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку.

Сьогодні Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) наполягає, що від активного розвитку здібностей та можливостей дітей з інвалідністю виграло би все суспільство. Виконавчий директор ЮНІСЕФ Ентоні Лейк зазначає, що якщо ми не думаємо про дитину, а про її інвалідність, то це не тільки неправильно стосовно цієї дитини, але й відбирає у суспільства все те, що ця дитина може йому дати.

Варто відзначити що існує ціла низка чинників психологічної дезадаптації особливих дітей у сфері сімейних стосунків, про які корисно знати родині дитини-інваліда. Батьки дуже часто не можуть адекватно оцінити психічний розвиток дитини, її поведінкову реакцію, психологічну атмосферу в сім'ї. Великий вплив має такий соціально-економічний чинник, як наявність в сім'ї ще здорових дітей, на фоні яких дітей-інвалідів сприймають по іншому, по «особливому», не так як інших. Ці чинники можуть сильно вплинути на психіку дитини з вадами, деформувати її, значно ускладнити лікувально-реабілітаційні заходи, соціальну адаптацію.

Народження дитини з вадами розвитку стає для родини великим потрясінням, а реакція на це може дуже сильно різнитися. Хтось може важко сприйняти таку звістку, але згодом змиритися з цим, а хтось впадає в депресію або взагалі відмовляється від такої дитини. Багато вчених спостерігали та аналізували цю ситуацію і виділили декілька стадій пристосування сім'ї:

1. Стадія шоку, агресії, відмови від усвідомлення факту. Батьки шукають винного у трагедії, звинувачуючи одне одного чи лікарів. Іноді агресію спрямовують на новонародженого у сім'ї, зростає емоційне напруження;
2. Стадія скорботи за здоровою дитиною, якої немає. Батьки починають усвідомлювати свою відповідальність, однак відчують себе безпорадними в питаннях догляду, виховання дитини, звертаються до спеціалістів;
3. Стадія адаптації: батьки «приймають» ситуацію, починають будувати життя з урахуванням того, що в сім'ї дитина-інвалід.

Педагогічний напрям ставить за мету залучення родини хворої дитини до роботи з нею через можливість особистої участі в її розвитку. Батьки хворої дитини навчаються за допомогою фахівця певного набору спеціальних методичних прийомів, використовуваних у практиці корекційної педагогіки. Досягнення психотерапевтичного ефекту здійснюється внаслідок особистої участі батьків хворої дитини в його освітньо-виховному процесі, тобто психологічний вплив здійснюється засобами педагогіки. Цей процес проводиться під керівництвом психолога з допомогою педагогічних і психологічних засобів. Реалізація цього завдання передбачає проведення психологом індивідуальних занять з дитиною, в яких беруть участь і його батьки.

У процесі ведення занять з хворою дитиною та її батьків психолог ставить перед собою наступні цілі:

- 1) навчання батьків спеціальним корекційним і методичним, прийомом, необхідним для проведення занять з дитиною в домашніх умовах;
- 2) навчання батьків спеціальним виховним прийомом, необхідним для корекції особистості аномальної дитини;
- 3) корекція внутрішнього, психологічного стану батьків;
- 4) корекція взаємовідносин між батьками та їх дитиною.

Психолог проводить індивідуальні заняття з дитиною, запрошуючи на них також і його батьків. Залучення батьків хворої дитини до такої форми діяльності спрямовано на нейтралізацію неконструктивних форм її поведінки. Здійснення продуктивної зайнятості родини дозволяє їй реалізувати необхідну потребу у діяльності взагалі і в діяльності з дитиною зокрема, а також звільняє її від асоціальної або деформуючої психіки форми світорозуміння (почуття власної провини, провини предків і т.д.), що виникла внаслідок стресу.

Мета роботи: провести аналіз основних труднощів сімей, в яких виховуються діти з інвалідністю, особливості їх функціонування на психологічному, соціальному та педагогічному рівнях.

Матеріали та методи. Для вивчення та аналізу даного питання використано наукові статті з психології та педагогіки, медичну літературу.

Результати. Достовірних даних про те, скільки дітей страждають від інвалідності у світі, яка форма інвалідності у цих дітей і як ця інвалідність відображається на їхньому житті, мало. Внаслідок цього уряди більшості країн не мають надійних орієнтирів при виділенні коштів на забезпечення підтримки і допомоги дітям-інвалідам та їхнім сім'ям. Близько третини країн світу досі не ратифікували Конвенції про права інвалідів.

В Україні живе понад 8 мільйонів дітей, з яких більше 165 тисяч – це діти з інвалідністю. Вони є однією з найбільш уразливих груп дітей в нашій країні і взагалі у всьому світі. Надзвичайно важливим є забезпечення всебічного розвитку таких дітей від самого народження. Дуже важливим є усунення розлучення дитини зі своєю родиною і потрапляння до інтернатного закладу. Потрібно забезпечити ранє діагностування та вчасне лікування і тоді діти стануть більш активними членами суспільства.

Т.Г. Соловійова (кандидат психологічних наук) зазначає, що переживання сім'єю стресу, що виникає під час народження (чи встановлення діагнозу) дитини з особливими потребами порушує структуру сім'ї кількісно (з'являється новий член сім'ї) та якісно (збільшується ризик відмови батьків від дитини, можливе розлучення батьків, змінюється стиль сімейних взаємин, прогресує соціальна ізоляція родини).

За спостереженнями І.Б. Карвасарської, дуже важко переконати батьків дітей з вадами розвитку займатися психотерапією через те, що визнання потреби такої терапії для себе розглядається ними як причина почуття провини. З іншого боку, відмова від терапії може бути через потребою в особливій увазі під час обговорення власних проблем та проблем дитини, таким чином реалізується потреба винятковості.

Висновки. Наше суспільство не повинно в чомусь обмежувати дітей-інвалідів, відокремлювати їх від суспільства, сприймати їх як людей, які потребують особливої опіки в ізольованих умовах. Ми маємо сприймати їх як рівних людей, тих, які можуть жити поміж нами, мати можливість проявляти себе, не боятись якогось осуду і бути потрібними суспільству. З нашого боку правильним буде а давати їм підтримку, якої вони так потребують.

У дитини-інваліда дуже високий рівень залежності від сім'ї, обмежені навички взаємодії в соціумі. Проблема виховання і розвитку "особливої" дитини стає складною для сім'ї, батьки потрапляють в психологічно важку ситуацію: вони відчують біль, горе, відчуття провини, часто впадають у відчай.

Головне завдання психолога у роботі із сім'єю, на мій погляд, полягає в тому, щоб батьки за його допомогою змогли побачити реальну перспективу розвитку своєї дитини, з'ясувати можливі труднощі соціального розвитку, що виникають у певні вікові періоди, а також визначити свою роль у процесі психолого-педагогічного супроводу дитини.

Список використаної літератури

1. https://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_24178.html
2. https://pidruchniki.com/81726/pedagogika/sotsialno-pedagogichna_diyalnist_sotsialnogo_pedagoga_roboti_rodinoyu_meta_zavdannya_sotsialnih_sluzhb_molodi
3. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами: навчально-методичний посібник / Сост. Н.В. Заверико, Т.Г. Соловійова. – Запоріжжя: ПП "Тандем", 2008. – 53 с.
4. Дисертація «Соціально-педагогічні засади роботи з батьками дітей з особливими потребами» / Т.Г.Соловійова. – Київ, 2009
5. Карвасарская И. Б. Психологическая помощь аутичной семье // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. психологии: Мат-лы III съезда РПА и науч.-практ. конф. Курск, 20-23 октября 2003 г. – Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та, 2003. – 271 с.

Білень Я.С., Романів О.П., Надь Б.Я.

Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників АТО

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

У конфлікті на Сході кожен військовослужбовець відчуває стрес принаймні два рази: вперше, коли потрапляє на війну, а вдруге, коли повертається знову до цивільного життя.

Сьогодні дуже гостро постає питання розв'язання проблем реабілітації учасників АТО, йому приділяється велика увага в засобах масової інформації, воно виноситься на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій. Багатогранність завдань медичної реабілітації постраждалих в АТО потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напрямку клінічної та соціальної медицини. У МОЗ України створено окремий відділ медичної реабілітації та паліативної медицини, який має корегувати роботу цього напрямку.

За інформацією ЗМІ відомо, що клінічну базу становлять 11 лікарень відновного лікування – усього 1 тис. 888 ліжок, пізніше до них долучилися обласні госпіталі інвалідів війни, а це є ще 7 тис. 248 ліжок, 7 фізіотерапевтичних лікарень, понад 12 тис. ліжок ЗАТ «Укрпрофздоровниці» та відомчих санаторно-курортних закладів.

Великий об'єм допомоги у лікуванні військових, які отримали поранення або стали інвалідами після сутичок на Сході України, українській владі надає міжнародна спільнота й громадські організації.

Проаналізувавши інформацію з різних джерел, зараз в збройному конфлікті на Сході України беруть участь близько 50 тис. українських солдатів, причому за останній час значно побільшало тих, хто повертається додому інвалідами не тільки у фізичному, а й у психологічному плані. У наш час психологи зазначають, що реабілітація має важливе значення не тільки для самих воїнів, а й для всього суспільства.

Близько 560 військових учинили самогубство з моменту початку бойових дій на Сході України. Про це військовий прокурор Анатолій Матіос написав на власній сторінці у фейсбуці, посилаючись на статистичні дані Єдиного реєстру досудових розслідувань станом на 1 квітня 2018 року. За його словами, на психологічну реабілітацію, соціальну та професійну адаптацію учасників АТО виділено 109 млн грн., проте їх не використовують, адже Мінсоцполітики досі не ухвалило ряд нормативних документів. А без них неможливо укласти договори про надання послуг з реабілітації учасників АТО.

Мета роботи: провести аналіз рівня соціально-психологічної та медичної реабілітації учасників антитерористичної операції.

Матеріали та методи. Для вивчення та аналізу соціально-психологічної та медичної реабілітації учасників антитерористичної операції було використано інтернет видання.

Результати. Особа, яка потрапляє на фронт, повинна адаптуватися до нового життя. Потрібно забути те, що було раніше, щоб це не заважало сконцентруватися на тому, щоб зберегти власне життя. Завжди потрібен час для адаптації, бо неможливо, якщо ти музикант чи програміст, думати про написання нового твору чи програми.

Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, піддані воєнно-травматичному стресові, що викликаний рядом обставин. По-перше, вони знаходяться в ситуації, яка безпосередньо загрожує їхньому життю, також частково вони ще переживають смерть та поранення товаришів, психологічна напруга доповнюється постійними негативними очікуваннями. По-друге, військовослужбовці в бойових умовах знаходяться в стані психічної деривації (стан, коли людина позбавлена тих умов життя, до яких вона звикла), що викликана неможливістю довгий час задовольнити важливі життєві потреби (зміна цивільного життя на воєнне, розлука з близькими та ін.). По-третє, бійці в зоні АТО, які здебільшого, стримують натиск супротивника, а не проводять активних наступальних дій, переживають психічний стан фрустрації (марного очікування), який виникає при невідповідності реальної дійсності очікуванням людини.

Стан фрустрації може виникнути при зіткненні з об'єктивними непереборними труднощами (неможливістю одержати перемогу над супротивником з об'єктивних причин його кращої технічної оснащеності) або суб'єктивними переживаннями (з приводу неможливості побороти ворога, оскільки керівництво не віддає відповідних наказів).

Велика кількість бійців із зони АТО повертаються з величезним багажем психологічних переживань, зміною стилю поведінки, що безпосередньо пов'язано з бойовими рефлексамі, придбаними в результаті життєво небезпечних ситуацій. Спілкування, прийняття бійця таким як він є і допомога фахівця – саме на цих трьох основних діях і ґрунтується успішна психологічна реабілітація.

Багато військовослужбовців пройшли кризу такі випробування, після яких біль сприймають як прикре непорозуміння. Вони не визнають потреби в допомозі і завжди переводять стрілки: "Я впораюся сам, краще допоможіть моєму другові, – в нього лихо, йому це потрібно більше!" Як тільки їм стає легше – просять виписати, рвуться знову на передову, в окопи. Пояснюючи це тим, що там залишилися їх товариші, що повинні там бути, хто, якщо не вони.

Зі свого досвіду фахівці стверджують, що переважає більшість бійців АТО нікому, навіть, самі собі, не зізнаються в тому, що їм дійсно потрібна психологічна реабілітація. На жаль, у наш час ще досі живі радянські стереотипи, в яких психологічна допомога сприймається як якась примха, без якої цілком можна обійтися. Якщо зараз спробувати знайти

людину, а тим більше бійця зі зброєю, яка сміливо вголос може сказати, що вона відвідує сеанси психолога – це буде неможливо.

Незважаючи на те що проблеми, із якими стикаються медичні працівники та пацієнти під час лікування, є досить типовими для системи охорони здоров'я, в умовах проведення АТО існуючий багаторічний безлад призводить до трагічних наслідків. Більше того, з'явився ряд суттєвих проблем, про які раніше не було й мови. Зокрема – психологічна реабілітація учасників АТО, особливості лікування уражень від вогнепальної зброї, масові політравми. До 2014 р. незалежна сучасна Україна ніколи не перебувала у відкритому широкомасштабному збройному конфлікті. Тому у багатьох питаннях українські фахівці некомпетентні. Лише міжнародний досвід може допомогти у вирішенні таких надскладних завдань.

Психологічна робота із військовослужбовцями не повинна обмежуватися лише пораненими бійцями у військових госпіталях. Європейська модель психологічної підготовки військових та їх реабілітації включають чіткі алгоритми, що стосуються психологічної підготовки військовослужбовців під час їх навчання на тренувальних базах; супроводу та роботи із військовими безпосередньо під час бойових дій, і від цієї складової часто залежать не лише успішність військової операції, а й життя самих бійців; психологічну допомогу пораненим та членам їх сімей під час лікування та подальшої реабілітації, роботу із членами родин загиблих військовослужбовців. На сьогодні в Україні немає жодного психолога відповідного рівня знань, досвіду та кваліфікації.

Дуже важливим є огляд кожного пацієнта і підбір індивідуального підходу до нього для проведення психодіагностики, перевірки на адекватність, рівень тривожності. Потрібно спілкуватися з військовослужбовцями на рівних і не боятися їх, бо інакше нормально спілкування не вийде.

Висновки. Причиною посттравматичних стресових розладів стає участь у проведенні антитерористичної операції на Сході України українських військовослужбовців, які морально не готові до бойових дій. Варто розуміти, що війна, як і будь-яка інша діяльність, по-перше, висуває свої вимоги до особистості, й не кожна людина їм відповідає за своїми психологічними, фізичними та духовними якостями. По-друге, воєнна діяльність вимагає кваліфікованої підготовки, оскільки від неї залежить не лише професійне виконання завдань, а і власне життя військовослужбовця та товаришів по службі.

В учасників АТО після закінчення терміну лікування у закладах охорони здоров'я, як правило, ще залишаються глибокі душевні та фізичні вади, тому вони не завжди готові повернутися до нормального життя і потребують додаткової спеціалізованої допомоги.

Реабілітаційна робота, яка орієнтується на подолання наслідків, симптомів минулого воєнного досвіду військовослужбовця має спиратися на його індивідуальні потреби. Після повернення в мирне життя, військовослужбовці повинні бути залучені не тільки до реадaptaційних заходів, а також отримувати повноцінну комплексну реабілітацію згідно індивідуальних програм. Військовослужбовці з ПТСР, які пройшли реабілітацію і реадaptaцію вимагають тривалого соціального супроводу. Найбільш дієвими є індивідуальні консультативні форми роботи та групові корекційні заняття з бійцями АТО.

Люди, що повертаються з фронту до мирного життя мають підвищене відчуття справедливості. Але головним мінусом в цій ситуації є те, що вони навчені користуватись зброєю і вирішують конфлікти фізично, тобто такі люди рідко вирішують проблеми мирним шляхом. Їм важко відразу переключитися із «світу», де всім керує жорстокість і людина постійно знаходиться в напрузі, до «світу», де все значно відрізняється. Ось тому соціально психологічна реабілітація і час є дуже важливими у допомозі бійцям АТО знову адаптуватись до нормального життя.

Список використаної літератури

1. https://ukr.lb.ua/society/2018/05/23/398337_fond_sotsstrahuvannya_profinansuvav.html.
2. <https://www.apteka.ua/article/323836>.
3. https://www.bbc.com/ukrainian/society/2016/02/160204_hospital_soldiers_rl.

Бертольд Брігітте

Фізіотерапія

Ебікон (Швейцарія) / Ужгород

Фізіотерапія використовується у різноманітних робочих сферах, наприклад у

- превентивній.

Запобігання неправильній поставі, виробленій в наслідок професійної діяльності, запобігання професійних захворювань та захворювань типових для країни чи в цілому для багатьох країн, які базуються на неправильному чи недостатньому навантаженні, навчання пацієнтів зони ризику.

- для санаторного лікування та реабілітації

Реабілітація після нещасних випадків, після довготривалих хвороб, відновлення природної рухливості, сили та вправності пацієнта, повернення до професії. Для збереження фізичного та ментального здоров'я та працездатності.

- Велнес

Для збереження фізичного та ментального хорошого самопочуття, допомога в подоланні стресу.

- Стаціонарному та амбулаторному лікуванню

При захворюваннях внутрішніх органів, ортопедичних, неврологічних захворюваннях, у травматології, при ревматичних захворюваннях, у геріатричних пацієнтів

Фізіотерапія на даний час поділяється на шість фахових сфер:

- Загальна фізіотерапія, загальна фізіотерапія із наголосом на психосоматику
- Геріатрія
- Внутрішні органи та судини
- М'язи та скелет
- Нейромоторика та сенсорика
- Педіатрія

Первинний принцип фізіотерапії – це система руху та поведінка руху; метою є досягнути звільнення від болю та бережливої поведінки руху, тобто – у випадку незворотних розладів функцій створити можливості для компенсації.

Фізіотерапевти аналізують та інтерпретують больові стани, сенсомоторні та функціональні вади розвитку (наприклад, гіпер- чи гіпомобільність якогось суглобу), для того щоб впливати на них специфічними мануальними та іншими фізіотерапевтичними техніками.

Фізіотерапевти впливають також і на функціональні розлади внутрішніх органів, покращують сприйняття самого себе та інших, а також соціальні компетенції і можуть так само впливати і на психічну працездатність.

Бобат-терапія має завдання лікувати дітей та дорослих із неврологічними особливостями. Метою Бобат-терапії є досягнення максимально можливої самостійності та вміння пацієнта самостійно виконувати дії у щоденному житті, уникнення вторинних змін, таких як, наприклад, нерухливість суглобів.

В чому полягає різниця фізіотерапії для дітей і фізіотерапії для дорослих? Головні акценти у фізіотерапії у дітей знаходяться в оптимізації розвитку руху, досвіду руху та поведінки руху, створенні бази для розвитку мовлення. Важливою складовою частиною терапії є розвиток дитини, спрямований на сім'ю, в її щоденному просторі, наприклад, під час догляду за тілом, одягання-роздягання, прийом їжі і під час дитячої гри. Терапевт оцінює сенсомоторний розвиток дитини, спостерігаючи за спонтанною поведінкою дитини.

Ознайомлення батьків з тим, як правильно брати дитину на руки (називають «гендлінг» /«Handling») та забезпечення допоміжними засобами – все це служить додатковим полегшенням для батьків у щоденному житті.

„Єдиною відповіддю на питання, чи те, що ви робите є правильним для дитини, є реакція дитини на те, що ви робите.“ (Берта Бобат)

Головний акцент у фізіотерапії дорослих полягає в оптимізації поведінки руху дорослого, його мотивації рухатися, виконання руху та свідомості здоров'я.

Фізіотерапія має на меті, щоб пацієнти знову знайшли шлях до тих рухових шаблонів, які дозволяють або спонукають його/її максимальну самостійність.

Важливим аспектом при цьому є покращення рівноваги як бази для нормальної селективної постави та руху. Звичайний рух є направленим на ціль, бережливим, адаптованим і автоматизованим! Стереотипи руху є загальними стереотипами послідовності рухів, які виконуються усіма людьми однаково або схоже. Але вони є індивідуально різним.

Шаблони руху розвиваються у дитинстві і у дорослих стають автоматизмами. Навчальний процес пацієнта в рамках його реабілітації відбувається не тільки під час терапевтичних занять. Нейропластичність вимагає 24-годинну концепцію навчання!

Тому усі групи професій, які впливають на поставу і рух пацієнта, а також батьки і персонал по догляду повинні орієнтуватися на принципи концепції Бобат, для того, щоб забезпечити успіх навчання.

Діти та дорослі. На відміну від інших форм терапії, у концепції Бобат нема стандартизованих вправ, а не першому плані стоять індивідуальні терапевтичні активності, які базуються на щоденних рухах.

Ерготерапія. В ерготерапії, поряд із стимулюванням розвитку сфери дрібної моторики та координації, створюється можливість для розвитку кращого сприйняття власного тіла. Логопедія у концепції Бобат охоплює такі сфери, як мовленнєва моторика, мова та прийом їжі. До сфери комунікації належить розвиток передмовної, вербальної та невербальної, а також підтриманої та альтернативної комунікації.

Медична сфера. Для медичної діагностики та консультування потрібне хороше розуміння патофізіології та неврологічної картини хвороби; а також передумовою є знання дитячого розвитку у комплексному огляді фізичного, моторного, когнітивного, а також соціально-емоційного дозрівання.

Принципи роботи концепції Бобат є те, що діти та дорослі тренують функції постави та руху під час виконання своїх щоденних дій, а не у спеціально створених умовах.

Щоб вступити у партнерський діалог, терапевти повинні володіти ґрунтовними знаннями у таких сферах розвитку: моторика, соціальна комунікація, рецепція/когніція, емоційність.

Концепцію починають використовувати для немовлят, дітей, підлітків та дорослих з вродженими або здобутими в ранньому дитинстві церебральними розладами руху, при затримці розвитку невідомого походження, сенсомоторними розладами та іншими неврологічними чи нейроп'язовими захворюваннями.

Бобат-терапія – це багатогранне, диференційоване та креативне формування терапевтичного процесу, в центрі якого стоять навички пацієнта у його взаємодії (інтеракції) з оточенням, і який дозволяє пацієнту сприймати терапію як доцільні, цінні і розвиваючі заходи.

Доповнення до терапій

- Гіпотерапія, корекційно-педагогічне скакання верхи
- Плавання
- Музична терапія
- Спорт для людей з особливостями, силове тренування

Медичне забезпечення різних етапів життя.

Люди з інвалідністю стають старшими. Тривалість їх життя є приблизно такою ж, як і середня тривалість життя населення. Але потрібно брати до уваги особливості процесу старіння та пов'язані з цим медичні дії.

Церебральний параліч. Поширення ЦП у світі має показники близько 1,5 та 3,8 на 1000 народжень. Лікування складається із інтенсивної розвивково-неврологічної фізіотерапії. Прогресуючі неврологічні розлади моторики все таки дозволяють багатьом ходити: у США та Європі більше ніж половина людей із ЦП – ходять самостійно. Але із досягненням підліткового віку базові навички моторики слабшають. І в дорослому віці майже у половини осіб навички ходьби зменшуються. Причинами цього вважають збільшення проявів втрати сили і зниження кардіо-распіраторної працездатності, втомленість та біль. Тому сьогодні важливо працювати над хорошою фізичною формою пацієнтів.

Асоціацію Бобат-терапевтів в Німеччині було засновано у Мюнхені. Асоціація Бобат-терапевтів Німеччини це міждисциплінарне об'єднання. Фізіотерапевти, ерготерапевти, логопеди та лікарі можуть стати членами-радниками, якщо мають сертифікат про проходження навчання Бобат. Сертифікат можна отримати через VeVID (Спілка інструкторів Бобат Німеччини та Австрії) або ж через GKB (Спільна Конференція Курсів Бобат). Особи, які зацікавились концепцією Бобат і хочуть підтримати її, можуть стати членом-підтримувачем. На даний час асоціація нараховує 1300 членів у Німеччині, Австрії та Швейцарії.

Використані джерела

- Verein Bobath-TherapeutInnen Schweiz, <http://ndtswiss.ch>.
- Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Kurse in Entwicklungsneurologischer Therapie nach Bobath, <http://www.sakent-asend.ch/de/ndtBobath.html>.
- Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse GKB www.bobath-kurse.de
- Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands, www.bobath-vereinigung.de
- Schweizerischen Vereinigung der KinderphysiotherapeutInnen, www.physiotherapia.paediatrica.ch
- Schweizer Physiotherapie Verband, www.physioswiss.ch
- Schweizerische Stiftung für das cerebral gelähmte Kind, Bern, www.cerebral.ch
- European Bobath Tutors Association EBTA, www.bobath-ndt.com
- Physiotherapie Fachzeitschrift, PHYSIOACTIV 2/2018 Bildung und Forschung S.47 Dominique Monnin, Balz Winteler.
- <https://www.physioswiss.ch/de>
- <https://www.ibitaswiss.ch/ibita/index.php>

Гавловський О.Д., Голованова І.А., Овчаренко О.М.

Підвищення ефективності психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників антитерористичної операції (надалі АТО) в Україні є одним з важливих питань, якому приділяється значна увага в засобах масової інформації, яке виносить на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій, але ґрунтовно науково залишається не дослідженим. Важливість реабілітації не тільки для самих вояків, а й для всього суспільства та багатогранність завдань психологічної реабілітації постраждалих в АТО потребує підвищення ефективності функціонування цієї системи як самостійного напрямку соціальної медицини.

Відсутність загальнодержавної системи реабілітації для зазначеної категорії осіб призводить до значного зростання соціального напруження в суспільстві, погіршення криміногенної ситуації, невиправданої інвалідизації

учасників АТО, травматизації членів їхніх сімей, зниження рівня життя та суттєвого збільшення фінансових затрат на розв'язання зазначених проблем.

Актуальність розроблення та реалізації проектів, спрямованих на забезпечення поліпшення здоров'я учасників АТО, їхнього психічного та морального стану, а також розвитку ефективного ветеранського, громадського та місцевого самоврядування визначили мету дослідження.

Мета. Обґрунтувати необхідність психологічної реабілітації учасників АТО, проаналізувати актуальні проблеми реабілітації учасників АТО та їх причини, запропонувати шляхи подолання з метою підвищення її ефективності.

Матеріали та методи. Було використано загальнонаукові та специфічні методи дослідження: методи аналізу та синтезу; індукції та дедукції; теоретичного узагальнення та порівняння; аналітичні методи та спостереження.

Результати. У зв'язку з проведенням антитерористичної операції на Сході України кількість ветеранів війни постійно зростає. Станом на 1 червня 2017 року в Україні було зареєстровано 475,7 тисяч учасників бойових дій, з яких 303,2 тис. учасників антитерористичної операції; 549,9 тисяч учасників війни, з яких 1254 учасників антитерористичної операції; 138,6 тисяч інвалідів війни, з яких 5,5 тисяч учасників антитерористичної операції; 211,4 тисяч членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, з яких майже 8 тис. з числа членів сімей загиблих учасників антитерористичної операції [7].

З початку проведення АТО статус учасника бойових дій отримали майже 326 тис. осіб, 8489 із них мають каліцтва і поранення, 3784 військовослужбовців загинули [3]. Крім того, учасники АТО зазнали психологічного травмування, що може призводити до погіршення їхнього психоемоційного стану, психосоматичних захворювань і соціальної дезадаптації. Такі особи гостро потребують послуг медичної, психологічної та соціальної реабілітації, без отримання яких їхня повноцінна адаптація до цивільного життя суттєво ускладнюється.

Ветерани АТО постійно виявляються в центрі якихось конфліктів або ж здійснюють самогубства. За час проведення АТО щонайменше 554 особи наклали на себе руки (офіційна статистика ЕРДР станом на 01.04.2018) [3]. Так, навіть у США, де бійці проходять психологічну реабілітацію, 22 ветерана кожен день закінчують життя самогубством (статистика за підсумками 2014 року). Саме тому нещодавно був проведений флешмоб "22 віджимання", ідея якого полягала в тому, щоб звернути увагу на проблему з самогубствами ветеранів війни [6].

Міжнародний досвід і результати ряду вітчизняних досліджень свідчать, що майже 98% вояків можуть потребувати висококваліфікованої психологічної допомоги [5]. У 1970-х роках у США у 25% учасників бойових дій, які навіть не мали каліцтва, згодом загострилися різні психічні та психологічні порушення, а серед поранених і покалічених таких було 42%, до 100 тис. ветеранів у різний час наклали на себе руки, а від 35 до 45 тис. донині ведуть замкнутий спосіб життя. Після війни у В'єтнамі США втратили людей значно більше, ніж під час бойових дій (через алкоголізм, наркоманію, самогубства, криміналізацію колишніх військових) [4]. Близько 93% учасників АТО називають потенційною загрозою для суспільства через ПТСР (Посттравматичний стресовий розлад) [6]. Для його визначення необхідно витримати певний термін. За медичною класифікацією, цей діагноз ставиться через 6 місяців після початку діагностики. Основні форми його вияву: часткова або повна соціальна дезадаптація, зниження пам'яті, думки про самогубство та суїцидальні дії, почуття постійної стомленості, неспроможність концентрувати увагу, порушення сну, зловживання алкоголем, прийом наркотиків, головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади тощо. Тому психологічна реабілітація учасників АТО набула особливого значення для нашого суспільства. І що раніше й повніше її надаватимуть, то менше проблем виникатиме в майбутньому. Але в Україні медичні стандарти (уніфіковані клінічні протоколи) за напрямком "Посттравматичний стресовий розлад" ще не затверджені, а знаходяться в стадії розробки [1].

Теоретичні основи психологічної реабілітації спираються на представлення В. М. Мясіщева про реабілітацію як перебудову системи відносин особистості і пристосуванні індивідуума до цих важливих сторін життєдіяльності. На думку М. М. Кабанова однією з найважливіших сфер реабілітації (поряд із професійною, сімейною, суспільною ін.) є сфера психологічна [2]. В. Ф. Мисюра розглядав психологічну реабілітацію як систему медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного і соціального статусу людей, що одержали психічну травму.

Психологічна реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в АТО, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) являє собою комплекс заходів психологічного характеру, спрямованих на збереження, відновлення та корекцію психофізіологічних та психічних функцій, оптимального рівня боєздатності військовослужбовців, які були піддані впливу психотравмуючих чинників та постраждали внаслідок цього, а також створення сприятливих умов для подальшого успішного виконання ними службових обов'язків. Вона є обов'язковою складовою заходів відновлення бойової готовності (боєздатності) військових частин (підрозділів).

Досвід 2014–2018 років свідчить, що в Україні відсутня ефективна система надання реабілітаційних послуг особам, які пройшли випробування війною. При цьому державні лікувальні та реабілітаційні установи виявили неготовність до розв'язання окреслених вище проблем. Однією з основних причин такої ситуації є відсутність системності в роботі державних органів, що регулюють питання медичної та психологічної реабілітації учасників АТО, їхньої соціальної адаптації.

Основні недоліки існуючої системи реабілітації учасників АТО:

недосконалість та відсутність системності нормативно-правової бази, що регулює питання медичної та психологічної реабілітації учасників АТО, їхньої соціальної адаптації;

відсутність практики й стандартів комплексної, зокрема ранньої, реабілітації учасників АТО;
відсутність практики кількісного та якісного оцінювання ефективності реабілітаційного процесу;
відсутність практики роботи мультидисциплінарних команд у системі охорони здоров'я;
відсутність системного підходу до організації реабілітаційного процесу;
звужене розуміння серед фахівців та в суспільстві загалом поняття "психічного здоров'я", що призводить до заміни психологічної допомоги психіатричною (фармакологічною) допомогою або неврологічним лікуванням;
відсутність стандартів і протоколів надання психологічної допомоги;
відсутність практики надання реабілітаційних послуг пацієнту в гострому періоді;
невідповідність державних реабілітаційних установ сучасним міжнародним вимогам до закладів такого типу;
відсутність стандартів акредитації реабілітаційних закладів;
недостатня кількість фахівців реабілітаційних спеціальностей, відсутність стандартів підготовки таких фахівців;
відсутність у Національному класифікаторі України ДК 003:2010 "Класифікатор професій" основних реабілітаційних спеціальностей;
відсутність ліцензування фахівців у сфері охорони здоров'я;
відсутність цілісної системи адміністрування потреб учасників АТО;
відсутність механізму адресного державного фінансування потреб конкретних учасників АТО в лікувальних і реабілітаційних послугах.

Сучасний світовий досвід організації психологічної реабілітації і соціальної адаптації учасників бойових дій, який свідчить про те, що за наявності адаптаційних та травматичних розладів (у тому числі ПТСР) необхідні насамперед соціальна підтримка громади та кваліфіковано надані психологічні послуги, а не лікування у психіатричних або неврологічних відділеннях (яке в таких ситуаціях є неідеальним і може бути навіть шкідливим).

Психологічна реабілітація ветеранів в Україні – це окрема державна програма, за яку відповідає Міністерство соціальної політики. Постановою КМУ від 11.08.2014 № 326 утворено Державну службу України у справах ветеранів війни та учасників АТО як центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері соціального захисту ветеранів війни та учасників АТО, зокрема щодо забезпечення їх адаптації та психологічної реабілітації.

Таким чином, всі демобілізовані зобов'язані проходити психологічну реабілітацію, але поки що це залишається тільки на папері. За три роки проведення антитерористичної операції всього 4% демобілізованих пройшли психологічну реабілітацію по цій державній програмі [6]. У держбюджеті України на 2018 рік на заходи щодо психологічної реабілітації, соціальної і професійної адаптації учасників АТО і їх санаторно-курортного лікування передбачено 109 млн грн. Однак централізовані заходи з психологічної реабілітації учасників АТО в Україні у 2018 році не здійснювалися взагалі, оскільки Міністерство соціальної політики не ухвалило низки нормативних документів, без яких укласти договори про надання послуг з реабілітації учасників АТО було просто неможливо [3].

Через відсутність достатньої кількості фахівців-психологів з практичним досвідом (їх трохи більше 300, що катастрофічно мало на всіх військових держави) у військових частинах підхід до психологічної реабілітації з об'єктивних причин залишається вимушено формальним.

Таким чином, незважаючи на державне фінансування, послуги з психологічної реабілітації посттравматичного розладу військових та демобілізованих надаються виключно за ініціативи органів місцевого самоврядування, волонтерських організацій або під час перебування військовослужбовців на стаціонарному лікуванні у шпиталях. Отже, наявність фінансових ресурсів не гарантує їх раціонального та ефективного використання, а робота органів виконавчої влади по реабілітації воїнів наразі з боку держави є незадовільною.

Протягом трьох останніх років Парламент адаптував законодавство у сфері соціального захисту учасників АТО та членів сімей загиблих учасників АТО до реалій військової агресії проти України та її наслідків. З цією метою за період VIII скликання Парламентом ухвалено 32 закони. Проте, розгалужена система органів державної влади, які опікується цими питаннями (більше 20 міністерств, відомств, а також органи місцевого самоврядування та місцеві органи виконавчої влади), призводить до бюрократичного хаосу та перешкоджає своєчасному та повному вирішенню важливих соціальних питань та психологічній реабілітації учасників АТО.

У МОЗ України створено окремий відділ медичної реабілітації та паліативної медицини, який курирує роботу цього напрямку. Розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним керівництвом реабілітаційних закладів займаються дев'ять науково-дослідних установ, зокрема НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, Український НДІ медичної реабілітації та курортології (м. Одеса), Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ); Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності. У ВНЗ працюють 11 профільних кафедр і три кафедри в закладах післядипломної освіти. Клінічну базу становлять 11 лікарень відновного лікування – усього 1 тис. 888 ліжок, згодом до них долучилися обласні госпіталі інвалідів війни – ще 7 тис. 248 ліжок, сім фізіотерапевтичних лікарень, понад 12 тис. ліжок ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» та відомчих санаторно-курортних закладів [5].

Метою психологічної реабілітації є:

- збереження або відновлення фізичного та психічного здоров'я отримувачів послуг;
- досягнення соціально-психологічного благополуччя;

- зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій;

- запобігання інвалідності;

- профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Основними завданнями проведення психологічної реабілітації, на нашу думку, є:

- 1) діагностика та нормалізація психічних функцій отримувача послуг;
- 2) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їх вираженості;
- 3) корекція особистості отримувача послуг для забезпечення ефективного функціонування його в соціумі;
- 4) надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних відносин у сім'ї та суспільстві;
- 5) відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій;
- 6) опанування методів саморегуляції та керування стресом (заспокоєння);
- 7) запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам;
- 8) проведення психофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю отримувача послуг;
- 9) формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя та професійну діяльність.

Психологічна реабілітація передбачає надання таких послуг: психологічної діагностики; психологічної просвіти та інформування; психологічного консультування; психологічної підтримки і супроводження; психотерапії; групової роботи.

Індивідуальне психологічне консультування доцільно проводити в частині:

проблем особистого характеру;

професійних проблем;

проблем зловживання алкоголем і наркотиками;

асоціальної поведінки;

проблем при гострих психологічних кризах тощо.

Для підвищення ефективності систему організації надання реабілітаційних і соціальних послуг пропонуємо базувати на таких принципах:

простота й ефективність організації та управління;

рівність можливостей вибору реабілітаційних послуг;

своєчасний початок, що забезпечує досягнення мети психологічної реабілітації;

комплексність;

безперервне, поетапне та послідовне застосування заходів психологічної реабілітації у певній визначеній послідовності залежно від характеру психічного розладу та реальних можливостей;

партнерство, що передбачає залучення самих військовослужбовців до активної участі у відновлювальному процесі;

індивідуалізація програми психологічної реабілітації учасників АТО, тобто застосування методів та засобів залежно від походження та особливостей відхилень (порушень), а також статі, віку, індивідуальних якостей особистості, їх загального фізичного стану тощо;

єдність методів впливу;

колективність здійснення психологічної реабілітації, що морально легше переноситься учасниками АТО та підвищує її ефективність.

Висновки. Психологічна реабілітація це система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи учасника АТО, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження його особистості.

У зв'язку з великою поширеністю стресових розладів, негативними психодинамічними та психосоціальними тенденціями серед військовослужбовців, реабілітаційні заходи проводити не тільки з усіма військовослужбовцями зі складу військових частин (підрозділів), що проходять відновлення боєздатності, а також ж усіма учасниками АТО.

Необхідно розробити, затвердити та запровадити систему національних стандартів надання психологічних послуг із врахуванням міжнародних стандартів у сфері психічного здоров'я та психологічного консультування.

В організації та фінансуванні реабілітаційних послуг і заходів повинні максимально використовуватись механізми страхування, державно-приватного партнерства, інші механізми адресного руху коштів за клієнтом.

Психологічна реабілітація учасників АТО повинна бути загальнодержавною та здійснюватися комплексно. Доцільно розробити й упровадити ефективну модель реабілітації демобілізованого учасника АТО, яка має спиратися на максимальне використання потенціалу самоорганізації та взаємодопомоги отримувачів реабілітаційних і соціальних послуг як чинника їхньої успішної соціальної реабілітації та адаптації, використання особистісного потенціалу кожного учасника АТО як основного реабілітаційного ресурсу.

Список використаної літератури

1. Життя після війни: реалії реабілітації воїнів АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://antikor.com.ua/articles/76507-hittja_pislja_vijni_realiji_reabilitatsiji_vojiniv_ato. -Заголовок з екрану.

2. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике // М. М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л-д: «Медицина», 1983. – 210 с.

3. Матіос А. Самогубства атовців: психологічна реабілітація українських військовослужбовців не виконується через брак норм [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tsn.ua/ato/samogubstva-atovciv-psihologichna-reabilitaciya-ukrayinskih-viyskovih-ne-vikonuyetsya-cherez-brak-norm-matios-1145847.html>. – Заголовок з екрану.

4. Медична реабілітація в Україні: потрібне повне перезавантаження? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/medichna-reabilitaciya-v-ukrayini-potribne-povne-perezavantazheniya/>. – Заголовок з екрану.

5. Потіха А. Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників АТО [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=858:reabilitatsiya-uchasnikiv-ato&catid=8&Itemid=350. – Заголовок з екрану.

6. Психологія війни: як допомогти ветеранам АТО повернутися до нормального життя [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ukr.segodnya.ua/regions/donetsk/psihologiya-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutsya-k-normalnoy-zhizni-1117099.html>. – Заголовок з екрану.

7. Статистичні дані: Україна. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://komviti.rada.gov.ua/news/main_news/74047.html. – Заголовок з екрану.

Гаяш О.В.

Інклюзивне навчання як пріоритетний напрямок інтеграції дітей з особливими потребами у систему суспільних відносин

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра фізичної реабілітації

У Національній стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року зазначається, що нагальною освітньою потребою є розширення практики інклюзивного навчання у системі загальної освіти.

«Належна інклюзивна політика в Україні гарантуватиме, що всі діти мають доступ та рівні можливості отримати якісну освіту. Саме тому реформа загальної освіти та реформа інклюзивної освіти є, безумовно, взаємопов'язаними і повинні йти рука об руку, щоб вчителі сприяли інклюзивності та різноманітності в класах так само, як вони мають сприяти здійсненню реформи загальної освіти», – наголошує виконавчий директор Міжнародного фонду «Відродження» Євген Бистрицький.

Проблеми інклюзивного навчання та виховання дітей із особливими освітніми потребами в закладах освіти упродовж двох останніх десятиліть перебувають у центрі наукових інтересів багатьох дослідників, серед яких А. Колупаєва, В. Засенко, Н. Софій, О.Таранченко, Т. Сак. Окремі аспекти методології, організаційних форм та особливостей інклюзивної освіти висвітлено в наукових статтях А. Шевцова, Віталія Бондаря, В.Гладуша, В. Синьова, С. Миронової, та ін. Тим не менш, як свідчить аналіз літературних джерел, питання інклюзивного навчання потребує подальшого вивчення у сучасній педагогіці.

Метою є аналіз сутності, завдань, принципів, умов інклюзивного навчання.

Інклюзивне навчання ми розглядаємо як систему освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання в умовах загальноосвітнього закладу.

Сутністю інклюзивної освіти є навчання дітей з особливими освітніми потребами в закладах загальної середньої освіти за умови пристосування освітнього простору до індивідуальних особливостей школярів, надання їм якісних освітніх послуг, забезпечення процесу самореалізації та формування соціальних компетенцій кожного вихованця.

Основними завданнями інклюзивного навчання є: здобуття дітьми з особливими освітніми потребами освіти відповідного рівня в середовищі здорових однолітків відповідно до Типової освітньої програми; забезпечення різнобічного розвитку дітей з інвалідністю, реалізація їх здібностей; створення освітньо-корекційного середовища для задоволення освітніх потреб учнів з особливостями психофізичного розвитку; створення позитивного мікроклімату в закладі загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням, формування активного міжособистісного спілкування дітей з особливими освітніми потребами з іншими учнями; забезпечення диференційованого психолого-педагогічного супроводу дітей із особливими освітніми потребами; надання консультативної допомоги сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю, залучення батьків до розроблення індивідуальних освітніх планів та програм освіти.

За В. Синьовим, побудова інклюзивної освітньої системи ґрунтується на таких засадах: надання рівного доступу до навчання в загальноосвітніх закладах та отримання якісної освіти кожною дитиною; визнання здатності до навчання кожної дитини та необхідність створення суспільством відповідних умов для цього; забезпечення права дітей розвиватися у родинному оточенні та мати доступ до всіх ресурсів місцевої спільноти; залучення батьків до навчального процесу, як рівноправних партнерів та перших учителів дітей; розроблення навчальних програм на основі особистісно-орієнтованого та індивідуального підходів, що сприяють розвитку навичок навчання протягом усього життя; незаперечення того факту, що інклюзивне навчання передбачає додаткові ресурси, необхідні для забезпечення особливих освітніх потреб дитини; використання результатів сучасних досліджень та практики в реалізації інклюзивної

моделі навчання; реалізація командного підходу в навчанні й вихованні дітей, що передбачає залучення педагогів, батьків, спеціалістів [3, с. 11].

Дотримання окреслених принципів дасть змогу всім дітям забезпечити психолого-педагогічну, соціально-реабілітаційну та медичну підтримку, спрямовану на досягнення успіхів у навчанні, вихованні й розвитку, успішної соціалізації й адаптації.

Однією з найважливіших умов впровадження інклюзивної моделі в навчальному закладі є організація співпраці фахівців, результатом якої має стати освітнє середовище, максимально сприятливе для різнобічного розвитку всіх учнів, у тому числі й учнів з особливими потребами [2, 110].

Особливістю навчально-виховного процесу дітей з особливими освітніми потребами є його корекційна спрямованість [1]. Корекційно-розвивальну роботу в умовах інклюзивного навчання здійснюють спеціальні фахівці: дефектолог (логопед, олігофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), спеціальний психолог, соціальний працівник. Однак, не стоять осторонь корекційної допомоги й інші учасники навчальної команди, а саме: вчителі, асистенти вчителів, музичні керівники, фахівці з ЛФК та ін. Спеціалісти з проблем розвитку дітей з особливостями психофізичного розвитку можуть багато в чому допомогти педагогам. Дефектологи, фізіотерапевти, психологи, невропатологи, фахівці з фізкультури, працетерапії, терапії поведінки, соціальні працівники – всі вони можуть закласти свої цеглинки в підвалини успішного інклюзивного класу.

Система комплексної корекційно-розвивальної допомоги дітям з особливими потребами в умовах інклюзії передбачає:

- **медичну допомогу** (лікування основного захворювання, підтримуюча терапія, лікувальна фізкультура, масаж та ін.).

- **педагогічну допомогу** (навчання, виховання та розвиток). Наприклад, педагогом добираються відповідні до потреб учня технології подачі матеріалу або його відтворення; проводиться додаткова індивідуальна робота; створюються умови для соціальної адаптації учня.

- **психологічну допомогу** (психологічна корекція, оптимізація сімейного клімату). Психолог навчального закладу проводить сімейне консультування; організовує спільні заходи у класі; подолання конфліктів, а також проводить індивідуальну психокорекційну роботу з учнями.

- **соціальну допомогу** (надання можливості соціалізуватися та ін.). Наприклад, соціальний педагог сприяє адаптації учня; проводить заняття з учнівським, батьківським колективом; працює над усвідомленням вибору професії; дбає про сімейний мікроклімат.

Загальновідомо, що ефективність навчально-виховної, корекційно-розвивальної та лікувально-профілактичної роботи в інклюзивному класі значною мірою залежить від скоординованості дій педагога та різнопрофільних фахівців (соціального працівника, дефектолога, медичного працівника, психолога, асистента вчителя, реабілітолога, батьків), які входять до складу команди психолого-педагогічного супроводу. Фаховий супровід дитини з особливостями психофізичного розвитку забезпечує формування необхідних навичок і вмінь, мінімізацію впливу фізичних та психічних обмежень дитини з особливими потребами у процесі здобуття освіти.

У закладах освіти з інклюзивним навчанням особлива роль належить психологам і логопедам, підкреслюється важливість їхньої співпраці. Психолог та логопед входять до складу навчальної команди, беруть активну участь у вирішенні всіх питань освіти та соціалізації учнів з особливими потребами.

Для рівного доступу до якісної освіти навчальні заклади повинні адаптувати навчальні програми та плани, методи й форми навчання до індивідуальних освітніх потреб дітей та підлітків з особливими потребами. Розробляючи індивідуальні освітні програми для учнів з особливими потребами, доцільно врахувати час настання інвалідності; характер реакції на інвалідність (емоції, поведінка); важкість порушень (діапазон обмежень); рівень інтелектуального й емоційного розвитку; короткострокові та довгострокові цілі програми; перелік психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг; оцінку досягнень.

Дедалі більше визнання набуває тенденція залучення до педагогічної діяльності в інклюзивному середовищі в якості рольової моделі осіб з фізичними порушеннями, оскільки вони можуть слугувати прикладом успішної особистісної та професійної реабілітації.

Робота всіх фахівців навчального закладу спрямовується на досягнення головної мети – підготовка дитини до самостійного життя. При цьому значну увагу сконцентровують на тому, щоб допомога і підтримка у процесі навчання не перевищувала необхідну, інакше дитина стане занадто залежною від цієї підтримки.

Наявні напрацювання щодо інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами переважно розраховані на дітей молодшого шкільного віку і на цьому етапі закономірною є домінуюча роль в освітньому процесі корекційних заходів із застосуванням спеціальних технологій і залученням відповідних фахівців спеціальних закладів освіти, інклюзивно-ресурсних центрів для надання консультативної та практичної допомоги вчителям закладів загальної середньої освіти. Разом з цим особливості навчально-виховного процесу з учнями з особливими освітніми потребами старших класів в умовах інклюзії остаточно не визначені. На даному етапі інклюзивного навчання цілком логічно видається необхідність зосередження зусиль на соціальному вихованні учнів з особливими освітніми потребами з координуючою і направляючою роллю соціального педагога, залученням до інклюзії всього персоналу закладу освіти і надання можливості молоді з інвалідністю проявляти максимальну ініціативність, самостійність у

вирішенні навчальних і соціальних проблем. На цьому етапі навчально-виховного процесу очевидно важливу роль має відігравати кваліфікована професійна орієнтація та своєчасна адаптація учнів випускних класів до соціального середовища [4].

Висновки. Інклюзія означає розкриття кожного учня за допомогою освітньої програми, яка є достатньо складною, але відповідає його здібностям. Вона враховує потреби, а також спеціальні умови та підтримку, яка забезпечується медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом. Але найголовніше – дитина вчиться життєдіяльності в оточенні здорових дітей, що формує спрямованість до повноцінного життя, до усвідомлення власної спроможності, підвищення якості власного буття. Такі концептуальні положення є основою інклюзивного навчання у новій українській школі.

Отже, інклюзивна освіта – один із найважливіших засобів інтеграції осіб з особливими потребами у систему суспільних відносин. Однак, для того, щоб цей механізм ефективно працював, навчально-виховний процес закладів загальної середньої освіти потребує перегляду існуючих форм і методів роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, застосування інноваційних методів, розробки відповідного технічного, дидактичного, методичного забезпечення як для дітей, так і для педагогів.

Список використаної літератури

1. Інструктивно-методичний лист Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 18.05. 2012 р. № 1/9-384 «Організація інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах».
2. Колупасва А.А., Данілавічюте Е.А., Литовченко С.В. Професійне співробітництво в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник. – К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. – 192 с.
3. Синьов В. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні / В. Синьов, А. Шевцов // Дефектологія. – 2004. – № 2. – С. 6–11.
4. Цибулько В.О. Навчально-виховний процес інклюзії / Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації Конвенції ООН про права інвалідів: тези доповідей XIV міжнарод. наук.-практ. конф. (м. Київ 19–20 листопада 2014 р.). – К.: Університет «Україна», 2014. – С.77-79.

Граф де Роітер Гендріка

Особи з важкою формою інвалідності

Люцерн (Швейцарія) / Ужгород

Визначення поняття «важка форма інвалідності». Як такого конкретного визначення нема: занадто різними є люди з важкою формою інвалідності, щоб об'єднати їх одним поняттям. Люди з важкою множинною формою інвалідності визначаються як особи з комплексною інвалідністю. Їхнє актуальне життя визначає більша частина нижче наведених критеріїв:

- Вони не достатньо чітко (для інших) виражають власні уявлення, бажання, потреби та вимоги.
- Дуже часто їх мовленнєві навички є недостатньо вербалізованими.
- Вони є особливо залежними від прихильного ставлення до них їх контактних осіб.
- Це люди із зовсім різними вихідними даними та індивідуальними потребами.

Це також група осіб з особливою залежністю від їх оточення

- їм потрібна фізична близькість, щоб могли сприймати інших людей
- їм потрібні інші люди, які б найдоступнішим способом наближували їх до навколишнього світу
- їм потрібні інші люди, які допомагають їм рухатись та змінювати положення тіла
- їм потрібні інші люди, які розуміють їх і без мови та пропонують їм комунікативні дії
- їм потрібні інші люди, які їх надійно забезпечують та доглядають за ними. (див. Фрьоліх 1998а, 24).

Причини комплексної інвалідності

- Генна мутація та відхилення хромосом
- Усі захворювання, які можуть пошкодити мозок перед, під час та після вагітності:
 - Інфекції під час вагітності, такі як краснуха, цитомегаловірусна інфекція (Humanes Herpesvirus 5)
 - ускладнення вагітності, пошкодження мозку в ранньому дитинстві
 - ускладнення при пологах а також нестача кисню у дитини
 - передчасні пологи
 - Вади розвитку
 - Spina Bifida (Розщеплення хребта): вроджена вада хребта та спинного мозку
 - Церебральний параліч є наслідком пошкодження мозку новонародженого та спричиняє вади руху.
 - Гідроцефалія
- Нещасні випадки

- Аварії, як дорожні так і інші
- Травми головного та спинного мозку
- Нещасні випадки на воді: апалічний синдром
- Хвороби
 - o Інсульт, крововилив у мозок
 - o Пухлина головного чи спинного мозку
 - o Розсіяний склероз

(Проф. д-р Андре Райс, Ерланген, гуманітарний інститут, Університетська клініка, Ерланген)

Прояви важких форм інвалідності

Прояви вад: моторика

- Спастика: підвищене напруження м'язів, судомні рухи
- Атаксія: напруження м'язів є слабким, неточні рухи, хитка хода
- Атетоз: м'язовий тонус є змінним; бувають неконтрольовані рухи, рухи-скручування та рухи ривками
- Дискінезія: геміпарез (параліч однієї частини тіла), дипарез та тетрапарез
- Захворювання м'язів
- Захворювання та вади розвитку системи скелету:
- Вади розвитку хребта

Інші прояви вад

- Епілепсія
- Розщеплення хребта (Spinabifida)
- Гідроцефалія
- Хронічні захворювання: астма, нейродерміт/алергії
- Хвороби травлення
- Діабет
- Хвороби серця
- Ниркова недостатність
- Низькорослість
- Вегетативний стан
- Незрозуміла поведінка

Спадковість та інвалідність.

Під керівництвом доктора, професора Андреаса Райса із інституту генетики людини було проведено дослідження 2200 пацієнтів та їх батьків. За результатами було ідентифіковано різні мутації, які негативно впливають на функції головного мозку і таким чином викликають певні вади розвитку. Тобто слід зауважити, що не існує суттєво вищого ризику ментальних порушень в родині і через це не слід уникати народження наступних дітей.

Більшість мутацій мають спільним те, що вони змінюють молекулярну передачу сигналу між нервовими клітинами. Це може стосуватися цілих відрізків хромосом або одного єдиного гену. Таким чином електричні імпульси в головному мозку не можуть передаватися правильно і наслідком цього є негативний вплив на функцію головного мозку.

Згідно досліджень близько трьох відсотків людей мають легкі і близько пів відсотка важкі форми ментальних порушень. (Проф. д-р Андре Райс, Ерланген, гуманітарний інститут, Університетська клініка, Ерланген).

Поведінкові розлади та важкі форми інвалідності.

Згідно досліджень нейропсихології та психології розвитку слід розраховувати на те, що наше тіло, незалежно від сприйняття корою головного мозку, тобто, незалежно від усвідомленого сприйняття, може самостійно зберігати отриманий досвід.

Але цей досвід є не тільки психічно-органічного походження, а є цілісним. Вважається, що наше тіло може зберігати і емоційні переживання, як, наприклад, особа може запам'ятати катастрофічні ситуації у розмитій формі, але на досить тривалий час. (Гаупт, 1982).

У цьому світлі слід розглядати непояснюваний крик, биття, кусання самого себе, повне заперечення прихильності, але також і розлади сну та харчування. Тут свій початок беруть також розлади взаємодії між батьками та дітьми у їх ранньому та середньому дитинстві. (У. Бюкер, 2014, «Комунікувати через дотик.»).

Дослідження так званого «Embodiment» підтверджують: пам'ять тіла, пам'ять болю, пам'ять руху можуть бути наявними як спеціальні сфери цих форм пам'яті, які базуються на тілі.

Шкільна освіта та важкі форми інвалідності.

Швейцарська федеральна конституція, як і кантональне законодавство, уже більше як півстоліття гарантує право на навчання для усіх дітей, зрештою не відокремлюючи це право безпосередньо для дітей з важкими формами інвалідності. Саме активна робота батьків, корекційних педагогів, терапевтів та тих, хто навчався у цій сфері привело до того, що у 70-их роках у школах та інтернатах ввели навчання для дітей та молоді із важкими формами інвалідності. Одним із найважливіших людей у цій роботі був професор, доктор Андреас Фрьоліх (серед інших і Інститут спеціальної педагогіки, Кобленц/Ландау).

Концепції роботи із особами із важкими формами інвалідності

1. Андреас Фрьоліх: Базальна стимуляція

У концепції базальної стимуляції щоденні стимулюючі, ігрові дотики та дотики по догляду були структуровані таким чином, що тільки виключно через свою функціональність вони могли мати важливе значення для особи, якої торкалися. Діалог тіла є базовим принципом базальної стимуляції, він визначає цю концепцію і стоїть в центрі практичної роботи (за Фрьоліх, 2015, с. 65–75).

Сильніша ритмізація, однозначні та прості повторення окремих дотиків можуть допомогти у тому, щоб чітко дати зрозуміти особі, що тут відчувається щось суттєве. Усвідомлені паузи, заплановані зупинки, щоб потім знову пропонувати дотики – це все робить наголос безпосередньо на цьому дотику і робить його чіткішим та однозначнішим. Тенденційно ми можемо зазначити, що міцніші дотики означають швидше безпеку, спокій та концентрацію; в той час як легкі ледь відчутні дотики мають тенденцію збивати з пантелику, збуджувати, але, можливо, і оживляти.

2. Розвиваючий догляд

«Розвиваючий догляд осіб з інвалідністю є складовою частиною педагогічних послуг, які пропонуються цільовій групі, і спрямований на можливості дитини чи молодої людини. Розвиваючий догляд є обов'язково інтерактивним процесом. Він є інтегрованим у педагогічний процес і поміж іншим служить збереженню та підтримці розвитку автономії особи з інвалідністю» (Бінштайн/Фрьоліх, 1991, Дюссельдорф).

Розвиваючий догляд охоплює усі активності в щоденному житті, які підходять для того, щоб активувати дітей з важкими формами інвалідності шкільного віку у типових ситуаціях щоденного життя, таких як: прийом їжі і рідини, одягання та роздягання, догляд за тілом та гігієна, тренування ходити на туалет, допомога до самопомогти, практичне тренування щоденних дій, базальна стимуляція самосприйняття, (підтримана) комунікація, положення сидячи і лежачи та допомога розслабляти.

Соматичний діалог – це спроба надати допомогу людині у важких емоційних ситуаціях; тобто надати підтримку у веденні розмови, яка відбувається не в словах, а в дотиках і рухах. Дотик стає «мостиком», якщо так звані нормальні можливості мовної комунікації не сприймаються співрозмовником. Через фізичний дотик виникає контакт, контакт робить можливим базальне розуміння та зменшує комунікативний стрес. Звичайно, ми не зможемо вирішити базові проблеми дитини нашою пропозицією дотику; але, можливо, нам вдасться дати дитині зрозуміти, що хтось сприйняв його/її важку ситуацію, що контактна особа зреагує і запропонує супровід. Сьогодні ми це називаємо резонансом. Резонанс – це однозначно щось більше, ніж віддзеркалювання. Віддзеркалювання показує співрозмовнику, що він робить, як він себе поводить. У резонансі йдеться про більше: йдеться про спільність, про те, що людині пропонують мати спільні переживання та спільні події. (Андреас Фрьоліх, «Первинна комунікація», 2017):

Показники життєдіяльності організму в комунікації

Дихання	Напруження м'язів	Рух	Виділення секрету
Зміна ритму	Утворення чи розслаблення складки на чолі	Легке відкривання долонь чи рух стопами	Підвищене слиновиділення під час розслаблення
Зміна глибини дихання	Напруження чи розслаблення губ	Рух очима	Звуки кишково-шлункового тракту
Stocken дихання	Відкритий рот	Посіпування повік	Зміна потовиділення (страх чи напруга)
Позіхання – Зітхання – Кашель – Відкашлювання	Напруження, рух крилами носа	Піднімання брів	Реакції внутрішніх органів
	Піднімання чи опускання плечей	Ковтання	Зміна частоти серцебиття
	Зміна шийних м'язів	Рух посмішки	Зміна кров'яного тиску
	Напружена чи розслаблена стінка живота		Зміна периферичного кровообігу
	Напруження чи розслаблення кінцівок		
	Зміна спастики		

Є такі терапії в роботі з особами з важкими формами інвалідності: фізіотерапія, гіпотерапія, ерготерапія, логопедія, фаціо-оральна терапія, музична терапія, арт-терапія

Є такі підходи стимулювання розвитку осіб з важкими формами інвалідності: концепція Бобат, Снузелен (мультисенсорна стимуляція), підтримана (альтернативна) комунікація, розвиток сприйняття, сенсорна інтеграція, базальна стимуляція, масаж немовляти, активне навчання, та ін.

Модель-Аффолтер – це концепція терапії для людей із труднощами в організації сприйняття. Концепція базується на розробленій Ф. Аффолтер моделі розвитку. Розвиток та навчання базуються на контакті на рівні відчуттів між особою та оточуючим світом в межах якоїсь із буденних дій. Тобто, на них впливає активність людини, а через неї і світ, який її оточує (люди/предмети). Через різноманітний досвід отримання інформації через щоденні дії дитина отримує знання про оточуючий її світ і одночасно про власне тіло, і це знання поповнюється з кожною дією. Дитина пізнає співвідношення причинно-наслідкового зв'язку, отримує вміння висловлювати гіпотези та будувати очікування, планувати дії та виконувати їх.

Сенсорна інтеграція за Джин Айрес. Американська ерготерапевтка Джин Айрес визначала сенсорну інтеграцію (СІ) так: «Під СІ розуміють такий неврологічний процес, під час якого упорядковуються враження, які ідуть від власного тіла або оточуючого середовища, і який дає можливість людині доцільно використовувати своє тіло в середині власного навколишнього середовища. Мета терапії: можливість для кращого сенсорного засвоєння. Вона має вплив на планування моторики, розподіл сили, якість руху, планування дії, увагу та емоційність.

Концепція Бобат як терапевтичний підхід бере свій початок в роботі д-р. Берти та д-р. Карела (фізіотерапевтки та невролога) Бобатів. Концепція ґрунтується на прийнятті «вміння мозку переорганізовуватись» (гнучкість), тобто : здорові області мозку можуть взяти на себе функції, які до того виконували уражені частини мозку. Дуже часто при травматичних пошкодженнях головного мозку власне контрольні клітини не пошкоджені, а перервані шляхи зв'язку між ними. Ці шляхи повинні прокластись по-новому через підтримку, послідовний супровід і стимуляцію пацієнта усіма тими людьми, хто з ним працює.

Індійський масаж немовляти за Фредеріком Лебуайє. Французький лікар привіз цю техніку масажу в Європу з Індії та описує її у своїй книзі «М'які руки». Масажи стимулюють дихання, регулюють тонус та сприяють кровообігу і, одночасно, вони мають позитивний і розслаблюючий вплив на дитину. Масаж за Фредеріком Лебуайє дає постійно хороші результати у роботі з особами із важкою формою інвалідності, передусім у тих сферах, які стосуються налагодження та підтримки психосоціальних процесів (короткий посібник «Ментальні вади», Г. Тойніссен та ін. 2013).

Ліллі Нільсен: Active Learning Approach (Активне навчання). Ґрунтуючись на досвіді, який вона отримала із своїми чотирма незрячими братиками і сестричками, вона розвинула ідеї для гри, які повинні стимулювати розвиток моторики дитини з інвалідністю. «Вміння рухатись є необхідною передумовою для будь-якого виду навчання» (Нільсен, Л. 2003, Крок за кроком. Раннє навчання дітей із вадами зору та комплексними вадами). Рух повинен вести до сенсорних вражень. «Саме сенсорне сприйняття (тактильне, візуальне, акустичне та на запах) робить для дитини рух доцільним і тим самим стимулює її випробовувати нові рухи».

Снузелен (мультисенсорна стимуляція): Ад Верхейл / Ян Хюлсегге («snuffelen» und «doezelen»): розслаблюючі пропозиції для осіб з важкими та комплексними формами інвалідності. „Під поняттям «снузелен» розуміють свідомо вибрану палітру первинних подразників у приємній атмосфері. б) Снузелен – це первинне активування осіб із важкими формами інвалідності, спрямоване, перед усім, на сприйняття через органи чуття та досвід чуття за допомогою світла, звуків, відчуття, запахів та смаків. с) Снузелен – це створення автентичних можливостей отримати враження від оточуючого середовища для тих, хто є інакшим“ (Хюлсегге & Верхейл, 2005, с. 36).

Тільки тоді, коли людина з важкою формою інвалідності зможе отримувати позитивний досвід того, що її контактна особа реагує відповідними діями на мінімальну активність вираження, вона зможе відчутти себе автономною особистістю, що діє автономно (Андреас Фрьоліх, «Первинна комунікація», 2017).

Грузева Т.С., Замкевич В.Б.

Сучасні тренди вживання алкоголю як підґрунття визначення напрямів протидії

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Аналіз сучасної наукової літератури свідчить про значну поширеність та серйозні наслідки небезпечного і шкідливого вживання алкоголю населенням. Алкогольні проблеми обумовлюють зростання захворюваності, інвалідності і смертності, лягають тяжким економічним тягарем на сім'ї, знижують якість життя людей [1-3].

За даними ВООЗ небезпечно вживання алкоголю призводить до понад 200 різноманітних порушень здоров'я, близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм. Негаразди зі здоров'ям трапляються переважно у людей працездатного віку, призводячи до інвалідності та передчасної смерті. У людей молодого віку до 40 років чверть усіх випадків смерті пов'язані зі шкідливим та нездоровим вживанням алкоголю. Алкоголь складає одну з провідних причин передчасної смертності чоловіків у віці 40-60 років [4-5].

Останнім часом встановлені причинно-наслідкові зв'язки між шкідливим вживанням алкоголю і захворюваністю на такі інфекційні хвороби, як туберкульоз, а також перебігом ВІЛ/СНІД. Крім захворювань, інтоксикацій, інших негативних наслідків для здоров'я шкідливе вживання алкоголю завдає значних соціальних та економічних збитків окремим людям, сім'ям і суспільству в цілому [6-8].

З огляду на ситуацію щодо вживання алкоголю та пов'язаних з ним проблем скорочення його вживання, профілактика алкоголізму і організація медичної допомоги хворим є надзвичайно актуальними завданнями.

Розвиток системи громадського здоров'я в Україні здійснюється за комплексом напрямів, і передбачає, зокрема, проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу та формування бази даних про стан здоров'я населення, середовища життєдіяльності людини за результатами аналізу причин та наслідків впливу на стан здоров'я населення середовища життєдіяльності людини тощо [9]. В країні прийнято Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, який передбачає, серед іншого, боротьбу з небезпечним та шкідливим вживанням алкоголю [10].

В даному контексті важливого значення набуває моніторинг споживання алкоголю, встановлення особливостей, тенденцій та причинно-наслідкових зв'язків, обґрунтування профілактичних заходів та забезпечення необхідної медичної допомоги.

Мета роботи є аналіз тенденцій пов'язаних з алкоголем медичних та соціально-економічних проблем в Україні.

Матеріали і методи. У роботі використано бібліографічний, медико-статистичний та аналітичні методи, метод контент-аналізу. Джерелом інформації стали дані наукової літератури, матеріали ЄРБ ВООЗ, Державної установи «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України», МОЗ України та Державної служби статистики України за 2000-2017 рр.

Результати дослідження. Споживання населенням України алкоголю має свої особливості порівняно з європейськими країнами та суттєву диференціацію в країні між різними регіонами. Аналіз Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» свідчить, що споживання алкоголю в Україні в перерахунку на чистий спирт мало негативну тенденцію до збільшення впродовж 1991-2014 рр. більш ніж на третину. В країнах європейського регіону ВООЗ спостерігалася протилежна тенденція до скорочення споживання алкоголю на 7,5%, а в країнах ЄС - на 13,6%.

Вивчення обсягів споживання різних видів алкоголю також виявило закономірність щодо споживання в Україні переважно міцних алкогольних напоїв, в той час як в європейських країнах переважало споживання вина та пива. різних країнах ЄР ВООЗ. Встановлено, що у 2014 р. населення України споживало в 1,7 разу більше міцних алкогольних напоїв, ніж в країнах ЄР ВООЗ, та в 1,9 разу – ніж в країнах ЄС.

Модель споживання населенням переважно міцних напоїв має несприятливу тенденцію. Порівняння в загальноєвропейському контексті доводить поглиблення негативних тенденцій. У ході його проведення виявлено, що в Україні протягом 1991-2014 рр. спостерігалася зростання споживання населенням міцних напоїв майже на чверть, а саме на 23,5%. У той же час, встановлено позитивну тенденцію до зменшення споживання міцних напоїв в низці європейських країн, а в середньоєвропейський показник зменшився на понад 20%.

Споживання населенням алкогольних напоїв меншої міцності, навпаки, в Україні є меншим порівняно з країнами Європи. В Україні впродовж року пива споживається на 3,0% менше, ніж в середньому в країнах ЄР ВООЗ. Ця різниця є ще суттєвішою, якщо порівняти національний показник з середнім в країнах ЄС, який менший на 20,0%.

Таким чином, обсяги алкогольної продукції, спожитої населенням впродовж року, в Україні визначаються переважно міцними напоями і мають тенденцію до зростання, а в більшості країн ЄР ВООЗ та в ЄС – переважно напоями меншої міцності. Що стосується тенденцій споживання пива, то в Україні цей показник впродовж 1991-2014 рр. збільшився у 2 рази. Натомість, в країнах ЄС за вказаний термін споживання пива на одну людину в рік скоротилося на 11,1%.

Обґрунтовану тривогу викликає той факт, що за експертними висновками, показники споживання алкогольної продукції в Україні за даними офіційних джерел є дещо заниженими. При цьому, значна частина спожитого населенням алкоголю є неврахованою, як то алкоголь нелегального виробництва, фальсифікат тощо.

За Державної служби статистики України та Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України у східних регіонах України споживається у два рази більше алкоголю, ніж у західних регіонах, та в півтора рази більше, ніж в центральних регіонах.

Досліджено динаміку витрат населення України на алкогольні напої. Встановлено, що протягом 2000-2017 рр. частка витрат домогосподарств на алкогольні та тютюнові вироби в структурі сукупних витрат населення збільшилася з 3,0% до 3,5% у 2012-2013 рр. з поступовим зменшенням в наступні роки до 3,1% у 2017 р. В абсолютному виразі відбулося збільшення витрат на придбання алкогольної продукції з 63,2 грн до 72,3 грн в середньому на домогосподарство на місяць серед усіх опитаних домогосподарств, зі 120,6 грн до 135,3 грн серед усіх домогосподарств, що вказали на ці витрати.

Виявлено значну диференціацію вказаних витрат в залежності від місця проживання, складу сім'ї, інших чинників. Так, у міській місцевості алкогольні витрати перевищували аналогічні у сільській в 1,8 разу. Впродовж 2016-2017 рр. витрати в міській місцевості збільшилися на 24,6%, у сільській – на 22,0%. Частка грошових витрат на алкогольні напої варіює в домогосподарствах від 1,5% великих містах до 1% у сільській місцевості.

Економічні ресурси, що виділяються сім'ями на купівлю алкогольної продукції, відрізняються в залежності від чисельності сім'ї. Так, у домогосподарствах з однією особою витрати на алкогольну продукцію у 2017 р. становили 41,9 грн, в домогосподарствах з п'ятьма і більше осіб – 103,9 грн. У відсотковому виразі це близько 1,4% та 1,1% від сукупних грошових витрат. Наявність дітей в сім'ї сприяє зменшенню витрат на алкогольні напої. Виявлено чітку тенденцію до зменшення абсолютних і відносних показників грошових витрат домогосподарств при збільшенні чисельності дітей у них. У домогосподарствах з однією дитиною грошові витрати на алкогольні вироби тричі

перевищують аналогічні витрати в домогосподарствах з п'ятьма дітьми і більше (99,4 грн проти 33,3 грн.). Відповідні частки становили в таких домогосподарствах 1,3% та 0,3%.

Встановлено, що при більшій чисельності в домогосподарствах з дітьми дорослих осіб, збільшувалися місячні грошові витрати на алкоголь. Різниця у витратах домогосподарств на алкогольну продукцію з одним та трьома та більше членами досягала 2 раз (46,4 грн та 90,4 грн відповідно).

Враховуючи вплив вживання алкоголю на виникнення і ускладнення перебігу багатьох хвороб, включаючи передчасну смерть, важливим завданням є дослідження поширеності алкогелезалежної патології серед населення з метою розробки профілактичних заходів. У даному контексті моніторингу підлягають нервово-психіатричні розлади, хвороби системи кровообігу, цироз печінки і рак, ненавмисний і умисний травматизм, вроджені вади розвитку.

Аналіз статистичних даних свідчить, що лише впродовж 2015-2016 рр. захворюваність населення на гострі інтоксикації та розлади психіки внаслідок вживання алкоголю збільшилася на 1,3%. При цьому, захворюваність жителів села була на 23,3% більшою, ніж у жителів міст. У той же час, рівень захворюваності на хронічний алкоголізм зріс на 1,6%. У сільській місцевості захворюваність на хронічні алкогольні синдроми в 1,7 разу перевищувала показник в міській місцевості. Захворюваність населення України на шемічну хворобу серця впродовж 1991-2017 рр. зросла на 81,5%, гіпертонічну хворобу – на 83,9%, цереброваскулярні хвороби – на 86,8%. Частота виникнення онкологічних захворювань збільшилася на 5,1%.

Висновки. За результатами дослідження встановлено значну поширеність вживання алкогольних напоїв населенням України, модель споживання можна охарактеризувати як шкідливу та небезпечну. Виявлено негативні тренди алкогольної поведінки, у т.ч. збільшення споживання міцних алкогольних напоїв, зростання витрат домогосподарств на їх придбання. Виявлені тренди поведінки супроводжуються зростанням захворюваності на наркологічні, серцево-судинні, онкологічні хвороби, що вимагає обґрунтування заходів протидії у відповідності до основних напрямів державної політики і кращого європейського досвіду.

Список літератури

1. CMO's alcohol guidelines document set. London: Department of Health; 2016 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/490560/List_of_documents_acc.pdf, accessed 31 August 2017).
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224–60 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>).
3. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummond C, Segura L et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the ODHIN five country cluster randomized factorial trial. *Addiction*. 2016;111(11):1935–45.
4. Naimi TS, Blanchette J, Nelson TF, Nguyen T, Oussayef N, Heeren TC et al. A new scale of the US alcohol policy environment and its relationship to binge drinking. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):10–6.
5. Mäkelä P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*. 2009;104(4):554–63.
6. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. *BMC Public Health*. 2008;8(1):289.
7. O'Mara RJ, Thombs DL, Wagenaar AC, Rossheim ME, Merves ML, Hou W et al. Alcohol price and intoxication in college bars. *Alcohol Clin Ex Res*. 2009;33(11):1973–80 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719793>).
8. Schmidt LA, Room R. Alcohol and the process of economic development: contributions from ethnographic research. *Int J Alcohol Drug Res*. 2012;1:41–55.
9. Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ № 1002-р від 30.11.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – <http://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799>
10. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, затверджений розпорядженням КМУ № 530-р від 26.07.2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – <http://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnogo-planu-zahodiv-shchodo-neinfekciynih-zahvoryuvan-dlya-dosyagnennya-globalnih-cilej-stalogo-rozvitku>

Гузак О.Ю., Сабодан М.В.

Рухливі ігри як засіб реабілітації у дітей з особливими потребами

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання

Щороку в Україні зростає кількість дітей-інвалідів, зокрема з проблемами інтелектуального, мовленнєвого розвитку, з порушеннями зору, слуху, комунікативної поведінки, функцій опорно-рухового апарату. Ці діти є однією з найуразливіших категорій суспільства, а, отже, мають труднощі у процесі пристосування до умов життєдіяльності, оволодіння соціальними нормами й цінностями [4, 5].

Ці обставини потребують умов для покращення порушення розвитку дітей. Рівень рухової активності у дітей з обмеженими можливостями можна забезпечити за допомогою рухливих ігор.

У міжнародних документах ООН записано право всіх дітей на дозвілля та ігри, які втілюються у життя за допомогою міжнародних організацій – ВОЗ, ЮНЕСКО та ін.

Найефективнішим засобом соціального розвитку дитини є гра, оскільки являє собою цілеспрямовану, вільну, самостійну, творчу діяльність. Тому важливо дослідити умови правильної організації ігрової діяльності, засоби стимулювання ігор та особливості підбору ігор для дітей з обмеженими можливостями задля сприяння їхньому соціальному розвитку.

Мета роботи: проаналізувати спеціалізовану літературу щодо лікування та профілактики дітей з обмеженими можливостями за допомогою рухливих ігор та ознайомитись з проблемами їх застосування.

Матеріали та методи. Проведено аналіз статистичних даних, огляд спеціалізованих видань, статей та книг.

Результати. Особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюваннями, травмами (їх наслідками), вродженими пороками розумового або фізичного розвитку, яка має обмеження у нормальній життєдіяльності, викликає потребу в соціальній допомозі й посиленому соціальному захисті, виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав [5].

Гра, для дітей – спосіб навчитися того, чого їх ніхто не може навчити. Гра – це єдина центральна діяльність дитини, яка існує завжди і скрізь [3].

Гра – це радість спілкування, яка дає відчуття повноцінності життя. У дітей з обмеженими можливостями здоров'я знижена рухова активність і вони відчують нестачу у спілкуванні, що по різному відображається на психіці дитини. У дітей з патологією зору і опорно-рухового апарату виникають труднощі з орієнтацією в просторі, виникає невпевненість, замкнутість, сором'язливість та ін. У дітей з проблемами розумової діяльності і порушеннями слуху виникають проблеми з невмінням підкорятися вимогам і правилам гри, вони не можуть сконцентрувати увагу на завданні, нестабільність уваги та ін.

Рухливі ігри спрямовані на фізичне виховання дітей з порушенням інтелекту, на розвиток рухів, загальне оздоровлення, корекцію недоліків фізичного розвитку. При роботі з такими дітьми вся увага має бути направлена на виявлення їх потенціальних можливостей і на формування близьких їм і зрозумілих мотивів діяльності. При правильній організації занять рухливими іграми, діти-інваліди можуть отримувати радість спілкування і досягати більше успіхів у фізичному і психічному розвитку. Важливо й те, що рухливі ігри сприяють формуванню та розвиткові особистісних якостей дітей: інтересу до навколишнього середовища, позитивному ставленню до товаришів, партнерства, уміння діяти в колективі, наполегливості, прагнення до досягнення успіху, цілеспрямованості, кмітливості, організованості, дисциплінованості, сміливості, довільної уваги, уміння долати сильні труднощі, контролювати свої дії. Рухливі ігри здійснюють свій внесок у розвиток ігрової діяльності, збагачують її [1].

Рухлива гра як засіб реабілітації має низку якостей, серед яких найважливіше місце займає висока емоційність учасників. Емоції в грі мають складний характер. Це й задоволення від м'язової роботи в грі, від почуття бадьорості й енергії, від можливості дружнього спілкування в колективній грі, від досягнення поставленої в грі мети. Під час рухливої гри здійснюється комплексний вплив на моторику й нервово-психічну сферу дитини з особливими потребами [2].

У житті дитини важливу роль відіграє гра так, як особливо тут вона відчуває себе захищеною, має свободу і комфорт. Організатор ігрової діяльності несе високу відповідальність за вміння правильного забезпечення ігрового простору, кількості гравців, пояснити сам процес гри та ін.

Все це потребує високого професіоналізму педагога і має вирішувати наступні задачі:

1. Розвиток комунікативних якостей дітей у грі;
2. Розвиток уваги;
3. Розвиток пам'яті, уваги, мови та ін.;
4. Формування у процесі ігор нестандартного мислення;
5. Розвиток координації і м'язової моторики;
6. Організація колективних та індивідуальних ігор.

Важливою умовою є організація дітей в іграх. Задача організатора правильно підібрати команди рівні по силам, руховим можливостям, віковим категоріям, індивідуальним можливостям кожного, враховуючи бажання бути в тій чи іншій команді тощо. Правильний добір рухливих ігор з урахуванням психофізичного стану дитини дозволить удосконалити такі якості як швидкість, спритність і витривалість, які найбільш активно проявляються і вдосконалюються під час проведення рухливих ігор, поліпшать емоційний фон, стимулюючи активну розумову діяльність.

Висновки. Рухливі ігри займають особливе місце у житті дітей. Для всебічного розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров'я – це найсильніший засіб. Рухлива гра, виступаючи спочатку як дитяча забава, розвага, дозволяє вирішувати велику кількість корекційних завдань, ініціюючи активність самих дітей. Вона розвиває волю, активність, ініціативу, відчуття колективізму, дружби і відповідальності за кожний вчинок. Поєднуючи в будь-якій грі фізичні вправи, емоційний настрій і смислове навантаження, ми наближаємо не здорову дитину до природних умов життя, сприяючи засвоєнню елементів та навичок соціальної адаптації. Підготовка і участь у рухливих іграх сприяють оволодінню простору, легкості в рухах, впевненості у собі, розвивають координацію, швидкість, силу, сміливість, слух та ін.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі полягають у розробці технології проведення рухливих ігор як основного засобу адаптивного фізичного виховання дітей з вадами розумового розвитку та подальшої їх адаптації в соціумі.

Список використаної літератури:

1. Гаврилушкіна О. П. Виховання і навчання розумово відсталих дошкільників / О. П. Гаврилушкіна, Н. Д. Соколова. – М. : Просвіта, 1985. – 72 с.
2. Ганзіна Н.В. Подвижные и спортивные игры как средство рекреации и социальной адаптации инвалидов с ДЦП / Н.В. Ганзіна, Т.И. Губарева / Спорт, духовные ценности, культура. – М., 2007. – 175 – 186 с.
3. Гладченко І.В. Комплекс програмно-методичного забезпечення «Зміст корекційно-спрямованого навчання і виховання розумово відсталих дітей у спеціальних дошкільних закладах» (програма з ігрової діяльності, методичні рекомендації, дидактичні матеріали) / І.В.Гладченко. – К.: 2012 – 112 с.
4. Дмитрієв А. А. Фізична культура в спеціальній освіті : навч. посіб. для студ. вищ. пед. навч. зав. / А. А. Дмитрієв. – М. : Академія, 2002. – 176 с.
5. О реабилитации инвалидов в Украине: закон Украины с изменениями и дополнениями, внесенными Законами Украины от 20 декабря 2005 года N 3235-IV, от 19 декабря 2006 года N 489-У [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://common.ucoz.ru>

Дудник С.В., Слабкий Г.О.

Тенденції дитячої інвалідності та організаційно-правові аспекти реабілітації дітей в Україні

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

Індикатором цивілізованості будь-якої держави виступає її ставлення та рівень вирішення проблем однієї із самих незахищених груп людей, зокрема людей з інвалідністю, особливо це стосується дітей-інвалідів, які певною мірою визначають рівень та якість здоров'я майбутніх поколінь.

За даними ВООЗ, більш ніж 1 млрд. осіб у світі мають ту чи іншу форму інвалідності, що становить близько 15% населення, від 110 млн (2,2%) до 190 млн (3,8%) осіб від 15 років і старші відчують значні труднощі у функціонуванні, більш того, показники інвалідності зростають у зв'язку зі старінням населення і зростанням тягаря хронічних порушень здоров'я, із загальної кількості осіб з інвалідністю 120 млн становлять діти-інваліди, негативна тенденція до збільшення рівня інвалідності яких спостерігається у всьому світі. Особи з інвалідністю належать до найбільш ізольованих груп населення в світі, для яких характерні нижчі результати щодо здоров'я (в тому числі і за рахунок незадоволених медико-санітарних потреб внаслідок меншого доступу до служб охорони здоров'я), щодо досягнення в галузі освіти і показники участі в економічному розвитку і більш високі показники бідності, ніж для людей без інвалідності. За даними огляду, підготовленого ВООЗ ймовірність того, що діти-інваліди стають жертвами фізичного або сексуального насильства, в 3,7 рази перевищує аналогічний показник серед дітей, які не є інвалідами. Фактори, що сприяють тому, що діти-інваліди піддаються підвищеному ризику насильства, включають стигматизацію, дискримінацію і невігластво щодо інвалідності, а також відсутність соціальної підтримки осіб, які здійснюють догляд за такими дітьми. Саме тому останнім часом інвалідність розуміється як проблема в області прав людини, тому що дуже часто особи з інвалідністю позбавлені багатьох життєвих можливостей саме через дії суспільства, а не через проблеми, що пов'язані з причиною їх інвалідності [1, 7].

З урахуванням вищезазначеного, соціально-економічних проблем в країні, втрат людського потенціалу, процесів реформування провідних галузей держави на сучасному етапі, особливої актуальності набувають питання дитячої інвалідності та організаційно-правові аспекти реабілітації дітей.

Мета. Вивчити тенденції динаміки дитячої інвалідності в Україні за період 2013-2017 рр. та визначити провідні організаційно-правові аспекти щодо інвалідності дітей та їх реабілітації.

Матеріали та методи. Дані Державної служби статистики України та провідні нормативно-правові документи європейського регіону і України щодо дитячої інвалідності. Методи: статистичний, системний аналіз, системний підхід.

Результати. Протягом 2013-2017 рр. рівень первинної інвалідності дітей у віці до 18 років мав тенденцію до зниження на 5,7% (2017 р. – 21,6 на 10 тис. дітей у віці до 18 років, 2013 р. – 22,9 відповідно), майже на 0,9% знизився і рівень поширеності інвалідності дітей (2017 р. – 208,8 на 10 тис. дітей у віці до 18 років, 2013 р. – 210,6 відповідно). Загальна чисельність дітей-інвалідів упродовж останніх п'яти років зменшилася на 9,2 тис., що становить 159044 осіб (2017 р.), або 2,08% від загальної кількості дітей в Україні, в середньому в 2017 році на 1000 захворювань у дітей приходилось майже 12 дітей-інвалідів.

За роки спостереження відбулось зростання показників загальної інвалідності (поширеності) за 7-ма класами хвороб: новоутворення (на 2,8%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (на 19,9%), розлади психіки і поведінки (на 7,5%), хвороби системи кровообігу (на 5,6%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 11,1%), хвороби сечостатевої системи (на 2,8%), природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (на 0,6%). Найвищі рівні загальної інвалідності дітей у 2017 році спостерігаються за класом природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (64,5 на 10 тис. дітей у віці до 18 років), хвороб нервової системи (34,0 відповідно), розладів психіки та поведінки (31,4 відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (18,7 відповідно), хвороби вуха та соскоподібного відростка (13,3 відповідно), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (8,9 відповідно), хвороби ока та його придаткового апарату (7,8 на 10 тис. дітей у віці до 18 років), новоутворень (7,3 відповідно). Рівні первинної інвалідності протягом 2013-2017 рр. зросли за 2-ма класами хвороб: ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (на 18,2%), розлади психіки і поведінки (на 17,1%), знизилась за 5-ма класами хвороб (деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби нервової системи, хвороби вуха та соскоподібного відростка, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, за всіма іншими класами показники залишились без змін. Провідними причинами інвалідизації дітей (первинна інвалідність) у 2017 році, як і у попередні роки стали природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (5,5 на 10 тис. дітей у віці до 18 років), розлади психіки та поведінки (4,1 відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (2,6 відповідно), хвороби нервової системи (2,4 відповідно), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (1,4 відповідно). Протягом періоду дослідження зберігаються тенденція як до зростання показників дитячої інвалідності з віком дитини за усіма причинами (чим старше дитина тим вищі показники), так і щодо регіональної диспропорції в рівнях як загальної так і первинної інвалідності дітей.

За даними ВООЗ, Глобальний тягар хвороб оцінює поширеність дітей з інвалідністю у віці 0-14 років, які відчувають «помірну або важку інвалідність», як 93 млн (5,1%), при цьому 13 млн (0,7%) дітей зазнають серйозних труднощів. Огляд літератури в країнах з низьким і середнім рівнем доходів свідчить про тенденції зростання поширеності дитячої інвалідності з 0,4% до 12,7% в залежності від інструменту дослідження і оцінки [2]. Огляд в країнах з низьким рівнем доходу вказує на проблеми виявлення і характеристики інвалідності в результаті відсутності інструментів для оцінки культури і мови [3]. За даними Європейської Академії Дитячої Інвалідності, в Україні прогнозується більше ніж 200 тис. дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 80 тис. з тяжкою інвалідністю, майже 1 млн дітей буде вимагати постійного супроводу. В цілому, рівень дитячої інвалідності має тенденції до зростання, і головною задачею при цьому стає збереження життя дитини та створення гідних умов для реалізації потреб дитини за рахунок забезпечення адекватних медичних та соціальних послуг, впровадження програм реабілітації, створення умов соціальною інклюзії та соціальної інтеграції.

При будь-якій формі дитячої інвалідності життя дитини-інваліда слід розглядати нерозривно з сім'єю та соціальним середовищем, що її оточує, нехтування цими принципами при несприятливих умовах в житті дитини призводить до погіршення її когнітивного, рухового і соціально-емоційного розвитку, особливо у віці до 5-ти років [4-6]. За даними ВООЗ, у своєму житті діти-інваліди та їх сім'ї стикаються з низкою проблем, серед яких: незадоволені медико-санітарні послуги (найчастіше внаслідок непомірно високої вартості медичних послуг, обмеженої доступності служб, фізичних перешкод, неналежних навичок і знань працівників охорони здоров'я), відсутність заходів, орієнтованих на дітей-інвалідів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Як слід уряди цивілізованих країн вживають заходи щодо поліпшення здоров'я інвалідів через доступ до якісних, доступних за вартістю службам охорони здоров'я, максимально використовуючи наявні ресурси та реформуючи всі взаємодіючі компоненти системи охорони здоров'я для їх адекватного функціонування. На сучасному етапі Європейські держави для поліпшення доступу інвалідів, і зокрема дітей інвалідів, до служб охорони здоров'я, включили проблему інвалідності як компонент в національні політики та свої програми охорони здоров'я, при сприянні ВООЗ збирають і розповсюджують дані та інформацію про інвалідність, розробляють нормативні методики, включаючи керівні принципи щодо зміцнення охорони здоров'я; створюють потенціал серед осіб, які формують політику в охороні здоров'я, і провайдерів послуг; нарощують масштаби реабілітації на рівні окремих громад; сприяють проведенню стратегій щодо забезпечення того, щоб інваліди були поінформовані про свій стан здоров'я і щоб персонал охорони здоров'я підтримував і захищав права і гідність інвалідів. До того ж у Європейському регіоні прийнята та діє Конвенція ООН про права інвалідів (КПІ), у якій підкреслюється необхідність захисту прав дітей-інвалідів та забезпечення їх повної та рівної участі у громадському житті, а стаття 25 Конвенції підтверджує право інвалідів на найвищий досяжний рівень здоров'я без дискримінації. У «Всесвітній доповіді про інвалідність» ВООЗ / Світового банку наведені дані про ефективні заходи для поліпшення здоров'я і соціальної участі дітей-інвалідів, які сприяють зменшенню масштабів утримання таких дітей в спеціалізованих установах. По відношенню до дітей-інвалідів, які перебувають в даний час поза домом, обов'язковим є поліпшення медичної допомоги та посилення їх захисту шляхом вжиття заходів проти таких інституційних методів і структур, які посилюють ризик насильства [1]. Згодом, спираючись на рекомендації підготовленої ВООЗ та Світовим банком «Всесвітньої доповіді про інвалідність» та відповідно до діючої Конвенції про права інвалідів, після консультацій з державами-членами, організаціями системи Організації Об'єднаних Націй і національними та міжнародними партнерами, включаючи організації людей з інвалідністю, був підготовлений «Глобальний план ВООЗ

по інвалідності на 2014-2021 рр.: краще здоров'я для всіх людей з інвалідністю», резолюцію затверджено рішенням 67-ої сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, План став найважливішим стимулом у зусиллях ВООЗ і урядів країн світу щодо поліпшення якості життя 1 млрд людей з інвалідністю у всіх країнах світу. Як слід, переважною більшістю Міністерств охорони здоров'я країн світу затверджено плани дій щодо укріплення здоров'я всіх людей з інвалідністю, зокрема і дітей, в яких поставлено такі основні завдання як усунути перешкоди і поліпшити доступ до служб і програм охорони здоров'я; зміцнити і розширити використання послуг з реабілітації, абілітації, допоміжних технологій допомоги і підтримки, а також реабілітації на рівні місцевої громади; зміцнити збір відповідних і порівнянних в міжнародних масштабах даних про інвалідність і надати підтримку дослідженням в області інвалідності та пов'язаних з нею послуг [7]. Проблема інвалідності у світі є значною проблемою, тому профілактику інвалідності включено до 11 найбільш пріоритетних медичних заходів, визначених ВООЗ і спрямованих на збереження здоров'я для всіх у Європейському регіоні.

В Україні закладено конституційні засади захисту дітей з інвалідністю та обмеженнями життєдіяльності, Законом України ратифіковані Конвенція ООН про Права дитини (2009 р.), стаття 23 якої включає, що кожна дитина «повинна вести повноцінне життя в умовах, які забезпечують гідність, сприяють впевненості в собі і полегшують адекватну участь у житті суспільства», та Конвенція ООН про права інвалідів (2009 р.), також Постановою Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. № 1545 схвалено Концепцію ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, також на законодавчому рівні створені основи соціальної політики у сфері соціального захисту дітей-інвалідів та їхніх батьків. На виконання Конвенції ООН про права дитини в Україні прийнято Закони України «Про охорону дитинства», де надано визначення терміну «дитина-інвалід» і вказано на необхідність додаткової соціальної допомоги, соціальних гарантій і захисту такої дитини, і «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю» в якому встановлюються права і гарантії дітей і батьків на отримання пенсій і соціальної допомоги.

Враховуючи прогностичні тенденції як у всьому світі, так і зокрема в Україні, щодо зростання інвалідності дітей, у державі виникла потреба у встановленні та сприйнятті інвалідності як проблеми обмеження функцій життєдіяльності з наступною можливістю повної інтеграції людини з інвалідністю в суспільство, як це і відбувається у цивілізованих європейських країнах, де застосовується Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007), що формує єдину біопсихосоціальну модель визначення інвалідності і сприяє проведенню медичної та соціальної реабілітації. Саме тому Розпорядженням КМУ від 27 грудня 2017 № 1008-р був затверджено план заходів щодо впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) і Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП), згідно з яким протягом 2018–2019 рр. Центральні органи виконавчої влади повинні вжити відповідних заходів для їх впровадження. В свою чергу МОЗ України на виконання Розпорядження КМУ, Наказом №552 від 23.03.2018 р. затвердив план заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо виконання плану заходів щодо впровадження в Україні вищезазначених класифікацій МКФ та МКФ-ДП, які використовуються в медичній та соціальній реабілітації для формулювання реабілітаційного діагнозу, який пов'язаний зі станом пацієнта на момент огляду. ВООЗ рекомендує використовувати МКФ для управління процесом медичної реабілітації (How to use the ICF: A Practical Manual for using ICF), де однією з головних умов ефективного використання МКФ є робота в мультидисциплінарній команді, що встановлює реабілітаційний діагноз. Реабілітаційний діагноз – це список проблем пацієнта сформульований в категоріях МКФ і відображає всі актуальні аспекти функціонування пацієнта – покликаний на своїй основі сформулювати мету, завдання і виробити стратегію реабілітації. У реабілітаційний діагноз включаються тільки ті виявлені проблеми пацієнта, які впливають або відображають його функціонування, тобто незначні проблеми або аспекти функціонування не повинні потрапляти в реабілітаційний діагноз [8]. Останнім часом в Україні, з урахуванням змін, що відбуваються в напрямі вирішення питань дитячої інвалідності, запроваджується комплексний підхід із законодавчо-нормативним забезпеченням до формування соціальної політики відносно осіб з інвалідністю, використовуються нові поняття та активно впроваджуються процеси, що слідує за ними, такі як «соціальна інклюзія», як принцип формування соціальної політики, забезпечення рівних прав і можливостей абсолютно для всіх людей для подолання «соціальної ізоляції», «інклюзивна освіта» як важливий крок соціальної політики відносно людей з інвалідністю, «соціальна інтеграція», «лінза інвалідності» як інструмент для аналізу, розробки та впровадження соціальної політики за створення «безбар'єрного середовища», тощо.

Висновки. Таким чином, з урахуванням тенденцій первинної та загальної дитячої інвалідності, їх прогностичних даних, закладених в державі основ на законодавчому рівні щодо захисту дітей-інвалідів, запроваджених кроків щодо вдосконалення підходу до організації медичної та соціальної реабілітації, нових принципів до формування соціальної політики потребує подальшого вдосконалення законодавчо-нормативне забезпечення організаційно-правових механізмів захисту дітей з інвалідністю та обмеженнями життєдіяльності з метою підвищення якості їх реабілітації та наступної соціальної інтеграції.

Список використаної літератури

1. World report on disability 2011. Режим доступу: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
2. Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. *Pediatrics*, 2007,120:Suppl 1S1-S55. doi:10.1542/peds.2007-0043B PMID:17603094.

3. Hartley S, Newton CRJC. Children with developmental disabilities in the majority of the world. In: Shevell M, ed. Neurodevelopmental disabilities: clinical and scientific foundations. London, Mac Keith Press, 2009.
4. Grantham-McGregor S et al. International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:60-70. doi:10.1016/S0140-6736(07)60032-4 PMID:17208643.
5. United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York, United Nations Children's Fund, 2008.
6. Workshop on Millennium Development Goals Monitoring. Geneva, United Nations Statistics Division, 8–11 November 2010 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Capacity/Geneva.htm>).
7. Проект Глобального плану ВОЗ по інвалідності EB134/16, Январь 2014 г. – Режим доступу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-ru.pdf?ua=1&ua=1.
8. How to use the ICF: A Practical Manual for using ICF. Режим доступу: <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>.

Дуло О.А., Чернов В.Д., Ляховець Л.О.

Корекційно-розвиваюча роль фізичних вправ у школярів з вадами слуху

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра фізичної реабілітації

На сучасному етапі кількість осіб, які мають різного роду патології слуху, неухильно зростає; збільшується також питома вага таких осіб серед дошкільнят, школярів і представників молодішої генерації. Доведено, що глухі діти та діти з вадами слуху відрізняються від здорових однолітків соматичною слабкістю, недостатньою руховою активністю, відставанням у фізичному й моторному розвитку, тощо; ці чинники впливають на розвиток особистості дітей і підлітків, тому молодь потребує ефективної роботи спеціальної системи навчання й виховання. Важливе місце посідають в ній заняття фізичними вправами, що покликані забезпечити не тільки необхідний рівень фізичного розвитку, а й корекцію відхилень у різних сферах діяльності школяра. Правильно підібрані заняття фізичними вправами повинні компенсувати проблеми фізичного розвитку, зокрема розвитку рухової сфери школярів із вадами слуху. Специфічні особливості психомоторного розвитку учнів із вадами слуху потребують розробки спеціальних методик і прийомів фізичного виховання, які повинні мати єдину цільову спрямованість – розвиток і водночас корекцію рухової сфери дитини чи підлітка. З іншого боку, вони потребують правильної організації процесу фізичного виховання, зокрема на рівні спеціального навчального закладу, яка має перетворити цей процес на базу для успішного проведення корекційно-виховної та корекційно-освітньої роботи.

Мета – дослідити процес застосування фізичних вправ у школярів різних вікових категорій з вадами слуху й обґрунтувати їх корекційно-розвиваючу роль у фізичному розвитку таких дітей і підлітків.

В ході дослідження були використані такі **матеріали та методи**: 1) аналіз літератури; 2) антропометричні методи (для визначення довжини і маси тіла, кистьової динамометрії, екскурсії грудної клітки); 3) фізіологічні методи (для визначення ЧСС, АТ, життєвої ємності легень, показники проб Штанге і Генчі); 4) тестування координаційних здібностей (проби Ромберга – п'яtkово-носочна і поза "Лелека", тест "Ловля лінійки"); 5) тестування психомоторних здібностей (визначення точності сприйняття часу, простої і складної зорово-моторної реакції); 6) педагогічне спостереження; 7) констатуючий педагогічний експеримент; 8) методи математичної статистики.

Результати. Загальні особливості дітей і підлітків із вадами слуху характеризуються тим, що порушення функції слухового аналізатора в таких дітей призводить до низки вторинних відхилень у різних сферах розвитку. Порушення слуху негативно відбивається на психіці школяра, обмежує обсяги надходження і сприйняття інформації від навколишнього світу, супроводжується уповільненням процесів сприйняття, мислення, уваги, пам'яті, уваги, всієї пізнавальної діяльності. У школярів з вадами слуху порушується діяльність серцево-судинної і дихальної систем, зокрема спостерігаються диспропорції в об'ємі та екскурсії грудної клітки, зниження об'єму життєвої ємності легень, невміння координувати дихання з ритмом усного мовлення. У багатьох із них знижені показники м'язової сили, витривалості, проявляються емоційні порушення, моторні та вестибулярні розлади.

Функції слуху людини тісно пов'язані з руховими функціями, що впливає з тісного взаємозв'язку слухового і рухового аналізаторів. Слухові сигнали, так само як і зорові, беруть безпосередню участь у регуляції рухів, тому виключення слуху із системи аналізаторів означає не просто випадіння даної сенсорної системи, а порушення всього процесу фізичного розвитку. Між порушенням слуху, мовленнєвою функцією та руховою системою існує тісний функціональний взаємозв'язок. Характерними порушеннями школярів із вадами слуху в руховій сфері є: недостатньо точна координація та невпевненість у руках; відносна уповільненість протікання процесів оволодіння руховими навичками та їх розвитку; складнощі зі збереженням статичної і динамічної рівноваги; відносно низький рівень орієнтування у просторі; уповільнена швидкість виконання окремих рухів і всього темпу рухової діяльності порівняно зі здоровими дітьми й підлітками; уповільненість розвитку основних фізичних якостей; уповільнена швидкість зворотної реакції; невиражене зняття гальмуючого впливу кори головного мозку тощо. Щодо порушення моторики,

помітні відхилення в техніці виконання циклічних вправ (наприклад, хода із шарканням, біг на напівзигнутих ногах при малій амплітуді рухів рук і незначному нахилі тулуба). Недоліки в рівновазі й діяльності вестибулярного аналізатора викликає пристосувальні реакції у статиці й моториці, внаслідок чого формуються такі дефекти як широка постановка ніг при ходьбі й бігу, збільшення викривлень хребта, тощо. Швидкість сенсорно-рухової реакції у таких дітей і підлітків менша через зниження інтенсивності звукового інформаційного потоку. Всі ці порушення в руховій сфері носять взаємопов'язаний характер і зумовлені загальними причинами: структурою слухового дефекту, недостатністю мовленнєвої функції, скороченням обсягів надходження і переробки інформації, станом рухового аналізатора і ступенем функціональної активності вестибулярного аналізатора.

Заняття фізичними вправами зі школярами, які мають вади слуху, здійснюються, як правило, у спеціальних навчальних закладах у рамках адаптивної фізичної культури. Вони покликані вирішувати низку завдань – оздоровчих, освітніх (передусім формування правильних рухових навичок), формування основних рухів і рухових якостей, виховних, розвитку мовлення і мовленнєвого спілкування; особливу вагу має вирішення корекційних завдань, пов'язаних, зокрема, з розвитком функції рівноваги, формуванням правильної постави, розвитком дихання, координації і формування ритмічності рухів, узгодженості рухових дій, орієнтування у просторі й часі.

Важливу роль у виконанні цих завдань відіграє організація процесу адаптивного фізичного виховання у спеціальних (корекційних) навчальних закладах, що здійснюється відповідно до розроблених навчальних планів. Основне завдання – організація оптимального рухового режиму протягом усього навчального року. Зміст фізичного виховання визначається насамперед необхідністю корекції та попередження вад у фізичному і моторному розвитку. Особлива увага приділяється розвитку швидко-силових якостей та різних проявів координаційних здібностей. Важливо навчити дітей з вадами слуху правильно і впевнено виконувати різноманітні рухи в умовах повсякденного життя. Методи швидко-силової спрямованості фізичного виховання спираються на принцип об'єднаного розвитку кондиційних і координаційних фізичних здібностей; підсилення їхнього корекційного впливу може досягатися за рахунок прийомів, що передбачають наявність ритмічного звукового супроводу і сприяють активізації психічних процесів. Паралельно з активізацією рухової діяльності, на заняттях вирішуються питання активізації пізнавальної діяльності школярів. Включення в заняття з фізичної культури мовленнєвого матеріалу позитивно впливає на усвідомлення учнями словникового запасу, пов'язаного з удосконаленням рухових умінь і навичок. На заняттях з фізичної культури значна увага також приділяється предметно-практичним діям, рухам пальців рук, які стимулюють діяльність ЦНС і системи мовлення, розширенню сфери спілкування школярів із вадами слуху.

Основною формою занять у спеціальних корекційних навчальних закладах є урок фізичної культури. В молодших класах основу його змісту складають фізичні вправи для розвитку загальної і силової витривалості м'язів спини, черевного пресу і грудної клітки, що призведе до створення "м'язового корсету", а також вправи на координацію, формування постави, загальнорозвиваючі, дихальні вправи, рухливі ігри. Використовуються спеціальні комплекси ранкової гімнастики, фізкультурні хвилинки й паузи, виконання вправ та рухливі ігри на перервах. У середніх і старших класах основу занять складають гімнастичні вправи динамічного характеру на розвиток різних груп м'язів, зокрема у змінених умовах з різними положеннями тіла, з елементами єдиноборств, спеціальні вправи на забезпечення керування руховими діями та їхню регуляцію, розвиток різних психофізичних функцій тощо.

З метою визначення ролі фізичних вправ в розвитку здоров'я, фізичному розвитку й розвитку окремих психофізичних здібностей учнів середнього і старшого шкільного віку з вадами слуху, нами було проведено констатуючий експеримент тривалістю 6 місяців, у рамках якого на його початку й наприкінці визначалися антропометричні параметри, показники фізичного розвитку, стану серцево-судинної і дихальної систем, розвитку координаційних і психомоторних здібностей 22 школярів обох статей двох вікових категорій – 12 років (6 клас, перша контрольна група, 12 учнів) і 15 років (9 клас, друга контрольна група, 10 учнів). Особливий інтерес представляє порівняльна характеристика відсоткових показників динаміки змін різних показників за час проведення експерименту з учнями Ужгородської спеціальної школи-інтернату I-III ступенів для глухих дітей. Заняття фізичними вправами проводились тричі на тиждень, тривалістю 40 хв.

Розвиваючу роль адаптивного фізичного виховання школярів із вадами слуху проілюстровано в результатах тестування фізичного розвитку учнів першої і другої контрольної груп. Так, щодо школярів 12 років (6 клас), їх середні показники ЖЄЛ за час експерименту зросли на 8,12% у хлопців і 5,31% у дівчат, ЕГК – на 13,04% у хлопців і 9,09% у дівчат, динамометрії кисті сильнішої руки – на 12,45% у хлопців і 5,83% у дівчат. У школярів 15 років (9 клас) динаміка росту показників ЖЄЛ становила 5,13% у хлопців і 5,21% у дівчат, тобто якщо у дівчат істотної різниці за віком не зафіксовано, то у хлопців приріст показників ЖЄЛ уповільнився в середньому на 3,0%; середній показник ЕГК старших хлопців зріс на 6,78%, що на 6,26% менше порівняно з показником шестикласників, у дівчат зростання становило 5,45%, що відповідно менше на 3,64%; показники динамометрії кисті сильнішої руки покращилися у хлопців на 6,10%, у дівчат – на 5,62%, у хлопців цей показник менше порівняно з шестикласниками на 6,35%. Загалом розвиваюча роль фізичних вправ за цими показниками як у середніх, так і в старших класах не піддається сумніву.

Оздоровча роль адаптивного фізичного виховання в плані забезпечення стабільної роботи функціональних систем організму школярів із вадами слуху ілюструється такими показниками. Середні показники ЧСС у хлопців 6 класу за час проведення експерименту зросли на 3,29%, у хлопців 9 класу – на 3,66%; у дівчат 6 класу – на 1,71%, 9 класу – на 3,08%. Середні показники АТ систолічного і діастолічного у хлопців 6 класу зросли на 2,66% та 1,88%,

у хлопців 9 класу – відповідно на 0,88% та 0,76%. Таке уповільнення в динаміці змін до 15 років цілком природне, воно відповідає загальновіковим змінам функціональної діяльності організму дітей і підлітків. У дівчат спостерігається аналогічна картина: відповідно 3,61% і 2,69% у віці 12 років та 2,12% і 0,17% у віці 15 років. Динаміка змін групових показників за пробами Штанге і Генчі у шестикласників із вадами слуху більш відчутна порівняно з дев'ятикласниками, а система дихання під дією фізичних вправ розвивається більш інтенсивно.

Корекційну роль фізичних вправ у школярів із вадами слуху проілюстровано в результатах тестування координаційних і психомоторних здібностей вказаних осіб. Результати за виконанням двох тестів проби Ромберга засвідчують, що серед хлопців 12 років динаміка змін у п'ятково-носочній пробі становила 24,53%, а серед хлопців 15 років – 6,42%; у дівчат ці показники складають 25% і 8,39%. У пробі, що виконувалася в позі "Лелека", приріст показників серед хлопців 12 років склав 28,57%, а серед хлопців 15 років – 8,41%; серед дівчат двох вікових груп зафіксовано показники відповідно 27,78% і 7,69%. Як бачимо, якщо взяти до прикладу пробу в позі "Лелека", динаміка змін показників старшокласників серед хлопців менша на 20,16%, а серед дівчат – відповідно на 20,09%. Основу вивчення психомоторних здібностей школярів із вадами слуху склало тестування на початку й по завершенню експерименту простої та складної зорово-моторної реакції. Щодо школярів 12 років (6 клас), їхні середні показники часу ПЗМР за час експерименту зросли на 3,31% у хлопців і 4,23% у дівчат; у школярів 15 років (9 клас) ці показники становлять 7,43% і 7,44%. Отже, у старшому віці можемо відзначити про покращення простої зорово-моторної реакції. З іншого боку, рівень складної зорово-моторної реакції школярів із вадами слуху з віком практично не змінюється. Так, у цьому тесті зафіксовано таку динаміку змін: у хлопців 6 і 9 класів – відповідно 4,76% і 4,35%; у дівчат 6 і 9 класів – відповідно 5,51% і 4,96%. Рівень помилок СЗМР у віці 15 років помітно скоротився.

Висновки

1. Через взаємозв'язок слухового і зорового аналізаторів школярам із вадами слуху властива наявність численних порушень у руховій сфері, зумовлених структурою слухового дефекту, недостатністю мовленнєвої функції, скороченням обсягів надходження інформації та іншими причинами. Заняття фізичними вправами у спеціальних (корекційних) навчальних закладах, що виконують оздоровчі, освітні завдання, завдання формування основних рухів і рухових якостей, розвитку мовлення і мовленнєвого спілкування, а також корекційні завдання, пов'язані з розвитком функції рівноваги, формуванням правильної постави, розвитком дихання, координації і формування ритмічності рухів, узгодженості рухових дій, орієнтування у просторі й часі, повинні мінімізувати ці порушення.

2. Отримані в ході констатуючого педагогічного експерименту дані наочно ілюструють оздоровчі, розвиваючі та корекційні впливи фізичних вправ на загальний розвиток дітей і підлітків середнього і старшого шкільного віку серед хлопців і дівчат. Згідно з нашим висновком, правильно організований процес адаптивного фізичного виховання здатен компенсувати негативні наслідки порушень слуху для розвитку сфери фізичного і моторного розвитку школярів із вадами слуху, позитивно вплинути на їх стан здоров'я і загальний розвиток особистості.

Список використаної літератури

1. Байкіна Н. Г. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих / Н. Г. Байкіна, Б. В. Сермеев. – М.: Советский спорт, 1991. – 64 с.
2. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник / С. П. Евсеев. – В 2 т. – Т. 1. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
3. Коржова А. А. Физическое воспитание детей с нарушениями слуха / А. А. Коржова. – М.: Просвещение, 1993. – 224 с.
4. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура: Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие / Н. Л. Литош. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 140 с.
5. Пеганов Ю. А. Способы повышения уровня физической подготовленности глухих и слабослышащих старших школьников / Ю. А. Пеганов, А. Г. Спицын // Дефектология. – 1998. – № 2, март-апрель. – С. 37-48.
6. Развитие слуха у детей: Учебное пособие для педагогических институтов / Под ред. Е. П. Кузьмичева. – М.: Педагогика, 1984. – 216 с.
7. Развитие способностей у глухих детей в процессе обучения / Под ред. Т. В. Розановой. – М.: Педагогика, 1991. – 176 с.
8. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с.

Іваць А.Р., Романів О.П., Надь Б.Я.

Соціально-психологічні чинники та фактори ризику суїцидів серед осіб молодого віку

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Серед проблем, пов'язаних зі збереженням здоров'я нації, увагу привертає питання про підлітковий та юнацький суїцид. Згідно даних ВООЗ щороку від самогубства помирає близько 800 тис. осіб, майже 170 тис. – у європейському регіоні. Самогубство стоїть на другому місці серед причин смерті осіб віком 15-29 років. На кожен випадок завершеного суїциду припадає безліч невдалих спроб, в подальшому особи, які мають в анамнезі спробу самогубства опиняються в групі ризику. Самогубство притаманне не лише для розвинених країн з високим рівнем доходу, а й є глобальним явищем у всіх регіонах світу. Фактично, більше 78% світових самогубств сталося в країнах з низьким і середнім рівнем доходів в 2015 році. [2]

Мета роботи: проаналізувати основні причини суїцидів серед осіб молодого віку; визначити фактори ризику, які приводять до спроб самогубства; виділити особливості поведінки осіб зі схильністю до самогубства.

Матеріали та методи. Проведено аналіз статистичних даних та публікацій, присвячених тематиці суїцидальної поведінки у підлітків та юнаків.

Результати. Кожне самогубство – це трагедія, яка впливає на сім'ї, громади та цілі країни, тривалий час впливаючи на життя людей, яких воно торкнулося. Саморуїнна (аутоагресивна) поведінка є актуальною морально-етичною та медико-соціальною проблемою. Проте в офіційну статистику самогубств потрапляють лише явні випадки суїциду, тому число реальних самогубств значно перевершує офіційні цифри. Причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти тощо) насправді є суїциди.

Серед чотирьох різновидів суїцидів (егоїстичний, альтруїстичний, аномічний і фаталістичний) переважають аномічні самогубства, що є наслідками неспроможності особистості пристосуватися до швидкоплинних умов суспільства. Провідними для аутоагресивної поведінки є соціально-психологічні фактори ризику, але наявність психічного розладу у пацієнта значно збільшує ризик аутоагресивної налаштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики даної поведінки для лікарів-психіатрів, психотерапевтів і психологів. [5]

До суїцидальної поведінки звичайно відносять завершені самогубства, суїцидальні спроби (або парасуїцид) і наміри. Суїцид (самогубство) – це свідомий акт самоусунення людини з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, за яких власне життя, як вища цінність, втрачає сенс. Іншими словами, суїцид є деструктивним способом подолання кризи, яку переживає людина. [4] Суїцидальні дії у підлітків та осіб юнацького віку часто бувають імпульсивними, ситуативними і не плануються заздалегідь. Спроби суїциду є наслідком непродуктивної (захисної) адаптації до життя: спроба вирішити важку життєву ситуацію непридатними, неадекватними способами. Своєчасна психологічна допомога, підтримка, надані у важкій життєвій ситуації, допомогли б уникнути трагедій.

До соціально-психологічних факторів ризику розвитку суїцидальної поведінки у осіб молодого віку відносяться наступні:

- сімейна історія проблем із психічним здоров'ям
- сімейна історія зловживання психоактивними речовинами
- сімейна історія насильства
- сімейна історія самогубства
- почуття безнадії
- почуття ізолюваності або самотності
- проблеми з законом
- вплив алкоголю або наркотиків
- наявність у підлітка дисциплінарних, соціальних проблем або труднощів у школі
- проблема з вживанням психоактивних речовин
- психічний розлад або психічне захворювання
- замах на самогубство в минулому
- схильність до необачної або імпульсивної поведінки
- володіє зброєю
- нестача сну
- знати, ідентифікувати себе або бути пов'язаним з людиною, яка вчинила самогубство[1]

Поведінкові зміни, притаманні для людей з суїцидальними думками та схильностями:

- Часті коливання настрою

- Ажитованість, тривожна або напружена поведінка
- Зміни звичок, режиму сну, апетиту
- Розмови про власну нікчемність, провину, сором
- Вживання більшої кількості алкоголю, ніж зазвичай, або початок вживання алкоголю особами, які раніше уникали його
- Недбала або ризикована поведінка (безрозсудні та небезпечні вчинки)
- Купівля засобів для здійснення самогубства (пігулки, зброя, отруйні речовини)
- Схильність до усамітнення, уникання близьких людей
- Психомоторне збудження
- Висловлювання про прагнення «не обтяжувати» собою близьких
- Розмови про власну смерть та бажання померти
- Каяття та самокритика [1]

Значне число людей з суїцидальними ідеями приховують свої думки і почуття і не показують жодних ознак того, що щось не так. В освітніх установах необхідно організувати профілактичну і корекційну роботу щодо запобігання суїцидальних спроб серед учнів різних вікових груп, націлену на формування у школярів та студентів позитивної адаптації до життя, як процесу свідомого побудови і досягнення людиною щодо стійких рівноваг відносин між собою, іншими людьми і світом в цілому.

При оцінці ступеня суїцидального ризику спеціаліст повинен отримати відповіді на ряд важливих запитань, наприклад, яким способом людина має намір накласти на себе руки, чи знає вона летальні дози ліків і отруйних речовин і має доступ до вогнепальної зброї та хімічних препаратів. Ступінь суїцидального ризику залежить також від наявності середовищних ресурсів для втручання. Іншими словами, потрібно враховувати, наскільки велика ймовірність виявлення суїцидальних намірів близькими пацієнта, чи здатні вони перешкодити здійсненню самогубства і надати своєчасну і адекватну медичну допомогу в разі вчинення суїцидальної спроби. [3]

Зусилля щодо запобігання самогубств вимагають координації і спільної роботи цілого ряду секторів суспільства, включаючи сектор охорони здоров'я, освіту, право, політика і ЗМІ. Такі зусилля повинні бути всеосяжними і комплексними, спрямованими на формування позитивної картини світу у молодих осіб, створення відчуття захищеності та підтримки.

Висновки

- Україна відноситься до країн із середнім рівнем суїцидальної активності. Загрозливими в плані прогнозу є темпи приросту рівня суїцидів у підгрупі населення віком до 15-29 років.
- В освітніх установах необхідно організувати профілактичну і корекційну роботу щодо запобігання суїцидальних спроб серед учнів різних вікових груп, націлену на формування у школярів та студентів позитивної адаптації до життя
- Оцінка факторів ризику дозволяє визначити категорії людей, які є найбільш вразливими та схильними до аутодеструктивної поведінки.
- Поведінкові зміни часто носять неспецифічний характер, однак звертаючи на них увагу можна запобігти суїциду.
- Оцінка суїцидального ризику у конкретній проводиться спеціалістом, який на основі даних отриманих в ході бесіди робить висновок про ступінь сформованості намірів, наявні ресурси для вирішення проблеми та можливості ефективно використати ці ресурси на благо пацієнта.

Список використаних джерел

1. Christian N. What are suicidal thoughts? [Електронний ресурс] / Nordqvist Christian. – 2018. – Режим доступу : <https://www.medicalnewstoday.com/kc/suicidal-thoughts-ideation-193026>.
2. Suicide [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
3. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – М., 2001. – 295 с.
4. Исаев Д. С. Психология суицидального поведения: мет. реком. / Д. С. Исаев, К. В. Шерстнёв. – Самара, 2000 – 27 с
5. Романів О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. П. Романів, О. О. Хаустова. // Ліки України. – 2013. – №1. – С. 89–94.

Іваць А.Р., Романів О.П., Надь Б.Я.

Доцільність комплексного призначення атипичних нейролептиків у лікуванні хворих на шизофренію з апато-абулічним дефектом

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Шизофренія (від гр. *shciso* – розщеплюю, *fren* – душа) – це ендогенне прогредієнтне (процесуальне) психічне захворювання, котре зазвичай дебютує у молодому віці (16–30 років) і характеризується як основними (негативними), дефіцитарними розладами – апатією, аутизмом, дисоціацією психічної діяльності, так і додатковими (позитивними) – маренням, ілюзіями і галюцинаціями, рухово-вольовими, а також депресивними симптомами.[2] Більшість авторів головним моментом розвитку шизофренії вважають зрив спадково порушеного механізму обміну речовин, що супроводжується зниженням рівня енергетичних процесів, аутоінтоксикацією та аутоімунізацією. При цьому виявляють неспецифічні зміни азотистого, білкового й амінокислотного обмінів, вмісту нейрогормонів з блокадою і подальшою дегенерацією адренергічних рецепторів. Причини шизофренії все ще залишаються до кінця не визначеними в офіційній психіатрії, однак, існує багато гіпотез про можливі причини шизофренії. Однією з найпопулярніших в даний час є так звана "дофамінова гіпотеза" шизофренії.

Мета роботи: проаналізувати проблему розвитку дефіцитарної симптоматики та погіршення соціального функціонування хворих на шизофренію при вживанні типових нейролептиків.

Матеріали та методи. Проведено огляд публікацій присвячених ефективності атипичних нейролептиків у лікуванні шизофренії та їх впливу на негативні симптоми цього захворювання.

Результати. Дофамін – нейромедіатор, біологічно активна хімічна речовина, яка в мозку людини передає емоційну реакцію і дозволяє відчувати задоволення і не відчувати біль, також нейромедіатор, відповідальний за рух, тому виробляється у певних клітинах мозку, що контролюють м'язову активність. Згідно з дофаміною теорією виникнення шизофренії, симптоми виникають внаслідок порушення рівня дофаміну в структурах мозку. [5]

У 2000 році Арвіду Карлссону була присуджена нобелівська премія за дослідження ролі дофаміну в мозковій діяльності. Підвищення рівня дофаміну викликає появу позитивних симптомів шизофренії:

- Маячення
- Галюцинації
- Афективні напади
- Ілюзії

Зниження рівня дофаміну веде до появи негативних симптомів шизофренії:

- Апатія
- Абулія
- Сплощення афекту
- Розлади мислення
- Амбівалентність

Ці положення теорії були підтвержені відкриттям антипсихотиків (медичних препаратів пригнічують дофамін), і дослідженнями мозку за допомогою радіонуклідних томографічних сканерів.

Медикаментозне лікування шизофренії проводиться за допомогою антипсихотичних засобів:

1) Нейролептики першого покоління (галоперидол, трифтазин), головними недоліками яких велика кількість побічних ефектів; при тривалому прийомі – розвиток вторинного фармакологічного дефекту. добре усувають продуктивні симптоми шизофренії знижуючи дофамін, проте вони малоефективні для лікування негативних симптомів, і часто можуть викликати їх посилення.

2) Нейролептики другого покоління (кветіапін, аріпіпразол)

Менша кількість побічних ефектів; зменшення інтенсивності проявів апато-абулічного синдрому, розгальмовуюча та активізуюча дія.

Кветіапін(англ. Quetiapine) – атипичний нейролептик, застосовується для лікування хронічної та гострої шизофренії як з продуктивною, так і з негативною симптоматикою, для лікування біполярного афективного розладу, великого депресивного розладу (у поєднанні з антидепресантами) та деяких інших психічних захворювань.

Як і інші препарати з групи атипичних нейролептиків, він редукує коморбідну афективну симптоматику, впливає на мезолімбічну дофамінову активність, має слабкий афінітет до D1 і D2 рецепторів. Кветіапін вибірково діє на мезолімбічну систему. Про це свідчить його властивість вибірково знижувати частоту розрядів мезолімбічних нейронів A10 в порівнянні з нігостріатними нейронами A9 (які беруть участь в моторній функції) [1].

Переваги:

1. Ефективно впливає на позитивну та негативну симптоматику.
2. Покращує когнітивне функціонування.

3. Ефективний при коморбідних розладах настрою.
4. Менша імовірність розвитку екстрапірамідних симптомів порівняно з типовими нейролептиками [6].

Арипіпразол проявляє типовий для нейролептиків антагонізм до дофамінових рецепторів D2 підтипу в мезолімбічному шляху, при цьому маючи унікальну властивість часткового агонізму до тих же рецепторів в мезокортикальних шляху. Арипіпразол може розглядатися як прототип антипсихотиків третього покоління. По механізмі дії він є стабілізатором одночасно дофамінової і серотонінової систем: блокує D2 та 5HT_{2a}-рецептори лімбічної системи, чим зумовлена його антипсихотична дія; активує (як парціальний агоніст) D2 рецептори лобової кори, блокує 5HT_{2a} рецепторів лобової кори, активує 5HT_{1a} рецепторів лобової кори, чим зумовлена його дія на негативну симптоматику [4, 6].

Висновки:

1. комплексне використання арипенталу та кветіксолу дозволяє подіяти на більшу кількість рецепторів одночасно, при цьому не викликавши побічних ефектів притаманних для типових нейролептиків
2. Комплексне застосування атипичних нейролептиків вирішити наступні проблеми:
 - загальмованість
 - зниження працездатності
 - когнітивні порушення (зниження інтелекту, уваги, пам'яті)
 - зниження настрою
 - порушення сну
 - екстрапірамідні розлади
 - гіперпролактинемія
3. Зниження вираженості проявів апато-абулічного дефекту при шизофренії дозволяє пацієнтам вести активне життя.
4. В зв'язку з меншою кількістю побічних ефектів, порівняно з типовими нейролептиками, зростає комплаєнтність хворих до лікування.
5. В довгостроковій перспективі, використання атипичних нейролептиків дозволяє покращити якість життя пацієнтів з шизофренією.

Список літератури

1. Anticholinergic Activity of 107 Medications Commonly Used by Older Adults / [M. L. Chew, B. H. Mulsant, B. G. Pollock та ін.]. // Journal of the American Geriatrics Society. – 2008. – №7. – С. 1336–1339.
2. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. – 12 Auflage neubearbeitet von M. Bleuler. – New York-Berlin: Springer-Verlag, 1972. – 704 p.
3. В.Л. Гавенко Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, П86 В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. – 2-ге вид., переробл. і допов. – К. : ВСВ "Медицина", 2015.
4. Croxtall J. D. Aripiprazole. A Review of its Use in the Management of Schizophrenia in Adults / Jamie D. Croxtall. // ADIS DRUG EVALUATION. – 2012. – №26. – С. 155–183.
5. Meltzer, HY, Stahl, SM. The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review. Schizophr Bull. 1976; 2(1): 19–76.
6. Порівняльний аналіз атипичних нейролептиків [Електронний ресурс] // НЕЙРОNEWS. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: [https://neuronews.com.ua/uploads/files/2015/10%20\(74\)/9294171202.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/files/2015/10%20(74)/9294171202.pdf).

Йост Томас

Принципи поведінки у разі проявів насилля та агресії

Люцерн (Швейцарія) / Ужгород

Поняття «насилля»: насилля – це будь яке порушення фізичної чи психічної цілісності людини; насилля – це дія; насилля – це вивчена стратегія; насильницька дія потребує прийняття рішень; насилля – це форма взаємодії; насилля веде до кінця взаєморозуміння.

Значення слова «агресія» походить від лат. „aggredi“, що означає починати, хапати, наближатись, братися за щось (базове значення із латинського поняття можна розуміти вільно).

Агресія – це вираження емоцій, вона керується почуттями і може бути важко керованою. Агресія – це бажання вступити в контакт.

Взаємодія (Інтеракція). Насильницькі дії були вивчені та засвоєні у соціальному контексті.

Насильницькі дії – це індивідуальна некомпетентність та стратегія, для вирішення проблеми, яка нещодавно виникла. Пережита проблемна ситуація є у суперечності до таких базових потреб, як задоволеність, належність до чогось, повага та серйозність (цілісність).

Запускаючий механізм

- Насилля слід завжди розуміти в контексті, воно має різні причини та умови
- Вплив через оточення:
 - o Почувати себе незрозумілим, відчувати несправедливе ставлення
 - o Почувати себе під тиском або утисненим
 - o Виникають сильні бажання та потреби (іграшка, їжа, спільна гра, приналежність до чогось і т.п.)
- Власний вплив самого себе:
 - o Почуття виникають через думки та фантазії: страх, сум, сором, самотність, безпомічність
 - o Фізичні відчуття: голод, втома, біль, хвороба, вади (фізичні та/або розумові)

Почуття та Емоції

- Проблемні ситуації завжди сприяють виникненню почуття
- Проблемні ситуації завжди пов'язані із потребами
- Почуття з'являються негайно та без того, щоб їх хтось чекав
- Через наступні думки(-зразок) виникають наступні похідні почуття (емоції)
- Через це часто виникає карусель думок, які ведуть до оцінки та обезцінювання
- Як правило це викликає тиск, невпевненість та нетерплячість
- Поведінкова модель
- Насилля підлягає повторюваним діям
- Кругообіг насилля є індивідуальним, сталим по структурі
- Кругообіг насилля починається з останньою активною дією насилля
- Вигіснення неприємних відчуттів веде до легітимації дії (віддати відповідальність)
- Хочеться при першій можливості потурбуватися про те, щоб неприємні відчуття зникли.

Кругообіг насилля.

Насильницька дія – полегшення – переляк, сором, сум – недооцінювання, виправдання, вибачення – мовчання – невисловлені, невіршені конфлікти – супротив жертви та відчуття страху, безпомічності, безсилля... – рішення діяти – насильницька дія – полегшення ...

Компетенція дії.

Дія починається із усвідомлення, що я, як учасник/учасниця, завжди є частиною взаємодії. Мої почуття є в резонансі із усіма учасниками. Ми знаємо усі відповідні чинники ескалації. Не реагувати – це також частина взаємодії. Чим раніше я закриюсь у кругообізі, тим більшими є шанси до деескалації. Реагувати у будь якому випадку, тільки як?

Компетенції дії

- Усвідомлювати те, що можна діяти у різних ролях
- Усвідомлюване рішення стосовно дії проти насилля
- Якщо можливо, то слід чітко сказати «Стоп»!
- Якщо потрібно, називати ім'я, чи повне ім'я!
- Описувати те, що бачив Я!
- Казати, чого Я хочу, а чого ні!
- Краще діяти якомога раніше
- Важливо – використати компетенцію в колективі
- Змогти обговорити власний досвід з приводу насилля з колегами
- Отримувати досвід, спілкуючись із фахівцями
- Ви є фахівцем у щоденному житті, Ви вже несете із собою компетенції, дозвольте колегам бути учасниками!

Касьяненко І.І., Бугро В.І., Медведовська Н.В.

Результати дослідження динаміки та регіональних особливостей захворюваності на вірусні гепатити в Україні

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика**

За прогнозними оцінками ВООЗ майже половина населення земної кулі буде поступово охоплена «тихою епідемією» вірусних гепатитів. Офіційна статистика засвідчує, що глобальний тягар зростання випадків вірусних гепатитів надає проблемі їх поширення світового значення. Відомими та найбільш вивченими на сьогодні гепатотропними вірусами, які викликають розвиток запалення в печінковій паренхімі та передаються парентерально (через кров та інші рідкі середовища організму) є віруси гепатиту В, D, С, G, ТТ, Е [1-5].

Метою дослідження стало з'ясування наявності регіональних особливостей та динаміки захворюваності на вірусні гепатити в Україні.

Матеріали та методи. У дослідженні використано матеріали офіційних звітних форм №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (щорічна) (410 од.) зведених за окремими адміністративними територіями України.

Результати. Захворюваність на вірусні гепатити серед населення України продовжує поступово зростати до 29,67 на 100 тис. населення в 2016 р., що зумовило 12 688 звернень в медичні заклади системи МОЗ України в цьому році. Найвищі рівні захворюваності на вірусні гепатити за підсумками 2016 р. традиційно зареєстровані в Закарпатській (74,64), Сумській (49,05), Миколаївській (44,26) областях та в м. Києві (46,76 на 100 тис. населення).

Структура захворюваності на вірусні гепатити представлена: гострим вірусним гепатитом А (23,85%); гострим вірусним гепатитом В (11,56%); гострим вірусним гепатитом С (4,44%); хронічним вірусним гепатитом (58,79%).

Регіональні особливості гострого вірусного гепатиту А в 2016 р. проявилися найвищими його рівнями в Закарпатській (62,46), Житомирській (21,72), областях та м. Києві (22,31) при середньому по Україні значенні захворюваності 7,08 на 100 тисяч населення або 3 026 випадків гострого вірусного гепатиту А, що в порівнянні з попереднім 2015 роком (зростання в 1,22 разу) та з 2011 роком (зростання в 1,8 разу з 3,93 в 2011 р. до 7,08 на 100 тис. нас в 2016 р.) свідчить про формування тенденцій до зростання вказаного показника.

Регіональні особливості показників захворюваності на парентеральні вірусні гепатити В і С характеризуються їх переважним накопиченням в центральних та окремих західних регіонах України, що ймовірно пов'язано з кращою діагностикою захворювань. Так, при середньому значенні захворюваності на гострий вірусний гепатит В по Україні в 2016 р. 3,43 на 100 тис. населення найвищі його рівні зареєстровані в м. Києві (5,37), Запорізькій (5,44), Львівській (5,40) та Харківській (5,12 на 100 тис. населення) областях. Найвищі рівні захворюваності на гострий вірусний гепатит С зареєстровані в м. Києві (2,53), Вінницькій (2,62), Харківській (2,50), Київській (2,03) областях при середньому по Україні 1,32 на 100 тис. населення.

Пізнє виявлення або несвоєчасне звернення пацієнтів з гострим гепатитом, особливості перебігу захворювання із його безсимптомним початком і схильністю до хронізації процесу, зумовлює найвищу питому вагу (58,79%) та найбільшу кількість звернень (7 459 із усіх звернень з вірусним гепатитом 12 688 в 2016 р.) з приводу хронічного вірусного гепатиту. При середньому по Україні значенні захворюваності 17,44 на 100 тис. населення, найвищі рівні показника спостерігалися за підсумками 2016 р. в Сумській (39,51), Миколаївській (36,44), Харківській (31,78), Полтавській (31,64) та Кіровоградській (28,54) областях.

Висновки. Проведеним дослідженням виявлено тенденції до зростання захворюваності на вірусний гепатит серед населення України з найвищою питомою вагою в структурі захворюваності на нього саме хронічного вірусного гепатиту (58,79%), що доводить доцільність подальшого вивчення регіональних особливостей формування показника та медико-організаційних чинників, що мають вплив на його зростання.

Список використаної літератури.

1. Характеристика и тенденции развития эпидемического процесса гепатита С в Украине / Гураль А. Л., Мариевский В. Ф., Сергеева Т. А. [и др.] // Профілактична медицина. – 2011. – № 1 (13). – С. 9 – 18.
2. Country-level Vulnerability Assessment for Rapid Dissemination of HIV or HCV Infections Among Persons Who Inject Drugs, United States / M.M. Van Handei, C.E. Rose, E.J. Hallisey, J.L. Kolling, J.E. Zibbell, B. Lewis, M.K. Bohm, C.M. Jones, B.E. Flanagan, A.E. Siddiqi, K. Iqbal, A.L. Dent, J.H. Mermin, E. McCray, J.W. Ward, J.T. Brooks // J. Acquir Immune Defic Syndr. – 2016. – Nov.1. – Vol. 73(3). – P. 323 – 331.
3. World Health Organization. WHO country office in Pakistan. Blood Safety (2009). Access mode: http://www.Embo.who.int/pakistan/programmeareas_bloodsafety.htm.
4. World Health Organization: Hepatitis B. 2008: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.
5. Sheikh S.M. Hepatitis B and C value of universal antenatal screening / S.M. Sheikh // J. Coll. Physicians. Surg. Pak. – 2009. – Vol. 19. – P. 179–182.

Кедик Р.Є., Горзов С.С., Пензелік І.В.

Стан ротової порожнини у дітей хворих на ДЦП, які знаходяться на ортодонтичному лікуванні

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

Провідні місця в дитячій вродженій інвалідності посідають захворювання центральної нервової системи та психічні розлади. Головною причиною дитячої інвалідності серед захворювань центральної нервової системи є дитячий церебральний параліч (ДЦП) [2].

В сучасному суспільстві велика увага акцентується на здоров'я та покращення стану життя даної групи людей. Стоматологічний статус пацієнтів з дитячим церебральним параліч відрізняється та потребує особливої уваги як зі сторони спеціалістів так і батьків.

У дітей з ДЦП важливою ланкою патогенезу є розвиток комбінованої хронічної гіпоксії, на тлі якої знижуються імунобіологічні властивості слини. Складність надання ортодонтичної допомоги пацієнтам з дитячим церебральним паралічем обумовлена клінічними проявами ДЦП, порушенням зубощелепної системи, а також тяжкістю виконання лікувально-профілактичних заходів.

Діти, хворі на ДЦП, є складною групою пацієнтів. Робота лікаря з такими хворими вимагає особливого підходу. У дитячій практиці для лікування бажано застосовувати неінвазивні, малотравматичні методи, а у дітей, хворих на ДЦП, особливо, так як підвищена збудливість нервової системи швидко опосередковує розвиток стресових реакцій і посилює перебіг основного захворювання.

Мета:

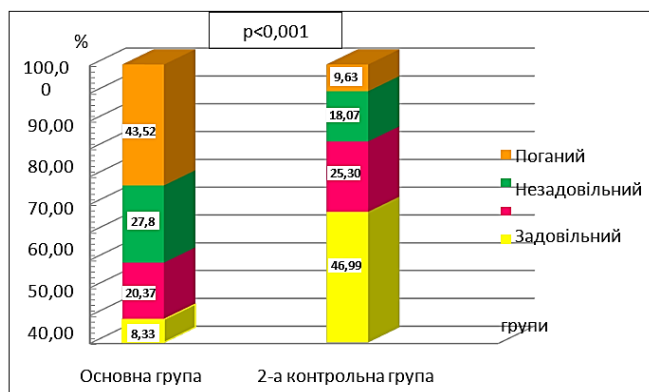
- налагодження контакту з даною групою пацієнтів;
- визначення стану гігієни ротової порожнини;
- визначення інтенсивності карієсу (КПВ);
- визначення стану тканин пародонта;
- рН слини, вміст кальцію та фосфору в ротовій рідині;
- навчання навичок гігієнічного догляду за ротовою порожниною в умовах ортодонтичного лікування.

Матеріали та методи дослідження. У період з грудня 2016 до липня 2018 року на базі університетської стоматологічної клініки УжНУ було проведено обстеження 340 дітей, з них 25 дітей, які мають діагноз дитячий церебральний параліч.

Для проведення дослідження ми взяли 50 дітей, які знаходяться на ортодонтичному лікуванні, поділили їх на дві групи, основну (25 дітей хворих на ДЦП) та контрольну (25 практично здорових дітей).

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінка стану гігієни ротової порожнини у групах дослідження за Індексом Гріна-Вермільйона (ОHI-S):

Показники індексу ОHI-S	Основна група		2-а контрольна група	
	абс. число	%	абс. число	%
0-0,6 – добрий	2	8,33±2,66	12	46,99±5,47
0,7-1,6 – задовільний	6	20,37±3,87	6	25,30±4,77
1,7-2,5 – незадовільний	7	27,77±4,31	6	18,07±4,22
> 2,6 – поганий	10	43,52±4,77	1	9,63±3,23
p	<0,001			



Рівень КПВ склав:

Показник	Основна група	Контрольна група
Дуже високий	7	5
Високий	9	6
Середній	5	10
Низький	4	4

Вміст іонів Са становить 0,7-0,9 ммоль/л, неорганічного фосфору 0,6–0,8 моль/л., рН слини становить 7,3.

Висновки. Таким чином, у дітей із ДЦП встановлена висока поширеність захворювань тканин пародонта, у структурі якого переважає хронічний катаральний гінгівіт. У дітей, хворих на ДЦП, інтенсивність запальних процесів збільшувалась з віком, залежала від ступеня важкості ХКГ, що підтверджено даними параклінічних індексів, та була вищою, ніж у дітей із ХКГ без загально соматичних захворювань.

Проводивши обстеження 25 пацієнтів з діагнозом дитячий церебральний параліч ми прийшли до висновку, що більшість дітей має незадовільний стоматологічний статус. Це обумовлено складністю проведення гігієнічних процедур у пацієнтів даної категорії, зниженні імунобіологічних властивостей слини.

Нами було проведено навчання правилам гігієни ротової порожнини, як самих пацієнтів так і їх батьків. Також, запропоновані методи профілактичних та лікувальних заходів.

Список використаної літератури

1. Терапевтическая стоматология детского возраста: учебник (2013) Хоменко ЛА, Кисельникова ЛП. Книга плюс 859
2. Состояние микробиоценоза полости рта у детей в норме и при патологии по результатам изучения микробных метаболитов слюны (2009) Елизарова ВМ, Горелов АВ, Ардасткая МД, Дикая АВ12-17
3. Смаглюк ЛВ, Трофіменко НВ (2006) Взаємозв'язок гігієни порожнини рота та функціонального стану зубощелепної системи у дітей 6-9 років. 75-77
4. Слуцкий ДБ (2005) Состояние зубо-челюстной системы у детей страдающих различными формами детского церебрального паралича. Ортодонтия 2: 14-18
5. Мельничук Г.М., Рожко М.М. (2010) Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навч.посіб. Івано-Франківськ 284

Кляп М.І.

**До питання про роботу асистента вчителя
в інклюзивному навчальному закладі**

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Українське суспільство, як і все світове співтовариство, в останні роки звертає велику увагу проблемам інтеграції осіб з психофізичними порушеннями у систему суспільних стосунків. У нормативних документах щодо реформування галузі освіти передбачено ряд завдань, спрямованих на розвиток освіти дітей з особливими освітніми потребами. Зокрема, розширення практики інклюзивного та інтегрованого навчання у дошкільних, загальноосвітніх та позашкільних навчальних закладах для дітей та молоді, що потребують корекційного впливу; пріоритетне фінансування, навчально-методичне і матеріально-технічне забезпечення закладів, що надають освітні послуги зазначеним особам; підготовка та перепідготовка педагогічних кадрів для забезпечення всіх аспектів педагогічного супроводу навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Сучасні реформи в галузі освіти визначають актуальність проблеми щодо місця та ролі педагогічних працівників в системі надання корекційно-педагогічних послуг дітям з особливими освітніми потребами в інклюзивному навчальному закладі.

Мета: висвітлити функції та обов'язки асистента вчителя у забезпеченні педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчального закладу.

Матеріали та методи. У вітчизняній спеціальній педагогіці здійснено фундаментальні дослідження щодо запровадження інклюзивної освіти (В. Засенко, Е. Данілавічюте, А. Колупаєва, В. Синьов, А. Шевчук, Д. Шульженко та інші). У дослідженнях Т. Зубаревої, І. Луценко, О. Мартинчук, М. Шеремет, Д. Шульженко проаналізовано різні аспекти підготовки педагогічних працівників до роботи в інклюзивних закладах. Окремі аспекти роботи асистента вчителя в інклюзивному закладі розкрито у працях Т. Ковальової, Є. Колосової, І. Луценко, О. Федоренко, Г. Ястребової та інших.

У дослідженні використано методи теоретичного аналізу, синтезу та узагальнення результатів наукових пошуків вітчизняних та зарубіжних науковців, висвітлено деякі відомості з досвіду особистої педагогічної діяльності.

Результати. Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, яка ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітнього навчального закладу. Інклюзивне навчання передбачає створення освітнього середовища, яке відповідало б потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Інклюзивна освіта не лише забезпечує найкраще середовище для навчання, але також допомагає усунути бар'єри та зруйнувати стереотипи. Такий підхід є позитивним не лише для дітей, які відрізняються своїми навчальними можливостями, а й для їх здорових однолітків. Інклюзивний заклад реалізує інклюзивні підходи, надаючи можливість всім учням одержати досвід, який сприяє подоланню упереджень і дискримінації, формуванню позитивного ставлення до тих, хто відрізняється [3, с.15].

Сьогодні важливим є питання підготовки та перепідготовки педагогічних працівників, готових до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. Адже підтримка та забезпечення педагогічного супроводу дітей відповідними фахівцями є обов'язковим компонентом інклюзивного навчання. Таку підтримку надає команда психолого-педагогічного супроводу навчання дитини, що потребує корекції розвитку: вчителі, асистент вчителя, шкільний психолог, реабілітолог, волонтери та члени родини.

«Асистент вчителя», «помічник учителя», «парапедагог», «парапрофесіонал» – усі ці терміни співвідносяться з виконанням функцій фахівця-педагога, що працює з дітьми з особливими освітніми потребами. Посада «асистент вчителя» передбачає сприяння основному вчителю в організації, підтримці та здійсненні навчально-виховного процесу

в інклюзивному класі в залежності від потреб дитини, що потребує корекції [1, с. 27]. В Канаді асистенти вчителів входять до складу допоміжного персоналу освітньої спільноти – так називають працівників, які допомагають вчителю здійснювати освітню місію школи і сприяють кращому здобуттю освіти дітьми [6, с.10].

В Україні посада асистента вчителя нова. Лише в 2010 році Міністерство праці та соціальної політики доповнило Класифікатор професій посадою асистента вчителя, а згодом до Переліку посад педагогічних і науково-педагогічних працівників, Типових штатних нормативів загальноосвітніх навчальних закладів була ведена така посада із розрахунку 0,5 ставки на клас. Як засвідчує проведений аналіз підзаконних актів, із введенням нової посади виникає дуже багато запитань і суперечностей, пов'язаних, як з вимогами до підготовки асистента вчителя, так і до окреслення його функціональних обов'язків у школі, оплати праці.

У більшості країн чіткого конкретного списку обов'язків, які покладаються на асистентів учителів, немає. На визначення обов'язків конкретного асистента вчителя впливають такі чинники, як його кваліфікація, навчальні потреби учня з психофізичними порушеннями та потреба конкретного вчителя в інформації та сприянні в організації пізнавальної діяльності дитини з особливими освітніми потребами. Парапедагог може під керівництвом учителя працювати з учнями індивідуально чи в невеликих групах, виконуючи різні види діяльності для реалізації навчально-виховної програми [1, с. 35].

У Постанові Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011р. №872 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» зазначено: особистісно орієнтовне спрямування навчально-виховного процесу забезпечує асистент вчителя, який бере участь у розробленні та виконанні індивідуальних навчальних планів та програм, адаптує навчальні матеріали з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами [5]. Згодом у наказі Міністерства освіти і науки, молоді та спорту № 1/9-675 від 25 вересня 2012 року «Щодо посадових обов'язків асистента вчителя» вказано, що асистент вчителя є особою з вищою педагогічною освітою, який забезпечує соціально-педагогічний супровід дитини з особливими освітніми потребами. Відповідно у документі визначені його посадові обов'язки та осіб, з якими він співпрацює. А саме:

- разом з учителем класу виконує навчальні, виховні, соціально-адаптаційні заходи, запроваджуючи ефективні форми їх проведення, допомагає дитині у виконанні навчальних завдань, залучає учня до різних видів навчальної діяльності;

- у складі групи фахівців бере участь у розробленні та виконанні індивідуальної програми розвитку дитини;

- адаптує навчальні матеріали з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дитини з особливими освітніми потребами [4].

Виокремлюють такі функції асистента вчителя, як організаційна, навчально-розвиткова, діагностична, аналітико-прогностична, консультативна.

Організаційна функція асистента вчителя реалізується через: допомогу вчителю в організації навчально-виховного процесу в класі з інклюзивним навчанням; надання допомоги учням з особливими освітніми потребами; сприяння в концентрації уваги, формуванню саморегуляції та самоконтролю учнів, що потребують корекції; співпрацю з фахівцями, які безпосередньо працюють з дитиною з особливими освітніми потребами та беруть участь у розробленні індивідуальної програми розвитку; забезпечення разом з іншими працівниками здорових та безпечних умов навчання, виховання та праці; заповнення встановленої педагогічної документації.

Навчально-розвиткова функція асистента вчителя включає: співпрацю з учителем класу щодо надання освітніх послуг, спрямованих на задоволення потреб усіх учнів; здійснення соціально-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами; сприяння розвитку дітей з особливими освітніми потребами, поліпшення їхнього психоемоційного стану; стимулювання дітей до розвитку соціальної активності, сприяння виявленню та розкриттю їхніх здібностей, талантів, обдарувань шляхом їх участі у науковій, технічній, художній творчості.

Діагностичну функцію асистента вчителя слід розглядати у контексті командної взаємодії: вивчення особливості діяльності і розвитку дітей з особливими освітніми потребами разом з групою фахівців, які розробляють індивідуальну програму розвитку; оцінювання навчальних досягнень та виконання індивідуальної програми розвитку дітей з особливими потребами; вивчення та аналіз динаміки розвитку учня. Діагностична діяльність спрямована, зокрема, на визначення поточного рівня знань учня, визначення освітніх галузей, в яких учень потребує допомоги, а також аспектів соціального та емоційного розвитку, в яких учень потребує допомоги.

Прогностична функція діяльності асистента вчителя визначається вмінням на основі отриманих даних про дитину з особливими освітніми потребами прогнозувати очікувані результати, визначати довготривалі цілі та короткочасні завдання при розробленні індивідуальної програми розвитку, планувати методи та періодичність оцінювання навчальних досягнень та розвитку.

Консультативна функція асистента вчителя забезпечується постійним спілкуванням з батьками дитини, наданням їм інформації про прогрес в розвитку учня, рекомендацій щодо їхньої підтримки у процесі формування певних знань, вмінь та навичок школяра [4].

Парапедагог у закордонних навчальних закладах, крім означених у листі міністерства функцій, забезпечує соціальний супровід учня протягом усього шкільного дня, враховуючи поведінку, пов'язану з особливостями психофізичного розвитку дитини, допомагає учневі виконувати щоденні побутові функції (користування туалетом,

перевдягання, прийом їжі, особиста гігієна) [6, с. 28]. Виконання таких функцій в українських школах покладено на асистента дитини, в ролі якого може бути залученим волонтер, хтось з родичів дитини або стороння наймана особа [2].

Окрім загально педагогічних знань асистент вчителя повинен знати основи законодавства України про освіту, соціальний захист; міжнародні документи про права людини й дитини; державні стандарти освіти; нормативні документи з питань навчання та виховання; сучасні досягнення науки і практики у галузі педагогіки; психолого-педагогічні дисципліни; особливості розвитку дітей з особливими освітніми потребами різного віку; ефективні методи, форми та прийоми роботи з дітьми, застосовуючи індивідуальний та диференційований підхід; рівні адаптації навчального та фізичного навантаження; методи використання сучасних технічних засобів та обладнання; основи роботи з громадськістю та сім'єю; етичні норми і правила організації навчання та виховання дітей; норми та правила ведення педагогічної документації.

Професійно важливими якостями і характеристиками асистента вчителя є розвинені комунікативні та організаційні здібності, здатність співчувати, співпереживати; ціннісні орієнтації, спрямовані на розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, на творчу педагогічну діяльність; навички вирішення конфліктних ситуацій.

Сучасний асистент вчителя повинен постійно підвищувати свій професійний рівень, педагогічну майстерність, загальну культуру. Як і кожен педагогічний працівник, він повинен дотримуватися педагогічної етики, поважати гідність особистості дитини, захищати її від будь-яких форм фізичного або психічного насильства. В сучасних дослідженнях з питань інклюзивної освіти визначено поняття суб'єктно-особистісної готовності педагога, в тому числі й асистента педагога, до професійної діяльності з дітьми, що потребують корекції розвитку, – він є носієм важливих особистісних якостей, зокрема внутрішньої мотивації до діяльності, гнучкого мислення, прагнення до самовдосконалення, до творчої та інноваційної діяльності, емпатії, толерантності, довільної саморегуляції, професійних вмінь та навичок, знання індивідуальних особливостей дітей [7, с.177].

Одне з найбільших ускладнень у роботі асистента вчителя є те, що він має узгоджувати свою присутність на уроках з вчителями та корекційними педагогами з огляду на свої посадові обов'язки, категорію порушення в учня та його потреби, навчальний предмет та навчальну програму, за якою навчається учень, графік роботи спеціалістів команди супроводу. Вагомим є і перелік документації, який змушений вести асистент вчителя, що прямо або опосередковано вказано в чинних нормативних документах [3, с.146].

Висновки. Сучасні тенденції демократизації України передбачають формування гуманістично спрямованого суспільства, а в суспільних відносинах має враховуватися наявність в ньому осіб з психофізичними вадами та необхідність формування позитивного адекватного ставлення до будь-яких проявів людей із різними типами порушень і нозологій. Одним з інноваційних форм навчання дітей з особливостями розвитку є інклюзивна освіта, в реалізації якої приймає участь мультидисциплінарна команда фахівців-педагогів, в тому числі й асистент вчителя. Роль асистента вчителя в навчально-виховному процесі дітей з особливими освітніми потребами є надважливою. Вона полягає в тому, щоб допомогти основним вчителям підтримати успішне навчання дітей із особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання, створювати корекційне середовище. Виконуючи свої функції, визначені законодавством, асистент учителя повинен стати для такої дитини наставником, вихователем, другом, близькою людиною, який щохвилини, щосекунди, щомиті поруч. Він розуміє не лише слова і думки дитини, а й її погляд, відчуття, душевний стан.

Список використаної літератури

1. Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі : практ. посіб. / Тім Лорман, Джоан Деппелер, Девід Харві ; пер. з англ. – К. : СПД-ФО Парашин І. С., 2010. – 296 с.
2. Лист Міністерства освіти і науки України від 05.02.2018 р. № 2.5-281. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://osvita.sm.gov.ua/images/Nakaz_2017/2.5-28.pdf.
3. Миронова С.П. Педагогіка інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник/ С.П. Миронова. – Кам'янець-Подільський.: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. – 164 с.
4. Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту від 25.09.2012 р. «Щодо посадових обов'язків асистента вчителя» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/32125.
5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» від 15.08.2011 № 872. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-%D0%BF>.
6. Чернобой Е. Обзор роли ассистентов учителей у канадских школах. Досвід провінцій Манітоба, Нова Шотландія та Альберта : посібник. / Е. Чернобой, О. Красюкова-Еннс. – К. : Паливода А.В., 2012. – 32 с.
7. Шульженко Д.І. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей з аутизмом: монографія / Д.І Шульженко. – Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, вид-во Хортицької національної академії, 2017. – 444 с.

Кодоні Сюзанна

Стратегії комунікації у осіб із важкою формою інвалідності

Базель (Швейцарія) / Ужгород

Життя без контакту з іншими людьми не можна собі уявити. Комунікація створює основу для людського співжиття. 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 окремий 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.

Мальцева О.Б., Качанова В.В., Стряпко Я.І., Дуб М.М., Самойленко Т.М.

Актуальність надання комплексних послуг хворим на бронхіальну астму, що мають інвалідність

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я
Ужгородська міська поліклініка, відділення реабілітації

Характерним проявом бронхіальної астми (БА) є багаторічний перебіг хвороби, і це незаперечний травмуючий фактор для психіки хворого, що порушує плани на майбутнє, змінює весь спосіб життя, соціальний та економічний статус. Важкий перебіг впливає на відносини з близькими та родичами, членами суспільства загалом.

Формування психоемоційних розладів (ПЕР) у хворих при патології сприяє поступовому виникненню «замкненого кола» в перебігу захворювання, виникають перепони психологічного спрямування щодо адекватної відповіді організму хворого як на медикаментозне лікування в період загострення, так і на всі інші прийоми та методи у період поза загостренням, що входять к комплекс реабілітації, які б могли допомогти хворому відновити нормальне дихання, покращити якість життя (ЯЖ) загалом [1–4].

Хворі на БА, що мають інвалідність – значна медично-психологічна проблема сучасної пульмонології, що потребує різнобічної корекції та розширення комплексних послуг нетрадиційного спрямування, що дало б можливість пацієнтам скоротити періоди «нездоров'я», подовжити періоди відносної стабілізації у стані здоров'я, допомогти хворим краще адаптуватися до змін окремих показників довкілля та соціуму. Елементи психокорекції патогенетичного спрямування сприяють зменшенню загальної напруженості та коливань настрою, зменшенню ознак психологічного негативізму [5–7].

Мета. Підвищити ефективність реабілітації хворих на бронхіальну астму, що мають інвалідність.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 23 хворих персистуючої БА середньо-важкого перебігу, інфекційно-алергічної форми, частково контрольованої, всі пацієнти стояли на диспансерному обліку і протягом 5-7 років знаходились на інвалідності (2 і 3 групи). Комплекс клініко-лабораторного та функціонального обстеження хворих відповідав стандартному протоколу. Окрім того, були використані стандартизовані та модифіковані опитувальники щодо особливостей перебігу БА, відповідність даних показникам ЯЖ загалом (опитувальник SF-36), а також для виявлення та деталізації ознак ПЕР (тест нервово-психічної адаптації для експрес-оцінки психічного стану, Гурвич І.Н., 1992).

В комплекс послуг, що були запропоновані хворим, входили методики збільшення фізичної активності, дихальні вправи, звукова гімнастика, навчання пацієнтів оздоровчому диханню загалом, прийоми раціональної психотерапії (РПГ). Проводилися бесіди з пацієнтами, з формуванням впевненості виконувати надані рекомендації, в тому числі щодо певних змін способу життя: режиму харчування, праці та відпочинку, необхідності планування при вирішенні побутових проблем. В доступній формі хворим давали роз'яснення щодо особливостей перебігу хвороби, намагаючись сформувані адекватне відношення і розуміння виникнення окремих симптомів (формування невірної поняття про свою хворобу було значним негативним фактором в проведенні психопрофілактики). В результаті чітких, логічних переконань створювались передумови для формування у хворих довіри у стосунках. Розкривались та уточнювались причини та джерела психотравмуючої ситуації, яку переживає хворий, з тим, щоб допомогти в процесі психотерапії усвідомити причину поведінки або переживань, здатних спровокувати напад нападу задухи, сконцентрувати зусилля на попередженні та недопущенні її виникнення.

При складанні комплексу вправ ЛФК як засобу покращення стану фізичного здоров'я шляхом активізації способу життя та підвищення рівня фізичної підготовленості враховували, що розробка ефективних заходів щодо зміцнення здоров'я хворих має ґрунтуватися і на формуванні активної позиції пацієнта – позитивної мотивації (розуміння того, заради чого виконується конкретна діяльність). Чим більш значущі мотиви, тим вищий рівень функціонального стану буде досягнутий.

Результати. До початку виконання програми клінічний стан всіх хворих БА відповідав важкості захворювання, що було підтверджено результатами лабораторного та функціонального методів досліджень. Психоемоційні порушення знаходилися на рівні середніх – 9 (40%) хворих та значних – 14 (60%) хворих. З переліку показників ЯЖ найбільші неблагоприємні зміни були зафіксовані: фізичне функціонування – $55,3 \pm 11,7$ бали (норма $77,1 \pm 9,0$ балів), значення емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – $41,4 \pm 10,0$ бали (норма $67,31 \pm 3,3$ бали), показник психічного здоров'я – зниження до $39,1 \pm 7,9$ бали (норма – $57,1 \pm 10,9$ бали)

Виконання програми потребувало подовження підготовчого періоду, тому що більшість пацієнтів спочатку не вірили в ефективність запропонованого комплексу, а частина вимагала тільки «швидких фармакопрепаратів», які б зняли окремі симптоми (задухи, задишки).

В перші дні та тижні фізична діяльність (ранкова гігієнічна гімнастика, дихальні вправи та звукова гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба) характеризувалась невизначеністю дій, великою кількістю малоефективних рухових актів, дискоординацією, нестійкістю уваги та невпевненістю (зниження кількісного та якісного рівнів виконання діяльності) що підтверджувало знижену функціональну активність організму хворих на БА, його дієспроможність та працездатність.

Перебуваючи в стані з частково порушеними функціональними показниками (помірна задишка, прискорене серцебиття), пацієнти повинні були вольовим зусиллям стримувати бажання відпочити. На окремих етапах збільшувалося їхнє нервово-емоційне напруження, яке виявлялося в стомленості, подразливості, роздратуванні, негативних емоціях.

Поступово хворі усвідомлювали, що основою фізичних вправ є м'язова діяльність, біологічна роль якої має надзвичайно велике значення у житті людини, при цьому існує безпосередня залежність і тісний взаємозв'язок між м'язовою роботою і діяльністю внутрішніх органів, нормальним функціонуванням ЦНС. Виразність функціонального стану визначалася й індивідуальними особливостями пацієнта (темперамент, здібності, освітній рівень, соціальні умови тощо), однак головним було – свідома й активна участь хворого у процесі відновлення, усвідомлення зв'язку дихальних вправ та звукової гімнастики з емоціями. Показники якості зазнали позитивних змін (таблиця).

Таблиця

Динаміка показників якості життя у хворих БА під впливом комплексу ФР в амбулаторних умовах

Показник	До комплексу ФР n = 23		Після комплексу ФР			
			Позитивні зміни		Без змін	
	абс	%	абс	%	абс	%
2. Показники якості життя:						
<u>фізична працездатність, фізичне функціонування:</u>						
- задовільні	8	30	6	75	2	25
- низькі	15	70	10	67	5	33
<u>загальне сприйняття здоров'я, енергійність і життєздатність:</u>						
- задовільні	3	13	2	75	1	25
- низькі	20	87	15	75	5	25
<u>соціальна активність, емоційне функціонування:</u>						
- задовільні	3	13	3	100	-	-
- низькі	20	87	20	100	-	-

Повторне обстеження через три місяці показало важливість спрямування відновлювальних програм в напрямку індивідуалізації (і особливо це стосується контролю за пацієнтами щодо якості виконання програми). Було відмічено поступове розширення фізичної активності хворих загалом, при цьому пацієнти підтвердили необхідність і значення поняття «неперервність» в процесі повсякденної життєдіяльності. Окремі пацієнти відмічали, що інколи силою волі змушували себе перебороти просто лінощі чи неприсмні відчуття, важкість дихання (що могли виникнути у процесі виконання вправ), заставляли себе бути більш активними при спілкуванні з рідними, знайомими тощо. Поступово зникали замкнутість, бажання ізолюватись та відгородитись від соціуму (в малих соціальних групах).

Висновок. Серед основних напрямків стратегії з охорони здоров'я населення передбачено наближення надання відновлювальних комплексних послуг до місця проживання пацієнтів з метою покращення стану здоров'я, забезпечення якості життя, надання медико-соціальної допомоги загалом. Для хворих на БА, що мають інвалідність, був запропонований комплекс, що включав збільшення фізичної активності, та прийоми психокорекції, що дало можливість пацієнтам відрегулювати режим життєдіяльності, побутової та суспільної поведінки, навчитись володіти емоціями. Прийоми позитивної мотивації та саморегулювання, фізична активність (в тому числі вправи на розслаблення, дихальні вправи), використання прийомів, – дозволили посилити впевненість хворих в можливостях свого організму в напрямку до покращення стану здоров'я.

Список використаної літератури

1. Донич С.Г. Факторы, определяющие характер течения бронхиальной астмы / С. Г. Донич // Международный медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 61 – 64.
2. Фридман И.Л. Анализ качества жизни у больных бронхиальной астмой средней тяжести и тяжелой / И. Л. Фридман // Терапевтический архив. – 2011. – № 3. – С. 27 – 31.
3. Галамба А. А. Застосування показників якості життя у хворих на бронхіальну астму в практиці сімейного лікаря / А. А. Галамба, М. І. Товт-Коршинська // Сімейна медицина. – 2011. – № 1. – С. 30 – 33.
4. Колесников Д.Б. Современные взгляды на психосоматические заболевания / Д. Б. Колесников, С. И. Рапорт, Л. А. Вознесенская // Клиническая медицина. – 2014. – № 7. – С. 12 – 18.
5. Апанасенко Г.Л. Восстановительная медицина и превентивная реабилитация: постановка проблемы в Украине и России / Л. Г. Апанасенко // Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия. – 2009. – № 1. – С. 35 – 42.

6. Білошицький С.В. Можливості фізичної реабілітації при порушеному фізіологічному стані людини / С. В. Білошицький, С. І. Лазуренко // Збірник наукових праць «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами». – Київ, Університет «Україна» 2013. – № 10 (12). – с. 313 – 325.
7. Погребняк О. О. Бронхіальна астма: огляд сучасних вітчизняних рекомендацій / О. О. Погребняк // Мистецтво лікування. – 2016. – №3-4. – С. 14 – 19.

Миرونюк В.І., Романів О.П., Надь Б.Я.

Окремі аспекти нормативно-правового забезпечення соціокультурної реабілітації дітей-інвалідів в Україні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Одним із найважливіших питань сучасності є питання дитячої інвалідності, що має загальнодержавне значення. За даними Міністерства охорони здоров'я України за період з 2015 по 2017 рік, спостерігається тенденція зростання кількості дітей-інвалідів. За статистичними даними рівень чисельності дітей-інвалідів зростає з 151,1 тис. осіб у 2015 році до 156,1 тис. осіб у 2017 році, а середній приріст за рік становить 1,58%.

Наявність тяжких розладів здоров'я у дітей породжує соціальну ізоляцію та дезадаптацію дитини, яка обумовлена труднощами в спілкуванні та самообслуговуванні. Паралельно сім'ї що виховують дітей-інвалідів зіштовхуються з проблемами надбання дитиною професійних навичок та подолання психологічного бар'єру у спілкуванні. Одним із різновидів реабілітації дітей-інвалідів є соціокультурна реабілітація – це комплекс заходів, що спрямовані на розробку психологічних механізмів, що сприяють внутрішньому росту й розвитку дітей, і відповідно відновленню соціальної інтеграції дитини у суспільстві. Також, це процес, в що допомагає досягти участь дитини-інваліда у соціальній взаємодії та забезпечує необхідний рівень культурної компенсації дитини-інваліда.

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, медико-соціальна реабілітація дітей-інвалідів досі залишається питанням що потребує вдосконалення.

Мета роботи: оцінка нормативно-правового забезпечення функціонування соціокультурної реабілітації дітей-інвалідів в Україні.

Матеріали та методи. Проведено вивчення і аналіз чинного законодавства України, нормативних та регламентуючих документів центральних органів виконавчої влади, результатів досліджень вітчизняних науковців в питанні функціонування та регулювання реабілітації дітей-інвалідів.

Результати. Соціальна реабілітація інвалідів – це система заходів, що направлені на відновлення дієздатності та здоров'я людини, її прав, соціального статусу та взаємозв'язків. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів націлена на покращення життя та забезпечується реабілітаційними закладами та соціальними службами для молоді. На державному рівні заходи щодо реабілітації людей із інвалідністю визначені: Конституцією України; Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»; Законом України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям інвалідам»; Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»; Указом Президента України «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів».

Згідно Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» соціальна реабілітація – це система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті та родинно-побутової діяльності шляхом соціально-побутової адаптації, задоволення потреб у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації. Згідно розділу 3, статті 12 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» систему реабілітації осіб з інвалідністю складають: органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю; реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю; будинки дитини; спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади; дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу; дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини) системи освіти; спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати); загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати); установи соціального обслуговування осіб з інвалідністю; санаторно-курортні установи; протезно-ортопедичні підприємства; установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій; академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю.

Основними принципами саме соціальної реабілітації є: здійснення відповідних заходів на початку виникнення проблеми; їх безперервність та постійність; комплексний характер програм; індивідуальний підхід до розробки реабілітаційних заходів. Відповідно важливими компонентами є комплексність та безперервність у житті реабілітаційних заходів. Невід'ємною частиною соціальної реабілітації є культурна реабілітація дітей-інвалідів – їх усвідомлення своєї ролі в суспільстві, роль своєї нації в світі та розвиток особистого потенціалу. Активізація соціально-культурних функцій конкретної особистості полягає у задоволенні основних соціальних потреб, виникненні бажання

розвивати творчі потяги та має на меті подолання почуття емоційної відчуженості і значною мірою досягається стимулюванням соціальної активності особистості.

Основними напрямками у роботі з дітьми інвалідами повинні бути гуртки спілкування що задовольняють потребу у відновленні відчуття зв'язку з оточуючим світом, самореалізація через творчий розвиток особистості та спілкування з природою. Останнє має ключове значення так як не лише нормалізує нервовий та психічний стан але й збагачує життя та дає можливість більш тісно відчувати єднання з навколишнім світом. Сутність соціально-культурної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості, проте цьому аспекту не надають доцільної уваги через другорядність в порівнянні з іншими сферами.

Культурна реабілітація дітей-інвалідів не відображена в нормативних актах та законодавстві України, відсутні чіткі схеми розробки, проведення заходів та моніторинг результатів проведеної роботи. Процес культурної реабілітації дітей-інвалідів проводиться їх родинами, та на волонтерських засадах зусиллями персоналу спеціалізованих шкіл та громадських організацій. Необхідне залучення до даної роботи культурних закладів місцевих рівнів та міських організацій. Культурний розвиток є природним способом інтеграції дітей-інвалідів у суспільство, що є особливо критичним для родин, що не мають можливості навчати дитину в спеціалізованих закладах або займатися даним питанням самостійно.

Висновки. Загальновідомим є реабілітація дітей інвалідів в спеціалізованих закладах та установах. Проте для повноцінної соціокультурної реабілітації необхідне залучення дітей до культурно розвиваючих заходів: спілкування в групах, заняття в гуртках та музично-драматичних колективах, участь в виставках образотворчого мистецтва та концертах художньої самодіяльності, організація фестивалів творчості інвалідів. Нормативно-правове забезпечення цього аспекту не висвітлене достатню, тому наразі гостро стоїть питання удосконалення законодавства з метою врегулювання організації культурної адаптації дітей-інвалідів в Україні.

Список літератури

1. Соціальний захист населення України, статистичний збірник. – К. : ДП "Інформаційно-аналітичне агентство", Київ, 2017. – 123 с.
2. Єжова Т. Є. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів. / Тетяна Євгенівна Єжова. – К. : К-ий. ун-т. ім. Б. Грінченка, 2011. – 284 с.
3. Засенко В., Колупаєва А. Діти з особливими потребами: пріоритетні напрями державної політики України в галузі освіти, соціального захисту й охорони здоров'я / В. В. Засенко, А. А. Колупаєва // Особлива дитина : навчання і виховання. – 2014. – № 3 (71). – С. 20 – 29..
4. Майструк Н. О. Проблеми сімей, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями в сучасній Україні в контексті соціальної роботи / Н. О. Майструк, А. Р. Лучаківська / Вісник НТУУ «КПІ», Політологія. Соціологія. Право. 3 номер. – К. : Нац. техн. ун-т «КПІ», 2010.

Миронюк В.І., Романів О.П., Надь Б.Я.

Основні проблеми доступності адекватного санаторно-курортного лікування для осіб з інвалідністю в Україні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Згідно визначенню комітету ВООЗ реабілітація – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це нереально, – оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві. За даними Міністерства охорони здоров'я України за 2016 рік поширеність хвороб кістково-м'язової системи і сполучної тканини складає 7250 випадків на 100 тис. населення відповідної вікової групи. Для порівняння, поширеність відповідних хвороб у 2015 році складала 7179 випадків на 100 тис. населення, що свідчить про тенденцію до зростання даного показника. Санаторний етап реабілітації відіграє ключову роль в повноцінності та цілісності процесу реабілітації осіб з інвалідністю, тому є важливим до проведення після виходу з лікувально-профілактичних установ. Санаторне лікування покликане забезпечити високу ефективність відновної терапії, що в свою чергу дає можливість зменшити медикаментозне навантаження у лікуванні хворих. Для реалізації адекватного санаторно-курортного лікування на цьому етапі провідне значення має територіальне розташування місця реабілітації, штатна забезпеченість установи та технічно-матеріальна сторона питання. На даному етапі розвитку ця складова потребує контролю та вдосконалення.

Мета роботи: визначити проблеми доступності санаторно-курортного лікування для осіб з інвалідністю.

Матеріали та методи. Проведено аналіз чинного законодавства України, нормативних актів, огляд публікацій в спеціалізованих журналах, опрацьовано статистичні дані.

Результати. Реабілітація осіб з інвалідністю є в даний час пріоритетним напрямом медицини за кордоном та в Україні. Нагальними завданнями для фахівців з фізичної реабілітації є вдосконалення збору даних та методів лікування, розробка ефективних програм медичної реабілітації для різних груп осіб з інвалідністю та критерії їх оцінки. Згідно розділу 3, статті 12 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» до системи реабілітації осіб з інвалідністю відносять: «...санаторно-курортні установи та установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій». Діяльність санаторно-курортних і оздоровчих підприємств в Україні регламентують декілька основних нормативно-правових актів: Закон України "Про Курорти" (Додаток 1), Загальне положення про санаторно-курортний заклад, Національний стандарт України "Послуги туристичні, засоби розміщення", Господарський кодекс України та Закон України "Про Акціонерні товариства". Санаторно-курортні заклади виконують відповідні функції: забезпечують комфортне розміщення хворих у закладі, до чого відноситься лікувальні корпуси, кабінети фізіотерапії, психотерапії, спортивні споруди та майданчики, кабінет масажу; забезпечують дієтичне харчування; організують розвиваючі заходи – музичні, танцювальні, розважальні.

Також невід'ємною частиною є забезпечення кваліфікованим обслуговуючим персоналом, що займається різноплановою роботою. Для реалізації всіх напрямків санаторного етапу лікування важливе значення має матеріально-технічна і штатна забезпеченість реабілітаційних установ. Структура і оснащеність окремих кабінетів і підрозділів визначається виключно потужністю закладу і складом хворих, що проходять реабілітацію, що породжує проблему недостатності технічного забезпечення та брак персоналу.

Наразі першочерговою проблемою є зменшення кількості санаторно-курортних установ та нерівномірність їх розповсюдження на території України. Відповідно до звітів Державної служби статистики України кількість санаторіїв та пансіонатів з лікуванням знизилася за період 2016-2017 рік на 2,4% (291 та 284 заклади відповідно). Також згідно даних Міністерства соціальної політики України найбільша кількість спеціалізованих закладів розміщена в Одеській, Донецькій, Херсонській, Запорізькій, Миколаївській областях та на території АР Крим, оскільки територіально обумовлена наявність великих кількостей грязевих, бальнеологічних та приморських курортів. Для прикладу, відповідно до рекомендацій Міністерства соціальної політики України за надання послуг для осіб з інвалідністю з захворюваннями хребта та спинного мозку відповідають лише 5 санаторіїв: ДП „Санаторно-курортний комплекс реабілітаційний центр „Слов'янський курорт” (Донецька обл.); ДП „Клінічний санаторій ім. Пирогова”, ЗАТ „Укрпрофоздоровниця” (Одеська область); ДП „Південь-Курорт-Сервіс „Санаторій „Оризон” (Одеська область); ТОВ „Санаторій Арктика” (Запорізька область); ТОВ „Санаторій „Борисфен” (Миколаївська обл.), що знижує доступність їх послуг для осіб з інвалідністю через їх розташування. Також за останній період спостерігається зменшення кількості працюючих у спеціалізованих закладах у тому числі лікарів та медичного персоналу. Згідно державної служби статистики України спостерігається тенденція зменшення медичних кадрів на території країни в загальному – їх кількість зменшилась з 187 тис. осіб у 2016 році до 186 тис. осіб у 2017 році (лікарі) та з 367 тис. осіб у 2016 році до 360 тис. осіб у 2017 році (середній медичний персонал). Окрім цього, фахівці з фізичної реабілітації часто зіштовхуються з проблемами обмежень у здобутті кваліфікаційних навичок – недостатність книг та матеріалів, недостатня комплектація обладнанням та обмежений вибір баз для проходження практики провокує кадровий голод у спеціалізованих установах.

Висновок. Санаторний етап реабілітації осіб з інвалідністю є важливою частиною повноти відновлення функцій та соціальної адаптації. Не дивлячись на те, що наявність санаторно-курортних закладів передбачена законодавством їх розміщення, технічне забезпечення та укомплектованість штату не завжди відповідає потребам конкретних груп населення. Окрім цього, надзвичайно важливим є вдосконалення законодавчої бази, що відноситься до сфери медичної реабілітації, а також зміцнення системи підготовки фахівців з фізичної реабілітації на вузівському та післядипломному рівнях, забезпечення їх робочими місцями та конкурентною оплатою праці.

Список літератури

1. Соціальний захист населення України, статистичний збірник, – К.: ДП "Інформаційно-аналітичне агентство", Київ, 2017 – 123 с.
2. Борулько Н.М. Сучасний стан та перспективи розвитку санаторно-курортного Комплексу України, – Вісник Східно-українського національного університету імені Володимира Даля №8(215), 2014.
3. Міністерство соціальної політики України, <http://www.msp.gov.ua/content/sanatornokurortne-likuvanniyat-invalidiv.html>.
4. Державна служба статистики України, <http://www.ukrstat.gov.ua>.

Надь Б.Я., Романів О.П.

Психо-соціальні реабілітаційні послуги – основна складова успішної реабілітації інвалідів по психічним розладам

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Десять років тому Всесвітня організація охорони здоров'я затвердила значення про психосоціальну реабілітацію – використання терміну "психосоціальний", а не психіатричний – мається на увазі, як зазначав Вульф Ресслер у його ретельному огляді, перехід від моделі хвороби до моделі соціального функціонування. Психосоціальна реабілітація веде до двох областей широкого втручання: перша спрямована на підвищення компетенції окремих осіб, друга спрямована на впровадження змін у навколишнє середовище, щоб покращити якість життя людей. Проте в наступні роки набагато більше уваги було приділено розробці індивідуальних підходів, що призвело до вузького уявлення про психо-соціальну реабілітацію як набір більш-менш визначених методів, орієнтованих на хронічні психічні розлади. Насіння психосоціальної реабілітації були засіяні після епохи деінституціалізації 1960-х та 70-х років. Невдачі в реалізації політики деінституціалізації, коли пацієнти, які до цього часу обмежувались режимом охорони психіатричних лікарень, були випущені в спільноту, яка ще не була спрямована на їх сприйняття та розміщення. Що стосується механізмів надання послуг, то протягом останніх двох десятиліть відбулися значні події. Це розвиток житлових центрів та інших закладів, таких як центри денного догляду для реабілітаційних послуг, які відповідають місцевому соціокультурному контексту в різних країнах. Ці заклади відрізняються залежно від критеріїв прийому пацієнтів, філософії та методів управління.

Мета роботи: на основі теоретичного аналізу зарубіжних наукових публікацій вивчити та проаналізувати структуру, мету та значимість психо-соціальної реабілітації як основного компонента в процесі у комплексної реабілітації інвалідів по психічним захворюванням.

Матеріали та методи. У роботі використано дані із зарубіжних наукових досліджень та оглядів, присвячених питанням психо-соціальної реабілітації осіб, що хворіють психічними розладами. У ході виконання роботи застосовано інформаційно-аналітичний метод.

Результати. Психо-соціальна реабілітація психічно хворих пацієнтів є частиною загальних реабілітаційних послуг, що, у свою чергу, має бути невід'ємною частиною послуг психічного здоров'я будь-якої установи чи нації.

Перш за все, початковим кроком у психо-соціальній реабілітації є діагностика. Ретельна, структурована оцінка для визначення тих сфер, які потребують реабілітації надає дорожню карту для майбутнього прогресу, а також базову лінію для її моніторингу. Одним із прикладів інтерв'ю-структурованої оцінки є «Оцінка сильних сторін, інтересів і цілей клієнта». Даний опитувальник всебічно оцінює якість життя, неприйнятну поведінку громадськості, побічні дії ліків, функціональні життєві навички, рівень комплаєнсу пацієнта. Таким чином, починати реабілітацію пацієнта без оцінки його стану, буде недоречно та неефективно. Необхідно враховувати наступні аспекти: з огляду на велику кількість ментально хворих осіб, які потребують реабілітації було б доцільно пам'ятати, що підхід «один розмір підходить всім» не буде доречним. Не всі ментально хворі пацієнти потребують однакової кількості послуг з реабілітації, і всі вони не зможуть досягти однаково рівня функціональності. Так само, як не існує єдиного режиму лікування для всіх пацієнтів, не може бути єдиного пакета реабілітації. Потреби кожної людини мають бути індивідуально визначені і відповідно розглянуті.

Складну проблему не лише реабілітації, а й проблеми психічної та фізичної охорони здоров'я психічно хворих осіб можна вирішувати лише за допомогою стійких програм освіти та інформування і вдосконалення інфраструктури надання послуг та догляду.

Компоненти психо-соціальної реабілітації є багатогранними та включають:

- Підготовка до соціальних навичок, це включає в себе вирішення проблем та навички спілкування
- Сімейне психологічне виховання та поведінковий сімейний менеджмент
- Когнітивне відновлення, підвищення уваги з використанням поведінкових втручань
- Професійна реабілітація
- Поєднана психосоціальна та лікарська терапія.

Ключові моменти психо-соціальної реабілітації:

- Психо-соціальна реабілітація – це не техніка. Це стратегія, яка діє на інтерфейсі між індивідом, його міжособистісною мережею та ширшим соціальним контекстом.

- Позиція психо-соціальної реабілітації повинна бути гуманістичною, а не гуманітарною. Гуманістичний підхід об'єднує етичну та наукову позицію.

- Метою психо-соціальної реабілітації перш за все є функціональна інвалідність, а не хронічні захворювання.

Ми маємо докази того, що проблеми соціального функціонування спостерігаються при першому настанні багатьох психічних розладів, що підвищує потребу в ранній реабілітації. Навіть у гострих умовах, таких як посттравматичні стресові розлади, що виникають внаслідок катастроф, роль реабілітації повинна бути визнана.

- Метою психо-соціальної реабілітації є психосоціальні фактори ризику, що ведуть до розвитку та підтримки соціальної інвалідності, пов'язаної з психічними розладами. Зростаюча кількість методологічно обгрунтованих досліджень показує значну роль у головних психічних розладах факторів соціального / екологічного ризику, таких як міграція, міське життя, расова дискримінація, дитячі травми.

- Загальну мету психо-соціальної реабілітації можна підсумувати під заголовком «соціальна інтеграція». Тому увагу слід приділяти індикаторам соціальних / міжособистісних результатів, на відміну від клінічних результатів

Залежно від місця перебування пацієнтів, доступу до послуг, ресурсів доступних сім'ї пацієнта, реабілітація може здійснюватися в різних умовах. Це такі:

1. Денний догляд

Послуги денного догляду в основному зосереджені в міських районах. Їх керують урядові та неурядові організації. Загалом, досвід різних моделей денного догляду у державних та неурядових секторах був перспективним, оскільки вони засновані на низькій вартості, залученні сім'ї та участі людей. Ці моделі відтворюються і можуть управлятися членами сім'ї або підготовленими добровольцями.

2. Житлова реабілітація

Будинки домашнього типу, засновані на моделі терапевтичного співтовариства, полегшують поступову інтеграцію для тих, хто готовий для виписки з лікарень, але ще не здатний жити зі своєю сім'єю або самостійно в суспільстві. Для бездомних психічно хворих жінок, які є вразливими до фізичного та сексуального насильства, ці будинки функціонують як безпечні притулки, а також забезпечують професійне навчання та ініціюють процес інтеграції з сім'єю. Більшість цих закладів є підприємствами добровільних організацій.

3. Домашня реабілітація

Незважаючи на те, що це необхідно для пацієнтів, які перебувають у власних будинках та не хочуть їх залишати, не існує багато рекомендацій щодо того, як даний тип реабілітації можна досягти структурно. Але, оскільки, значна частина наших пацієнтів із хронічними психічними захворюваннями продовжує жити зі своїми сім'ями, які також несуть на собі тяжкість стигматизації та дискримінації, існує нагальна потреба в розробці програм на цьому фронті.

Цілі, які повинні бути встановленими стандартами, які повинні виконуватися шляхом законодавчого, адміністративного та особистого втручання:

- Підвищення якості догляду та обслуговування, а також кадрове забезпечення

- Невідкладна потреба у деінституціалізації пацієнтів – цей процес слід проводити поетапно, щоб запобігти появі жінок в якості хворих

- Плавний перехід від одного етапу до іншого в медичний цикл пацієнтів:

Сім'я → Інститут / Лікарня → Заклади домашнього типу → Сім'я

- Ефективна система моніторингу.

Кожна ланка в плавному переході пацієнта від Сім'ї → Інститут / Лікарня → Заклади домашнього типу → Сім'я, яку потрібно розібрати, і складні потреби пацієнта повинні бути виконані не тільки за допомогою медичної допомоги, але і спільними зусиллями уряду, сімейного догляду та підтримки, та за допомоги неурядових організацій.

Висновки. Отже, психо-соціальна реабілітація є невід'ємною частиною в комплексі реабілітації інвалідів по психічним захворюванням. Загальний результат комплексного підходу в реабілітації таких осіб полягає в тому, що пацієнти не тільки поліпшуються внаслідок лікування, але також відновлюють свою самооцінку та стають більш впевненими в своєму житті в суспільстві, оскільки вони володіють знаннями не тільки про турботу про себе, а й про взаємодію зі своїми членами сім'ї та суспільством. Реінтеграція в суспільство є кінцевою метою всієї реабілітації. Турбота про ментально хворих, на жаль, перейшла на задній план в більшості країн світу, але не готуючи психічно хворих людей та громаду до реінтеграції може призвести до різних ексцесів та неблагодієвливих наслідків як для індивіда окремо так і для суспільства в цілому, тому розвиток та застосування вищевикладених послуг є ключовим моментом на шляху до покращення рівня громадського здоров'я та якості життя.

Список використаної літератури

1. London: Department of Health; [Last accessed on 2015 Jul 03]. Women's Mental Health: Into the Mainstream. Available from: <http://www.mentalhealthequalities.org.uk/silo/files/into-the-mainstream.pdf>.

2. Medico-pastoral Association. [Last accessed on 2015 Jul 03]. Available from: <http://medicopastoralassociation.com/>

3. Mentally Ill Women – Is Destitution the Only Answer?. Proceedings of the National Seminar Held at New Delhi on 8th and 9th March 2007. [Last accessed on 2015 Jul 03]. Available from: http://ncw.nic.in/PDFFiles/Mental_health_is_destitution_the_only_answer.pdf.

4. Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry. 2005;162:12–24.

5. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Social outcomes in schizophrenia: from description to action. Curr Opin Psychiatry. 2006;19:140–144.

6. Thara R, Islam H, Mendis N, Sucharitakul D. In: Schizophrenia: Youth's Greatest Disabler-Regional Health Forum. WHO SEARO: 2001. [accessed on 2015 Jul 03]. Interventions and what can be done. Available from http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B0755.pdf.

7. Wallace CJ, Lecomte T, Wilde J, Liberman RP. CASIG: A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. Schizophr Res. 2001;50:105–19.

Надь Б.Я., Романів О.П.

Роль батьків в процесі комплексної реабілітаційної допомоги дітям з інвалідністю

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

За оцінками ВООЗ, більше 1 мільярда людей мають якусь форму інвалідності. Це відповідає майже 15% населення світу. Від 110 мільйонів (2,2%) до 190 мільйонів (3,8%) людей 15 років і старше відчувають значні труднощі у функціонуванні. За даними дослідження ВООЗ, 785 млн осіб у віці від 15 років і старше живуть з інвалідністю, з них 110 млн страждають важкими формами розладів. Серед дітей у віці від 0 до 14 років ці показники становлять 95 млн і 13 млн відповідно. Показники інвалідності ростуть у зв'язку із старінням населення і глобальним ростом захворюваності хронічними захворюваннями. Інвалідність більше поширюється серед жінок та людей похилого віку, а також серед дітей та дорослих із неблагополучних верств населення.

Інваліди належать до найбільш ізольованих груп населення в світі. Для інвалідів характерні нижчі результати щодо здоров'я, досягнення в галузі освіти і показники участі в економічному розвитку і більш високі показники бідності, ніж для людей без інвалідності.

В даний час інвалідність розуміється як проблема в області прав людини. Люди позбавлені можливостей через суспільство, а не тільки через своє тіло. Ці перешкоди можна подолати, якщо уряди, неурядові організації, фахівці, а також інваліди та їх сім'ї будуть працювати разом. Шлях для цього викладено у "Всесвітній доповіді про інвалідність", спільної публікації ВООЗ і Світового банку.

Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), інвалідність є загальним терміном для порушень, обмежень активності і обмежень можливості участі. Інвалідність – це взаємодія людей з вадами здоров'я (наприклад, з церебральним паралічем, синдромом Дауна та депресією) з особистими і контекстовими факторами (такими як негативне ставлення, недоступність транспорту і громадських будівель і обмежена соціальна підтримка).

Мета роботи: на основі теоретичного аналізу даних про реабілітаційну роботу з дітьми-інвалідами проаналізувати структуру реабілітаційної системи та встановити роль та функцію батьків дітей-інвалідів у комплексній реабілітації.

Матеріали та методи. У роботі використано дані із наукових досліджень та оглядів, зокрема ВООЗ, присвячених питанням комплексної реабілітації дітей з інвалідністю та аспектам пов'язаним з нею. У ході виконання роботи застосовано інформаційно-аналітичний метод.

Результати. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, "реабілітація" [людей з обмеженими можливостями] – це процес, націлений на надання їм можливості досягти і підтримувати їх оптимальні фізичні, сенсорні, інтелектуальні, психологічні та соціальні функціональні рівні. Реабілітація надає інвалідам інструменти, необхідні їм для досягнення незалежності та самовизначення". Чи проходять діти та підлітки реабілітаційні заходи в даний час залежать від національних / регіональних норм і, певною мірою, від індивідуальних зобов'язаностей лікарів та інших медичних працівників. Приблизно 10% всіх немовлят мають ризик розвитку інвалідності, і 1% всіх дітей мають важкі стійкі фізичні недоліки. За даними Організації Об'єднаних Націй Конвенції про права дитини, стаття 6, ці діти мають право "виживати і розвиватися здорово". У статті 23 говориться, що "діти, які мають будь-яку інвалідність" мають право на особливу турботу та підтримку, щоб вони могли жити повноцінним і незалежним життям". Таким чином, хоча термін "реабілітація" використовується лише у статті 39, Конвенція Організації Об'єднаних Націй чітко стверджує, що дітям слід мати доступ для реабілітаційних заходів у разі відповідної проблеми зі здоров'ям. Дитяча реабілітація не є акредитованою підспеціальністю у всіх європейських країнах. Дослідження Європейської Педіатричної Асоціації виявило, що реабілітація була визнана як підспеціальність у сфері охорони здоров'я дітей лише у трьох європейських країнах. Дослідження з питань педіатричної реабілітаційної допомоги є важливим для забезпечення належної політики, програм, керівних принципів та розподілу ресурсів. Відсутність доказових даних про порівняння різних національних систем охорони здоров'я – це значний бар'єр для прийняття рішень у різних Європейських країнах. Для вирішення цієї проблеми педіатри та інші фахівці в галузі охорони здоров'я повинні збирати достовірні та доказові дані про якість реабілітації. Реабілітація сприяє максимальному розширенню функцій і зміцненню незалежності. Інваліди можуть брати участь у громадському житті. Навіть у країнах з високим рівнем доходів потреби 20-40% інвалідів залишаються незадоволеними в області допомоги в повсякденному житті. У США 70% дорослих людей отримують підтримку в повсякденному житті від своїх сімей та друзів. Конвенція про права інвалідів підтримує, захищає і забезпечує права всіх інвалідів. На сьогоднішній день більше 150 країн підписали Конвенцію і більше 130 ратифікували її.

Світовий досвід показує, що саме мультидисциплінарний підхід у наданні допомоги сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю, на ранніх етапах розвитку особистості дозволяє підвищити її потенційні можливості. Необхідно закликати

батьків до співпраці у якості членів команди, щоб вони змогли зрозуміти проблеми дитини і за допомогою спеціалістів розвивати та навчати її. Процес єдності ранньої діагностики та лікувально-корекційної роботи на фоні динамічного нагляду і довготривалого професійного супроводу дитини, сприяє його успішній соціальній адаптації. Важливим аспектом цієї моделі є психоедукація батьків, тобто це пояснення і донесення до них необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості, які можуть стосуватися їхніх дітей. Необхідною складовою є спілкування батьків між собою, спільне відвідування занять, лекцій, обмін набутим досвідом, забезпечення підтримки рівних по своєму статусу людей.

Технологія комплексної підтримки батьків, які виховують дитину-інваліда, включає в себе наступні етапи:

1. **Діагностичний етап.** Його мета – формування у батьків адекватних уявлень про структуру порушень психофізичного розвитку дитини, можливості та перспективи його утворення та соціалізації. На цьому етапі реалізуються наступні дії:

1) оцінка мікросоціуму і виховного потенціалу сім'ї (матеріальні і побутові умови, чисельність і структура сім'ї, емоційно-психологічний клімат і характер взаємин між її членами, життєвий досвід і культурно-освітній рівень, розподіл обов'язків і наявність вільного часу, характер організації спільної діяльності, стиль спілкування, рівень педагогічної компетенції дорослих членів сім'ї, сімейні традиції і т.д.);

2) індивідуальна співбесіда з кожним дорослим членом сім'ї з метою визначення члена сім'ї, здатного здійснювати головну функцію при організації реабілітаційного процесу;

3) забезпечення участі члена сім'ї – організатора реабілітаційного процесу у всіх видах діагностичного обстеження, що проводиться на базі психолого-медико педагогічної консультації, реабілітаційного центру або в умовах сім'ї;

4) аналіз разом з усіма членами сім'ї результатів обстеження, виявлення основних проблем, специфічних особливостей дитини;

5) складання попередньої індивідуальної програми корекційно-педагогічної роботи з дитиною в умовах сім'ї.

2. **Організаційний етап.** Мета – організація корекційно-педагогічного процесу в умовах сім'ї і забезпечення його успішності. Цей етап передбачає:

1) навчання батьків специфічним способам і прийомам роботи з дитиною на основі індивідуальної програми;

2) активізація участі одного з членів сім'ї як організатора реабілітації;

3) добір дидактичного матеріалу для спеціальних занять, виготовлення наочних посібників, пристосувань;

4) налагодження стилю сімейного спілкування, відпрацювання оптимального для даної сім'ї стилю навчального взаємодії дорослого і дитини;

5) відпрацювання організаційних форм діяльності, умов навчання. Спочатку батькам демонструється дидактичний матеріал, потім наочно представляється прийом навчання у вигляді імітації рухів: педагог демонструє дії з дитиною, після чого дії виконуються педагогом спільно з дитиною і батьком. Завершує навчання самостійне виконання дій батьком з дитиною;

6) навчання батьків навичкам самостійного аналізу потенційних можливостей дитини, визначення рівня сформованості того чи іншого навичку і т.д.

3. **Заключний етап.** Мета – встановлення оптимальних взаємин між батьками, батьками і дітьми, іншими членами сім'ї у сфері найближчого оточення. Цей етап передбачає:

1) розвиток виховних навичок батьків;

2) блокування неадекватних типів поведінки батьків по відношенню до дитини;

3) консультування самостійної діяльності батьків з реабілітації дитини.

Висновки. Основний акцент при вирішенні проблем дітей-інвалідів зміщується в бік реабілітації, сенс якої полягає в комплексному багато профільному підході до пристосування (відновлення) здібностей дитини до побутової, суспільної, а в майбутньому і професійної діяльності з урахуванням рівня його фізичного, психологічного та соціального потенціалу стосовно до особливостей мікро- і макросоціального оточення. Кінцевою метою комплексної багато профільної реабілітації є надання дитині з анатомічними дефектами, функціональними порушеннями, соціальними відхиленнями можливості щодо незалежної і повноцінної життєдіяльності. Поставлений на перше місце взаємозв'язок «батьки-дитина», як один із основних факторів реабілітаційної програми доказує, що в центрі уваги поряд із спеціалістами повинні знаходитися саме батьки та «екологія» в сім'ї. Отже, у центрі мультидисциплінарного підходу реабілітації дітей з інвалідністю головна роль належить батькам, за участю яких процес реабілітації є якіснішим, успішнішим та ефективнішим.

Список використаної літератури

1. Насінник О., Глузман С., Кравченко Р., Кузнецов В., Коротупенко Л., Шумлянський В., Юрєва Л. - Вісник асоціації психіатрів України, 2007, №1-2 (36-37). - с. 240-241.

2. Ehrich JHN, Kerbl R, Pettoello-Mantovani M, Lenton S. Opening the debate on pediatric subspecialties and specialist centers: opportunities for better care or risks of care fragmentation? J Pediatr 2015;167:1177-8. 22.

3. Oepen J. Rehabilitation fur Kinder und Jugendliche. In: Bode H, € Strassburg HM, Hollmann H, eds. Sozialpaediatric in der Praxis. Munich, Germany: Elsevier; 2013. p. 531-50.

4. Sperl W, Nemeth C, Fueleop G, Koller I, Vavrik K, Bernert G, et al. Rehabilitation fur Kinder und Jugendliche in Oesterreich. Stand der Dinge und ein Blick uber die Grenzen. Monatsschr Kinderheilkd 2011; 159:618-26.

5. The World Report on Disability. WHO, World Bank. P 30. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
6. UNICEF Fact Sheet: A summary of the rights under the Convention of the Rights of the Child. http://www.unicef.org/crc/files/Rights_overview.pdf. Accessed December 12, 2015.
7. UNICEF Convention on the Rights of the Child. <http://www.unicef.org/crc/>. Accessed December 12, 2015.
8. Whitney R, Hilton CL. Intervention effectiveness for children and youth. *Am J Occup Ther* 2013;67:e154-65.
9. World Health Organization. Health topics: rehabilitation. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>. Accessed December 12, 2015.
10. World Health Organization. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>. January 16, 2018.

Ожсак Г.А.

Реєстр пацієнтів на гострий інфаркт міокарда як показник якості медичної допомоги в Полтавській області

Українська медична стоматологічна академія

Смертність населення від ішемічної хвороби серця (ІХС) при хворобах системи кровообігу (ХСК), традиційно максимальна. Цей показник серед працездатного населення незмінно становить 54,3-54,4%. Це означає, що більша половина причин смерті осіб працездатного віку при ХСК припадає на ІХС, тому на початку 60-х років її назвали епідемією 20 століття і найбільшим медико-соціальним тягарем у розвинених країнах світу [1,2]. Розвиток ІХС та гострого інфаркту міокарду (ГІМ), зокрема, обумовлено комплексним впливом багатьох факторів ризику, тому аналіз впливу окремих з них може не повністю відображати справжнє їх значення в етіології ХСК [6]. Для вирішення цих завдань створені й успішно використовуються реєстри. Найбільш оптимальною вважається програма «Реєстр гострого інфаркту міокарда» (РГІМ). Дана програма була розроблена ще в 1968-1969 рр., для вивчення захворюваності гострим ІМ, робочою групою по плануванню діяльності Європейського регіонального бюро ВООЗ в області боротьби з ХСК. Будучи класичним прикладом проспективного, наглядово-популяційного дослідження, заснованого на стандартній методиці, дана програма відкрила новий етап в епідеміології ГІМ і стала інструментом обліку та аналізу якості надання медичної допомоги хворим із загостренням ІХС, як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах [3,4].

Мета дослідження. На основі існуючих реєстрів гострого інфаркту міокарда створити локальний, як показник якості медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда в Полтавській області.

Матеріал та методи дослідження. Для створення локального реєстру використовували існуючий та на основі аналізу карти вибувшого зі стаціонару о066 його доповнювали.

Результати. Щорічно у Полтавській області реєструється 1800-1900 хворих з гострим інфарктом міокарда.

У Полтавській області проживає 1 439 млн населення. За рік в області проводиться близько 300 ТЛГ.

В області існує 3 центри, що здатні проводити ЧКВ при ГІМ:

- відділення інтервенційної радіології Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ);
- відділення інтервенційної радіології Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру (ПОККД);
- клініка «Альфамедика» м. Кременчук.

Ургентну допомогу хворим в режимі 24/7/365 надає лише відділення інтервенційної радіології Полтавської обласної клінічної лікарні. За 2016 рік на базі відділення інтервенційної радіології ПОКЛ виконано 689 коронарографій (обстеження артерій серця), 404 стентувань коронарних артерій, близько 300 з яких виконано з приводу ГКС. На базі відділення інтервенційної радіології ПОККД виконано 187 коронарографій, 15 стентувань коронарних артерій, 1 – з приводу ГКС. На базі клініки «Альфамедика» м. Кременчук виконано 53 коронарографії, 12 стентувань, 6 – з приводу ГКС. Виданий наказ Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації «Про впровадження в області медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST», де для надання допомоги хворим зі STEMI область поділили на 2 території: ближнього та дальнього розташування до обласного центру міст і районів Полтавської області для госпіталізації хворих з до- та госпітальним тромболізисом при гострому коронарному синдромі на відтерміновані (до 24 годин) перкутанні втручання у відділенні інтервенційної радіології ПОКЛ імені М.В.Скліфосовського, туди увійшли наступні райони: м. Кременчук, м. Комсомольськ, м. Лубни та Лубенський район, м. Миргород та Миргородський район., м. Гадяч та Гадяцький район, Великобагачанський, Диканський, Глобинський, Гребінківський, Зінківський, Карлівський, Кобеляцький, Козельщинський, Котелевський, Кременчуцький, Лохвицький, Машівський, Новосанжарський, Оржицький, Пирятинський, Семенівський, Решетилівський, Хорольський, Чорнухинський, Чутівський, Шишацький райони. Найбільша кількість хворих які були проліковані в кардіоінтервенційному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні з Полтавського району. Це можна пояснити тим, що даний район має найближче розташування, отже приїзд

швидкої медичної допомоги (ШМД) вкладається в терапевтичне вікно надання кардіоінтервенційної допомоги. Фахівцями з кардіоінтервенційного втручання був розроблений та впроваджений локальний протокол надання допомоги хворим зі STEMI, були розписані тромболітичні препарати між закладами охорони здоров'я області. Світовий банк включив Полтавську область у проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», де регіональним субпроектом став «Запровадження інноваційної моделі системи надання послуг хворим на артеріальну гіпертензію в Полтавській області».

З 01.01.2016 року Полтавська область включена в пілотний проект МОЗ України «Реперфузійна мережа в дії» яка охоплює 8 областей.

З метою покращення організації системи надання допомоги хворим при ГІМ за єдиними підходами та стандартами, з правильною взаємодією служби екстреної медицини та лікувальних закладів всіх рівнів надання медичної допомоги в рамках національного реєстру була створена "Карта пацієнта з гострим інфарктом міокарду відділення інтервенційної радіології", яка на основі моніторингу покликана оцінити якість надання медичної допомоги цим хворим.

Моніторингові показники етапів діагностики та лікування хворих на ГІМ

1. Відсоток хворих, які своєчасно звернулись за медичною допомогою:

Кількість хворих які звернулись до ШМД через 30-60 хвилин від початку симптомів*100/ загальна кількість госпіталізованих хворих з ГІМ

2. Коефіцієнт швидкості постановки діагнозу :

(Кількість хворих яким було знята ЕКГ через 10 хв. після виклику ШМД + кількість хворих яким була знята ЕКГ через 11-20 хв. після виклику ШМД) * 100/ загальна кількість хворих госпіталізованих в ВІР через ШМД

3. Відсоток пацієнтів які госпіталізуються у ВІР у визначений проміжок часу:

(Кількість хворих які прибули в приймальне відділення через 10 хв після зняття ЕКГ + кількість хворих які прибули в приймальне відділення через 10 – 20хв. після зняття ЕКГ + кількість хворих які прибули в приймальне відділення через 20 – 40хв. після зняття ЕКГ)*100/ загальна кількість госпіталізованих хворих з ГІМ

4. Питома вага пацієнтів яким проведено перкутанне коронарне втручання ПКТ у визначений проміжок часу:

Кількість хворих яким проведено (ПКВ) через 60-120 хв. від зняття ЕКГ* 100/ загальна кількість хворих, яким проведено ПКТ

Висновок. Таким чином, запропонований нами локальний реєстр хворим з гострим інфарктом міокарда в Полтавській області здатний забезпечити динамічне спостереження за пацієнтами, аналіз статистичних показників, що характеризують поширення захворювання в досліджуваній популяції, оперативність постановки діагнозу та госпіталізації хворих з ГІС. Точний облік поширеності ІМ і його результатів має важливе значення для охорони здоров'я. Отримані при цьому дані дозволяють оцінити ефективність застосовуваних заходів на всіх рівнях надання медичної допомоги в боротьбі з ІХС.

Список використаної літератури

1. Коваленко В.М. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості (Аналітично-статистичний посібник) / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – К., 2012. – 210 с.
2. Roger, V.L. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association // V.L. Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd-Jones // Circulation. – 2011. – Vol. 123. – P. 18-209.
3. World Health Organization Media Center (2013). The top 10 cause of death. Fact Sheet №310.
4. Center for Disease Control and Prevention, 2012. National Vital Statistics Reports. – Vol. 61(1). – P. 3-4.

Пришляк Н.М., Горзов В.В., Дуткевич-Іванська Ю.В.

Стоматологічний статус і особливості гігієнічного виховання дітей віком 3–6 років з обмеженими можливостями в Закарпатській області

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

Сучасні епідеміологічні дослідження свідчать, що 35–40% дітей-інвалідів – це інваліди внаслідок перинатальних уражень нервової системи [1]. Рухові розлади займають домінуюче становище в структурі перинатальних уражень головного мозку, і у розподілі дітей-інвалідів по обмеженням становлять 35,9% [2, 5].

Наявність великої кількості хронічних захворювань у дітей з наслідками перинатальної патології центральної нервової системи (ЦНС) обумовлює інтенсивний розвиток стоматологічних захворювань – карієсу зубів, патології тканин пародонта, зубошелепних аномалій та деформацій, різноманітних функціональних порушень – жування, ковтання, мови і інше. Складність проведення у таких дітей лікувально-корекційних маніпуляцій в порожнині рота обумовлена наявністю симптомів ураження центральної нервової системи, такими як параліч артикуляційних і

жувальних м'язів, судоми, сенсорні порушення, сіалорея, контрактури суглобів. Та все це диктує необхідність створення програми профілактики стоматологічних захворювань та, перш за все, гігієнічного виховання та навчання дітей з обмеженими можливостями в організованих колективах.

Мета. На підставі комплексного стоматологічного обстеження, вивчення рівня гігієнічних знань і навичок, харчових звичок, обґрунтувати методику медико-гігієнічного стоматологічного виховання дітей віком 3-6 років з порушеннями опорно-рухового і нервово-м'язового апарату, що відвідують ДДНЗ Закарпатської області.

1. Визначити рівень стоматологічної захворюваності у дітей з порушеннями ОРА в порівнянні зі здоровими дітьми дошкільного віку.

2. Провести порівняльний аналіз деяких місцевих факторів ризику виникнення основних захворювань порожнини рота у дітей з порушеннями і без порушень ОРА.

3. Обґрунтувати методику медико-гігієнічного виховання дітей з обмеженими можливостями з урахуванням віку.

4. Провести аналіз ефективності гігієнічного стоматологічного виховання дітей-інвалідів.

Матеріали і методи дослідження. Проведено стоматологічне обстеження дітей з порушеннями ОРА і практично здорових дітей у віці від 3 до 6 років, які постійно проживають в Закарпатській області. Групи обстежених формувалися з урахуванням рівномірного розподілу за віковими періодами розвитку. Було обстежено 26 дітей з порушеннями ОРА. Рухові порушення відповідали легкому та середньому ступеню. До групи контролю увійшли 120 здорових дітей.

При оцінці стоматологічного статусу заповнювали розроблену нами карту обстеження, проводили згідно методик, прийнятими в дитячій стоматології. Стан зубів визначали за методикою, рекомендованою ВООЗ. Поширеність і інтенсивність захворювань пародонта оцінювали за індексом РМА. Рівень гігієни визначали за допомогою індексу гігієни. Швидкість слиновиділення визначалася в мл/хв. Водневий показник змішаної слини вивчали експрес-методом шляхом занурення в слину на дно порожнини рота індикаторного паперу рН 0-12. Для визначення вмісту кальцію, фосфору в ротовій рідині використовували набори реагентів.

Інформаційно-аналітичне вивчення рівня гігієнічних навичок і звичок харчування у дітей дошкільного віку проводили за розробленою нами анкетною-опитувальником для дітей, які відвідують ДДНЗ Закарпатської області.

Проведено анкетування 22 батьків дітей з обмеженими можливостями та 10 педагогів, які працюють з даною категорією дітей.

Оцінку отриманих результатів проводили з використанням індексів рівня гігієнічних знань.

Спостереження стійкості гігієнічних навичок проведено протягом 9 місяців в двох групах дітей 5-річного віку до і після індивідуального навчання стандартним методом чистки зубів. Першу групу склали здорові діти, другу – діти з порушеннями ОРА. Всі діти-учасники навчалися в ДДНЗ Закарпатської області. Для дослідження використовувалися нові однакові дитячі мануальні зубні щітки. Процес чищення зубів записувався відеокамерою. При вивченні відеоматеріалу оцінювали захоплення ручки мануальної зубної щітки, типи рухів зубною щіткою при чищенні зубів, загальний час чищення зубів, час чищення окремих сегментів зубних рядів [3].

Результати. Аналіз результатів проведеного стоматологічного обстеження показав велику частоту порушень таких функцій щелепно-лицевої ділянки, як ковтання і мовна артикуляція у дітей з порушеннями ОРА в порівнянні зі здоровими дітьми. Крім того, у дітей з порушеннями ОРА частіше реєструвалися захворювання пародонту, некаріозні ураження твердих тканин зубів, адентії постійних зубів [4]. Поширеність карієсу зубів була висока і не відрізнялася в обох групах спостереження.

Інтенсивність карієсу зубів у дітей з порушеннями ОРА в порівнянні зі здоровими дітьми була вище, з максимальними значеннями у вікових періодах 3 і 6 років. У структурі вторинних адентій нижні перші постійні моляри займають перше місце, верхні перші постійні моляри – друге.

Висока поширеність гіоплазії емалі у дітей-інвалідів була характерна для тимчасових і постійних зубів, що стало свідченням глибоких порушень метаболічних процесів в організмі плода та новонародженого.

Найбільш висока частота аномалій оклюзії зубних рядів виявлена в віці 5-6 років. У структурі патології найпоширенішою була дистальна оклюзія з переважанням у дітей з порушеннями ОРА. У дітей-інвалідів 3-6 років вертикальна різцева дизоклюзія була обумовлена інфантильним типом ковтання і шкідливою звичкою смоктання сосок.

Вивчення основних параметрів змішаної слини показало, що у 43% дітей з порушеннями ОРА була підвищена, у 30% нормальна швидкість слиновиділення, а гіперсекреція слини – у 47%. У дітей у віці 5-6 років швидкість слиновиділення в 2,5 рази перевищувала її у здорових дітей того ж віку. Однак поряд із значним збільшенням кількості змішаної слини у 75% дітей-інвалідів, в порівнянні зі здоровими дітьми (51%), виявлені низькі значення вмісту загального кальцію (0,8 ммоль/л) і вкрай низькі значення неорганічного фосфору в змішаній слині (0,6-0,8 ммоль/л).

Низькі значення макроелементного складу змішаної слини, критичний рівень кислотно-лужного стану порожнини рота (7,32 рН у дітей з порушеннями ОРА) свідчать про виражену рухливість і інтенсивність процесів демінералізації і ремінералізації в порожнині рота і відображають нестійкість гомеостазу твердих тканин зубів, більш зміщену в бік демінералізації [6].

Аналіз анкетних даних показав, що більшість дітей-інвалідів чистили зуби 1 раз в день, в той час як здорові діти – двічі в день. На питання про участь батьків у контролі за чищенням зубів діти обох груп відповіли негативно.

Знання батьків дітей-інвалідів по догляду за порожниною рота, про раціональність харчування були задовільними, однак 47% батьків не контролювали і не допомагали своїй дитині здійснювати догляд за порожниною рота.

Проведений аналіз стійкості мануальних навичок чищення зубів показав, що в процесі чистки зубів діти двох груп найбільш часто використовували косе, дистально косе і силове утримання ручки зубної щітки. Дані види утримання ручки зубної щітки пов'язані із недостатнім розвитком моторики пальців рук. Загальний час чищення зубів у дітей обох груп в усі періоди спостереження становило менше 1 хвилини.

Таким чином, отримані дані дозволили сформулювати основні принципи гігієнічного виховання дітей-інвалідів в організованих колективах.

Висновки. Стоматологічний статус дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, в порівнянні зі здоровими дітьми, характеризувався високою частотою порушень функцій ковтання і мовної артикуляції, захворювань пародонта, адентія постійних зубів, некаріозних уражень твердих тканин тимчасових і постійних зубів, а також більшою інтенсивністю розвитку карієсу.

Аналіз місцевих факторів ризику виникнення основних захворювань порожнини рота у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату показав знижену структурно-функціональну резистентність емалі зубів, більш високі значення індексів гігієни, наявність змін складу і властивостей змішаної слини.

Гігієнічний стан порожнини рота у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату залежить від обмеження рухової функції верхніх кінцівок, зниження швидкісних можливостей, пов'язаних з особливостями дрібної моторики кистей рук, швидкої втрати набутих мануальних навичок по догляду за порожниною рота та відсутності контролю і допомоги з боку батьків.

Встановлено низький рівень гігієнічних стоматологічних знань у дітей-інвалідів дошкільного віку. Оцінка рівня гігієнічних знань педагогів вище, ніж у батьків дітей-інвалідів. Педагоги, що працюють з дітьми з обмеженими можливостями, мають потребу в інформації з питань профілактики стоматологічних захворювань для викладання уроків гігієни.

Список використаної літератури

1. Аухадеев Э. И. Стратегия коррекции развития детей при различных формах детского церебрального паралича / Э. И. Аухадеев, Ш. С. Усманов // Проблемы реабилитации в детской неврологии. – М., 2000. – С. 10-11.
2. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – М. : Медицина, 1988. – 329 с.
3. Бортфельд С. А. Двигательные нарушения и лечебная физкультура при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд, Л. : Медицина, 1971. – 247 с.
4. Захворювання пародонта : атлас / Н. Ф. Данилевский, Е. А. Магід, Н. А. Мухін, В. Ю. Мілікевич. – М. : Медицина, 1993. – 328 с.
5. Морозов В. И. Последствия перинатальных поражений нервной системы у детей / В. И. Морозов // Педиатрия. 1998. – № 1. – С.35-37
6. Вільям Ф.Ганонг Фізіологія людини: Львів 2002.

Саксонов С.Г.

Моніторинг масштабів та динаміки інвалідності населення внаслідок очної патології як підґрунтя профілактичних програм

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Досягнення цілей сталого розвитку будь-якого суспільства потребує обґрунтування та розробки політики, спрямованої на прогрес у різних секторах, включаючи такий важливий сектор як охорона здоров'я. На глобальному, регіональному та національному рівнях напрацьовано низку документів, які сприяють виробленню консолідованих рішень, планів дій, комплексних заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження та мінімізацію наслідків негативних зрушень у здоров'ї населення.

Визначальним у даному контексті є документ ВООЗ «Здоров'я–2020: Основи Європейській політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», який окреслює цілі, пріоритетні сфери та механізми досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті [1]. В положеннях цього стратегічного документу наголошується на необхідності боротьби з неінфекційними захворюваннями, серед яких офтальмологічна патологія займає вагомe місце. Вона робить значний внесок у формування глобального тягаря нездоров'я, інвалідності, погіршення якості життя населення.

Стратегію і тактику досягнення офтальмологічного здоров'я населення викладено в документі ВООЗ «Загальний доступ до здоров'я очей: Глобальний план дій на 2014-2019 рр.», що має на меті скорочення масштабів порушень зору, які можна попередити [2]. Досягнення викладеної у Глобальному плані мети потребує моніторингу масштабів і причин порушень зору, їх негативних наслідків, аналізу діяльності офтальмологічних служб, розробки та реалізації комплексної

національної політики, плану чи програми у сфері здоров'я очей, реалізації міжгалузевих проектів і ефективних партнерств.

Прийнятий у 2018 р. в Україні Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку побудовано з урахуванням перспективних стратегій, викладених у наведених стратегічних документах ВООЗ [3].

Особливої уваги потребують питання інвалідності внаслідок офтальмологічної патології, оскільки разом зі стражданнями через очні хвороби інвалідність супроводжується ускладненнями у взаєминах людей з соціальним середовищем, обмеженням свободи вибору внаслідок порушення здоров'я.

Зважаючи, що порушення зору становлять одну з глобальних проблем охорони здоров'я, у т.ч. громадського здоров'я, дослідження тенденцій інвалідності внаслідок хвороб ока і його придаткового апарату є актуальним завданням, що визначило мету дослідження.

Метою дослідження став аналіз масштабів та тенденцій інвалідності дорослого населення України, населення працездатного віку та дитячого населення внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату.

Матеріали і методи. У роботі використано медико-статистичний та аналітичний методи, метод контент-аналізу. Джерелом інформації стали дані ВООЗ, МОЗ України, у т.ч. Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» за 2000–2014 рр. [4, 5].

Результати. Вивчення статистичних документів засвідчило, що первинна інвалідність населення України внаслідок офтальмологічних захворювань є високою і традиційно посідає сьоме місце в структурі інвалідності внаслідок різних класів хвороб. Згідно зі статистичними даними у 2014 р. первинна інвалідність внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення досягла 1,7 на 10 тис., а серед працездатного – 2,0 на 10 тис.

Аналіз структури первинної інвалідності дорослого населення України виявив, що інвалідність внаслідок очної патології становила 4,0% в загальній структурі інвалідності дорослого населення України та 4,4% – у структурі первинної інвалідності працездатного населення.

Динаміка первинної інвалідності населення внаслідок хвороб ока впродовж 2000–2014 р. мала тенденцію до зменшення. Так, вказаний показник серед дорослого населення України скоротився на 48,1%. Проте серед населення працездатного віку зменшення рівня первинної інвалідності внаслідок хвороб ока відбувалося значно нижчими темпами, і становило лише 27,3%. Це свідчить про необхідність посиленої уваги до офтальмологічного здоров'я працюючого населення з метою суттєвого скорочення показників стійкої втрати працездатності внаслідок хвороб ока.

Структурний аналіз первинної інвалідності населення внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату за групами інвалідності дає змогу визначити співвідношення показників інвалідності з різною тяжкістю. Проведення такого аналізу дозволило виявити, що три чверті усіх випадків первинної інвалідності внаслідок офтальмологічної патології стосуються випадки інвалідності III групи. Водночас, більше чверті усіх випадків інвалідності пов'язані з важкими її формами. Зокрема 14,4% випадків первинної інвалідності стосуються I групи, а 12,9% – другої.

Визначення провідних нозологічних форм первинної інвалідності дозволяє встановити чіткі напрями впливу з метою попередження ускладнень окремих офтальмологічних захворювань, які найчастіше призводять до інвалідності. Аналіз структури первинної інвалідності внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату за нозологіями показав, що пріоритети у боротьбі з інвалідністю внаслідок очних захворювань необхідно спрямувати на якісні профілактику, діагностику та лікування травм ока та орбіти, які формують первинні випадки стійкої втрати працездатності на 19,2%. Особи працездатного віку становлять понад 90% первинних інвалідів внаслідок травматичного пошкодження очей. Значний внесок у збільшення інвалідності внаслідок травм ока та орбіти роблять бойові ураження військовослужбовців на Сході України. Серед інших нозологічних форм очної патології особливої уваги в плані попередження інвалідності потребують захворювання очного дна, які є причиною 17,3% випадків первинної інвалідності внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату, а також глаукома (15%), міопія (12%); атрофія зорового нерва (8,9%); вроджені вади ока та його придаткового апарату (6,8%).

Одним з найтяжчих проявів інвалідності внаслідок хвороб ока є сліпота. Статистичні дані ВООЗ свідчать, що у світі сліпоту мають 39 млн людей, що становить 13,8% усіх хворих з патологією органу зору. При цьому, на думку спеціалістів близько 80% випадків захворювань ока та його придаткового апарату, у т.ч. сліпоти, можна попередити. З огляду на глобальні тенденції було досліджено тенденції показників сліпоти серед населення України. Встановлено, що впродовж 2010–2014 рр. частота сліпоти серед населення України збільшилася на 12,5%. Причому, негативну динаміку щодо збільшення появи сліпоти виявлено як серед дорослого населення, так і серед населення працездатного віку, що вказує на збільшення страждань людей, зростання потреби у медико-соціальній допомозі та втрати трудового потенціалу країни.

Аналіз регіональних аспектів не виявив певних закономірностей частоти появи первинної інвалідності внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату, оскільки значні їх рівні виявлялися серед дорослого населення та населення працездатного віку в низці областей різних регіонів України.

В сучасних умовах суттєво підвищується актуальність питань масштабів та частоти дитячої інвалідності внаслідок очної патології для обґрунтування заходів з профілактики інвалідності внаслідок офтальмологічної патології. Аналіз інвалідності дитячого населення України внаслідок захворювань ока та його придаткового апарату протягом 2005- 2014 рр. виявив тенденцію до її скорочення. Так, в 2005 р. в країні було зареєстровано 10,9 тис. дітей з інвалідністю

внаслідок хвороб очей, в 2014 р – 6,4 тис. Рівень інвалідності дитячого населення за вказаний період знизився з 11,9 до 8,4 випадків на 10 тис. дитячого населення, тобто на 29,4%. Вивчення динаміки первинної інвалідності дітей внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату показало, що показники інвалідизації мали позитивну динаміку. Виявлено, що частота встановлення первинної інвалідності дитячого населення внаслідок очної патології зменшилася з 1,3 випадків на 10 тис до 0,8 випадку на 10 тис. дитячого населення, тобто на 38,5%.

На особливу увагу заслуговують значні рівні інвалідності дитячого населення внаслідок хвороб очей в окремих областях, зокрема у Рівненській (13,2 на 10 тис.), Івано-Франківській (12,5 на 10 тис.), Дніпропетровській (11,7 на 10 тис.), Харківській (11,4 на 10 тис.), де вони перевищують середній в країні показник (8,4 на 10 тис.) в 1,6 разу. Детального аналізу потребують високі рівні інвалідизації дитячого населення внаслідок патології органу зору, зокрема у Волинській (1,4 на 10 тис.), Рівненській (1,4 на 10 тис.), Сумській (1,4 на 10 тис.), Дніпропетровській (1,1 на 10 тис.), Івано-Франківській (1,1 на 10 тис.), в що відрізняються від середнього в країні в 1,8 разу.

Виявлені тенденції свідчать про значущість проблем інвалідності внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату, а також про необхідність наукового обґрунтування системи заходів щодо медико-соціальної профілактики та корекції хвороб і порушень зору.

Висновки. Аналіз інвалідності різних вікових груп населення України впродовж 15-ти років дозволив встановити, що незважаючи на загальну тенденцію до скорочення інвалідності внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату, її рівні залишаються високими, що становить серйозну медико-соціальну проблему.

Отримані дані свідчать про необхідність здійснення моніторингу масштабів і тенденцій показників інвалідності дорослого та дитячого населення внаслідок хвороб очей. З огляду на високі рівні первинної захворюваності дорослого населення та населення працездатного віку високою є потреба інвалідів в медичній та професійній реабілітації. В даному контексті необхідним є пріоритетне забезпечення інвалідів по зору послугами медичної та професійної реабілітації, працевлаштуванні інвалідів внаслідок патології зору. Особливий акцент необхідно зробити на розробці та впровадженні комплексних програм профілактики очної патології у дітей, попередженні інвалідності.

Результати моніторингу інвалідності внаслідок хвороб органу зору дозволять відслідковувати та оцінювати проблеми офтальмологічного здоров'я різних вікових груп населення, встановлювати негативні наслідки порушення здоров'я, визначати перспективні стратегії боротьби з офтальмологічною патологією, що, в свою чергу, сприятиме постановці пріоритетних цілей і реалізації завдань для їх досягнення.

Список використаної літератури

1. «Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.
2. Universal eye health: a global action plan 2014–2019. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf?ua=1.
3. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/pro-zatverdzhennya-nacionalnogo-planu-zahodiv-shchodo-neinfekciynih-zahvoryuvan-dlya-dosyagnennya-globalnih-cilej-stalogo-rozvitku>.
4. Офтальмологічна допомога в Україні за 2005–2014 роки / М. В. Голубчиков, С. О. Риков, О. П. Вітовська [та ін.] // Аналітично-статистичний довідник. – К. 2015. – 250 с.
5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2014 рік: Аналітико-інформаційний довідник / За ред. начальника відділу медико-соціальної експертизи Департаменту медичної допомоги МОЗ України С. І. Черняка. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2015. – 167 с.

Снівак А.П.

Напрямки корекції засобами фізичної реабілітації порушень функції газообміну та гемодинаміки після резекції легень

Львівський державний університет фізичної культури

Лікування хворих на туберкульоз легень залишається важливою проблемою сьогодення. Виключення з газообміну легені або його частки внаслідок операції, ушкодження нервово-м'язового апарату, потік больових імпульсів з ділянки втручання, пригнічення дренажної функції бронхіального дерева та скупчення в ньому слизу та мокротиння важко порушують функцію зовнішнього дихання. Післяопераційна анемія призводить до недостатності внутрішнього дихання; часто виникаючі первинно гемодинамічні розлади також сприяють порушенню транспорту кисню кров'ю. Фізична реабілітація осіб, які перенесли оперативне втручання, є першочерговою задачею в забезпеченні відновлення здоров'я в його найширшому розумінні. Лікувальна фізкультура та масаж є невід'ємною та найбільш суттєвою частиною фізичної реабілітації після операцій на легенях, оскільки не лише сприяє морфологічному

та функціональному відновленню тканини легень, але й забезпечує більш досконалу адаптацію організму в цілому до звичайних для даного хворого умов побуту та праці.

Мета. Визначення порушення функції газообміну та гемодинаміки у хворих після резекції легень і на основі аналізу виявлених змін науково обґрунтувати і підібрати для них засоби і методи фізичної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження. Підібрано і проаналізовано науково-методичні літературні джерела з проблеми застосування засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні туберкульозу легень. Тонометрія, пульсометрія, частота дихання, ЖЄЛ.

Обстежено 30 хворих у віці 40-53 років протягом перших 10 днів після операції, яким була виконана лобектомія або пневмонектомія. Хворі суттєво не відрізнялися ні за характером передопераційної підготовки, клінічним перебігом та тривалістю захворювання, відмінністю у методиці операції, загальному веденню раннього післяопераційного періоду.

Результати. Адренкортикальна недостатність, пов'язана з операцією, посилює розвиток порушення кровообігу, призводить до зменшення об'єму крові, яка циркулює, падінню судинного тонуусу і тим самим ускладнює стан хворого.

Вищезазначені негативні фактори викликають в організмі після операції на легенях функціональні зрушення, серед яких провідне місце належить гіпоксії з розвитком гострої дихальної недостатності.

Від ступеню розвитку компенсації порушених функцій, повноцінності розкриття резервних можливостей дихання та кровообігу залежать в основному пристосованість організму до нових умов існування та результати оперативних втручань.

Насичення крові киснем в перші 1-2 дні після операції може знизитися до 80%, збільшується кількість вуглекислоти в крові, часто порушується ритм дихання. Зазвичай в перші дні після операції суттєвої різниці в насиченні крові киснем після пневмонектомії та лобектомії виявити не вдається. Проте, після часткової резекції легені (білобектомія) зниження насичення крові киснем може бути більш тривалим та значним, ніж після пневмонектомії. Таке явище спостерігається в тих випадках, коли решта легені тривалий час не розправляється; в долі легені, яка спалася створюється артеріовенозний шунт, скидання неоксигенованої крові у велике коло кровообігу ще більше погіршує газообмін після операції.

Гіпоксія, яка виникає справляє вкрай негативний вплив на протікання післяопераційного періоду. Більшість ускладнень після легеневих операцій пов'язана саме з гіпоксією, яка веде до вторинної серцевої слабкості, набряку легень, порушенню циркуляції крові, тромбозам і т. ін.

У деяких оперованих хворих розвивається гостра післяопераційна дихальна недостатність. Компенсація порушень зовнішнього дихання відбувається в основному протягом першого тижня після операції (при відсутності ускладнень протягом післяопераційного періоду). В цей час покращується насичення крові киснем. Остаточна нормалізація показників функції зовнішнього дихання відбувається протягом тривалого періоду після операції. Значно впливає на них утворення спайок, фіброторакс, деформація грудної клітини, що знижують резерви зовнішнього дихання.

Дослідження, які були проведені в хірургічному відділенні Інституту фізичної реабілітації і пульмонології, показали, що насичення артеріальної крові киснем в стані спокою нормалізується на 7-12 добу після лобектомії та на 11-17 добу після пневмонектомії, проте, показники ЖЄЛ залишаються дуже низькими (1400-1600 мл), тобто рівної 1/2 або 1/3 вихідного показника.

Динаміка змін деяких середніх показників функції зовнішнього дихання та насичення крові киснем після пневмонектомії та лобектомії представлена в таблиці.

Таблиця

Дні після операції	Насичення крові киснем, %	Частота дихання за 1 хв.	ЖЄЛ, мл	Пульс, частота за 1 хв.
Зміна пульсу та деяких показників зовнішнього дихання після пневмонектомії				
1-2-й	86	30	550	120
3-4-й	90	26	850	100
5-6-й	91	24	1000	100
7-10-й	93	23	1250	88
11-17-й	94	20	1450	85
Зміна пульсу та деяких показників зовнішнього дихання після лобектомії				
1-2-й	88	27	550	115
3-5-й	92	23	1200	105
6-9-й	93	21	1350	92
10-12-й	94	19	1500	85

Відновлення вказаних показників після лобектомії відбувається звичайно скоріше. Зміни гемодинаміки після операції, з однієї сторони, можуть бути пов'язані безпосередньо з крововтратою та тяжкою травмою, яку переніс хворий в зв'язку з операцією на легенях, з іншої – вони обумовлені порушенням газообміну.

Організм намагається усунути ці порушення газообміну, в першу чергу компенсаторною гіперфункцією серцево-судинної системи. В перші 3-4 дні після операції на легенях відзначається закономірне почастищення серцевих скорочень (в середньому на 34%), що обумовлює збільшення хвилинного об'єму крові (в середньому на 32% в порівнянні з вихідними даними). Також, прискорюється кровотік, підвищується судинний тонус, який проявляється артеріальною та венозною гіпертензією.

Ці зміни гемодинаміки прискорюють доставку кисню до тканин та сприяють ліквідації дефіциту кисню, який постійно спостерігається після легневих операцій.

З 6-7-го дня після операції, при покращенні загального стану хворих, порушення газообміну стає менш вираженим та з'являється тенденція до зменшення компенсаторної гіперфункції серцево-судинної системи. Гемодинамічні зсуви поступово вирівнюються та к моменту виписки хворих, показники гемодинаміки звичайно наближуються до доопераційного рівня. Компенсаторні процеси переходять у фазу відносної стабілізації.

Розвиток ускладнень після операцій (пневмонія, плевробронхіальний свищ і т. ін.) посилює дихальну недостатність, яка певний період компенсується в результаті більш напруженої діяльності серця. При повноцінності резервних сил організму, компенсаторна гіперфункція серцево-судинної системи знижується та поступово відбувається нормалізація показників гемодинаміки.

Розвиток процесів компенсації дихання при операціях на легенях залежить від стану здорової легені, екскурсії грудної клітини та стану центральної нервової системи. Лікувальна гімнастика в післяопераційному періоді відіграє велику роль у компенсації порушених функцій. По-перше, встановлюються нові умовно-рефлекторні зв'язки між руховим апаратом та дихальним центром в умовах видаленої легені або долі. По-друге, через ретикулярну формацію стовбуру мозку здійснюються впливи на головний мозок, що покращує загальне самопочуття, настрій хворого та сприяє кращому протіканню післяопераційного періоду. По-третє, під час лікувальної гімнастики аферентні імпульси, які поступають в центральну нервову систему від м'язів, покращують забезпечення киснем всього організму.

Висновки

1. Застосування розробленого комплексу засобів фізичної реабілітації з урахуванням стану дихання забезпечило більш швидке наближення показників функції газообміну та гемодинаміки до належних величин, прискорення адаптаційно-коригувальних процесів, ефективну корекцію порушень кістково-м'язових структур, попередження бронхолегневих ускладнень.

2. Фізичні вправи та масаж сприяють попередженню ряду ускладнень, які можуть розвиватися в легенях і в плевральній порожнині і вторинних деформацій грудної клітки. Результатом трофічної дії фізичних вправ є відновлення еластичності, рухливості легені. Покращення оксигенації крові при виконанні дихальних вправ покращує обмінні процеси в організмі і тканинах. Також, фізичні вправи покращуючи кровообіг і лімфообіг в легенях і плеврі, сприяють більш швидкому розсмоктуванню ексудату.

3. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації за умов якомога більш раннього включення у комплексне лікування запобігає ускладненням, скорочує тривалість лікування, достовірно поліпшує якість життя хворих.

Список використаної літератури

1. Вовканич А. Лікувальна фізична культура при захворюваннях дихальної системи / А. Вовканич, О. Романчик // Молода спортивна наука України. – Вип. 10. – Т. 4, № 2. – Львів: Українські технології, 2006. – С. 31-35.
2. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: [навч.-метод. посіб.] / І. М. Григус. – Львів, 2006. – 160 с.
3. Калмикова Ю. С. Методики лікувальної фізкультури в реабілітації хворих на туберкульоз легень [текст] / Ю. С. Калмикова, С. А. Калмиков // Харківська державна академія фізичної культури. – 2016. – № 3. – С. 28-35.
4. Опанасенко М. С. Результати хірургічного лікування туберкульозу легень в сучасних умовах [текст] / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, М. І. Калениченко // Український пульмонологічний журнал. – 2015. – № 2. – С. 72–80.
5. Секела М. В. Практична торакальна хірургія.–Львів: Логос, 2003. – 315 с.
6. Canetti G. A. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis: evidence and controversies // Int. J. Tubers. Lung Dis. – 2006. – Vol. 10, № 8. – P. 829-837.
7. Comparison of oxygen up take during a conventional treadmill test and the shuttle test in chronic air flow / S.J. Singh, M.D.L. Morgan, A.E. Hardman et.al. // Eur. Respir. J. – 1994. - № 7. – P. 2016–2020.

Філак Ф.Г., Філак Я.Ф.

Психотерапія внутрішньої картини хвороби у хворих на постгастрорезекційний синдром на етапі санаторного лікування

Ужгородський національний університет

Хворі, які страждають на хронічні соматичні захворювання, поряд із спецефічним біологічним лікуванням, потребують також психотерапевтичної допомоги. Ряд авторів виявили, що з-поміж хворих на постгастрорезекційний синдром (ПГРС), у порівнянні з хворими на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК), частіше зустрічались особи, які розвивалися в несприятливих умовах виховання та астенізації в дитинстві [2, 3].

Емоційна депривація в ранньому дитинстві в майбутньому відіграє важливу роль у гіперацидного стану – основного синдрому у хворих на виразкову хворобу. Різні види реакцій хворих на свою хворобу, що страждають на соматичні захворювання, неодноразово привертала увагу дослідників, які виявили, що у хворих на ПГРС і ВХДК найбільш часто зустрічались сенситивний паранояльний, неврастенічний та ергопатичний типи відношення до хвороби. Причому, хворі на ПГРС відрізняються від хворих на ВХДК більш високими показниками анозогнозичного, ейфоричного ергопатичного сенситивного і паранояльного типів відношення до хвороби. Можливо саме ці типи сприяли ускладненому перебігу виразкової хвороби. В.Є. Рожнов, С.С. Лібіх (1979) зазначають, що метою психотерапії є, насамперед, зміна відношення хворого до своєї хвороби, до самого себе і до свого оточення [1, 4].

Метою нашого дослідження є вивчення динаміки внутрішньої картини хвороби у хворих на ПГРС під впливом психотерапії під час комплексного санаторного лікування.

Дослідження проведені у 33 хворих на ПГРС (6 жінок і 27 чоловіків), які перенесли резекцію шлунка за Більрот I, у зв'язку з ускладненим перебігом ВХДК, віком $46,4 \pm 1,89$ років і тривалістю хвороби $17,2 \pm 0,86$ років. Із них: хронічний гастрит, культу виявлений у 9 чол., хронічний не кам'яний холецистит – у 6, хронічний гепатит у 4, делепінг-синдром – у 3 і комбіновані ураження – у 4 чол. Типи відношення до хвороби до і після лікування визначали за допомогою опитувальної анкети Бехтеровського інституту – «ЛЮБИ». Крім того, рівень реактивної тривоги за допомогою шкали Ч. Спілбергера, а депресії – скороченого варіанту Бека шкали самооцінки депресії.

Всі хворі на ПГРС пройшли повний курс санаторного лікування, яке включало: внутрішній прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно – натрієвої мінеральної води “Поляна купіль” Температури 42°C за 45 хв до прийому їжі по 200 мл 3 рази на день, п'ятиразове харчування (дієта № 5), відвар жовчогінних трав, ЛФК, вуглекислі мінеральні ванни, фізіотерапію та психотерапію; при показах – аплікації озокериту, кишкові зрошення, сегментарно-рефлекторний масаж.

Згідно рекомендації Дж. С. Сверлі та Р. Розенфельда (1985), в кабінеті психотерапії всі хворі пройшли курс терапії навчанням, метою якої було:

1. Усвідомлення хворими наявності у них надмірного стресу, тривоги.
2. Розвінчання міфу про нешкідливість надмірного емоційного стресу, тривоги.
3. Самоідентифікація тілесних проявів надмірного стресу.
4. Виховання почуття власної перемоги над страхом.
5. Усвідомлення джерела надмірного емоційного стресу.
6. Виховання навичок уникати потенціально стресові ситуації.
7. Реорієнтація в цінностях тощо.

З метою зниження надмірного емоційного стресу, тривоги та покращення вегетативної регуляції внутрішніх органів та систем, хворих навчали методиці автогенного тренування в модифікації; Х. Клейнзорге та Г. Клюмбіса (1965). Такі регулярні тренування сприяли зниженню сили інтероцепції, зменшенню психофізіологічної реактивності, ліквідації патологічних слідових реакцій, тренуванню бінарних зв'язків та формуванню мотивації на зцілення тощо. Також для подолання страху перед випробуванням хворих навчали методиці десенситизації за Вольпе (О. Кондаш). З метою корекції внутрішньої картини хвороби, під час індивідуальної бесіди з хворими на ПГРС, обговорювали такі питання:

1. Результати психологічного обстеження.
2. Негативний вплив саме його внутрішньої картини хвороби на перебіг основного захворювання.
3. Формування навичок стратегії поведінки для розкріпачення гінеттевих сил організму.

Якщо до лікування сенситивний тип реакції на хворобу виявлений у 33,3% хворих на ПГРС, то після лікування – у 12,1%; паранояльний – відповідно у 30,3% і 15,2%, неврастенічний – у 27,3% і 9,1% ; ергопатичний – у 24, 2% і 15,2%, анозогнозичний – у 21,2% і 6, 1%, ейфоричний – у 21, 2% і 6,1%, тривожний – у 18,2% і 6,1%, іпохондричний – у 18,2% і 9,1%, обсесивно-фобічний – у 12,1% і 6,1% і накінець гармонійний – у 9,1% і 39,4%

У таблиці показана динаміка середнього балю на одного хворого ПГРС для різних типів відношення до хвороби під впливом психотерапії в комплексі із санаторним лікуванням. Найкраще піддалися корекції хворі на ПГРС з

ейфоричним, тривожним, анозогнозичним і неврастенічним типом реакції на хворобу. Важко піддаватись корекції хворі з паранояльним, ергоцентричним та обсесивно-фобічним типами реакцій на хворобу.

Таблиця

Динаміка середнього балу на одного хворого ПГРС для різних типів відношення до хвороби під впливом психотерапії в комплексі із санаторним лікуванням

Тип відношення	До лікування	Після лікування	t
Гармонійний	2,4 ± 0,29	3,6 ± 0,34	2,68
Тривожний	2,5 ± 0,34	1,2 ± 0,21	3,25
Іпохондричн.	1,6 ± 0,26	0,9 ± 0,18	2,19
Апатичний	0,9 ± 0,19	0,8 ± 0,17	0,39
Неврастенічний	2,3 ± 0,28	1,5 ± 0,20	2,33
Обсес.-фобічний	2,1 ± 0,17	1,7 ± 0,14	1,82
Ейфоричний	3,6 ± 0,31	2,1 ± 0,22	3,95 P < 0,001
Анозогнозичний	2,8 ± 0,28	1,9 ± 0,21	2,57
Ергопатичний	3,9 ± 0,33	3,2 ± 0,25	1,69 P > 0,05
Паранояльний	1,9 ± 0,25	1,3 ± 0,21	1,84 P > 0,05

За даними шкали Ч. Спілбергера, в результаті санаторно-курортної реабілітації реактивна тривога у хворих на ПГРС знизилась з $48,4 \pm 1,47$ балів до $39,5 \pm 1,21$ балів ($t = 4,67$), ($P < 0,001$), а за даними Бека шкали самооцінки депресії – відповідно у $22,5 \pm 0,83$ до $15,7 \pm 0,72$ балів ($t = 6,18$) ($P < 0,001$). Крім покращення настрою, хворі відзначали зменшення дратливості, покращення сну та працездатності, ліквідацію головних болей. Зменшилися або зникли скарги на біль в ділянці живота, відрижку, нудота та здуття живота.

Висновки

1. Найкращі результати отримані під час психотерапевтичної корекції хворих на ПГРС з ейфоричним тривожним, анозогнозичним і неврастенічним типом реакції на хворобу.
2. Менш вагомі результати отримані психотерапевтичної корекції отримані у хворих з паранояльним, ергопатичним та обсесивно-фобічним типом реакції на хворобу.

Література

1. Еврли Дж. С., Розенфельд Р. Стресс. Природа и лечение: Пер с англ. – Москва, 1985. – 223 с.
2. Завилянская Л. И. Психотерапия невротоподобных состояний. – Киев, 1987. – 126 с.
3. Кондаш О. П. Хвилювання: страх перед випробуванням. – Київ, 1981 – 170 с.
4. Курпатов А. В., Аверьянов Г.Г. Психические расстройства в общей медицинской практике врача общего профиля. СПб, 2001. – 87 с.

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

Лікувальна фізична культура як компонент розвитку дрібної моторики у дітей з розумовою відсталістю

Ужгородський національний університет

За даними ВООЗ, розумова відсталість широко поширена в усьому світі й виявляється в 1–3% населення. Відзначається перевага серед хворих осіб чоловічої статі. Це пояснюється більшою кількістю антенатальних і постнатальних порушень серед осіб чоловічої статі в порівнянні з жіночою, зчепленим з Х-хромосомою успадкуванням даного захворювання, а також погіршенням екологічної ситуації у світі, підвищенням рівня і якості медичної допомоги й тим, що внаслідок цього збільшилась кількість дітей, що виживають, з вадами розвитку й дефектами центральної нервової системи [2, 3].

Фізична культура і спорт є частиною культури суспільства, залучення до якої, безумовно, буде сприяти адаптації будь-якої нормальної дитини, а тим більше дітей, з вадами у розвитку в навколишньому світі. Здається, що важливим є використання лікувальної фізичної культури з різноманітним форм організації рухової діяльності як одного із важливих засобів соціалізації особистості дітей, що мають порушення інтелектуального розвитку. Автори припускають, що

розвиток фізичних якостей школярів, з відхиленнями у розумовому розвитку, найбільш успішно буде здійснюватися на уроках фізичної культури з використанням спеціальних корекційних завдань та вправ [1, 4].

Мета дослідження – розробити та застосувати комплекс спеціальних вправ для школярів, які мають відхилення у розумовому розвитку.

Завдання дослідження:

1. Вивчення та аналіз теоретичних джерел з проблеми розвитку фізичних якостей розумово відсталих школярів.
2. Розробка комплексу спеціальних вправ та оцінити ефективність застосування комплексу вправ лікувальної фізичної культури з відхиленням у розумовому розвитку школярів.

Методи дослідження. Обстеження проведені у 15 школярів віком 8-9 років, із них 7 хлопців і 8 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. Такі діти складають основний контингент допоміжної школи. Розвиваючий характер навчання у допоміжній школі полягає у сприянні загальному психічному і фізичному розвитку учнів. Однак розвиток розумово відсталих школярів без корекції їхнього мислення і порушення психофізичних функцій не може бути досить успішним. Тому навчання в допоміжній школі носить корекційно розвиваючий характер.

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 застібати 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 прорізає 6 отворів (як на черевиках) і шнурок. Завдання: необхідно зашнурувати "черевик".

3. "Конструювання з паличок". Знадобляться рахункові палички одного кольору, намальовані на папері фігури (трикутник, квадрат, ромб). Завдання: необхідно палички для рахування покласти на лінії фігур.

Результати дослідження. В результаті проведеного тестування 4 (26,7%) дітей завдання «застебни гудзик» виконали самостійно, 9 (60,0%) – необхідна була допомога, 2 (13,3%) дітей не змогли виконати завдання. Завдання «шнурування» самостійно виконали 5 (33,3%) школярів, необхідна була допомога 7 (46,7%) пацієнтів, не змогли виконати завдання 3 (20,0%) дітей. Завдання «конструювання з паличок» виконали відповідно 3 (20,0%), 8 (53,3%) і 4 (26,7%) дітей.

Лікувальна фізична культура була направлена на усунення недоліків фізичного розвитку, загальної та дрібної моторики, покращення функціонування кисті та пальців рук, навчання окремим рухам, елементам 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”. Тривалість занять 25–30 хвилин протягом одного місяця.

Після проведення повторного контрольні-педагогічні випробування відзначається позитивна динаміка у виконанні завдань. Кількість дітей, які виконували самостійно завдання «застебни гудзик» вірогідно підвищилось з 4 (26,7%) до 8 (53,3%), необхідна була допомога 7 (47,7%) пацієнтів. Завдання «шнурування» після проведення комплексу спеціальних вправ самостійно виконали 9 (60,0%) школярів, необхідна була допомога 5 (33,3%) пацієнтам, не змогли виконати завдання 1 (6,7%) дітей. Кількість дітей які змогли виконати завдання «конструювання з паличок» збільшилось з 3 (20,0%) до 7 (46,7%), необхідна була допомога лише 6 (40,%) школярам, не виконали завдання 2 (16,7%) дітей.

Висновки

1. Узагальнення, оцінка та аналіз спеціальної літератури й досвіду провідних фахівців дозволяє зробити висновок про те, що нині сформульовано теоретичні положення для усунення рухових порушень з вадами розумового розвитку. Водночас, недостатньо приділяється увага застосуванню комплексу спеціалізованих вправ лікувальної фізичної культури для дітей з середнім ступенем розумової відсталості.

2. Запропонований комплекс гімнастичних вправ сприяє розвитку комунікативних умінь, навчанню навичкам самообслуговування на підставі покращання дрібної моторики кистей і пальців рук, концентрації довільної уваги, збереження наявного та зміцнення загального здоров'я школярів, мотивація до самостійної активної навчальної та рухової діяльності.

Література

1. Ареф'єв В.Г., Столітенко В.В. Фізичне виховання в школі: Навч. посібник. – К.: ІЗМН, 1997. – 152 с.
2. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: учеб. пособие / Л.Н. Блинова. – Биробиджан, 1996. – 142 с.
3. Маллер, А.Р. Обучение, воспитание, и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта / А.Р. Маллер, Г.В. Цикото. – М.: АСТ, 2001. – 218 с.
4. Страковская В.Л. Подвижные игры в терапии больных и ослабленных детей. М.: Медицина, 1987. – с. 237.

Чапляк А.П., Романів О.П., Надь Б.Я.

Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Проблема соціально-психологічної реабілітації та адаптації людини до умов життя і діяльності особливо гостро заявляє про себе в період соціально-економічних перетворень, що супроводжуються кризами і навіть локальними бойовими конфліктами. Катастрофи, стихійні лиха, міжнародні та міжрегіональні конфлікти останніх 50 років з усією очевидністю показують, наскільки важливою є допомога людям – жертвам військових дій і міжнародних конфліктів, а також учасникам бойових дій.

Основним психотравмуючим впливом бойової обстановки є досить тривале перебування військовослужбовців в умовах специфічного бойового стресу, що накладає свій негативний відбиток. У період бою дія стресу виконує певну позитивну функцію для людини, проте після закінчення війни вона стає негативним та руйнівним чинником в силу постстресових реакцій. Особи, у яких відзначаються реакції дезадаптації, потребують медико-психологічної допомоги, в спеціальних заходах психокорекції та психотерапії.

Мета роботи: проаналізувати основні напрямки реабілітації учасників бойових дій та заходи щодо їх покращення.

Матеріали та методи. Проведено огляд літератури в спеціалізованих виданнях та мережі інтернет

Результати. Інтереси суспільства вимагають, щоб вже на регіональному рівні розроблялися і здійснювалися заходи соціально-психологічної та соціально-професійної адаптації даної категорії осіб з виділенням їх в особливу групу соціального ризику. Необхідно створювати організаційні структури, безпосередньо зайняті проблемами учасників бойових дій; сприяти вже існуючим організаціям ветеранів бойових дій, передбачити систему психологічної та психотерапевтичної допомоги, ввести ряд пільг.

Основні зусилля повинні бути зосереджені на спеціальних заходах, що проводяться психологами, психіатрами, медичними працівниками, головним чином на психодіагностику, психофізіологічному обстеженні, медичних оглядах і на роботі по психорегуляції, психокорекції, заходах психотерапевтичного характеру.

Діагностика психічних станів, рівня нервово-психічної діяльності, що проводиться психологами і психіатрами, повинна бути основним змістом роботи в ході медичного обстеження військовослужбовців після їх повернення з районів бойових дій. При цьому особлива увага повинна бути приділена проведенню групових та індивідуальних бесід, в ході яких необхідно зорієнтувати в проблемах, що виникають в процесі реабілітації учасників бойових дій до звичайних умов життєдіяльності.

Психологічна допомога повинна сприяти успішній адаптації військовослужбовця до нових умов життя. Психолог допомагає військовослужбовцям та членам їх сімей відновити й утвердити свої зв'язки з природним, соціальним і культурним просторами життя, структурувати в самосвідомості реальності зовнішнього світу, співвідносячи їх з реальностями внутрішнього світу.

Психологічна допомога військовослужбовцям-учасникам бойових дій повинна включати декілька напрямків:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовця (психоемоційного стану на «гражданке», використовуваних стратегій адаптації, поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей військовослужбовця.

2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне). В індивідуальних бесідах необхідно дати військовослужбовцям можливість висловити все наболіле, проявляючи зацікавленість їх розповіддю. Потім доцільно роз'яснити, що пережите ними стан тимчасовий, він притаманний всім, хто брав участь у бойових діях. Дуже важливо, щоб вони відчували розуміння і побачили готовність допомогти їм зі сторони не лише фахівців, але і близьких, рідних. Засобом психологічної реабілітації є щирий прояв розуміння і терпіння до проблем осіб, які пережили травмуючі військові умови. Відсутність такого розуміння і терпіння з боку близьких призводить до трагічних наслідків.

3. Психокорекційна робота. Психологічна корекція або психокорекція – це діяльність по виправленню тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі (нормі). Кваліфікована психотерапевтична допомога необхідна тим військовослужбовцям, у яких відзначаються різко виражені і запущені порушення адаптації (депресія, алкоголізм, девіантна поведінка і т.д.).

4. Навчання навичкам саморегуляції (прийомам зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу та інших методів).

5. Соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця і його особистісного розвитку.

6. Допомога в професійному самовизначенні, профорієнтація з метою перенавчання та подальшого працевлаштування.

Кожен учасник бойових дій повинен проходити і психологічну, і медичну реабілітацію. Таким чином, слід говорити про цілісну медико-психологічну реабілітацію (або допомогу) і соціальну підтримку військовослужбовців, які

брали участь у бойових діях. Найбільш оптимальним для реалізації завдань системи соціальної реабілітації учасників бойових дій є створення спеціалізованого центру соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях. Такий центр може вирішувати весь комплекс проблем соціальної адаптації та реабілітації ветеранів гарячих точок.

Центр соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій повинен вирішувати такі завдання:

1. Медична реабілітація військовослужбовців (особливо інвалідів);
2. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців – учасників бойових дій та членів їх сімей у системі ринкових відносин (індивідуальна психологічна та психотерапевтична допомога, групові та індивідуальні форми реабілітації);
3. Соціально-психологічна підтримка військовослужбовців і членів їх сімей (з цією метою повинна бути організована робота кімнати психологічного розвантаження при центрі);
4. Освітня діяльність (профконсультування, первинна або додаткова професійна освіта, підвищення кваліфікації за цивільними спеціальностями, професійна перепідготовка);
5. Сприяння в працевлаштуванні: створення банку вакансій робочих місць на ринку праці, підтримання зв'язків з роботодавцями;
6. Соціально-правовий захист (координація дій центру з військкоматами, військовими частинами, службами зайнятості, навчальними центрами, юридичне консультування; підтримка підприємництва, участь у створенні і реалізації систем соціального захисту).

Розробка цілісної моделі соціальної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, в якій повинні знайти своє місце всі працюючі з учасниками бойових дій організаційні структури, такі як:

1. Військові комісаріати, основним завданням яких є постановка на облік, створення комп'ютерної бази даних, систематичне інформування структур, які займаються питаннями соціальної адаптації даної категорії осіб;
2. Органи соціального захисту, які займаються питаннями матеріального забезпечення (грошових виплат, пільг) і правового захисту учасників бойових дій та їх сімей;
3. Органи охорони здоров'я, основним завданням яких має бути медична реабілітація ветеранів бойових дій і організація роботи медико-відновлювальних центрів для учасників бойових дій;
4. Фахівці, які забезпечують соціально-психологічну та психологічну реабілітацію учасників бойових дій (психологи і психотерапевти) і діючі в тісній співпраці з медиками;
5. Служба зайнятості, в чюю компетенцію входить вирішення питань професійної підготовки та перепідготовки колишніх військовослужбовців, а також сприяння їм у працевлаштуванні;
6. Організації самих учасників військових дій, які вирішують насамперед проблему моральної підтримки ветеранів та членів їх сімей.

Для узгодженої діяльності структур, що займаються питаннями соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях, за доцільне створювати регіональні координаційні ради, які включають представників даних структур.

Певних реабілітаційних заходів та психологічної допомоги потребують також батьки та члени сімей учасників бойових дій, які самі перебували в психотравмуючій ситуації, чекаючи щодня страшної звістки. Засобом реабілітації таких сімей можуть бути спеціальні центри соціально-психологічної адаптації учасників воєн і локальних конфліктів, а також клуби родичів, осіб, які пройшли через військові дії. Таким чином, для вирішення проблеми соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій необхідний системний і комплексний підхід.

Висновки. Події війни впливають не лише своєю інтенсивністю, але й частою повторюваністю. У таких виняткових, за сучасними мірками, умовах, бійцям для виживання потрібні навички і способи поведінки, які не можна вважати нормальними і загальноприйнятими в мирному житті. Багато з цих стереотипів поведінки, придатних лише для бойової обстановки, так глибоко пустили коріння, що будуть позначатися ще багато років. Тому всім учасникам бойових дій належить пройти період соціально-психологічної реабілітації.

Головне завдання: надання не лише реальної психолого-соціальної підтримки, а й інформування про надані урядом пільги і скерування до відповідних інстанцій та установ охорони здоров'я для отримання цих пільг і лікування.

Для вирішення проблеми реабілітації учасників локальних війн і бойових дій необхідно використовувати різні форми роботи: проведення семінарів для співробітників служб по соціально-психологічній реабілітації учасників бойових дій, індивідуальні психологічні та юридичні консультації для учасників бойових дій та членів їх сімей, правовий і соціальний захист, забезпечення за допомогою органів самоврядування, військових комісаріатів отримання соціальних благ, встановлених законодавством.

Створення та сприяння роботі громадських об'єднань також є пріоритетним напрямком у вирішенні даної проблеми. За словами багатьох учасників, які відслужили в «гарячих» точках, вони потребують у зустрічах та спілкуванні зі своїми товаришами по службі, щоб легше пережити післявоєнну психологічну травму.

Список літератури

1. Блінов О. А. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум / О. А. Блінов. – К. : НАУ, 2013. – 80 с.
2. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико- психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. І. Єна, В. В. Маслюк, А. В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1. – С. 5-16.

3. Кризова психологія: Навч. посіб. : 2-е вид. / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Х. : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. – 380 с.
4. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с
5. Прикладна психологія службово-бойової діяльності сил охорони правопорядку [Текст] : підручник / І. І. Приходько, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова та ін. – Х. : Акад. ВВ МВС України, 2012. – С. 256–257.
6. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. / Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.

Чапляк А.П., Романів О.П., Надь Б.Я.

Психосоціальна реабілітація в психічно хворих осіб з інвалідністю

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Психосоціальна реабілітація – це терапевтичний підхід, який спонукає психічно хвору людину розвивати свої можливості сповна за допомогою навчання і підтримки оточуючого середовища. Психіатрична реабілітація та лікування є окремими, але не менш важливими компонентами психічного здоров'я. Навіть коли лікування (фармакологічне і психологічне) націлене на контроль психічних симптомів, реабілітація фокусується на покращенні функціонування та соціалізації. Основна мета реабілітації – це здоров'я і оптимальна якість життя пацієнта.

Мета роботи: проаналізувати та узагальнити дані щодо принципів та актуальності психосоціальної реабілітації осіб з інвалідністю.

Матеріали та методи. Проведено огляд публікацій в спеціалізованих журналах, що включають редакційні та оглядові статті, коментарі, огляди книг та клінічні випадки.

Результати. Загальна концепція психіатричної реабілітації при психічних розладах складається з двох стратегій втручання. Перша стратегія індивідуально орієнтована і спрямована на розвиток навичок пацієнта взаємодіяти зі стресовим середовищем. Друга стратегія направлена на розробку зовнішніх ресурсів для зниження потенційних стресових факторів. Більшість осіб з інвалідністю потребують поєднання обох підходів.

Відправною точкою для адекватного розуміння реабілітації є те, що вона стосується окремої людини в контексті її конкретного середовища. Психіатрична реабілітація регулярно проводиться в реальних умовах життя. Таким чином, практикуючі реабілітологи повинні брати до уваги реальні життєві обставини, з якими пацієнт може зустрітися в своєму повсякденному житті.

Необхідний другий крок – допомогти особам з інвалідністю визначити їх особисті цілі. Згодом процес реабілітаційного планування зміщує фокус на сили пацієнта. Незалежно від ступеня психопатології даного пацієнта, практик повинен працювати з хорошою частиною його, оскільки завжди є непошкоджена частина його, на яку можуть бути направлені зусилля терапевта. Це призводить до того, що у людей, які зазнали серйозних невдач в самооцінці через їхні хвороби, повертається віра та надія у подальшу соціалізацію.

Психіатрична реабілітація базується на правах людини, як вагомому елементу суспільства та підтримує її участь та самовизначення за всіма аспектами процесу лікування. У рамках парадигми відновлення терапевтичний альянс відіграє вирішальну роль в залученні пацієнта в планування його процесу реабілітації. Дуже важливо, щоб пацієнт міг покладатися на розуміння і довіру свого терапевта, оскільки більшість хронічних психічно хворих та людей з інвалідністю втрачають близькі та стабільні відносини в ході хвороби. Нещодавні дослідження показали, що соціальна підтримка пов'язана з одужанням від хронічних захворювань, більшою задоволеністю життям і покращеною здатністю справлятися з життєвими стресами. Виявлено, що найбільш важливим фактором, який сприяє відновленню, є підтримка однолітків.

Як правило, люди з психічними розладами мають такі ж життєві прагнення, як і люди без інвалідності. Вони хочуть вести якомога краще життя і відчувати себе важливим елементом суспільства. Їхні основні прагнення: а) власне житло, б) адекватна освіта та трудова діяльність, в) задоволення соціальних та інтимних стосунків г) участь у громадському житті з повними правами.

Ефективна психіатрична реабілітація вимагає індивідуального і спеціалізованого лікування, яке повинно бути включено в комплексну і скоординовану систему реабілітаційних послуг. Але навіть коли доступні різні сервіси, у багатьох випадках вони погано пов'язані один з одним. Розвиваючи системи підтримки хворих, стало очевидно, що необхідно координувати і інтегрувати послуги, які надаються, оскільки кожен із залучених фахівців концентрується на різних аспектах одного і того ж пацієнта. Тому в якості ключового координуючого та інтеграційного механізму у США виникла концепція управління випадками (case management). СМ фокусується на всіх аспектах фізичного та соціального середовища. Основними елементами СМ є оцінка потреб пацієнтів, розробка комплексних планів обслуговування пацієнтів і організація надання послуг.

Правильно навчений психіатр зможе поєднувати призначення медикаментів з психотерапевтичною програмою, яка спрямована на розвиток соціальних здібностей. Це не означає, що лікар повинен бути здатний робити все: від соціальної підготовки до професійної реабілітації чи психологічного навчання хворого та його сім'ї. Тим не менш, це означає, що психіатр повинен в змозі бути у ролі керівника в команді професіоналів, які можуть обслуговувати пацієнтів. Зрозуміло, більшість психіатрів під час навчання у психіатричних стаціонарах не отримують усіх необхідних навичок, необхідних для психосоціальної реабілітації. Сьогодні молоді психіатри в основному навчаються діагностичним процедурам і призначають ліки, які спрямовані виключно на контроль симптомів, також вони не навчені інтеграції фармакологічного лікування та психосоціального впливу. Іншим побічним ефектом навчання в лікарнях є те, що лікарі-інтерни зустрічаються з вкрай негативними наслідками перебігу хвороби у важких пацієнтів, які часто повторно госпіталізуються. Можливо, це одна з причин того, що психіатри в державних закладах мають не менше стереотипів стосовно психічно хворих людей, аніж населення в цілому, і не виявляють більшої готовності до тісної взаємодії з психічно хворими людьми. Тому було б корисно, якби навчання молодих психіатрів також проводилося у спеціальних реабілітаційних закладах і воно могло бути пріоритетним в порівнянні з навчанням на базі лікарень. Ширші можливості для навчання пацієнтів у «реальному світі» дозволять психіатрам в умовах диспансерів розвивати більш позитивну перспективу і краще розуміння людей з важкими і постійними психічними розладами.

Фармакотерапія в психіатричній реабілітації вимагає особливої уваги. Варто приймати до уваги той факт, що деякі побічні ефекти фармакологічного лікування можуть послабити здатність людини виконувати її соціальні ролі та погіршити професійну реабілітацію.

Висновки. Роль психосоціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями стає з кожним днем дедалі актуальнішою. На даний момент основні зміни в області психіатричної терапії та догляду беруть свої основи з психосоціальної реабілітації. Це найбільш важлива частина психіатричної допомоги і вона водночас поєднує психіатрію, як галузь, зі суспільством, адже ставлення громадськості до психіатрії в основному залежить від того, чи є фактично ефективною реабілітація, чи ні. Комісія США з питань психічного здоров'я заявляє, що надання допомоги постраждалим особам у досягненні функціонального відновлення є основним завданням системи охорони психічного здоров'я.

Ми повинні також знати, що між дослідженнями та практикою існує тривалий шлях. Наприклад, Lehman та Steinwachs оцінювали модель звичайного догляду за пацієнтами з шизофренією та вивчили рівень відповідності з рекомендаціями щодо лікування на основі існуючих наукових даних. Коефіцієнт відповідності був скромним, зазвичай нижче 50%. Здається очевидним, що існуюча практика лікування та реабілітації має бути істотно покращена у світлі наявних досліджень з реабілітації. Програма реабілітації повинна починатися з самого початку, коли пацієнт вступив у контакт з фахівцем в області психічного здоров'я. Лікар, який чекає початку реабілітації після того, як у пацієнта зникнуть основні симптоми захворювання, зазвичай не приносить користі пацієнту або сім'ї в довгостроковій перспективі. Удосконалення психіатричної реабілітації за кордоном досягло того рівня, що її легко може отримати кожен індивід. В Україні ж з цим виникають проблеми, оскільки державою не передбачено достатньої кількості кваліфікованих кадрів та дієвих програм по реабілітації пацієнтів психіатричних стаціонарів.

Список літератури

1. Anthony W. Cohen M. Farkas M, et al. Psychiatric rehabilitation. 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2012.
2. Rogers ES. Anthony W. Lyass A. The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Commun Ment Health J.* 2014;40:437–450.
3. Nordt C. Rössler W. Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* in press. – www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632277.
4. Health PsNFCoM. Achieving the promise: transforming mental health care in America. www.mentalhealthcommission.gov/reports/Finalreport/toc_exec.html.
5. Lehman AF. Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull.* – www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9502543.

Чорей Д.В., Романів О.П., Надь Б.Я.

Особливості проведення реабілітаційних заходів для пацієнтів з хворобою Альцгеймера

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Деменція є однією з основних проблем охорони здоров'я серед людей похилого віку у всьому світі. Хвороба Альцгеймера (ХА) становить близько 70% усіх випадків деменції, що разом з іншими нейродегенеративними захворюваннями (хвороба Паркінсона та множинний склероз), судинними захворюваннями та інфекціями формують

групу незворотніх форм деменції. Поширеність ХА різко зростає після 65 років. ХА повинна бути віддиференційована від інших видів деменції: судинна деменція, деменція з тільцями Леві, хвороба Паркінсона з деменцією, лобно-скронева деменція та зворотні деменції. Діагноз ХА передбачає наявність клінічних ознак порушення пам'яті (неможливість запам'ятовувати нову інформацію чи відтворювати вже вивчену) та наростаючого погіршення хоча б однієї з когнітивних сфер (наприклад у вигляді афазії, апраксії та агнозії) у мірі, в якій вони викликають порушення соціальної та професійної діяльності. Досить поширеними є порушення у сфері мовлення, особистості та суджень, сенсорно-моторних функцій разом з втратою пам'яті.

Мета роботи: огляд різних реабілітаційних заходів та методик, що проводяться для зменшення когнітивного дефіциту та налагодження незалежного щоденного функціонування у осіб з хвороб Альцгеймера.

Матеріали та методи. Проведено вивчення і аналіз електронних баз даних та публікацій присвяченим комплексним реабілітаційним заходам пацієнтів з хворобою Альцгеймера.

Результати. Хворобу Альцгеймера наразі віднесено до протеїнопатій, в основі патогенезу лежить акумуляція та абнормальне накопичення амілоїдів (бета та тау) у тканині головного мозку. Діагностика хвороби Альцгеймера базується на виявленні як нейрофібрилярних зв'язків, так і сенільних бляшок. Ключовими факторами ризику є: вік, сімейний анамнез, генетичні маркери (такі як ген аполіпопротеїну Е4, трисомія 21 хромосоми, мутації пресеніліну 1 та 2), жіноча стать після 80 років, діабет, ожиріння, гіперхолестеринемія.

На ранніх етапах найпоширенішими симптомами є труднощі у пригадуванні недавніх подій. При виникненні підозр на ХА діагноз зазвичай підтверджується тестами для оцінки поведінки та процесів мислення, за якими часто слідує МРТ головного мозку. З прогресуванням хвороби починають наростати сплутаність, дратівливість, агресія, перепади настрою, порушення відтворення мовлення та перцепції, втрата виконавчих функцій, неможливість виконувати дії, що потребують координації рухів (наприклад одягатись).

В цілому тактика при ХА передбачає: максимізацію можливостей пацієнта; відновлення втрачених функцій, де це можливо; психосоціальна підтримка та навчання членів сім'ї пацієнта. Психосоціальні втручання застосовують як додаток до фармакологічного лікування, вони в свою чергу класифікуються за підходами – поведінкового, емоційного чи когнітивного спрямування. Когнітивно спрямована терапія, особливо когнітивна стимуляція, у діапазоні від навчання, обговорення, дебатів до методик «вирішення проблем» та «орієнтація на реальність», відтворення спогадів – все більше включаються у терапію когнітивних порушень пацієнтів похилого віку. Нейропсихологічна реабілітація використовується для поліпшення когнітивних функцій шляхом полегшення роботи пам'яті через використання зовнішніх асоціацій та внутрішніх стратегій. У ході нейропсихологічної реабілітації з метою тренування пам'яті – залучається використання рухових рухів, вербальної асоціації та категоризації – та тренування навичок повсякденного життя.

Згідно теорії нейропластичності, відновлення ураженої когнітивної функції можливе за рахунок тренування інтактного модулю когніції. Оскільки пацієнти з ХА мають практично недоторкану неявну пам'ять при настанні захворювання, це, здається, є найкращим способом компенсації явного дефіциту пам'яті. Це завдання може бути виконано шляхом використання методик емоційного та перцептивного навчання, категоризацій, напрацювання рухових навичок, звичок, підтримання вихідного рівня адаптивної поведінки. До прикладу, методика рухових асоціацій, дозволяє запам'ятати ім'я, місце чи подію створюючи необхідну асоціацію з певним рухом тіла. Ці вправи закріплюються під час групових занять. Методика словесних асоціацій передбачає побудову простих речень, з добре вивчених слів, таким чином, щоб викликати найбільшу кількість емоцій у пацієнта. Методика категоризації: для покращення навичок запам'ятовування слів кожному пацієнту було надано наступну вправу – пацієнтам запропоновано розділити слова у списку, наданому їм, на категорії (одяг, їжа тощо). Для того, щоб відтворити всі слова у списку, пацієнтам необхідно було лише згадати категорії. За методикою «навички у повсякденному житті». Для цієї процедури були використані функціональні завдання, в яких пацієнти проходили підготовку за наступними чотирма видами діяльності: використання телефону, надання та отримання повідомлень, використання щоденника та кроки до підготовки бутерброду. Оскільки пацієнти AD мають труднощі з передачею спонтанно навченої техніки на справжню повсякденну проблему, життєві ситуації щоденно моделюються. Наприклад, щоб працювати над навичками телефону, отримувати повідомлення та робити нотатки, навчання проводилося за допомогою телефону, паперу та пера, що імітує телефонний дзвінок. Так само, коли навчився писати зустрічі в щоденнику, він використовувався з реальними зустрічами та подіями.

Під час проведення реабілітаційних заходів важливо брати до уваги характерне поступове погіршення психічного статусу, скомпрометовані системи мозку, що перешкоджає усвідомленню власної хвороби, і все більш очевидний зв'язок між геріатричною депресією та деменцією. Незважаючи на те, що пом'якшення важкості нейродегенеративних порушень є першочерговим завданням, сповільнення когнітивного зниження, що дозволяє ще кілька місяців незалежної від догляду життєдіяльності, може суттєво вплинути на якість життя пацієнтів, відтягуючи необхідність більш інтенсивного стороннього догляду. Проте існує низка нейропсихологічних та психологічних перешкод при спробі залучити пацієнтів з ХА до реабілітації.

Досить часто пацієнти заперечують наявність або тяжкість когнітивних та функціональних порушень, незважаючи на очевидні докази протилежного. Анозогнозія описується як відсутність усвідомлення або розуміння хвороби, що може являти собою механізм захисту, погіршення когнітивних процесів, що відповідають за усвідомлення свого стану, або і те і інше. Також лікар може зіштовхнутися з браком мотивації та апатією з боку пацієнта, або

відчуттям безвихідності, що може первинно бути наслідком захворювання, чи вторинно, як прояв інволюційної депресії. Тому важливо є встановити мотиваційні стратегії.

Висновки. Хвороба Альцгеймера викликає серйозний інвалідизуючий вплив на осіб, що страждають цим захворюванням, і нерідко має руйнівні наслідки для тих, хто здійснює догляд за ними. Реабілітація пацієнтів з хворобою Альцгеймера має на меті компенсувати наявний когнітивний дефіцит, щоб пристосувати таких пацієнтів до якомога більш самостійної життєдіяльності, а також відтермінувати подальше когнітивне зниження. Дослідження показали, що пацієнти з ХА мають труднощі при перенесення засвоєних методик та стратегій на проблеми у повсякденному житті, тому виникає необхідність постійно моделювати різні життєві ситуації, використовуючи все нові і нові стратегії запам'ятовування та відтворення вивчених навиків. Не зважаючи на велику кількість розроблених програм та стратегій, досягти стабільної позитивної динаміки вдається вкрай рідко, тому навіть найменший прогрес у повсякденному житті пацієнта є досягненням і потребує наступного підкріплення і повтору, і однозначно позначається на емоційному стані пацієнтів та їх близьких.

Список літератури

1. Clare L, Jones RS. Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment: A critical review. *Neuropsychology Review*. 2013;18:1–23.
2. Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *The neurologist*. 2012;13:105–117.
3. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;25:1253–1258.
4. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013;183:248–254.

Чорей Д.В., Романів О.П., Надь Б.Я.

Особливості психоемоційної сфери батьків, що виховують дитину з розладами аутистичного спектру

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти
та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання

Аутизм є досить важким стресогенним чинником для родини, який ускладнюється ще й тим, що аутистична дитина фізично є повносправною. Перші наукові дослідження проблематики дитячого аутизму з'явилися на початку ХХ ст. За частотою дитячий аутизм перебуває на четвертому місці серед різноманітних видів хронічної нервово-психічної патології у дітей після розумової відсталості, епілепсії та дитячого церебрального паралічу. Згідно із статистикою, показник поширеності аутизму в Україні, тільки за офіційними статистичними даними, становить 2 на 10 тис. осіб (0,2%). Реакція батьків на те, що їхня дитина має порушення розвитку, є різною, незважаючи на те, які ці порушення. Коли батьки дізнаються діагноз дитини, вони змушені переосмислити та змінити свої звички, зацікавлення, цінності та, в кінцевому підсумку, своє ставлення до дитини. Це пов'язано з тим, що виховання аутистичної дитини вимагає непередбачуваних додаткових обов'язків, зміни цілої структури укладеного способу життя родини.

Виховання аутистичної дитини передбачає використання значних психологічних ресурсів, котрі обмежені через втрату контактів і зв'язків внутрішньородинних та позародинних, відсутність інтересів, які виходять за межі, пов'язані з хворобою дитини, а також і фізіологічних, що вичерпуються у зв'язку з безсонням, головним болем, порушенням кровообігу. Проте, у працях цих дослідників не описано специфіки батьківського ставлення до аутистичних дітей, не подано схеми роботи з батьками таких дітей. Виховання аутистичної дитини батьки переживають як психологічну травму, що знаходить доволі потужне відображення у батьківсько-дитячих стосунках, внутрішньо-особистісних взаєминах та в системі ціннісних орієнтацій. Зазвичай це має негативний вплив на розвиток особистості дитини.

З огляду на це, проблема батьківського ставлення до аутистичних дітей заслуговує особливої уваги.

Мета роботи: дослідження ціннісно-орієнтаційних та емоційних аспектів ставлення батьків до аутистичних дітей.

Матеріали та методи. Проведено вивчення і аналіз електронних баз даних та публікацій присвяченим особливостям допомоги батькам, які виховують дітей з РАС, проаналізовано особливості ставлення батьків, основні концепції батьківського переживання, модель якості життя батьків, сімейні проблеми та проблеми сиблінгів, задоволення основних потреб родини, моделі функціонування родини, взаємовідносини у сім'ї та ставлення до неповносправної дитини, моделі виховання дитини з розладами розвитку, синдром вигорання та копінг-стратегії.

Результати. Проблема особливої поведінки при аутизмі проявляється через стереотипи, деструктивну поведінку, ритуали, сенсорні порушення та аутостимуляцію. З одного боку, «дивна» поведінка аутистів спричиняє проблеми в

налагодженні стосунків з оточуючими, проте, з іншого, найбільшою проблемою є незрозумілість цієї «дивакуватості» іншими.

Проблеми розвитку виявляються у сенсорно-перцептивній, когнітивній та поведінковій сфері, мовленні та соціальній взаємодії. Головними реакціями на особливості поведінки аутистичної дитини є шок, емоційне напруження, нерозуміння такої поведінки, дратівливість, тривожність, злість, емоційне виснаження, розпач, емоційна дистанція, депресія, почуття вини та інші. Наслідками важкої поведінки аутиста, зазвичай є проблема прийняття батьками дитини такою, як вона є.

Порівняно з батьками здорових дітей, батьки аутистичних мають зі своїми дітьми значно менший емоційний контакт. Це виявляється у тому, що менше уваги звертається на самостійність думки дитини, їх менше залучають до розв'язання сімейних проблем, менша увага приділяється налагодженню стосунків між батьками і дітьми. Щодо визначення емоційної дистанції з аутистичною дитиною виявлено, що батьки значно більше уникають емоційних контактів зі своїми дітьми, ніж батьки здорових дітей. З'ясовано, що в сім'ях, де виховується аутистична дитина, виразніше виявляються такі особливості батьківського ставлення, як надмірна опіка над дитиною, її ізоляція від позасімейних впливів і ситуацій, пов'язаних, зокрема, з питанням статі, пригніченням дитячої агресивності, бажання пришвидшити її фізичний та психічний розвиток. Це свідчить про високий рівень зосередженості батьків на проблемах своїх дітей.

Щодо ставлення батьків до сімейної ролі виявлено, що в сім'ях з аутистичними дітьми чоловіки гірше справляються з обов'язками голови сім'ї, а матері є більш самостійними, ніж у сім'ях зі здоровими дітьми.

Відмінностей у таких емоційних проявах, як схильність до невротизації, стресостійкість та суспільна фрустрованість між батьками аутистичних і здорових дітей не виявлено. З'ясовано, що батьки аутистичних дітей значно більше переживають внутрішній дискомфорт, ніж батьки здорових дітей, зокрема, внутрішнє напруження, суперечності зі собою, внутрішню пустку, тривогу, смуток, пригніченість, апатію, стурбованість, відчуття небезпеки.

У порівнянні з батьками здорових дітей, батькам аутистичних дітей характерні певні особливості у сфері цінностей. По-перше, існує небезпека розвитку внутрішнього конфлікту в сфері активного діяльного життя; по-друге, простежується внутрішній вакуум у сфері свободи; по-третє, для них менш досяжними є такі цінності, як пізнання та краса природи і мистецтва. Спільним для батьків аутистичних та здорових дітей у ціннісно-орієнтаційній сфері є те, що, по-перше, здоров'я є пріоритетною цінністю; по-друге, у сфері здоров'я (фізичного та психічного) є внутрішній конфлікт; по-третє, у сферах здоров'я і матеріально забезпеченого життя відслідковується внутрішній вакуум.

Особливістю батьків, які виховують аутистичну дитину, є те, що їхня невротизація зростає у випадку порушення емоційних контактів з дитиною, внаслідок скорочення емоційної дистанції з нею й зменшення концентрації уваги на дитині, а суспільна фрустрованість зростає у випадку скорочення емоційної дистанції з дитиною й в разі нехтування з їхнього боку потреб дитини у відчутті безпеки.

Участь в інтерперсональних тренінгових групах є найбільш ефективною формою психологічної підтримки у роботі з батьками аутистичних дітей. Цей вибір зумовлений із врахуванням таких переваг: 1) груповий досвід блокує відчуження учасника тренінгу від світу, від інших людей, від самого себе; 2) усвідомлення того, що інші люди переживають подібні проблеми і це допомагає уникнути непродуктивного замикання в собі з власними проблемами; 3) учасники тренінгу мають змогу отримувати зворотній зв'язок і підтримку від людей, які мають такі ж проблеми; 4) отримання нового досвіду в подоланні життєвих криз; 5) саморозкриття, самодослідження, самопізнання.

Висновки. Головним фактором у ставленні батьків до аутистичних дітей виявилась гіперопіка, яка охоплює надмірну концентрацію на дитині та встановлення певної емоційної дистанції з нею, що призводить до порушення сімейних ролей. З одного боку, батьки прагнуть досягти психологічного комфорту і благополуччя, налагодити ближчі емоційні контакти з дитиною, зокрема, партнерські та паритетні, з іншого, вони переживають стрес у сфері внутрішніх ресурсів і фрустрованість цінностей. Не зважаючи на складність сімейної ситуації, вони готові шукати вихід, ґрунтуючись на таких цінностях, як впевненість, щасливе сімейне життя та пізнання.

Список літератури

1. Ткачева В.В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии: автореф. на соискание уч. степени д-ра психол. наук: спец. 19.00.10 Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України 696 «Коррекционная психология» / В.В. Ткачева; Моск. гос. открытый пед. ун-им. М.А. Шолохова. – Н. Новгород, 2005. – 46 с.
2. Boyce G. C. Child Characteristics, Family Demographics and Family Processes: Their Effects on the Stress Experienced by Families of Children with Disabilities / G. C. Boyce, D. Behl // Counseling Psychology Quarterly, 0951-5070. – December 1, 2011. – EBSCOhostPsycINFO Database.
3. Радченко М. І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. / За ред. С. Д. Максименка. К., 2012, Т. 4, Ч. 3. – С. 207 – 215.

Шевчук А.С.

Надзвичайні ситуації, їх класифікація та заходи безпеки у разі їх виникнення

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти
та до університетської підготовки, кафедра громадського здоров'я

Надзвичайна ситуація (НС) – порушення нормальних умов життя і діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом чи іншою небезпечною подією, яка призвела або може призвести до загибелі людей та значних матеріальних втрат.

Під час НС потенційні небезпеки проявляються в більшій кількості та з більшою ймовірністю, що призводить до масштабних негативних наслідків.

Умови виникнення НС:

- наявність джерела небезпеки (вибухових, отруйних, радіоактивних речовин і та ін.);
- дії чинників, що уражають в разі прояву небезпек (викид газу, вибух, займання);
- знаходження в зоні дії уражаючих факторів людей, сільськогосподарських тварин, угідь.

Надзвичайні ситуації класифікують за різними ознаками.

Класифікація надзвичайних ситуацій

Відповідно до причин походження подій, що можуть зумовити виникнення НС розрізняють:

НС техногенного характеру – транспортні аварії (катастрофи), пожежі, аварії з викидом небезпечних речовин, руйнуванням споруд та будівель, аварії на інженерних мережах і спорудах життєзабезпечення, гідродинамічні аварії на греблях, дамбах тощо.

НС природного характеру – небезпечні геологічні, метеорологічні, гідрологічні морські та прісноводні явища, деградація ґрунтів чи надр, природні пожежі, зміна стану повітряного басейну, інфекційна захворюваність людей, сільськогосподарських тварин, масове ураження сільськогосподарських рослин хворобами чи шкідниками, зміна стану водних ресурсів та біосфери, тощо.

НС соціального характеру – пов'язані з протиправними діями терористичного і антиконституційного спрямування: здійснення або реальна загроза терористичного акту (збройний напад, захоплення і затримання важливих об'єктів, ядерних установок і матеріалів, систем зв'язку та телекомунікацій, напад чи замах на екіпаж повітряного або, морського судна), викрадення (спроба викрадення) чи знищення суден, захоплення заручників, встановлення вибухових пристроїв у громадських місцях, викрадення або захоплення зброї, виявлення застарілих боєприпасів тощо.

Відповідно до територіального поширення, обсягів заподіяних або очікуваних економічних збитків, кількості людей, які загинули, за класифікаційними ознаками визначають чотири рівні надзвичайних ситуацій:

- загальнодержавний;
- регіональний;
- місцевий;
- об'єктовий.

Класифікація надзвичайних ситуацій впроваджена в Україні з метою забезпечення організаційної взаємодії центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій у процесі вирішення питань, пов'язаних з надзвичайними ситуаціями, ліквідацією їх наслідків та веденням державної статистики.

Класифікація здійснюється на підставі «Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру за їх рівнями», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 368 від 24 березня 2004 року, Державного класифікатору надзвичайних ситуацій ДК 019-2010 та Класифікаційних ознак надзвичайних ситуацій», затверджених наказом МНС України від 12 грудня 2012 року за № 1400.

Якщо відомо, які саме небезпеки загрожують, можна розробити основні **напрями забезпечення безпеки цивільного захисту**.

Забезпечення природної безпеки вимагає:

- розробляти природоохоронні закони та суворо слідкувати за їх виконанням;
- постійно проводити моніторинг природних небезпек;
- вести природоохоронне землекористування та видобуток корисних копалин;
- достатньо фінансувати проведення заходів, спрямованих на захист природного середовища;
- вчасно вживати профілактичні заходи для попередження виникнення та розвитку епідемій, епізоотій, епіфітотій;
- не допускати промислових та інших викидів у водойми та атмосферу без використання очисних споруд;
- своєчасно та в належній кількості застосовувати у сільському господарстві мінеральні добрива та отрутохімікати;
- зберігати зелені насадження від нерозумних вирубок та робити нові зелені насадження (в тому числі лісозахисні смуги).

Забезпечення техногенної безпеки можливе, якщо:

- готується і реалізується комплекс заходів (правових, соціально-економічних, політичних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних), спрямованих на проведення оцінки рівнів ризику, завчасне реагування на загрозу виникнення надзвичайної ситуації;
- відбувається моніторинг можливого перебігу подій з метою недопущення їх переростання у надзвичайну ситуацію або пом'якшення її можливих наслідків;
- постійно ведеться ідентифікація та облік об'єктів підвищеної небезпеки;
- складаються декларації безпеки потенційно-небезпечних об'єктів;
- контролюються матеріали, речовини, що використовуються у виробничому та побутовому середовищі і можуть бути небезпечними для життя та здоров'я людей;
- строго виконуються умови технологічного процесу та правила експлуатації, особливо при роботі з небезпечними речовинами та матеріалами;
- з використання постійно вилучаються недосконалі та недостатньо надійні побутові прилади і техніка, транспортні засоби та інше;
- постійно перевіряється технічний стан споруд, будинків, конструкцій, доріг, транспортних засобів то що.
- ведеться моніторинг безпеки лікарських препаратів, обладнання та засобів обстеження;
- перевіряється безпечність та відповідність стандартам продуктів харчування та напоїв.

Забезпечення соціально-політичної безпеки передбачає:

- наявність відповідної законодавчо-правової бази з питань забезпечення безпеки людини;
- урегулювання збройних конфліктів шляхом мирних переговорів;
- міжнародну боротьбу з будь-якими проявами тероризму та екстремізму;
- обов'язкову відповідальність за вчинки кримінального характеру;
- профілактику у суспільстві соціальних небезпек;
- достатнє фінансування захисних соціальних програм;
- економічну та політичну стабільність у державі.

Примітка. У матеріалах 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-Донський, 3, отримувач ДУ «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 Фармакопеею (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