

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

МАТЕРІАЛИ

Підсумкової наукової конференції студентів та аспірантів
Ужгородського національного університету

Факультету здоров'я та фізичного виховання
(18 травня 2022 року)

Ужгород - 2022

ЗМІСТ

1	ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ <i>Студентка IV курсу: Молнар О.В.</i> <i>Науковий керівник: д-р. пед. наук Світлана СТЕБЛЮК</i>	7
2	ОРГАНІЗАЦІЯ ДОЗВІЛЛЯ І РЕКРЕАЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ З РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ <i>Магістрант I року навчання: Шкріба Е. С.</i> <i>Науковий керівник: доц. Наталія БОНДАРЧУК</i>	10
3	НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЗА КОРДОНОМ В СУЧАСНІ ЧАСИ <i>Студентка II курсу: Грин А.М.</i> <i>Науковий керівник: канд. пед. наук Оксана ГАЯШ</i>	12
4	РЕАЛІЗАЦІЯ ІНКЛЮЗИВНИХ ПІДХОДІВ У ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ВЕЛИКОБЕРЕЗНЯНСЬКОЇ ОТГ <i>Студент II курсу: Беца А.В.</i> <i>Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП</i>	15
5	ОБҐРУНТУВАННЯ УМОВ ДОПУСКУ СПОРТСМЕНОК ДО ЗАНЯТЬ З ВОЛЕЙБОЛУ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ТРАВМАТИЗМУ <i>Студентка I курсу: Сивохоп Е.Е.</i> <i>Науковий керівник: доц. Валерій ТОВТ</i>	19
6	ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ТАН-СОДЕРБЕРГ У РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ <i>Магістрантка I року навчання: Мордованець С.В.</i> <i>Науковий керівник: д-р. пед. наук Світлана СТЕБЛЮК</i>	22
7	ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНІК У РОБОТІ З ДІТЬМИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ <i>Студентка II курсу: Шовица Н.М.</i> <i>Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП</i>	24
8	ДО ПИТАННЯ ПРО УЧАСТЬ БАТЬКІВ У КОМАНДІ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ <i>Студентка I курсу: Корх О.В.</i> <i>Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП</i>	28
9	ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ «НУМІКОН» ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МАТЕМАТИЧНИХ УЯВЛЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА <i>Студентка II курсу: Буковецька Я.М.</i> <i>Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП</i>	32
10	ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ (КРУГЛО-ВВІГНУТА СПИНА)	

	<i>Студентка I V курсу: Попович А. Науковий керівник: доц. Ярослав ФІЛАК</i>	37
11	ДИДАКТИЧНІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ ВИХОВАННЯ І НАВЧАННЯ ДОШКІЛЬНЯТ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ <i>Студентка IV курсу: Шніцер Х.Г. Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП</i>	40
12	КІНЕЗИОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГАСТРИТІ З ПІДВИЩЕНОЮ СЕКРЕТОРНОЮ ФУНКЦІЄЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ <i>Студент IV курсу: Окороков Д. Н. Науковий керівник: доц. Ксенія МЕЛЕГА</i>	44
13	ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА І МАСАЖ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ З ГІПОМОТОРНИМ СИНДРОМОМ. <i>Студентка II курсу: Единець Е. Б. Науковий керівник: доц. Фелікс ФІЛАК</i>	46
14	ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСУ ФІЗИОТЕРАПІЇ ТА ФІТОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСАХ ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ <i>Студентка IV -го курсу Дьордь Ц.Г.Т. Науковий керівник: доц. Ольга МАЛЬЦЕВА</i>	50
15	ФОРМУВАННЯ І КОРЕКЦІЯ ПОСТАВИ В МОЛОДШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ З ВИКОРИСТАННЯМ ГІГІЄНИЧНИХ ЧИННИКІВ ТА ОЗДОРОВЧИХ СИЛ ПРИРОДИ <i>Студентка II курсу (014 Середня освіта): Цуранич В.О. Науковий керівник: доц. Наталія БОНДАРЧУК</i>	52
16	ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ <i>Студентка I курсу (017 Фізична культура і спорт): Попович М. Науковий керівник: канд. пед. наук Тетяна ХОМА</i>	55
17	ВПЛИВ ЛЕГКОАТЛЕТИЧНИХ ВПРАВ НА ПРОЦЕС ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ <i>Студентка I курсу (017 Фізична культура і спорт): Канюка В.М. Науковий керівник: канд. наук з фіз. виховання і спорту Наталія СЕМАЛЬ</i>	57
18	ГІМНАСТИЧНІ ВПРАВИ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ ГНУЧКОСТІ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ <i>Студентка I курсу (017 Фізична культура і спорт): Тимочко К.О. Науковий керівник: ст. викладач Олександр ТИМОЧКО</i>	59
19	ПІДГОТОВКА ЕПІДЕМІОЛОГІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ПРИКЛАДІ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ З ПОЛЬОВОЇ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ <i>Магістрант II року навчання: Рябінчук М. В.</i>	62

	<i>Науковий керівник: проф. Геннадій СЛАБКИЙ</i>	
20	ОКРЕМІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ КАМПАНІЙ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я <i>Аспірант I року навчання: Лінніков С. В.</i> <i>Науковий керівник: проф. Іван МИРОНЮК</i>	64
21	МОДЕЛІ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В ПЕРІОДИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ ТРИВАЛИХ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ <i>Аспірант I року навчання: Лепканич А.О.</i> <i>Науковий керівник: проф. Іван МИРОНЮК</i>	67
22	ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ В РАМКАХ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНОГО РІВНЯ <i>Аспірант I року навчання: Кабацій Н. О.</i> <i>Науковий керівник: проф. Геннадій СЛАБКИЙ</i>	68
23	СУЧАСНА МОДЕЛЬ ЕФЕКТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ РИЗИКІВ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ <i>Аспірант I року навчання: Балашов К.О.</i> <i>Науковий керівник: проф. Геннадій СЛАБКИЙ</i>	70
24	ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ГІРСЬКІЙ ГЕОГРАФІЧНІЙ ЗОНІ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ <i>Аспірант II року навчання: Пішківці А.-М. М.</i> <i>Науковий керівник: проф. Геннадій СЛАБКИЙ</i>	72
25	ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА, ЯК ПОВЕДІНКОВО-ОБУМОВЛЕНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ: ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ПРОФІЛАКТИКА В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я <i>Магістрантка 2-го року навчання: Глеба М.</i> <i>Науковий керівник: проф. Геннадій СЛАБКИЙ</i>	74
26	РАННЄ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ДІТЬМИ: ХАРАКТЕРИСТИКА СИТУАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКА В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я <i>Магістрант 2-го року навчання: Ліщинський І.</i> <i>Науковий керівник: доц. Василь КРУЧАНИЦЯ</i>	77
27	ЙОДУВАННЯ СОЛІ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ДЕФІЦИТУ ЙОДУ: ВІДНОШЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ <i>Магістрантка 2-го року навчання: Присташ Д., Лікар-інтерн Данко М.Й.</i> <i>Науковий керівник: доц. Олександр БУТУЗОВ</i>	80
28	ТЮТЮНОПАЛІННЯ ПІДЛІТКАМИ ТА МОЛОДДЮ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я <i>Магістрантка 2-го року навчання: Анікієнко Д.,</i>	83

	<i>Лікар-інтерн Данко М.Й.</i> <i>Науковий керівник: доц. Василь КРУЧАНИЦЯ</i>	
29	ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ КОВІД-19 В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я <i>Магістрантка 2-го року навчання: Скрипник В.</i> <i>Науковий керівник: доц. Олена КОРОЛЬЧУК</i>	86
30	АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ <i>Студент IV курсу: Волонтир Е.М.</i> <i>Науковий керівник: доц. Людмила РУСИН</i>	89
31	АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНИМ КРИЗОМ <i>Студентка III курсу: Капустей О.Ю</i> <i>Науковий керівник: ст. викладач Юлія ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА</i>	91
32	РІЗНИЦЯ МІЖ ПРОБЛЕМАМИ СЕНСОРНОЇ ОБРОБКИ ТА СДУГ <i>Студент IV курсу: Петрус Р.</i> <i>Науковий керівник: доц. Мар'яна САБАДОШ</i>	93
33	ФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ТЕОРІЯ КАРЛА РОДЖЕРСА <i>Студентка I курсу Шукаль Л.</i> <i>Науковий керівник: д. психолог.н. Олена ЯЦИНА</i>	96
34	ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ РОЛЛО МЕЯ <i>Студентка I курсу Костюк М.</i> <i>Науковий керівник: д. психолог.н. Олена ЯЦИНА</i>	99
35	ОСОБИСТІТЬ У ЛОГОТЕРАПІЇ ВІКТОРА ФРАНКЛА <i>Студентка I курсу Пальок І.</i> <i>Науковий керівник: д. психолог.н. Олена ЯЦИНА</i>	102

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Студентка IV курсу: Молнар О.В.

Науковий керівник: д-р пед. наук Світлана СТЕБЛЮК

Ключові слова: дистанційне навчання, асистент учителя, діти з особливими освітніми потребами.

Вступ. Сьогодні дистанційна освіта є поширеною формою навчання дітей, у тому числі й з особливими освітніми потребами. Впровадження такої моделі навчання потребує нових підходів до освітнього процесу, що мають ураховувати специфіку розвитку учнів: порушення розумової та фізичної працездатності, особливості сприймання й обробки інформації, комунікативні навички та можливості конкретної дитини. У цій ситуації провідна роль належить асистенту вчителя, що супроводжує її навчання, виховання та розвиток разом з іншими членами команди.

«Варто пам'ятати, що рівень сформованості самостійної роботи учнів початкових класів нижчий, ніж учнів основної та старшої школи, тому організувати роботу молодших школярів мають дорослі. Але йдеться саме про організацію навчального процесу вдома, а не про те, що батьки будуть виконувати завдання за дитину або викладати навчальний матеріал замість учителя» [2, с.9].

Організація дистанційного навчання у центрі дослідження низки науковців: Ю. Богачков, В. Биков, О. Вольневич, О. Орлов, О. Пінчук, Л. Прохоренко та ін. Відтак, Л. Прохоренко, О. Орлов охарактеризовано основні принципи дистанційного навчання дітей з особливими освітніми потребами (інтерактивності, диференціації, індивідуального підходу, пластичності). Зазначено, що дистанційне навчання базується й на принципі гнучкості місця, часу, темпу та траєкторії навчання, тому в навчанні необхідно використовувати ці переваги для формування самостійної відповідальності учнів за власну навчальну траєкторію, нарощувати автономність у процесі навчання. Акцентовано на необхідності оптимізації навчання, яке проходить у звичному режимі (адаптація тематичного планування, вилучення несуттєвих тем, комбінування матеріалу кількох тем в одну, перегляд очікуваних результатів навчання, їх коригування тощо) до умов дистанційного навчання [5, с.2].

Мета дослідження – розкрити особливості діяльності асистента вчителя в умовах інклюзивного навчання.

Матеріали та методи. Наукові праці з проблеми; спостереження, аналіз, синтез, узагальнення.

Виклад основного матеріалу. Згідно з Положенням про дистанційну форму здобуття повної загальної середньої освіти, освітній процес під час дистанційного навчання осіб з особливими освітніми потребами забезпечується за участі асистента вчителя та/або асистента учня. Дистанційне навчання осіб із особливими освітніми потребами може передбачати залучення допоміжних

технологій дистанційного навчання (озвучування даних з екрану, голосове введення тексту, субтитри, клавіатури зі спеціальними можливостями тощо) з урахуванням індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів таких осіб [3].

Під час організації дистанційного навчання асистент обов'язково повинен співпрацювати з учителем та батьками учня. Акцентуємо увагу на обов'язках окремих членів команди супроводу:

– учитель: добирає матеріал відповідно до теми та завдань уроку, здійснює й координує освітній процес, організовує спілкування між учасниками дистанційного навчання, здійснює контроль навчальних досягнень, забезпечує зворотній зв'язок;

– асистент учителя: враховує рекомендації інклюзивно-ресурсного центру щодо навчання, виховання та розвитку дитини, добирає методи, прийоми та засоби навчання, надає поради батькам щодо поетапності навчання, веде щоденник спостережень, приймає спільні рішення щодо організації уроку в дистанційній формі;

– батьки дитини з ООП: забезпечують співпрацю з педагогами щодо організації уроків, спрямовують навчальну діяльність дитини, виконують функції асистента дитини, забезпечують зворотній зв'язок та доступ до Інтернет-джерел.

Як показує спостереження за діяльністю асистента вчителя, ним заздалегідь підготовлено адаптовані дидактичні матеріали до кожного уроку з урахуванням особливостей розвитку та можливостей дитини й доведено до відома батьків специфіку організації роботи з навчальною інформацією. Педагог щодня підтримує зворотній зв'язок з батьками та інформує про виконання школярем навчальних завдань.

За дослідженнями В. Коваленко, О. Колісник проводити заняття доцільно в наступному порядку:

– бажано в один і той же час зранку здійснювати зв'язок асистента учителя з сім'єю дитини (важливо, щоб це проходило у формі взаємодії – через трансляцію, щоб дитина бачила обличчя педагога, його міміку; щоб асистент учителя міг бачити обличчя дитини);

– до початку безпосередньої роботи асистента учителя з дитиною в режимі відеоконференції проводиться консультативна та пропедевтична (підготовча) робота з батьками. Асистент учителя має пояснити батькам дитини завдання щодо організації роботи на день, особливості використання роздаткового матеріалу, тонкощі виконання завдань тощо (до 10 хв);

– починаючи спілкуватися з дитиною, асистент учителя має привітатися з нею, обговорити її емоційний стан, настрій, очікування. Ці вступні хвилини можуть бути тематичними, тобто кожного дня варто обговорити якусь певну тему: що відбувається у природі, що найцікавішого відбувалося вчора, як поводить домашня тваринка дитини тощо;

– асистент учителя в режимі трансляції проводить з дитиною загальнокорекційний етап уроку (дихальну гімнастику, вправи на розвиток

дрібної моторики, зорову гімнастику, самомасаж тощо відповідно до особливостей розвитку дитини). Також потрібно пояснити дитині завдання на день (не що вона має зробити, а що вона дізнається, навчиться робити, якщо виконає підготовлені для неї завдання), підтримати дитину своїми сподіваннями на те, що їй все вдасться (з опорою на сильні сторони дитини), запевнити, що якщо буде потреба в допомозі асистента учителя, він обов'язково допоможе підказкою, порадою тощо.

– проведення навчальних занять за розкладом залежить від особливостей і можливостей дитини, особливостей навчання інших учнів: а) якщо дитина з ООП навчається за модифікованою програмою, навчання можуть здійснювати батьки, ураховуючи щоденні рекомендації учителя та асистента учителя; б) онлайн навчання також може проводити асистент учителя під керівництвом учителя за допомогою батьків дитини [1].

Кабінетом Міністрів України 26 квітня 2022 року затверджено зміни до порядків організації інклюзивного навчання в закладах дошкільної та загальної середньої освіти. Окремі витримки з документу: «у період воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану (особливого періоду) психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги (допомога) надаються дітям з особливими освітніми потребами (за умови дотримання безпеки учасників освітнього процесу) фахівцями інклюзивно-ресурсних центрів, педагогічними працівниками закладу освіти, зокрема з числа тих, що вимушені були змінити своє місце проживання (перебування) та/або місце роботи внаслідок збройної агресії Російської Федерації»...; «у період воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану (особливого періоду) гранична кількість учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивних класах, визначена цим Порядком, не застосовується. Заклад освіти не може відмовити в організації інклюзивного навчання учня з особливими освітніми потребами та створенні інклюзивного класу»...; «до складу команди залучаються фахівці інклюзивно-ресурсного центру, які брали участь у проведенні комплексної оцінки. У період воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану (особливого періоду) засідання команди можуть проходити в режимі он-лайн та/або у змішаному очно-дистанційному форматі» [4].

За таких умов закладам освіти усіх рівнів необхідно відкоригувати систему уроків, занять, продумати дидактичні засоби та наявність матеріалів в Інтернет-джерелах, застосовувати здоров'язберігаючі технології у роботі з дітьми із ООП.

Висновки. Таким чином, нами проаналізовано особливості діяльності асистента вчителя в умовах інклюзивного навчання.

Список використаної літератури:

1. Коваленко В. Є., Колісник О. В. Організація дистанційного навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах довготривалого карантину «Молодий вчений». № 4 (80). квітень, 2020 р. С. 586-589

2. Організація дистанційного навчання в школі методичні рекомендації URL: https://nus.org.ua/wp-content/uploads/2020/06/GRYF_Metodychni_rekomendatsii-dystantsiy-na-osvita-razvoroty.pdf 37 с.

3. Положення про дистанційну форму здобуття повної загальної середньої освіти, затверджене Наказом Міністерства освіти і науки України 08 вересня 2020 року № 1115. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE35224.html

4. Про внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 10 квітня 2019 р. № 530 і від 15 вересня 2021 р. № 957. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-poryadkiv-zatverdzenih-postanovami-kabinetu-ministriv-ukrayini-vid-10-kvitnya-2019-r-530-i-vid-15-veresnya-2021-r-957-483>

5. Прохоренко Л. І., Орлов О. В. Діти з особливими потребами в умовах кризових викликів: навчання і супровід. Вісник НАПН України, 2021, 3 (2). URL: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/190%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%96-396-2-10-20211024.pdf>

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОЗВІЛЛЯ І РЕКРЕАЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ З РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ

*Магістрант I року навчання: Шкріба Е. С.
Науковий керівник: доц. Наталія БОНДАРЧУК*

Ключові слова: рекреаційна діяльність, дозвілля, різні категорії населення.

Вступ. Серед реалій українського сьогодення слід відзначити погіршення стану здоров'я широких верств населення і незадовільний стан оздоровчо-рекреаційної сфери, відсутність належної організації масового дозвілля. Ситуація вимагає застосування кардинально нових, сучасних підходів до організації активного дозвілля та рекреаційної діяльності населення, що, у свою чергу, потребує підготовки висококваліфікованих фахівців, які володіли б достатнім обсягом знань у галузях фізичної культури, психології, медицини, менеджменту, арсеналом відповідних організаторських і методичних умінь.

Мета дослідження. Розробити сучасну структурно-функціональну модель організації дозвілля і рекреаційної діяльності за місцем проживання.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел; метод педагогічного моделювання.

Результати дослідження. План розробки структурно-функціональної моделі передбачав, що вона повинна включати структурну та функціональну частину. У структурній частині передбачалося окреслити суб'єктів управління оздоровчо-рекреаційною діяльністю на рівні місцевої влади, спеціальні структури в мікрорайонах і на територіях місцевих громад, схеми діяльності основних суб'єктів надання оздоровчо-рекреаційних послуг за місцем проживання. У функціональній частині передбачалося окреслити загальні функції та напрями управління оздоровчо-рекреаційною роботою з населенням за місцем проживання, види і форми організації масового дозвілля та рекреації, параметри оцінки її ефективності. На теоретичному рівні нами розроблено сучасну модель

організації дозвілля і рекреаційної діяльності з населенням за місцем проживання (в міському мікрорайоні або на території місцевої громади), яка включає різні структурні та функціональні рівні.

Структурний рівень 1 даної моделі відображає структуру управління оздоровчо-рекреаційною діяльністю на рівні місцевої влади. Основними суб'єктами управління виступають виконкоми місцевих рад та їхні підрозділи – управління з різних питань. Крім управлінь, зазначених у схемі, в цій діяльності можуть брати участь управління житлово-комунального господарства, культури, інформаційного забезпечення, сім'ї, дітей та молоді (молодіжної політики). Важливою ланкою в даній структурі виступають центри оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням за місцем проживання, що утворюються на територіях місцевих громад або при міських мікрорайонах і виконують основну функцію забезпечення фізкультурно-оздоровчої зайнятості та активного відпочинку якомога більшої кількості місцевих мешканців у позанавчальний та позаробочий час, залучення їх до участі в масових фізкультурно-оздоровчих та рекреаційних заходах, у діяльності фізкультурно-спортивних організацій та фізкультурно-оздоровчих груп. **Структурний рівень 2** відображає структуру діяльності основних суб'єктів надання оздоровчо-рекреаційних послуг за місцем проживання й на територіях місцевих громад. Роботу фізкультурно-спортивних організацій, фізкультурно-оздоровчих груп коригують місцеві центри оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням, які одночасно співпрацюють із установами, організаціями, підприємствами, навчальними закладами, розташованими на території мікрорайону. **Структурний рівень 3** відображає суб'єкти територіальної організації оздоровчо-рекреаційної діяльності за місцем проживання. Фізкультурно-спортивні організації використовують для надання відповідних послуг різні споруди оздоровчо-рекреаційного призначення – стадіони, майданчики, зали й манежі, легкоатлетичні траси, плавальні басейни тощо. Важливе значення має організація оздоровчо-рекреаційної діяльності в місцях масового відпочинку та рекреаційних зонах, де повинні бути влаштовані й працювати пункти прокату спортивного та рекреаційного інвентарю.

Функціональний рівень 1 даної моделі відображає загальні функції управлінь фізичної культури і спорту та інших зацікавлених підрозділів виконкомів місцевих органів самоврядування, а також центрів оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням за місцем проживання щодо планування, організації, регулювання діяльності у сфері масового дозвілля та рекреації в міських мікрорайонах і на територіях місцевих громад. Сучасні підходи до організації дозвілля і рекреаційної діяльності вимагають особливої уваги до таких напрямів роботи як налагодження соціальної взаємодії, пропаганда здорового способу життя, реконструкція матеріально-технічної бази відповідних організацій і споруд у мікрорайонах і на територіях місцевих громад, розробка нових технологій та адресних програм надання оздоровчо-рекреаційних послуг різним категоріям населення. **Функціональний рівень 2** даної моделі відображає різні види й форми проведення оздоровчо-рекреаційних занять і заходів у рамках масового дозвілля та рекреаційної діяльності населення за місцем проживання.

Оздоровчо-рекреаційні заняття розрізняються за різними параметрами, що забезпечує їх різноманітність та ефективність: за завданнями, що перед ними поставлені; за спрямованістю; за формами керівництва; за регулярністю проведення; за чисельним складом учасників; за предметним змістом. **Функціональний рівень 3** даної моделі відображає критерії ефективності оздоровчо-рекреаційної діяльності населення та роботи вказаних вище суб'єктів організації масового дозвілля та рекреації за місцем проживання й на територіях місцевих громад.

Висновки.

1. Розроблено структурно-функціональну модель організації дозвілля і рекреаційної діяльності за місцем проживання, яка включає різні структурні та функціональні рівні. Відповідно до моделі, основними суб'єктами управління оздоровчо-рекреаційною діяльністю в мікрорайонах та на територіях місцевих громад є управління виконкомів місцевих рад і центри оздоровчо-рекреаційної роботи з населенням за місцем проживання. Суб'єктами територіальної організації оздоровчо-рекреаційної діяльності виступають відповідні споруди та місця масового відпочинку, де влаштовуються теренкури, "лісові стадіони", пункти прокату спортивного та рекреаційного інвентарю тощо.

2. Розроблена структурно-функціональна модель з урахуванням соціально-економічних реалій сьогодення визначає сучасну раціональну основу оздоровчо-рекреаційної роботи в мікрорайонах і на територіях місцевих громад. Її реалізація здатна повністю або частково задовольнити потреби різних категорій населення в активному відпочинку та оздоровленні різними засобами за місцем проживання, розвивати нові форми організації оздоровчо-рекреаційної роботи для різних соціальних груп, а в загальному плані – сприяти цілеспрямованому процесу стабілізації та зміцнення здоров'я широких мас населення засобами активного дозвілля та рекреації з раціональними витратами часу, хоча педагогічні умови для реалізації моделі ще потребують додаткового обґрунтування.

НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЗА КОРДОНОМ В СУЧАСНІ ЧАСИ

Студентка II курсу: Грин А.М.

Науковий керівник: канд. пед. наук Оксана ГАЯШ

Ключові слова: затримка психічного розвитку, інклюзивна освіта.

Вступ. З урахуванням розвитку позитивної динаміки впровадження інклюзивної освіти та зростання чисельності дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) постає питання про стан навчання і виховання цих дітей, впровадження нових методів та тенденцій. Сьогодні в Європі все яскравіше виразняються спільні тенденції до розвитку інклюзивної освіти дітей з особливими освітніми потребами, зокрема дітей з ЗПР, незважаючи на багато

відмінностей в її організації в закладах освіти. Світовий досвід попередніх поколінь, їх теоретичні та практичні здобутки нині стають джерелом розвитку й удосконалення системи освіти дітей з ЗПР відповідно до вимог сьогодення. В даній роботі ми розглянемо досвід виховання і навчання дітей з ЗПР в Австралії та стратегії навчання у Франції.

Мета дослідження: дослідити особливості реалізації процесу навчання і виховання дітей з ЗПР у країнах: Австралії і Франції.

Методи дослідження: теоретичні – методи порівняння, узагальнення, систематизації наукових даних; вивчення та аналіз психолого-педагогічної літератури.

Результати дослідження. Затримка психічного розвитку – це найрозповсюдженіше порушення, яке буває у дітей. Прямим доказом того є нещодавні результати австралійських вчених, які визначили, що з 10 дітей одна дитина має ЗПР. Сама затримка належить до «пограничної» форми дизонтогенезу й виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій. У закордонних джерелах можемо зустріти іншу назву цього порушення, а точніше «труднощі у навчанні».

Дослідження стану навчання і виховання дітей з ЗПР в Австралії проводилося на базі декількох шкіл з Аделаїди (Південна Австралія) в яких відповідно і отримують знання діти з «труднощами у навчанні». Проаналізувавши офіційні сайти шкіл було встановлено, що в п'яти школах наявна система виявлення та класифікації дітей з даним типом порушення. Варто ще зазначити, що дітям та їх батькам надають необхідну підтримку відповідно до державних стандартів. Також в Австралії учнів, які мають певні «труднощі в навчанні», освітні заклади направляють до спеціалізованих служб чи організацій, які додатково займаються корекцією наявних порушень у дитини, а команда фахівців з галузі дефектології надає родинам відповідні рекомендації щодо навчання і виховання учнів із ЗПР у домашніх умовах.

В австралійських школах, де навчаються діти з ЗПР, педагогічний колектив має доступ до великого спектру ресурсів за допомогою яких проводять корекційні заходи; також є широкий вибір матеріалів для проведення діагностики та оцінки стану дитини. Організація шкільного простору теж є важливою складовою процесу навчання дітей з ЗПР. В австралійських закладах для цього створюється спеціальна команда, яка складається з керівництва закладу, педагогів, дефектологів, асистента вчителя, психолога, волонтерів, що беруть участь у так званій програмі «Допомога в навчанні», і батьків. Робота даної команди забезпечує створення оптимальних умов для корекції дитячих порушень та забезпечує заклад цільовим, цифровим та нецифровим матеріалами і програмами. В закладах освіти є тенденція створення окремих кімнат зі спеціальними матеріалами, яка облаштовується за певними принципами для максимальної стимуляції психічних та інтелектуальних функцій дитини.

Типовим явищем у сфері навчання дітей із ЗПР в Австралії є добре скоординовані неформальні мережі між вчителями, дефектологами та батьками учнів. Саме на базі цих мереж проводяться різні просвітницькі заходи та збори,

які забезпечують продуктивність шкільного навчання. Під час проведення дослідницьких робіт було враховано, що більшість шкіл перебуває у тісній взаємодії із зовнішніми агентствами, такими як Autism SA і Specific Learning Disabilities Association of South Australia (SPELDSA) [1].

В Австралії корекційний процес не реалізується лише в умовах школи та кабінетів дефектологів, як наприклад логопеда, тут є також широкий спектр організацій, що мають комплексне спрямування, як наприклад організація Dyslexia-SPELD (DSF), яка розгортає свою діяльність в південній частині країни і являється однією з незалежних організацій, що надає цілий ряд послуг для дітей, які мають труднощі у навчанні, з набуттям грамоти та/або рахунку. Головна мета цієї організації полягає в тому, щоб реалізувати потенціал, який був закладений в самій дитині. Дана організація також займається розвитком та стимуляцією мовлення, корегує координацію та розвиває увагу і пам'ять дитини. Вона є автором стратегій навчання і випускає низку наукових робіт, що призначені для фахівців і батьків дитини, розробляє авторський дидактичний матеріал спираючись на отриманий досвід. За це організація і отримала звання «передового центру досвіду» у сфері розвитку грамотності, а також у розумінні та коригуванні труднощів у навчанні [2].

Провідну позицію в інклюзивній сфері має Франція. Існує окрема стратегія для подолання агресії та імпульсивності, що може виникнути у дитини з ЗПР. З цього приводу французькі колеги рекомендують підготувати певний кодекс поведінки, де будуть зазначені правила роботи у класі. Розглянемо деякі з них:

- раціонально розподіляти час роботи і відпочинку;
- забезпечити дитині з ЗПР місце в класі, яке буде знаходитися подалі від потенційних джерел відволікання, проте його можна змінювати у зв'язку з виконанням певних завдань;
- заохочувати учня тримати на своєму столі лише необхідний матеріал під час проведення певного уроку;
- корисно було б встановлювати з дитиною конкретний невербальний код, щоб попереджати її проте те, що вона порушує дисципліну, неправильно виконує завдання, або при необхідності кодовим словом попросити допомоги;
- варто дозволяти дитині працювати в зручній для неї позі при сидінні;
- зменшити рівень агресії й імпульсивності можливо також надаючи їй, якийсь предмет з яким вона зможе маніпулювати, щоб зменшити наростаючу напругу;
- також слід запропонувати такі завдання, які дозволяють дитині рухатися (дайте їй виконати якісь елементарні обов'язки під час яких вона зможе заспокоїтися);
- зменшити кількість підручного матеріалу, та фокусувати увагу дитини на потрібні речі [3].

Висновок. На основі проведеної дослідницької роботи можемо дійти до наступних висновків:

- за кордоном термін ЗПР змінюється на термін «труднощі у навчанні»;

- в австралійських школах при створенні навчального простору активну участь беруть як батьки так і керівництво та педагогічний склад школи;
- діють спеціальні організації, як наприклад Dyslexia-SPELD (DSF), що надає цілий ряд послуг для дітей, які мають труднощі з набуттям грамоти та/або рахунку, або з наявними порушення мовлення, з чим дуже часто стикаються діти з затримкою психічного розвитку;
- стратегії навчання Франції є подібні до наших, лише їх виокремлюють певні нюанси.

Список використаних джерел:

1. Learning support for students with learning difficulties in India and Australia: Similarities and differences *Grace Thomas, Janet Whitten. 2012.*
2. Офіційний сайт організації Dyslexia-SPELD (DSF) <https://dsf.net.au/who-we-are>
LES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE : COMMENT FAIRE AU QUOTID.
Droits d'auteur : Commission scolaire de Laval, Geneviève Lecours, Nathalie Landry et Michelle Émond, conseillères pédagogiques SEAFP. Посібник «Труднощі у навчанні» . як реалізувати їх у повсякденості. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiYhb6Zg-T3AhXGk4sKHR4DBsIQFnoECB8QAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.pierrepotvin.com%2F8.%2520Banque%2520d%27outils%2FDifficultes_apprentissage_%2520strategies.pdf&usg=AOvVaw2QgOaukALiuRRKbogSsXMZ

РЕАЛІЗАЦІЯ ІНКЛЮЗИВНИХ ПІДХОДІВ У ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ВЕЛИКОБЕРЕЗНЯНСЬКОЇ ОТГ

Студенти II курсу: **Беца А.В.**

Науковий керівник: доц. **Маріанна КЛЯП**

Ключові слова: інклюзивна освіта, психолого-педагогічний супровід, діти з особливими освітніми потребами, заклад дошкільної освіти, інклюзивно-ресурсний центр.

Вступ. Право на рівний доступ до якісної дошкільної освіти за місцем проживання в умовах закладу - це право всіх дітей згідно законодавства України. Концепція інклюзивної освіти відображає одну з головних демократичних ідей - усі діти є цінними й активними членами суспільства. Так, основною метою інклюзивної освіти є інтеграція (соціалізація, адаптація та корекція) дітей з особливостями розвитку в соціум. Адже завдяки спілкуванню з однолітками у дитини із особливими освітніми потребами (надалі дитина з ООП) формується модель здорового повноцінного життя, створюються умови для соціальної адаптації та найбільш повного розкриття свого потенціалу.

Актуальність проблеми досліджуваної нами теми, пов'язана насамперед із

тим, що чисельність дітей, які потребують корекційного навчання, загалом в Україні неухильно зростає. Тому проблемним питанням залишається розгляд сучасного впровадження інклюзивних підходів у закладах дошкільної освіти (далі – ЗДО). Важливо практично дослідити реальний стан реалізації інклюзивної освіти в ЗДО. Адже саме період дошкілля відіграє важливу роль у становленні особистості і є сензитивним для формування її первинного світогляду, самосвідомості, розвитку соціальних властивостей. Саме в цей час закладаються передумови майбутньої освітньої діяльності дитини, йде активний розвиток її пізнавальних можливостей. Дошкільники, які потребують корекції психофізичного розвитку, адаптуються до життя у закладах дошкільної освіти з інклюзивним навчанням краще, ніж у спеціальних закладах. Особливо помітна різниця у набутті соціального досвіду.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз психолого-педагогічної літератури свідчить, що питання впровадження інклюзії в закладах освіти висвітлюються у працях багатьох науковців (С. Миронова, В. Синьов, Д. Шульженко, А. Шевчук та інші). Цінними для нашого дослідження є праці українських вчених А. Богуш, Г. Беленької, Н. Гавриш, І. Демченко, А. Колупаєвої, І. Кузової, Т. Поніманської, Н. Тарасун та ін. Науковці переконують, що процес інтеграції дошкільнят з особливими потребами в освітнє середовище сприяє нормалізації їхнього життєвого циклу і гармонізації розвитку відповідно до індивідуальних можливостей кожної дитини. Проте досвід закладів дошкільної освіти Великоберезнянської ОТГ в питаннях реалізації інклюзивних підходів ще не був проаналізований.

Мета роботи полягає у дослідженні реалізації інклюзивних підходів у закладах дошкільної освіти Великоберезнянської територіальної громади Закарпатської області.

Матеріали та методи: аналіз, порівняння, узагальнення психолого-педагогічної літератури, спостереження, збір емпіричних даних, синтез результатів.

Результати дослідження. Результати нашого дослідження вказують, що процес упровадження інклюзивної освіти у колишньому Великоберезнянському районі (зараз Ужгородський) розпочався у 2017р. Вже тоді на базі одного з дошкільних закладів (ЗДО №2 «Берізка») на підставі наказу відділу освіти тогочасної Великоберезнянської РДА було створено інклюзивну групу, де навчалося двоє дітей з ООП. А згодом, у 2018р. у смт. В. Березний було створено Інклюзивно-ресурсний центр (надалі - ІРЦ).

У створеній Великоберезнянській ОТГ (жовтень 2020 р.) інклюзивна освіта запроваджена у двох ЗДО: закладі дошкільної освіти (ясла-садок) №1 «Веснянка» Великоберезнянської селищної ради Ужгородського району Закарпатської області та закладі дошкільної освіти (ясла-садок) №2 «Берізка» Великоберезнянської селищної ради Ужгородського району Закарпатської області, у яких створено по одній інклюзивній групі.

За даними сайтів вищезгаданих закладів [3,4], у ЗДО №1 «Веснянка» інклюзивна група налічує 14 дітей, з них 1 дитина з ООП (комплексні

порушення). У ЗДО №2 «Берізка» в інклюзивній групі всього 10 дітей, з них троє – це діти з порушеннями психофізичного розвитку різних нозологій (ДЦП, гіперактивність і ЗПР).

Крім того, в штатному розписі обох ЗДО введена посада асистента вихователя, що забезпечує більш ефективний розвиток дітей з ООП. У ЗДО №1 «Веснянка» також наявна посада асистента дитини. Відповідно до інформації, що розміщена на сайті Великоберезнянського ЗДО № 2 «Берізка» [4], заради забезпечення якісного освітнього процесу у цьому закладі створено ресурсну кімнату, що забезпечена необхідними дидактичними матеріалами та засобами для фізичного розвитку дитини. Ресурсна кімната дозволяє емоційно розвантажити дитину, зняти нервові збудження, знизити рівень агресії, тривожності, активізувати мозкову діяльність, займатися зі спеціалістом в індивідуальному порядку. Також її використовують як додатковий інструмент для психологічної та фізичної адаптації дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Однак, варто зазначити, що в інших закладах дошкільної освіти Великоберезнянської ОТГ інклюзивні підходи не реалізуються, що дає широкий простір для дослідження цієї проблеми. Важливим моментом виступає і те, що на сайті відділу освіти, культури, сім'ї, молоді, спорту та соціального захисту населення Великоберезнянської територіальної громади немає інформації щодо запровадження інклюзивної освіти в ОТГ [2]. Тут буде доцільно створити окремий блок для корисних порад від корекційних педагогів, практичних психологів для батьків дітей з ООП, надати перелік документів, які потрібні для входження дитини в інклюзивне середовище, вступу до ЗДО, інформацію стосовно звернення до фахівців ІРЦ, рекомендації щодо організації освітнього процесу тощо.

Створений у 2018р. Інклюзивно-ресурсний центр, директором якого наразі є вчитель-логопед Мокрянин Анжеліка Євгенівна, надає якісні освітні послуги та психолого-педагогічний супровід усіх дітей з ООП в ОТГ, у тому числі, що виховуються у закладах загальної середньої освіти (ЗЗСО) та у вищезгаданих закладах дошкільної освіти. Діяльність Інклюзивно-ресурсного центру забезпечують педагогічні працівники: вчителі-логопеди, вчителі-дефектологи (олігофренопедагоги), практичні психологи, вчитель-реабілітолог. Також, у разі потреби, інклюзивно-ресурсний центр може залучати додаткових фахівців шляхом укладення цивільно-правових угод. Наразі в ІРЦ залишаються вакантними посади вчителя-логопеда та вчителя-дефектолога [5].

У відповідності до Положення про ІРЦ фахівці інклюзивно-ресурсного центру забезпечують психолого-педагогічний супровід дітей з ООП [1]. Також фахівцями ІРЦ проводиться комплексна оцінка за такими напрямками, як: оцінка фізичного, мовленнєвого розвитку дитини; оцінка когнітивної, емоційно-вольової сфери дитини; оцінка освітньої діяльності дитини. За результатами комплексної оцінки фахівці ІРЦ визначають напрями та обсяг психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, які надаються дітям з ООП (для дитини з інвалідністю – з урахуванням індивідуальної програми реабілітації), та

забезпечують їх надання шляхом проведення індивідуальних і групових занять. Також надають рекомендації щодо складання, виконання, коригування індивідуальної програми розвитку в частині надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, змісту, форм та методів навчання відповідно до потенційних можливостей дитини, створення належних умов для навчання залежно від порушення розвитку дітей з особливими освітніми потребами (доступність приміщень, особливості облаштування робочого місця, використання технічних засобів тощо). Фахівці надають рекомендації щодо потреби в асистенті дитини, супроводі під час інклюзивного навчання, консультації лікаря, фахівця із соціальної роботи/соціального працівника.

В Інклюзивно-ресурсному центрі наявні кілька спеціальних кабінетів, де фахівці працюють з дітьми та надають консультації батькам. Наприклад, кабінет психолога призначений для проведення психодіагностичної та корекційної роботи, а також обробки результатів обстежень, оформлення висновків і рекомендацій. У логопедичному кабінеті проводиться діагностика мовленнєвих порушень, він також призначений для проведення занять щодо допомоги дітям, які мають різні порушення мовлення.

В ІРЦ належним чином побудована робота з батьками. Фахівці ІРЦ завзято проводять різноманітні консультації з батьками, батьки стають активними учасниками психолого-педагогічного супроводу дитини. На офіційному сайті Інклюзивно-ресурсного центру розміщений цілий блок для взаємодії з батьками [5]. Тут знаходиться багато цінних порад для виховання та розвитку дітей з різноманітними нозологіями, надається перелік документів, необхідних для проведення комплексної оцінки дитини, інформація стосовно звернення до фахівців ІРЦ, рекомендації щодо організації освітнього процесу на період карантину та надано велику кількість прикладів дидактичних ігор, які можуть використовувати батьки навіть вдома. Також батьки добре обізнані з метою та основними завданнями діяльності ІРЦ, ознайомлені з алгоритмом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, умовами надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг їхнім дітям безпосередньо в Інклюзивно-ресурсному центрі. Це сприяє продуктивній співпраці між батьками, дитиною та фахівцями ІРЦ.

Висновки. На основі аналізу дослідження можна зробити висновки, що сучасний заклад дошкільної освіти відкритий для всіх дітей. З метою забезпечення цілісного входження дитини з особливими потребами в загальноосвітній простір, що відповідатиме її потребам і можливостям, у ЗДО передбачена така форма організації освіти, як інклюзивна. Реалізація інклюзивних підходів активно здійснюється у окремих закладах дошкільної освіти Великоберезнянської територіальної громади, однак системна робота із налагодження інклюзивних підходів у тих закладах, де її потребують діти з ООП, поки що не налагоджена. Доцільно було б також висвітлювати більше матеріалів щодо інклюзивної освіти на сайті органів управління ОТГ та закладів освіти.

Фахівці Інклюзивно-ресурсного центру надають кваліфіковану корекційно-розвиткову допомогу дітям з ООП, забезпечують повний психолого-

педагогічний супровід, надають різноманітні рекомендації педагогічним працівникам закладів дошкільної освіти, створюють інформативні конференції, активно взаємодіють із батьками вихованців, надають консультації, організовують тренінги.

При подальших дослідженнях цієї теми планується детальніше проаналізувати реалізацію інклюзивних підходів в окремих ланках системи освіти Великоберезнянської ОТГ (в закладах загальної середньої освіти, професійно-технічних училищах тощо).

Список використаних джерел:

1. Постанова Кабінету Міністрів України № 545 від 12 липня 2017 р. «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF/ed20220504#Text>
2. Сайт відділу освіти, культури, сім'ї, молоді, спорту та соціального захисту населення Великоберезнянської територіальної громади URL: <https://vberez-rada.gov.ua/viddil-osviti-kulturi-sim-i-molodi-sportu-ta-socialnogo-zahistu-naselennya-11-06-41-02-09-2021/>
3. Сайт Великоберезнянського ЗДО №1 «Веснянка» URL: <https://vbdnz1.klasna.com/>
4. Сайт Великоберезнянського ЗДО №2 «Берізка» URL: <https://dnz2berizka.klasna.com/uk/site/index.html>

Сайт Інклюзивно-ресурсний центр Великоберезнянської селищної ради Ужгородського району Закарпатської області URL:

<https://sites.google.com/view/irc-vb/%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B0>

ОБҐРУНТУВАННЯ УМОВ ДОПУСКУ СПОРТСМЕНОК ДО ЗАНЯТЬ З ВОЛЕЙБОЛУ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ТРАВМАТИЗМУ

*Студентка I курсу: Сивохоп Е.Е.
Науковий керівник: доц. Валерій ТОВТ*

Ключові слова: волейбол, техніка безпеки, навчально-тренувальні заняття.

Вступ. Профілактика травматизму - одне з найважливіших завдань в спорті [2]. Попередженню нещасних випадків і травматизму під час навчально-тренувальних занять приділяється постійна увага з боку тренерів і самих спортсменів. Однак безліч випадків порушень організаційного, методичного, санітарно-гігієнічного характеру приводять до не бажаних травм, декотрі з яких є надто важкими для спортсмена. Часто причинами травм буває зневажливе ставлення до підготовчої частини занять, помилки в технічній підготовці спортсменів, неправильне дозування фізичного навантаження [1]. Інколи спортсмени отримують травми через незадовільний технічний стан покриття спортивного майданчика, слизьку підлогу, незадовільне освітлення, занижку температуру повітря, наявність небезпечних предметів поблизу майданчика [3].

Все наведене зокрема стосується навчально-тренувальних занять з волейболу.

Мета дослідження. Вивчити причини травм, що виникають під час навчально-тренувальних занять, визначити та обґрунтувати умови допуску спортсменок до тренувальних занять з волейболу для запобігання травматизму.

Організація та методи дослідження. Дослідження проводилися на базі ДВНЗ «УжНУ». До досліджень залучалися студентки групи спортивного вдосконалення з волейболу. Організація дослідження включала наступні дії: вивчення заходів безпеки під час навчально-тренувальних занять як фактору профілактики травматизму; аналіз сучасних вимог до техніки безпеки під час навчально-тренувальних занять, спостереження за тренувальними заняттями, опитування. Використано такі методи дослідження: аналізу та узагальнення; педагогічного спостереження; інтерв'ювання; порівняльного аналізу; математичної статистики.

Результати дослідження. Встановлено, що волейбол належить до категорії неконтактних командних ігор, які характеризуються поліструктурною формою рухових дій, переважно стрибкового та ударного характеру. У ході гри безпосередній контакт суперників відбувається вкрай рідко. Травмуючими факторами у цьому виді спорту є м'яч, що рухається на високій швидкості, порушення правил гри, блокування м'яча, нанесення атакуючого удару, падіння спортсменок, невдале приземлення.

Виявлено, що для профілактики травм тренери використовували методику системного покращення техніко-тактичної підготовки волейболісток. Також при проведенні розминки перед тренуванням виконувався комплекс спеціальних вправ для пальців з метою попередження їх травмування при прийомі м'яча, під час блокування та різких подач. Тренерами зверталася увага на спеціальне спортивне взуття з неслизькою підошвою. На кожному тренуванні перед виконанням стрибків, переміщень і падінь волейболістки ретельно вдосконалювали прийоми самострахування. Для профілактики травм при падіннях використовувалися захисні пристосування (наколінники, налокітники та ін.).

На підставі проведених спостережень для запобігання травматизму було складено перелік основних умов допуску спортсменок до тренувальних занять з волейболу (Рис.1).



Рис.1. Основні умови допуску спортсменок до тренувальних занять з волейболу для запобігання травматизму.

Для обґрунтування визначених основних умов допуску спортсменок до тренувальних занять з волейболу проведено інтерв'ювання науково-педагогічних працівників ЗВО – керівників груп спортивного вдосконалення з волейболу, щодо ефективності визначених нами умов. В ході цих досліджень 95% опитаних підтвердили ефективність зазначених умов.

Висновки. Як показали дослідження, основними причинами травм на тренувальних заняттях з волейболу бувають зневажливе ставлення до підготовчої частини занять; помилки в технічній підготовці спортсменок; неправильне дозування фізичного навантаження; незадовільний технічний стан покриття волейбольного майданчика; слизька підлога; незадовільне освітлення; занижка температура повітря; наявність небезпечних предметів. Важливим заходом профілактики травматизму було дотримання умов допуску волейболісток до тренування, які передбачали їх попередній медичний огляд, обов'язковий інструктаж з техніки безпеки, використання безпечного спортивного взуття та зручного одягу, наявність захисних пристосувань (наколінників і налокітників), попередню ретельну розминку з акцентом на спеціальних вправах.

Література та джерела:

1. Ковальчук А.М. Заходи безпеки та профілактика травматизму при проведенні занять з фізичної підготовки і змагань з професійно-прикладних видів спорту/А.М. Ковальчук, Ю.В. Зайдовий, Ю.М. Антошків – Львів; ЛПБ МНС України, 2004. – 86 с.
2. Грибан Г.П. Правила техніки безпеки, профілактики спортивного травматизму і надання першої допомоги на заняттях з фізичного виховання, спортивних тренуваннях і фізкультурно-масових заходах/ Г.П. Грибан. – Житомир: ДАЕУ, 2005. – 124 с.
3. Микитчик О.С. Рекомендації з техніки безпеки під час занять різними видами спорту: навч. посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту, які навчаються за спеціальностями «Фізичне виховання»,

«Спорт» та «Здоров'я людини» за освітньо-кваліфікаційним рівнем «Спеціаліст», «Магістр» усіх форм навчання/ О.С. Микитчик. – Дніпропетровськ: «Вета», 2015. – 111 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ТАН-СОДЕРБЕРГ У РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

*Магістрантка І року навчання: Мордованець С.В.
Науковий керівник: д-р пед. наук Світлана СТЕБЛЮК*

Ключові слова: інклюзивна освіта, методика ТАН-Содерберг, ТАН-історії, розвиток мовлення, глобальне читання.

Вступ. Одним із завдань інклюзивної освіти є створення безбар'єрного середовища у навчанні, вихованні й розвитку дітей, їх успішній адаптації у суспільстві. В основі інклюзії покладена позиція, згідно з якою ураховано можливості кожного школяра, його освітні потреби. Відповідно до цього розроблено, модифіковано навчальні програми з урахуванням рекомендацій інклюзивно-ресурсного центру.

Дослідження проблеми інклюзивного навчання є актуальним і висвітлюється у наукових пошуках низки учених (А. Колупаєва, І. Недозим, Ю. Рібцун, Т. Скрипник та ін.). І. Недозим розкриває сучасний погляд на навчання і розвиток дітей з аутизмом, спираючись на міжнародні стандарти і методи, що вже довели свою ефективність: АВА, PECS, «візуальна підтримка», «соціальні історії» тощо [2, с. 4]. О. Казачінер акцентує увагу на мовленнєвому розвитку дітей із інтелектуальними порушеннями. В основу роботи покладено методика ТАН-Содерберг, завдання якої полягає у появі ще більших можливостей в учнів щодо оволодіння мовленнєвою діяльністю та культурою спілкування. Дана методика ґрунтується на принципі усунення чи корекції дефекту, а також зорієнтована на пошук та активізацію компенсаторних зон дитини, яка має порушення інтелектуального розвитку [1, с.421]. Авторкою пропонується комплекс вправ на мовленнєву активізацію, мовний матеріал, індивідуальні вправи. Якраз методика ТАН-Содерберг покладено в основу нашої наукової доробки.

Мета дослідження: розкрити практичне застосування методики ТАН-Содерберг у роботі з дітьми із особливими освітніми потребами (далі ООП).

Матеріали і методи: спостереження, аналіз, синтез, узагальнення.

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Методика ТАН-Содерберг спрямована на формування комунікативної компетентності у дітей з ООП. Цінність її полягає у доступності, забезпеченні соціалізації особистості, розвиткові зв'язного мовлення на всіх рівнях: орфоепічному, лексичному, словосполученні та реченні, текстовому. Практичне застосування означеної методики

спостерігалось у процесі проходження виробничої практики (двохкомпонентної).

Досліджено, що методика Тан-Содерберг базується не лише на корекції порушення, а зорієнтована на пошук та активізацію компенсаторних зон розвитку дитини. Особлива увага зосереджується на уточненні та збагаченні активного словника школяра та з'ясуванні прийомів уведення нових слів. Спостереження показали, що читання та аналіз художніх текстів різних жанрів сприяє цьому. На основі твору школяр має можливість на першому етапі відтворити зміст, а на другому – побувати власну історію. Цій роботі передують глобальне читання, сутність якого полягає у тривалому та регулярному сприйнятті учнем (візуально, аудіально, тактильно) записаних слів, словосполучень та речень. Це допомагає активізувати пізнавальні можливості дитини, пам'ять. Для формування читацької компетентності рекомендуємо застосовувати інтелектуальні ігри. З-поміж них ми виокремили гру «Веселий кубик» [1, с.423]. На кожній із сторінок кубика є прозорі кишеньки, у які вставляються картки словникових слів, малюнки чи поняття. Варіанти гри: 1) учитель кидає кубик учневі, той називає (або проговорює) те зображення чи слово, яке бачить; 2) учитель кидає кубик учневі, той ловить його, називає слово і відшукує його дублікат на столі вчителя; 3) спіймавши кубик, дитина бачить малюнок і відшукує його назву (слово) на столі вчителя, чи навпаки – слово є, а малюнок до нього необхідно підібрати; 4) діти називають пору доби, потім учитель кожному з учнів кидає кубик, який бік кубика з зображенням до нього випаде, по тому малюнку учень і розповідає. Наприклад, можуть бути такі запитання: яка пора доби зображена? Хто або що це? Що відбувається на малюнку? Імовірні відповіді учнів: на малюнку зображено «День»; діти прийшли до школи вчитися; діти сидять за партами. Окрім глобального читання педагог застосовує й інші методи: імітаційні, ігрові, творчий (складання ТАН-історій, робота з фотоальбомами).

Алгоритм складання ТАН-історій описано у Програмі з корекційно-розвиткової роботи. Зупинимось на ній конкретно [3, с. 4]. «Першочергова умова – створення відповідної атмосфери для продуктивної розмови між учнями та педагогом. Це може бути про що завгодно. Але обов'язково з опорою на досвід дитини та її емоційний внутрішній світ. Висловлювання дітей записують, уточнюючи, і створюють малюнок, який відображає зміст записів. Важливо, щоб дитина бачила те, про що вона говорить. Це, безумовно, допоможе учням краще запам'ятати розмову. В процесі складання ТАН-історії вчитель підкріплює розмову відповідними діями та рухами, які допомагають дітям зрозуміти та осмислити суть сказаного. Мова рухів задіює візуальний канал сприймання, що є більш потужним, ніж слуховий. Слідкуючи за рухами, учні краще зосереджують увагу і запам'ятовують необхідний матеріал. Мова рухів – це не жестова мова, а просто рухи, які відображають поняття, дію, зміст віршованого рядка, пісні. Доведено, що руховий супровід допомагає дітям не тільки швидше засвоювати інформацію, але й потім через тривалий час відтворювати її. Особливо ефективним рухове підкріплення є під час вивчення віршів, коли

педагог супроводжує ключові слова у рядках певними рухами. Цікаво спостерігати за учнями, коли згодом, згадуючи вірш, вони починають саме з рухів. Такі віршовані руханки дитина може повторити навіть через рік, особливо якщо вірш їй сподобався. Аркуш з історією залишається в особистій папці школяра. Оскільки це особиста історія учня, він пережив те, про що йшла мова, тому у нього згодом виникатиме бажання переглянути папку і поміркувати. Також, складаючи історію, дитина не тільки обговорювала певну ситуацію, але й відчувала відповідні емоції. І пізніше, коли дитина перечитуватиме цю історію, емоційна пам'ять сприятиме розвитку її мовлення, «говоріння-балаканини». У цій же Програмі описано огляд папки з ТАН-історіями.

У процесі дослідження нами створені ТАН-історії різної тематики, а саме: «Живий куточок», «Жабка-трудівничка», «Я і казкові герої» та ін. Дитина з особливими освітніми потребами має збагатити свій лексичний матеріал та самостійно створювати нові образи, ситуації. В роботі з розвитку мовлення слід збагачувати предикативність, що є основою у виконанні певних дій (вчитися, малювати).

Висновки. Отже, нами розглянуто практичне застосування методики ТАН-Содерберг у роботі з дітьми із особливими освітніми потребами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Казачінер О. С. Дембовська М. П. Використання методики ТАН-Содерберг для розвитку мовлення учнів із інтелектуальними порушеннями. Молодий вчений. № 5 (69), травень, 2019. С. 421-425.
2. Недозим І. В. Учні початкових класів із розладами аутистичного спектру: навчання та розвиток : навчально-методичний посібник. Харків: Вид-во «Ранок», 2020. 96 с.
3. Програма з корекційно-розвиткової роботи «Розвиток мовлення з використанням методики Тан-Содерберг» для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями. Укладач Блеч Г.О. Інститут спеціальної педагогіки НАПН України. Київ, 2018. 83 с.

ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНІК У РОБОТІ З ДІТЬМИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Студентка II курсу: Шовшика Н.М.

Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП

Ключові слова: розлади аутистичного спектру, арт-терапія, сенсорний розвиток, соціальні навички, корекційна робота

Постановка проблеми. Термін “розлади аутистичного спектру” зараз дуже часто почав лунати у нашому суспільстві, і не дарма. Згідно зі статистичними даними ВООЗ за 2021 рік, приблизно зі 160 дітей - 1 дитина має розлад спектру аутизму. Але, згідно з дослідженнями проведеними ВООЗ у березні 2022 року, кількість дітей із РАС - 1 дитина на 100. Фактично, ми бачимо стрімке зростання кількості осіб, які мають РАС, тільки за рік вона зросла на

37,5% [1].

Проблема аутизму зараз стає все гострішою у світі, і так як наразі можливості повного усунення розладу не існує, ставиться питання можливості корекційної роботи з дітьми з РАС для полегшення симптомів. Розглядаючи можливі способи корекційного впливу, варто звернути увагу саме на техніку арт-терапії та всі її складові, використання якої дасть змогу отримати позитивні результати у роботі з дитиною, що має РАС.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання використання арт-терапевтичних технік у корекційній роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру на вітчизняному просторі є не дуже поширеним у педагогічній літературі та публіцистичних джерелах, на відміну від Заходу. Багато експертів, зокрема такі як Едіт Крамер, Олександр Копитін, Валентина Білан розглядали використання арт-терапії як педагогічного та корекційного засобу, а науковці Кейтлін Епп, Робін Габріельс, Лілія Нафікова, Ірина Галянт та Мелінда Емері розглядали використання арт-терапевтичних технік як аспект корекційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру.

Велика кількість експертів частково зачіпають у своїх дослідженнях питання використання арт-терапії у роботі з дітьми, що мають РАС, але на даний час розгляд цього питання є фрагментарним та потребує узагальнення.

Мета дослідження. Розкрити значення та розглянути можливості використання арт-терапевтичних технік у корекційній роботі з дітьми з РАС, їх ефективність та можливі напрямки використання.

Матеріали та методи. При проведенні дослідження використано матеріали наукових досліджень, публіцистичні джерела, статистичні дані, застосовано методи аналізу, синтезу, абстрагування, узагальнення.

Результати дослідження. Термін “розлади аутистичного спектру” американською організацією “Autism Speaks” розкривається як порушення розвитку, які виявляються у ранньому віці та проявляються у наявності труднощів взаємодії та комунікації, стереотипної поведінки та інтересів. Як можна бачити, одним з основних проявів аутизму є наявність стереотипної поведінки, яку також можуть позначати терміном “сенсорна ауто стимуляція”. Зміст цього явища, полягає у бажанні дитиною з РАС задовольнити свою потребу у сенсорних відчуттях: дитина насичує себе інформаційними сигналами, водночас уникає неприємних оточуючих обставин. Для дітей характерне стимулювання м’язів, сенсорних систем, це схоже на певну “сенсорну гру” для забезпечення власних відчуттів [5, с.7-11].

Таку характерну особливість дітей з РАС як бажання сенсорних відчуттів можна використовувати для залучення дитини до процесу корекційної роботи з нею, і саме для цього можна використовувати арт-терапію. Багато дослідників та науковців по різному тлумачать дане поняття. Арт-терапія фактично є відгалуженням психотерапії мистецтвом (expressive arts therapies) - це напрямок психотерапії, психокорекції та психореабілітації, в основі якого покладено заняття мистецькою діяльністю [4, с.7].

Впровадження арт-терапії в процес корекційної роботи з дитиною з РАС може стати ефективним способом для залучення її до діяльності. Сенсорний матеріал може спонукати дитину працювати та взаємодіяти з ним. Однак важливим аспектом у арт-терапії з дітьми з РАС є знання особливостей реакції дитини на певні сенсорні стимули - тактильні відчуття чи зорові образи, адже деякі з них можуть викликати у дитини надмірне збудження чи взагалі викликати прояви агресії та аутоагресії. Для цього перед впровадженням арт-терапії необхідно проконсультуватися з лікарем дитини та її близьким оточенням, для з'ясування впливу сенсорних стимулів на поведінку дитини.

Дітям з аутизмом, особливо молодшого віку, зазвичай не вистачає базових навичок у сфері уваги, гри, пізнавальної сфері, орієнтації у просторі, координації рухів, тому арт-терапію необхідно проводити з урахуванням індивідуальних особливостей дитини. Мистецькі засоби, які будуть використовуватися у роботі з дитиною, мають підбиратися не тільки для задоволення сенсорних потреб дитини, а й для розвитку різних сфер її діяльності. Позитивним у використанні арт-терапевтичних технік у роботі з дітьми з РАС також є те, що завдяки стимуляції сенсорних систем і збагаченні дитини відчуттями, для неї діяльність і взаємодія будуть меншим стресом, дитина активніше залучатиметься до роботи та буде піддаватися корекційному впливу. [2, с.195-197]

Так, американський психолог Робін Габріельс зазначає, що при використанні арт-терапії у роботі з дітьми з РАС, у зв'язку з тим, що для дітей властиві моторні порушення, дає можливість створити сприятливе середовище для розвитку базових навичок координації рухів, завдяки виконанню різноманітних маніпулятивних дій. Також використання арт-терапії у дошкільному віці у цьому аспекті дасть змогу підготувати дитину з РАС до оволодіння навичками письма.

Психолог вказує на можливість розвитку когнітивної сфери за допомогою мистецтва, адже мистецька діяльність може мати не тільки спрямованість на матеріальні результати діяльності, а й на засвоєння навичок аналізу, порівняння, встановлення послідовностей тощо. Для ефективного розвитку когнітивних навичок, західні експерти рекомендують використання ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) програми - це технологія, яка полягає організації спеціального структурованого навчання для дітей з РАС з особливим виділенням уваги оточуючому середовищу [2, с.197-201].

Також низка експертів вказує на можливість використання арт-терапії для розвитку соціальних та комунікативних навичок у дітей з РАС, рівень розвитку яких у цієї категорії дітей є недостатнім. Дитина захоплюється власними сенсорними відчуттями і в процесі діяльності краще піддається формуванню базових невербальних комунікативних навичок (жестів, зорового контакту, міміки), завдяки цьому створюються передумови для формування навичок вербальної комунікації. До того ж використання арт-терапії має свої переваги у розумінні почуттів, внутрішнього стану дитини, який вона може не виражати

словами, але відобразити у творчості. Також добре впливає групова арт-терапія на розвиток навичок взаємодії, тому при організації занять з групою дітей важливо добирати види діяльності, які спонукатимуть до виконання дій спільно.

Щодо методів, які фахівці рекомендують у арт-терапії з дітьми з РАС, то зазвичай це такі методи як піскотерапія, музикотерапія, робота з пластичним матеріалом, фототерапія та різноманітні напрямки ізотерапії. [3]

Висновки. У зв'язку зі зростанням кількості дітей, що мають розлади спектру аутизму, виникає необхідність пошуку та удосконалення методів корекції даного розладу, одним з перспективних напрямків якого є арт-терапія - напрямок психотерапії, психокорекції та психореабілітації, в основі якого покладено заняття мистецькою діяльністю.

Арт-терапія є ефективним методом для роботи з дітьми, що мають РАС, так як дає змогу залучати дитину до корекційної роботи, при цьому задовольняючи її бажання до сенсорної ауто стимуляції, збагачуючи сенсорні системи дитини різноманітними відчуттями. Використання даної технології дасть змогу не тільки збагатити дитину відчуттями, а й розвинути у неї навички моторної, когнітивної сфер та дасть змогу сприяти соціальному та комунікативному розвитку дитини. Корисними у роботі з дітьми з РАС, на думку експертів можуть бути такі методи арт-терапії - піскотерапія, музикотерапія, робота з пластичним матеріалом, фототерапія та різноманітні напрямки ізотерапії.

Список використаних джерел:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Аутизм – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
2. Габріельс Р. – Арт-терапія з дітьми, що мають аутизм та їх родинами. Довідник з арт-терапії за ред. Малькіоді К. – URL: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34837670/handbook_of_art_therapy-with-cover- page v2.pdf?Expires=1652694453&Signature=eUX~IhTaUEC0~YyHkKh3GSZhw7- u~1nF1BpNtKspZd6vQR2BTaMh7p3PTCNI9AfIR3cglTl22hG1xnayvIMrKBBX7u3PXAplHu0gGkpvTJA TihRF3~me5I7kSs9o44BjHE2DTWaJtSmdccLnVCFiG15pIbM9k9rC1Fo5XyAhMfSqQ~PnyNKJWV15KkHLjdAwZmy6FxbZH10FdMsIwqM9qyq8t- vHCiKuhEah5WXMD5D3KdP- L4OwE6EpH1owcuJoK5cCmHsqdo7RttDIoku2cbvK7obhO2hpQ6pudnIJC3wGnmGTduZH9T5w6r9- 891Wa210hjsW7izD-5Gs382uA_ &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=211
3. Галянт І. – Корекція дитячого аутизму засобами арт-педагогіки URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/korreksiya-detskogo-autizma-sredstvami-art-pedagogiki/viewer>
4. Копитін О.І. – Арт-терапія – нові горизонти. URL: http://www.al24.ru/wp-content/uploads/2013/02/%D0%BA%D0%BE%D0%BF_1.pdf
5. Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник / І. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / за ред. Сухіної І.В. – Київ- Чернівці: «Букрек», 2017. – 192 с.

ДО ПИТАННЯ ПРО УЧАСТЬ БАТЬКІВ У КОМАНДІ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Студентка I курсу: *Корх О.В.*
Науковий керівник: доц. *Маріанна КЛЯП*

Ключові слова: інклюзивне навчання, дитина з особливими освітніми потребами, психолого-педагогічний супровід інклюзивного навчання, батьки дитини з особливими освітніми потребами.

Вступ. У нашому суспільстві є різні категорії дітей, певна частина з яких має проблеми, пов'язані зі здоров'ям та розвитком. На сьогодні спостерігається тенденція до зростання кількості дітей, які мають порушення психофізичного розвитку і тому потребують соціальної адаптації, корекційно-реабілітаційної допомоги. До цього процесу залучено багато фахівців, які сприяють розвитку особистості дитини, засвоєнню нею знань, умінь і навичок, успішній соціалізації.

Ефективність роботи команди психолого-педагогічного супроводу, яка складається з фахівців, та успішність розвитку дитини із особливими освітніми потребами безпосередньо залежить від порозуміння між членами команди та зосередження на загальній меті. Батьки дитини із особливими освітніми потребами є постійними учасниками команди супроводу та мають право обирати форму навчання й навчальний заклад для своєї дитини, виражати свою думку щодо подальшого розвитку та напрямів корекційно-розвивальної роботи. Отже, вони мають великий вплив на процес роботи із дитиною із ООП та на кінцевий результат цієї праці. На практиці фахівцям і батькам буває іноді вкрай важко дійти згоди та працювати разом.

Стан вивчення проблеми. Упродовж останнього десятиліття вітчизняні науковці, зокрема В. Бондар, А. Колупаєва, О. Савченко, А. Шевчук, Д. Шульженко та інші досліджували проблеми психолого-педагогічного супроводу інклюзивного навчання дитини з ООП та роль сім'ї в ньому, вказуючи на необхідність обов'язкового залучення батьків до цієї роботи. Незважаючи на значну кількість наукових праць, питання ролі батьків в організації психолого-педагогічного супроводу навчання дітей із порушеннями розвитку в інклюзивній освіті залишаються актуальними й тепер, бо напрямки участі батьків у роботі психолого-педагогічного супроводу постійно розширюються.

Мета дослідження. Сформулювати чітке розуміння ролі батьків у складі команди психолого-педагогічного супроводу навчання дитини з особливими освітніми потребами, вказуються деякі напрями розширення ролі батьків у цій роботі.

Матеріали та методи: теоретичні методи дослідження – аналіз, порівняння, систематизація інформації науково-методичних видань та синтез, узагальнення результатів наукових досліджень.

Виклад основного матеріалу. Інклюзивна освіта – це система освітніх

послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах закладу освіти.

За визначенням А.А. Колупаєвої, інклюзивне навчання передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Навчання відбувається за індивідуальним навчальним планом, забезпечується медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом [2, с. 25].

Поняття «діти з особливими освітніми потребами» охоплює всіх дітей, чії освітні проблеми виходять за межі загальноприйнятої норми. Воно стосується дітей з особливостями психофізичного розвитку, обдарованих дітей та дітей із соціально вразливих груп (наприклад, вихованців дитячих будинків тощо) [2, с. 33]. Загальноприйнятий термін «діти з особливими освітніми потребами» робить наголос на необхідності забезпечення додаткової підтримки в навчанні дітей, які мають певні особливості розвитку.

Останніми десятиліттями в усьому світі відбуваються суттєві зміни у розумінні та забезпеченні якісної освіти для дітей з особливими освітніми потребами. З урахуванням основних тенденцій щодо змін у системі освіти для таких дітей окреслено напрями діяльності, які потребують підвищеної уваги, одним з яких є психолого-педагогічний супровід. Відповідно до ст. 20 Закону України «Про освіту» «психолого-педагогічний супровід – це комплексна система заходів з організації освітнього процесу та розвитку дитини, передбачена індивідуальною програмою розвитку» [1]. Основним завданням психолого-педагогічного супроводу є соціалізація дітей з особливими потребами через залучення всіх учасників навчально-виховного процесу (батьків, педагогів, дітей) до реалізації запланованих дій щодо особливостей розвитку, спілкування, навчання, професійної орієнтації, соціальної адаптації дитини.

Психолого-педагогічний супровід покликаний вирішувати цілу низку завдань, серед яких: організація освіти дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання в закладі освіти у поєднанні з корекційними заняттями та реабілітаційними заходами; моніторинг результатів навчальної, виховної та корекційно-розвиткової роботи; надання у процесі навчання комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги дитині з урахуванням стану її здоров'я та інші. Вагоме місце серед цих завдань займає консультування родини з питань виховання та розвитку дитини з психофізичними порушеннями, надання батькам такої дитини необхідної психологічної допомоги.

Першочерговими завданнями команди психолого-педагогічного супроводу інклюзивного навчання є актуалізація особистісного потенціалу розвитку дитини, формування позитивних міжособистісних стосунків вихованців з порушеннями психофізичного розвитку та їх ровесників у процесі освітньої інтеграції, а також систематична консультативно-просвітницька робота з батьками та педагогами щодо особливостей розвитку, спілкування, навчання, професійної орієнтації та соціальної адаптації дітей з особливими потребами.

Батьки - важлива частина навчальної команди дитини. Для досягнення

якнайкращого результату надзвичайно важливо формувати позитивні стосунки між членами цієї команди. Роль батьків у цій команді є надзвичайно важливою, бо саме вони найкраще знають особливості своєї дитини і тому погоджують здійснення корекційних заходів у тому обсязі, який вважають доцільним для своєї дитини. Батьки активно залучаються у роботу команди шляхом:

- надання дозволу на проведення комплексної оцінки розвитку дитини в інклюзивно-ресурсному центрі;

- надання необхідної інформації, що може вплинути на навчання та поведінку дитини у закладі освіти (дошкільної, загальної середньої, позашкільної, професійно-технічної);

- участі у розробленні індивідуальної програми розвитку (ІПР) дитини;

- отримання консультацій фахівців, що працюють з дитиною;

- ознайомлення з умовами навчання дитини в закладі освіти;

- отримання інформації про навчання дитини в закладі освіти, включаючи висновки фахівців, результати оцінювання та звіти про виконання ІПР;

- надання дозволу на додаткові послуги (реабілітаційні, соціальні), що їх може потребувати дитина;

- участі у прийнятті рішень, що впливають на освіту та розвиток дитини;

- оскарження за потреби рішення, що на їх думку не найкращим чином задовольнятимуть освітні потреби дитини та працювати з командою над пошуком кращих рішень [3];

- сприяння корекційному педагогу у проведенні корекційних занять у режимі онлайн, що є особливо важливим в часи пандемії чи воєнних дій.

Обмін важливою інформацією з батьками дає змогу педагогам адаптувати можливості навчання та зі знанням справи вирішувати особливі освітні проблеми кожного вихованця.

Важливість присутності батьків у команді супроводу визначається їх статусом та значенням у долі дитини, бо:

1. Батьки знають дитину від народження.

2. Батьки обізнані у поетапності розвитку власної дитини.

3. Батьки мають унікальний емоційний контакт із дитиною.

4. Батьки відповідальні за майбутнє дитини.

5. Батьки супроводжують дитину впродовж усього життя.

Можна виділити такі напрями у роботі із сім'ями вихованців з особливими освітніми потребами:

- залучення батьків до корекційно-виховного процесу через переконання батьків, що їхня дитина потребує спеціальної допомоги, додаткової уваги, особливого підходу;

- формування віри в те, що лише за допомогою родини дитина з порушеннями психофізичного розвитку зможе подолати труднощі у здобутті освіти;

- формування задоволеності батьків процесом розвитку дитини - показ досягнень у розвитку дитини, навіть мінімальних;

- розкриття перед батьками творчих підходів до навчання та виховання

дитини - формування у батьків певних дефектологічних знань і вмінь;

- навчання батьків корекційним прийомам роботи з дитиною вдома [2,с.43].

Робота батьків у команді психолого-педагогічного супроводу дитини з порушеннями розвитку часто полягає у збиранні та підготовці важливої інформації щодо дитини: документів, звітів та інших даних щодо освіти своїх дітей. Батьки можуть вести Батьківські записники, Щоденники взаємодії з асистентом педагога інклюзивного закладу, зберігати індивідуальні навчальні плани, за якими навчається їх дитина, рекомендації ІРЦ тощо. Також дуже важливо збирати і зберігати малюнки, навчальні роботи, інші підтвердження щодо результатів навчальної діяльності дитини, за якими можна робити висновки про позитивні зрушення у розвитку [3]. Без допомоги батьків неможливо буде організувати заняття педагогів або дефектолога з дитиною в режимі онлайн, що є необхідним під час певних надзвичайних подій.

Форми та зміст роботи з батьками визначають диференційовано залежно від ступеня готовності батьків до співпраці. Такий напрямок є особливо актуальним в наші дні, коли більшість занять з дитиною вимушено проходять онлайн через поширення пандемії коронавірусу або внаслідок активних бойових дій, коли родина змушена евакуюватися у безпечне місце, тому безпосередні контакти з корекційним педагогом або шкільними вчителями стають неможливими. Тільки сприяння та підтримка батьків дитини у проведенні систематичних онлайн-занять із корекційним педагогом або шкільними вчителями, надання допомоги дитині у правильному виконанні завдань, які визначають фахівці, можуть підвищити ефективність освітнього процесу загалом та його корекційної складової.

Висновок. Забезпечення психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами є невід'ємною частиною розвитку сучасної освіти. В її основі лежить індивідуальний підхід до кожної дитини з порушеннями психофізичного розвитку. Батьки – важлива частина команди супроводу дитини з особливими освітніми потребами. Роль батьків є надзвичайно важливою у всіх аспектах розвитку дитини з особливими освітніми потребами, а особливо в умовах інклюзивної освіти. Для досягнення якнайкращого результату соціалізації та навчання дитини надзвичайно важливо сформувані позитивні стосунки між членами усієї команди супроводу. Значення активного залучення батьків до корекційного процесу зростає в умовах вимушеного переходу навчання у онлайн формат в часи пандемії чи військового стану.

Список використаних джерел:

1. Закон України «Про освіту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
2. Колупаєва А.А. Наконечна Л.М. Інклюзивне навчання: вибір батьків /, — Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. – 56 с. – (Інклюзивне навчання за нозологіями).
3. Роль батьків у команді психолого-педагогічного супроводу [Електронний ресурс]. URL: <http://irc-netushyn.miskrada.org.ua/news/15-25-14-17-12-2020/>

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ «НУМІКОН» ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МАТЕМАТИЧНИХ УЯВЛЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

*Студентка II курсу: Буковецька Я.М.
Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП*

Ключові слова: діти із синдромом Дауна, математичні уявлення, методика «Нумікон».

Вступ. У наш час зростає актуальність того, щоб всі діти з порушеннями психофізичного розвитку, незалежно від нозології їхнього порушення, були залучені до інклюзивного навчання, тобто до загального освітнього середовища дітей за місцем їхнього проживання. Не виключенням є і діти із синдромом Дауна.

Синдром Дауна — це одне з найпоширеніших генетичних порушень, спричинене наявністю додаткової хромосоми у 21-й парі. Це вроджене порушення розвитку, що часто супроводжується зниженням інтелекту, затримкою мовленнєвого розвитку та порушенням функціонування внутрішніх органів [2]. Характерною особливістю дитини із синдромом Дауна є уповільнений психофізичний розвиток. Як правило, такі діти мають знижений м'язовий тонус, і це заважає становленню моторної сфери. Щодо соціального та емоційного розвитку, то діти із синдромом Дауна, навіть незважаючи на те, що вони із запізненням навчаються встановлювати контакт очима, дотримуватися черговості, вони щиро виявляють інтерес до людей, соціально чуйні та сприйнятливі [1].

Особливу проблему становлять труднощі з навчанням, які виникають у дітей із синдромом Дауна. Це означає, що вчитися дітям із даним синдромом складніше, ніж більшості дітей-однолітків [1]. Основним дидактичним принципом у навчанні таких дітей є залучення не одного, а різних органів чуття при сприйнятті інформації. Насамперед необхідно забезпечити унаочнення, а для покращення результату навчання використовувати дотик, слух і кінестетичні відчуття [2]. Саме такий підхід використовується у методиці «Нумікон», яка спрямована на задіяння сильних сторін дитини з особливими освітніми потребами, акцентуванні на її здібностях та вміннях. Коли дитина відчуває, що вона показує хороший результат, то це спонукає її до подальшого навчання.

Стан дослідження проблеми. Питання навчання і виховання дітей із синдромом Дауна розглядало багато дослідників, зокрема, група дослідників (Н.І. Ліщук, А. Василенко-ван де Рей та інші) вважають, що потрібно використовувати такі методики у навчальному процесі дітей із синдромом Дауна, що могли б забезпечити мультисенсорний підхід, а саме: методику «Піктограми», методику ТАН-Содерберг, методику «Нумікон» та ін. [1]. Однак, ця проблема й досі залишається актуальною, особливо щодо розвитку математичних уявлень у дітей із синдромом Дауна.

Метою статті є узагальнення підходів до формування математичних уявлень у дітей із синдромом Дауна на основі застосування методики «Нумікон», розробка деяких завдань з використанням даної методики.

Матеріали та методи: вивчення та аналіз науково-теоретичних досліджень, синтез, узагальнення та моделювання.

Виклад основного матеріалу. Методика «Нумікон» заснована на роботах ряду авторів, які наголошують на важливості розвитку візуального уявлення чисел, яке дозволяє дітям побачити зв'язок між числами. Вважається, що зорові можливості багатьох дітей із синдромом Дауна є їхніми сильними сторонами [5].

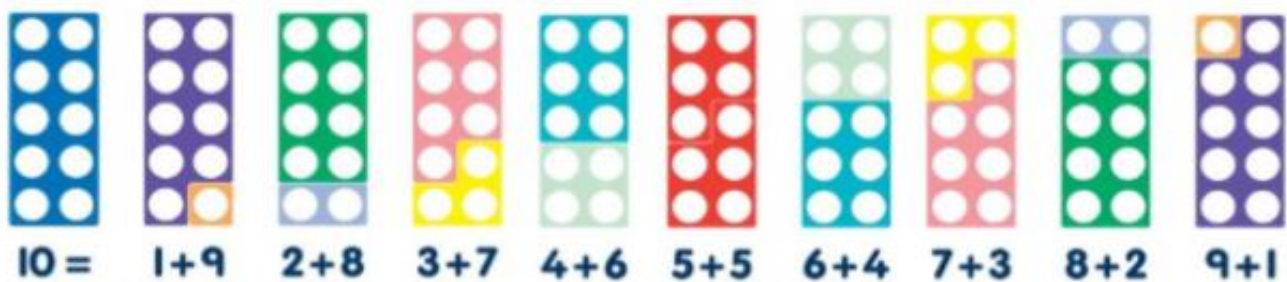
«Нумікон» — це набір навчальних матеріалів і спеціально розроблена методика для засвоєння основ математики. Числа в наборі наочного матеріалу представлені формами-шаблонами, пофарбованими в різні кольори, що робить їх доступними для зорового й тактильного сприйняття. У набір входять кольорові штирі, панель і картки із завданнями [3].



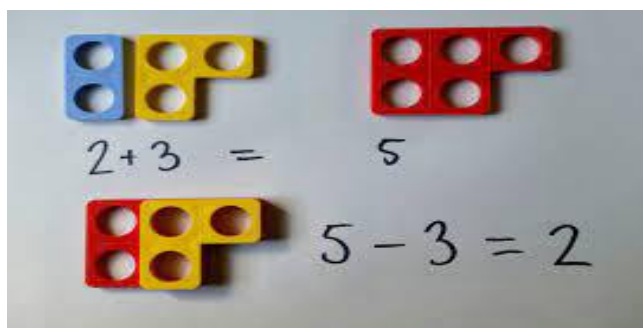
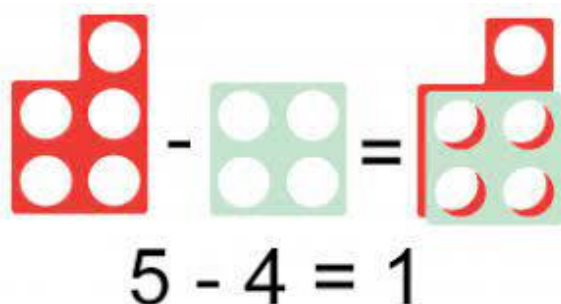
Методика «Нумікон» – це мультисенсорна схема, призначена для навчання чисел дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Дана методика була розроблена у Великобританії в 1996–1998 роках [4]. Програма призначена для дітей, які мають труднощі в навчанні математики, а також для дітей із затримкою психічного розвитку, з порушеннями інтелекту, загальним недорозвиненням мовлення, дитячим церебральним паралічем та іншими порушеннями. В Україні практичне використання мультисенсорної методики «Нумікон» розпочато ВБО «Даун Синдром» з 2012 р [1]. Використання методики «Нумікон» дає можливість задіяти сильні сторони дітей та їх здатність навчатися практично, навчатися спостерігаючи, і здатність запам'ятовувати паттерни, а потім впізнавати стандартизовані зразки чи шаблони при наступних представленнях [4].

«Нумікон» може бути ефективним помічником для дітей із синдромом Дауна при вивченні основ математики, а саме: при вивченні цифр, чисел, понять «найменший-більший-найбільший», при вивченні таких арифметичних дій як додавання, віднімання, множення й ділення, а також за допомогою цієї методики у дітей розвиваються навички усного рахунку, уявлення про форму і числа, асоціативне мислення, логіка, креативність та пам'ять.

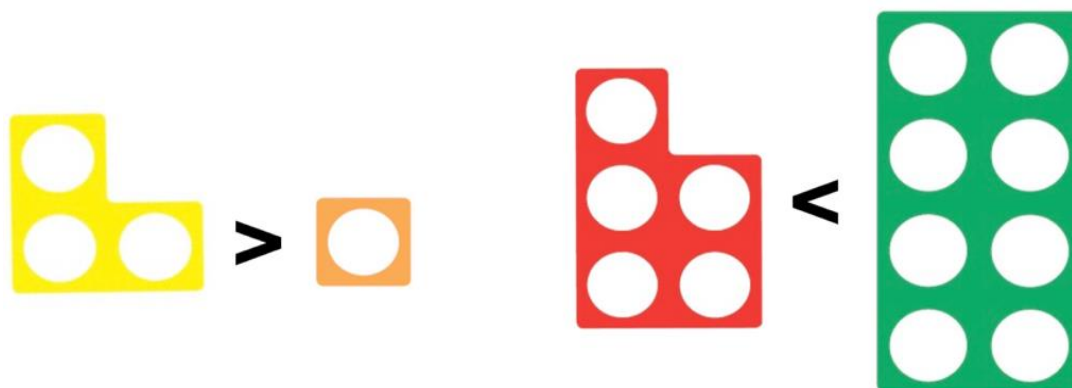
Додавання можна вивчити запропонувавши малюкові скласти з двох малих деталей конструкцію, яка повністю повторює форму та розмір однієї великої деталі (наочно це можна перевірити поклавши суцільну деталь на складений конструктор), і так пояснити малюкові сам принцип дії додавання та запропонувати малечі порухувати дірочки у складеній конструкції.



Дію віднімання теж можна легко пояснити граючись у складання конструктора. Візьміть деталь, наприклад, з чотирьма отворами, та покладіть на неї деталь з трьома отворами, чверть четвірки з одним отвором буде незаповненою та матиме синій колір. Запропонуйте дитині порахувати окремо кількість отворів в більшій деталі та кількість отворів у меншій і отвір із кольором що відрізняється у вигляді зверху.



Граючись Нуміконом можна вивчити знаки «більше», «менше» та «дорівнює», використовуючи додатково рисунки з пташкою, клюв якої відкритий завжди до більшої «здобичі» у вигляді більшої деталі і символізуватиме ці математичні знаки. Асоціативно дитина може здогадуватись, де деталь конструктора менша, а де більша [3]. Особливістю елементів «Нумікону» є те, що кожен із них має відповідну вагу, тому можна здійснювати порівняння значень «Нумікон» за вагою. Для цього потрібні спеціальні ваги, які йдуть в комплекті до одних фігур або ж ваги, створені за допомогою вішалки та пластикових горняток. Дітям пропонують порівняти вагу різних форм, наприклад, фігурка з трьома отворами буде легшою за фігурку з десятьма, відповідно число 3 є меншим за число 10.





Рівні навичок і вмій, яких можуть досягти діти із синдромом Дауна, дуже різні та визначаються генетичними чинниками, але їх можна значно покращити при правильній організації розвивальної роботи. Найбільшу кількість інформації про навколишній світ людина отримує за допомогою зорового сприйняття. Внаслідок численних експериментів з'ясувалося, що діти із синдромом Дауна краще сприймають візуальні матеріали, ніж інформацію на слух. [2] Саме тому ця методика є доречною для навчання дітей із синдромом Дауна і дає можливість вивчати цифри, задіюючи не лише зорову та слухову пам'ять, а також використовуючи тактильні відчуття.

Набір «Нумікон» містить в собі форми, які різняться між собою в залежності від числа, яке вони означають. Наприклад, число 1 та 4 схожі на квадрат, числа 2, 6, 8 та 10 — прямокутник. Також, поєднуючи декілька елементів «Нумікону», ми так само можемо утворити з них нову геометричну фігуру. Наприклад, додаючи до фігури, що означає число 3, число 1 — можемо отримати квадрат, а додавши число 1 до чисел 5, 7 та 9 отримуємо, знову ж таки — прямокутник. Якщо трохи змінити нахил фігури, що означає число 1 та 4 — отримуємо ромб. Таким чином, ми можемо сформувати у дітей уявлення, як мінімум, щодо трьох фігур: квадрат, прямокутник, ромб. Пропонуючи вихованцям створення нових геометричних фігур із форм «Нумікону», буде доречним використати підказки у формі вирізаних з картону ідентичних елементів для більшого унаочнення завдання.

На основі проведеного Джоаною Най, Сью Баклі та Джилліан Берд дослідження щодо оцінки методики «Нумікон» як інструменту для навчання навичок обчислення дітей із синдромом Дауна, можна дійти до висновку, що діти з даним синдромом, які застосовували «Нумікон», досягли кращого прогресу у своїх навичках з математики за один рік, ніж діти з синдромом Дауна, які не користувалися даним методом. Переваги використання методики «Нумікон» з дітьми залежать від регулярного та творчого використання матеріалів, тому цей метод не слід розглядати як «чарівну паличку», яка покращить навички рахунку за допомогою базового виконання, застосування цієї методики має здійснюватися на основі індивідуального підходу до кожної особливої дитини.

Ключовими перевагами використання методики «Нумікон» для дітей із синдромом Дауна є:

- матеріали та методи чітко підтримують розвиток формування понять чисел, і зокрема здатність до обчислення;
- це дає змогу педагогам «бачити» як мислить дитина, що важливо для

визначення успіхів і роз'яснень незрозумілого дитині;

- методику можна використовувати у повсякденному житті (рахувати гроші у крамниці, розуміти котра година і т. д.);

- діти мотивовані працювати з матеріалами, оскільки він є різнобарвним та привабливим для них [5].

Висновки: «Нумікон» є ефективним підходом до формування основ математики у дітей з особливими освітніми потребами. На основі індивідуального підходу дана методика слугує важливим засобом для підготовки дітей із синдромом Дауна до навчання в школі. Діти засвоюють поняття числа, елементарних арифметичних дій, порівняння чисел, вивчають геометричні фігури. Дана методика має значно більше можливостей, ніж формування тільки математичних понять, зокрема, за допомогою «Нумікону», яку можна починати застосовувати із 3-ох років, у дитини формуються елементарні поняття про кольори та форми.

Отже, «Нумікон» є не тільки хорошим методом для формування математичних уявлень дитини більш старшого віку, але й хорошим способом розвитку пізнавальних можливостей дитини в ранньому періоді її розвитку.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Дитина із синдромом Дауна / О. В. Чеботарьова, І. В. Гладченко, А. Василенко-ван де Рей, Н. І. Ліщук — Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018 — 48 с — (Інклюзивне навчання). URL:

<https://lib.iitta.gov.ua/711322/1/%D0%94%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0%20%D1%96%D0%B7%20%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%BC%20%D0%94%D0%B0%D1%83%D0%BD%D0%B0.pdf>

2. Діти із синдромом Дауна: факти, навчання, допомога. Методичні рекомендації / Дерень О., Прусська А., Рибак Ю. — Київ: Проект «Інклюзивна освіта: крок за кроком» 2015, 20 с.

3. Методика Нумікон – перше знайомство з математикою / Numicon — affiliate programme. URL:

<https://numicon.com.ua/%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0-%D0%BD%D1%83%D0%BC%D1%96%D0%BA%D0%BE%D0%BD-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%88%D0%B5-%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE-%D0%B7-%D0%BC/>

4. Перспектива методики Нумікон у роботі з дітьми із синдромом Дауна. URL: <http://downsyndrome.org.ua/library/uploads/perspektiva/metodiki/assets/common/downloads/publication.pdf>

5. Evaluating the Numicon system as a tool for teaching number skills to children with Down syndrome: Joanna T Nye, Sue Buckley, Gillian Bird — The Down Syndrome Educational Trust, Portsmouth, UK, 2005 — 13 с. URL:

https://www.researchgate.net/publication/242580911_Evaluating_the_Numicon_system_as_a_tool_for_teaching_number_skills_to_children_with_Down_syndrome

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ (КРУГЛО-ВВІГНУТА СПИНА)

Студентка I V курсу: *Попович А.*
Науковий керівник: доц. *Ярослав ФІЛАК*

Ключові слова: кругло-ввігнута спина, фізична реабілітація, аквагімнастика.

Вступ. У сучасних умовах проблема порушень постави є актуальною для всіх школярів. Організм дітей і підлітків відрізняється від організму дорослих не тільки розмірами, але й особливостями будови і функціонального стану органів і систем. Процес фізичного розвитку дітей перебігає нерівномірно, періоди посиленого росту змінюються його сповільненням, змінюються енергетичні й обмінні процеси. Відбувається інтенсивне збільшення довжини та маси тіла, кісткової системи. Тому у дітей при неправильному фізичному навантаженні та недбалому ставленні до власної постави можуть виникати стійкі відхилення в розвитку хребта. Статистика підтверджує, що 27 % дітей віком від 7 до 9 років страждає від порушень постави, серед 10 - 14-літніх – понад 70%. У шкільному віці постава має нестійкий характер. Для періоду посиленого росту тіла дитини у довжину характерним є нерівномірний розвиток кісткового, суглобово-зв'язкового апаратів та м'язової системи. Найбільш небезпечним для розвитку порушень постави вважається вік від 9 до 12 років, коли скелет ще не сформувався, а дитині доводиться частіше сидіти за уроками тощо. Цьому сприяють надлишок ваги, носіння в одній руці важких сумок вагою понад 30% від ваги власного тіла. Друга велика проблема полягає у тривалому часі, який діти проводять перед екраном комп'ютера. Нормальна ж постава забезпечує оптимальні умови для функціонування всіх органів і систем організму. На позу впливають багато причин: емоції, ступінь розвитку мускулатури і форма хребта. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є профілактика порушень постави та відновлення його функцій засобами фізичної терапії.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та удосконалити методики корекції та профілактики порушення постави (кругло-ввігнутої спина) у школярів 10 - 11 років засобами фізичної терапії.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведені у 20 дітей шкільного віку від 10 - 11 років 10 хлопців і 10 дівчат, порушення постави, а саме кругло-ввігнута спина виявляли протягом одного - двох років. За даними опитування, практично всі діти скаржилися на дискомфорт в грудному відділі хребта, що і відзначали 60,% пацієнтів, в попереку – 50,0%, утруднення рухів хребта відзначали 40,0% дітей. Педагогічні спостереження свідчать, що порушення постави обумовлені в першу чергу нераціональним режимом рухової активності, відсутністю регулярних навантажень спрямованих на розвиток і зміцнення опорно-рухового апарату. Виникненню порушень постави також

сприяли слабкість м'язової системи. З метою проведення засобів фізичної терапії та профілактичних методів в роботі застосовані антропометричні методи: визначення ростових показників, показників сили та тестове дослідження постави соматоскопічним методом у школярів 9 - 10 років. Для визначення росту дітей використовувався ростомір. Ріст визначався у сантиметрах, відлік проводився за шкалою ростоміра з точністю до 0,5 см. В процесі досліджень проводився порівняльний аналіз ростових показників здорових дітей та дітей з кругло-ввігнутою спиною, функціональним порушенням хребта віком 10 - 11 років.

Для оцінки стану постави використовували тести.

Всім дітям проводили 6 тестів:

- тест біля вертикальної площини, біля дзеркала на симетричність постави,
- тест на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії,
- тест на рівність трикутників талії,
- тест на симетрію кутів обох лопаток,
- тест на виявлення функціонального блоку прямих м'язів спини при нахилі хребта.
- визначення глибини поперекового лордозу.

Результати та обговорення. Отримані дані свідчать, що хлопці та дівчата, які мають дане порушення постави вище за своїх однолітків (табл. 1).

Таблиця 1

Середні показники росту дітей віком 10 - 11 років (см)

Вік	Показники росту дітей					
	Хлопці			Дівчата		
	Кіфотична постава	Здорові	різниця	Кіфотична постава	Здорові	різниця
10	126,7±6,6	125,4±5,4	- 1,3	122,0±7,2	118,1±3,8	-3,9
11	130,7±6,5	128,2±7,4	- 2,2	131,0±4,9	123,8±4,5	7,2

Проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що у школярів з кругло-ввігнутою спиною порушення постави розвивається у дітей, зріст у яких випереджує ріст здорових дітей.

Всім дітям також проводили 6 тестів: тест біля вертикальної площини, біля дзеркала на симетричність постави, тест на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії, тест на рівність трикутників талії, тест на симетрію кутів обох лопаток, тест на виявлення функціонального блоку прямих м'язів спини при нахилі хребта, визначення глибини поперекового лордозу. Дослідження показали, що у більшості дітей переважають більші за норму вигини хребта в сагітальній площині: сильний ступінь порушення постави виявлений у 20,0% дітей, середній – 30,0%. Через виражений кіфоз розташування кутів лопаток на одній горизонтальній лінії сильно порушене у 20,0% школярів,

середньо – у 30,0%. Це порушення є характерною ознакою для порушення постави кругло-ввігнута спина.

В комплекс реабілітаційних та профілактичних заходів дітей молодшого шкільного віку входило: лікувальна гімнастика, класичний і сегментарний масаж, аквагімнастика, плавання. При виборі вихідного положення перевага надавалась положенням, які розвантажують хребет у грудному відділі та забезпечують можливість диференційовано впливати на різні його відділи, а саме: горизонтальне положення тулуба (лежачи на животі, спині, в упорі стоячи на колінах), вертикальному положенні стоячи біля гімнастичної стінки, у пів присіді. Виконувались вправи у статичному режимі, чергуючи їх з динамічними. До статичних належать вправи пов'язані з напруженням м'язів і утриманням пози протягом 6-8 сек. Після 5 секундної паузи відпочинку вправу повторюють. До числа вправ, які покращують поставу ми відносили вправи на рівновагу та балансування. При порушеннях постави всім дітям проводили класичний та сегментарний масаж з метою покращення циркуляції крові, нормалізації діяльності ЦНС та ВНС, обмінних процесів. При кругло-ввігнутій спині на боці опуклості, де м'язовий тонус ослаблений і м'язи розтягнуті, проводили інтенсивний масаж з використанням усіх прийомів. На ввігнутому боці м'язовий тонус підвищений, тому застосовували релаксаційний, розслаблюючий масаж. Використовували також сегментарно-рефлекторний масаж.

Після проведеного курсу реабілітаційних заходів, який тривав три місяці пацієнтам повторно проведені дослідження. Усім пацієнтам також повторно проведені тестові обстеження постави, які засвідчили, про ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації (табл.2).

Таблиця 2.

Динаміка показників порушення постави (кругло-ввігнута спина) після курсу фізичної терапії

№ п/п	Назва тестів	Ступінь порушення						
		Сильний		Середній		Слабкий		
		До	Після	До	Після	До	Після	норма
		%		%		%		%
1	Відхилення хребців від вертикальної лінії вправо або вліво	20,0	10,0	30,0	10,0	50,0	40,0	40,0
2	Розташування надпліч, плечей на одному рівні	30,0	20,0	30,0	20,0	40,0	30,0	30,0
3	Розташування кутів лопаток на одній горизонтальній лінії	20,0	10,0	30,0	20,0	50,0	30,0	40,0
4	Симетричність трикутників талії	20,0	10,0	20,0	10,0	60,0	30,0	50,0
5	Розташування сідничних	20,0	10,0	20,0	10,0	50,0	40,0	40,0

	складок на одному рівні							
6	Вигини хребта в сагітальній площині	20,0	10,0	30,0	20,0	50,0	50,0	30,0

Проведені дослідження показали, що реабілітаційних засобів сприяє виправленню дефектів постави і виховує та закріплює навички правильного положення тіла. Кількість дітей, які мали сильний і середній ступінь кіфотичних порушень постави значно зменшилися. З'явилася певна кількість дітей у яких нормалізувалась постава. Сильний ступінь вигину хребта в сагітальній площині зменшився з 30,0% до 20,0%, у 50,0% відзначався слабкий ступінь, у 30,0% поставав нормалізувалась. Розташування кутів лопаток на одній горизонтальній лінії зменшився з 30,0% до 20,0%, відповідає нормі показник у 30,0% пацієнтів.

Висновки. Таким чином, можна констатувати, що порушення постави (кругло-ввігнута спина) розвивається у школярів 10-11 років ріст, яких випереджує ріст здорових дітей. Під впливом проведення реабілітаційних та профілактичних заходів поряд з покращенням клінічних показників проведені тестові обстеження постави засвідчили, що у 70% дітей з кругло-ввігнутою спиною покращились соматоскопічні показники.

ДИДАКТИЧНІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ ВИХОВАННЯ І НАВЧАННЯ ДОШКІЛЬНЯТ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

Студентка IV курсу: Шніцер Х.Г.

Науковий керівник: доц. Маріанна КЛЯП

Ключові слова: діти з інтелектуальними порушеннями, дидактичні ігри, корекція, виховання, навчання.

Вступ. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами є актуальною проблемою сьогодення. «Золоте правило корекції» свідчить, що чим раніше буде організовано роботу з подолання порушення у розвитку дитини, тим кращих результатів можна досягнути; це дозволяє запобігти вторинних нашарувань відхилень у розвитку дитини. Саме тому дошкільний вік вважається найкращим періодом, коли варто розпочинати роботу над корекцією порушень інтелектуального розвитку дитини.

Вчені, що досліджують особливості розвитку дітей з порушенням інтелекту (С. Миронова, О. Гаврилов, М. Матвеева, Т. Докучина, В.Синьов), насамперед, відмічають у них патологічну інертність, відсутність інтересу до оточуючого світу. Такі діти не здатні самостійно набути особистий досвід без цілеспрямованого процесу створення умов розвиваючого середовища, що їх оточує. Тому в організації навчання та виховання цих дітей особливе місце займає гра, що є провідним видом діяльності для дітей дошкільного віку, завдяки якій відбувається становлення дитини як особистості, її соціалізація, розвиток індивідуальних здібностей та можливостей.

Одним з найперспективніших шляхів виховання і навчання дітей-дошкільнят з порушеннями інтелекту, оволодіння ними необхідними вміннями і навичками, є впровадження активних форм і методів навчання, серед яких провідне місце займають дидактичні ігри. Цінність цього методу навчання і виховання дошкільників полягає в тому, що в ігровій діяльності освітня, корекційно-розвиваюча й виховна функції діють у тісному взаємозв'язку. Гра здатна організовувати, розвивати учнів, розширювати їхні пізнавальні можливості, виховувати особистість.

Про важливість застосування дидактичних ігор у навчання і вихованні дітей з порушеннями інтелекту говорили М. Монтессорі, Л.С. Виготський, Т.І. Поніманська, О.О. Катаєва, О.А. Стребелева [3, 4].

Таким чином, ідея щодо використання дидактичних ігор у навчально-виховному процесі дошкільників з порушенням інтелектуального розвитку є актуальним питанням, активно вивчається, проте подальшого дослідження потребує проблема вдосконалення застосування дидактичних ігор як засобу корекційно-розвивального навчання і виховання дошкільнят з порушенням інтелекту.

Мета дослідження: розкрити особливості використання дидактичних ігор для виховання і навчання дошкільнят із порушеннями інтелекту; запропонувати створені нами дидактичні ігри для розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями.

Матеріали та методи: наукові праці вчених, аналіз, синтез, порівняння, узагальнення результатів досліджень.

Результати досліджень. Дидактична гра - це гра, яка спрямовується на формування у дитини потреби в знаннях, активного інтересу до того, що може стати новим джерелом знань, удосконалення пізнавальних умінь і навичок [3, с.355].

На думку В.В. Ягупова дидактична гра заповнює ту прогалину, яку не можуть компенсувати інші методи, активізує пізнавальну діяльність вихованців [1].

Навчально-виховний процес з дошкільниками, що мають особливі освітні потреби, має носити комплексний характер, тобто впливати на всі сторони особистості: когнітивні процеси (увага, сприйняття, пам'ять, уява, мислення), мовленнєву активність, моторику, оволодіння способами засвоєння суспільного досвіду, корекцію емоційно-вольової сфери.

Спостереження за включенням дітей з інтелектуальними порушеннями у процес навчальної діяльності показало низький рівень мотивації, небажання виконувати дії. Це, перш за все, пов'язано з інертністю психічних процесів, недорозвитком пізнавальної діяльності, зниженням комунікативних потреб [3, с.51].

Враховуємо думку О. Катаєвої, О. Стребелевої, що у зв'язку з особливостями розвитку дитини з інтелектуальними порушеннями, вони ще більше потребують цілеспрямованого навчання, одним із методів якого є дидактичні ігри, ніж їх однолітки з нормотиповим розвитком [4, с.3]. Ми

пропонуємо оновлені нами дидактичні ігри, які можуть застосовуватися під час навчально-виховного процесу з дітьми з інтелектуальними порушеннями для розвитку психічних процесів, моторики, комунікативних навичок.

У процесі ігрової діяльності дитини необхідно вчити її встановлювати розміри предметів, визначати їх форму, колір, просторові взаємовідношення [2].

Враховуючи все вищезазначене, нами було створено окремі зразки дидактичних ігор, які можуть застосовуватись у процесі роботи з дошкільниками, що мають інтелектуальні порушення з метою корекції та розвитку когнітивних процесів та мовленнєвої діяльності.

Використання дидактичних ігор «Де чия тінь?», «Геометричне лото» позитивно впливають на розвиток сприйняття, уміння впізнавати предмети за формою, розміром, яке у дітей наприкінці дошкільного віку досягає того рівня розвитку, з яким діти з нормотиповим інтелектом починають дошкільний вік [4, с.46].

Розвиток вміння сприймати колір розпочинається з прикладання двох кольорових предметів, коли дитина може побачити їх однаковість або неоднаковість. Для цього, ми пропонуємо використовувати дидактичні ігри «Де чия квітка?», «Знайди пару».

Для навчання дітей сприймати простір і орієнтуватися в ньому можуть використовуватись наступні дидактичні ігри: «Хто де розташований?», «Створи картину».

Розвиток слухового сприйняття відбувається у двох напрямках: розвивається сприйняття звичайних звуків, та сприйняття мовних звуків, тобто формується фонематичний слух [4, с.133,135]. Для цього з дітьми доречно буде використати дидактичні ігри «Що звучить?», «Хто живе у будиночку?».

Дидактичні ігри сприяють розвитку таких мисленнєвих операцій, як аналіз, синтез, порівняння (встановлення подібності та відмінності між предметами або будь-якими їх ознаками), узагальнення [1]. Відбувається перехід від наочно-дійового та наочно-образного до словесно-логічного мислення. Для цього, можуть застосовуватись такі дидактичні ігри: «Лабіринт» (наочно-дійове); «Хто де живе?» (наочно-образне); «Склади розповідь з опорою на наочність» (словесно-логічне).

Л.Виготський, С.Рубінштейн, Д.Ельконін стверджували, що у дошкільнят з порушеннями інтелектуального розвитку мовленнєва діяльність має значні відставання, особливо страждає зв'язне мовлення, діти не завжди розуміють звернене до них мовлення, воно є відірване від діяльності. При цьому, діти не виявляють ініціативи при спілкуванні з однолітками та дорослими. Ефективними для розвитку мовлення дошкільників з порушенням інтелекту будуть дидактичні ігри на складання діалогу («У крамниці» «На городі»), будування власного монологічного висловлювання («Мої домашні улюбленці», «Як я провів вихідні»).

Дослідниця М. Певзнер обґрунтувала, що при інтелектуальних порушеннях відзначаються своєрідні особливості розвитку уваги і пам'яті. Пасивна увага у таких дітей є більш збереженою, ніж активна, вона характеризується невеликим

обсягом, нестійкістю та порушеннями переключення. При цьому діти запам'ятовують, як правило, яскравий, емоційно-насичений матеріал, що вразив їх [3]. Для корекції та розвитку цих процесів, у роботі з дошкільнятам можна використати дидактичні ігри: «Що змінилося?», «Знайди такий же».

Уява у дітей з порушеннями інтелекту відрізняється фрагментарністю, неточністю, схематичністю перш за все через їх бідний життєвий досвід [4]. Для розвитку нестандартного мислення під час виконання дій нами запропоновано використовувати такі ігри, як «Чим відрізняється?», «Домалюй, чого не вистачає»

Для розвитку дрібної моторики дошкільника можуть застосовуватись різноманітні дидактичні ігри з використанням шнурівки, «липучки», застібок на блискавку, кнопок, гудзиків. Також, це можуть бути ігри: «Збери намисто», «Чарівний мішечок», «Впіймай предмет».

Висновки. Отже, дидактичні ігри є важливим засобом корекції розвитку дітей, що мають інтелектуальні порушення. Їх використання забезпечує створення сприятливих умов для навчання і виховання дошкільнят, гармонійний всебічний розвиток особистості, активізацію пізнавальної діяльності, подолання інертності, підвищення мотивації до опанування новими знаннями. Нами запропоновано окремі зразки дидактичних ігор, які можуть використовуватись у процесі роботи з дітьми- дошкільнятами з інтелектуальними порушеннями для розвитку сприймання, корекції уваги, пам'яті, уяви, мовленнєвої діяльності. Напрямок подальших досліджень з означеної проблеми є розробка методичних рекомендацій щодо використання розроблених нами дидактичних ігор.

Список використаних джерел

1. Внук О. Д. Сенсорний розвиток дітей раннього віку / О.Д. Внук // Дошкільний навчальний заклад. 2011р., № 8, С. 29-32.
2. Дидактичні ігри для дітей з ООП.
URL:<https://vseosvita.ua/library/statta-didakticni-igri-dla-ditej-z-ooop-488879.html> (дата звернення: 04.05.2022)
3. Поніманська Т.І. «Дошкільна педагогіка»: навчальний посібник./ Т.І.Поніманська-К.: Академвидав, 2008. – 456 с. (Серія «Альма-матер»).
4. Катаева О.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников: Кн. для учителя – М.: «БУКМАСТЕР», 1993.– 191 с.

КІНЕЗІОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГАСТРИТІ З ПІДВИЩЕНОЮ СЕКРЕТОРНОЮ ФУНКЦІЄЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

*Студент IV курсу: О कोरोков Д. Н.
Науковий керівник: доц. Ксенія МЕЛЕГА*

Ключові слова: хронічний гастрит, фізична терапія, кінезіотерапія,

комплексна реабілітація

Вступ. Хронічний гастрит (ХГ) займає одне з перших місць у структурі захворювань органів травлення. ХГ розглядають як хронічний запальний процес слизової оболонки шлунка (СОШ) зі змінами клітинної регенерації, прогресуючою атрофією залозистого епітелію, порушенням секреторної, моторної та інкреторної функцій шлунка. Тривалий перебіг ХГ призводить до глибоких дистрофічних змін СОШ з високою ймовірністю переродження в рак шлунка. Розрізняють кілька видів ХГ залежно від особливостей етіології, характеру морфологічних змін слизової оболонки і їх переважної локалізації: неатрофічний (пов'язаний з наявністю НР-інфекції), атрофічний, особливі форми. Медикаментозне лікування не завжди дає позитивні результати, супроводжується численними побічними ефектами, частота загострень хронічного гастриту залишається високою.

Це обумовлює необхідність більш широкого використання засобів фізичної терапії, особливо, на післялікарняному етапі. Проблему пошуку ефективних заходів комплексної реабілітації хворих на хронічний гастрит досліджували автори Григус І.М. та співавт. (2011, 2017), Калмиков С.А. та співавт. (2017), Михальський А. В. та співавт. (2017), Урдина Г.С. (2015) та інші. Доведено, що диференційоване призначення фізичних вправ залежно від стану секреторної функції шлунка у поєднанні з іншими засобами, значно поліпшує моторну й секреторну функції шлунка, може приводити до суттєвого покращення клінічного стану хворих на хронічний гастрит.

Мета роботи – підвищення ефективності комплексної реабілітації з використанням кінезіотерапії у хворих на хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією шлунка в амбулаторних умовах.

Завдання дослідження:

1. Визначити особливості клінічного перебігу та сучасні підходи до комплексної реабілітації хворих на хронічний гастрит на основі аналізу літературних джерел.
2. Обґрунтувати та апробувати програму комплексної реабілітації з використанням кінезіотерапії у хворих на хронічний гастрит у амбулаторних умовах.
3. Оцінити ефективність застосування розробленої програми комплексної реабілітації у хворих на хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією шлунка.

Матеріали та методи. Дослідження виконано в рамках виконання дипломної роботи бакалавра. Клінічні дослідження проведені на базі Ужгородської міської поліклініки. Було обстежено 15 хворих на хронічний гастрит у фазі неповної ремісії захворювання, із яких 8 (53%) чоловіків і 7 (47%) жінок віком від 29 до 46 років, середній вік – $37,5 \pm 0,2$ років. Методи дослідження, використані в роботі: теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, вивчення амбулаторних карток хворих, збір скарг і анамнезу, соматоскопія, антропометрія, дослідження функціонального стану

шлунка методом інтрагастральної рН-метрії, ортостатична функціональна проба вегетативної нервової системи (ВНС), методи математичної статистики.

Дослідження проведено у 3 етапи (з лютого по травень 2022 р.) відповідно до вирішення завдань дослідження.

Результати дослідження. На початку курсу реабілітації більшість хворих турбували періодичні болі у надчеревній ділянці, печія, кисла відрижка, іноді блювання, закрепи, підвищена втомлюваність, зниження працездатності. За даними амбулаторних карток у всіх хворих виявлена помірно підвищена секреторна функція шлунка - рН у тілі шлунка натще у середньому – $1,2 \pm 0,04$ у.о. (норма – 1,6 – 2,2). Оскільки порушення вегетативної регуляції функцій різних відділів ШКТ відіграє важливу роль у патогенезі ХГ, ми оцінювали функціональний стан вегетативної нервової системи (ВНС) у хворих на ХГ. За даними ортостатичної проби на початку курсу у 9 (60%) хворих на ХГ встановлено ваготонію, у 6 (40%) – нормотонію. У середньому приріст пульсу при зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне становив у обстежених $10,5 \pm 1,17$ с, що свідчило про перевагу ваготонії у більшості обстежених, що узгоджується з даними літератури.

Комплексна реабілітація хворих на ХГ в амбулаторних умовах спрямована на зникнення або зменшення основних клінічних ознак захворювання, нормалізацію кислотності шлункового соку, подовження тривалості ремісії. Розроблена програма комплексної реабілітації включала: дієтотерапію, бальнеотерапію (внутрішній прийом вуглекислої борної середньомінералізованої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води «Поляна Купель» пляшкового розливу), кінезіотерапію з використанням комплексу спеціальних вправ за щадним та щадно-тренуючим руховими режимами, реабілітаційний масаж (сегментарно-рефлекторний і класичний). При підборі фізичних вправ враховували наявність підвищеної шлункової кислотності у хворих на ХГ. Комплекси ЛГ включали вправи для всіх м'язових груп із значною кількістю повторень, махові рухи, вправи з предметами, з невеликими обтяженнями. Вправи ЛГ виконували у повільному темпі, ритмічно, обов'язково у поєднанні з дихальними вправами і вправами на розслаблення. Протягом усього курсу реабілітації навантаження на м'язи черевного преса має бути обмеженим, щоб не стимулювати секрецію. Курс комплексної реабілітації хворих на ХГ в амбулаторних умовах становив у середньому 4 тижні.

Під впливом комплексних реабілітаційних заходів у 86,7% хворих на хронічний гастрит спостерігалось покращення клінічного стану: припинились або значно зменшилися болі у надчеревній ділянці, диспепсичні явища, зникли прояви астеновегетативного синдрому. Наприкінці відновного лікування нормальна кислотність у тілі шлунка (рН 1,6-2,2) реєструвалась у 9 (60 %) хворих; помірно підвищена секреторна функція шлунка (у тілі шлунка рН < 1,3) – лише у 6 (40 %) хворих. У середньому рН у обстежених хворих наприкінці курсу реабілітації вірогідно підвищилась до $1,5 \pm 0,06$ у.о., тоді як на початку становила $1,2 \pm 0,04$ у.о. ($p < 0,05$). Отримані результати свідчать про нормалізуючий вплив застосованих реабілітаційних заходів на секреторну і

кислотоутворюючу функцію шлунка у хворих на ХГ. За даними ортостатичної функціональної проби у більшості пацієнтів відновилась рівновага симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, що свідчить про покращення вегетативної регуляції функцій органів травлення.

Висновки. Розроблена програма комплексної реабілітації для хворих на хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією шлунка в амбулаторних умовах, яка включає дієтотерапію, бальнеотерапію, кінезіотерапію за щадним та щадно-тренуючим руховими режимами, реабілітаційний масаж сприяє покращенню клінічного стану, зменшенню больового, диспепсичного і астеновегетативного синдрому у більшості пацієнтів. Під впливом застосованої програми комплексної реабілітації шлункова секреція нормалізувалась у 60% обстежених хворих на ХГ; зменшення ваготонії за даними ортостатичної проби спостерігалось у 30% пацієнтів, що свідчить про сприятливий вплив застосованої програми комплексної реабілітації на стан шлункової секреції та вегетативну регуляцію функцій органів травлення.

ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА І МАСАЖ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ З ГІПОМОТОРНИМ СИНДРОМОМ

*Студентка II курсу: Единець Е. Б.
Науковий керівник: доц. Фелікс ФІЛАК*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: хронічний коліт, лікувальна гімнастика, моторна функція кишківника.

Вступ. Хронічні запальні захворювання кишечника, у тому числі і хронічний коліт, за даними різних авторів, складають від 30% до 70% у структурі патології гастроентерологічного профілю і розглядаються сьогодні в аспекті ризику виникнення колоректального раку. Значний відсоток зростання новоутворень товстої кишки, які вражають щорічно до 800 тис. чоловік у всьому світі, а також збільшення смертності від них більш ніж у половини випадків, ставить цю патологію в ряд найважливіших медичних і соціальних проблем. Хронічний коліт – захворювання, яке зустрічається найчастіше. Незважаючи на численні методи лікування хронічного коліту, його терапія є складною та не до кінця вирішеною проблемою, у зв'язку з чим не завжди вдається попередити розвиток рецидивів і ускладнень. Тому розробка нових ефективних реабілітаційних комплексів відновного лікування хронічного коліту, що враховують сучасні погляди на патогенез, є актуальним напрямом медичної науки

Проаналізувавши ряд літературних джерел з цього питання, ми констатували, що існує мало досліджень, пов'язаних з упровадженням у комплексне лікування хворих на хронічний коліт сучасних систем і методик застосування лікувальної фізичної культури, лікувального масажу та фізіотерапії. Враховуючи

вищевикладене, доцільним є вивчення проблеми застосування засобів фізичної реабілітації при хронічному коліті на санаторному етапі реабілітації.

Мета роботи: розробити і запропонувати комплексну програму фізичної терапії для хворих на хронічний коліт в умовах поліклініки.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 20 хворих на хронічний коліт із гіпомоторним синдромом віком від 35 до 45 років, з них 12 чоловіків і 8 жінок. При поступленні на лікування в поліклініку №1. м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом використовували наступні методи дослідження на початку і у кінці курсу реабілітації, а саме клінічні спостереження, визначення показників фізичного розвитку (витривалість м'язів черевного пресу), дослідження моторної функції кишківника.

Результати та їх обговорення. За даними опитування практично всі хворі на хронічний коліт скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який відзначали 90,0% хворих. Скарги на постійний ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки, який поступово посилюється при ходьбі відзначали 70,0% пацієнтів. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника відзначали відповідно 80,0% і 70,0% хворих. Закрепи відзначали 100,0% пацієнтів. При пальпації відзначали болючість по ходу товстої кишки особливо в ділянці сигмовидної кишки відзначали 60,0% хворих га хронічний коліт. Дратівливість, емоційну нестійкість та загальну слабкість відзначали відповідно 80,0% і 50,0% хворих. загальної слабості відзначали Витривалість м'язів черевного преса для хворих основної групи становило $18,7 \pm 1,3$ с і $19,1 \pm 1,4$ с., що оцінювався як результат незадовільний.

При нормокінетичному типі електроколограми вольтаж зубців складав 0,12 – 0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторної функції кишківника натще у хворих хронічним колітом із гіпомоторним синдромом у 18 (90,0%) обстежених відзначалось зниження міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень, що спостерігалось у 9 (90,0%) обстежених основної групи та у 9 (90,0%) обстежених контрольної групи. Це гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики ($0,19 \pm 0,02$ мВ). Нормотонічний-тахіритмічний тип моторики сигмо видної кишки виявляли у 1 (10,0%) основної групи та у 1 (10,0%) хворих контрольної групи. Міоелектрична активність сліпої кишки у пацієнтів обох груп також знижена. Характерними є низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання вольтажу (мВ) сліпої кишки на фоні зниження частоти тонічних скорочень у всіх пацієнтів 10 (100,0%) основної і 10 (100,0%) контрольної груп ($0,09 \pm 0,01$ мВ). В програму реабілітації входило: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальний класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, внутрішній прийом мінеральної води «Поляна Купіль», вуглекислі мінеральні ванни, ампліпульстерапія. Курс санаторно-курортної реабілітації становив 21 день.

Санаторно-курортна реабілітація є важливою ланкою поетапного відновного лікування хворих з патологією органів травлення. Одним із основних і ефективних методів відновного лікування хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом на будь-якому етапі реабілітації є питний прийом мінеральних вод. Найбільше рекомендовані гідрокарбонатні мінеральні води з мінералізацією, яка не перевищує 10 —12 г/л, тобто середньої мінералізації. До гідрокарбонатних вод відносять Поляна Купіль, Поляна Квасова, Лужанська, Боржомі. Під впливом гідрокарбонатно-натрієвих мінеральних вод зменшується кількість водневих іонів, які з іонами хлору входять в склад хлористоводневої кислоти, покращується мікроциркуляція, трофічні, обмінні процеси в слизовій оболонці шлунка.

Лікувальна фізична культура при коліті з переважанням закрепів переслідує мету впливати фізичними вправами на весь організм хворого. Фізичні вправи діють на умовно-рефлекторну діяльність і, тренуючи організм хворого, регулюють і вирівнюють функцію вегетативної нервової системи. Але крім загальнооздоровлювальних завдань, лікувальна фізична культура сприяє зміцненню м'язів черевного преса. Вправи, які зміцнюють черевний прес, викликають періодичне підвищення внутрішньочеревного тиску, з їх допомогою проводять масаж органів черевної порожнини, який стимулює функцію кишечника. Вправи для м'язів черевного преса призначаються з урахуванням фази захворювання. Вони показані при необхідності підсилити перистальтику, секреторну функцію шлунку та відтік жовчі. У комплексі лікувальної гімнастики зберігався принцип добору вправ, вихідних положень та побудови занять залежно від порушення моторно-евакуаторної функції кишок. Застосовувались загальнорозвиваючі вправи, спеціальні вправи, дихальні і на розслаблення. Використовувались вправи для кінцівок, згинання, повороти, нахили тулуба, присідання, стрибки; вправи для зміцнення м'язів черевного пресу, тазового дна. Акцентували увагу пацієнтів на правильне поєднання рухів з диханням, оптимальне вихідне положення. Вправи виконували, переважно, у середньому темпі, з повною амплітудою рухів.

На даному етапі комплекс лікувальної гімнастики направлений на відновлення адаптації до навантажень, врегулювання процесів збудження і гальмування в ЦНС, нормалізація вегетативних функцій, зміцнення м'язів живота покращення регенеративних процесів, відновлення психічного стану і фізичної працездатності. На цьому етапах показані щадний, щадно-тренуючий і тренуючий режими рухової активності. Заняття будують і проводять з урахуванням особливостей секреторної функції шлунка, наявності супутніх захворювань, що обмежують фізичну працездатність відповідно руховим режимам. В комплекс лікувальної гімнастики тривалістю 35 – 40 хв. включають вправи для всіх м'язових груп, з різних вихідних положень, вправи для м'язів черевного пресу і промежини, повороти і нахили тулуба, вправи на координацію, з м'ячами, гімнастичними палицями, гідрокінезотерапію. Використовують також ранкову гігієнічну гімнастику, прогулянки теренкур, спортивні і рухливі ігри. При використанні лікувальної гімнастики виключали

вихідні положення і фізичні вправи, які можуть сприяти погіршенню стану хворого і перебігу захворювання. Особливу увагу приділяли фізичним вправам, які направлені на зміцнення моторики кишечника, підвищення внутрішньочеревного тиску, нормалізацію апарату зовнішнього дихання. Органи зовнішнього дихання та черевної порожнини пов'язані з діяльністю скелетних м'язів.

У результаті проведених реабілітаційних заходів у 80,0% хворих на хронічний коліт покращились клінічні показники. Відчуття важкості в епігастрії після курсу реабілітації відзначали лише 20,0% пацієнтів, ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки виявляли у 30,0% хворих. Здуття живота, бурчання по ходу кишечника після реабілітації виявляли відповідно 10,0% і 20,0% хворих. Закрепи після реабілітації відзначали лише 30,0% пацієнтів. Проведені дослідження показників фізичного розвитку після комплексу реабілітаційних заходів свідчать, що результати тесту на витривалість м'язів черевного пресу збільшились до $29,5 \pm 1,4$ сек, і оцінюються як «добре». У хворих на хронічний коліт після проведених реабілітаційних заходів вірогідно підвищилися показники частоти тонічних хвиль сліпої ($P < 0,05$ і з $0,51 \pm 0,02$ до $0,65 \pm 0,03$ мВ ($P < 0,05$), сигмовидної $0,55 \pm 0,01$ до $0,69 \pm 0,05$ мВ ($P < 0,05$) кишок. Відзначається також достовірне підвищення показників амплітуди тонічних хвиль сліпої з $0,16 \pm 0,01$ до $0,20 \pm 0,006$ мВ сигмовидної $0,18 \pm 0,009$ до $0,24 \pm 0,02$ мВ ($P < 0,05$) кишок.

Висновки. Провівши дослідження, можемо вважати, що на фоні лікування в умовах поліклініки лікувальна коригуюча гімнастика та сегментарно-рефлекторний масаж є одним із провідних методів відновного лікування для хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом. Однією з основних задач коригуючої гімнастики слід вважати створення м'язового «корсета» шляхом зміцнення м'язів живота і спини, а також для підвищення.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСУ ФІЗІОТЕРАПІЇ ТА ФІТОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСАХ ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

*Студентка IV-го курсу: Дьордь Ц.Г.Т.
Науковий керівник: доц. Ольга МАЛЬЦЕВА*

Ключові слова: хворі на бронхіальну астму, фізіотерапія, фітотерапія, методи реабілітації.

Вступ. Бронхіальна астма (БА) як і раніше залишається глобальною проблемою охорони здоров'я в усьому світі, яка не тільки зачіпає всі вікові популяційні групи, але і характеризується зростанням поширеності в країнах з низьким рівнем доходів. Астмою страждають більше 334 мільйонів людей у світі, що становить приблизно 5% жителів нашої планети, середній показник

поширеності серед дорослих 8,6%. В Україні розповсюдженість астми становить 515,9 хворих на 100 тисяч дорослого населення [1, 2].

Результати вивчення науково-методичної літератури свідчать про те, що існує об'єктивна необхідність вдосконалення процесів реабілітації хворих БА, оптимізація окремих методичних підходів для покращення стану здоров'я пацієнтів, в залежності від впровадження процесів контрольованості перебігу захворювання. Включення методик фізіотерапії та фітотерапії в процеси сучасної пульмонологічної реабілітації дає можливість навчання хворих методам самоконтролю, зменшити прояви хвороби, покращити якість життя, покращити соціальну адаптацію, зменшити кількість випадків госпіталізації, вартість лікування [3, 4].

Мета дослідження: Підвищити ефективність реабілітації хворих на БА.

Матеріали та методи. Використання клінічних, лабораторних та інструментальних методів; загальний аналіз крові та сечі, рентгенографія або рентгеноскопія органів грудної клітки, спірографія, пневмотахометрія, вимірювання дихальної екскурсії грудної клітки, дихальні проби. Об'єкт дослідження – комплекс методик ФР для хворих на бронхіальну астму.

Результати дослідження. При поступленні на оздоровлення всіх 19 пацієнтів (100 %) турбували періодичні напади задухи, сухе кашикання, часто у вигляді нападів в нічний час або під ранок, задишка при найменшому фізичному навантаженні. У всіх хворих БА спірографічне і пневмотахометричне дослідження підтвердило порушення бронхіальної прохідності: ЖЄЛ – $79,7 \pm 1,3$ %, ОФВ – $71,4 \pm 2,1$ %, МОС – $50,7 \pm 2,1$ %; проба Штанге – $25,9 \pm 1,3$ сек., проба Генча – $19,0 \pm 0,2$ сек. У хворих спостерігались також зміни загального аналізу крові: помірно прискорена ШОЕ, помірний лейкоцитоз, підвищення кількості нейтрофільних лейкоцитів

Пацієнтам дали розяснення щодо приготування фітопрепарату. Наприклад: материнка (трава) – 2 ст.л., меліса лікарська (трава) -2 ст.л., деревій звичайний (квіти) -2 ст.л., кульбаба лікарська (корені) – 1,5 ст.л., лопух великий (корінь) – 2 ст.л. В емальований посуд налити 800 – 900 мл холодної води, помістити корені лопуха та кульбаби, довести до кипіння, кипятити на маленькому вогні 10 хв. (або 30 – 40 хвилин тримати на водяній бані). Відставити, всипати заздалегідь приготовані трави, листя та квіти, накрити, агорнути, настоювати 2 год. Приймати невеликими порціями, часто, по 50 мл, протягом дня. Методики фізіотерапії: УЗТ на грудну клітку проводили на три зони: два паравертебральних поля грудного відділу хребта на рівні Т I -Т XII в імпульсному режимі, через день, на курс 10 процедур. Гальванізація на зону грудної клітки (апарат «Поток -1»), методика місцева, рефлекторно-сегментарна, тривалість процедури 20 хв., через день, на курс 10 процедур.

Уже в кінці другого тижня застосування реабілітаційної програми у пацієнтів спостерігалась тенденція до покращення загального стану та самопочуття. Напади задухи стали більш легкими, в 50 % випадків швидко знімались після прийому фіто чаю, фізпроцедури, окремими прийомами звукової

гімнастики та дихальними вправами, кахикання стало більш вологим, харкотиння стало відходити більш вільно.

В кінці курсу реабілітації приступи задухи легкого перебігу зникли у 9 (100 %) хворих, а приступи задухи середньої важкості щезли у 7 (70 %) хворих і зменшились у 3 (30 %) хворих. Кахикання ранкове приступоподібне щезло у 7 (58 %) хворих і зменшилось у 5 (42 %) хворих. В кінці першого тижня лікування кахикання вологе, із відходженням жовто-білого харкотиння, дещо збільшилось, але після очищення просвіту бронхів всі 19 (100 %) пацієнтів відзначали полегшення дихання та зменшення задишки. При об'єктивному огляді, при аускультатії органів грудної клітини, сухі хрипи щезли у 16 (84 %) хворих і зменшились у 3 (16 %) хворих. Зафіксовано збільшення показників вентиляційної здатності легенів та бронхів. ЖЄЛ збільшилась до $87,8 \pm 2,0$ % (на 8,1%), ОФВ1 - до $87,9 \pm 4,5$ % (на 16,5%), МОС – до $61,4 \pm 3,1$ (на 15,5%). Проба Штанге збільшилась до $56,7 \pm 1,3$ сек. (на 27,4 сек.), проба Генчі – до $35,4 \pm 0,1$ сек. (на 16,6 сек.). Показники загального аналізу крові нормалізувались. Таким чином, в кінці курсу використання комплексу реабілітаційних засобів спостерігалась позитивна динаміка функціональних та лабораторних показників. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації завершили 16 (84 %) хворих БА.

Висновки з проведеного дослідження. Вивчено ефективність комплексу реабілітації для хворих на бронхіальну астму. Включення методик фізіотерапії та фітотерапії в процеси сучасної пульмонологічної реабілітації дає можливість покращити самопочуття, навчити хворих методикам самоконтролю, зменшити прояви хвороби, покращити якість життя, соціальну адаптацію, зменшити вартість лікування. Фізіотерапія (ультразвукова терапія, гальванізація) є важливим компонентом ФР, це вплив на легені і дихальні шляхи, на грудну клітку з її м'язовим апаратом, спрямований на покращення видалення мокротиння, полегшення дихання, зняття бронхоспазму. Активуються обмінні процеси в тканинах, посилюється лімфо- та кровообіг, проявляється протизапальна та розсмоктувальна дія, відновлюється дренажна функція бронхів. Проявляється знеболююча, спазмолітична дії.

Фітотерапія відіграє важливу роль у науково обґрунтованій реабілітації захворювань дихальних шляхів. Лікарські рослини, як засоби, що допомагають основній терапії, мають важливе значення для хворих на бронхіальну астму. Фізіологічно активні речовини (різні компоненти в рослини) визначають фармакологічні ефекти (які частково нашаровуються один на одного), здійснюють не тільки етіотропний, але і патогенетичний впливи, допомагають вивести з організму токсини бактерій, продукти обміну, антибіотики, зменшити побічні негативні ефекти фармакопрепаратів, є жарознижуючими і відхаркуючими засобами, сприяють відновленню та запуску окремих ланок саногенезу.

Завдяки наявності в складі цілісних рослин численних біологічно активних речовин (мікроелементів, вітамінів, ферментів., антиоксидантів, амінокислот, пробіотиків), що здатні втручатись в тонкі механізми біохімічних та біофізичних

процесів, можливим є замінювати ушкоджені та активізувати пригнічені ланки метаболічних процесів в організмі, коригувати зміни в складному обмінному механізмі адаптогенних, імунних і нейрогуморальних реакцій.

Література.

1. Погребняк О.О. Бронхіальна астма: огляд сучасних вітчизняних рекомендацій // Мистецтво лікування. - 2016. - №3-4. - С.14 – 19.

2. Сиволап В.Д., Кисельов С.М., Назаренко О.В. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання Навчально-методичний посібник, Запоріжжя, Вид. ЗДМУ, 2016. - С. 39 – 72.

3. Латенко С.Б., Коростельов М.О. Сучасні підходи до використання методів фізичної терапії у хворих на бронхіальну астму // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»: Зб. наук. праць. – Переяслав-Хмельницький, 2018. – Вип. 47. – С. 499 - 503.

4. Михальський А., Молев В., Михальська Ю. Сучасні підходи до реабілітації хворих із захворюваннями внутрішніх органів. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2019 (січень), вип. 31. - С. 85 – 90.

ФОРМУВАННЯ І КОРЕКЦІЯ ПОСТАВИ В МОЛОДШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ З ВИКОРИСТАННЯМ ГІГІЄНІЧНИХ ЧИННИКІВ ТА ОЗДОРОВЧИХ СИЛ ПРИРОДИ

*Студентка II курсу (014 Середня освіта): Цуранич В.О.
Науковий керівник: доц. Наталія БОНДАРЧУК*

Ключові слова: постава, гігієнічні чинники, оздоровчі сили природи, молодший шкільний вік.

Вступ. Порушення і дефекти постави, яка в дитини перебуває під впливом умов зовнішнього середовища і виховується на протязі всього дитинства, є досить розповсюдженою причиною відхилень у стані здоров'я молодших школярів, зниження темпів фізичного розвитку, виникнення патологічних процесів, які негативно впливають на працездатність дитини. З огляду на це слід визнати, що "боротьба" за правильну поставу в молодшому шкільному віці – справа великої важливості, і в ній спільно повинні брати участь вчителі, батьки й лікарі. Чим раніше виявлені порушення постави і чим скоріше почнеться їх корекція під наглядом кваліфікованих фахівців, тим з більшим успіхом можна досягти повного виправлення. Однак слід зважувати на те, що легше запобігти порушенням постави, ніж виправляти їх.

Мета дослідження. Визначити можливості та специфіку формування та корекції постави дітей молодшого шкільного віку з використанням гігієнічних чинників та оздоровчих сил природи.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел.

Результати дослідження. Використання засобів фізичного виховання з метою формування та корекції постави молодших школярів не обмежується лише фізичними вправами. Ефективність впливу фізичних вправ повинна бути підвищена за рахунок використання гігієнічних чинників та оздоровчих сил природи.

Гігієнічні чинники являють собою велику групу найрізноманітніших засобів, які умовно поділяють на дві групи: 1) засоби, які забезпечують життєдіяльність дитини поза процесом фізичного виховання (норми особистої та суспільної гігієни навчання, побуту, відпочинку, харчування тощо), але які, між цим, важливі з точки зору створення умов для повноцінних занять фізичними вправами; 2) засоби, включені у процес фізичного виховання (наприклад, забезпечення на заняттях чистоти повітря, справності інвентарю, відповідного одягу і взуття тощо). Найперше місце серед усіх гігієнічних чинників посідає правильний режим життя. Навіть ідеально організований процес фізичного виховання не дасть очікуваних результатів, якщо дитина не дотримується гігієнічно обґрунтованого режиму життя – навчання, сну, харчування, відпочинку тощо. Під режимом ми розуміємо науково обґрунтований та систематично виконуваний порядок життя. Він ґрунтується на ритмічному чергуванні навчання і відпочинку, сну та активної діяльності, перебування у приміщенні та на відкритому повітрі, занять, які потребують статичних поз, та активних рухових дій (рухливі ігри, гімнастика, спортивні тренування тощо). Режим допомагає сформувати систему ціпких умовних рефлексів. Це означає, що кожна попередня діяльність організму є свого роду умовним подразником, сигналом для наступної, завдяки чому вона оптимально підготовляє організм до найкращого здійснення наступної діяльності. Отже, основним засобом профілактики порушень постави є правильна організація статико-динамічного режиму, який включає в себе повний спектр ситуацій, пов'язаних із регулюванням навантажень на опорно-руховий апарат дитини. Важливою складовою режиму є правильне харчування. Доведено, що науково обґрунтовані режими харчування в цілому суттєво впливають на фізичний розвиток, форми і функції організму дітей молодшого шкільного віку. Дитина повинна харчуватися регулярно, отримувати правильне та збалансоване харчування, що забезпечує у відповідності з віком достатнє надходження в організм пластичних та енергетичних речовин, макро- і мікроелементів. Слід пам'ятати, що характер харчування багато в чому визначає стан кісткової тканини, зв'язочного апарату, м'язового корсету. Сон – найбільш повноцінний відпочинок, під час якого процеси відновлення в організмі переважають над процесами розпаду. Нервові клітини при цьому посилено постачаються необхідними поживними речовинами. Для того щоб сон був справжнім відпочинком, необхідні не тільки дотримання режиму, а й оптимальна його тривалість, постійний притік свіжого повітря, правильна поза, раціональна організація місця для сну, яке повинно відповідати певним вимогам. Надзвичайно важлива для формування та корекції постави організація робочого місця для навчання дитини. Неправильне положення тіла, пов'язане з необхідністю тривалого збереження робочої пози,

однобічним обтяженням м'язів створює несприятливі умови для функціонування всіх органів та систем організму. І навпаки, раціональна організація робочого місця сприяє підвищенню працездатності та гармонізації функцій різних систем організму учнів. До гігієнічних чинників профілактики постави належить також правильний вибір одягу і взуття. Їхні покрій та розміри не повинні заважати вільним природним рухам дитини, порушувати кровообіг і дихання. Щодо взуття, то відомо, що деформація постави може починатися з нижніх кінцівок. Плоскостопість і вальгусна деформація колінних суглобів може здійснювати вплив на положення таза і поставу в цілому. Отже, значення правильно підбраного взуття не можна недооцінювати.

Використання оздоровчих сил природи з метою формування та корекції постави в молодшому шкільному віці може здійснюватися за двома основними напрямками: 1) використання супутніх чинників; 2) використання відносно самостійних засобів. Супутні чинники забезпечують сприятливі умови для занять фізичними вправами, доповнюючи й посилюючи ефективність впливу рухів на організм дітей. Відносно самостійні чинники – це передусім різноманітні процедури загартування, які за умови грамотного включення в режим життя стають формою активного відпочинку, підвищують ефект відновлення після навчання, створюють позитивні емоції. Одна з головних вимог використання оздоровчих сил природи – їх системне і комплексне застосування в поєднанні з фізичними вправами. Обов'язковим для дитини повинно стати систематичне щоденне перебування на свіжому повітрі на протязі не менш ніж 2-3 годин; цей час мають займати прогулянки, рухливі ігри, походи, спортивні розваги тощо.

Загартування є надзвичайно важливим засобом фізичного виховання будь-якої дитини. Це система заходів, під впливом якої без шкоди для здоров'я діти можуть переносити коливання температури повітря й води. Організм безперервно повинен бути урівноваженим з умовами навколишнього середовища, що змінюються, а це здійснюється за допомогою умовних рефлексів. Важливість комплексного застосування різних засобів загартування пояснюється, у свою чергу, тим, що застосування одного якогось засобу підвищує опірність організму тільки до одного подразника.

Але слід брати до уваги і протипоказання до деяких заходів і процедур загартування. Наприклад, протипоказаннями до прямого сонячного випромінювання є підвищена нервова збудженість, стан одразу після хвороби, кровотечі, хворобливі реакції на вплив сонячної радіації, головні болі, органічні захворювання нервової системи, гемофілія, хвороби серця, прогресивні та активні форми туберкульозу легенів.

В цілому ж, підсумовуючи сказане вище, можемо зробити **висновок**, що всі названі чинники – як засоби фізичного виховання – є дуже цінними й важливими для формування, профілактики та корекції постави за умови їх обґрунтованого вибору, правильного дозування, поєднання разом з іншими чинниками.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

*Студентка I курсу (017 Фізична культура і спорт): Попович М.
Науковий керівник: канд. пед. наук Тетяна ХОМА*

Ключові слова: рухова активність, дистанційне навчання, комплекс загальнорозвивальних вправ.

Вступ. Сьогодні важливого значення набуває проблема підтримання належного стану функціонування організму, забезпечення життєдіяльності людини. Особливо це стосується молоді, адже рухова активність – один із ключових чинників відновлення розумової працездатності, що є надважливою умовою досягнення високих результатів у навчанні. Систематична рухова активність сприяє зміцненню здоров'я, покращує функції організму. Навчаючись та працюючи дистанційно, людина мінімізує рухову активність, відтак, – погіршується її фізична форма, знижується імунітет.

У нормативно-законодавчій базі Міністерства освіти і науки України дистанційне навчання визначається, як «індивідуалізований процес набуття знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності людини, який відбувається в основному за опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій» [3].

Як бачимо, дистанційне навчання дозволяє забезпечити індивідуальну освітню траєкторію здобувача освіти, а також неперервність освітнього процесу у випадках надзвичайних обставин. Міністерство освіти й науки України розробило Методичні рекомендації щодо організації освітнього процесу у 2021/2022 навчальному році в початковій школі в умовах воєнного часу: «В умовах воєнного стану набуває особливостей психологічний супровід всіх учасників освітнього процесу. Пропонуємо вчителям початкових класів, практичним психологам, соціальним педагогам (в закладах освіти, де вони є), проводити мотиваційні п'ятихвилинні «ранкові зустрічі», у тому числі психологічні хвилинки для учнів усіх вікових категорій (залежно від форми навчання онлайн чи в реальному часі)» [2].

Варто зазначити, що у процесі дистанційного навчання підтримання належної фізичної форми для профілактики порушень як фізичного, так і психічного станів є пріоритетним, тому проблема удосконалення рухової активності набуває актуального змісту.

Означене питання висвітлено у дослідженнях науковці (Гордієнко О, Мовчан В., Петренко Ю, Махонін І., Плешакова О. та інші).

Відтак, О. Гордієнко, В. Мовчан [1] пропонують для раціональної організації рухового режиму студентів вищої освіти під час дистанційного навчання спеціально організовану модель щотижневих рухових занять, яка включає: перелік форм фізичного виховання, кількість годин на тиждень, їх

розрахункову енергетичну цінність, визначення приблизного змісту кожної форми.

Аналізуючи проблему рухової активності студентів в умовах дистанційного навчання, Ю. Петренко, І. Махонін акцентують увагу на залученні інформаційних технологій, так як «у сучасних реаліях нашого життя є можливість використовувати велику кількість різних інформаційних ресурсів для проведення у режимі он-лайн занять, тренувань, надання консультацій, перегляду відео» [4, с. 62].

Мета дослідження: визначити шляхи удосконалення рухової активності студентів у процесі дистанційного навчання.

Матеріали та методи. Вивчення означеної проблеми базувалось на опрацюванні нормативно-законодавчої бази, навчально-методичної та фахової літератури; серед методів наукового дослідження використано аналіз, синтез, спостереження, бесіда, узагальнення.

Результати дослідження. Дослідження проводилося під час практичного навчання. Бесіда зі студентами дала можливість узагальнити, що у процесі дистанційного навчання значну кількість часу вони проводять за гаджетами, менше перебувають на свіжому повітрі, хоча й відвідують тренування у вільний від занять період, однак для повноцінної рухової активності цього недостатньо.

Серед шляхів удосконалення рухової активності студентів у процесі дистанційного навчання можемо запропонувати низку завдань:

– ранкові руханки з музичним супроводом, що дадуть можливість розім'яти всі групи м'язів, налаштуватись на процес навчання. Пропонується спочатку розминка невеликих груп м'язів – рук, ніг, а потім тулуба, можна додати вправи з м'ячем або скакалкою;

– короткі активні перерви протягом дня, до яких рекомендується включити танці, виконання домашніх обов'язків, фізичних вправ, що активізують діяльність серцево-судинної, дихальної та інших систем організму; можна застосувати медитацію, глибокі вдихи і видихи допоможуть зберігати спокій;

– Інтернет-тренінги, що пропонують вправи на різні частини тіла та м'язів і передбачають диференціацію складності тренувань. При цьому збільшення і зменшення навантаження має бути хвилеподібним. Рекомендується виконувати всі вправи у своєму власному темпі, орієнтуючись на індивідуальні особливості організму;

– вправи для очей, серед яких: «Коло», «Діагональ», «Лінія», «Квадрат» та «Пісочний годинник», що є вкрай важливими у процесі дистанційного навчання. Виконання означених вправ допоможе зняти напруження та зберегти здоров'я очей. Пропонується робити їх наприкінці занять або під час перерв.

Таким чином, для покращення фізичного стану студентів та їх самопочуття під час дистанційного навчання необхідною є систематична рухова активність, що сприятиме приведенню організму до працездатності, підвищенню імунітету, оптимізує здобувачів освіти до навчальної діяльності.

Література:

1. Гордієнко О., Мовчан В. Шляхи удосконалення рухової активності студентів в умовах дистанційного навчання. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. № 10, 2022. С.162-169.

2. Методичні рекомендації щодо організації освітнього процесу у 2021/2022 навчальному році в початковій школі в умовах воєнного часу. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/rozrobleno-metodichni-rekomendaciyi-shodo-organizaciyi-osvitnogo-procesu-u-20212022-navchalnomu-roci-v-pochatkovij-shkoli-v-umovah-voyennogo-chasu>.

3. Про затвердження Положення про дистанційне навчання: Наказ Міністерства освіти і науки України від 25.04.2013 № 466. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0703-13#Text>.

4. Петренко Ю., Махонін І. Фізична активність студентів в умовах вимушеного дистанційного навчання з використанням інформаційних технологій. Науково-методичні основи використання інформаційних технологій в галузі фізичної культури та спорту, 2020, №4. С.60-63.

ВПЛИВ ЛЕГКОАТЛЕТИЧНИХ ВПРАВ НА ПРОЦЕС ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Студентка I курсу (017 Фізична культура і спорт): **Канюка В.М.**
Науковий керівник: канд. наук з фіз. виховання і спорту **Наталія СЕМАЛЬ***

Вступ. Інтенсифікація навчально-виховного процесу, погіршення екологічних та економічних умов життя вимагають від організму школяра, особливо в період навчання у початкових класах, специфічної адаптації до статичного компонента, пов'язаного з розумовим і фізичним навантаженням. Вивченню проблеми молодшого шкільного віку присвятили свої дослідження Е.С. Вільчковський, О.Д. Дубогай, Н.В. Москаленко, В.В. Столітенко, Н.О. Фролова [2].

Відомо, що нестача рухової активності у житті дітей шкільного віку є однією з причин порушення багатьох життєво важливих процесів. Дані досліджень українських фахівців свідчать, що 36,4% учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я. За останні 20 років виявлено зменшення показників маси тіла у школярів, особливо у віці становлення статевих функцій як у дівчаток, так і у хлопчиків. З іншого боку, в Україні – 10% дитячого населення мають надмірну масу тіла. На думку деяких авторів, ці дані не відповідають дійсності і реальний рівень поширеності ожиріння в дитячому віці є значно більшим [2,3].

Тому, підвищення рівня рухової активності дітей молодшого шкільного віку у комплексі з іншими факторами здорового способу життя видається ефективним напрямом вирішення проблеми підвищення рівня фізичного стану та рівня здоров'я [2].

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати вплив легкоатлетичних вправ на процес формування здорового способу життя у дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали і методи. Для реалізації мети застосовувались наступні методи дослідження: теоретичний аналіз проблеми на основі вивчення науково-методичної літератури, аналіз програмно-методичних і нормативних документів, педагогічні спостереження.

Результати. В концепції нової української школи серед основних принципів фізичної культури зазначено формування здорового способу життя і створення умов для фізичного і психоемоційного розвитку дитини [4]. Складові здорового способу життя містять елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я-фізичної, психічної, соціальної і духовної. Одним із найважливіших показників ЗСЖ є оптимальна рухова активність. Найперспективніший напрям оптимізації фізичного виховання є раціональне використання ефективних засобів і методів розвитку фізичних якостей дітей молодшого шкільного віку з метою зміцнення їх здоров'я, покращення фізичного розвитку і фізичної підготовленості [2].

Аналізуючи програми з фізичного виховання, можна визначити, що серед засобів рекомендованих для школярів найбільшою популярністю користуються спортивні та рухливі ігри, східні оздоровчі системи при значному зменшенні обсягу інших вправ, зокрема легкоатлетичних. Проте засоби легкої атлетики мають досить широкий спектр дії [1]. Різноманітність вправ, можливість варіювання і чіткого дозування у ходьбі, бігу, стрибках і метаннях дозволяють успішно використовувати їх у заняттях з людьми різного віку, статі та рівня фізичної підготовки. Більшість легкоатлетичних вправ не потребує спеціального обладнання і спорядження. Значну частину занять можна проводити на місцевості або на найпростіших майданчиках, як правило, на свіжому повітрі. У цьому плані важко переоцінити оздоровче значення цього виду спорту [1,2].

Науковцями доведено, що уроки фізичної культури з переважним використанням засобів легкої атлетики сприяють оздоровленню дитячого організму, подальшому фізичному розвитку і покращенню фізичної підготовленості учнів початкової школи [1].

Висновки.

1. Теоретичний аналіз науково-методичної літератури дає змогу стверджувати, що легкоатлетичні вправи займають важливе місце у розвитку фізичних якостей та початкової спортивної підготовки дітей молодшого шкільного віку.

2. Використання легкоатлетичних вправ на уроках фізичної культури сприяє реалізації освітніх, оздоровчих та виховних завдань шкільної навчальної програми, а також формуванню здорового способу життя.

Література.

1. Борейко М.М. Оптимізація фізичного виховання дітей 7-8 років засобами легкої атлетики: автореф. дис. канд. наук з фіз.вих і спорту. Львів, 2002. 22-29 с.

2. Дубогай О.Д., Пангелов Б.П., Фролова Н.О. та ін. Інтеграція пізнавальної і рухової діяльності в системі навчання і виховання школярів. Київ.: Оріяни, 2001. 152 с.
3. Дудіна О.О. Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні. Ч.П. Забезпечення принципу соціальної справедливості відносно здоров'я дітей та підлітків / О.О. Дудіна, Г.О. Слабкий, Р.О. Моїсеєнко, та ін.// Вісник соціальної гігієни і організації охорони здоров'я України. – 2008. - №2. – С.8-19.
4. Нова українська школа: poradnik для вчителя. За заг. ред. Н. М. Бібік. Київ: Літера ЛТД, 2018. 160 с.

ГІМНАСТИЧНІ ВПРАВИ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ ГНУЧКОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Студентка I курсу (017 Фізична культура і спорт): Тимочко К.О.
Науковий керівник: ст. викладач **Олександр ТИМОЧКО***

Ключові слова: гімнастичні вправи, гнучкість, молодший шкільний вік.

Вступ. У молодшому шкільному віці закладаються основи здоров'я, довголіття і гармонійного фізичного розвитку, і хоча цей розвиток є закономірним біологічним процесом, однак на нього можна впливати у потрібному напрямку, виходячи з анатомо-фізіологічних і психологічних особливостей дитини. В той же час, через недостатній рівень розвитку гнучкості може негативно впливати на процеси вивчення та удосконалення техніки виконання фізичних вправ. Раціонально організоване використання арсеналу гімнастичних вправ направлене на розвиток гнучкості дітей молодшого шкільного віку забезпечить оптимальний рівень оволодіння і виконання різноманітних рухових дій та розвитку інших фізичних якостей.

Численні дослідження указують на те що найбільш високі природні темпи розвитку гнучкості спостерігаються у дітей віком від 6 до 8 років та від 9-11 років. У цілому рухливість великих ланок тіла збільшується до 13-14 років і стабілізується до 16-17 років, а після 17 років демонструє стійку тенденцію до зниження.

Мета дослідження: вивчення методичних засад процесу виховання гнучкості у дітей молодшого шкільного віку засобами гімнастики та обґрунтування ефективності комплексів фізичних вправ для розвитку гнучкості.

Матеріали та методи. У процесі вивчення зазначеної проблеми опрацьовано навчально-методичну та фахову літературу, проведений педагогічний експеримент та тестування. Для обробки результатів використовувалися методи математичної статистики.

Результати дослідження. Заняття з використанням гімнастичних вправ для розвитку гнучкості це комплексна система оздоровлення і розвитку людини,

яка ґрунтується на знаннях не тільки методики й техніки виконання фізичних вправ, але й анатомії, фізіології, педагогіки, основ харчування тощо. Нами було розроблена навчально-тренувальна програма розрахована на дітей молодшого шкільного віку (7-10 років). Було сформовано дві групи по 8 чоловік - контрольна і експериментальна. Навчально-тренувальна програма застосовувалася під час занять з дитячого фітнесу в фітнес центрі Фітлайф м. Ужгорода на протязі 30 днів (12 занять). Тривалість одного заняття – 40 хвилин.

Перед та після педагогічного експерименту було проведене тестування для оцінки рівня гнучкості учасників контрольної і експериментальної групи. Вимірювалися показники гнучкості хребетного стовпа, гнучкості у кульшових та плечових суглобах.

Зміст навчально-тренувальної програми занять складався з комплексу гімнастичних вправ, спрямованих на розвиток гнучкості, а також динамічної і статичної рівноваги, здібності до ритмізації рухів, який містить: комплекс гімнастичних вправ у парах; комплекс гімнастичних вправ зі скакалкою; комплекс гімнастичних вправ з обручем; комплекс вправ для розвитку рухливості і гнучкості хребта. Основною методичною умовою, якої дотримувалися в роботі над розвитком рухливості в суглобах, є обов'язкова розминка перед виконанням вправ на розтягування. Вправи на розтягнення виконувалися серіями в певній послідовності: вправи для суглобів верхніх кінцівок, тулуба і нижніх кінцівок; між серіями – вправи на розслаблення. У процесі розвитку гнучкості в дітей експериментальної групи було чітко дозовано навантаження й виконання рухів виконувалося з поступовим збільшенням амплітуди, щоб занадто не розтягувати в дітей м'язи та зв'язки, щоб не викликати в дітей болючих почуттів.

Як показали результати дослідження показників рівня розвитку гнучкості у учасників експериментальної групи, які займалися по розробленій нами навчально-тренувальній програмі, збільшилися більше, ніж у учасників контрольної групи. Так після проведення тестування для оцінки рівня гнучкості у плечових суглобах у експериментальній групі середній результат збільшився на 5 см, а у контрольної на 2 см, рівень гнучкості у кульшових суглобах у експериментальної групи покращилися на 5,1 см, а у контрольної на 2,5 см, рівень гнучкості хребетного стовпа у учасників експериментальної групи покращився на 7.4 см, у учасників контрольної – 2,45 см.

Висновки

1. Аналіз науково - методичної літератури дозволив вивчити широке коло питань, що характеризує процес розвитку гнучкості у дітей молодшого шкільного віку. Внаслідок узагальнення теоретичних знань і положень виявлені: особлива значущість гнучкості в різних видах життєдіяльності, а також для фізичного розвитку дитини; вікова схильність дітей молодшого шкільного віку до направленого виховання гнучкості, зумовлена рядом анатоμο-фізіологічних особливостей; гімнастичні вправи являються базовим засобом підвищення рівня розвитку гнучкості в процесі фізичного виховання в молодшому шкільному віці.

2. Використання гімнастичних вправ повинне бути розвивальним, раціонально організованим, домірно насиченим і не лише служити фоном для епізодичних рухових дій, а бути стимулом, спонуканням для розвитку фізичних якостей дитини, оздоровлення та загального фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку.

3. Кількісний і якісний аналіз результатів проведеного дослідження продемонстрував ефективність використання гімнастичних вправ в процесі розвитку гнучкості у дітей молодшого шкільного віку .

Список використаних джерел :

1.Алтер М.Дж. Наука о гибкости. Киев: Олимпийская литература, 2001. — 422 с.

2. Задворний Б. Р. Методика розвитку гнучкості дівчат старшого шкільного віку засобами стретчингу. –Дисертація. Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2021

3. Карпенко Л. А. Теория и методика физической подготовки в художественной и эстетической гимнастике : учеб. пособие / подобщей ред. Л.А. Карпенко, О. Г. Румба. М. : Сов. спорт, 2014. 264 с

4.Виховання гнучкості у дітей молодшого шкільного віку засобами оздоровчої гімнастики за системою хатха-йога: наукова робота, URL: <https://vseosvita.ua/library/naukova-robota-vihovanna-gnuckosti-u-ditej-molodsogo-skilnogo-viku-zasobami-ozdorovcoi-gimnastiki-za-sistemou-hatha-joga-261407.html> Красильнікова О.І, 2017-2019,м.Біла Церква

5.Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання.Загальні основи теорії у методики фізичного виховання том 1,НУФВСУ Олімпійська література 2008

8.Мугінова О. Гімнастичні вправи для розвитку гнучкості дітей до семи років. Львів: Думка, 2018, 167 с.

ДО ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ІНТЕРВЕНЦІЙНИХ ЕПІДЕМІОЛОГІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*Магістрант II року навчання: Рябінчук М. В.
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Геннадій СЛАБКІЙ*

Ключові слова: громадське здоров'я, інтервенційні епідеміологи, підготовка.

Вступ. Однією основних оперативних функцій системи громадського здоров'я є інтервенційна епідеміологія. Головним принципом інтервенційної епідеміології є застосування науково обґрунтованих даних. Фахівці використовують епідеміологічні навички для визначення проблем громадського здоров'я, вимірюють фактори ризику, а також розробляють та оцінюють програми, що сприяють покращенню здоров'я населення. В теперішній час в

системі громадського здоров'я України кваліфіковані спеціалісти даного профілю відсутні.

Мета дослідження. Вивчити та проаналізувати стан підготовки для системи громадського здоров'я України спеціалістів із інтервенційної епідеміології.

Матеріали та методи. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження виступили навчальні матеріали центру громадського здоров'я МОЗ України.

Результати досліджень. Центр громадського здоров'я МОЗ України другий рік проводить роботу з підготовки спеціалістів із інтервенційної епідеміології для системи охорони здоров'я України.

Для цього створена **Інтервенційна епідеміологічна служба (ІЕС).** **Інтервенційна епідеміологічна служба (ІЕС)** — це програма підготовки фахівців та надання послуг на засадах інтервенційної (прикладної) епідеміології, що посилює кадровий потенціал системи громадського здоров'я в Україні. Навчання відбувається без відриву від основної роботи фахівців громадського здоров'я.

Резидентами ІЕС являються: епідеміологи; лікарі загальної гігієни; працівники лабораторій системи громадського здоров'я; фахівці Держпродспоживслужби.

Головна мета — посилення здоров'я населення країни шляхом: надання основних послуг у сфері ГЗ; підготовки кадрів, що працюватимуть у пріоритетних напрямках системи ГЗ; зміцнення потенціалу системи ГЗ та відповідної інфраструктури країни.

ІЕС надає послуги та посилює кадровий потенціал у системах ГЗ з метою: поліпшити виявлення та відповідь на гострі проблеми, такі як спалахи, природні й техногенні катастрофи, а також інші надзвичайні події у сфері ГЗ; зміцнити наукову базу для прийняття програмних і політичних рішень щодо попередження та контролю захворювань і небезпечних станів; посилити системи нагляду за допомогою оцінок, управління наявними або новими системами спостереження; підготувати місцевий медичний персонал; підвищити ефективність поширення епідеміологічної інформації шляхом розміщення її у національному епідеміологічному бюлетені, публікації статей у журналах, а також надання відомостей нагляду особам, які приймають рішення.

Навчальний курс базового рівня триває 3 місяці й охоплює такі теми:

- 1) основи епідеміології (2 тижні);
- 2) поглиблена епідеміологія (2 тижні);
- 3) епідеміологія неінфекційних захворювань;
- 4) готовність у сфері громадського здоров'я/біобезпека/біозахищеність;
- 5) управління у сфері громадського здоров'я;
- 6) викладацьке мистецтво для майбутніх викладачів (training of trainers, TOT).

Резидентам програми викладаються модулі з базової та поглибленої епідеміології.

Типовий навчальний модуль — це річна програма із обраними тренінговими курсами та кількома польовими роботами, як-от розслідування спалахів і реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я, а також епідеміологічні дослідження.

Польова робота

Надзвичайні події у сфері громадського здоров'я. Розслідування і реагування на спалахи та інші надзвичайні ситуації у сфері ГЗ є важливою частиною польової роботи ІЕС. За потреби «медичні детективи» ІЕС будуть відряджені на місця розгортання подій у країні, щоб допомогти урядові у важливих розслідуваннях і реагуванні на НС.

Діяльність з нагляду. Мешканці відстежують вхідні дані нагляду для оперативного виявлення спалахів. Вони будуть повністю залучені до розробки систем нагляду, їх удосконалення та оцінювання.

Плановані епідеміологічні дослідження є обов'язковим елементом практичної підготовки. Темі добирають відповідно до пріоритетів громадського здоров'я України, включно із програмами вертикального контролю. Завдяки цим дослідженням мешканці отримують достовірні дані для підтримки прийняття рішень на основі доказової інформації.

Презентація наукового курсу на міжнародних конференціях. Резиденти програми матимуть змогу презентувати свої дослідження на міжнародних наукових конференціях за рахунок програми ІЕС.

Заохочується **публікація досліджень** резидентів у міжнародних та місцевих журналах.

Сертифікація.

Після складання більш ніж 80% компетенцій резиденти отримують сертифікат про завершення курсу, зокрема таких його складових:

- епідеміологічні методи;
- епіднагляд громадського здоров'я;
- епідеміологія пріоритетних захворювань і травм;
- комунікація;
- навчання та наставництво;
- управління та лідерство;
- лабораторія і біобезпека.

ОКРЕМІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ КАМПАНІЙ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Аспірант I року навчання: Лінніков С. В.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Іван МИРОНЮК

Ключові слова: оцінка ефективності, інформаційні кампанії, громадське здоров'я.

Вступ. Найбільш значного розвитку підходи до оцінки ефективності різноманітних інформаційно-комунікативних кампаній набули у сфері підприємницької діяльності та бізнесу. Зв'язки з громадськістю (PR-діяльність) є невід'ємною і важливою складовою діяльності організацій, компаній і підприємств, які задіяні в різних секторах економіки держави. Фахівці у сфері організаційних комунікацій та PR вважають, що PR-діяльність значно заощаджує кошти для будь-якої організації, а поява нових технологій дозволила відразу побачити її переваги. Такі платформи, як Twitter, Facebook, LinkedIn тощо, вивели PR за межі прес-релізів та інтерв'ю для ЗМІ. Деякі успішні PR-кампанії використовують соціальні мережі зі значними відчутними результатами. PR-комунікації допомагають в управлінні брендом та репутацією, а головне – у формуванні лояльності та залученості [1]. В той же час, система оцінки ефективності PR-кампанії в сучасних умовах потребує переосмислення і удосконалення. Так, протягом останнього десятиліття не відбулося значних змін у методах вимірювання та оцінювання результатів PR-діяльності. Цифрові технології стають невід'ємною частиною PR, а комунікаційна галузь диверсифікується у нові сфери, тому PR-галузі необхідно переосмислити засади, на яких вона завжди працювала [1]. Щось подібне спостерігається і у царині соціальної реклами. Так, на думку фахівців з державного управління, соціальна реклама, що виробляється в Україні, не завжди виконує покладені на неї завдання. В основному, вона розробляється зусиллями працівників третього сектора, які завдяки своїй спеціалізації не можуть професійно розробити повідомлення, визначити канали комунікації, а також розробити цілісну та дієву рекламну кампанію, спрямовану на вирішення соціальної проблеми [2]. Тому розробка простих і ефективних інструментів оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній в соціальній сфері взагалі, і громадському здоров'ї, зокрема, є актуальним.

Мета дослідження - проаналізувати сучасні погляди на методи оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній загалом та окреслити потенційні можливості їх застосування в сфері громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Методологічною основою дослідження є теоретичні положення зарубіжних та вітчизняних учених у сфері управління зв'язків з громадськістю та соціальної реклами. Для досягнення мети було використано системний підхід до аналізу інформації; методи порівняння, абстрагування та узагальнення.

Результати досліджень. Власне розуміння цілей і задач соціальної реклами як основи інформаційно-комунікаційних кампаній у сфері збереження і укріплення здоров'я населення визначає потенційні методи і підходи до оцінки їх ефективності. Так, сучасна соціальна реклама орієнтована на задоволення культурних запитів населення шляхом впровадження певних цінностей і стандартів. Рекламні стандарти, цінності, які вона просуває, претендують на роль загальнолюдських норм поведінки, які треба наслідувати. Реклама сприяє формуванню стереотипного мислення, особливо в молоді. При цілеспрямованому впливі на формування ціннісних орієнтацій споживача можна

відповідно спрямовувати його поведінку [3]. У сфері бізнесу і підприємництва на сьогодні розроблено низку систем і методів комплексної оцінки ефективності PR-кампанії: тришарова або триступенева модель (модель «РІІ» С. Катліпа, А. Сентра, Г. Брума); Триступенева пірамідальна модель макрокомунікації Д. Макнамара; «вимірювальна лінійка» ефективності зв'язків з громадськістю В. Лінденманна та інші [1]. Найбільш популярною на сьогодні стала Інтегрована система оцінки (AMEC's Integrated Evaluation Framework), яка є інтерактивним універсальним шаблоном, що дозволяє PR-спеціалісту скласти стратегічний план майбутньої PR-кампанії або детально проаналізувати вже впроваджену [4]. Але усі ці системи і моделі є доволі складні, вимагають залучення фахівців у сфері моніторингу і оцінки та фінансових ресурсів. Тому їх використання в соціальній сфері, зокрема і у сфері громадського здоров'я є обмеженим. Фахівці у сфері соціальних комунікацій вважають, що методика оцінювання соціальної реклами має відповідати таким критеріям: комплексний підхід до виконання аналізу соціально-економічного середовища країни, регіону тощо; можливість виконання аналізу в оперативному режимі та зіставлення з плановими показниками; доступність інформаційного забезпечення аналізу (необхідність залучення додаткової інформації, середньогалузевих показників, застосування новітніх технологій); витрати часу на виконання аналізу; можливість інтегральної оцінки соціально-економічного становища країни, регіону тощо; диференційований підхід до виконання аналізу соціально-економічного становища країни, регіону тощо [5]. В той же час, мінімальний обсяг програми оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній в сфері громадського здоров'я має передбачати ще на етапі розробки кампанії скласти план її оцінки, визначивши зокрема: методи оцінки та час її проведення: оцінка результатів кампанії; оцінка ефективності використання ресурсів; оцінка поточного процесу (моніторинг); оцінка уроків кампанії; визначення хто має проводити оцінку (незалежні оцінювачі або самі учасники проекту). На кожному етапі оцінки ефективності необхідно використовувати різні інструменти оцінки і моніторингу. До прикладу: аналіз змісту статей у газетах; прослуховування радіо/перегляд телебачення, щоб упевнитись у тому, що повідомлення передаються в узгодженій формі; опитування з метою ознайомлення з реакцією на плакат, листівку, транспарант; обговорення в фокус-групах з метою дослідження впливу повідомлення і виявлення можливих непорозумінь та інші. При оцінці результатів важливим є опитування громадської думки (на базі репрезентативної вибірки) шляхом використання анкети з таких блоків: самооцінка інформованості про різні аспекти інформаційної кампанії; самооцінка динаміки освіченості протягом інформаційної кампанії (порівнюючи з моментом її початку); виявлення ефективних джерел інформації та інше. Загалом, широке використання простих і доступних інструментів оцінки ефективності на усіх етапах реалізації кампанії. Важливо, щоб заходи з оцінки ефективності були заплановані уже на етапі планування власне інформаційно-комунікаційної кампанії; передбачали процеси як оцінки результатів кампанії,

так і моніторинг процесу її реалізації; включали щонайменше індикатори оцінки ефективності використання ресурсів, результатів і впливу кампанії.

Висновки. На фоні значних досягнень в розробці і реалізації методик і систем оцінки ефективності PR-кампаній у сфері підприємництва та бізнесу є нагальна необхідність розробки простих і доступних, але ефективних підходів до оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній у сфері збереження і укріплення здоров'я населення, які повинні плануватися уже на етапі планування власне самих кампаній і включати усі необхідні компоненти моніторингу і оцінки ефективності.

Література

1. Мироненко В. В. Вимірювання ефективності PR-діяльності: варіативність критеріїв та підходів. *Communications and Communicative Technologies*. 2020; Вип. 20: С.107-115.
2. Курбан О.В. Соціальна реклама: держзамовлення, ринок маркетингових комунікацій чи сфера громадської відповідальності суспільства? *Дзеркало тижня*. 2007; №16 (625): С.26.
3. Колядюк Р. Соціальна реклама – інструмент впливу на масову свідомість та стиль життя у суспільстві. *Теорія і практика соціальної реклами в Україні: тези допов.наук.конф.* Київ, 2004: С.44-45.
4. AMEC's Integrated Evaluation Framework. Available at: <https://amecorg.com/amecframework>
5. Ревенко Т.В. Методика оцінювання ефективності соціальної реклами органів влади в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2011; Вип.2(33): С.1-7.

МОДЕЛІ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В ПЕРІОДИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ ТРИВАЛИХ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ

Аспірант І року навчання: Лепканич А.О.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Іван МИРОНЮК

Ключові слова: харчування, карантин, здоров'я, дистанційне навчання, студентська молодь.

Вступ. Однією з провідних проблем охорони здоров'я є поширення практик нераціонального харчування серед населення. Нераціональне харчування є визначальним у виникненні та розвитку таких факторів ризику низки захворювань, як надлишкова маса тіла, порушення ліпідного обміну, порушення толерантності до вуглеводів та інших. Харчування має численні складові, пов'язані з ризиком для здоров'я [1]. Зв'язок інтелекту та якості харчування доведений у працях вчених Айзенка і Шоєнталера (Eysenck, Schoenthaler, 1997), які вивчали вплив вітамінів і мінералів на коефіцієнт інтелекту. Ці автори відзначають, що в будь-якому з відомих досліджень

спостерігався приріст невербального інтелекту при нормалізації рівня вітамінів і мінералів у їжі. Практично, немає такого вітаміну, який би не впливав на пам'ять, швидкість реакції і багато інших фізичних і когнітивних характеристик.

Для повноцінного функціонування мозку необхідні певні поживні речовини. Чим краще «паливо» отримає наш мозок, тим краще він працює. Щоб мозок не працював цілодобово на травлення, а виконував правильну роботу, необхідно харчуватися калорійно, але збалансовано [2]. Вірно підібрана система харчування у свою чергу сприятиме покращенню інтелектуальних здібностей не тільки студентської молоді, але і всього населення загалом.

Мета дослідження. Вивчити особливості моделей харчування студентської молоді в періоди дистанційного навчання в умовах суворого карантинного обмеження.

Матеріали та методи Для досягнення поставленої мети було використано метод спеціального соціологічного дослідження (анонімне он-лайн опитування з використанням оригінальної анкети сформованої за допомогою Google сервісу), медико-статистичний для опрацювання отриманих результатів соціологічного дослідження.

Результати дослідження. В ході дослідження було проведено анонімне опитування студентської молоді, під час дистанційного навчання в умовах карантинного обмеження з використанням сервісу Google-форми у лютому 2022 року. Участь в опитуванні взяли студенти ДВНЗ «УжНУ» очної форми навчання п'яти факультетів. Було отримано 136 анонімних відповідей від респондентів, щодо їхньої моделі харчування в період дистанційного навчання. Серед здобувачів освіти денної форми навчання, які надіслали відповіді на опитування, а саме на питання: «Скільки разів на день Ви зазвичай приймаєте їжу?», кількість студентів, які вживають їжу 1-2 рази на день становить 40 осіб респондентів (29,4 % опитаних), студентська молодь, яка харчується 3-4 рази на день становить 77 (51,5% опитаних), кількість учасників дослідження, які харчуються 4 і більше разів на день, включаючи у свій раціон перекуси складає 19 (13,9% опитаних).

У результаті проведеного аналізу відповідей респондентів щодо власне режиму харчування студентської молоді в період карантинних обмежень свідчить про те, що цей компонент їхнього харчування у половини опитаних підпадає під норми раціонального харчування, так як більша частка студентів (51,5%) надали відповіді, що харчуються в режимі 3-4 рази на добу. Доволі важливим залишається питання наскільки якісним, збалансованим та багатим на поживні речовини є їх харчування. Перш за все це залежить не тільки від кількості прийомів їжі на добу, але і від якості вживаних ними харчових продуктів.

Висновок. Отримані результати свідчать про те, що режим харчування студентської молоді в період дистанційного навчання у більшості знаходиться в межах норми по кількості прийому їжі на добу, що є однією із складових моделі здорового харчування. В той же час, режим харчування в період дистанційного

навчання майже половини опитаних має ознаки розбалансованості і це питання потребує додаткового поглибленого вивчення.

Література

1. Синячок В.М. Правильне харчування - запорука здорового образу життя життя / В.М. Синячок, А.О. Осінцев // «Науково-методичне забезпечення спеціальності «Здоров'я людини». Матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару-наради. — Полтава: 2012. С. 112-115.

URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/11798>

2. Гриньова, М.В., Коновал, Н.О. Вплив збалансованого харчування на розумову діяльність студентської молоді. Витоки педагогічної майстерності. 2014. Випуск 13. С.17-21.

URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/2887>

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНИХ СОЦІАЛЬНИХ ТА МЕДИКО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ З ІНВАЛІДНІСТЮ В РАМКАХ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТЕРИТОРІАЛЬНОГО РІВНЯ

Аспірант I року навчання: Кабацій Н. О.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Геннадій СЛАБКІЙ

Ключові слова: соціальні послуги, громадське здоров'я, територіальні громади.

Вступ. В теперішній час в Україні проводиться дві важливі реформи, які стосуються її територіального устрою та збереження та зміцнення здоров'я населення. Це створення територіальних громад і забезпечення виконання ними в тому числі соціальних функцій, а також формування системи громадського здоров'я базовим рівнем якої мають стати вказані громади. Важливою проблемою сьогодення є забезпечення населення з інвалідністю комплексними соціальними, медичними та реабілітаційними послугами.

Мета дослідження. Визначити концептуальні підходи до забезпечення населення з інвалідністю в рамках системи громадського здоров'я на рівні територіальних громад комплексними соціальними та медико-реабілітаційними послугами.

Матеріали та методи. Матеріали: нормативно-правові акти та наукові публікації з визначеної теми. Методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати досліджень.

Згідно існуючого законодавства України територіальні громади мають, при потребі, забезпечити населення, яке проживає в громаді необхідними послугами соціального та медичного характеру. Концептуально шляхи забезпечення вказаних послуг можуть бути різними - від створення умов для їх

надання до укладання угод з провайдерами різних форм власності для їх закупівлі.

Алгоритм впровадження на рівні громади:

- Прийняття відповідного рішення; створення робочої групи з вивчення потреби, розробка плану роботи;
- Вивчення реальної кількості населення громади з інвалідністю та населення, яке потребує даного виду комплексної допомоги, але юридично інвалідність не встановлено з визначенням причин, умов проживання та рівня отримання відповідної допомоги;
- Визначення потреби кожної особи та громади в цілому в комплексних соціальних та медико-реабілітаційних послугах;
- Відповідно до чинного законодавства України:
- - визначення переліку і обсягу послуг, які мають надаватися державою із скерування відповідних документів до відповідальних органів державної влади;
- - визначення перелік і обсяг послуг, які мають надаватися на рівні громади;
- - визначення обсягу фінансування необхідного для забезпечення населення вказаними послугами;
- - проведення аналізу спроможності громади щодо забезпечення населення вказаними комплексними якісними послугами.

Далі задача системи громадського здоров'я полягає в інформуванні населення громади про результати аналітичної роботи робочої групи та потреби населення громади в комплексних соціальних, медичних та реабілітаційних послугах. Організуються на рівні громади слухання з обговорення та потреби розробки і прийняття цільової територіальної програми по забезпеченню населення комплексними соціальними та медико-реабілітаційними послугами.

Наступним кроком дій на рівні громади має бути прийняття управлінського рішення депутатським корпусом громади цільової територіальної програми по забезпеченню населення комплексними соціальними та медико-реабілітаційними послугами з заходами з її реалізації.

Впровадження прийнятої програми та виконання заходів здійснює адміністративне керівництво громади та створюється міжсекторальна координаційна рада, які щорічно (при необхідності частіше) звітують перед депутатським корпусом та громадою за стан її виконання.

При необхідності програма та заходи корегуються прийняттям відповідних рішень.

СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ: РЕЗУЛЬТАТИ КРОС-СЕКЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Аспірант I року навчання: Балашов К.О.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Геннадій СЛАБКІЙ

Ключові слова: соціальний маркетинг, неінфекційні захворювання, соціальні детермінанти

Вступ. Неінфекційні захворювання (НІЗ) є провідною причиною захворюваності та смертності населення в Україні та світі. Загальновизнаним є, що ефективно впливати на них на індивідуальному та популяційному рівнях можна через дві групи детермінант: метаболічні (підвищений АТ, гіперліпідемія, гіперглікемія, зайва вага) та поведінкові (вживання тютюну, малорухомий спосіб життя, нездорове харчування та надмірне споживання алкоголю).

Краще розуміння соціальних чинників впливу на здоров'я дозволить оптимізувати тактику комунікаційних дій, спрямованих на корекцію поведінкових детермінант виникнення НІЗ. Крім того, визначення та подальша мінімізація виявлених перешкод до ведення здорового способу життя має зробити прийняття здорової поведінки бажанішим для населення через механізми, описані теорією соціального маркетингу.

Водночас, порівняння відповідей респондентів щодо чинників індивідуального та популяційного здоров'я є цінним матеріалом для уточнення знань про взаємодію соціального та особистого у сфері охорони здоров'я. Йдеться як про визначення міри впливу суспільства на формування способу життя особи, так і про закономірності вияву індивідуальних рис у цій сфері життєдіяльності людини. Більш комплексне розуміння внеску соціальних чинників у формування здоров'я населення дозволить скоригувати пріоритети у розподілі матеріальних, людських, інформаційних ресурсів, необхідних для ефективної промоції здоров'я на індивідуальному та популяційному рівнях.

Метою цієї праці є визначення основних соціальних детермінант, що впливають на здоров'я, за результатами самооцінювання дорослого населення України.

Матеріали та методи. Проаналізовані дані спільного дослідження НУОЗ України імені П.Л. Шупика, УжНУ та ГО «Асоціація профілактики та лікування неінфекційних епідемічних захворювань» (2020 р.). Репрезентативній для України вибірці (402 респонденти, що представляють усі регіони України) було запропоновано у електронній або паперовій формі відповісти на відкриті питання щодо соціальних чинників формування здоров'я населення, особистого здоров'я, а також чинників, що заважають відмовитися від нездорової поведінки.

Отримані дані були проаналізовані двома експертами згідно зі стандартними підходами до обробки відповідей на відкриті питання, за результатами обговорення сформований узгоджений перелік чинників.

Результати. За результатами опитування 224 респонденти відповіли на питання про чинники, які впливають на формування здоров'я населення та їх особисте здоров'я (А), і 149 респондентів – щодо чинників, які заважають відмовитися від нездорової поведінки (Б). Опрацювання відповідей двома незалежними один від одного експертами засвідчило, що слухачі виокремлюють 15 основних чинників впливу на групу питань А, та 11 – на питання Б.

Зокрема, найчастіше чинниками впливу на здоров'я називали фізичні та психосоціальні умови праці, традиції, членів сім'ї та друзів, законодавство, фінансовий стан, інформацію у ЗМІ, спосіб життя (зокрема, рівень фізичної активності, наявність достатнього відпочинку, здорове харчування та шкідливі звички), екологічну ситуацію, самосвідомість, економічний рівень країни, рівень медицини, рівень освіти тощо. Як видно з переліку, окремі чинники (напр., екологічна ситуація) не є соціальними у словниковому значенні цього терміну.

Порівняння відповідей на питання щодо чинників впливу на особисте та популяційне здоров'я демонструє істотні відмінності. Разом з умовами праці, родиною та особистим фінансовим станом, які займають приблизно однакові позиції у рейтингу провідних семи чинників, у впливі на здоров'я суспільства респонденти також виокремлюють традиції, законодавство та інформацію в ЗМІ, а на здоров'я особи – спосіб життя та самосвідомість. Дані закордонних та вітчизняних досліджень свідчать, що проактивна позиція щодо здоров'я, розуміння впливу способу життя та вища самосвідомість часто здатні компенсувати недоліки у законодавстві, традиціях чи навіть екологічній ситуації.

Основними чинниками, що заважають відмовитися від нездорової поведінки, були названі брак дисциплінованості та часу, умови праці, шкідливі звички, лень, дефіцит фінансів, наявність хвороб, відсутність умов для занять спортом, традиції та форс-мажорні обставини (напр., пандемія COVID19). Значна частина опитаних вважає свій спосіб життя здоровим.

Таким чином, під час розробки програм сприяння здоров'ю видається раціональним акцентувати увагу на конкретних прикладних заходах, що можуть впроваджуватися на індивідуальному рівні або в межах невеликих колективів. Так, наприклад, часткове впровадження дистанційної форми роботи та / або її гнучкого графіку (з початком робочого дня від 7:00 до 11:00) сприятиме зменшенню часу перебування в заторах (і відповідно – часу, що витрачається на добирання до робочого місця). Це дозволило б зменшити рівень фізичного та психологічного навантаження на робочому місці. Або поширення доступних альтернативних форм фізичної активності, що майже не потребують додаткового часового чи фінансового ресурсу: використання сходів замість ліфта, велосипеда замість автотранспорту, похід в заклад громадського харчування замість замовлення доставки їжі тощо.

Висновки. Опрацювання відповідей дорослого населення України дозволило встановити 15 соціальних чинників впливу на популяційне та особисте здоров'я (зокрема, умови праці, члени сім'ї та друзі, законодавство тощо) та 10 найбільш поширених перешкод до ведення здорового способу життя (умови праці, дефіцит дисциплінованості та часу, наявність шкідливих звичок тощо).

Встановлена істотна різниця у ставленні респондентів до чинників популяційного та особистого здоров'я. Частіше чинниками впливу на здоров'я суспільства були названі традиції, законодавство та інформація в ЗМІ, а на здоров'я особи – спосіб життя та самосвідомість. Подальші дослідження

відмінностей у сприйнятті загальної проблематики здоров'я та її особистого сприйняття дозволить більш точно формулювати цілі комунікації з пацієнтами, досягати високоселективних або навіть індивідуалізованих рекомендацій.

Під час розробки програм сприяння здоров'ю раціональним видається робити акцент на конкретних прикладах або доступних для впровадження заходах, на противагу більш абстрактному опису переваг здорового способу життя.

Отримані результати можуть бути використані для уточнення напрямів та акцентів діяльності закладів сфери охорони здоров'я, а також як підґрунтя для подальших наукових досліджень.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ГІРСЬКІЙ ГЕОГРАФІЧНІЙ ЗОНІ ПРОФІЛАКТИЧНОЮ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

*Аспірант II року навчання: Пішковці А.-М. М.
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Геннадій СЛАБКІЙ*

Ключові слова: діти, гірська зона проживання, профілактична стоматологічна допомога, забезпечення.

Вступ. Аналіз наукової літератури та результати особистих досліджень вказують на те, що діти, які проживають в гірській географічній зоні мають специфічні детермінанти формування стоматологічного здоров'я, більш низький доступ до спеціалізованої стоматологічної допомоги та батьки менше інформовані про правила гігієнічного догляду за порожниною рота і зубами у дітей. При цьому в країні в державній програмі медичних гарантів збереження стоматологічного здоров'я у дітей не є пріоритетним. Процес структурної перебудови системи охорони здоров'я на цьому фоні також пов'язаний із адміністративно-територіальною реформою, яка активно проводиться в країні.

Мета дослідження. Визначити концептуальні підходи до забезпечення дітей, які проживають в гірській географічній зоні профілактичною стоматологічною медичною допомогою.

Матеріали та методи. Матеріали: нормативно-правові акти та наукові публікації з визначеної теми. Методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати досліджень.

Для забезпечення дітей, які проживають в гірській географічній зоні нами розроблена між секторальна функціонально-організаційна модель, яка включає:

1. Владу: центральну, регіональну, територіальну.
2. Систему охорони здоров'я, включаючи систему громадського здоров'я.
3. Систему освіти: дошкільну за загальноосвітню.
4. Мережу аптек та торговельну мережу.

Для кожного учасника процесу визначені основні задачі і функції.

Інноваційними в запропонованій моделі є наступне.

1. Національна служба здоров'я України по узгодженню з МОЗ України та затвердженням КМ України має здійснювати розробку, узгодження та затвердження пакету комплексної стоматологічної допомоги дітям включаю профілактику стоматологічних хвороб в складі державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

2. Включення до моделі регіональної та територіальної влади з визначення ними цільової програми збереження стоматологічного здоров'я дітей та забезпечення умов безпечного доїзду дітей для отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої стоматологічної допомоги.

3. Формування за рахунок об'єднаних територіальних громад стоматологічних кабінетів для надання медичної допомоги дітям з їх ресурсним забезпеченням у відповідності до реальних потреб на рівні громади; з метою утримання медичних працівників забезпечення їх житлом та з тією ж метою та для підвищення ефективності праці - впровадження місцевих фінансових стимулів. Забезпечення за рахунок коштів громади конкурентоздатності підрозділів стоматологічної допомоги дитячому населенню для можливого залучення додаткових коштів. Можливим варіантом рішення проблеми може бути укладання угод для отримання дітьми відповідного виду медичної допомоги із приватними провайдерами стоматологічних послуг.

4. Включення до моделі ЛЗП-СЛ, системи громадського здоров'я та системи освіти.

5. В напрямку безперервного підвищення професійного рівня медичного персоналу новими в діяльності є створення постійнодіючих тренінгових центрів для медичного персоналу, який надає стоматологічну допомогу дітям, включаю ЛЗП-СЛ, проведення щоквартальних обласних «Днів спеціаліста», щорічне проведення практичних обласних семінарів-конференцій, що є важливим в умовах впровадження нової системи атестації лікарів.

6. Складовою моделі є комплекс заходів, які мають забезпечити діяльність ЕСОЗ, забезпечити можливість отриманні телемедичних консультацій і забезпечити перехід на повний електронний документообіг в організації стоматологічних послуг дитячому населенню з впровадженням електронного паспорту здоров'я дитини.

7. На відміну від традиційного формування навичок здорового способу життя запропоновано формування у батьків і дітей *мотивованого* відповідального ставлення до збереження стоматологічного здоров'я у дітей використовуючи комплекс сучасних комунікативних заходів та форм і методів даної діяльності. Заходи з комунікацій координуються між медичними працівниками, працівниками системи ГЗ та закладами освіти.

8. Включення до моделі аптечної та торгової мереж з визначенням для них функцій по доступному забезпеченню гігієнічними засобами догляду за порожниною рота та зубами у дітей на замовлення медичних працівників.

9. Важливим елементом ефективної впровадження моделі є моніторинг та оцінка впровадження запропонованих інновацій та їх впливу на стан стоматологічного здоров'я гірської зони проживання в регіоні з використанням індикаторів структури, процесу, результату.

Впровадження даної моделі дозволить підвищити рівень стоматологічного здоров'я дітей, які проживають в гірській географічній зоні.

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА, ЯК ПОВЕДІНКОВО-ОБУМОВЛЕНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ: ДЕТЕРМІНАНТИ ТА ПРОФІЛАКТИКА В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Магістрантка 2-го року навчання: Глеба М.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Геннадій СЛАБКИЙ

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, детермінанти, поведінка, профілактика, громадське здоров'я.

Вступ. Гіпертонічна хвороба являється одним із самих поширених захворювань серед дорослого населення світу та України, є фактором ризику розвитку гострих порушень мозкового кровообігу та характеризується високим рівнем смертності населення працездатного віку. Результати наукових публікацій вказують на те, що перебіг гіпертонічної хвороби та її ускладнень залежить від наявності та рівня факторів ризику хвороби та способу життя особи.

При цьому необхідно відмітити, що ВООЗ приділяє стратегічне значення боротьбі з неінфекційними хворобами в тому числі гіпертонічною хворобою.

Мета дослідження. Встановити фактори ризику розвитку гіпертонічної хвороби у населення Закарпатської області та форми діяльності системи громадського здоров'я з первинної та вторинної профілактики гіпертонічної хвороби.

Матеріали та методи. Матеріали: наукові публікації за визначеною проблемою та результати соціологічного дослідження яким охоплено 75 хворих на гіпертонічну (32 чоловіка, 43 жінки) та 52 організатори охорони здоров'я. Збережено конфіденційність інформації про респондентів. Методи: бібліосемантичний, соціологічний, статистичний, структурно-логічного аналізу. Статичне опрацювання отриманих результатів проводилося з використанням загальноприйнятих методів медичної статистики.

Результати досліджень.

На початку дослідження було проведено вивчення та аналіз наявності та частоти факторів ризику розвитку гіпертонічної хвороби медичного характеру.

Результати дослідження показали, що негативним є те, що тільки 11,2±1,5% чоловіків, що хворіють на гіпертонічну хворобу виконують

рекомендації лікарів щодо способу життя, та $17,6 \pm 1,8\%$ осіб чоловічої статі виконують рекомендації сімейних лікарів щодо прийому лікарських засобів.

Отримані статистичні дані свідчать про більш відповідальне ставлення жінок до особистого здоров'я, ніж чоловіків.

Іншими факторами ризику розвитку гіпертонічної хвороби медичного характеру стали у чоловіків ішемічна хвороба серця, обструктивні захворювання органів дихання, цукровий діабет у чоловіків, а у жінок ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, обструктивні захворювання органів дихання.

Результати дослідження не отримали у когорти обстежених даних, що ожиріння не є являється статистично значущим фактором ризику розвитку гіпертонічної хвороби.

Важливим стало вивчення питання щодо наявності та частоти в обстеженій когорти населення факторів ризику спадкового характеру розвитку гіпертонічної хвороби. Для цього з'ясовували сімейний анамнез, уточняли наявність у рідних (матері, батька, баби, діда) артеріальної гіпертензії та інших захворювань системи кровообігу.

Результати проведеного аналізу показали, що більшість осіб, що прийняли участь у дослідженні мають фактори ризику розвитку гіпертонічної хвороби спадкового характеру. Так, наявність у сімейному анамнезі артеріальної гіпертензії відмічено у $80,8 \pm 2,0\%$ чоловіків та $80,7 \pm 2,0\%$ жінок, наявність у сімейному анамнезі інфаркту міокарда відмічено у $77,7 \pm 2,1\%$ чоловіків та $62,7 \pm 2,4\%$ жінок.

Наступним етапом дослідження було вивчення частоти факторів ризику розвитку гіпертонічної хвороби, які пов'язані із способом життя та частоти детермінант соціально-економічного характеру.

Аналіз отриманих результатів проведеного соціологічного дослідження показав, що найчастіше зустрічаються наступні фактори ризику розвитку гіпертонічної хвороби, які пов'язані зі способом життя та соціально-економічними детермінантами у опитаних жителів Закарпаття:

- у чоловіків: тютюнопаління в даний період становить $68,5 \pm 2,4\%$, малорухомий спосіб життя - $91,5 \pm 1,3\%$, нераціональне харчування - $86,2 \pm 1,7\%$, зловживання сіллю - $70,0 \pm 2,43\%$, зловживання алкоголем - $54,6 \pm 2,5\%$, перебування за комп'ютером більше 6 годин на добу - $56,9 \pm 2,5\%$, безсоння - $58,5 \pm 2,5\%$ та психоемоційне навантаження на роботі - $60,0 \pm 2,5\%$;

- у жінок: малорухомий спосіб життя становить $87,3 \pm 1,7\%$, зловживання сіллю - $56,1 \pm 2,5\%$, тривалі неприємності в сім'ї - $45,4 \pm 2,5\%$ та самотність - $54,0 \pm 2,5\%$, нераціональне харчування - $78,0 \pm 2,2\%$.

Отже, проведене соціологічне дослідження дозволило виявити у обстежених дорослих жителів Закарпаття високий рівень наявності факторів ризику розвитку гіпертонічної хвороби, які пов'язані із способом життя населення та детермінантами соціально-економічного характеру.

Отримані результати дослідження вказують на необхідність розробки цільової міжсекторальної регіональної програми профілактики гіпертонічної

хвороби та їх ускладнень із активним залученням до її виконання системи громадського здоров'я.

Розробка пропозицій до діяльності служби громадського здоров'я з профілактики гіпертонічної хвороби базувалися на факторах ризику її розвитку та детермінантах формування. Вони здійснювалися з позиції системного підходу по координації сумісної діяльності системи громадського здоров'я та системи ПМСД, що забезпечується комплексним цільовим плануванням даного виду діяльності.

Методологічно вирішення проблеми досягається сегментацією груп цільового комунікативного впливу: все доросле населення регіону (практично здорові), населення з вагомими факторами ризику розвитку гіпертонічної хвороби, хворі на гіпертонічну хворобу, особи, що мають ускладнення. Табл.1. Для кожної цільової групи визначені свої задачі комунікаційного впливу.

Таблиця 1

Діяльність служби громадського здоров'я з профілактики гіпертонічної хвороби, %±m

Напрями та форми діяльності	%±m
Комунікаційна комплексна робота з питань профілактики та наслідків гіпертонічної хвороби на рівні територіальних громад та організованих колективів для цільових груп комунікативного впливу	100,0
Комунікаційна комплексна робота з питань профілактики та наслідків гіпертонічної хвороби на рівні сімей	100,0
Індивідуальна комунікаційна робота з питань профілактики виникнення гіпертонічної хвороби та її ускладнень	46,0±2,4
Епідеміологічний нагляд за факторами ризику розвитку гіпертонічної хвороби	92,0±1,3
Адвокація з формування умов життя, праці та відпочинку по збереженню здоров'я	92,0±1,3
Комунікація та соціальна мобілізація в інтересах формування мотивованого відношення населення до збереження та зміцнення особистого здоров'я	92,0±1,3
Формування шкіл здоров'я з цільовими групами комунікаційного впливу	86,0±1,7
Формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я	92,0±1,3

Висновки. Результати проведеного дослідження показали на високий рівень наявності факторів ризику розвитку у дорослого населення Закарпаття гіпертонічної хвороби медичного, спадкового характеру та які пов'язані із способом життя населення та детермінантами соціально-економічного характеру.

Обґрунтовано напрями та форми діяльності системи громадського здоров'я в

боротьбі із гіпертонічною хворобою на регіональному та територіальному рівнях, які включають комплексну комунікативну діяльність з питань профілактики розвитку та її наслідків в організованих колективах та сім'ях, епідеміологічний нагляд за ризиками розвитку гіпертонічної хвороби, комунікацію та соціальну мобілізацію в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення міста, а також адвокацію з формування для населення здоров'язберігаючих умов проживання, праці та відпочинку, з формуванням у населення відповідального мотивованого ставлення до особистого здоров'я.

РАННЄ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ДІТЬМИ: ХАРАКТЕРИСТИКА СИТУАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКА В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Магістрант 2-го року навчання: Ліщинський І.
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Василь КРУЧАНИЦЯ*

Ключові слова: діти, вживання алкоголю, ситуація, профілактика, громадське здоров'я.

Вступ. Доступні нам дані вказують на високий рівень вживання алкоголю підлітками та молоддю, для багатьох із яких є ранній початок їх вживання та негативні медичні, соціальні та кримінальні наслідки. В Україні комплексні соціологічні та наукові дослідження щодо вживання підлітками та учнівською молоддю алкогольних напоїв проводилися за міжнародної фінансової та експертної підтримки в 2003, 2007, 2011 роках, а їх отримані результати широко представлялися суспільству.

Питанням запобігання раннього вживання алкогольних напоїв підлітками приділяє в своїй діяльності важливу увагу Всесвітня організація охорони здоров'я. Для України вживання та зловживання алкоголю підлітками та молоддю є надзвичайно важливою соціальною та медичною проблемами.

Мета. Встановити рівень вживання підлітками та студентською молоддю Закарпатської області алкогольних напоїв: вік, обставини і вид алкогольного напою першого випадку його вживання та визначити завдання і функції системи громадського здоров'я з профілактики даного пагубного для здоров'я та суспільства явища.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали наукові публікації за вказаною темою та результати соціологічного дослідження серед підлітків та студентської молоді, яке проводилося у віці до 18 років життя з дозволу батьків і яким охоплено 124 респондента із яких 78 склали хлопці і 46 дівчат, дані галузевої статистичної звітності по Закарпатській області. В ході проведення соціологічного дослідження збережено конфіденційність інформації про респондентів. В ході дослідження використано наступні методи: бібліосемантичний, статистичний, соціологічний та структурно-логічного аналізу. Узагальнене статичне опрацювання результатів дослідження

проводилося з використанням загальноприйнятих в науковій діяльності методів медичної статистики.

Результати та обговорення.

На початку дослідження вивчалось питання досвіду вживання алкогольних напоїв учнівською та студентською молоддю Закарпаття. Спочатку було вивчено наявність досвіду вживання алкогольних напоїв вказаним контингентом протягом життя. Дослідження проводилося з урахуванням статі, місця проживання (місто, село) та за типом навчального закладу. Проведений аналіз отриманих даних в ході дослідження результатів вказує на те, що найбільший досвід вживання алкогольних напоїв мають студенти вищих навчальних закладів, а найменший – учні загальноосвітніх навчальних шкіл, що знаходяться в сільській місцевості.

В ході дослідження було встановлено що частка студентської молоді, яка має досвід вживання алкогольних напоїв у хлопців склала $93,5 \pm 1,2\%$, а у дівчат – $95,3 \pm 1,1\%$. При цьому частка дівчат з учнівської молоді, які мають досвід вживання алкогольних напоїв є більшою ніж частка хлопців відповідного віку. Частка вказаного показника у дівчат складає від $79,8 \pm 2,1\%$ серед учениць сільських загальноосвітніх навчальних шкіл до $95,4 \pm 1,1\%$ серед студенток ВНЗ (різниця становить $8,0\%$). Частка даного показника у хлопців складає від $77,0 \pm 2,2\%$ серед учнів сільських загальноосвітніх навчальних шкіл до $93,5 \pm 1,1\%$: різниця становить 1,2 разів, а серед студентів ВНЗ різниця становить 1,4 разів. Далі проведено дослідження щодо вивчення та проведення аналізу питання вживання алкогольних напоїв в Закарпатті учнівською та студентською молоддю за останні 30 днів до опитування. Проведений аналіз отриманих в ході соціологічного дослідження даних вказує на те, що значна частина студентів ВНЗ, як хлопців ($69,5 \pm 2,4\%$) так і дівчат ($58,3 \pm 2,5\%$) за останні 30 днів, що передували дослідженню вживали алкогольні напої. Так, частка учнів загальноосвітніх шкіл, що вживали за останні 30 днів алкогольні напої, як в містах так і в сільській місцевості була в близьких значеннях і складала: серед дівчат: $48,5 \pm 2,5\%$ в сільських загальноосвітніх школах та $45,3 \pm 2,5\%$ в міських загальноосвітніх школах; серед хлопців: $46,0 \pm 2,5\%$ в сільських загальноосвітніх школах та $51,5 \pm 2,5\%$ в міських загальноосвітніх школах.

Наступним кроком дослідження вивчалось питання видів та частоти алкогольних напоїв, які вживали опитані представники учнівської та студентської молоді під час їх останнього досвіду вживання. Проведений аналіз отриманих даних показує на те, що найбільшу частку складають респонденти із числа учнівської молоді, які за останні 30 днів до дослідження вживали алкогольні напої один або два рази. Так, частка вказаних серед хлопців склала $31,7 \pm 2,3\%$, а серед дівчат $35,8 \pm 2,4\%$. При цьому достовірно не відрізнялася частка вказаних серед сільської ($32,4 \pm 2,4\%$) та міської ($34,8 \pm 2,4\%$) учнівської молоді. При цьому частка тих, хто за 30 днів вживали алкогольні напої 10 і більше разів серед хлопців склала $1,9 \pm 0,7\%$, а серед дівчат $1,1 \pm 0,5\%$. Достовірно більша частка таких серед міської ($2,2 \pm 0,7\%$) ніж серед сільської ($0,5 \pm 0,2\%$) учнівської молоді. Різниця склала 5,2 ($p \leq 0,05$) разів. Необхідно відмітити, що під

час останнього вживання алкогольних напоїв хлопці найчастіше вживали пиво ($44,7 \pm 2,5\%$), різні алкогольні напої ($18,5 \pm 1,9\%$) та міцні напої ($12,7 \pm 1,6\%$), а молоді дівчата найчастіше вживали пиво ($34,5 \pm 2,4\%$) та слабоалкогольні напої ($24,6 \pm 2,2\%$).

Результати дослідження показали що у віці до 13 років життя найбільша частка хлопців спробувала шампанське ($54,8 \pm 2,5\%$), пиво ($54,7 \pm 2,5\%$) та слабоалкогольні напої ($46,5 \pm 2,5\%$). При цьому міцні алкогольні напої спробувало $16,2 \pm 1,8\%$ опитаних хлопців, з яких $10,8 \pm 1,4\%$ відчували стан сп'яніння; частка дівчат у віці до 13 років життя, що вживали шампанське склала $55,5 \pm 2,5\%$, пиво - $42,6 \pm 2,4\%$, а слабоалкогольні напої - $41,6 \pm 2,4\%$. При цьому частка дівчат у віці до 13 років, які відчували відчуття сп'яніння, склала $5,9 \pm 1,2\%$.

Крім того результати дослідження показали, що щорічно за медичною допомогою в заклади охорони здоров'я з діагнозом «алкогольне отруєння» звертається до 60 підлітків, що вказує на наявність значної проблеми із зловживанням підлітками алкогольних напоїв в регіону.

Важливим результатом дослідження є те, що перший досвід вживання алкогольних напоїв $53,2 \pm 2,5\%$ хлопців та $49,6 \pm 2,5\%$ дівчат отримали внаслідок пригощання рідних людей.

Запропоновані заходи з профілактики вживання алкогольних напоїв з активним залученням до даного виду робіт системи громадського здоров'я до яких відносяться:

- розробка регіональних та територіальних цільових програм профілактики розладів психіки та поведінки у підлітків внаслідок вживання алкоголю;
- комплексний міжсекторальний підхід до профілактики порушень психіки та поведінки у підлітків внаслідок вживання алкоголю, базуючись на заінтересованості в даному процесі об'єднаних громад та при участі системи громадського здоров'я, системи освіти, сфери соціального захисту населення, правоохоронних органів тощо;
- скринінг на виявлення підлітків, які вживають алкоголь, профілактична та реабілітаційна робота з недопущення розвитку залежності, створення на базі сімейних амбулаторій психологічно-реабілітаційних кабінетів;
- широка роз'яснювальна робота щодо детермінант формування алкогольної залежності та негативного медичного, соціального та кримінального впливу вживання підлітками алкогольних напоїв;
- корисна занятість дітей та молоді, а також підвищення ролі сім'ї в профілактичній роботі;
- подолання стигми та дискримінації по відношенню до підлітків, які вживають алкоголь.

Запропоновані заходи з попередження раннього вживання алкогольних напоїв та формування залежності прогностично повинні мати свою ефективність і знизити рівень впливу алкоголю на підлітків.

ЙОДУВАННЯ СОЛІ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ДЕФІЦИТУ ЙОДУ: ВІДНОШЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Магістрантка 2-го року навчання: Присташ Діана
Лікар-інтерн Данко М.Й*

Науковий керівник : канд. екон. наук, доц. Олександр БУТУЗОВ

Ключові слова: дефіцит йоду, йодування солі, населення, відношення, Закарпатська область.

Вступ. Дані ВООЗ вказують на те, що в світі до 2 млрд населення проживає в умовах природного дефіциту йоду при цьому у 655 млн діагностується зоб, а у 11,2 млн – ендемічний кретинізм. При цьому щороку понад 300 тис. дітей народжується незахищеними від розвитку незворотніх порушень психічного та інтелектуального розвитку, а йодний дефіцит у вагітної жінки може привести до хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода -22,7%, загрози переривання вагітності – 18,2%; перинатальної енцефалопатії – 68,2%. В Україні до регіонів з тяжким ступенем дефіциту йоду відносяться Закарпатська, Львівська, Івано-Франківська та Чернівецька області. Київська, Житомирська, Чернігівська та Рівненська області відносяться до регіону із середнім ступенем дефіциту йоду. В інших регіонах України відмічається той чи інший ступінь дефіциту йоду.

42-га сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я перше десятиріччя ХХІ століття оголосила початком реалізації всесвітньої ініціативи з глобальної реалізації йодного дефіциту у світі. Міжнародний досвід вказує на те, що найдешевший спосіб профілактики йододефіцитних захворювань це йодування кухонної солі та харчових продуктів.

Мета. Встановити рівень поінформованості та відношення населення Закарпатської області до проблеми дефіциту йоду, а також його готовність до вживання йодованої солі і рівень її доступності.

Матеріали та методи. Матеріали: наукові публікації за визначеною проблемою та результати соціологічного дослідження серед дорослого населення області. За спеціально розробленою анкетною опитано 205 дорослих жителів області в тому 138 осіб, які проживають в містах та 67 осіб, які проживають в сільській місцевості. Методи: бібліосемантичний, соціологічний, статистичний, структурно-логічного аналізу. Статичне опрацювання отриманих результатів проводилося з використанням загальноприйнятих методів медичної статистики.

Результати та обговорення. На початку дослідження було вивчено рівень поінформованості респондентів про стан дефіциту йоду в регіоні та його вплив на здоров'я населення у різних вікових групах.

Аналіз отриманих даних вказує на недостатній рівень інформованості міського населення та низький рівень інформованості сільського населення про

стан дефіциту йоду в регіоні та його вплив на здоров'я населення у різних вікових групах.

Наступним кроком дослідження стало вивчення відношення респондентів до вживання йодованої солі та рівень її застосування населенням міст та сільської місцевості закарпатської області. Отримані дані наведені в табл.1.

Таблиця 1

Відношення респондентів до вживання йодованої солі та рівень її застосування

Показник	Жителі міст		Сільські жителі	
	абс	%	абс	%
Підтримую вживання йодованої солі в регіоні	52	37,9	23	34,3
Вважаю за потрібне вживання йодованої солі членами сім'ї	52	37,9	22	32,8
Вживання йодованої солі на стані здоров'я не позначиться	13	9,4	9	13,4
Проти вживання йодованої солі	12	8,7	9	13,4
Не визначився	9	6,5	5	7,5
Вживаємо в сім'ї регулярно	48	34,8	19	28,4
Вживаємо в сім'ї дуже рідко	51	36,9	25	37,3
Ніколи в сім'ї не вживали	39	28,3	23	34,3
Для сім'ї йодована сіль є економічно доступною (із числа тих хто вживає).	99	100,0	44	100,0

Аналіз наведених в табл.1 даних соціологічного дослідження вказує на недостатній рівень прихильності міського населення та низький рівень сільського населення до вживання йодованої солі та рівень її профілактичного застосування.

Важливою часткою дослідження стало вивчення рівня доступності йодованої солі для населення в залежності від місця проживання. Отримані результати наведено в табл.2.

Таблиця 2

Доступність йодованої солі для населення в залежності від місця проживання

Показник	Жителі міст		Сільські жителі	
	абс	%	абс	%
Постійно є в наявності в найближчому продовольчому магазині	94	68,6	31	46,3
Періодично є в наявності в найближчому продовольчому магазині	44	31,9	22	32,8
Постійно є в наявності в продовольчому магазині в зоні пішої доступності	109	78,3	31	46,3

Постійно є в наявності у великих продовольчих магазинах	117	84,8	-	-
Відсутня в продовольчих магазинах в населеному пункті	-	-	3	4,5
Не звертав увагу на наявність йодованої солі в продовольчих магазинах	21	15,2	11	16,4

Отримані в ході дослідження дані вказують на високий рівень доступності йодованої солі як для міських так і для сільських жителів.

При цьому необхідно зазначити, що основним джерелом, який забезпечує надходження йоду до організму людини є продукти харчування. До продуктів харчування з високим вмістом йоду відносяться: морська капуста, риб'ячий жир, морська риба, арахіс, баклажани, огірки, картопля, зелений перець, часник, томати, полуниця.

За рівнем застосування йодної профілактики, що є основним заходом з попередження та ліквідації захворювань, що пов'язані із дефіцитом йоду Україна посідає останні рейтинги у світі та займає 25-те місце серед країн Європи.

Висновки. Результати соціологічного дослідження показали недостатній рівень прихильності населення Закарпатської області до вживання з профілактичною метою йодованої солі та низький рівень її вживання. Дана ситуація ставить перед системою громадського здоров'я задачу про посилення профілактичної комплексної комунікативної діяльності з використанням засобів як колективного так і індивідуального впливу.

ТЮТЮНОПАЛІННЯ ПІДЛІТКАМИ ТА МОЛОДДЮ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Магістрантка 2-го року навчання: Анікієнко Дарія
Лікар-інтерн Данко М.Й.*

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Василь КРУЧАНИЦЯ

Ключові слова: підлітки, молодь, тютюнопаління, боротьба, громадське здоров'я.

Вступ. Вживання тютюну щорічно у світі є причиною понад 8 мільйонів смертей при цьому до 1,2 мільйона смертей припадає на пасивне куріння. В Україні в середньому щорічно помирає від хвороб, які спричинені курінням тютюну до 85 тисяч осіб. Економіка України щороку втрачає до 3,2% ВВП для забезпечення лікування та втрату працездатності в наслідок хвороб, що пов'язані із вживанням тютюну.

Для протидії епідемії тютюнопаління ВООЗ було ухвалено в 2003 році Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну - перший міжнародний

правовий документ у сфері громадського здоров'я. Україна вказану Рамкову Конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну ратифікувала в 2006 році.

В Україні державна політика в питаннях контролю над тютюном визначається Рамковою Конвенцією ВООЗ із боротьби проти тютюну, Угодою про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами та Законами України: «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» згідного якого до контролю над тютюном мають залучатися Центри громадського здоров'я з заборонаю продажу тютюнових виробів неповнолітнім та нелегальної торгівлі та також надання кваліфікованої медичної допомоги з відмови від куріння.

Мета. Дослідити рівень паління підлітками та молоддю Закарпатської області та визначити функції системи громадського здоров'я в його профілактиці.

Матеріали та методи. Матеріали: результати соціологічного дослідження 150 підлітків із яких 95 хлопці та 55 дівчата у віці 15-17 років життя, законодавчі і нормативно-правові ВООЗ і національні акти з розвитку громадського здоров'я. Методи: бібліосемантичний, соціологічний, статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати та обговорення.

На першому етапі дослідження було досліджено рівень та частоту вживання підлітками тютюну та його виробів, а також вік в якому підлітки вперше мали досвід вживання тютюну. Отримані результати наведені в табл.1.

Далі вивчалоя питання щодо причин початку підлітками палити. Нами виділені наступні причини початку вживання тютюнових виробів. **Середовище.** Воно надзвичайно важливе для процесу дорослішання. В підлітковому віці змінюються пріоритети та кумири. Необхідно відмітити, що значення набувають у підлітків інші цінності. В цей час в оточенні підлітків з'явилися друзі, які набагато старші і мають більший життєвий досвід. Старші друзі можуть з легкістю купити сигарети. Дитина намагається копіювати

Таблиця 1

Дані про вживання підлітками тютюну

Чинник	Хлопці		Дівчата	
	абс	%	абс	%
Ніколи не курив	41	43,2	29	52,7
Курить щодня	17	17,9	11	20,0
Курить хоча б один раз на тиждень але не щодня	21	22,1	8	14,5
Курить менше одного разу на тиждень	16	16,8	7	12,7

Зазнають впливу тютюнового диму вдома щонайменше раз на тиждень	67	70,5	42	76,4
Вік першої спроби палити тютюн				
До 10 років життя	5	9,3	-	-
10-11 років	5	9,3	3	12,5
11-12 років життя	7	12,9	5	20,8
12-13 років життя	14	25,9	3	12,5
13-14 років життя	9	16,7	4	16,7
14-15 років життя	14	25,9	9	37,5
Інформовані про негативний вплив тютюнопаління на здоров'я	62	65,3	43	78,2

поведінку старших, незважаючи на заборону та небезпеку певних моментів наслідування. **Намагання здаватися дорослішими.** Це один із привидів взяти сигарету. Підліткам складно конкурувати із дорослими в своїх вчинках тому найпростіше виглядати більш дорослішими – це почати палити. **В частих молодіжних компаніях паління є обов'язковим атрибутом повноцінного іміджу.** Даним проявляється протест проти порад дорослих. Зробити заборонене приємно вже тільки з цієї причини. У цих випадках про шкоду здоров'ю та можливу подальшу залежність задумуватися складно. Часто трапляється, що підлітки тиснуть на однолітка висловлюючи, що якщо ти не палиш, то ти слабак, і ти не з нами. **Підлітки починають палити із цікавості.** Вони хочуть пізнати що це та які можуть бути відчуття. Свої відповіді на дані питання вони знаходять під час зробленої затяжки сигарети. **Поява перших серйозних стресів.** До таких ситуацій відносяться: закоханість підлітка, особливо без взаємності; необхідність рішення складних завдань; відповідальність за свої вчинки; поява нових обов'язків. На прикладі дій в таких випадках старших (особливо, якщо в сім'ї хтось палить) підлітки починають застосовувати те, що і дорослі, які за допомогою сигарети намагаються заспокоїтися. Підлітки беруть приклад із дорослих і не довіряють інформації дорослих які самі в їх присутності палять. Особливо якщо такими є батьки, близькі родичі, вчителі, медичні працівники. Необхідно зазначити, що підлітки в своєму рішенні більше довіряють своїм кумирам та старшим друзям із свого близького оточення – «вулиці». Даний є факт необхідно активно використовувати системі громадського здоров'я у своїй профілактичній діяльності. Наступним кроком дослідження було встановлення частки підлітків (із числа тих, хто вживає тютюн та його вироби), які мають бажання позбавитися звички вживання тютюну. Вона складає до 37,0% серед хлопців та до 25,0% серед дівчат.

Далі, виходячи із основних оперативних функцій громадського здоров'я, які визначені ВООЗ, нами запропоновані функції та напрямки діяльності системи громадського здоров'я в профілактиці тютюнопаління в середовищі

підлітків. Вони полягають в наступному. Розробка та затвердження регіональної антитютюнової медіопроеграми (плану) на рік з виділенням медіа-адвокаційної та інформаційної (соціальний маркетинг) стратегій.

Визначення цільових груп комунікативного впливу. До них мають відноситися:

- при медіа-адвокаційній стратегії цільовою групою є депутати та керівники органів місцевого самоврядування. Її метою є забезпечення політичних змін і тому числі прийняття на регіональному та територіальному рівнях законодавчих та нормативно-правових актів скерованих на профілактику тютюнопаління особливо в громадських місцях;

- при інформаційній стратегії - доросле населення і безпосередньо батьки та підлітки. Її метою є індивідуальні поведінкові зміни скеровані на профілактику раннього початку тютюнопаління та заохочення курців відмовитися від вживання тютюну, та заохочення некурців захищати свої права дихати чистим повітрям.

Важливою умовою ефективності інформаційно-адвокативної діяльності системи громадського здоров'я мають бути: довготривалість та систематичність заходів комунікації; використання інтегрованих комунікативних інструментів; використання ефективних матеріалів та повідомлень, які відповідають інтересам цільових груп комунікативного впливу; широке поширення в медіаресурсах: достатня частота та їх інтенсивність; адекватно досліджені та оцінені дані (оцінка до та після здійснення комунікативного втручання).

Дана діяльність повинна мати адекватне фінансування.

Рекомендується використання наступних інструментів комунікації: пресконференції, пресрелізи, соціальні мережі, соціальна реклама, круглі столи, експертні думки у ЗМІ, ефіри на радіо та телебаченні, медіаподії, акції, меседж-кампанії. Також рекомендується проведення широкомасштабних інформаційних компаній у Всесвітній день без тютюну (31 травня) та Міжнародний день відмови від куріння (третій четвер листопада).

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ КОВІД-19 В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Магістрантка 2-го року навчання: Скрипник Валентина
Науковий керівник: канд. наук держ. управління, доц. Олена КОРОЛЬЧУК*

Ключові слова: КОВІД-19, пандемія, психічне здоров'я, збереження, громадське здоров'я.

Вступ. З 2020 року у світі розвивається пандемія COVID-19, яка стала глобальною економічно-соціальною та медичною проблемою та надзвичайною ситуацією для громадського здоров'я. Розвиток пандемії КОВІД-19 негативно вплинув на стан психічного здоров'я населення. Збереження психічного

здоров'я населення в умовах розвитку пандемії COVID-19 є важливим завданням системи громадського здоров'я.

Мета. Проаналізувати загальну характеристику розвитку пандемії COVID-19 в Закарпатській області, заходи з протидії її розвитку, дослідити вплив розвитку пандемії на психічний стан населення та запропонувати заходи щодо збереження психічного здоров'я населення в умовах пандемії COVID-19 в системі громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Матеріали дослідження: дані галузевої статистичної звітності в Закарпатській області, нормативно-правова база та результати соціологічного дослідження, яким охоплено 127 жителів Закарпатської області. В ході дослідження збережено конфіденційність інформації про респондентів. Методи: контент-аналізу, соціологічний, статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати та обговорення.

На початку дослідження було узагальнено та проаналізовано дані щодо розвитку епідемії COVID-19 в Закарпатській області та організаційні заходи з протидії її розвитку. Дані про епідеміологічну ситуацію з COVID-19 в Закарпатській області за період розвитку пандемії представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Дані про розвиток пандемії COVID-19 в Закарпатській області

Показник	2020	2021	2022, станом на 30 квітня
Зареєстровано випадків захворювання всього	29566	58564	28184
Захворюваність, на 100 тис населення	2260,2	5205,7	2505,3
Смертність, на 100 тис населення	50,9	99,0	32,7
Госпіталізовано всього	4701	6029	2832
Летальність, %	2,3	2,7	2,4
Зареєстровано випадків захворювання серед медичних працівників	2195	1945	791
Зареєстровано випадків захворювання дітей у віці до 18 років	15	36	34

Аналіз отриманих даних, вказує на те, що в Закарпатській області відбувся значний розвиток пандемії COVID-19 з найвищими показниками рівнів захворюваності, смертності, госпіталізації та летальності в 2021 році.

Надзвичайно важливим організаційним розділом діяльності стало інформування населення з питань розвитку пандемії COVID-19 в Закарпатській області та засобів її профілактики. Важливим стало формування інформованого та мотивованого відношення населення, особливо у контингентів підвищеного ризику інфікування, до забезпечення індивідуальної профілактики захворювання.

Аналіз отриманих даних вказує на проведення значної комунікативної компанії серед різних цільових груп впливу з питань розвитку пандемії COVID-19 в Закарпатській області та засобів її профілактики.

Далі, за результатами соціологічного дослідження, була проведена оцінка інформації, яке отримувало населення з питань розвитку пандемії COVID-19 та її профілактики: інформація достовірна - 64,6%; інформація достатня - 74,8 %; інформація своєчасна - 74,8%; інформація складна в сприйнятті - 32,3%; інформація надзвичайно корисна - 71,7%; інформація агресивна - 32,3%; інформації було достатньо для прийняття необхідних особистих поведінкових рішень -71,7%; задоволений рівнем отриманої інформації - 72,7 %.

Наступним кроком дослідження вивчалось питання інформаційного, економічно-соціального та медичного впливу розвитку пандемії на психічний стан населення. Табл.2.

Таблиця 2

Вплив розвитку пандемії COVID-19 на психічний стан населення

Показник	абс	%
Пандемія COVID-19 для особи є актуальною проблемою	115	90,6
Особиста висока ймовірність інфікуватися	91	71,7
Висока ймовірність інфікуватися для членів родини	94	74,0
Готовність до щеплення від COVID-19	82	64,6
<i>Відчуття в зв'язку з епідемією</i>		
Занепокоєння особистим здоров'ям	109	85,8
Занепокоєння здоров'ям рідних	105	82,7
Турбуюсь за свою роботу	93	73,2
Турбуюсь за економічний стан сім'ї	93	73,2
Збільшення витрат на зниженням напруги, що пов'язана із епідеміологічною ситуацією	68	53,5
Роздратований через обмеження особистої свободи	105	82,7
Відчуваю себе самотнім	67	52,8
Відчуваю стійке безсоння	53	41,7
Не можу пристосуватися до нових умов життя	49	38,6
Не впевнений у завтрашньому дні	64	50,4
Відчуваю стан депресії	41	32,3
Турбуюсь за тих, хто потребує допомоги	27	21,3
Сподіваюсь побачити покращення ситуації	82	64,6
Натхненний тим, що люди адаптуються	65	51,2
З нетерпінням чекаю повернення до нормального життя	95	74,8

Аналіз отриманих в ході дослідження та наведених в табл. 2 даних вказує на значний вплив на психічний стан опитаного населення, обставин, які викликані розвитком епідеміологічної ситуації з COVID-19 в регіоні.

Базуючись на отриманих результатах було розроблено пропозиції для системи громадського здоров'я з питань збереження психічного здоров'я населення в умовах розвитку пандемії COVID-19. До них відносяться:

- розробка комплексної, міжсекторальної, регіональної програми комунікацій з визначенням цільових груп комунікативного впливу та форм і методів комунікації з мотивованим залученням до даної діяльності представників церкви;

- створення комплексної, багаторівневої системи психологічної підтримки населення, яка забезпечує надання відповідного виду медичної допомоги і при інших психологічно-критичних станах у населення.

Висновки. Встановлено, що для переважної більшості опитаного населення Закарпатської області пандемія COVID-19 є особистою актуальною проблемою, яка викликає занепокоєння з питань збереження здоров'я, роботи та фінансової безпеки і призводить до порушення в психологічному стані. При цьому тільки 64,6%, незважаючи на високу оцінку ризику інфікування коронавірусом, готові зробити щеплення від COVID-19. Значна частка опитаних не впевнені у завтрашньому дні, але прагнуть повернення до нормального життя. Запропоновані заходи для системи громадського здоров'я з питань збереження психічного здоров'я на період розвитку пандемії COVID-19.

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

*Студент IV курсу: **Волонтир Е.М.***

*Науковий керівник: доц. **Людмила РУСИН***

Ключові слова: студенти, репродуктивне здоров'я, небажана вагітність, захворювання репродуктивної системи.

Актуальність проблеми.

На сучасному етапі розвитку України загальнодержавного значення набувають проблеми репродуктивного здоров'я населення країни. Демографічна ситуація в Україні, соціально-економічні процеси, які нерозривно пов'язані із нарощенням людського потенціалу, засвідчують, що репродуктивне здоров'я стає фактором національної безпеки, запорукою ефективної економічної та соціальної політики держави. Основним критерієм цього має бути виважена державна політика у сфері збереження репродуктивного здоров'я, яка формується та реалізується з урахуванням досвіду зарубіжних країн на засадах українського законодавства, що стосується репродуктивного здоров'я [1,2].

Становлення молодого покоління відбувається у складних економічних, політичних і соціокультурних умовах, що призвело до втрати

молоддю моральних орієнтирів, деформації сексуальної поведінки, збільшення інфекцій, що передаються статевим шляхом, зростання кількості абортів і як наслідок непліддя. Все вищезгадане стало причиною різкого погіршення репродуктивного здоров'я молоді [2].

Зараз питання збереження репродуктивного здоров'я здобуває особливу актуальність в Україні на фоні глибокої демографічної кризи, обумовленої стійким зниженням народжуваності і високим рівнем показників материнської та дитячої смертності, саме тому, має необхідність пошук нових шляхів збереження репродуктивного здоров'я молоді [3].

На сучасному етапі розвитку суспільства проблема здоров'я молоді являється пріоритетним завданням державної політики. Сформовані демографічні умови в Україні вимагають вживання дієвих заходів щодо збереження репродуктивного потенціалу молоді [4].

Мета роботи –вивчення особливостей формування культури репродуктивного здоров'я студентів старших курсів закладів вищої освіти.

Матеріали та методи Дослідження організовано та проведено на базі студмістечка ДВНЗ «УжНУ». У дослідженні прийняли участь 60 студентів старших курсів ДВНЗ «УжНУ», віком від 20 до 22 років. Анкетне опитування проводилося дистанційно та анонімно.

Для розв'язання дослідницької мети був застосований комплекс методів: теоретичний (аналіз психологічної літератури); емпіричний (анкетування, експертна оцінка) та математико-статистичні методи дослідження.

Результати та їх обговорення

Тож аналізуючи відповіді на це запитання ми бачимо що більш за все молодь отримує інформацію про репродуктивне здоров'я з засобів масової інформації, менше отримує від лікарів та у вищих навчальних закладах, та найменше молодь звертається за інформацією до газет та журналів, друзів та з науково-популярних книг про здоров'я. Аналізуючи отримані результати можемо побачити, що 60% респондентів отримує інформацію про репродуктивне здоров'я з засобів масової інформації, 40% отримують інформацію від лікарів, 43% - в навчальних закладах, з інтернету, газет та журналів отримує інформацію 17% респондентів, інформацію з науково-популярних книг про здоров'я обирають 32% респондентів, 18% респондентів отримують інформацію у друзів та знайомих.

У 80% респондентів проводилась профілактична робота у закладі вищої освіти, а у 20% не проводилася. В більшості навчальних закладів профілактичною роботою займаються викладачі 58%, на другому місці медична сестра, медичний працівник 32%, а на третьому місці соціальний працівник, соціальний педагог 10%. Серед опитаних 100% вважають, що в нашій країні потрібно ширше впроваджувати та розвивати систему сексуальної освіти для молоді.

І найбільш доцільним вважають це робити у закладах вищої освіти на окремих заняттях або курсах, 23% респондентів – в спеціальних консультативних центрах і 7% що в медичних закладах.

Студенти старших курсів вважають, найбільше на їх репродуктивне здоров'я впливають такі фактори як спосіб життя 60%, особливості харчування 48%, шкідливі звички та недостатня турбота про своє здоров'я; потім середньому рівні такі фактори: якість медичного обслуговування 23%, екологічна обстановка 15%; та найменше впливають такі фактори: професійна діяльність 5%, незахищені статеві стосунки 7% та недостатня обізнаність про проблеми репродуктивного здоров'я 3%.

Висновки та перспективи подальших досліджень

При обробці результатів загального опитування ми побачили, що всі респонденти обізнані з визначенням поняття репродуктивного здоров'я. Також більшість респондентів отримали інформацію про репродуктивне здоров'я з засобів масової інформації, від лікарів, в навчальних закладах та з науково-популярної літератури. В більшості респондентів проводилась профілактична робота щодо збереження репродуктивного здоров'я у ЗВО, а проводили її у більшості респондентів викладачі.

Також більшість респондентів зазначили що, на їхнє репродуктивне здоров'я найбільш впливають такі фактори як: спосіб життя, особливості харчування, шкідливі звички та недостатня турбота про своє здоров'я. Більшість респондентів для підтримання свого здоров'я відвідують спортивні секції, уникають шкідливих звичок та стежать за своєю вагою.

Література:

1. Бялик О.В. Стандарти сексуальної освіти в Європі: погляд вітчизняного дослідника / О. В. Бялик // Вісник Черкаського університету, серія : Педагогічні науки. – № 3 (336). – 2015. – С. 88–92.
2. Васюта О. І. Розвиток репродуктивної культури студентської молоді / О. І. Васюта // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. - 2015. - Вип. 124. - С. 132-135.
3. Воронцов В. М. Вплив небезпечних чинників життєдіяльності організму на здоров'я молоді / В. М. Воронцов, П. О. Рижко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. - 2008. - № 1. - С. 102-105.
4. Гармаш Л. Репродуктивне здоров'я студентської молоді: соціальні та психолого-педагогічні аспекти / Л. Гармаш, Н. Коцур, Л. Товкун // Гуманізація навчально-виховного процесу [Текст] : зб. наук. пр. / [за заг. ред. проф. В. І. Сипченка]. — Вип. LVIII. — Ч. II. — Слов'янськ : СДПУ, 2011. — С. 29—36.

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНИМ КРИЗОМ

Студентка III курсу: Капустей О.Ю

Науковий керівник: ст. викладач Юлія ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА

Ключові слова: гіпертонічний криз, долікарська медична допомога, артеріальна гіпертензія, артеріальний тиск

Вступ: відомо, що гіпертонічний криз як прояв чи ускладнення артеріальної гіпертензії відмічається приблизно в 1% людей, що страждають на гіпертонічну хворобу. Практика показує, що дуже часто будь-яке підвищення артеріального тиску лікарі розглядають як гіпертонічний криз, що не завжди виправдане. У той же час, гіпертонічний криз, являючись невідкладним станом, може стати джерелом ускладнень, які по своїй значущості та ургентності переважають його [1].

Гіпертонія – застарілий термін, що означає підвищення понад норму кров'яного тиску в судинному руслі. З 90-х років ХХ століття в медичній практиці замість терміну «гіпертонія» рекомендують використовувати термін «артеріальна гіпертензія». Артеріальна гіпертензія (АГ) – хронічне захворювання, при якому головною діагностичною ознакою чи симптомом є стійке підвищення тиску у артеріальних судинах великого кола кровообігу. Підвищення артеріального тиску примушує серце працювати з більшим навантаженням через підвищений загальний периферичний судинний опір для забезпечення нормальної циркуляції крові у кровоносних судинах великого кола кровообігу [2, 3].

Мета дослідження: за допомогою аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури здійснити теоретичне та практичне дослідження гіпертонічного кризу, основних його причин розвитку та розробити рекомендації стосовно алгоритму надання долікарської медичної допомоги особам із гіпертонічним кризом, а також профілактики та попередження даного стану.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, аналіз історій хворіб пацієнтів із гіпертонічним кризом та сфігмоманометрія (тонометрія).

Для вимірювання артеріального тиску використовують два показники: систолічного та діастолічного тиску, залежно від того, стискається серцевий м'яз між ударами (систола) чи розслабляється (діастола). Нормальний кров'яний тиск у стані спокою знаходиться в межах 100-139 мм рт. ст. систолічного тиску (верхнє значення) і 60-89 мм рт. ст. діастолічного тиску (нижнє значення). Високий кров'яний тиск наявний, якщо він постійно перебуває на рівні 140/90 мм рт. ст. або вище [4, 5].

Результати дослідження: алгоритм надання долікарської медичної допомоги при гіпертонічному кризі повинен включати наступні етапи:

1. Укласти хворого з піднятою верхньою частиною тулуба.
2. Уточнити, які препарати пацієнт вже приймав і в яких дозах.
3. При можливості виміряти пульс, тиск і записати показники.
4. При необхідності – викликати швидку медичну допомогу.

При наданні долікарської медичної допомоги проводяться наступні заходи:

1. Положення хворої людини залишається незмінним – лежачи з піднятою верхньою частиною тулуба.
2. Контроль артеріального тиску і частоти серцевих скорочень кожні 15 хвилин.
3. Заспокійлива бесіда з пацієнтом може мати досить сильний ефект, іноді рівнозначний медикаментозному.

4. При поєднанні підвищеного артеріального тиску і тахікардії (прискореного серцебиття) рекомендований прийом препаратів, що відносяться до групи неселективних бета-адреноблокаторів (пропранолол). Досить широко в сучасних умовах для купірування кризів застосовується каптоприл, що відноситься до групи інгібіторів АПФ (ангіотензинперетворюючого ферменту). Інший значущий для купірування кризів препарат – блокатор кальцієвих каналів – ніфедипін.

5. Якщо гіпертонічний криз протікає з ускладненнями – необхідне застосування кисневої терапії, больовий синдром купірується призначенням нітратів (нітрогліцерин), призначається аспірин як дезагрегант, з сечогінних препаратів застосовується фуросемід.

6. Якщо на догоспітальному етапі криз купірувати не вдається – вирішується питання транспортування пацієнта до лікувального закладу для продовження лікування в умовах стаціонару.

Висновки: гіпертонічний криз є станом, що характеризується різким підвищенням артеріального тиску вище 180/120 мм рт. ст. або до індивідуально високих величин. Ускладнений криз супроводжується неврологічною симптоматикою – головний біль, запаморочення, парестезії. Це говорить про погіршення мозкового кровообігу. При гіпертонічному кризі може порушуватися і коронарний та нирковий кровообіг з відповідними симптомами з боку серця й нирок. Такі кризи повинні бути купіровані в невідкладному порядку, оскільки досить часто призводять до ускладнень і таких судинних катастроф як інсульт та інфаркт.

До кризу може призвести цілий ряд причин – це і куріння, і вживання алкоголю, і припинення прийому гіпотензивних препаратів, і надмірна вага, і надмірне споживання солі, і фізичні та емоційні перевантаження. Тобто дуже багато залежить від такого відомого всім поняття як спосіб життя.

Найкращим способом профілактики гіпертонічного кризу і уникнення важких ускладнень (інсульт, стенокардія, інфаркт міокарда, кома, набряк легень, гостра серцева недостатність, енцефалопатія, еклампсія у вагітних, кровотечі, порушення ритму серця) є обізнаність пацієнтів щодо артеріальної гіпертензії та ефективна взаємодія з лікарем. Пацієнтам варто самостійно контролювати артеріальний тиск, що допоможе вчасно виявити його незначне зростання, виконувати рекомендації для боротьби з тривожністю та стресом, в разі необхідності — звернутись до лікаря по корекцію лікування та запобігти значній дестабілізації й розвитку гіпертонічного кризу.

Список використаної літератури:

1. Вайда Т. С. Долікарська допомога: навч. посіб. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 874 с.
2. Коваленко В.М., Свіщенко Є.П., Сіренко Ю.М. (ред.) (2010) Настанова з артеріальної гіпертензії. Київ, Моріон, 492 с.
3. Марчук А.І., Солодкий В.М., Чорний М.В. Долікарська допомога : підруч. К.: Правові джерела, 2000. 234 с.
4. Невідкладні стани: навчальний посібник / за ред. П.Г. Кондратенка. Д.: Новий

світ, 2001. 156 с.

5. Свіщенко Є.П., Багрій А.Е., Єна Л.М. та ін. (2012) Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2012 рік). Артеріальна гіпертензія, 1(21): 96-119.

РІЗНИЦЯ МІЖ ПРОБЛЕМАМИ СЕНСОРНОЇ ОБРОБКИ ТА СДУГ

Студент IV курсу: Петрус Р.

Науковий керівник: доц. Мар'яна САБАДОШ Петрус Роман Вадимович

Ключові слова: синдром дефіциту уваги і гіперактивності, розвиток дитини, проблеми сенсорної обробки.

Вступ: На ранніх етапах розвитку дитини можуть виникати порушення нервової системи (гіпер- або гіпочутливості, проблеми з координацією рухів та дисбаланс у відчутті частин тіла тощо).

Такі порушення впливають на сприйняття інформації, яка надходить ззовні через зір, слух, нюх, смак та дотик. Якщо в дитини є дисбаланс або чутливість до певних сенсорних стимулів, це заважатиме їй навчатися та розвиватись, спричиняючи постійний стрес та тривожність.

Мета роботи: Вивчити та проаналізувати різницю між проблемами сенсорної обробки та СДУГ.

Матеріали та методи дослідження: Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження виступили наукові публікації з визначеної теми.

Результати та їх обговорення: В основному, СДУГ (повністю відомий як синдром дефіциту уваги і гіперактивності), коли людина віддається занадто багато певній активності, тому що він більше не може зосередити свою увагу на даному об'єкті або завданні при нормальних умовах. Існує повторювана особливість імпульсивності, окрім загальної неуваги до інших речей. Імпульсивність та неуважність - дві з найбільш ідентифікованих характеристик СДУГ.

Оскільки ці особи не можуть тривалий час зосереджуватися на одному завданні, ви майже завжди помітите, як вони перекладають завдання та часто рухаються. Вони дійсно не можуть довго перебувати на одному місці, інакше вони занепокояться або занудьгують.

Відповідно порушення обробки сенсорної інформації – це нейробіологічний розлад, який діагностується в дітей та дорослих, яких не лікували в дитинстві. Діти з цим розладом невірно тлумачать звичайну сенсорну інформацію (звуки, смаки, запахи, дотики). Одні відчувають надлишок різноманітних відчуттів, що може їх лякати. Наприклад, звичайна за гучністю розмова буде здаватися їм криком. Інші навпаки шукають інтенсивних сенсорних переживань. Це призводить до різних поведінкових і функціональних проблем.

Ось, наприклад, коли дитина постійно вередує, неадекватно реагує на

публіці, або ж обмеження особистого простору. Це може бути ознаками як СДУГ, так і проблемами із сенсорною обробкою. Хоча це різні проблеми, та вони частково схожі і можуть виникати разом. У цій таблиці наведено деякі ключові відмінності між СДУГ та проблемами сенсорної обробки.

Таблиця 1

	СДУГ	Проблеми сенсорної обробки
Що це?	Розвиток <u>нервової системи</u> , через який багатьом дітям важко зосередитися і сидіти на місці.	Надмірна <u>або недостатня чутливість до сенсорних впливів</u> , таких як: звуки, смаки, запахи та текстури.
Ознаки, які ви можете помітити	<ul style="list-style-type: none"> • Здається <u>мрійливим</u> або розгубленим • Здається, не слухає • Схильний до <u>істерик і розладів</u> через відсутність контролю над імпульсами • Бореться з організацією та виконанням завдань • Легко нудьгує, якщо заняття не є дуже приємним • Має <u>проблеми з дотриманням вказівок</u> • Під час тихих занять важко сидіти • Нетерплячий • Постійно рухається • Вередує і потребує все підхопити і повозитися • <u>Перебиває людей</u> і неадекватно викладає речі • Не розуміє наслідків своїх дій • Грає грубо і ризикує фізично 	<p>Надчутливість:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Має проблеми з фокусуванням; не може відфільтрувати відволікаючі фактори • Не любить, коли доторкаються • Помічає звуки та запахи, які не помічають інші • У галасливих місцях скупчення людей тікає або засмучується • Турбується про безпеку, навіть якщо немає реальної небезпеки • Має труднощі з новими розпорядками, новими місцями та іншими змінами • Пересувається і рухається, не може влаштуватися зручно • Дуже <u>чутливий до відчуття одягу</u> <p>Недостатня чутливість:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Постійно потрібно торкатися людей або речей • Має проблеми з оцінкою особистого простору інших • Здається незграбним або нескоординованим • Виявляє високу толерантність до болю

		<ul style="list-style-type: none"> • Грає грубо і ризикує фізично
Можливий емоційний і соціальний вплив	Проблеми з дотриманням соціальних правил можуть ускладнити заведення та збереження друзів. Часті негативні відгуки про те, що вони діяли або не звертали уваги, можуть вплинути на самооцінку та мотивацію, змушуючи дітей відчувати, що вони «погані» або «нехороші».	Відчуття тривоги в людних і галасливих місцях або уникнення їх може ускладнити спілкування. Однолітки можуть уникати або виключати малочутливу дитину, яка грає занадто грубо або не поважає її особистий простір .
Професіонали, які можуть допомогти	<ul style="list-style-type: none"> • Педіатри, педіатри з розвитку поведінки, дитячі психіатри: діагностують СДУГ та призначають ліки від СДУГ. Психіатри будуть шукати інші проблеми, як-от тривожність. • Клінічні дитячі психологи: проводять поведінкову терапію, щоб навчити дітей навичкам керувати своїми діями та взаємодією. Забезпечують когнітивну поведінкову терапію, щоб допомогти з емоційними проблемами, пов'язаними з їх СДУГ. Діагностують СДУГ та проблеми з психічним здоров'ям, які можуть виникати одночасно, наприклад, тривога. Можуть також 	<ul style="list-style-type: none"> • Ерготерапевти : Допомагають дітям навчитися справлятися зі складними ситуаціями. Забезпечують терапію сенсорної інтеграції, яка допомагає дітям відповідним чином реагувати на сенсорні дії. • Клінічні дитячі психологи: проводять поведінкову терапію, щоб навчити дітей навичкам керувати своїми діями та взаємодією. Забезпечують когнітивну поведінкову терапію, щоб допомогти вирішити емоційні проблеми, пов'язані з проблемами сенсорної обробки. Діагностують проблеми СДУГ та психічного здоров'я, які можуть виникати разом із проблемами сенсорної обробки. Можуть також оцінювати відмінності навчання. • Педіатри з розвитку поведінки: призначають ліки

	<p>оцінювати відмінності навчання.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дитячі нейропсихологи: діагностують СДУГ та поширені проблеми психічного здоров'я, які можуть виникати разом, наприклад, тривога. Можуть також оцінювати відмінності навчання. • Педагогічні терапевти та організаційні тренери: Робота над організацією та навичками управління часом. 	<p>від тривоги, щоб полегшити реакцію паніки.</p>
--	---	---

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ТЕОРІЯ КАРЛА РОДЖЕРСА

*Студентка I курсу Шукаль Л.
Науковий керівник: д. психолог.н. Олена ЯЦИНА*

Ключові слова: особистість, Я-концепція, самореалізація, самооцінка.

Вступ. У кожної людини свій унікальний спосіб сприйняття і осмислення соціальної реальності. Сприймаючи світ, що існує об'єктивно, людина діє відповідно до свого попереднього досвіду, системи переконань та засвоєних цінностей. Міркуючи про це, американський психолог Карл Роджерс, запропонував феноменологічну теорію особистості, орієнтовану на формування Я-концепції та адаптацію особистості, орієнтовану на клінічну практику.

Сьогодні, коли наша держава відстоює свій цивілізаційний вибір до свободи і справедливості, звернення до змісту гуманістичної теорії К. Роджерса набуває особливого значення й актуальності. Адже значна частина його внесків пов'язана з баченням того, як людина інтегрує реальність, щоб сформуванати своє власне Я. Цей аспект розкрито в його феноменологічній теорії, згідно з якою кожна людина сприймає світ і реальність певним чином на основі досвіду та його інтерпретації таким чином, щоби вибудувати на цій основі свою суб'єктивну реальність. Таку інтерпретацію реальності К.Роджерс називає феноменологічним полем. Для Роджерса реальність – це те, що сприймається кожною людиною у свій спосіб, тобто через фільтр власного розуму. Розуміння іншого – це урахування його суб'єктивного бачення світу.

Мета дослідження – розкрити особливості гуманістичної теорії К. Роджерса щодо формування суб'єктивного бачення світу.

Матеріали та методи. Наукові праці з проблеми; теоретичний аналіз, синтез, узагальнення.

Виклад основного матеріалу. Значний внесок у вивчення робіт Карла Роджерса зробили Дж. Фрейбегр, А. Б. Орлов, Р. Киршенбаум, С. Гендерсон, С. Келвін Хол, Р. Ліндсей, Р.Тененбаум. Зарубіжні вчені Н. Шульц та С. Шульц вважають, що філософський «фундамент» феноменологічної теорії К.Роджерса мали Ф. Brentano, В. Вундт, У. Джеймс, а К. С. Холл й Р. Ліндсеєм підкреслювали вплив Дж. Д'юї. Сам К. Роджерс наполягав, що філософія – невід'ємна частина його наукового методу й апелював до ідей Дж. Д'юї, М. Бубера й С. К'еркегора. К. Роджерс та його однодумці вбачали своє завдання в привнесенні ідей екзистенціалізму в психологічні вчення про людину.

Незважаючи на наявність теоретичних та емпіричних досліджень, присвячених вивченню ідей Карла Роджерса, інтерес до них не знижується, що й зумовлює мету нашого допису, яку вбачаємо в описі основних засад феноменологічної концепції стосовно людської природи.

Феноменологічна теорія Роджерса базується на ідеї, що поведінка опосередковується внутрішніми елементами, такими як тенденція до оновлення та оцінки досвіду. Людина намагається знайти своє місце у світі, відчуваючи з ним самореалізацію і засновуючи свою концепцію на особистісному зростанні.

Протягом життя люди постійно стикаються з ситуаціями, які змушують їх адаптуватися до виживання. Мета цього – пошуки свого місця у світі. З огляду на зазначене, людський організм має властивість постійно оновлюватись, і це дозволяє нам, з одного боку, вижити, а з іншого – розвиватися задля досягнення автономії та намічених цілей.

Так само ми вчимося оцінювати ситуації як позитивні чи негативні: залежно від того, дозволяють вони нам оновлюватись, наближають чи віддаляють нас відносно поставленої мети. Відтак, ми вчимося аналізувати існуючу реальність певним чином, і це бачення позначає нашу взаємодію з навколишнім світом. Центральне місце в теорії займає поняття «Я-концепція», складене зі сприймань властивостей «Я», сприймань взаємовідносин «Я» з іншими людьми і з різними аспектами життя. Особливу увагу К. Роджерс приділяє тому, як оцінка індивіда іншими людьми впливає на розвиток позитивної або негативної Я-концепції. В якості умов, важливих для розвитку Я-концепції, виділяються потреба в позитивній увазі, умови цінності і безумовне прийняття. Так, потреба в позитивній увазі полягає в необхідності бути любимим і прийнятим іншими. Якщо діти, відчуваючи потребу в любові й схваленні, діють проти власних інтересів, це може приводити їх до уявлення про себе, як про створених для того, щоб задовольняти потреби інших людей.

К.Роджерс переконливо стверджував, що безумовне прийняття, яке передбачає, що людину приймають і поважають за те, яка вона є, без будь-яких застережень, становить основу розвитку особистості, здатної до актуалізації. При цьому батьки можуть виражати дитині своє несхвалення за певні вчинки на

фоні загальної любові й поваги до її почуттів. За таких умов у дитини формується безумовне прийняття себе, що дозволяє їй розвивати власні цінності і будувати поведінку відповідно до своїх реальних переживань, незалежно від оцінок інших.

Важливо відмітити, що зазначене в підсумку формує самооцінку, яка може співпадати з реальним Я, чи може викликати розчарування та зниження самооцінки. Якщо пережиті ситуації суперечать нашому розвитку, вони розглядаються як загроза. Коли Я-концепція та реальність суперечать одна одній, індивід намагається реагувати за допомогою різних реакцій, що дозволяють зменшити суперечність. Саме в цей момент можуть виникнути патологічні реакції: заперечення чи дисоціація, що може призвести до появи психічних розладів, розпаду особистості.

Зауважимо, що означене бачення на природу людини К. Роджерс сформував на основі особистого досвіду роботи з клієнтами, які мали емоційні розлади. В результаті своїх клінічних спостережень він прийшов до висновку, що *найсокровенніша сутність людської природи орієнтована на рух вперед до певних цілей, конструктивна, реалістична та заслуговує на довіру*. Людина – активна істота, орієнтована на віддалені цілі і здатна вести себе до них.

Серед головних тез феноменології К.Роджерса визначають наступні:

- матеріальна або об'єктивна дійсність є не що інше, як психічний «феномен» – тобто реальність, яка свідомо сприймається та інтерпретується людиною у даний момент часу. Ця суб'єктивна реальність сутнісно визначає себе кожного разу в новій точці життєвої траєкторії особистісного становлення. Кожна людина суб'єктивно сприймає світ і відповідно до цього реагує;
- людина – визначає свою долю, вона вільна у вирішенні, яким повинно бути її життя в контексті вроджених здібностей та обмежень. Самовизначення є істотною частиною природи людини, а тому сама людина відповідальна за свою долю. Кожна людина прагне до самовизначення;
- люди в своїй основі добрі (у будь-якому випадку – не злі) і їм притаманне прагнення до досконалості. Зокрема, передбачається, що люди невідворотно рухаються у напрямку більшої диференціації, автономності та зрілості.

Окрему увагу звертаємо на характеристику структури особистості з позиції феноменологічного підходу. Центральним моментом структурної організації особистості, згідно Роджерсу, є панівна роль суб'єктивного досвіду. На відміну від З. Фрейда, К. Роджерс підкреслював необхідність розуміння актуального ставлення людини до оточуючої дійсності – актуальна інтерпретація переживань минулого, а не їх фактичні обставини впливають на поведінку. Більш того, майбутня поведінка, її прогноз також визначається актуальною оцінкою себе та світу загалом. Наприклад, людина, яка вважає, що вона не вміє спілкуватись с людьми, знаходиться в складному становищі не через минулі невдачі, а через те, що боїться невдач майбутніх.

І, нарешті, К. Роджерс підкреслював, що поведінку можна зрозуміти, лише якщо звертатися до цілісної людини. Особистість є інтегрований організм, і цю

єдність не можна звести до складових особистості. Для розуміння особистості необхідно зрозуміти її психологічну реальність – те, як вона сприймає та інтерпретує інформацію, яку отримує за допомогою органів відчуттів. У кожний момент поведінка особистості визначається тим, як вона оцінює актуальні події. Необхідно зрозуміти, як особистість сприймає своє оточення саме зараз, в актуальний момент – «тут і тепер». Для того, хто прагне зрозуміти іншу людину як особистість, важливо зрозуміти досвід іншої людини так, як вона сама його переживає і розуміє. Звісно, суб'єктивний досвід вибірковий і недосконалий. Він обмежений психологічними (що ми хочемо знати) і біологічними (що ми здатні знати) межами. Я – це диференційована частина феноменального поля, або поля сприйняття, яка складається з усвідомленого сприйняття та цінностей Я. Я-концепція означає власну теорію людини про те, ким вона є. Я-концепція відображає ті характеристики, які людина сприймає як частину себе. Вона також відображає те, як ми бачимо себе у зв'язку з різними ролями, які ми граємо в житті. Я-концепція включає не лише наше сприйняття себе такими, які ми є (реальне я), але також і те, якими ми повинні бути або хотіли б бути (ідеальне Я). Я-концепція не регулює поведінку, а символізує головну частину свідомого досвіду індивіда.

Висновки. Таким чином, можемо зробити висновки про те, що у феноменологічному напрямку психології особистості, розробленому Карлом Роджерсом, центральне місце займає положення, що поведінку людини в термінах її суб'єктивних переживань. Також мається на увазі, що люди здатні будувати свою долю і по своїй суті є цілеспрямованими, заслуговують довіри і самоудосконалюються. Особистісно важливою в сьогоденні визначаємо думку психолога про те, що люди повинні навчитися усвідомлювати і цінувати кожен момент свого буття, знаходячи у ньому щось прекрасне і важливе. Лише тоді життя розкриється в своєму дійсному значенні і лише в цьому випадку можна говорити про повноцінне функціонування особистості.

Список використаної літератури:

1. Гордієнко В., Коpecь Л. Психологія особистості в біографіях, подіях, портретах: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2007. С.267-287.
2. Роменець В.А. Історія психології. – К. : Либідь, 1998. С. 258-266, 555-564, 627-627.
3. Rogers C.R. On Becoming a Person. – Boston: Houghton Mifflin, 1995. 400 p.
4. Rogers C.R. A Way of Being. – Boston: Houghton Mifflin, 1995. 380 p.
5. Rogers C.R. Personal communications with Jerome Freiberg. – New York State University College, 1966. 120 p.

ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ РОЛЛО МЕЯ

Студентка I курсу Костюк М.

Науковий керівник: д. психолог.н. Олена ЯЦИНА

Ключові слова: екзистенціальна психологія, свобода, проблема смислу.

Вступ. В умовах війни, яку по відношенню до нашої країни, що прямує до європейського напрямку розвитку, розв'язала російська федерація, вкрай необхідно зберегти психічне та фізичне здоров'я громадян України. Тому дуже важливим є звернення до практики подолання фрустраційних станів, викликаних нематеріальними та матеріальними втратами у період війни та синхронно пов'язаних із ставленням до людини, проблемою свободи і смислу життя. Вирішення цього питання можна проілюструвати влучною тезою Ж.-П. Сартра: «людина приречена на свободу». На наш погляд, найкраще розібратися в цьому допоможе звернення до здобутків екзистенційної психології, яка розвиваючись в рамках гуманістичного напрямку уможливорює дати адекватну відповідь на виклики сьогодення.

Мета дослідження: розкрити концептуальні положення екзистенційної психології Ролло Мея.

Матеріали та методи. Наукові праці з проблеми; теоретичний аналіз, синтез, узагальнення.

Виклад основного матеріалу. Аналіз останніх досліджень і публікацій з означеної теми представлено в працях В. Ляха, С. Степанова, Р. Фрейджера, І. Ялома, ін. Авторами визначені основні найвпливовіші напрями розвитку екзистенційної психології, що вивчає: 1) проблеми часу, життя і смерті; 2) проблеми свободи, відповідальності та вибору; 3) проблеми спілкування, любові і самотності; 4) проблеми смислу існування людини та звернено увагу на унікальність особистого досвіду конкретної людини. Провідною її метою є вирішення проблеми відновлення автентичності особистості – відповідності її буття у світі її внутрішній природі [1].

Як відомо, екзистенціальна психологія зародилася в ХХ ст. на основі ідей екзистенційної філософії, зокрема, проблеми свободи. Основоположником по праву вважають данського релігійного мислителя Серена К'єркегора. У своїй книзі «Сенс тривоги» Ролло Мей спирається власне на філософію і психологію К'єркегора.

У своїх творах Р. Мей ретельно аналізує основні проблеми людської екзистенції: добро і зло, свобода, відповідальність і доля, творчість, вина і тривога, любов і насильство. Найбільш відома робота Мея «Любов і воля» стала американським національним бестселером і отримала в 1970 році премію за ерудицію в області наук про людину. Ролло Мей безперечно з ключовою фігурою не тільки американської, а й світової психології. До самої своєї смерті він був одним з провідних екзистенціальних психологів в США. За роки роботи в якості психотерапевта, Мей розробив нову концепцію людини. Його підхід спирався більшою мірою на клінічні експерименти, ніж на кабінетну теорію. Людина, з точки зору Мея, живе сьогоденням, для неї актуально в першу чергу те, що відбувається тут і зараз. У цій єдиній, справжній реальності людина формує себе сама, на неї покладається відповідальність за те, ким вона в кінцевому рахунку стає.

Мало відомо, що Мей пережив найглибше потрясіння свого життя. Коли йому було всього тридцять з невеликим, він переніс туберкульоз і провів три

роки в санаторії в Саранаку, на півночі штату Нью-Йорк. Ніяких дієвих методів лікування туберкульозу в той час не існувало, і протягом півтора років Мей не знав, чи судилося йому вижити. Свідомість повної неможливості протистояти важкої хвороби, страх смерті, чекання щомісячного рентгенівського обстеження, всякий раз означає або вирок, або продовження очікування - все це повільно підточувало волю, присипляють інстинкт боротьби за існування. Зрозумівши, що всі ці, здавалося б, цілком природні психічні реакції шкодять організму не менше фізичних мук, Мей почав розвивати в собі погляд на хворобу як на частину свого буття в даний період часу. Він зрозумів, що безпорадна і пасивна позиція сприяє розвитку хвороби. Озираючись навколо, Мей бачив, що хворі, які змирилися зі своїм становищем, згасали на очах, тоді як ті, що боролися, звичайно видужували. Саме на підставі власного досвіду боротьби з недугою Мей зробив висновок про необхідність активного втручання особистості в «порядок речей» і свою власну долю.

Замислюючись над корінними відмінностями між психічно-здоровою, повноцінною людиною і хворим, Мей вважав, що багатьом людям бракує хоробрості зустрітися віч-на-віч зі своєю долею. Спроби уникнути подібного зіткнення призводять до того, що вони жертвують більшою частиною своєї свободи і намагаються піти від відповідальності, заявляючи про споконвічну несвободу своїх дій. Щоб не робити вибір, вони втрачають здатність бачити себе такими, якими вони є насправді, і переймаються почуттям власної меншовартості і відчуженості від світу.

Здорові ж люди, навпаки, кидають виклик своїй долі, цінують і оберігають свою свободу і живуть справжнім життям, чесно по відношенню до себе та інших. Вони усвідомлюють неминучість смерті, але їм вистачає сміливості жити в сьогоденні [2]. Мей вважав, що воля приходить до людини, коли вона протистоїть своїй долі і розуміє, що смерть або небуття можливе в будь-який момент. Людина може бути внутрішньо вільною, навіть якщо вона фізично перебуває у полоні.

На переконання Р.Мея, можливість вибору, в свою чергу, веде до зростання свободи і одночасно відповідальності. Мей стверджував, що робота психотерапевта повинна полягати в тому, щоб допомогти людям отримати свободу для усвідомлення і здійснення своїх можливостей. Мей наполягав на тому, що терапевт, який зосереджується на симптомах пацієнта, випускає з уваги щось важливіше. Невротичні симптоми є всього лише способами втекти від своєї свободи і показниками того, що пацієнт не використовує свої можливості. Коли пацієнт стає більш вільним і людським, його невротичні симптоми, як правило, зникають, невротична тривога поступається місцем нормальній тривозі і невротичне відчуття провини замінюється нормальним почуттям провини.

Мей твердо дотримувався думки, що психотерапія повинна в першу чергу допомагати людям відчувати своє існування і що «будь-яке наступне одужання від симптомів повинно бути вторинним продуктом цього процесу» [3].

У своїй концепції особистості Р. Мей особливо підкреслював унікальність особистості, вільний вибір і усвідомлений цільовий аспект поведінки. Як і інші екзистенціалісти, Мей вважав, що:

1) існування передує сутності (важливіше, що люди роблять, а не хто вони є)

2) люди поєднують у собі риси як суб'єкта, так і об'єкта (люди є істотами, які і думають, і діють)

3) люди прагнуть знайти відповіді на найважливіші питання щодо сенсу життя

4) воля і відповідальність завжди врівноважують одна одну, тому жодна з них не може бути присутня у людині окремо від іншої.

Висновки. Таким чином, основні складові особистості за Р.Меем – свобода, індивідуальність, соціальна інтегрованість. Людина живе сьогоднішнім, для неї актуально насамперед те, що відбувається тут і тепер. У цій єдиній справжній реальності людина формує себе сама і відповідальна за те, ким вона врешті-решт стає.

Використана література:

1. Лях В. В. Соціальні, особистісні та екзистенційні виміри свободи // Мультиверсум. Філософський альманах. – 2004. С.3 – 13.

2. Свобода: сучасні виміри та альтернативи /В. В. Лях, В. С. Пазенок, К. Ю. Райда та ін. – К.: Український центр духовної культури, 2004. 486 с.

3. Райда К. Ю. Екзистенціальна психологія та психоаналіз як феномени постекзистенціального мислення. // Мультиверсум. Філософський альманах, Вип.3. К., 1999. С.132-141.

ОСОБИСТІТЬ У ЛОГОТЕРАПІЇ ВІКТОРА ФРАНКЛА

Студентка I курсу Пальок І.

Науковий керівник: д. психолог.н. Олена ЯЦИНА

Ключові слова: сенсу вчинків і життя, свобода волі, цінності.

Вступ. Однією з глибинних характеристик людської природи є пошук сенсу вчинків і життя загалом. Цими питаннями людство переймалося на всіх етапах свого розвитку. В сучасних реаліях війни з російськими загарбниками поняття «сенс» набуло ще більшої актуальності і заважає для кожного з нас як рушійна сила поведінки і саморозвитку особистості. Дійсно, людині важливо не просто бути складовою частиною об'єктивної дійсності, але і формувати її згідно із своїми глибинними внутрішніми потребами, впливати на неї, реалізуючи власний унікальний потенціал. На наш погляд, логотерапія особливо актуальна в наш час, коли людина знаходиться у стані постійного стресу через зростання військової агресії з боку ворожої росії.

Метою дослідження є теоретичний аналіз логотерапевтичних поглядів В.Франкла, де головне місце посідає ідея сенсу життя у світогляді особистості.

Матеріали та методи. Наукові праці з проблеми; теоретичний аналіз, синтез, узагальнення.

Виклад основного матеріалу. Проблемі формування ціннісного світогляду особистості у змісті екзистенціалізму присвячені праці провідних учених сучасності: В.Адлфімова, І.Беха, О. Вишневського, В.Підкасистоо, О.Коберник, та інших.

Відмічено, що екзистенційна теорія Франкла складається з трьох частин: учення про прагнення до сенсу, про сенс життя і про свободу волі. Розглянемо кожне з учень:

1. Основна теза вчення про прагнення до сенсу свідчить, що людина прагне знайти сенс і відчуває екзистенційну фрустрацію або вакуум, якщо її спроби залишаються нереалізованими, а тому стає причиною неврозів. Неврози нерідко виникають тоді, коли людина усвідомлює беззмістовність свого життя, порожнечу існування. В основі таких поширених явищ, як депресія, правопорушення, алкоголізм, наркоманія, агресивність, аморальна поведінка, лежить відсутність смислу життя, що може бути частково компенсовано людиною потягом до влади, сексу, бажанням збагачення. Тому прагнення до сенсу Франкл розглядає як природжену мотиваційну тенденцію, властиву всім людям і основною рушійною силою поведінки і розвитку особистості.

2. Головна теза вчення про сенс життя у тому, що життя людини не може позбутися сенсу ні за яких обставин; сенс життя завжди може бути знайдений. Відповідно теорії В. Франкла, сенс не суб'єктивний, людина не вигадує його, а знаходить у навколишній дійсності, у тому, що є для неї цінністю. Вчений виділяє три групи цінностей: творчості, почуття і ставлення. Сенс життя можна знайти в будь-якій із цих цінностей. Тобто, немає таких обставин і ситуацій, в яких людське життя втратило б свій сенс.

3. Основна теза вчення про свободу волі свідчить, що людина спроможна знайти і реалізувати сенс життя, навіть якщо її свобода обмежена об'єктивними обставинами. Свобода, за теорією В. Франкла, тісно пов'язана з відповідальністю людини за правильний вибір і реалізацію сенсу свого життя.

Варто згадати, що В. Франкл розвивав свою психологічну теорію на основі досвіду ув'язненого. У 1959 році він опублікував свою ключову книгу «Пошуки людиною сенсу», де описав свою модель логотерапії, що тлумачиться як «терапія духом і словом». Відповідно до неї, розвиток людини відбувається через спроби пошуку сенсу життя. Коли сенсу життя немає, людина відчуває невдоволення і нерозуміння, у неї розвиваються такі хвороби, як невроз і інші психічні розлади.

З огляду на зазначене, зупинимось на деяких особливих клінічних деталях теорії В.Франкла. Як вже зазначалося, він вважає, що екзистенційна порожнеча часто заповнюється певним неврозом. Наприклад, існує ідея випереджальної тривоги: *Хтось може настільки боятися певних симптомів, пов'язаних з тривогою, що їх отримання неминуче.* Очікувана тривога викликає саме те, чого людина боїться. Тести на занепокоєння є очевидним прикладом: якщо ви боїтеся провалитись у тестах, тривога заважатиме вам добре робити тести, змушуючи

вас завжди боятися їх. Йдеться про гіперінтенцію як про надмірні навантаження, які самі по собі заважають досягти успіху в чому-небудь.

Мета логотерапії – описати процес сприйняття думок і провести їхній аналіз, щоб зрозуміти, як люди знаходять сенс, розширити можливості бачити сенс в складних ситуаціях і зробити людину здоровою. Тож в основі логотерапія лежать і мотивація. Завдяки логотерапії людина отримує здатність мислити поза ситуацією, знаходити рішення проблеми за межами усталеної думки про неї. В. Франкл вважав, що прагнення до реалізації людиною сенсу свого життя є вродженою мотиваційною тенденцією, притаманною всім людям. Навіть самогубець вірить у сенс якщо не життя, то смерті. Не людина ставить питання про сенс свого життя, а життя ставить ці питання перед нею. Відтак, сенс виступає своєрідним імперативом, що вимагає своєї реалізації.

На думку В. Франкла, люди ми завжди можемо надати сенс своєму життю, незалежно від обставин, в яких ми опинились; цей пошук сенсу становить головну мотивацію життя. Крім того, ми завжди маємо певний ступінь свободи, оскільки ми можемо принаймні вирішити, яку позицію ми будемо приймати перед загрозою.

Висновки. На основі теоретичного аналізу ключових положень логотерапії підсумовуємо, що для особистості питання пошуку сенсу виникає у зв'язку із внутрішнім конфліктом особистості, тобто невідповідністю між тим «хто я є» і «ким я можу стати». Пошуки цієї відповідності є своєрідним відображенням повноти осмисленого ставлення до існування. Для особистості важливо зрозуміти справжні цінності її внутрішнього світу, знайти свій унікальний сенс. Як написав В. Франкл: «Якщо людина знає «навіщо», вона зможе винести будь-яке «як».

Список використаної літератури:

1. Братусь Б.С. Незважаючи ні на що - сказати життя «так» (уроки Віктора Франкла). *Питання психології*. 2005. № 3. С.112 - 121.
2. Ленг А. Віктор Франкл - повірений людяності. *Питання психології*. 2005. № 3. С.107 - 111.
3. Осика О. (2013). Логотерапія В. Франкла в психокорекційній роботі зі школярами. *Проблеми сучасної психології*. Вип. 21. Київ. С. 531-541.
4. Франкл В. (2016). Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків. URL: <http://www.e-readinglib.com/book.php?book=1051903>

Електронне наукове видання

УДК 616- 36.82(477)

М 60

Матеріали підсумкової наукової конференції студентів та аспірантів факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету (18 травня 2022 року). - Ужгород, 2022. - 104 с.

м. Ужгород 23 травня 2022 року