

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

**77 ПІДСУМКОВА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ  
ПРОФЕСОРСЬКО-ВИКЛАДАЦЬКОГО СКЛАДУ  
ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**Збірник матеріалів**

**27-28 лютого 2023 року**



**Ужгород – 2023**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

**77 ПІДСУМКОВА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ  
ПРОФЕСОРСЬКО-ВИКЛАДАЦЬКОГО СКЛАДУ  
ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Збірник матеріалів

27-28 лютого 2023 року

Ужгород – 2023

УДК 796(063)+615.8

С 37

Матеріали 77-ої підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Уклад. д. пед. н. Стеблюк С.В., 27-28 лютого 2023 року. Ужгород, 2023. 172с.

Рецензент:

Горват М. В., кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методики початкової освіти, Мукачівський державний університет

У збірнику вміщено матеріали конференції, що присвячені дослідженням з проблем громадського здоров'я та клінічної психології; основ медицини; фізичної терапії, ерготерапії, спеціальної та інклюзивної освіти; фізичного виховання і спорту.

Матеріали друкуються в авторській редакції.

Члени Редколегії:

Едуард СИВОХОП, кандидат педагогічних наук, декан факультету здоров'я та фізичного виховання

Світлана СТЕБЛЮК, доктор педагогічних наук, заступник декана з наукової роботи

Ярослав ФІЛАК, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації

Фелікс ФІЛАК, кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини, голова науково-методичної комісії факультету здоров'я та фізичного виховання

Валерій ТОВТ, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання

Рекомендовано до друку Вченою радою факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Протокол №2 від 02 березня 2023 року)

## ЗМІСТ

<b>ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ</b>	
МИРОНЮК Іван, СЛАБКІЙ Геннадій, БІЛАК-ЛУК'ЯНЧУК Вікторія <b>ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ</b>	7
МИРОНЮК Іван, СЛАБКІЙ Геннадій, БРИЧ Валерія <b>ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ У СУЧАСНИХ УМОВАХ</b>	10
МИРОНЮК Іван, СЛАБКІЙ Геннадій, БІЛАК-ЛУК'ЯНЧУК Вікторія <b>ДО ПИТАННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНУ СИТУАЦІЮ В УКРАЇНІ</b>	13
СМУЖАНИЦЯ Ярослав, МИРОНЮК Іван <b>ІМОВІРНІ БІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ГІРСЬКИХ І ПЕРЕДГІРСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	18
ЯЦИНА Олена, ПАЛЬКО Тетяна <b>ПОЗИТИВНИЙ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ МІЖНАРОДНИХ ТРЕНІНГІВ У ПІДГОТОВЦІ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ З НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ З РФ</b>	22
ЯЦИНА Олена <b>СТРЕС, КРИЗА, ПСИХОТРАВМА В ДИСКУРСІ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ</b>	25
СЛАБКІЙ Геннадій, ЯЦИНА Олена, РУСАНЮК Надія <b>ПРО НАГАЛЬНУ ПОТРЕБУ ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ В МАГІСТРАТУРІ</b>	29
ПАЛЬКО Тетяна <b>РОЗВИТОК РЕФЛЕКСІЇ У СТРУКТУРІ ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ МАЙБУТНІХ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ</b>	32
МИРОНЮК Іван, ЛЕПКАНИЧ Анна <b>ОКРЕМІ БАЗОВІ ПІДХОДИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВИХ МОДЕЛЕЙ ХАРЧУВАННЯ МОЛОДІ, ЯКА НАВЧАЄТЬСЯ</b>	36
БРИЧ Валерія, ГУЦОЛ Іванна <b>СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ЯК ДІЄВА ТЕХНОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І</b>	39
ДУДАШ Габрієлла, БРИЧ Валерія <b>ОКРЕМІ АСПЕКТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ БАЗИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕКОНАНЬ І ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЇХ ЗДОРОВОМУ СПОСОБУ ЖИТТЯ</b>	43
ШЕПЕЛЛА Гретта, БРИЧ Валерія <b>ІМОВІРНІ ГРУПИ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ РІВНІВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>	46

<b>СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	
СЛАБКИЙ Геннадій, ШЕНЬ Антон <b>ДО ПИТАННЯ ВИЯВЛЕННЯ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В ЗАНЕДБАНИХ СТАДІЯХ ТА ПІД ЧАС ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ</b>	49
СЛАБКИЙ Геннадій, ШЕНЬ Георгій, КОСТЕНКО Софія <b>РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ</b>	53
КОРОЛЬЧУК Олена, ЛАСТОВЕЦЬКИЙ Сергій <b>ДО ПИТАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ОКРЕМИХ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ СЕРЕДОВИЩА НА ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ, ЩО НАВЧАЄТЬСЯ</b>	55
МИРОНЮК Іван, ЛІННІКОВ Святослав <b>КОМУНІКАЦІЙНІ КАМПАНІЇ, СПРЯМОВАНІ НА ВРАЗЛИВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ</b>	58
СЛАБКИЙ Геннадій, КОЗАР Юрій <b>МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНОСТІ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</b>	61
КОРОЛЬЧУК Олена <b>ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ НАЦІОНАЛЬНОЇ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ МОЛОДІ В УКРАЇНІ</b>	66
СЛАБКИЙ Геннадій, ФЕЙСА Іван, КАРТАВЦЕВ Ростислав <b>ЄДИНІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В НАЦІОНАЛЬНОМУ КЛАСИФІКАТОРІ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ</b>	70
СЛАБКИЙ Геннадій, МИРОНЮК Вікторія, ЧІРПАК Вікторія <b>ВПЛИВ ВІЙНИ З РФ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ</b>	74
ДУБ Мар'яна, БРИЧ Валерія <b>ОКРЕМІ АСПЕКТИ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ» ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»</b>	77
ІВАЦЬ-ЧАБІНА Анна <b>СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ НАВЧАННЯ</b>	79
КАБАЦІЙ Наталія, СПІВАК Антоніна, СЛАБКИЙ Геннадій <b>СПРАВЕДЛИВІСТЬ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ</b>	81
ПШКОВЦІ Віталій, НАГІРНИЙ Дмитро, СЛАБКИЙ Геннадій <b>ДО ПИТАННЯ ПОКАЗНИКІВ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В ПЕРЕДВОЄННИЙ ПЕРІОД В</b>	85

<b>ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ</b>	
ТАНЧИНЕЦЬ Сергій, СЛАБКИЙ Геннадій <b>РЕКОМЕНДАЦІЇ ВСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я</b>	88
<b>ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, СПЕЦІАЛЬНА ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА</b>	
СТЕБЛЮК Світлана <b>РОЗВИТОК ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ</b>	91
ФІЛАК Ярослав <b>КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В УМОВАХ САНАТОРІЮ</b>	95
САБАДОШ Мар'яна <b>НОВІТНІ ПІДХОДИ ЕРГОТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЙ КІНЦІВОК</b>	97
ГАЯШ Оксана <b>ДИСТАНЦІЙНА СПІВПРАЦЯ КОМАНДИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ПІД ЧАС ВІЙНИ</b>	100
КЛЯП Маріанна <b>РАННЄ ВТРУЧАННЯ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ТА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>	104
ЛЯХОВЕЦЬ Лариса <b>ТАНЦЮВАЛЬНО-РУХОВА ТЕРАПІЯ ЯК ЗДОРОВ'ЯФОРМУЮЧИЙ ЗАСІБ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>	108
<b>ОСНОВИ МЕДИЦИНИ</b>	
МЕЛЕГА Ксенія, РУСИН Людмила, ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА Юлія <b>СИСТЕМА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ</b>	112
ФІЛАК Фелікс <b>САНАТОРНО-КУРОТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦІЙНИЙ СИНДРОМ</b>	116
ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА Юлія, МЕЛЕГА Ксенія, КІШ Вікторія <b>ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ</b>	119
МАЛЬЦЕВА Ольга <b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДИК ОЗДОРОВЛЕННЯ ДЛЯ ХВОРИХ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ</b>	123
РУСИН Людмила <b>АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ</b>	127

<b>СТУДЕНТОК МОЛОДШИХ КУРСІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ</b>	
<b>СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ</b>	
СИВОХОП Едуард <b>ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ РОЗВИТКУ ТВОРЧИХ ЗДІБНОСТЕЙ І ТВОРЧОЇ ІНДИВІДУАЛЬНОСТІ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В ПРОЦЕСІ САМОПІЗНАННЯ</b>	131
БОНДАРЧУК Наталія, МАРІОНДА Іван <b>МАСОВИЙ СПОРТ ЯК СОЦІОКУЛЬТУРНЕ ЯВИЩЕ</b>	133
ТОВТ Валерій, ТРІФАН Олександр <b>ПРИЧИНИ ТИПОВИХ ПОМИЛОК В ТЕХНІЦІ ВИКОНАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНИХ СПОСОБІВ ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ</b>	138
ХОМА Тетяна, КЕВПАНИЧ Василь <b>КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ПЕДАГОГІЧНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ</b>	142
СЕМАЛЬ Наталія, СПІВАК Антоніна <b>ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ТРЕНЕРІВ З ГАНДБОЛУ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ</b>	146
ШАНТА Іван <b>ЗМІСТ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФУТБОЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ В ПОЧАТКОВИХ КЛАСАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ</b>	150
ПИШКА Ольга <b>ГІМНАСТИКА ЯК ОДНА ІЗ ФОРМ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>	154
МОРДВІНЦЕВ Геннадій, ЗВОНАР Василь, ПЕТРУШКО Марина <b>ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СУСПІЛЬНОГО КЛІМАТУ В СТУДЕНСЬКОМУ СПОРТИВНОМУ КОЛЕКТИВІ</b>	159
СТЕПЧУК Надія <b>ОЗДОРОВЧИЙ ФІТНЕС ЯК ОДИН ІЗ ЗАСОБІВ ПОЗАШКІЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ</b>	162
ТИМОЧКО Олександр <b>ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАНЯТЬ З АТЛЕТИЧНОЇ ГІМНАСТИКИ В СУЧАСНИХ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧИХ КЛУБАХ</b>	167

## ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

### ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

**Іван Миронюк,**

*доктор медичних наук, професор,  
проректор з наукової роботи*

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Вікторія Білак-Лук'янчук,**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Аналіз інформаційних джерел вказує на те, що понад 170 млн людей у світі за останні роки постраждали від збройних конфліктів. Серед постраждалих понад 70 млн осіб, які примусово переміщені на території своїх країн як внутрішньо переміщені особи або переміщені в інші країни як біженці [1,2].

На відміну від традиційних збройних конфліктів, у сучасних війнах відмічається постійне нехтування сторонами конфліктів Міжнародним гуманітарним правом та Женевською конвенцією [3].

На рубежі ХХ-ХХІ ст. внаслідок воїн, відбулося збільшення кількості загиблих серед цивільного населення з 65% до кінця Другої світової війни до 90% у війнах 1990-х років з ураженням більшої кількості дітей, ніж солдатів [4].

Аналіз даних попередніх воєнних конфліктів вказує на значне підвищення стандартизованого показника смертності цивільного населення внаслідок всіх причин у середньому на 81,5 на 100 тис. населення. При цьому показники були вищими для дітей віком до 5 років життя, незалежно від причини смерті [5].

За даними експертів війна між Україною та росією може стати однією з найбільш кровопролитних у сучасній історії – масштаби втрат з обох боків вже значно вищі, ніж у типовій війні сучасної доби [6].

Аналіз ситуації, яку переживає українське суспільство в умовах гібридної війни із рф при постковіді, вказує на зростання тягаря внаслідок розладів психіки та поведінки [7,8]. Дослідники даної проблеми вказують на те, що



велика кількість випадків ПТСР та/або депресії в осіб, які пережили війну, має серйозні наслідки для відповідних суспільств [9].

Російська військова агресія проти України уже призвела до значної кількості загиблих і поранених, а також осіб, які змушені залишити свої домівки та стати біженцями. Ще більше людей, які мешкають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за себе, своїх дітей, родичів, напруженого очікування поганих новин, що негативно впливає на стан психічного та фізичного здоров'я [10].

Мета роботи: проаналізувати та представити вплив війни з рф на громадське здоров'я в Україні.

Матеріали і методи. В ході проведеного дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення. В ході дослідження регіони України були розділені на три категорії: окуповані російськими військами, активних бойових дій та віддалені від зони активних бойових дій.

Результати. Проведений аналіз впливу війни з рф для громадського здоров'я в Україні вказує на те, що він є комплексним і включає наступні групи: медико-демографічні, соціально-економічні та поведінково-біологічні.

*Основним негативним медико-демографічним впливом є:* зростання рівня захворюваності населення на соціально значущі та інфекційні хвороби; ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем при високому ризику розвитку посттравматичного стресового розладу з зростанням рівня загальної та передчасної смертності населення без отримання медичної допомоги та самолікуванням з високим рівнем вимушеної міграції населення.

*Основним негативним впливом соціально-економічного характеру на стан громадського здоров'я є:* трагічна втрата рідних, житла та майна; зниження економічного рівня забезпечення населення; втрата значною часткою населення соціального статусу; низький рівень доступу до мережі Інтернет та мобільного зв'язку, або його повна відсутність (вимушена ізоляція); значне пошкодження інфраструктури системи енергозабезпечення життєдіяльності; низький рівень доступу до медичних послуг та лікарських засобів.

*Основним негативним впливом поведінково-біологічного характеру на стан громадського здоров'я є* втрата попередніх сталих умов якісного життя;

проживання в несприятливих санітарно-гігієнічних умовах та в постійному стресі; втрата мотивації до поведінки, скерованої на відповідальне відношення до особистого здоров'я; зниження рівня поведінки по забезпеченню профілактики захворювань та збереженню здоров'я.

Висновки. Війна з РФ має значний негативний вплив на стан громадського здоров'я в Україні. Рівень негативного впливу на стан громадського здоров'я відрізняється за зазначеними регіонами країни. Найвищим він є в регіоні активних бойових дій та регіоні, який окупований російськими військами.

#### Список літератури

1. Phelan P. (2011) Fourth generation warfare and its challenges for the military and society. *Defence Stud.*, 11: 96–119. doi: 10.1080/14702436.2011.553105.
2. Khorram-Manesh A. (2016) Europe on fire; medical management of terror attacks—new era and new considerations. *Bull. Emerg. Trauma*, 4: 183–185
3. Khorram-Manesh A., Burkle F.M., Goniewicz K., Robinson Y. (2021) Estimating the Number of Civilian Casualties in Modern Armed Conflicts — A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 9. doi.org/10.3389/fpubh.2021.765261
4. Coope C., Gunnell D., Hollingworth W. et al. (2014) Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001–2011. *Soc. Sci. Med.*, 117: 76–85.
5. Jawad M., Hone T., Vamos E.P. et al. (2020) Estimating indirect mortality impacts of armed conflict in civilian populations: panel regression analyses of 193 countries, 1990–2017. *BMC Med.*, 18: 266. doi.org/10.1186/s12916-020-01708-5
6. Skilky viiskovykh ta tsyvilnykh zahynuly v khodi konfliktiv pislia Druhoi svitovoi viiny. URL: [https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/skilky-vijskovykh-ta-cyvilnykh-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm\\_source=gravitec&utm\\_medium=push&utm\\_campaign=](https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/skilky-vijskovykh-ta-cyvilnykh-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=)
7. Türközer H.B., Öngür D. (2020) A projection for psychiatry in the post-COVID-19 era: potential trends, challenges, and directions. *Mol. Psychiatry*, 25(10): 2214–2219.
8. Pfefferbaum B., North C.S. (2020) Mental health and the Covid-19 pandemic. *N. Engl. J. Med.*, doi.org/10.1056/NEJMp2008017
9. Morina N., Hoppen T. H., Priebe S. (2020) Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 179

10. Markova M.V., Markov A.R. (2019) Medyko-psykholohichni determinanty informatsiino-psykholohichnoi bezpeky tsyvilnoho naselennia (monohrafiia). Kharkiv, «Drukarnia Madryd», 248 s.

## **ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ У СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**Іван Миронюк,**

*доктор медичних наук, професор,  
проректор з наукової роботи*

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Валерія Брич,**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Російська агресія проти України має тяжкі медико-демографічні наслідки [1,2]. Подолання медико-демографічних наслідків війни потребує у медичних працівників в тому числі спеціалістів громадського здоров'я та клінічних психологів нових компетентностей, які вони можуть набути в результаті оптимізації їх підготовки [3].

Мета роботи: визначити шляхи оптимізації підготовки спеціалістів з громадського здоров'я та клінічної психології, які здатні вирішувати глобальні виклики, що зумовлені війною з рф.

Матеріали і методи. В ході проведеного дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення та організації навчально-наукового процесу.

Результати. Аналіз впливу війни з рф на стан здоров'я населення і в зв'язку з цим потреби в удосконаленні системи підготовки спеціалістів з громадського здоров'я та клінічної психології, які здатні вирішувати глобальні виклики зумовлені війною дозволяє зробити наступні рекомендації.

*В освітньому напрямку.*

Забезпечення підготовки соціально-відповідальних, висококваліфікованих, психологічно та фізично загартованих фахівців у відповідності до сучасних вимог ринку праці та передових наукових досягнень, здатних вирішувати глобальні виклики, які зумовлені війною з рф.

Забезпечити перегляд та формування інтегральної, загальних та спеціальних (фахових) компетентностей для спеціалістів громадського здоров'я та клінічної психології у відповідності до задач, які стоять перед ними в умовах подолання негативних медико-демографічних наслідків війни з рф по закінченню навчання.

Внесення доповнень до освітніх програм та робочих програм навчальних дисциплін, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, скерованих на набуття нових компетентностей для рішення викликів, що зумовлені війною з рф.

Розробка нових освітніх програм з урахуванням нових задач, які будуть стояти перед здобувачами вищої освіти по закінченню навчання в нових умовах.

Забезпечити відкриття освітньо-професійні програми «Клінічна та реабілітаційна психологія» *другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 - Психологія.*

Забезпечити відкриття освітньо-наукової програми «Медична психологія» за третім рівнем вищої освіти у галузі знань 22 - Охорона здоров'я.

Забезпечити залучення лекторів із провідних спеціалістів за визначеною проблемою із закордонних закладів вищої освіти до проведення занять з профільних дисциплін освітніх програм.

Впровадити в освітній процес інноваційні освітні технології та сучасні методики навчання з висвітленням їх застосування у навчально-методичних виданнях та методичних рекомендаціях.

Забезпечити розширення залучення до освітнього процесу роботодавців з практичним досвідом роботи в сферах громадського здоров'я і клінічної психології.

Стимулювати здобувачів освіти за спеціальностями «Громадське здоров'я» та «Клінічна психологія» до академічної мобільності з метою набуття компетенцій, необхідних для вирішення викликів зумовлених війною з рф.

Забезпечити покращення якості знань та практичної підготовки здобувачів вищої освіти відповідно до сучасних вимог ринку праці та забезпечення формування інтегральної, загальних та спеціальних (фахових)

компетентностей, здатних вирішувати глобальні медичні виклики, які зумовлені війною з РФ.

*В науковому напрямку.*

Забезпечити укладання договорів про науково-практичну співпрацю з адміністраціями територіальних громад Закарпатської області на проведення наукових досліджень та практичну підготовку спеціалістів з громадського здоров'я та клінічної психології.

Провести в 2023 році:

- IV Міжвузівську науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»;
- науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в післявоєнних умовах»;
- міжнародну науково-практичну конференцію здобувачів вищої освіти і молодих учених «Особливості підготовки спеціалістів по збереженню та зміцненню здоров'я населення в надзвичайних ситуаціях глобального характеру».

Покращення показників якості та збільшення кількості наукових публікацій науково-педагогічні працівники кафедри, аспірантів та магістрів, в тому числі на міжнародному рівні, і за темою НДР кафедри та затвердженими темами дисертаційних робіт аспірантів кафедри.

Забезпечити активізацію проведення науково-педагогічними працівниками кафедри наукових досліджень з вивчення медичних наслідків війни та ефективних шляхів їх подолання з висвітленням результатів дослідження у журналах, що індексуються у міжнародних наукометричних базах Scopus або Web of Science; вітчизняних фахових виданнях; участі у колективних монографіях, проєктах тощо.

*Методична робота.*

Забезпечити підготовку та експертизу навчально-методичних видань, необхідних для підготовки спеціалістів з громадського здоров'я та клінічної психології, які здатні вирішувати глобальні виклики, зумовлені війною.

*У виховному аспекті.*

Забезпечити стимулювання пізнавальної активності майбутніх фахівців, формування вміння об'єктивно аналізувати та оцінювати політичну ситуацію в Україні і за її межами, виховання відповідального ставлення до виконання своїх професійних обов'язків в умовах війни та в післявоєнний період.

### Список літератури

1. Миронюк І.С., Слабкий Г.О. Щербінська О. С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. №8 (63). С. 26-31
2. Миронюк І., Слабкий Г., Білак-Лук'янчук В. Виклики для системи громадського здоров'я регіонального рівня в умовах воєнного стану в Україні (Challenges for the Regional Public Health System Under Martial Law in Ukraine). Ružomerské zdravotnícke dni 2022. XVI. Ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie. Ružomberok, 2022. С. 358-363.
3. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. | Укр. мед. часопис. 2022. 4 (150). С.1-11

### **ДО ПИТАННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНУ СИТУАЦІЮ В УКРАЇНІ**

**Іван Миронюк,**

*доктор медичних наук, професор,  
проректор з наукової роботи*

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Вікторія Білак-Лук'янчук,**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Війна, яку розв'язала рф з Україною, за визначенням експертів може стати однією з найбільш кровопролитних у сучасній історії [1].

Кожна війна негативно впливає на стан здоров'я населення. Медико-демографічні наслідки після кожної війни мають довгострокові наслідки і стають причиною інвалідності населення. Наукові інформаційні джерела вказують також на те, що в результаті війни у майбутньому багато українців можуть зіткнутися з психологічними та психічними проблемами, а також із зростанням різних видів залежностей та загостренням деяких хвороб [2-5].

Провідні експерти акцентують увагу на зростанні загрози поширення інфекційних захворювань [6].

Під час війни люди не займаються профілактикою захворювань, зміцненням персонального здоров'я, а здоров'я перестає бути особистим пріоритетом. Це в свою чергу призводить до погіршення здоров'я населення та зростання потреби в медичній допомозі [7,8 ].

Мета роботи: визначити вплив війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні.

Матеріали та методи. *Матеріали дослідження:* дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення. *Методи дослідження:* бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу, метод системного підходу.

Результати.

Узагальнені наслідки війни на медико-демографічну ситуацію в усіх регіонах України представлено в табл.

При цьому необхідно зазначити, що загальним для всіх названих регіонів України є наступне: високий рівень вимушеної міграції населення на території підконтрольні Україні та в країни Європи; зниження економічного рівня забезпечення населення; постійний страх за життя та здоров'я рідних людей; зниження рівня постійного доступу до об'єктивної інформації; зниження якості умов проживання; зниження якості навколишнього середовища існування (екологічна складова); порушення комфортного стилю щоденного життя.

Проведений аналіз впливу війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні вказує на те, що він є виражено негативним і комплексним.

*До основних негативних демографічних наслідків* відносяться: зростання рівня загальної та передчасної смертності населення без отримання медичної допомоги з високим рівнем вимушеної міграції населення та вкрай низьким рівнем планованої бажаної вагітності.

*До основних негативних медичних наслідків* відносяться: зростання рівня захворюваності населення на соціально значущі та інфекційні хвороби; ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем при високому рівні розвитку посттравматичного стресового розладу з зростанням рівня самолікування при зниженні рівня відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету.

Таблиця. Вплив війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні

Регіони активних бойових дій	Регіони тимчасово окуповані російськими військами	Регіони віддалені від активних бойових дій
Зростання рівня смертності та інвалідності населення внаслідок низької доступності необхідної медичної допомоги	Зростання рівня смертності та інвалідності населення внаслідок відсутності необхідної медичної допомоги	Зростання рівня смертності та інвалідності населення внаслідок зниження звертальності за медичною допомогою
Зростання рівня передчасної смертності	Зростання рівня передчасної смертності	Зростання рівня передчасної смертності
Зростання рівня смертності населення без отримання медичної допомоги		
Значне зниження рівня бажаної вагітності	Значне зниження бажаної вагітності	Зниження рівня бажаної вагітності
Високий рівень бойового травматизму	Високий рівень насильницького травматизму	Повернення до дому поранених учасників бойових дій
Високий рівень розвитку посттравматичного стресового розладу	Високий рівень розвитку посттравматичного стресового розладу	Ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем
Підвищення рівня саморуйнівної поведінки при практичній відсутності доступу до послуг із профілактики саморуйнівної поведінки та самогубств	Підвищення рівня саморуйнівної поведінки при недоступності послуг із профілактики саморуйнівної поведінки та самогубств	Підвищення рівня саморуйнівної поведінки
Зростання кількості нарко-, алкоголь- та інших залежностей	Зростання кількості нарко-, алкоголь- та інших залежностей	Зростання вживання психоактивних речовин
Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх	Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх	Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в



виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях.	виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях.	занедбаних стадіях або при їх ускладненнях.
Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакцинокеровані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань.	Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакцинокеровані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань.	Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакцинокеровані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань.
Зниження доступу до медичних послуг	Значне зниження доступу до медичних послуг	Доступність до медичних послуг зберігається
Зниження доступу до лікарських засобів	Значне зниження доступу до лікарських засобів	Зниження доступу до окремих лікарських засобів
Значне зниження рівня охоплення вакцинації населення	Відсутність вакцинації населення	Зниження рівня охоплення вакцинації населення
Відсутність умов для здорового способу життя	Відсутність умов для здорового способу життя	Зниження рівня здорового способу життя населенням
Низький рівень доступності послуг психологічної підтримки населення в критичних станах	Недоступність послуг психологічної підтримки населення в критичних станах	Зниження доступності до послуг психологічної підтримки населення в критичних станах
Зниження рівня санітарного благополуччя навколишнього середовища	Зниження рівня санітарного благополуччя навколишнього середовища	Зниження рівня санітарної культури населення
Високий рівень самолікування в тому числі при станах, що несуть загрозу життю.	Високий рівень звернення за допомогою при захворюваннях до цілителів	Зниження рівня своєчасного звернення за медичною допомогою в тому числі при станах, що несуть загрозу життю.
Зниження рівнів відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету	Зниження рівнів відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету	Зниження рівнів відповідального ставлення до здоров'я, як до особистого пріоритету

Висновки. Проведений аналіз впливу війни з РФ на медико-демографічну ситуацію в Україні вказує на те, що він є надзвичайно негативним і комплексним.

Рівень негативного впливу війни на медико-демографічну ситуацію залежить від регіону. Найвищим він є в окупованих регіонах і регіонах активних бойових дій та значно меншим в регіонах, віддалених від зони активних бойових дій.

#### Список літератури

1. Скільки військових та цивільних загинули в ході конфліктів після Другої світової війни. URL: [https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/sk-ilky-vijskovyx-ta-cyvilnyx-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm\\_source=gravitec&utm\\_medium=push&utm\\_campaign=](https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/sk-ilky-vijskovyx-ta-cyvilnyx-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=)

2. Від істеричної депресії до депресії: як не загинути через емоційну нестабільність. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/vid-isteriki-do-depresiyi-yak-ne-zaginuti-cherez-emociynnu-nestabilnist-2213248.html>

3. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. URL: [https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv?utm\\_source=gravitec&utm\\_medium=push&utm\\_campaign=](https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=)

4. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. | Укр. мед. часопис, 2022. №4 (150). С.1-11

5. Clay J.M., Parker M.O. (2020) Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*, 5: e259.

6. Coore C., Gunnell D., Hollingworth W. et al. (2014) Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? *Trends in suicide rates in England and Wales 2001–2011. Soc. Sci. Med.*, 117: 76–85.

7. Миронюк І.С., Слабкий Г.О. Щербінська О. С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. №8 (63). С. 26-31

8. Миронюк І., Слабкий Г., Білак-Лук'янчук В. Виклики для системи громадського здоров'я регіонального рівня в умовах воєнного стану в Україні (Challenges for the Regional Public Health System Under Martial Law in Ukraine). *Ružomberské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie. Ružomberok, 2022. С. 358-363.*

## **ІМОВІРНІ БІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ГІРСЬКИХ І ПЕРЕДГІРСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Ярослав Смужаниця,**  
аспірант за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я»  
**Іван Миронюк,**  
доктор медичних наук, професор,  
проректор з наукової роботи

Сучасний стан здоров'я населення України викликає неабияке занепокоєння як у фахівців у цій сфері, так і у громадськості. Причиною цього є аналіз показників, що характеризують здоров'я населення, більшість із яких незадовільні й значно гірші за європейські. Це стосується, зокрема, показників очікуваної тривалості життя, у т. ч. здорового; загального коефіцієнту смертності; коефіцієнтів смертності осіб віком 0–64 роки, у т. ч. від хвороб органів кровообігу та травлення, злоякісних новоутворень; смертності й захворюваності на туберкульоз, захворюваності на ВІЛ/СНІД, Covid-19, та інші інфекційні хвороби. На жаль, цей перелік неповний, його можна продовжувати.

Першочергове завдання – зміна наявних підходів до охорони здоров'я, адже нині більшість заходів з охорони здоров'я є екстенсивними: в умовах суттєво обмежених фінансових ресурсів у державі намагаються ліквідувати наслідки хвороб, замість запобігання їм. Тому важливим з методологічного і практичного погляду є пошук інноваційних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я: поєднання високої мотивації населення щодо збереження здоров'я з ефективною медичною допомогою. Одним із таких напрямів є дослідження детермінант здоров'я, які мають бути покладені в основу державної політики охорони здоров'я населення.

Стратегічним напрямком дослідження здоров'я має стати з'ясування причинно-наслідкових зв'язків між здоров'ям населення та детермінантами, що його визначають. Виконаних під цим кутом зору досліджень в Україні недостатньо. Серед останніх зарубіжних розробок у цьому напрямі варто згадати праці J. Spijker, M. Marmot and R. Wilkinson, D. Raphael, R.R. Patil, D. Bradshaw, D. Kindig, а також дослідження Комісії із соціальних детермінант Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Експерти ВООЗ в 80-х роках минулого століття встановили орієнтовний співвідношення різних чинників забезпечення здоров'я сучасної людини, виділивши в якості основних чотири похідні: - Спосіб життя – 50%; - Біологічні фактори – 20%; - Навколишнє середовище – 20%; - Охорона здоров'я – 10%.

Доцільно зауважити, що однозначних шаблонів дослідження детермінант здоров'я бути не може, адже їхня структура, механізм і ступінь дії відрізняються як між країнами, так і всередині них. Враховуючи кардинальні зміни політичної та соціально-економічної ситуації в Україні, аналіз детермінант здоров'я є актуальним, у т. ч. з позиції вдосконалення політики у галузі збереження здоров'я.

Низка авторів категорію «детермінанта» визначає як чинник, зокрема: й Оксфордський словник: «детермінанта – це чинник, який здійснює вирішальний вплив на характер або результат чогось» [2]. Тобто, «детермінанта» є, по суті, тим самим чинником, але з конкретним впливом на об'єкт дослідження. Чинники можуть бути потенційними і впливати опосередковано або безпосередньо не впливати саме під час дослідження. Детермінанти ж обов'язково впливають на об'єкт чи результат. Наприклад, захворювання на рак легенів може бути викликано низкою чинників: шкідливими звичками, спадковістю, станом довкілля тощо. Однак у випадку, якщо хворий тривалий час палить, саме тютюнопаління буде детермінантою даної хвороби. Наведений приклад необхідно розглядати під іншим кутом зору: людина здорова і не захворіла на рак легенів тому, що вона ніколи не палила (відсутність тютюнопаління). У цьому випадку ми маємо на увазі детермінанти не хвороби а здоров'я, які визначають здоров'я населення та суттєво знижують ймовірність його погіршення.

Приймаємо трактування «детермінант здоров'я» як умов, які визначають відмінності у здоров'ї окремих людей, груп населення чи населення країни у цілому.

Класично прийнято вважати, що біологічними факторами (детермінантами) формування здоров'я окремо взятого індивідууму є:

- спадковість;
- конституція;
- стать;
- вік.

В той же час, не потрібно забувати і фактори біологічної природи, що є складовою навколишнього середовища, які можуть кардинально впливати на

здоров'я або населення окремого регіону, або окремих груп населення. ВООЗ до факторів ризику також віднесено і географічний регіон проживання.

Дослідженню біологічних детермінант формування здоров'я населення гірських і передгірських територій Закарпатської області не присвячувалося жодного окремого дослідження. Та в багатьох роботах розглядаються дані щодо вікових та гендерних особливостей захворюваності на ті чи інші хвороби. Ряд авторів аналізує дані щодо відмінностей досліджуваних показників в залежності від географічних районів, наприклад, гірські, передгір'я та низовинні. Проте не завжди відмінності виявляються достовірними.

При проведенні медико-соціальної оцінки демографічних втрат, спричинених хворобами органів травлення Керецман А.О. виявлено найвищі рівні захворюваності та їх поширеності серед дорослого населення в передгірській зоні. Виявлено вікові особливості: зростання індексу накопичення ХОТ найбільше серед дорослого населення. Визначено регіональні відмінності смертності від ХОТ у Закарпатській області: в гірській зоні перевищують показники у низинній та у передгірській зоні. Та автор припускає залежність від того, що в гірській місцевості значно менша кількість населення звертається по меддопомогу.

Також Устич О. В., досліджуючи особливості клінічного перебігу ішемічної хвороби серця у мешканців гірських та рівнинних регіонів Закарпаття за даними захворюваності вказує на їх відмінності у низинній, передгірній та гірській зоні. Виявлено достовірні відмінності у віковій та гендерній структурі щодо початку виникнення інфаркту міокарда та ін.. ССЗ. У гірській зоні хворіли переважно чоловіки на 6 років молодші ніж у низинній. Та знову все може бути результатом частоти звернення до лікарів. Особливо цей показник низький серед жінок гірського регіону.

Погоріляк Р.Ю.також аналізує рівні та основні причини захворюваності та поширеності хвороб серед населення Закарпатської області, а також по трьох біогеохімічних зонах: низинній, гірській та передгірській. Детальне дослідження показників захворюваності та поширеності дозволило автору виявити певні закономірності. Рівень як захворюваності, так і поширеності хвороб у всіх трьох зонах області має тенденцію до зростання, причому найбільшими темпами зріс показник поширеності та захворюваності в низинній зоні, менше – у передгірській та найменше – у гірській зоні.

Так, протягом 1995–2010 років найбільший рівень поширеності хвороб відмічався серед жителів низинної зони, і знову констатується, що це може

бути пов'язано з більшою зверненістю та кращою виявленістю хвороб. Що стосується рівня захворюваності, то найвищі показники реєструються в гірській зоні, нижчі – в передгірській і найнижчі – у низинній зоні.

Рішко М.В. та ін. не виявили достовірних відмінностей та вказують, що смертність хворих з гострим коронарним синдромом залежить від регіону проживання (гірське, рівнинне населення).

Вивчаючи епідеміологічні особливості гарячки західного Нілу Шуль У.А. відмічає переважання рівня захворюваності жителів гірських регіонів над рівнинними. За статтю серед хворих переважають жінки. За віком – група 40-60 років у гірських районах, далі – підлітки та діти. У низинних районах переважають підлітки і найнижчі показники у дорослих.

Дослідження співвідношень мікроорганізмів, що здатні існувати (персистують) на поверхні їстівних рослин різних географічних регіонів Закарпаття проводили Бугина Л.М. та ін. Встановлено певну спорідненість у складі епіфітної мікробіоти сільськогосподарських рослин, вирощених в Ужгородському та Берегівському районах (низовинні). На противагу, кількісний і якісний склад мікробіоти сільськогосподарських рослин, вирощених в Міжгірському районі, що відноситься до гірських і господарсько-малоосвоєних регіонів з низькими показниками промислового і сільськогосподарського виробництва, відрізнявся більшою різноманітністю ізолятів і домінуванням серед їх числа типових епіфітних бактерій. Показано, що склад мікробіому рослин, який потенційно впливає на формування мікробіому людини, залежить від географічних, екологічних та антропогенних факторів навколишнього природного середовища.

Отже нами не виявлено жодного комплексного дослідження біологічних детермінант населення гірських та передгірних регіонів закарпатської області.

Та, зважаючи на те, що більш ніж 140 млн. людей у світі мешкають на висоті істотно вищій за рівень моря, а в Україні – більше ніж 1 млн. населення мають гірський статус, актуальним є проведення популяційних досліджень, удосконалення та впровадження первинної та вторинної профілактики, розробка новітніх підходів щодо оцінки впливу гірських передгірських та низинних умов на здоров'я, як одного з суттєвих факторів ризику та як детермінант здоров'я.

**ПОЗИТИВНИЙ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ МІЖНАРОДНИХ  
ТРЕНІНГІВ У ПІДГОТОВЦІ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ З НАДАННЯ  
РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ  
ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ З РФ**

**Олена Яцина,**

*доктор психологічних наук, професор,  
професор кафедри наук про здоров'я*

**Тетяна Палько,**

*кандидат психологічних наук,  
директор навчально-наукового центру підвищення кваліфікації,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Починаючи з 2014-го року українське суспільство зіштовхнулося із проблемою необхідності надання якісної медико-соціальної і психологічної реабілітації внаслідок отримання значною кількістю громадян як фізичних, так і психологічних травм у результаті збройної агресії з боку росії. На тлі нинішньої повномасштабної війни у нас у рази збільшується кількість поранених та травмованих серед військовослужбовців і цивільного населення. Процес реабілітації цієї категорії людей є тривалим і не обмежується тільки наданням допомоги на госпітальному етапі. Дуже важливим етапом є психологічна реабілітація, яка допомагає адаптувати людей до активного життя для післявоєнного часу. За прогнозами, після війни кожен п'ятий матиме негативні наслідки для психічного здоров'я [1]. Тож у сфері психічного здоров'я психологічна реабілітаційна допомога, яку здійснює клінічний психолог, є надзвичайно важливою і затребуваною сферою діяльності, що вимагає від спеціалістів постійного навчання, освоєння нових технологій, кооперації з колегами для роботи в мультидисциплінарних командах.

В сучасних реаліях психологічна допомога, на наш погляд, істотно виходить за межі одного напрямку, в якому працює фахівець. Адже йдеться про професійний та дієвий міждисциплінарний підхід. Зазначене ставить перед клінічним психологом чіткі вимоги щодо відповідності певним професійним компетентностям. Зокрема, володіння низкою інструментів для емоційної стабілізації, застосування релаксаційних вправ, зняття напруги та відновлення емоційної рівноваги, знання інструментів самопомоги та технік, спрямованих

на психічне відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, пошук ресурсів для забезпечення психологічного благополуччя.

Отож, метою даного текстового матеріалу є висвітлення деяких способів практичної підготовки студентів ОП «Клінічна психологія» кафедри наук про здоров'я ФЗФВ ДВНЗ «УжНУ».

Відомі різні рівні і види допомоги, які висувають і різні вимоги до підготовки клінічних психологів: кризові інтервенції – «швидка допомога для виживання», кризове консультування, де основне психологічне завдання – це «відновлення неперервності буття». Виходячи із змісту завдань, які стоять перед спеціалістами-психологами після навчання, науково-педагогічні працівники кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» активно залучають студентів спеціальності 053 Психологія за ОПП «Клінічна психологія» у процес підготовки до психологічної допомоги постраждалим внаслідок війни з РФ.

Так, у вересні 2022 року студенти I і II курсів ОП «Клінічна психологія» мали змогу долучитися до практичного семінару за міжнародною участю з метою отримання навичок надання психологічної допомоги населенню в час війни. Спеціалісти зі США доктор психології травми професор Джейм Атен та магістр Кент Анан поділилися власним досвідом допомоги людям у кризовому стані. За програмою семінару «Перша травмо-емоційна допомога – швидке реагування» наші студенти дізнались про способи надання першої психологічної допомоги в переживанні кризи, отримали практичні інструменти для надання покрокової допомоги постраждалим та набули компетентності щодо планування самопомоги. Працюючи в трійках у рольових ситуаціях, вони отримували можливість спостерігати, як працює схема першої травмо-емоційної допомоги: покроково визначали найбільш нагальні потреби постраждалих та вчилися своєю присутністю в їхній життєвій історії забезпечувати психологічну допомогу, а також відчувати на собі дієвість психологічної підтримки.

У жовтні 2022 року за ініціативою кафедри наук про здоров'я відбувся дводенний тренінг «Просто про складне: від психотравми – до стійкості» за участю Рубі Джонстон та Лінн Джонстон, практикуючих міжнародних експертів з психотравми, де організатором заходу виступили NGO Nehemiah Ukraine за сприяння UNHCR Ukraine - Агентство ООН у справах біженців в Україні Dorcas - Ukraine. Студенти дізнались про особливості переживання психологічної травми, ключем до розуміння якого стало пояснення тренерами



принципів роботи нервової системи, тлумачення базових понять, що пояснюють хімічну структуру мозку людини та його реакцій під час травми.

У грудні 2022 р. студенти I та II курсів ОП «Клінічна психологія» та викладачі кафедри наук про здоров'я ФЗФВ стали офлайн-учасниками теоретико-практичного семінару по роботі з ПТСР за авторською програмою Яни Коробко, яка пройшла навчання в Йельському університеті Нью Хавен (США, 2014), Офіційному королівському медичному коледжі (Мадрид, 2015), університеті Ніца Софія Антіполіс (Ніца, 2018)). Завданням семінару було ознайомлення з типами травматичних подій, реакціями ПТСР у підлітків та дітей, терапевтичною роботою із суб'єктом з ПТСР, залежним від алкоголю, та стратегіями ранньої інтервенції. Студенти під час практичних занять на прикладах кейсів навчалися відрізняти ПТСР від емоційної травми та від фобійного розладу, набували навичок психологічного відновлення. Наступним етапом допрофесійної підготовки стало практикування проведення клінічного візиту: студенти в рольових діалогах практикували в тому, як починати розмову з клієнтом, як вести консультацію. За змістом та кількістю запитань уточнювального характеру до тренера проглядався професійний інтерес та прагнення розвивати критичне мислення. Опис лектором ситуацій навчав студентів аналізувати клінічні випадки і висувати гіпотези. Цінність набутих знань відчутно проявилася під час кількох годин клінічної практики на базі Ужгородської міської лікарні, де проходять лікування та отримують психологічну реабілітацію поранені бійці ЗСУ. Завданням студентів було методом спостереження за консультативною роботою з військовими написати кейс, який супервізувався психоаналітиком-волонтером Я. Коробко.

Таким чином, семінари-практикуми, тренінги за участю досвідчених міжнародних та вітчизняних дослідників сприяють в підготовці клінічних психологів у наданні реабілітаційної психологічної допомоги постраждалим внаслідок війни з РФ. Досвід проведення подібних заходів має позитивне практичне значення, оскільки майбутні клінічні психологи отримують навички, які вже сьогодні можуть застосувати на практиці, долучаючись до діяльності у складі волонтерських груп.

#### Список літератури

1. Слово і діло. Аналітичний портал. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/06/07/novyna/suspilstvo/pislya-vijny-psyholohichna-dopomoha-znadobytstva-shhonajmenshe-15-mln-ukrayincziv-lyashko>

## СТРЕС, КРИЗА, ПСИХОТРАВМА В ДИСКУРСІ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Олена Яцина,

доктор психологічних наук, професор,  
професор кафедри наук про здоров'я

Війна як макроподія та стресогенний чинник посідає чи не найперше місце в рейтингу травмуючих подій. З 24 лютого 2022 р. вона в тій чи іншій мірі торкається кожного мешканця України. Адже війна змушує українців переживати широкий спектр сильних емоцій, тривалий стрес, збільшення симптомів тривоги та депресії, що матиме негативні наслідки для психічного та фізичного здоров'я як в короткостроковій, так і у віддаленій перспективі. Все це призводить до загального зниження почуття безпеки й захищеності. Як доказ складності ситуації, *«з початку війни до психологів та психіатрів у системі охорони здоров'я звернулися 650 тисяч людей [1]. Раніше заявлялася інформація про те, що біля 15 млн. громадян України потребуватимуть психологічної реабілітації. «З кожним днем кількість людей, які зазнаватимуть наслідків для свого психічного здоров'я, зростатиме. Навіть на тих, хто зміг стійко перенести перші місяці війни, чекає ментальне виснаження, адже звикання до постійного перебування в умовах війни також може негативно вплинути на психічне здоров'я».* Кожен десятий українець може відчутти наслідки на рівні середньої тяжкості чи тяжкої хвороби [1]. Передусім це стосується так званого посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Статистика Американського бюро ветеранів свідчить: у США з 1,5 мільйона військових, які повернулися з Іраку та Афганістану, 834 тисячі звернулися за допомогою, з них 50 тисяч поранених, а 239 тисяч – з ПТСР. Тобто кількість людей, які стикаються з психологічними наслідками війни, вчетверо більша, ніж фізично уражених [2]. Відтак, психологічна допомога широким верствам населення стає дедалі більш затребуваною.

*Зважаючи на актуальність «досвіду переживання психотравмуючих подій для кожного індивіда, який живе в Україні і не тільки» [3], метою допису є з'ясування проявів стресу, психологічної травми та кризи, як їх розглядають у дискурсі клінічної психології, розуміння яких дозволить знаходити шляхи до «зцілення «психологічних ран», як для окремих індивідів, так і для нашого суспільства в цілому.*

Теоретичний аналіз дозволяє зазначати, що в академічній літературі не існує єдиного тлумачення досліджуваних понять. Втім найчастіше стрес тлумачать як неспецифічну реакцію організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи (Г. Сельє). Криза – ситуація порушення внутрішньої та зовнішньої адаптації людини, коли перестають бути ефективними її старі стратегії поведінки та потрібна реструктуризація ідентичності та карти світу (Т.Жуматій). Психотравма (рана, пошкодження) – це життєва подія або ситуація яка впливає на значущі сторони існування людини і приводить до глибокого психологічного переживання (Вікіпедія).

Відтак, в дискурсі психології травмуючі ситуації визначаються, як ті, що загрожують життю людини або можуть призвести до серйозної фізичної травми або поранення; взаємопов'язані зі сприйняттям фізичного насильства щодо інших людей; мають відношення до впливу або інформації про вплив шкідливих факторів середовища (Туриніна, 2017). При цьому важливою є не сама ситуація, а реакція на неї організму та психіки. Травма передбачає раптову, масовану, непереборну загрозу безпеці людини (Сарджвеладзе, 2001). На цю загрозу організм може відреагувати у різний спосіб. Джудіт Герман зазначає, що звична людська відповідь на небезпеку – це складна інтегрована система реакцій, яка залучає як тіло, так і розум (Герман, 2015). Онно Ван дер Харт вважає, що для адаптації існує необхідність включення досвіду психотравмуючого переживання до когнітивних схем індивіда (Ван дер Харт, 2013). Стратегії подолання наслідків психотравмуючих ситуацій базуються на тому факті, що люди зазвичай діють на основі так званої «картини світу», тобто деяких припущень стосовно себе, інших людей та світу. Ця картина світу покликана давати людині уявлення, як задовольняти власні базові потреби. Як відомо, до однієї з базових потреб людини після задоволення фізіологічних потреб (вода, їжа, повітря тощо) А. Маслоу відніс потребу у безпеці (Maslow, 1999). R. Janoff-Bulman також вважає, що здорове почуття безпеки є одним із базових відчуттів нормальної людини (Janoff-Bulman, 2000). Klaus Grawe розробив погляд на психічне функціонування на основі концептуалізацій, де цілі, які людина формує протягом свого життя, зрештою слугують задоволенню окремих базових потреб (Grawe, 2004; Grawe, 2007). Grawe визначив ключові психологічні «базові потреби» як ядро своєї теорії узгодженості, згідно якої наша поведінка спонукається задовольнити ці потреби або здоровим, або патологічним способом. Відтак, він виділив чотири основні потреби: потреба в

прив'язаності; необхідність контролю/орієнтації; потреба в насолоді/уникненні болю; потреба в самовдосконаленні. З цих потреб першими розвиваються прихильність і контроль і, таким чином, є найсильнішими рушійними силами поведінки (Grawe, 2004; Grawe, 2007).

Проаналізувавши роботи відомих теоретиків психології особистості, S.Epstein виділив чотири види базисних потреб, прагнення задоволення яких детермінує людську поведінку: індивід прагне, по-перше, максимізувати задоволення і мінімізувати біль (Фрейд); по-друге, знайти зв'язкову та стабільну концепцію навколишнього світу (Роджерс); по-третє, знайти об'єкт уподобання (Боулбі, Фейєрберн); по-четверте, підвищити почуття самоповаги (Адлер, Олпорт, Кохут).

Сучасні дослідження переконливо доводять, що в успішному протистоянні стресовим ситуаціям діяльності ключову роль відіграє життєстійкість (резильєнтність) особистості (Nakamura, & Csikszentmihalyi, 2014; Serdiuk, Danyliuk, & Chykhantsova, 2019; Maddi, Khoshaba, Harvey, & Fazel, 2010; Rigby, & Huebner, 2005), що характеризує здатність особистості витримувати ситуацію гострого або хронічного стресу, зберігати внутрішню збалансованість, не знижуючи при цьому успішності діяльності.

У випадку неконтрольованості та непереборності стрес може бути руйнівним і викликати або посилювати:

1. Виснаження фізичних і духовних сил
2. Посттравматичний стресовий розлад
3. Депресію / Відчуття тривоги та страху
4. Фізичні розлади (наприклад, серцевої діяльності, шлунково-кишкового тракту)

Стрессова реакція рятує життя, але якщо вона триватиме занадто довго, то настає дистрес, що може спричинити проблеми із здоров'ям (наприклад, для серцево-судинної, імунної або нервової системи). У деяких випадках стрессова реакція може заподіяти більшої шкоди, ніж сам стресор. У мільйонів людей виникає потреба – впоратись із стресом. Адже внутрішнє напруження викликає психологічний дискомфорт, який прагне прорватися до зовнішнього через конфлікти, сварки, роздратування, злість, агресію та/або йде глибше в психіку й викликає соматичні зміни і захворювання.

Таким чином, ознаками стрессового стану є: посилення тривоги, відчуття кризи або великої перешкоди, неможливість зосередитися на чомусь, занадто часті помилки в роботі, погіршення пам'яті, занадто часті відчуття втоми, дуже

швидке мовлення, відчуття втрати контролю над собою, думки, що часто змінюються, часті болі (голова, спина, шлунок), підвищена збудливість, дратівливість, робота не приносить задоволення, знижується/втрачається почуття гумору, різко зростає потяг до куріння, пристрасть до алкоголю, постійне відчуття недоїдання, відсутність апетиту.

Коли ми спокійно реагуємо на щоденні стреси, кажуть, що ми функціонуємо у своєму «вікні толерантності». Але якщо у нас за плечима травматичний досвід, то надзвичайно важко залишатися в цьому вікні. Адже у психотравмі людина «страждає від спогадів» (З. Фройд). Внаслідок психотравми ми можемо проживати різні за глибиною та тривалістю психічні стани: гостру стресову реакцію, стресовий розлад, ПТСР. Таким чином, психотравмуюча ситуація потребує чим скорішої допомоги людям, які з нею вже зіткнулися.

Кризи, психотравми та стреси мають спільне – «оптимальну зону збудливості» (Ден Сігел), тобто «вікно толерантності». У цьому діапазоні, дивлячись з «вікна», ми можемо відчувати себе в безпеці, вчитися сприймати життя: чи то насолоджуватися життям, чи то споглядати за тим, що відбувається в реальності. Дві межі вікна толерантності відповідають двом крайнім станам оптимальної активації організму: гіперактивація (стан, в якому відчуються емоції страху, гніву, радості, сорому, тривоги, пригніченість, спалахи гніву чи агресії, нав'язливі негативні думки, звинувачення себе; не вдається відпочити, поспати, немає бажання попоїсти, що збільшує активність симпатичної нервової системи) та гіпоактивація (реакція «заціпеніння», відключення від реальності, дисоціація, уникнення, що відповідає підвищеній активності парасимпатичної нервової системи). Тож розуміння суті психотравми розкривається через осмислення понять «безпека/небезпека/захищеність».

Війна в Україні змушує громадян переживати широкий спектр сильних емоцій, тривалий стрес, отримувати травматичний досвід, що матиме негативні наслідки для психічного та фізичного здоров'я як в ближній, так і у віддаленій перспективі. Отже, одним із викликів сьогодення є пошук шляхів збереження і зміцнення психічного здоров'я особистості. Спочатку у вигляді кризової інтервенції для емоційної стабілізації, потім – кризового консультування, яке потребує відреагування та переосмислення травмуючих подій, знаходження їх позитивних функцій у пошукові ресурсів для особистісного зростання. І це вже

місток на третій рівень психологічної допомоги – духовний рівень сприйняття травмуючих подій.

#### Список літератури

1. Слово і діло. Аналітичний портал. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/06/07/novyna/suspilstvo/pislya-vijny-psyholohichna-dopomoha-znadobytsya-shhonajmenshe-15-mln-ukrayincziv-lyashko>
2. <https://k-s.org.ua/coping-war/>
3. Жуматій Т. А. Переживання травматичної події: від захисних ілюзій до розширення концепцій // In search of truth and humanity in the age of war (Poland, Leszno, 21-26.08.2022). International training and scientific conference. URL: [https://drive.google.com/drive/folders/1p5a5LCWYf21ZRJJ4-1K5P7pXszKpKeIR?usp=share\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1p5a5LCWYf21ZRJJ4-1K5P7pXszKpKeIR?usp=share_link)

### **ПРО НАГАЛЬНУ ПОТРЕБУ ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ В МАГІСТРАТУРІ**

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Олена Яцина,**

*доктор психологічних наук, професор,  
професор кафедри наук про здоров'я*

**Надія Русанюк,**

*асистент кафедри наук про здоров'я*

За оцінками МОЗ України, внаслідок війни близько 15 млн. українців потребуватимуть психологічної допомоги, при цьому близько 3-4 млн. людей потребуватимуть фармакологічного лікування. За прогнозами, після війни кожний п'ятий матиме негативні наслідки для психічного здоров'я [1]. З чого випливає, що вже сьогодні та у повоєнний період соціальна затребуваність спеціалістів з клінічної психології та психологічної реабілітації, яких на ринку праці ще в довоєнний час бракувало, зростатиме внаслідок психологічного травмування величезної кількості людей.

З огляду на зазначену актуальність і соціальну затребуваність щодо розв'язання проблеми, Міністерство охорони здоров'я підсилило

мультидисциплінарні команди спеціалістами у галузі психології, що надають психологічну та реабілітаційну допомогу [2]. Відтак, з метою забезпечення ефективності надання мультидисциплінарної паліативної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я введено посаду клінічний психолог з вищою немедичною освітою за спеціальністю «Психологія» галузі знань «Соціальні та поведінкові науки». До роботи на посаді «клінічний психолог» допускають людей, які здобули ступінь магістра (спеціаліста) за спеціальністю «Психологія», за умовою до 1 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія». Той, хто працевлаштований на посаду психолога або практичного психолога закладу охорони здоров'я до 1 січня 2023 року, має стаж роботи у системі охорони здоров'я понад 5 років та переводиться на посаду «клінічний психолог», має право до 1 січня 2026 року пройти спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія» зі скороченим терміном підготовки, що визначає заклад вищої (післядипломної) освіти в кожному випадку окремо і може становити від 1 до 3 місяців.

Зазначене зумовлює нагальність якісної підготовки спеціалістів закладами вищої освіти. З 2021 року на факультеті здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» здійснюється підготовка бакалаврів спеціальності 053 Психологія за ОПП «Клінічна психологія», а з 2023 року розпочнеться підготовка магістрів психології за освітньою програмою «Клінічна психологія та психологічна реабілітація».

Метою нашої роботи є висвітлення змісту завдань підготовки майбутніх спеціалістів з клінічної психології.

Як відомо, клінічна психологія – прикладна галузь психології, в якій розглядаються психічні явища, характерні для певних захворювань і виконується діагностика особистісних відхилень. Діяльність клінічного психолога пов'язана з гармонізацією психологічного здоров'я людини, підвищенням його адаптаційних можливостей і психологічною реабілітацією. Як самостійний напрям ця галузь здатна вирішити ряд завдань:

- здійснювати клініко-психологічні дослідження
- виявляти вплив різних психологічних і психосоціальних чинників на виникнення відхилень у поведінці особистості дитини
- з'ясувати зміни різних функцій психіки при соматичних і психічних проблемах
- досліджувати типологію особистості та визначати можливі реакції людини на захворювання

- досліджувати поведінку, яка є відхиленням від норми і позначається на реакціях людини в різних сферах соціального життя

- здійснювати психокоррекцію та профілактику, консультування та психотерапію людей з різними проблемами.

Робота клінічного психолога у сфері психічного здоров'я охоплює сьогодні різні напрямки – першу психологічну допомогу, кризову інтервенцію, профілактику ПТСР, терапію втрати і горювання та багато інших питань, що вказує на її надзвичайну важливість і затребуваність як сфери діяльності. Відтак, метою освітньої програми «Клінічна психологія та психологічна реабілітація» є забезпечення підготовки магістрів за спеціальністю «Психологія» галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» для подальшої професійної роботи у психологічних, реабілітаційних та кризових центрах, закладах охорони здоров'я, завданням якої є надання якісної консультативної, клініко-психологічної реабілітаційної допомоги. Модель навчання за магістерською програмою «Клінічна психологія та психологічна реабілітація» поєднує в собі засвоєння теоретичних знань та практичне навчання під супроводом висококваліфікованих фахівців з практичним досвідом, залучення студентів до майстер-класів, вебінарів з провідними спеціалістами в галузі психології та психотерапії, до польових досліджень на базах практики (клінічні установи, реабілітаційні центри, ін.). Програмою передбачено вивчення освітніх компонентів, спрямованих на розширення знань з впровадження оптимальних сучасних психотехнологій з психологічної реабілітації, а також набуття вмінь у наданні психологічної допомоги при кризах розвитку особистості та травмувальних життєвих ситуаціях; моделювання та здійснення психопрофілактичних заходів для подолання психотравм, стресових розладів, інших негативних психологічних наслідків; практикування копінг-стратегій як засобів емоційної регуляції.

Варто розуміти, що на відміну від психіатрії, об'єктом уваги якої є різні патології (епілепсія, шизофренія, різні психози), що вимагають лікування в спецустановах, клінічною психологією вивчаються «прикордонні» (межові) відхилення і дезадаптації – порушення здатності організму пристосовуватися до нових умов.

Таким чином, перевагою впроваджуваних освітніх програм є актуальність, практичність та націленість на результат. Важливо і те, що збільшення пропозицій на ринку освітніх послуг дозволить майбутнім випускникам отримати роботу у психологічних, реабілітаційних та кризових



центрах, закладах охорони здоров'я, а також займатись індивідуальною практикою, надаючи якісну клініко-психологічну реабілітаційну та консультативну допомогу.

#### Список літератури

1. Слово і діло. Аналітичний портал. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/06/07/novyna/suspilstvo/pislya-vijny-psyholohichna-dopomoha-znadobytsya-shhonajmenshe-15-mln-ukrayincziv-lyashko>

2. Наказ МОЗ України від 30.09.2022 № 1782 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385.

### **РОЗВИТОК РЕФЛЕКСІЇ У СТРУКТУРІ ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ МАЙБУТНІХ КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ**

**Тетяна Палько,**

*кандидат психологічних наук,  
директор навчально-наукового центру  
підвищення кваліфікації,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Сьогодні суспільство вимагає нового погляду на професію психолога, його соціальну роль у суспільстві – агента змін як в особистісному, так і професійному саморозвитку, самовдосконаленні, підґрунтям якого є самоосвітня діяльність, здатність до рефлексії власних думок, бажань, нахилів, вміння особистості вийти з повного заглиблення в безпосередню діяльність. Підготовленість до неї – є тим резервом, який забезпечуватиме його професійний розвиток упродовж усього життя. Як зазначає С. Максименко, «...розвиток особистості полягає в організації та інтегруванні людиною свого внутрішнього світу. Це шлях до себе, шлях самопізнання та самоусвідомлення. Адже, за великим рахунком, психічний розвиток лише тоді стає розвитком особистості, коли починає являти собою рефлексію людиною власного досвіду» [1, с. 101].

Метою дослідження є визначення ролі рефлексії у процесі підготовки студентів спеціальності 053 Психологія за ОПП «Клінічна психологія», шляхів її розвитку з метою професійного самовизначення майбутніх клінічних психологів.

До феномену рефлексії зверталися ще античні мислителі, але цікавим і неординарним є трактування Г. Сковороди, який вважав людину найскладнішою істотою для пізнання, стверджуючи, що справжньою людиною можна стати лише в тому випадку, коли збагнути, що пізнання зовнішнього світу слід починати із самого себе. «Істинне щастя всередині нас. Безперервно думай, щоб пізнати себе...» [2, с. 311].

У контексті нашого дослідження доцільно розглядати рефлексію як особистісне утворення, що забезпечує пізнання студентом – майбутнім клінічним психологом себе шляхом самоаналізу власних особистісних якостей, поведінки та переживань у зв'язку з різними сферами життєдіяльності, а також того, як тебе сприймають та оцінюють інші суб'єкти взаємодії.

Рефлексія – передумова здатності до саморегуляції, яка передбачає розвиток у майбутнього клінічного психолога вміння критично ставитися до себе, усвідомлювати свої недоліки, які можна самому вдосконалювати. Професійна рефлексія є основою професійного самовизначення і становлення на усіх етапах професіогенезу, зокрема на етапі професійної підготовки. Структурними компонентами розвитку професійної рефлексії у студентів можна вважати:

1) особистісні чинники: емпатія, соціальний інтелект, мотивація, рефлексивність, смисложиттєві орієнтації, рівень інтернальності, які сприяють професійній рефлексії;

2) компоненти професійної рефлексії: рефлексія власної професійної компетенції, рефлексія власного професійного майбутнього, рефлексія визначеності професійної діяльності, рефлексія сфер професійної діяльності, рефлексія взаємодії з іншими людьми;

3) процес навчання, що включає в себе соціально-психологічний тренінг, тренінг особистісного росту, проходження різних видів практики під час навчання, ведення щоденника рефлексії, есе за відповідними темами.

Важливим етапом розвитку здатності до рефлексії є мотивування майбутніх клінічних психологів до усвідомлення власного вибору, вчинків, дій, іншими словами, процес внутрішнього спонукання до діяльності, який зумовлює вивчення й урахування їх індивідуальності, потреб, стану, а також інтерпретацію поведінки в різних ситуаціях, що можливе за наявності високого рівня рефлексивних здібностей. Адже, діяльність клінічного психолога зумовлює необхідність постійного рефлексивного аналізу професійних ситуацій, розуміння сенсу як своїх дій, так і дій іншої людини – клієнта,

забезпечуючи його самовизначення в усіх ситуаціях професійного зростання та особистісного розвитку, свободу самовираження, вибору оптимальних стратегій життєвого й професійного шляху тощо. Тому децентрація, як уміння стати на позицію здобувача освіти, зрозуміти його реакцію, є професійно важливою якістю передусім науково-педагогічного працівника, оскільки при цьому дуже важливим є особистий приклад й, отже, саморефлексія. Саме викладач повинен спрямувати студента у виборі тих методів власного самовдосконалення, які сприятимуть найкращому розкриттю власного «Я», визначенню траєкторії розвитку у майбутньому.

Так, під час проведення практичних занять студенти мали змогу замислитися над майбутньою професією клінічного психолога, професійними якостями і продемонструвати це за допомогою вправ на платформі Mentimeter (рис.1), створювали «Портрет ідеального психолога» за допомогою есе, презентацій тощо. Саме завдяки такій діяльності студенти здійснюють формування уявлень про професію, діагностику особистісних ресурсів та самопізнання, оволодівають методами і прийомами професійно-особистісного саморозвитку.

## Які на Вашу думку якості психолога є професійно важливими?



Рис. 1 Скріншот стільниці під час проведення вправи «Професійно важливі якості психолога» на платформі Mentimeter

Рефлексія, яка здійснюється студентами, сприяє розвитку здатності правильно сприймати вимоги інших людей, групи, аналізувати ситуацію, у якій знаходиться і діє людина у зв'язку з реалізацією цих вимог, можливості успішно виконувати вимоги, вміння планувати різні види діяльності відповідно

до зовнішніх умов і внутрішніх можливостей, готовності ставити вимоги самому собі, вміння блокувати інші мотиви і зосереджуватися на виконанні поставлених перед собою вимог. Тим самим рефлексія забезпечує адаптивність до нових умов діяльності.

Отже, під час навчання у закладі вищої освіти потрібно приділяти увагу розвиткові професійної мотивації та ціннісно-сміслових орієнтирів, оскільки це важливо для формування реальних уявлень про професію на основі знайомства з моделлю професійної компетентності, розвитку сталого позитивного ставлення до майбутньої професії, уявлення про засоби оволодіння нею, системи ціннісних орієнтацій та смислів професійної діяльності клінічного психолога. Також з метою розвитку професійно-особистісних якостей доцільно здійснювати формування уявлень про них, діагностику особистісних ресурсів та самопізнання, цілеспрямованого формування під час теоретичного та практичного навчання, оволодіння студентами методами і прийомами професійно-особистісного саморозвитку. Для розвитку готовності до рефлексивної діяльності у закладі вищої освіти доцільно запроваджувати спеціальні інтегровані курси, що сприяють використанню отриманих знань з клінічної психології, курсів за вибором, що висвітлюють різноманітні методики рефлексивного аналізу, а також занять з елементами проблемності, з використанням «сократівського» методу, методу аналізу конкретних ситуацій (кейс-метод), круглих столів, рольових та ділових ігор.

Під час навчання доцільно здійснювати «занурення» студентів до розв'язання реальних ситуацій. Особливий акцент має бути зроблений на осмисленні професійної діяльності, стимулюванні до самовиховання професійно-особистісних якостей, формуванні діагностичних, корекційно-розвивальних, прогностичних умінь, вироблення індивідуального стилю діяльності у роботі з клієнтами.

#### Список літератури

1. Максименко С. Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития в психологии) : монографія / С. Д. Максименко. М. ; К., 2000. 319 с.
2. Сковорода Г. С. Твори : у 2 т. / Григорій Савич Сковорода. К. : Обереги, 2005. Т. 1. 528 с.

## **ОКРЕМІ БАЗОВІ ПІДХОДИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВИХ МОДЕЛЕЙ ХАРЧУВАННЯ МОЛОДІ, ЯКА НАВЧАЄТЬСЯ**

**Іван Миронюк,**

*доктор медичних наук, професор,  
проректор з наукової роботи*

**Анна Лепканич,**

*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*

Вступ. Студентська молодь є специфічною верствою молодого населення країни, особливості способу життя якого потрібно враховувати. Відомо, що розумова діяльність потребує менше енергетичних затрат (калорій), ніж фізична, але призводить до втоми і виснаження не в меншому ступеню. При цьому рівень фізичної активності студентської молоді є недостатнім і ще зменшується в умовах впровадження дистанційного навчання.

Фактичне харчування більшості студентів полідефіцитне, розбалансоване за багатьма нутрієнтами [1]. В результаті неповноцінного харчування в Україні протягом 2000-2013 років вдвічі зросла захворюваність молоді на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, спостерігається виразна тенденція до набирання зайвої маси тіла та поширення ожиріння, значне поширення хвороб системи кровообігу, онкологічних захворювань [2].

Проте, одним із складових гармонійної життєдіяльності, здоров'я і гарного самопочуття сучасного молодого покоління є повноцінне харчування, а корисна і різноманітна їжа здатна запобігти розвитку багатьох захворювань [3].

Мета дослідження На основі ключових критеріїв, що визначають основні соціально-поведінкові характеристики представників цільової групи дослідження, визначити базові підходи до формування сучасних здорових моделей харчування студентської молоді.

Матеріали та методи. Під час проведення дослідження використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід. Матеріалами дослідження стали результати наших попередніх досліджень щодо вивчення рівнів залученості до мережі Інтернет студентської молоді в період очного і дистанційного навчання [4] та дослідження особливостей їх режимів харчування в різні періоди освітнього процесу [5]. Попередньо було розроблено

концептуальні підходи до формування сучасних моделей здорового харчування молоді, яка навчається [6], які виступили матеріалами даного дослідження.

Результати дослідження. Після аналізу усіх матеріалів дослідження було сформовано низку базових критеріїв, які визначають особливості харчової поведінки представників цільової групи дослідження:

1. Рівень щоденної зайнятості студента у навчальному процесі та рівень щоденної залученості до мережі Інтернет.
2. Рівень фінансової спроможності студента.
3. Організація процесу навчання (очне, дистанційне, змішане).
4. Місце і умови проживання студента в період навчання (вдома, в гуртожитку, наймана квартира).
5. Стать.
6. Рівень щоденної фізичної активності.

Пропоновані базові підходи до формування здорових моделей харчування полягають у застосуванні показників за даними критеріями, які можна застосовувати у різних комбінаціях. Для прикладу, застосуємо комбінацію 3 критеріїв, а саме: зайнятість, фінансова спроможність, організація навчального процесу. Загалом кожен критерій має свої відповідні оціночні показники, які в результаті визначають відповідні варіанти моделей харчування. Отже, якщо критерій «зайнятість» оцінюється як «середня» відповідно до варіантів моделі харчування, використовуємо режим 3-х разове харчування, який включає в себе один перекус. Критерій «фінансова спроможність» оцінюється показником: «низька», «середня», «висока». В нашому прикладі використаємо показник «низька». Відповідно, пріоритетним є харчування вдома, та вживання їжі взятої з собою з дому (ланч-бокс). Якщо організація навчального процесу підпадає під очне – загальна калорійність раціону вища, дистанційне – загальна калорійність раціону нижче. В такий спосіб, можна сформувати також і індивідуалізовану систему харчування на основі базових критеріїв. Це дає змогу отримати власну модель харчування, актуальну для способу життя особи.

Висновок. Харчування повинне забезпечувати гармонійний розвиток і злагоджену діяльність організму. Для цього можливо сформувати уніфіковані моделі харчування молоді, що навчається в залежності від визначених оціночних показників за основних базових критеріїв, які визначають особливості харчової поведінки. Модель харчування необхідно збалансувати з потребами людини відповідно до її зайнятості, фінансової спроможності, статі, організації освітнього процесу, місця проживання, фізичної активності. Фізіологічні

потреби організму постійно змінюються, тому рекомендована модель харчування повинна буди актуальна на момент життя в відповідних умовах.

#### Список літератури

1.Гриньова М.В. Коновал Н.О. Вплив збалансованого харчування на розумову діяльність студентської молоді. *Витоки педагогічної майстерності*. 2014. Випуск 13. С.17-20. URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/2887>

2.Гриньова М., Коновал Н. Роль збалансованого харчування у забезпеченні здорового способу життя студентства. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки*. Випуск 131.С. 3-5.URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nz\\_p\\_2014\\_131\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nz_p_2014_131_3)

3.Ярославська Л.П., Загородній В.В. Проблеми здорового харчування молоді. *Інновації та технології в сфері послуг і харчування*. 2020. № 1. С. 73-80. URL: <https://doi.org/10.24025/2708-4949.1.2020.206452>

4.Лепканич А.О., Миронюк, І.С. Особливості та структура залученості до мережі Інтернет студентської молоді різних курсів навчання в умовах карантинних обмежень». *Україна. Здоров'я нації*. 2022. №2 (68) С. 12-16. URL: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.2.1.2022.258905>

5.Лепканич А.О., Миронюк І.С. Моделі харчування студентської молоді в періоди дистанційного навчання в умовах тривалих карантинних обмежень. *Матеріали підсумкової наукової студентської конференції УжНУ (18 травня 2022 року)*. Ужгород. 2022. С.66-68. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/46931>

6.Лепканич А.О., Миронюк І.С. Сучасні підходи до формуванні здорових моделей харчування молоді, яка навчається (Modern Approaches to the Formation of Healthy Eating Habits of Young People that are Studying) *Ružomerské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník. Zborník z medzinárodnej konferencie, Ružomberok*. 2022 С. 424. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/46729>

## СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ЯК ДІЄВА ТЕХНОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І

**Валерія Брич,**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

**Іванна Гуцол,**

*асистент кафедри наук про здоров'я*

Вступ. Соціальна робота вже давно відіграє важливу роль у зміцненні здоров'я та благополуччя людини, що дозволяє розглядати її як соціальну роботу з охорони здоров'я [1]. Унікальні професійні цінності та етика, необхідні у соціальній роботі, роблять її дієвим інструментом для турботи про здоров'я населення. Так була утворена сумісна галузь – соціальна робота у сфері громадського здоров'я. Вона пов'язує соціальну роботу на мікро- та макрорівнях із соціальною епідеміологією, профілактикою захворювань та зміцненням здоров'я [2], сприяє рівності в охороні здоров'я [3]. Одним з інструментів реалізації соціальної роботи визначають соціальний супровід. З метою встановлення слабких ланок його забезпечення виникає потреба у проведенні системного дослідження соціального супроводу як засобу досягнення цілей громадського здоров'я.

Мета дослідження: опрацювання науково-методичних джерел щодо стану впровадження соціального супроводу як засобу досягнення цілей громадського здоров'я.

Основна частина. Надання базових соціальних послуг, зокрема і соціального супроводу, відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», забезпечується міськими державними адміністраціями, районними державними адміністраціями, виконавчими органами міських рад міст обласного значення, а також виконавчими органами сільських, селищних, міських рад об'єднаних територіальних громад [4]. Відповідно до вказаного нормативного документу, «соціальний супровід – це комплекс заходів, що передбачає оцінку потреб отримувача послуги, визначення шляхів вирішення основних проблем, навчання та розвиток навичок, спрямованих на подолання чи мінімізацію складних життєвих обставин, регулярні зустрічі чи відвідування отримувача послуги з метою моніторингу виконання поставлених завдань, сприяння у отриманні інших послуг» [4]. Отримувачем послуги соціального супроводу є сім'я чи особа, яка належить до вразливих груп населення та/або перебуває у складних життєвих обставинах і не може самостійно подолати або мінімізувати



негативний вплив таких обставин [4]. Отже, соціальний супровід передбачає довготривалу роботу, яка орієнтована на надання індивідуальної допомоги та підтримки у вигляді комплексних соціальних послуг, що спрямовані на мінімізацію складних життєвих обставин та їх наслідків, подолання життєвих труднощів, збереження та, можливо, підвищення соціального статусу клієнта шляхом активізації його ресурсів та його найближчого оточення.

У якості технології індивідуальної соціальної роботи соціальний супровід розглядається як «ведення випадку» чи «робота з випадком». В англійській мові застосовується термін «case management», який трактується як «метод інтеграції та координації систем охорони здоров'я та соціальних послуг» [5].

Послуги соціального супроводу широко застосовуються у сфері громадського здоров'я до таких категорій населення: людей похилого віку; людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом (ЛЖВС); паліативних хворих; представників груп підвищеного ризику; осіб з інвалідністю та ін.

*Соціальний супровід у роботі з людьми похилого віку.* Через стрімке старіння населення все більш явними стають проблеми літніх людей, серед яких однією з найбільш значимих є нехтування собою, або самонехтування. Воно проявляється у формі відмови або неспроможності забезпечити себе в достатній кількості їжею, водою, одягом, дахом, особистою гігієною, ліками та заходами безпеки та призводить до руйнівних наслідків для фізичного та психологічного благополуччя людей похилого віку, вищого рівня смертності та збільшення використання медичних та соціальних послуг. Все це створює навантаження на систему охорони громадського здоров'я [6]. Застосування технології міждисциплінарного соціального супроводу є дієвим інструментом для запобігання, раннього виявлення та мінімізації наслідків самонехтування. Медичні і соціальні працівники у співпраці мають можливості для визначення ознак поведінки літньої людини, яка нехтує собою, проведення комплексної оцінки здоров'я, добробуту та безпеки, що дає змогу вчасно та ефективно реагувати на небезпечні для людини ситуації.

*Соціальний супровід у роботі з ЛЖВС.* Відповідно до стандартів ВООЗ, епідемія ВІЛ-інфекції загрожує багатьом суспільним групам, а не тільки групам підвищеного ризику щодо інфікування (споживачам ін'єкційних наркотиків, працівникам комерційного сексу, чоловікам, що мають сексуальні стосунки з чоловіками). Соціальний супровід ЛЖВС може забезпечити надання інтегрованої допомоги у громадах, результатом чого стане своєчасне отримання клієнтом одночасно доступу до медичної та соціальної допомоги. Отже,

головним завданням соціального супроводу у цій сфері можна визначити координацію клієнта (ЛЖВС) щодо необхідних йому послуг чи ресурсів, що дозволить забезпечити його клієнтоцентрованою допомогою з найбільш оптимальним використанням ресурсів [7].

*Соціальний супровід у роботі з групами підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.* До них в контексті епідеміології належать групи населення, в середовищі яких епідемія ВІЛ-інфекції розвивається непропорційно порівняно із загальним населенням [8]. В цих групах соціальний супровід є ефективним не тільки у напрямку протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, а й у контексті діагностики та лікування певних захворювань, зокрема інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), гепатитів, туберкульозу, тощо. При цьому основною метою соціального супроводу постає забезпечення представникам вказаних груп необхідної комплексної підтримки для покращення якості їхнього життя з одного боку, а з іншого – покращення ефективності лікування, навчання методам профілактики, що дозволить зменшити навантаження на систему громадського здоров'я загалом [9].

*Соціальний супровід осіб з інвалідністю,* які є однією з найбільш незахищених верств населення в умовах економічної нестабільності. Дана категорія осіб стикається з такими проблемами як соціальна ізоляція, обмеження можливості спілкування, труднощі в організації дозвілля, навчання, пошуку можливого заробітку та ін. Успішне вирішення цих проблем потребує міжвідомчої координації закладів освіти, охорони здоров'я, громадських організацій, сім'ї, тощо. Соціальний супровід тісно пов'язаний із соціальними аспектами підтримки особи з інвалідністю, сім'ї чи близького оточення усією командою фахівців під час реалізації програм реабілітації та «терапії середовищем». При цьому важливою є міжпрофесійна взаємодія, об'єднання зусиль самої особи з інвалідністю, членів її сім'ї чи близького оточення та фахівців у проведенні реабілітаційної роботи, у досягненні суспільних змін – зміни у ставленні до особи з інвалідністю найближчого соціального оточення та суспільства в цілому. Ці всі складові взаємопов'язані, а впливаючи на них комплексно ми можемо досягти головної мети – повноцінного розвитку та самореалізації особи з інвалідністю у суспільстві [10].

**Висновок.** В результаті опрацювання джерел науково-методичної літератури встановлено, що соціальний супровід у системі відновлення та збереження здоров'я населення використовується як дієвий інструмент профілактики, раннього виявлення та мінімізації наслідків захворювань,

складних життєвих обставин та інших негативних явищ, які включені до сфери інтересів системи громадського здоров'я. Реалізація соціального супроводу може стати важливим інструментом покращення ефективності інтервенцій громадського здоров'я для окремих цільових груп населення та потребує обґрунтування і розробки функціонально-організаційної моделі, що базуватиметься на міжсекторальній та міжвідомчій взаємодії.

#### Список літератури

1. Ruth B.J., Wachman M.K., Marshall J.W., Backman A.R., Harrington C.B., Schultz N.S., Ouimet K.J. Health in All Social Work Programs: Findings From a US National Analysis. *American Journal of Public Health*. 2017. Vol. 107, S3. P. S267–S273. DOI:10.2105/ajph.2017.304034.

2. Zheng G., Zhang X., Wang Y., Ma M. The Strengthening Mechanism of the Relationship between Social Work and Public Health under COVID-19 in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, no. 19. P. 9956. DOI:10.3390/ijerph18199956.

3. Cederbaum J. A., Ross A. M., Ruth B. J., Keefe R. H. Public Health Social Work as a Unifying Framework for Social Work's Grand Challenges. *Social Work*. 2018. Vol. 64, no. 1. P. 9–18. DOI:10.1093/sw/swy045.

4. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII : станом на 27 квіт. 2022 р. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>.

5. Smith J.E. Case management: a literature review. *Canadian journal of nursing administration*. 1998. № 11 (2). P. 93-109. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9726178/#affiliation-1>.

6. Dong X.-Q. Elder self-neglect: research and practice. *Clinical Interventions in Aging*. 2017. Volume 12. P. 949–954. DOI:10.2147/cia.s103359.

7. Dai L., Yu X., Shao Y., Wang Y., Li Z., Ye J., Bai S., Guo X., Wang J., Su B., Jiang T., Zhang T., Wu H, Scott S.R., Liu A., Sun L. Effect of a multi-dimensional case management model on anti-retroviral therapy-related outcomes among people living with human immunodeficiency virus in Beijing, China. *BMC Infectious Diseases*. 2020. Vol. 20, no. 1. DOI:10.1186/s12879-020-05219-9.

8. Key Populations. *Home - The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. URL: <https://www.theglobalfund.org/en/key-populations>.

9. Горемикіна Ю. В. Інноваційні практики соціальної роботи з вразливими групами населення в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2020. № 3 (41). С. 91–113. DOI:10.15407/dse2020.03.091.

10. Дідик Н. М. Перспективні шляхи оптимізації діяльності соціального працівника з особами з інвалідністю. *The 4th International scientific and practical conference "Scientific achievements of modern society"* : Матеріали міжнар. наук. і практ. конф., м. Ліверпуль, 2–4 груд. 2019 р., 2019. С. 922–931. URL: <https://cutt.ly/x3UuAZj>

## **ОКРЕМІ АСПЕКТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ БАЗИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕКОНАНЬ І ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЇХ ЗДОРОВОМУ СПОСОБУ ЖИТТЯ**

**Габрієлла Дудаш,**  
*аспірант за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я»*  
**Валерія Брич,**  
*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Вступ. В умовах наявного соціально-економічного та політичного життя країни спостерігається досить стійка тенденція до погіршення здоров'я дітей та підлітків. Слід врахувати, що підлітковий вік має вирішальне значення для формування здоров'я та розвитку хвороб, оскільки набуті в цей період звички можуть відобразитися у дорослому віці [1]. Одним з завдань держави є необхідність забезпечення населенню можливості вільного інформованого вибору здорового способу життя, що дозволить зробити його бажаним та доступним для кожного [2]. Для підлітків це можливо через інтеграцію в освітній процес сучасних методик формування переконань та поведінки, що сприятимуть здоровому способу життя. Їх обґрунтування та розробка можливі за результатами проведення дослідження реальних потреб підліткової молоді щодо формування здоров'я та відповідної поведінки. Проте такий напрямок потребує формування достатньої за якістю та кількістю наукової бази.

Мета. Визначити окремі аспекти характеристики бази наукового дослідження переконань і поведінки підлітків, що сприяють їх здоровому способу життя, запланованого до проведення у Закарпатській області.

Результати дослідження. Базу наукового дослідження переконань і поведінки підлітків, що сприяють їх здоровому способу життя, формуватимуть два основні компоненти:

1. Теоретичний – джерела наукової інформації вітчизняних та іноземних авторів щодо здорового способу життя підлітків, методи їх дослідження, ефективні інтервенції у цій сфері. За результатами реалізації вказаного компонента буде сформовано набір інструментів для проведення соціологічних досліджень.

2. Емпіричний – соціологічні дослідження, які дозволять визначити та проаналізувати реальний стан переконань і поведінки підлітків, що сприяють їх здоровому способу життя.

Реалізація другого компонента запланована у закладах освіти на території Закарпатської області і потребує більш детальної характеристики.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, підлітковий вік є періодом росту і розвитку людини, який настає після дитинства і триває до досягнення зрілого віку, тобто з 10 до 18 років. Цей вік припадає на навчання в закладах середньої та професійної освіти. Для дослідження було обрано вікову групу 14-17 років.

Відповідно до інформації сайту департаменту освіти і науки, молоді та спорту Закарпатської обласної державної адміністрації, у 2021-2022 навчальному році у 64 територіальних громадах Закарпатської області функціонував 591 заклад загальної середньої освіти [2], в яких навчалося 36 640 учнів віком 14-17 років [3]. З наведеної загальної кількості здобувачів середньої освіти, 41,9% (15 344 особи) – учні віком 14 років, 30,15% (11 048 осіб) – 15 років, 24, 54% (8 994 особи) – 16 років, 3,42% (1 254 особи) – 17 років [3]. Розрахунками визначено мінімально допустимий обсяг репрезентативної вибіркової сукупності для проведення запланованого соціологічного дослідження серед здобувачів середньої освіти віком 14-17 років – 396 осіб. Водночас вибіркова сукупність формуватиметься за територіальним розміщенням закладів освіти та відповідно до представленої структури за віком.

Кількість закладів професійної (професійно-технічної) освіти у Закарпатській області на кінець 2021 року налічувала 16 одиниць, де навчалося 5 837 студентів [3]. Мінімально допустимий обсяг репрезентативної вибіркової сукупності для проведення запланованого соціологічного дослідження серед здобувачів професійної (професійно-технічної) освіти, відповідно до розрахунків, – 374 особи.

У зв'язку з розміщенням вимушено переселених осіб на території Закарпатської області кількість осіб підліткового віку збільшилась, що дає змогу збільшити кількість респондентів для проведення дослідження.

Висновок. Дослідження переконань і поведінки підлітків, що сприяють їх здоровому способу життя, заплановане для проведення у Закарпатській області, формуватиметься за двома компонентами наукової бази: теоретичним та емпіричним. Аналіз інформації щодо чисельності та наповненості здобувачами освіти закладів загальної середньої та професійно-технічної освіти, розташованих в регіоні, дозволив розрахувати обсяги та структуру вибіркового сукупностей осіб підліткового віку (14-17 років) для проведення репрезентативних соціологічних досліджень.

#### Список літератури

1. Marques A., Loureiro N., Avelar-Rosa B., Naia A., Matos M.G. Adolescents' healthy lifestyle. *J Pediatr (Rio J)*. 2020. № 96 (2). P. 217-224. DOI: 10.1016/j.jpmed.2018.09.002.

2. Дзюба Н. Соціальний маркетинг як підхід ефективної стратегії формування здорового способу життя молоді. *Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки» (Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя)*. 2022. № 1. С. 14-22. DOI:10.31654/2663-4902-2022-PP-1-14-22.

3. Департамент освіти і науки, молоді та спорту Закарпатської обласної державної адміністрації. Перелік закладів загальної середньої освіти області (2021/2022). URL: <http://surl.li/etdoi>

4. Державна служба статистики України. Головне управління статистики у Закарпатській області. Загальна середня та професійна (професійно-технічна) освіта у 2021 році. URL: <http://surl.li/etdqb>

# ІМОВІРНІ ГРУПИ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ РІВНІВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Гретта Шепелла,  
*аспірант за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я»*

Валерія Брич,  
*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Вступ. Фізична активність – важливий компонент способу життя і поведінки, який безпосередньо впливає на рівень розвитку та здоров'я дитини. У зв'язку з погіршенням здоров'я дітей, зростанням захворюваності та збільшенням кількості школярів у спеціальних медичних групах гостро постає проблема вивчення факторів, які впливають на формування рівня фізичної активності. Поширені недоліки втручання щодо фізичної активності вказують на те, що складні основні механізми змін ще не повністю зрозумілі, а рівні фізичної активності дітей сільської місцевості можуть формуватися під впливом багатьох факторів [1, с. 29]. Водночас слід врахувати, що фактори впливу на формування фізичної активності дітей шкільного віку можуть різнитися залежно від конкретного місця проживання.

Мета дослідження: проаналізувати літературу та визначити групи факторів, які, ймовірно, впливають на формування рівнів фізичної активності дітей шкільного віку сільської місцевості Закарпатської області.

Результати дослідження. У результаті опрацювання доступних джерел інформації та їх аналізу було визначено та стисло охарактеризовано імовірні групи факторів впливу на формування рівнів фізичної активності дітей шкільного віку сільської місцевості в Закарпатській області.

І група – *кліматичні фактори та фактори природнього середовища*, які можуть мати позитивний і негативний вплив. Сприятливі екологічні умови та життя у безпосередній близькості до природи призводять до способу життя з підвищеною фізичною активністю та водночас до більш спокійних темпу і ритму життя. Проте часті значні опади, висока вологість, йододефіцит як причина розвитку захворювань щитоподібної залози [2, с.57] можуть стати причиною зменшення фізичної активності дітей у Закарпатській області.

II група – *інфраструктурні фактори*, які пов'язані з доступністю елементів спортивної інфраструктури та багатофункціональної інфраструктури відпочинку. В сільських школах часто відсутні спортивні зали або наявна слабка спортивно-матеріальна база з недостатнім спортивним устаткуванням, застарілим обладнанням та спортивним інвентарем. До прикладу, за даними відомостей про матеріальну базу денних закладів загальної середньої освіти та використання сучасних інформаційних технологій, оприлюднених на сайті департаменту освіти і науки, молоді та спорту Закарпатської ОДА, на початок 2019-2020 навчального року тільки 41% закладів загальної середньої освіти сільської місцевості області мали фізкультурні зали. Також факторами впливу на формування фізичної активності в сільській місцевості області можуть стати незначна чисельність дитячо-юнацьких спортивних шкіл та відсутність варіантів вибору групи для занять фізичним вихованням за інтересами [3, с. 3].

III група – *культурно-освітні фактори*, які можуть характеризуватися недостатнім розвитком сфери додаткової освіти в задоволенні фізкультурних інтересів і потреб учнів. До таких факторів можна віднести низький рівень фізкультурно-оздоровчої роботи з населенням, малу наповнюваність учнів в класах, відсутність проведення просвітницької роботи щодо посилення фізичної активності в дитячому й молодіжному середовищі, складну ситуацію з фізкультурно-спортивними кадрами, відтік кваліфікованих вчителів в інші сфери, зниження якості викладання шкільної фізичної культури, недостатню виховну спрямованість процесу фізичного виховання та методичні помилки при його організації (одноманітність і відсутність креативного підходу у роботі педагогів) [4, с.70; 5, с.139].

IV група – *соціально-економічні фактори*, які можуть також впливати на формування рівня фізичної активності дітей сільської місцевості, зокрема через зменшення залучення батьків до виховання власних дітей. До цієї групи факторів можна віднести проблеми зниження загального рівня життя і соціальної захищеності населення загалом в країні, зайнятість батьків по домашньому господарству, зниження реальних прибутків сімей, соціальне сирітство через трудову міграцію батьків, асоціальний спосіб життя багатьох родин, зокрема зловживання алкоголем. Імовірно, мають значення також недостатнє фінансування освітніх установ у сільській місцевості, їхня віддаленість від районних центрів [2, с.58; 3, 2].



V група – *фактори, пов'язані з пандемією COVID-19*. Умови карантину негативно вплинули на рівень фізичної активності та спосіб життя школярів, сприяли виникненню змін як у фізичному, так і в психічному стані, зниженню опірності організму до несприятливих чинників довкілля учнів загальноосвітніх шкіл Закарпатської області [6, с.66].

VI група – *релігійні фактори*, які, ймовірно, також впливають на формування фізичної активності дітей сільської місцевості. Церква розглядає фізичну культуру насамперед як засіб зміцнення здоров'я молоді, майбутніх батьків, підготовки молодого покоління до праці і захисту віри. Факторами слід розглядати включення фізичної культури у систему християнського виховання особистості, організацію спортивних змагань з різних видів спорту, створення спортивні секції для молоді, адже церква має власні адміністративні інститути, які шукають шляхи узгодження релігії і спорту, що є досить перспективним соціальним служінням [7, с.159].

Висновки. У результаті аналізу інформаційних джерел визначено шість імовірних груп факторів впливу на формування рівня фізичної активності школярів сільської місцевості Закарпатської області. Постає завдання більш глибокого дослідження встановлених груп факторів з визначенням їх реального впливу на формування фізичної активності дітей у різних адміністративних одиницях регіону для майбутньої розробки ефективних інтервенцій громадського здоров'я.

#### Список літератури

1. Шепелла Г.Л., Брич В.В. Предиктори формування фізичної активності дітей, які проживають в сільській місцевості. *Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку*: матеріали четвертого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я (21–23 верес. 2022р.). Тернопіль: ТНМУ, 2022. С. 29-30.

2. Пангелова Н. Є. Фізичний стан і рухова активність учнів початкових класів сільської загальноосвітньої школи. *Молодий вчений*. 2018. № 4.2(56.2). С. 57-62.

3. Костюк Ю. С. Сучасні підходи щодо модернізації уроків фізичної культури учнів основної малокомплектної школи, які проживають в сільській місцевості. URL: <http://eprints.zu.edu.ua>.

4. Круцевич Т., Марченко О. Особливості та адекватність самооцінки фізичного розвитку юнаків міської та сільської місцевості. *Фізичне виховання*,

*спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2021. № 2(54). С 69-78. DOI: 10.29038/2220-7481-2021-02-69-78.

5. Пангелова Н. Є., Рубан В. Ю. Мотиви рухової активності і потреби школярів сільської місцевості до видів занять фізичними вправами. *Фізичне виховання, спорт і туристично-краєзнавчих робіт в закладі освіти*: зб. наук. праць: додаток до Гуманітарного вісника ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Григорія Переяслав-Хмельницький (Київ. обл.): Домбровська Я. М., 2017. № 38. С. 135-141.

6. Рогач І., Палко А., Фегер О., Віраг М. Аналіз фізичної активності школярів Закарпатської області в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»*. 2021. № 1 (63). С 65-68. URL: <https://med-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/med/article/view/172>.

7. Кислий А. О. Проблеми спорту та здоров'я людини у соціальній концепції християнської церкви. *Освіта і здоров'я підрастаючого покоління*: зб. наук. праць міжнародного симпозіуму. Київ, 2016. Вип. 1. С. 157-160.

## **ДО ПИТАННЯ ВИЯВЛЕННЯ ВІЗУАЛЬНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В ЗАНЕДБАНИХ СТАДІЯХ ТА ПІД ЧАС ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ**

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Антон Шень,**

*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*

Вступ. Злоякісні новоутворення є однією з головних причин зростання захворюваності та смертності населення в усьому світі. Україна належить до країн із високим рівнем онкозахворюваності. Вивчення та аналіз кількісних показників захворюваності на візуальні форми (далі ВФ) злоякісних новоутворень (ЗН), різних груп населення та смертність від них дозволяють органам управління системи охорони здоров'я розробляти та вдосконалювати програми протиракової боротьби.

До візуальних локалізацій належать такі нозологічні форми злоякісних новоутворень: (губи, ротової порожнини, шкіри, ока, щитовидної залози, молочної залози, шийки матки, піхви, дистального відділу прямої кишки,

статевого члена, яєчка). Рак молочної залози, шийки матки, дистальної відділу прямої кишки є одними з найпоширеніших форм раку з високим відсотком летальності. Саме 1/3 всіх смертей від раку припадає на візуальні форми. 70-75% смертей від даних нозологій як правило пов'язані з виявленням їх на пізніх стадіях розвитку, 20-25% - зона медичної відповідальності в наслідок якої настає летальність, 5% - пов'язані з складними для діагностики клінічними випадками. Саме тому обізнаність пацієнтів, освідченість лікарів первинної ланки щодо скринінгу ЗН на ранніх стадіях є вкрай актуальною.

Мета роботи: проаналізувати тенденції епідеміології захворюваності на візуальні форми злоякісних новоутворень за останні (2020-2021) роки.

Методи. При виконанні роботи використано метод системного підходу, епідеміологічний, бібліосемантичний та аналітичний методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за 2021-2022 роки.

Результати та їх обговорення.

Рівень занедбаності ЗН на час його виявлення характеризує, перед усім, рівень онкологічної настороги і грамотності лікарів первинної та вторинної ланки, а також діагностичну активність і спроможність медичної галузі в цілому.

При візуальних локалізаціях занедбаними вважають ті випадки, які виявлені у 3-4 стадії.

Рівень занедбаності виявлених у 2021р. в Україні ЗН губи становив 17,0% при тому, що в Закарпатській та Івано-Франківській областях занедбаних випадків була майже половина – 41,2-50,0%. Переважна більшість ЗН ротової порожнини в Україні – 60,6% – були виявлені в занедбаній стадії, а в Запорізькій, Херсонській, Тернопільській областях кількість занедбаних випадків сягнула 80,0-87,1%. Не визначено стадію було у 10,0% захворювань на ЗН губи в Харківській області і у 21,4-43,7% захворювань на рак ротової порожнини в Одеській, Сумській, Харківській областях та м. Київ. Така ситуація перш за все обумовлена низьким рівнем онкологічної грамотності лікарів-отоларингологів та лікарів-стоматологів.

В Україні у 3-4 стадії були виявлені понад 50% захворювань на ЗН ануса (код МКХ-10 C21) та передміхурової залози, а в деяких областях таких випадків було понад 70%. У Київській, Одеській Рівненській, Харківській областях та м. Київ стадія не визначена у понад 20% випадків раку простати.

При ЗН шкіри у занедбаній стадії були виявлені 1,5% випадків немеланомного раку і 12,1% злоякісних меланом; найбільш часто (у 18,7-

25,0%) меланомні ЗН шкіри були виявлені занедбанними у Закарпатській, Полтавській, Херсонській та Черкаській областях. Найбільшу частку випадків немеланомного раку шкіри, стадія якого лишилась невизначеною, зареєстровано у Львівській області (8,2%), а меланоми шкіри – у Закарпатській (20,5%) та Харківській (40,5%) областях. В Україні в цілому найбільше зростання (на 1,0-2,1%) частки первинних хворих 2020 року, які не пережили одного року після виявлення ЗН, зареєстровано при таких нозологічних формах захворювання як ЗН губи, меланома шкіри.

Показник занедбаності захворювань на рак грудної залози у 2021 р. в Україні становив 27,6%, на рак шийки матки – 31,1%, але варіативність цих показників у областях була значною. Занедбаність ЗН грудної залози варіювала від 11,4-17,4% в Сумській, Харківській та Хмельницькій областях до понад 35% у Запорізькій, Луганській, Полтавській і Чернівецькій, але при цьому в Сумській та Харківській областях у великій кількості захворювань – 9,3% та 16,1%, відповідно – стадія лишилась не визначеною. Гранична різниця показника за регіонами становила 3,1 разів.

Найвищі рівні занедбаності раку шийки матки (41,6-52,9%) зареєстровані у Закарпатській, Івано-Франківській, Одеській, Херсонській, Чернівецькій та Чернігівській областях, найнижчий рівень занедбаності (13,4-16,9%) – у Сумській, Харківській, Хмельницькій та м. Київ. Водночас у 10,4-18,8% випадків раку шийки матки, виявлених в Луганській, Одеській, Харківській областях та м. Київ стадія лишилась не встановленою.

Частку захворювань на ЗН вульви 2021 року, виявлених у занедбаній стадії та таких, стадію яких неможливо встановити, відповідно складала 34,1% та 6,3% випадків, ЗН піхви – 38,6% та 7,2% випадків, ЗН статевого члена – 29,9% та 6,1% випадків, ЗН яєчка – 12,3% та 19,0% (переважно через відсутність даних про сироватковий пухлинний маркер) випадків, ЗН ока – 3,8% та 38,2% випадків відповідно.

Рак щитоподібної залози у 3-4 стадії зареєстровано у 12,9% нових випадків 2021 року, але варіативність регіональних показників занедбаності була високою: від 3,6% та 5,6% у Харківській та Хмельницькій областях до 21,6-36,4% у Закарпатській, Луганській, Одеській, Чернівецькій областях. Гранична різниця показника за регіонами становила 10,1 разів. Водночас лишилась невизначеною стадія у 9,1-12,2% випадків раку щитоподібної залози, виявлених у Волинській, Закарпатській та Харківській областях.

У 2020 році найбільш вагоме статистично значуще зниження захворюваності за стандартизованим показником зареєстровано для немеланомних ЗН шкіри – на 37,0% у чоловіків та на 39,0% у жінок. Також статистично значуще зменшились показники захворюваності на рак губи (-25,0%), носової порожнини (-24,1%), меланоми шкіри (-20,9%) і на ЗН губи (-35,7%). Зареєстрований рівень загальної смертності внаслідок ЗН у 2020 році також зазнав значущого зниження порівняно з 2019 роком – на 10,1% у чоловіків і на 8,3% у жінок ( $p \leq 0,01$ ). Значуще зниження рівня смертності зареєстровано при таких захворюваннях чоловічого населення України як рак ротової порожнини (-15,1%), прямої кишки (-10,2%), грудної залози (-8,6%)

Висновки. Ситуація за останні роки в Україні свідчить як про низький рівень поінформованості населення щодо мети профілактичних оглядів, так і про низький рівень онкологічної настороги не лише у сімейних лікарів, але й у фахівців спеціалізованої медичної допомоги, в тому числі при виявленні ЗН візуальних локалізацій. В 2021 р. показник виявлення під час профілактичних оглядів всіх ЗН був на рівні 19,8% пересічно в Україні, від 1,4-9,8% у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Одеській, Черкаській та Чернівецькій областях до 50,1% у м. Київ. Відносно високими у 2021р. були показники виявлення під час проведення профілактичних оглядів немеланомного раку шкіри – 51,1%, меланоми шкіри – 39,3%, ЗН молочної залози – 36,9%, ЗН шийки матки – 37,9%, ЗН щитоподібної залози – 42,6%.

Таким чином, найбільш проблемними в організації контролю раку у регіонах залишаються своєчасність виявлення хворих. Підлягає посиленню ефективності проведення профілактичних оглядів та виявлення хворих на ЗН під час їх проведення, оскільки результати щорічного аналізу демонструють неухильне зниження відповідного показника за останні роки.

#### Список літератури

1. Слабкий Г.О., Щербинська О.С. Захворюваність жінок України на візуальні форми злоякісних новоутворень як проблема первинної медичної допомогою. The unit of science. December 2019-January 2020. P.154-157

2. Етіологія й епідеміологія злоякісних новоутворень. URL: <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/onkologiya/rozdil-nbsp-1-etiologiya-j-epidemiologiya-zloyakisnih-novoutvorenivznachennya-onkologiyi-yak-nauki/>. Назва з екрана.

3. Бюлетень національного канцер-реєстру України № 23. Рак в Україні, 2020 – 2021. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. URL: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_23/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_23/index.htm). Назва з екрана.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ**

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Георгій Шень,**

*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*

**Софія Костенко,**

*старший лаборант кафедри наук про здоров'я*

Актуальність питання щодо навчання населення відповідального ставлення до власного здоров'я як до найвищих суспільних та індивідуальних цінностей – пріоритетне завдання системи охорони здоров'я та освіти. Стан війни та нестабільна економічна ситуація в країні призводять до того, що близько 70% населення України знаходиться в стані зтяжненого психоемоційного та соціального стресу. Актуальність здоров'я населення вимагає невідкладного пошуку нових, ефективних засобів і методів для вирішення проблеми зміцнення здоров'я людини, формування здорового способу життя. Пріоритет для особи особистого здоров'я забезпечує відповідальне ставлення людини до власного здоров'я [1], здоровий спосіб життя та поведінку скеровану на збереження та зміцнення як особистого здоров'я так і здоров'я населення [2,3].

Мета роботи: дослідити рівень відношення дорослого населення Закарпатської області до особистого здоров'я в комплексі інших особистих пріоритетів.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження виступили результати соціологічного дослідження серед дорослого населення. Соціологічним дослідженням охоплено 50 постійних жителів Закарпатської області. Дослідження проводилося в грудні 2022 - січні 2023 років. Для проведення дослідження було розроблено спеціальну анкету. В ході дослідження збережено персоніфіковані дані про респондентів. Рівень відношення до особистого здоров'я, як пріоритету визначався за 10-бальною шкалою в якій 10

балів це найбільший рівень пріоритету. В ході дослідження було використано наступні методи дослідження: соціологічний способом анкетування, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати та обговорення. Наводимо дані про респондентів проведеного соціологічного дослідження. Табл.1.

*Таблиця 1*

Дані про респондентів які прийняли участь у дослідженні

Характеристика	Респонденти	
	абс	%
Чоловіки	21	42,0
Жінки	29	58,0
Вікова категорія		
До 30 років	6	12,0
31-40 років	13	26,0
41-50 років	9	18,0
51-59 років	14	28,0
Старше 60 років	8	16,0

Далі вивчалися та аналізувалися результати соціологічного дослідження. В табл. 2 наведено отримані під час проведення дані про рівень відношення до особистого здоров'я в системі особистих пріоритетів респондентів.

Результати дослідження вказують на те, що в теперішній час для жителів Закарпатської області особисте здоров'я, як пріоритет в кагорті інших пріоритетів займає VI місце з рівнем 7,3 балів. Ведучими особистими пріоритетами для даної категорії респондентів є економічний стан сім'ї та безпека членів сім'ї (9,8 балів), здоров'я дітей та наявність постійної роботи (9,5 балів), забезпечення сім'ї продуктами харчування (8,4 балів).

*Таблиця 2*

Рівень відношення до здоров'я в системі особистих пріоритетів

Особисті пріоритети	Респонденти	
	Ба ли	Ранг
Особисте здоров'я	7,3	VI
Здоров'я дітей	9,5	II
Здоров'я інших членів сім'ї	7,6	V
Економічний стан сім'ї	9,8	I
Забезпечення сім'ї продуктами харчування	8,4	III

Безпека членів сім'ї	9,8	I
Особиста безпека	8,3	IV
Забезпечення достойних умов проживання	5,7	VII
Наявність постійної роботи	9,5	II
Не змогли відповісти на питання	28,0% опитаних	

Висновки. Результати дослідження вказали на те, що для жителів Закарпатської області особисте здоров'я займає VI місце в рейтингу інших особистих пріоритетів. Таким чином можна константувати, що на даному етапі населення не мотивоване до ведення способу життя скерованого на профілактику захворювань що в свою чергу призведе до погіршення стану здоров'я, зростання потреби в медичній допомозі та підвищення рівня фінансових затрат на лікування та відновлення втраченого здоров'я.

#### Список літератури

1. Знаменська М.А. Щодо відповідального ставлення дорослого населення з хронічними неінфекційними хворобами до власного здоров'я та способу життя. Україна. Здоров'я нації. 2015. №2. С.36-42
2. Селезньова О. О. Здоров'я молоді та формування здорового способу життя. URL: [http://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page\\_id=2513](http://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=2513).
3. Слабкий Г. О., Ковальова О.М. Соціально-економічні аспекти формування здорового способу життя дітей (аналітичний огляд наукової літератури). Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 2 (4). С. 44–48.

### **ДО ПИТАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ОКРЕМИХ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ СЕРЕДОВИЩА НА ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ, ЩО НАВЧАЄТЬСЯ**

**Олена Корольчук,**

*кандидат наук з державного управління,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

**Сергій Ластовецький,**

*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*

Вступ. Усі чинники зовнішнього середовища традиційно поділяють на 3 класи: фізичні, хімічні та біологічні. Фізичні чинники навколишнього середовища найрізноманітніші. Вони справляють на людину енергетичний



вплив (термічний, механічний, радіаційний, електричний, електромагнітний) [1]. Великий перелік цих факторів можна розглядати як природні (екологічні) чинники або аспекти патологічних станів або хвороб, так і техногенні чинники. Усі ці чинники мають фізичну природу. Окремо слід звернути увагу на негативний вплив на організм людини такого фізичного фактору як електромагнітне опромінення. У 1995 році Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) офіційно запровадила термін “глобальне електромагнітне забруднення довкілля”. ВООЗ включила проблему електромагнітного забруднення навколишнього середовища в перелік пріоритетних проблем людства. Слід звернути увагу, що рівень цього забруднення кожні десять років зростає в 10–15 разів. Тому, питання електромагнітної безпеки суворо регульовано нормативно-правовими актами України [2, 3].

Мета дослідження оцінити імовірність негативного впливу електромагнітного випромінювання на організм і стан здоров'я молоді, що навчається в сучасних умовах.

Матеріали та методи. Під час проведення дослідження використано такі методи: бібліосемантичний, та метод структурно-логічного аналізу, метод системного підходу.

Результати дослідження. Відомо, що Електромагнітні поля (ЕМП) особливо негативно впливають на організм людини, яка безпосередньо працює з джерелом випромінювання. В діапазоні промислових частот більше негативний вплив на біологічний об'єкт має електрична складова поля.

Найчутливішими до ЕМП є нейродинамічні процеси, які прямо чи побічно перемикають хронобіологічні процеси організму на патологічний або стресовий режим функціонування. При дії ЕМП на людину можливі гострі та хронічні форми порушення фізіологічних функцій організму. Такі порушення виникають в результаті дії електричної складової ЕМП на нервову систему, а також на структуру кори головного та спинного мозку, серцево-судинної системи [4].

У більшості випадків такі зміни в діяльності нервової та серцево-судинної системи мають зворотній характер, але в результаті тривалої дії вони накопичуються, підсилюються з плином часу, але, як правило, зменшуються та зникають при виключенні впливу та поліпшенні умов праці. Тривалий та інтенсивний вплив ЕМП призводить до стійких порушень в організмі людини та захворювань [5].

В умовах високого рівня цифрового навантаження студентської молоді під час дистанційного та змішаного навчання [6] постає питання вивчення

кумулятивної дози ЕМП, що отримують здобувачі освіти під час освітнього процесу. При цьому виникає нагальна необхідність комплексної оцінки імовірної дози ЕМП при використанні різних можливих пристроїв, через які практикують вихід в мережу Інтернет здобувачі освіти при роботі як на он-лайн платформах відеозв'язку (лекційні і семінарські заняття), так і при роботі з електронними носіями інформації (самостійна робота студента, практичні заняття).

Висновок. В сучасних умовах високого рівня цифрового навантаження сучасної молоді, що навчається, необхідна розробка організаційних заходів в реалізації навчального процесу в дистанційному і змішаному режимі. Дані заходи повинні бути направлені на зменшення негативного впливу ЕМП на організм молоді.

#### Список літератури

1. Даценко І.І., Габович Р.Д. Профілактична медицина. Загальна гігієна з основами екології. *Навч. посібник*. К.: Здоров'я, 1999. С. 6-27.
2. Державні санітарні норми та правила захисту населення від впливу електромагнітного випромінювання. ДСП-239-96: Наказ МОЗ від 01.08.1996 р. №239. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0488-96>
3. Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-ХІІ URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
4. Михайлова, Е. А., Локошко, Д. В., Проскуріна, Т. Ю. Роль факторів навколишнього середовища в формуванні порушень психічного здоров'я у дітей. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: *Нові рішення у сучасних технологіях*, 2010. 1(46), 146–150.
5. Прибилова В.М. Неприятливі фактори навколишнього середовища та оцінка ризику здоров'я населення. *Вісник Харківського національного університету*, 2015 № 864. С.221-224.
6. Лепканич А.О., Миронюк І.С. Особливості та структура залученості до мережі Інтернет студентської молоді різних курсів навчання в умовах карантинних обмежень». *Україна. Здоров'я нації*. 2022. N2 (68) С. 12-16.

## **КОМУНІКАЦІЙНІ КАМПАНІЇ, СПРЯМОВАНІ НА ВРАЗЛИВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ В СИСТЕМІ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

**Іван Миронюк,**

*доктор медичних наук, професор,  
проректор з наукової роботи*

**Святослав Лінніков,**

*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*

Вступ. Наслідки впливу ризикованих факторів для здоров'я у випадку вразливих груп населення суттєво залежать від ефективності інформування про них. Стратегічне планування таких інформаційних кампаній має повністю враховувати, як життєві обставини, культурні цінності та самооцінка своїх ризиків представниками цих груп населення впливають на поведінку під час надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я. Обмежена можливість отримати якісну медичну допомогу, отримати її вчасно та в повному обсязі через перевантаженість медичної системи, поставила під загрозу велику кількість населення пі час останньої пандемії корона вірусної хвороби. Ігнорування наявних комунікаційних прогалин для вразливих груп населення, може призвести до зростання рівня шкоди здоров'ю суспільства.

Матеріали та методи. В ході проведеного дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації інформаційних кампаній у сфері промоції здоров'я..

Результати. Ефективні стратегії для інформування про ризики для здоров'я мають важливе значення для захисту громадського здоров'я. Зменшення негативних наслідків значною мірою залежить від співпраці з різними зацікавленими організаціями, органами влади та іншими стейкхолдерами [1].

Комунікація має інструктувати, інформувати та мотивувати відповідну поведінку захисту власного здоров'я, регулярно оновлювати інформацію про можливі ризики, формувати довіру в суспільстві, розвінчувати «міфи». Варто враховувати, що реакція на інформацію про ризики залежить від психологічних, соціальних, культурних, медичних та соціально-економічних факторів, які значною мірою впливають на те, як люди інтерпретують

повідомлення про ризики для здоров'я, а також на їх готовність і здатність діяти своєчасно [2].

Гарно спланована інформаційно-комунікаційна кампанія створює спроможність реагування на виклики в суспільстві, заохочує до партнерської співпраці, підсилює бажання проводити профілактичну діяльність [3].

Комунікаційні кампанії можуть підготувати громадськість до адаптації в мінливих обставинах або умовах невизначеності під час пандемій або інших непередбачуваних загроз, навчати планувальників в сфері громадського здоров'я використовувати існуючі ресурси, створювати діалог між потенційно враженим населенням і особами, що управляють ризиками, а також сприяти атмосфері взаємної довіри.

Відповідь на ризик може вимагати мінімальних дій, наприклад, частішого миття рук, або ж навпаки - великих обмежень, наприклад: карантин і закриття шкіл і громадських установ. В таких випадках комунікація має пояснити необхідність таких болючих заходів, та сприяти їх дотриманню.

Суспільна реакція залежить від задоволення конкретних інформаційних запитів населення. Особливо серед найбільш вразливих до ризиків груп населення, які частіше всього відчують прогалини у спілкуванні, мають брак доступу до інформації [4]. Хоча не існує єдиного загальноприйнятого визначення вразливих груп населення, з точки зору громадського здоров'я вразливість можна визначити просто як підвищений потенціал суттєвих негативних наслідків для здоров'я у випадку настання небезпечної ситуації, включаючи зниження спроможності ефективно реагувати, мати доступ до профілактичних заходів, отримувати лікування та реабілітацію. Вразливість може стосуватися окремих осіб, груп, спільнот або місць і може бути результатом багатьох факторів. Відмінності в стані здоров'я, відмінності в доступі до лікування, умови життя, медична грамотність, мова, імміграційний статус, сприйняття ризику та впевненість у здатності уряду реагувати можуть посилити ризики для окремих груп населення [5].

Варто враховувати, що в різний час різні групи населення можуть потрапляти у групу вразливих. Так, раніше в Україні до вразливих груп населення відносили літніх людей, людей з низькими статками чи без власного житла, людей з інвалідністю, представників окремих етнічних спільнот. Наразі ситуація змінилася: від початку повномасштабного вторгнення росії до України 24 лютого 2022 року за даними ООН 18 мільйонів українців потребують гуманітарної допомоги та захисту [6].

Досвід, отриманий з нещодавніх криз у сфері охорони здоров'я, зокрема пандемії COVID-19, свідчать про те, що невідповідна комунікація та недостатнє планування можуть значною мірою зашкодити реагуванню на виклики. Кілька помилок можуть спровокувати втрату довіри до здатності впоратися з серйозними загрозами громадському здоров'ю, що призведе до несподіваних і дуже небажаних результатів для вразливих груп населення.

Варто пам'ятати, що хороша комунікаційна практика не в змозі виправити прогалини допущені при плануванні кампанії через неправильні уявлення про вразливі групи населення, наприклад, що вони є однорідною групою, отримують спрямовані на них повідомлення, розуміють вірогідність загрози, мають здатність чи бажання змінювати поведінку. Однак навіть найкращі стратегії можуть бути неефективними через неадекватне інформування про ризики для здоров'я або неспроможність інтегрувати комунікаційну перспективу та залучати громади на кожному етапі планування, реагування та відновлення [7].

Розробка та планування комунікаційних кампаній в сфері громадського здоров'я має важливі особливості, що відрізняє її від комунікації в інших сферах. Деякі комунікаційні підходи припускають, що ефективні повідомлення можна чітко визначити заздалегідь, а потім чітко транслювати їх різним аудиторіям. Однак в сфері громадського здоров'я нерідко необхідно робити зміни в деяких попередніх повідомленнях, щоб прояснити невизначеність, змінити очікування громадськості, адаптуватися до несподіваних подій і переконати людей співпрацювати, незважаючи на певну невизначеність. Так, комунікація щодо наявності, розповсюдження та ефективності вакцин або методів лікування, як і рекомендовані заходи самозахисту, можуть потребувати багаторазових виправлень, повторів і модифікацій. Наприклад на початку пандемії COVID-19 через брак розуміння особливостей розвитку пандемії, швидкості винайдення вакцин, не було чіткого розуміння про доцільність різних методів профілактики, етапності проведення щеплень, або потреби в ревакцинації в майбутньому.

Висновок: Через динамічний характер появи та розвитку загроз здоров'ю розробка та впровадження інформаційно-комунікаційних кампаній не може розвиватися строго лінійно, буде адаптуватися протягом тривалого періоду або кількома хвилями. Особливо важливим є плануванні комунікаційних стратегій, які зможуть досягнути представників вразливих категорій населення. Під час розробки таких кампаній необхідно залучати партнерів, формувати фокус групи

з числа представників окремих вразливих груп, ретельно проводити оцінку поточного стану впровадження кампанії та її результатів.

#### Список літератури

1. Курбан О.В. Соціальна реклама: держзамовлення, ринок маркетингових комунікацій чи сфера громадської відповідальності суспільства. Київ: Дзеркало тижня. 2007. №16. 26 с.
2. Мироненко В. В. Вимірювання ефективності PR-діяльності: варіативність критеріїв та підходів. Дніпро: Communications and Communicative Technologies. 2020. Вип. 20.107 с.
3. Baruk A. I., Grzegorz W. The effect of using social media in the modern marketing communication on the shaping an external employer's image. Energies 2021. P. 4177.
4. Calderon G., Daniel M., Maria L. Digital practices across the UK population: The influence of socio-economic and techno-social variables in the use of the Internet. European Journal of Communication 37.3. 2022. P. 284-311.
5. Dhami, M. Towards an evidence-based approach to communicating uncertainty in intelligence analysis. Intell. Natl. Secur. 2018, P. 257–272.
6. Електроний ресурс UNOCHA: <https://www.unocha.org/ukraine>
7. Hannington, T. How to measure and manage your corporate reputation. Routledge: book/ T. Hannington. London 2016. P 213-233.

### **МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНOSTI СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Юрій Козар,**

*д.ю.н., професор, магістр громадського здоров'я*

Центральним елементом будь-якої системи охорони здоров'я є пацієнт. При цьому необхідно зазначити, що в сучасних умовах, коли відбувається удосконалення шляхів надання медичних послуг і формування системи, яка забезпечує пацієнтів різноманітними ефективними видами медичної допомоги, але внаслідок бурної технологізації, високої корпоратизації та комерціалізації

системи медичної допомоги пацієнти поступово були витіснені з центру системи на периферію, що привело до того, що пацієнт із мети діяльності перетворився в засіб [1,2]. У сучасних умовах управління закладами охорони здоров'я здійснюється за законами класичного менеджменту і є «ринково орієнтованим». З іншого боку, з розвитком приватних закладів охорони здоров'я зростає конкуренція між ними [3]. В цих умовах ефективним є менеджмент, який спрямований на максимальне задоволення потреб пацієнтів, так званий «пацієнтоорієнтований менеджмент». Такий менеджмент є запорукою успішного розвитку закладів охорони здоров'я, в якому питання якості медичних послуг та цінової політики є збалансованими і відповідають очікуванням населення [4].

Необхідно зазначити на важливість даного питання в умовах реформування системи охорони здоров'я України із запровадження гарантованої медичної допомоги населенню [5] та формування госпітальних округів [6]. При цьому Україна має певний досвід формування пацієнтоорієнтованої системи надання медичної допомоги населенню [7,8]. Національні підходи до формування пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я в Україні мають базуватися на міжнародних. Міжнародний альянс організацій пацієнтів з 2004 р. проводить значну роботу з прийняття в Європейському Союзі концепції системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів. Європейська Хартія пацієнтів була прийнята в 2002 р. [9].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати міжнародний досвід формування пацієнтоорієнтованої системи медичної допомоги.

Матеріали та методи. *Методи:* бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу, системного підходу. *Матеріали:* міжнародні документи з питань формування пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я та законодавчі акти України з питань реформи охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2003 р. ВООЗ вказала на те, що для організації системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів, необхідно:

- будувати партнерство між лікарем і пацієнтом під час лікування;
- сфокусуватися на потребах і пріоритетах пацієнта;
- використовувати п'ять принципів: оцінити, порекомендувати; узгодити, надати допомогу, усунути проблему;
- надавати пацієнту інформацію про хворобу та самообслуговування;

- залучати пацієнта як експерта нарівні з персоналом закладу охорони здоров'я;

забезпечувати зв'язок і підтримку громади та сім'ї;

- використовувати письмову інформацію – реєстри, лікувальні карти, плани лікування та інші матеріали для інформування, рекомендацій та нагадувань;

- працювати разом як клінічна команда;

- забезпечувати подовження медичного догляду.

При цьому міжнародний досвід свідчить, що система охорони здоров'я, орієнтована на пацієнта, визначає цей шлях для перетворень як найбільш вигідний у плані вирішення потреб населення в медичній допомозі, які постійно зростають і не можуть ефективно вирішуватися без участі громадськості.

Міжнародний альянс організацій пацієнтів визначив загальні принципи, використання яких дасть змогу досягнути консенсусу пріоритетів в організації медичної допомоги. Міжнародний альянс організацій пацієнтів визначив загальні принципи, використання яких дасть змогу досягнути консенсусу пріоритетів в організації медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів. Вони полягають у наступному:

*Повага.* Повага особистості пацієнта та його бажань, преваг, цінностей і потреб є центральною в системі медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів.

*Залучення.* Персональне залучення громадян і пацієнтів до різних аспектів надання медичної допомоги, починаючи з рівня вибору і до рівня прийняття рішень з управління медичною допомогою на рівноправних взаєминах з професіоналами охорони здоров'я.

*Доступ та підтримка.* Пацієнти мають отримувати медичну допомогу відповідно до стану їхнього здоров'я. Це включає доступ до сучасних діагностичних і лікувальних технологій, медикаментів, профілактичних заходів і заходів з активної підтримки здоров'я. Медичні послуги мають бути відповідної якості, а пацієнти забезпечені механізмами їх вибору.

*Інформація.* Громадяни та пацієнти мають отримувати своєчасну повну інформацію, яка дасть їм змогу приймати поінформоване рішення та здійснювати ефективні дії, скеровані на поліпшення власного здоров'я. Інформація має бути як загальною, так і скерованою на конкретного пацієнта відповідно до стану його здоров'я. Вона має бути представленою у відповідній



формі з урахуванням інтелектуальних здібностей, фізичних можливостей, культурних цінностей та знання мови пацієнтом.

*Повноваження.* Громадяни та пацієнти мають отримувати в системі охорони здоров'я повноваження, які дадуть їм змогу бути (наскільки це можливо) незалежними у своїх рішеннях. У цих питаннях організації пацієнти мають бути визнаними та підтриманими. При цьому всі заінтересовані сторони мають розуміти, що залучення до процесу прийняття в охороні здоров'я рішень пацієнтів та їх організацій є важливим фактором того, що політика і практика охорони здоров'я будуть адресовані на потреби пацієнтів. Розвиток системи охорони здоров'я спільно з пацієнтами дасть змогу поліпшити результати діяльності системи охорони здоров'я та задоволеність пацієнтів.

В умовах реформування системи охорони здоров'я України підходи, з точки зору формування пацієнтоорієнтованої медичної допомоги, мають полягати у наступному:

- орієнтація на законодавчу базу країни із питання охорони здоров'я, залучення органів місцевого самоврядування фокусування діяльності системи охорони здоров'я на потреби пацієнтів;
- організація медичної допомоги на повазі людської гідності та виключення будь-яких форм дискримінації;
- впровадження та дотримання міжнародного кодексу етичних норм;
- запровадження ефективної системи забезпечення якості медичної допомоги та її контролю;
- залучення громадян та їх організацій до процесу управління і розвитку системи медичної допомоги на всіх рівнях управління;
- створення можливості практичної взаємодії між надавачами медичних послуг та їх отримувачами;
- інформування пацієнтів про свої права, можливості та характеристику медичних послуг, захист персоніфікованих даних;
- реальне право пацієнтів на самовизначення та вільного вибору місця отримання медичної допомоги і лікуючого лікаря;
- доступність громади до якісної інформації про діяльність лікарів, закладів охорони здоров'я та системи охорони здоров'я в цілому.

Для створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнтів, необхідні підтримка та співробітництво політиків, управлінців, виробників медичних послуг, науковців, населення в осмисленні вказаних принципів і дій, спрямованих на політику, економіку, структуру та освіту в охороні здоров'я, а

також зміни позицій усіх її учасників із тим, щоб зробити систему охорони здоров'я в країні пацієнтоорієнтованою.

Висновки. Представлено міжнародні підходи з формування пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я, використання яких у ході реформування системи охорони здоров'я України у відповідності до законодавства країни є важливим з точки зору підвищення її ефективності та забезпечення задоволеності населення.

#### Список літератури

1. Тульчинский Т. Х. Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку / Т. Х. Тульчинский, Е. А. Варавикова. Иерусалим, 1999. 1049 с.

2. Україна крізь призму Європейської Хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. К. : Вид-во ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. 158 с.

3. Бугорков И. В. Изучение проблемы конкурентоспособности медицинских организаций на рынке стоматологических услуг. Europäische Fachhochschule. European applied sciences. 2012. № 1. P. 74–76.

4. Бугорков І. В. Клінічний менеджмент у системі державних стоматологічних установ. Університетська клініка. 2009. Т. 5, № 1–2. С. 111–112.

5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: [http://search.liga.zakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.liga.zakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html)

6. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України 1 липня 2022 року № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>

7. Підтримка ВООЗ у сфері розвитку системи охорони здоров'я в Україні 2016-2019. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2019. 21 с.

8. Пацієнт-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці: зб. робіт сучасн. конференції з міжнар. участю, м. Київ, 4-5 грудня 2018 р. / за редакцією Л. Ф. Матюха, Л. В. Хіміон, О. К. Толстанов. Бровари : АНФ Груп, 2018. 180 с.

9. Active Citizenship network (ACN) – European Charter of Patients' Rights – Brussels 2002 [Electronic resource]. Access mode : <http://www.activecitizenship.net/content/view/283/165>. Title from screen.

## **ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ НАЦІОНАЛЬНОЇ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ МОЛОДІ В УКРАЇНІ**

**Олена Корольчук,**

*кандидат наук з державного управління,*

*доцент кафедри наук про здоров'я*

Загально визнано сьогодні, що культура, її розвиток - є вагомим фактором - предиктором формування та розвитку резильєнтності націй, країн та людства, особливо за умов посилення нестабільності, зростання дестабілізаторів і стресорів - природніх та антропогенних - їх масштабування, збільшення різновидів, взаємовпливів та непрогнозованість наслідків тощо. Проблематика формування культури резильєнтності часто зустрічається у сучасних дослідженнях, наукових доповідях, публічних виступах науковців, практиків та теоретиків. Основними завданнями для вирішення є, наприклад, як зробити культуру основою розвитку резильєнтності та яким чином резильєнтність, створюючи нові можливості, може забезпечити сприяння розвитку культури, збагачувати суспільство, людський капітал. Вже було доведено, що між середовищем та культурою є двобічні зв'язки, коли культура впливає на середовище, а середовище - на культуру, так само, як людина впливає а культуру, а культура - на людину.

Молодь є ключовим чинником перспективних змін розвитку резильєнтності та сталого відновлення, сталого миру; важливою складовою сучасного українського суспільства, носієм інтелектуального, репродуктивного, трудового та ін. потенціалів, визначальним фактором соціально-економічного прогресу, ресурсом здоров'я нації.

Мета роботи: проаналізувати наукові джерела щодо актуальності розвитку культури національної резильєнтності в Україні, як предиктору громадського здоров'я.

Матеріали і методи. В ході проведеного дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід.

Результати. Проведений аналіз наукових джерел дає можливість говорити, що дослідження даної тематики є актуальним. Війна, що триває в Україні, призвела до значних людських втрат, безпрецедентного переміщення всередині країни та до сусідніх країн, а також руйнування інфраструктури, негативно

позначившись на стані громадського здоров'я в Україні. За даними Міністерства молоді та спорту України, внаслідок війни постраждало 40% молоді в Україні: понад два мільйони стали внутрішньо переміщеними особами, стільки ж - були змушені тікати за кордон. Водночас, з початку повномасштабної війни, українська молодь бере активну участь у реагуванні та боротьбі. Криза та переміщення створюють для них підвищений ризик, провокуючи численні проблеми, включаючи проблеми із здоров'ям.

Теорія резильєнтності є трансдисциплінарною, має високий когнітивний потенціал у різних галузях. Концепція культури резильєнтності висвітлює багато важливих аспектів поведінки людини [1].

Резильєнтність є багаторівневою компетенцією, одним з адаптивних інструментів феномену людина; емпіричні дослідження її переважно - про виявлення психосоціальних детермінант, міждисциплінарні - для покращання розуміння основних процесів, механізмів та інструментів її впровадження. У таких дослідженнях розглядають психологічні, біологічні та еколого-контекстні процеси, що формують шляхи до резильєнтності [2]. Розуміння культури резильєнтності містить думку, що люди та громади можуть вирішувати і долати негаразди не лише на основі індивідуальних особливостей, а й на підтримці більших соціокультурних факторів. Культурно-орієнтована резильєнтність стверджує, що адаптація до негараздів - це динамічний, а не статичний процес, що включає також риси характеру, культурний бекграунд людини, цінності та підтримуючі аспекти соціокультурного середовища (тобто, стосунки з людьми тощо) [2]. Тому питання формування культури національної резильєнтності, особливо серед молоді, є важливим та актуальним завданням сьогодення в Україні. Так, вже є декілька підходів і пояснень щодо складових і заходів, що формують та покращують резильєнтність.

Досліджуючи молодь було обґрунтовано підґрунтя розуміння резильєнтності: 1) резильєнтності сприяють глобальні, культурні та контекстно-специфічні аспекти життя; 2) аспекти резильєнтності впливають на життя в залежності від конкретної культури та контексту; 3) аспекти життя, що покращують резильєнтність, пов'язані один з одним у моделях культури [4;5].

Культура резильєнтності вирішує, як культурний бекграунд (вихована культура, культурні цінності, мова, звичаї, норми) допомагає людям та громадам долати негаразди та зберігати здоров'я. Культура резильєнтності розглядає те, як культурне походження (тобто культура, культурні цінності, мова, звичаї, норми) допомагає окремим особам і громадам долати труднощі та

припускає, що окремі особи та спільноти можуть справлятися з труднощами та долати їх й за підтримки соціокультурних факторів.

Варто зазначити, що були проведені низка досліджень, що визначили внутрішні та зовнішні якості особистості, які допомагають долати або пережити складні життєві події [6], було визначено перелік якостей та захисних умов, які «є буфером перед обличчям життєвих негараздів» [7]. Серед них: здатність сприймати і інтегрувати різний досвід у позитивному чи конструктивному ключі, застосування проактивних підходів до вирішення проблем, позитивність і добродушність, гумор та репресивний копінг (Bonanno, 2004; В. Fredricson та інші, 2000); ефективність когнітивних стратегій регулювання емоцій: планування, позитивна переоцінка подій, свідоме пригнічення негативних емоцій, уникнення румінації (Cohn, Fredricson, Brown, 2009; Tugade, Fredricson, 2004), оптимізм (Peterson, 2000), віра (Mayers, 2000), мудрість (Baltes, Staudinger, 2000), сила духу, позитивні якості (McCullough, Synder, 2000). Важливо, що виявлені результати щодо механізмів-основ резильєнтності мають важливе практичне значення, у т.ч. для розробки психотехнологій розвитку резильєнтності та відновлення після складних життєвих подій (G. Richardson, 2002) [8].

Сьогодні є вже пропозиції щодо цілеспрямованого формування культури резильєнтності молоді, як наприклад, певного колективного набору поведінки, адже культурна зміна – це масштабна зміна поведінки. До елементів такої поведінки відносять, наприклад: саморуїнуння (як постійний пошук шляхів вдосконалення та продуманих нових рівнів продуктивності), розвинувши передбачливість, енергійність, почуття мети, прискорення інновацій, партнерство та довіру; 2. інклюзивне мислення, психологічна безпеку, емоційну стійкість, самовпевненість, гнучкість, допитливість та автентичність (для можливостей створювати середовища розвитку і кращої адаптованості); 3. зміна відношення до змін (визнавши їх простим рухом вперед) розвиваючи віру, уяву майбутнього на основі чітких цінностей перспективного розвитку.

Наступних досліджень потребують питання щодо визначення особистісних та поведінкових рис формування культури національної резильєнтності в Україні та розробки заходів і програм її розвитку.

Висновки. Війна з РФ має значний негативний вплив на стан громадського здоров'я в Україні. Важливо формувати цілеспрямовано культуру резильєнтності неації, головним носієм якої є саме молодь, з метою збереження

і покращання здоров'я, забезпечення якісного потенціалі та перспективного розвитку України та нації.

### Список літератури

1. Smyntyna O. 2016. Cultural resilience theory as an instrument of modelling human response to global climate change. A case study in the North-Western Black Sea region on the Pleistocene-Holocene boundary. *Riparia* 2: 1-20 Google Scholar.

2. Cicchetti D, Blender J. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions // *Annals of N. Y. Academy Science*. – 2006. – Pp. 248 – 258. DOI: 10.1196/annals.1376.029

[http://www.cdc.udp.cl/file.php/1/unidad\\_3/multilevel\\_analysis.pdf](http://www.cdc.udp.cl/file.php/1/unidad_3/multilevel_analysis.pdf)

3. Clauss-Ehlers C.S. (2010) Cultural Resilience. In: Clauss-Ehlers C.S. (eds) *Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology*. Springer, Boston, MA. DOI <https://doi.org/10.1007/978-0-387-71799-9>

4. Корольчук, О. (2020). До питань актуальності вивчення культури резильєнтності в рамках дослідження формування національної резильєнтності в Україні. *InterConf*, (13). вилучено із <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/interconf/article/view/1789>

5. *Resilience across Cultures Handbook for working with children and youth* / edited by Michael Ungar. [https://www.researchgate.net/publication/30949809\\_Resilience\\_across\\_Cultures](https://www.researchgate.net/publication/30949809_Resilience_across_Cultures).

6. Richardson G. E., Neiger B., Jensen S., Kumpfer K. The resiliency model // *Health Education*. – 1990. – N. 21. – pp. 33- 39.; Richardson G. The metatheory of resilience and resiliency / Glenn E. Richardson // *Journal of clinical Psychology*. – 2002. – Vol. 58 (3). – pp. 307-321. – DOI 10.1002 / jclp. 20020

7. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis / Kristin Whitehill Bolton. — University of Texas at Arlington, 2013. – 118 p.

8. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень / Г. П. Лазос // *Актуальні проблеми психології*. Том 3.: Консультативна психологія і психотерапія. – Вип. 14. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; – Вінниця, ФОП Рогальська І. О., 2018. – Вип. 14. – С. 26 – 64.

## ЄДИНІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В НАЦІОНАЛЬНОМУ КЛАСИФІКАТОРІ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ

**Геннадій Слабкий,**  
*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*  
**Іван Фейса,**  
*асистент кафедри громадського здоров'я*  
**Ростислав Картавцев,**  
*Генеральний директор  
Державне українське об'єднання «Політехмед»  
м. Київ, Україна*

Вступ. В Україні затверджено та впроваджується перший національний “Класифікатор медичних виробів” [1] в редакції НК 024:2022, який розроблено на базі діючих Технічних регламентів щодо медичних виробів, які діяли в країні [2-4] у відповідності до загальновизнаних міжнародних підходів з метою забезпечення уніфікації технічної, економічної інформації і ідентифікації медичних виробів.

Мета роботи: визначити термінологічні підходи, які застосовуються в Національному класифікаторі медичних виробів, як засіб єдиного міжнародного на національного тлумачення основних тлумачень в сфері забезпечення медичними виробами.

Матеріали та методи. *Матеріали дослідження:* Класифікатор медичних виробів (НК 024:2022) та Технічні регламенти щодо медичних виробів, які затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів». *Методи дослідження:* метод контент-аналізу та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. В ході проведеного дослідження встановлено, що частина єдиних термінів на національному рівні, які використовується в сфері забезпечення медичними виробами визначена Класифікатором медичних виробів, а більш розширена частина термінів визначена Технічним регламентом. Приводимо дані терміни і їх значення.

Терміни та їх значення, що вживаються в Класифікаторі медичних виробів:

*Медичний виріб* – будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, що застосовуються як окремо, так і в поєднанні між собою (включаючи програмне забезпечення, передбачене виробником для застосування спеціально для діагностичних та/або терапевтичних цілей та необхідне для належного функціонування медичного виробу), призначені виробником для застосування з метою забезпечення діагностики, профілактики, моніторингу, лікування або полегшення перебігу хвороби пацієнта в разі захворювання, діагностики, моніторингу, лікування, полегшення стану пацієнта в разі травми чи інвалідності або їх компенсації, дослідження, заміни, видозмінювання або підтримування анатомії чи фізіологічного процесу, контролю процесу запліднення та основна передбачувана дія яких в організмі або на організм людини не досягається за допомогою фармакологічних, імунологічних або метаболічних засобів, але функціонуванню яких такі засоби можуть сприяти.

*Медичний виріб для діагностики in vitro* – медичний виріб, зокрема реагент, калібратор, контрольний матеріал, набір, інструмент, апаратура, б обладнання або система, що застосовуються як окремо, так і в поєднанні між собою і що призначені виробником для застосування in vitro для дослідження зразків, зокрема зразків крові і тканин, отриманих з організму людини виключно (або з основною метою) для одержання інформації стосовно фізіологічного або патологічного стану, вродженої аномалії, для визначення безпеки і сумісності з потенціальними реципієнтами та для моніторингу терапевтичних заходів.

*Активний медичний виріб, який імплантують* – активний медичний виріб, призначений для повного або часткового введення в тіло пацієнта хірургічним чи іншим медичним шляхом або через природний отвір, що повинен залишатися в тілі після закінчення процедури введення.

*Медичний виріб одноразового використання* – медичний виріб, призначений для застосування тільки один раз тільки для одного пацієнта.

*Терміни та їх значення, що вживаються Технічному регламенті:*

*Введення в експлуатацію* - готовність медичного виробу до першого застосування за призначенням кінцевим користувачем та/або споживачем.

*Введення в обіг* - перша поява медичного виробу, крім медичних виробів, призначених для клінічних досліджень або оцінки характеристик, на ринку України з метою розповсюдження та/або застосування за призначенням незалежно від того, чи є цей медичний виріб новим чи повністю відновленим.



*Медичний виріб, виготовлений на замовлення* - будь-який медичний виріб, спеціально виготовлений за письмовим приписом лікаря або особи, що має відповідний рівень професійної кваліфікації, що визначає специфічні конструкційні характеристики цього медичного виробу, призначеного тільки для конкретного споживача.

*Медичний виріб серійного виробництва*, зміна характеристик якого здійснюється для задоволення індивідуальних потреб особи, що займається медичною практикою, або будь-якого іншого професійного користувача, не є медичним виробом, виготовленим на замовлення.

*Виробник* - юридична особа або фізична особа - підприємець, що відповідає за розроблення, виготовлення, пакування і маркування медичного виробу перед введенням його в обіг під власною назвою незалежно від того, чи вчиняються зазначені дії такою особою або іншою особою, уповноваженою діяти від її імені.

*Допоміжний засіб* - виріб, що не є медичним виробом, але призначений виробником спеціально для застосування разом з медичним виробом для належного використання такого виробу за призначенням;

*Загальна група медичних виробів* - група медичних виробів, які мають однакову або схожі сфери застосування чи характеризуються подібністю технологій;

*Застосування за призначенням* - застосування медичного виробу відповідно до цілей, зазначених виробником у його маркуванні та/або інструкції із застосування;

*Клінічні дані* - дані про безпеку та/або експлуатаційні характеристики медичного виробу, які виявляються під час його використання за призначенням. Джерелом клінічних даних є:

- клінічне дослідження/клінічні дослідження відповідного виробу;
- клінічне дослідження/клінічні дослідження або інші дослідження, що стосуються подібного виробу, для якого може бути підтверджена еквівалентність із цим виробом, і результати яких опубліковані в науковій літературі;
- опубліковані та/або неопубліковані звіти про інший клінічний досвід, що стосується цього або подібного виробу, для якого може бути підтверджена еквівалентність із цим виробом.

*Медичний виріб, призначений для клінічних досліджень* - медичний виріб (крім медичних виробів для діагностики *in vitro*), призначений для

використання медичним працівником, який має відповідну кваліфікацію, під час проведення клінічних досліджень.

*Медичний виріб одноразового використання* - медичний виріб, призначений для застосування тільки один раз і тільки для одного пацієнта;

*Підкатегорія медичних виробів* - група медичних виробів, що мають однакову сферу застосування за призначенням або характеризуються спільною технологією;

*Уповноважений представник* - будь-яка юридична особа або фізична особа - підприємець, що є резидентом України або зареєстрована відповідно до законодавства України, представництво іноземного суб'єкта господарювання, що має належним чином підтвержені повноваження від виробника вчиняти юридичні дії від його імені стосовно обов'язків виробника, встановлених Технічним регламентом.

Необхідно зазначити, що в Україні на законодавчому рівні для цілей Технічного регламенту медичних виробів термін “національні стандарти” вживається у значенні, наведеному в Законі України “Про стандартизацію”, термін “користувач” - у значенні, наведеному в Законі України “Про загальну безпечність нехарчової продукції”, терміни “орган з оцінки відповідності”, “ризик”, “технічний регламент” - у значенні, наведеному в Законі України “Про технічні регламенти та оцінку відповідності”, термін “лікарські засоби” - у значенні, наведеному в Законі України “Про лікарські засоби”.

Висновки. В сфері застосування в Україні медичних виробів Національним класифікатором медичних виробів та Технічним регламентом технічних виробів затвердженні єдині Терміни та їх значення базуючись на міжнародних методичних підходах. Їх застосування дозволяє забезпечити уніфіковані термінологічні підходи в процесі реєстрації та застосування медичних виробів в країні.

#### Список літератури

1. Про затвердження національного класифікатора НК 24:2019 «Класифікатор медичних виробів». Наказ Мінекономрозвитку України від 05.02.2019 №159. Режим доступу: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=17537>. Назва з екрану.
2. Технічний регламент щодо медичних виробів. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text>. Назва з екрану.

3. Технічний регламент щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 754. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npras/246787748>. Назва з екрану.

4. Технічний регламент щодо активних медичних виробів, які імплантують. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 755. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text>. Назва з екрану.

## **ВПЛИВ ВІЙНИ З РФ НА СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ**

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

**Вікторія Миронюк,**

*аспірант за спеціальністю 22 Медицина*

**Вікторія Чіркак,**

*магістр громадського здоров'я*

Вступ. Збройні конфлікти та пов'язані з ними примусове переміщення людей та безробіття призводять до психосоціального виснаження та високого рівня розладів психіки і поведінки у населення, яке постраждало внаслідок воєнного конфлікту [1,2].

В умовах війни України із рф відмічається зростання тягаря внаслідок у населення розладів психіки і поведінки [3,4]. При цьому умови кожної війни призводять і до значного зростання вживання психоактивних речовин [ 5,6].

Негативним наслідком війни є розвиток посттравматичних стресових розладів. При цьому вагомий внесок у високі показники посттравматичних стресових розладів роблять неодноразова кількість вимушеної зміни місця проживання та страждання від різноманітних звуків війни [7,8].

Розлади психіки займають особливе місце при воєнних діях так як вони одночасно виникають у значної кількості людей. Необхідно зазначити, що значна кількість людей перебуває у постійному стані тривоги за себе, своїх дітей та родичів, що негативно впливає на стан їх психічного здоров'я [9,10].

Мета. Дослідити вплив війни з рф на стан психічного здоров'я населення Закарпаття та визначити місце громадського здоров'я в його збереженні.

Матеріали та методи. *Матеріали дослідження:* дані наукових інформаційних джерел та результати соціологічного дослідження, яким охоплено 50 респондентів. В ході проведення дослідження було забезпечено збереження конфіденційності інформації про респондентів. Участь у дослідженні була добровільною. *Методи дослідження:* біблеосемантичний, соціологічний, медико-статистичний та структурно-логічного аналізу.

Результати. В табл. наведено результати соціологічного дослідження щодо впливу війни з РФ на стан психічного здоров'я опитаних.

*Таблиця*

Вплив війни з РФ на стан психічного здоров'я населення

Характеристика	абс	%
Часте безсоння	41	82,0
Високий рівень дратівливості	40	80,0
Високий рівень агресії	15	30,0
Високий рівень неоясненої тривоги	19	38,0
Не бажання спілкуватися, навіть з близькими людьми	21	42,0
Постійна апатія	34	68,0
Страх телефонних зв'язків	22	44,0
Постійний страх втратити житло	8	16,0
Постійний страх втрати роботи (особи працездатного віку)	12	24,0
Постійний страх за життя близьких людей	38	76,0
Постійний страх за особисте життя	32	46,3
Страх можливого голоду	23	46,0
Невпевненість в найближчому майбутньому	33	66,0
Байдужість до свого зовнішнього вигляду	27	54,0
Відчуття повної зневіри	19	38,0
Не бажання жити	17	34,0
Підвищене бажання приймати алкогольні напої	29	58,0
Бажання постійно приймати заспокійливі засоби	36	72,0

Проведений аналіз наведених в табл. даних соціологічного дослідження вказує на високий рівень негативного впливу війни на стан психічного здоров'я опитаного населення. Основним із них є життя в постійному страсі. Це призводить до ментального виснаження та втрати віри в майбутнє комфортне життя. Результатом ментального виснаження є виский рівень підвищеного бажання приймати алкогольні напої (58,0%) та саморуйнівної поведінки (34,0%).

Концептуально задача системи громадського здоров'я полягає в забезпеченні населення, особливо вразлив груп, психологічною підтримкою,

яку воно може отримати в плановому порядку та цілодобово в критичних станах.

Висновки. Війна з РФ негативно впливає на стан психічного здоров'я населення Закарпаття, що призводить до його ментального виснаження і потребує створення в рамках системи громадського здоров'я ефективної доступної цілодобової психологічної підтримки.

#### Список літератури

1. Roberts B., Fuhr D.C. (2019) Scaling up mental health interventions in conflict zones. *The Lancet Public Health*, 4(10): e489–e490.

2. Pinchuk I.Ia., Tabachnikov S.I., Chaban O.S. (2015) Diahnostyka ta korektsiia psykhofiziologichnykh ta psykhichnykh porushen zdorovia v pisliastresovyi period. *Ukr. NDI sots. i sud. psykhiiatrii ta narkolohii MOZ Ukrainy*, DP Ukr. NDI medytsyny transp. M-va okhorony zdorovia Ukrainy. Odesa, Feniks, 109s.

3. Türközer H.B., Öngür D. (2020) A projection for psychiatry in the post-COVID-19era: potential trends, challenges, and directions. *Mol. Psychiatry*, 25(10): 2214–2219.

4. Demianenko B.L., Demianenko V.M. (2020) Sotsialno-stresovi rozlady u konteksti natsionalnoi bezpeky Ukrainy. Dombrovska Ya.M.; Br. DU

5. Bainbridge J., Carrizales T. (2017) Global homelessness in a post-recession world. *J. Public Manag. Soc. Policy*, 24: 6.

6. Katikireddi S.V., Niedzwiedz C.L., Popham F. (2012) Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991–2010 health surveys of England. *BMJ Open.*, 2: e001790.

7. Kakaje A., Al Zohbi R., Hosam Aldeen O. et al. (2021) Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis. *BMC Psychiatry* 21: 2. doi.org/10.1186/s12888-020-03002-3.

8. Priebe S., Giacco D., El-Nagib R. (2016) WHO Health Evidence Network Synthesis Report 47: Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region (HEN Report). Copenhagen: WHO

9. Markova M.V., Markov A.R. (2019) Medyko-psykhologichni determinanty informatsiino-psykhologichnoi bezpeky tsyvilnoho naseleattia (monohrafiia). Kharkiv, «Drukarnia Madryd», 248 s.

10. Maruta N.O., Markova M.V. (2015) Informatsiino-psykhologichna viina yak novyi vykyk suchasnosti: stan problemy ta napriamky yii podolannia. Ukr. visn. psykhonevrol., 23, vyp. 3(84): 21–28

**ОКРЕМІ АСПЕКТИ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПАНУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ  
ДИСЦИПЛІНИ «ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ»  
ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ,  
ЕРГОТЕРАПІЯ»**

**Мар'яна Дуб,**

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

**Валерія Брич,**

*кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри наук про здоров'я*

Важливою складовою надання реабілітаційної допомоги особам, що її потребують, визначають забезпечення допоміжними технічними засобами, проте, за оцінками ВООЗ, у світі тільки одна людина з десяти має допоміжні засоби, які їй необхідні [1, 2]. До допоміжних засобів реабілітації (технічних та інших засобів реабілітації) належать: протезно-ортопедичні вироби, у тому числі ортопедичне взуття, спеціальні засоби для самообслуговування та догляду, засоби для пересування, допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому, меблі та оснащення, спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією [3]. Досконале володіння навичками в підборі, навчанні, страхуванні та пересуванні осіб з обмеженими фізичними можливостями допоміжними та іншими технічними засобами реабілітації для збільшення їх незалежності та максимального функціонування, є обов'язковим для фізичних терапевтів, що вимагає при їх підготовці особливої уваги.

Мета дослідження: оцінити рівень володіння здобувачів освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» базовими навичками щодо використання у роботі технічних засобів після завершення навчального курсу «Технічні засоби у фізичній терапії».

Матеріал і методи дослідження. Проведено опитування 35 студентів за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» щодо навичок підбору,

навчання пересуванню та страхуванню допоміжних та інших технічних засобів реабілітації. Використовувалася онлайн-форма спеціально розробленого опитувальника в дистанційному режимі.

Результати дослідження. Аналізом відповідей встановлено, що більшість опитаних студентів (91,4%) вважають навички, отримані під час вивчення навчальної дисципліни «Технічні засоби у фізичній терапії», важливими і потрібними для подальшої їх клінічної діяльності. Проте на достатній, на їхню думку, рівень підготовки з підбору засобів пересування вказали 51,4% здобувачів освіти; підбору допоміжних засобів для особистої рухомості, переміщення та підйому – 51,4% респондентів; переміщення та страхування пацієнта у кріслі колісному – 45,7%; страхування пацієнта з допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому – 42,9%. Водночас про готовність проводити інструктаж пацієнтів та членів їх родин щодо використання технічних та інших засобів реабілітації повідомили 82,8% опитаних студентів: 25,7% – готові до такої діяльності відразу, 57,1% – після додаткової підготовки. Визначено, що після завершення вивчення курсу «Технічні засоби у фізичній терапії» 57,1% студентів ще не здійснювали підбір технічних та інших засобів реабілітації для осіб з обмеженими можливостями під час проходження практики в закладах охорони здоров'я.

Висновок. Дослідження показало високий рівень розуміння здобувачами освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» важливості та доцільності опанування навичок, передбачених навчальною дисципліною «Технічні засоби у фізичній терапії» та водночас недостатній рівень підготовки за окремими практичними навичками, що, ймовірно, пов'язано з переважно дистанційною формою навчання. Отримані результати зумовлюють необхідність вдосконалення освітнього процесу шляхом забезпечення відповідного для відпрацювання практичних навичок матеріального облаштування навчальних баз, залучення закордонних та вітчизняних фахівців з досвідом до проведення занять за окремими темами, а також виділення годин на проведення практичних занять на базі закладів охорони здоров'я.

#### Список літератури

1. Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge. World Health Organization; 2018. 27 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325522>

2. Priority assistive products list: improving access to assistive technology for everyone, everywhere. Geneva: World Health Organization; 2016. 12 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207694>

3. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів; 2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#n15>

## **СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ НАВЧАННЯ**

**Анна Іваць-Чабіна,**

*асистент кафедри наук про здоров'я*

З початком повномасштабного вторгнення змінилися всі аспекти соціального життя. Навчальний процес в університетах не став винятком - вищі навчальні заклади в зоні ведення бойових дій змушені були змінити локацію або призупинити свою роботу, а ті, хто не зазнав безпосереднього впливу бойових дій, вносили зміни до звичного перебігу освітнього процесу. Університети вимушено повернулися на дистанційну та змішану форму навчання, з'явилась необхідність реагувати на сигнали повітряної тривоги, значна кількість студентів та викладачів виїхали за межі країни.

Мета: проаналізувати нові фактори, що з'явилися з початком повномасштабного вторгнення, їх вплив на освітній процес та психічний стан студентів ВНЗ.

Матеріали та методи: аналіз останніх досліджень у сфері психічного здоров'я студентської молоді та впливу бойових дій на навчальний процес з використанням бібліосемантичного методу та методу структурно-логічного аналізу.

Результати. До пов'язаних із війною чинників, які впливають на перебіг освітнього процесу, можна віднести наступні:

- 1) вимушена зміна місця проживання та навчання;
- 2) постійний стрес та психоемоційна напруга через безпосередню небезпеку для життя;
- 3) необхідність реагувати на сигнали повітряної тривоги;
- 4) зміна кола спілкування та втрата соціальних контактів;



5) повернення до дистанційної форми навчання.

Дослідження показують, що в більшості студентів зросли прояви тривоги, смутку, знизилась працездатність. За даними опитувань у 86% респондентів є прояви високого рівня тривожності, у 11% - помірного та лише у 3% - низького. [1]

Близько 50% опитаних студентів відчують негативні емоції під час повітряної тривоги. 100% респондентів скаржаться на втому після тривоги, а 73% відзначають, що не можуть через це якісно виконувати заплановане. [3]

В іншому дослідженні, присвяченому психологічному стану студентів, у 86% опитаних є симптоми емоційного вигорання. В 93% випадків симптоматика, яка характерна для синдрому емоційного вигорання, призводила до погіршення успішності [2].

#### Список літератури

1. Атаманчук Н.М. Психологічні прояви тривожності у студентів під час військової агресії. Гуманітарний простір науки: досвід та перспективи: зб. матеріалів 35 Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 31 травня 2022 р. Переяслав, 2022. Вип. 35. С.113-117.

2. Кузнецова М.О. Емоційне вигорання у студентів I-III курсів медичного ЗВО під час війни. Здобутки клінічної та експериментальної медицини: Матеріали підсумкової LXV науково-практичної конференції, Тернопіль, 9 червня 2022 р/ТНМУ. Тернопіль, 2022. С.129-130.

3. Сухоруков І.Ю., Мокрякова М. І. Негативний вплив сигналів тривоги на психічне здоров'я майбутніх лікарів. актуальні питання профілактичної медицини. Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 95-річчю із дня народження Юрія Кундієва м. Харків, 24 жовтня 2022 р. С.29-30

## СПРАВЕДЛИВІСТЬ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

**Наталія Кабацій,**  
*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*  
**Антоніна Співак,**  
*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*  
**Геннадій Слабкий,**  
*доктор медичних наук, професор,*  
*завідувач кафедри наук про здоров'я*

Вступ. ВООЗ відмічає, що в теперішній час в світі проживає приблизно 1,3 млрд людей із значною інвалідністю, що складає 16% всього населення на Землі. Така значна кількість даної кагорти населення визначає політичну важливість питання по забезпеченню для них справедливого відношення до здоров'я. Підвищення рівня справедливості по відношенню до людей з інвалідністю сприяє більш широкому залученню інвалідів в суспільне життя та забезпеченню їх якісного життя. При цьому необхідно зазначити, що 1 дол. США, витрачений на забезпечення інклюзивних умов для інвалідів відносно профілактики до лікування неінфекційних хвороб, може забезпечити віддачу в розмірі 10 дол. США [1].

Мета: Проаналізувати значення документів ВООЗ з питань забезпечення справедливості по відношенню до здоров'я для людей з інвалідністю для України.

Матеріали та методи. *Матеріали:* документи ВООЗ з питань забезпечення справедливості по відношенню до здоров'я для людей з інвалідністю. *Методи:* структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний.

Результати. ВООЗ визначила 40 кроків зі здійснення інтеграції людей з інвалідністю за 10 основними напрямками. Наводимо ці кроки, які мають важливе значення для України в забезпеченні справедливості по відношенню до здоров'я для людей з інвалідністю.

Політична прихильність, лідерство та стратегічне керівництво

1. Надати пріоритетне значення забезпеченню справедливості по відношенню до здоров'я для людей з інвалідністю.
2. Впровадити заснований на правах людини підхід до охорони здоров'я.
3. Прийняти на себе керівну роль у забезпеченні інтеграції

людей з інвалідністю на рівні сектора охорони здоров'я.

4. Підвищувати ефективність міжнародного співробітництва шляхом збільшення фінансування програм, спрямованих на усунення несправедливості по відношенню до здоров'я для людей з інвалідністю.

5. Включити питання інтеграції людей з інвалідністю до національних стратегій охорони здоров'я, в тому числі до планів забезпечення готовності та реагування у зв'язку з надзвичайними ситуаціями у секторі охорони здоров'я.

6. Передбачити у національних стратегіях та планах з питань інвалідності конкретні дії сектора охорони здоров'я.

7. Створити комітет або посаду відповідального співробітника у міністерстві охорони здоров'я, який займається питаннями інтеграції людей з інвалідністю.

8. Включити питання інтеграції людей з інвалідністю до механізмів підзвітності сектора охорони здоров'я.

9. Створювати мережі, партнерства та спілки, що об'єднують людей з інвалідністю.

10. Забезпечити, щоб існуючі механізми соціального захисту задовольняли різноманітні потреби людей з інвалідністю у послугах охорони здоров'я.

Фінансування охорони здоров'я

11. Прийняти принцип прогресивного універсалізму в якості основи та рушійної сили фінансування охорони здоров'я, приділяючи пріоритетну увагу людям з інвалідністю.

12. Включати послуги охорони здоров'я для людей з конкретними функціональними обмеженнями і вадами здоров'я до пакетів послуг в рамках ВОУЗ.

13. Включати до бюджетів системи надання медичної допомоги витрати на забезпечення доступності об'єктів та послуг для людей з інвалідністю.

Залучення зацікавлених сторін та постачальників послуг з приватного сектора

14. Залучати людей з інвалідністю до організацій, що представляють їх інтереси, до процесів на рівні сектора охорони здоров'я.

15. Включати дії, орієнтовані на людей з інвалідністю з

урахуванням гендерних аспектів, до стратегій розширення прав та можливостей людей на рівні місцевих товариств.

16. Залучати постачальників послуг неформальної підтримки для людей з інвалідністю.

17. Залучати людей з інвалідністю до наукових досліджень та включати їх до складу медичного науково-дослідницького персоналу.

18. Вимагати від приватних постачальників дотримання принципів інтеграції людей з інвалідністю при наданні послуг охорони здоров'я.

Моделі надання допомоги

19. Створити можливості для надання комплексної допомоги, орієнтованої на потреби людей, з забезпеченням доступності для людей з інвалідністю та поблизу місця їх проживання.

20. Забезпечити універсальний доступ до асистивних засобів.

21. Виділяти більше фінансових коштів на залучення робітників служб підтримки, перекладачів, помічників для задоволення медичних потреб людей з інвалідністю.

22. Надавати повний набір послуг охорони здоров'я на всіх етапах безперервного надання допомоги людям з інвалідністю.

23. Зміцнювати моделі надання допомоги дітям з інвалідністю.

24. Просувати принцип деінституціоналізації.

Кадрові ресурси охорони здоров'я та забезпечення догляду

25. Включати розвиток компетенцій з питань інтеграції людей з інвалідністю до програми базової навчальної підготовки робітників охорони здоров'я та служб догляду.

26. Проводити навчальні заходи з питань інтеграції людей з інвалідністю для всіх постачальників послуг охорони здоров'я.

27. Забезпечити наявність кваліфікованих кадрів робітників охорони здоров'я та служб догляду.

28. Включати людей з інвалідністю до складу кадрових ресурсів охорони здоров'я.

29. Проводити навчання всіх категорій немедичного персоналу, що працює у секторі охорони здоров'я, методів забезпечення доступності та поважливого спілкування.

30. Гарантувати отримання вільної інформованої згоди від людей з інвалідністю.

Фізична інфраструктура

31. Використовувати принципи універсального дизайну при будівництві або реконструкції медичних закладів та служб.

32. Передбачати належні розумні пристрої з урахуванням потреб людей з інвалідністю.

Цифрові технології у охороні здоров'я

33. Запроваджувати системний підхід до надання послуг електронної охорони здоров'я з урахуванням справедливості відносно здоров'я у якості ключового принципу.

34. Впроваджувати міжнародні стандарти забезпечення доступності технологій цифрової охорони здоров'я.

Якість допомоги

35. Враховувати спеціальні потреби та пріоритети людей з інвалідністю у існуючих протоколах із забезпечення безпеки пацієнтів.

36. Забезпечити функціонування механізмів зворотного зв'язку для відкликів про якість послуг охорони здоров'я з забезпеченням інклюзивності для людей з інвалідністю.

37. Враховувати спеціальні потреби людей з інвалідністю у системах моніторингу маршрутів надання допомоги.

Моніторинг і оцінка

38. Скласти план моніторингу і оцінки по відношенню до інтеграції людей з інвалідністю.

39. Включити показники інтеграції людей з інвалідністю до системи моніторингу і оцінки роботи національних систем охорони здоров'я.

Дослідження в області політики і систем охорони здоров'я

40. Розробити національну повістку наукових досліджень в області політики і систем охорони здоров'я стосовно до проблем інвалідності.

Висновки. Глобальна доповідь про справедливість по відношенню до здоров'я для людей з інвалідністю, яка підготовлена ВООЗ в 2022 році має важливе політичне та методологічне значення для України, оскільки він визначає основні напрями діяльності по забезпеченню людей з інвалідністю умовами для якісного життя.

## Список літератури

1. Глобальний доклад о справедливости в отношении здоровья людей с инвалидностью: резюме [Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

### **ДО ПИТАННЯ ПОКАЗНИКІВ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В ПЕРЕДВОЄННИЙ ПЕРІОД В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ**

**Віталій Пішковці,**  
*аспірант за спеціальністю 22 Медицина*  
**Дмитро Нагірний,**  
*аспірант за спеціальністю 229 Громадське здоров'я*  
**Геннадій Слабкий,**  
*доктор медичних наук, професор,*  
*завідувач кафедри наук про здоров'я*

Вступ. За оцінками, наведеними ВООЗ в дослідженні «Глобальний тягар хвороб» за 2019 рік, на хвороби зубів та порожнини рота страждає біля 3,5 мільярда людей у світі. При цьому найпоширенішою стоматологічною патологією являється карієс постійних зубів. Необхідно зазначити, що за проведеними комплексними оцінками, карієс постійних зубів мають до 2 мільярдів людей у світі та 520 мільйонів дітей страждають на карієс тимчасових зубів [1]. ВООЗ відмічає, що тягар захворювань зубів та ротової порожнини можна зменшити за допомогою ефективних заходів громадської охорони здоров'я, які спрямовані на протидію негативним поширеним факторам ризику їх розвитку [2].

Мета: дослідити та проаналізувати основні показники надання стоматологічної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я МОЗ України в передвоєнний період.

Матеріали та методи. *Матеріали:* дані галузевої статистичної звітності за 2020-2021 рр. [3,4]. *Методи:* бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. Аналіз статистичної галузевої звітності МОЗ України за 2020-2021 роки показав, що за 2021 рік кількість відвідувань лікарів-стоматологів та зубних лікарів у державних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) системи МОЗ

України становила 12145952 відвідувань. Із загальної кількості відвідувань 8817267 (72,6%) відвідувань було здійснено дорослим населенням та 3328685 (27,4%) – дітьми у віці до 17 років життя включно. Необхідно зазначити, що в 2021 році в державних та комунальних ЗОЗ України на 1 штатну посаду лікаря-стоматолога було здійснено 1525,6 відвідування. Вищим вказаний показник був зареєстрований в областях: Луганській – 3032,6, Полтавській – 2137,4, Чернігівській – 2058,7. Найнижчим вказаний показник був зареєстрований у м. Києві –931,6 та в Івано-Франківській області - 1062,1. Гранична різниця вказаного показника в 2021 році склала 3,26 разу. При цьому достовірно не змінюється показник відвідувань населенням лікарів-стоматологів протягом року за останні десять років. Так, середня функція посади лікаря-стоматолога, який працює в закладах охорони здоров'я МОЗ України, складає 12 пацієнтів за робочий день при умові 200 робочих днів на рік. Наведені показники вказують на спроможність системи охорони здоров'я МОЗ України до надання пацієнтам якісної стоматологічної допомоги. Але необхідно відмітити зниження, у зрівнянні з 2020 роком, показника відвідувань лікарів-стоматологів і розрахунку на одного жителя країни, який у 2021 році склав 0,4 відвідувань за рік для усього населення та 0,3 – для дорослого населення та 0,5 – для дітей.

В ході проведеного дослідження встановлено, що основне місце в стоматологічній практиці для збереження стоматологічного здоров'я займає профілактична робота. Це проведення обов'язкових стоматологічних профілактичних оглядів різних категорій населення, планова санація порожнини рота населення, ефективна діяльність системи гігієнічного навчання та виховання мотивованої профілактичної поведінки населення з питань збереження стоматологічного здоров'я. В Україні наразі функціонує система щорічного профілактичного стоматологічного огляду мешканців країни. Так, у 2021 році лікарями-стоматологами у державних закладах охорони здоров'я планово оглянуто 2677531 осіб, що склало 6,5% від кількості населення України. Із загальної кількості дорослого населення країни планово профілактично оглянуто 1698813 мешканців, що склало 5,0% до загальної вказаного показника за регіонами України. Так, найвищий відсоток планово оглянутих було зареєстровано у Чернігівській області (11,8%), м. Києві (11,8%) та у Кіровоградській області (7,7%), а найнижчий у Миколаївській (2,1%) та Запорізькій (2,4%) областях. Гранична різниця показника в розрізі регіонів країни склала 5,62 разів.

Планово профілактично оглянуто дітей до 17 років життя включно у 2021 році – 978718, що склало 13,1% до загальної кількості дитячого населення країни. При цьому у м. Києві ця частка склала 32,0%, у Полтавській області – 20,7% , у Чернігівській області – 20,5%, а у Запорізькій області – 6,2%, та Волинській області – 7,2%. Гранична різниця показника в розрізі регіонів країни склала 5,16 разів.

Із загальної кількості профілактично оглянутого дорослого населення планової санації у 2021 році потребували 979339 осіб або 57,6% від числа оглянутих. За регіонами даний показник мав достовірні відмінності: від 80,9% у м. Києві та 69,5% у Чернігівській області до 35,2% у Херсонській області та 40,4% у Харківській області. Із загальної кількості профілактично оглянутих дітей віком до 17 років життя включно у 2021 році в країні потребували санації 550101 дітей, що склало 56,2%: від 78,8% у Закарпатській області до 40,4% у Харківській області. Гранична різниця показника склала 1,95 разів.

При цьому частка планово санованих від загальної кількості, що її потребували серед дорослого населення у 2021 році в країні становила 634707 осіб або 64,8%: від 89,1% у Закарпатській області та 83,3% у Дніпропетровській області до 42,9% у Херсонській області та 53,4% у Волинській області і 53,6% у м. Києві. Гранична різниця показника склала 1,67 разів.

Із числа дітей віком до 17 років життя включно у 2021 році в країні сановано 387634 осіб, що від кількості дітей, що її потребували склало 70,5%: від 88,3% у Закарпатській області до 47,7% у Сумській області. Гранична різниця показника склала 1,48 разів.

**Висновки.** Проведений аналіз основних показників надання стоматологічної допомоги населенню в передвоєнний період в закладах охорони здоров'я МОЗ України показав високий рівень спроможності системи охорони здоров'я до надання доступної та якісної стоматологічної допомоги населенню країни. З другого боку встановлено низький рівень охоплення населення профілактичними стоматологічними оглядами та проведення планової санації ротової порожнини. Вказане потребує формування у населення мотивованої прихильності до збереження стоматологічного здоров'я в тому числі регулярного проходження цільових стоматологічних профілактичних оглядів та виконання рекомендацій лікарів-стоматологів.



## Список літератури

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). *GBD Results Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
2. Заявление международной стоматологической ассоциации (FDI). Глобальные цели в области стоматологического здоровья (2003). (Совместное заявление FDI – ВОЗ – IADR). [https://e-stomatology.ru/star/info/fdi/fdi\\_global.htm](https://e-stomatology.ru/star/info/fdi/fdi_global.htm)
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні (загальний). <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXI.html>
4. Стоматологічний довідник. 2022. <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXI.html>

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ВЕСЕСВІТНЬОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я

**Сергій Танчинець,**

*аспірант за спеціальністю 229. Громадське здоров'я*

**Геннадій Слабкий,**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри наук про здоров'я*

Вступ. Всесвітня організація охорони здоров'я приділяє значну увагу забезпечення населенням достатнього рівня фізичної активності, як значимої детермінанти формування та забезпечення збереження і зміцнення здоров'я [1-8].

Мета: дослідити та проаналізувати рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фізичної активності для здоров'я.

Матеріали та методи: *Матеріали дослідження*: документи ВООЗ з питань фізичної активності населення. *Методи дослідження*: біблеосемантичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. За матеріалами ВООЗ визначено 5 фактів про фізичну активність.

1. *Відсутність фізичної активності є четвертим за значимістю фактором ризику смерті у світі.* У глобальних масштабах 6% випадків смерті пов'язані з відсутністю фізичної активності. За значущістю цей фактор ризику поступається лише високому кров'яному тиску (13% випадків смерті) та вживанню тютюну (9%) і рівнозначний високому вмісту глюкози в крові (6%).

Крім того, відсутність фізичної активності є основною причиною приблизно 21-25% тягаря раку молочної залози і товстої кишки, 27% тягаря діабету і 30% тягаря ішемічної хвороби серця.

2. *Регулярна фізична активність сприяє підтримці здорового тіла.* Фізично активні люди: мають менший ризик розвитку ішемічної хвороби серця, високого кров'яного тиску, інсульту, діабету, раку товстої кишки і молочної залози, а також депресії; піддаються меншому ризику падінь і переломів шийки стегна або хребців; з більшою ймовірністю підтримують вагу.

3. *Фізичну активність не слід сприймати, як спорт.* Під фізичною активністю розуміється будь-який рух тіла, де беруть участь скелетні м'язи і який вимагає витрат енергії. Фізична активність складається із занять спортом, виконання вправ та інших дій, таких як ігри, ходьба, виконання робіт по будинку і в саду, а також танці.

4. *Користь для здоров'я приносить фізична активність як помірної, так і високої інтенсивності.* Інтенсивність - це темп занять фізичною активністю. Її можна охарактеризувати як те, наскільки напружено працює людина для виконання певного виду активності. Інтенсивність різних форм фізичної активності варіюється між людьми. Залежно від відносного рівня фізичного стану людини приклади фізичної активності помірної інтенсивності можуть включати: швидку ходьбу, танці або роботу по дому. Приклади фізичної активності високої інтенсивності включають біг, швидку їзду на велосипеді, швидке плавання або переміщення важких речей.

5. *У віці 5-17 років – 60 хвилин фізичної активності.* Люди у віці 5-17 років повинні займатися фізичною активністю помірної і високої інтенсивності, загалом, по 60 хвилин на день. Фізична активність тривалістю більше 60 хвилин принесе додаткову користь для їх здоров'я.

Розрахунки вчених показують, що якщо рівень фізичної активності людей залишиться на тому ж рівні, що й наразі, то вже за 8 років це спричинить сильний тиск на системи охорони здоров'я різних країн. Це пов'язано зі збільшенням кількості хронічних захворювань.

Нестача фізичної активності може призвести до того, що в усьому світі з'явиться 500 млн нових випадків появи хвороб серця, інсультів, діабету 2 типу, гіпертонії, деяких видів раку, деменції та депресії. Фізична активність залежить від дій кожної людини. Однак ВООЗ рекомендує коригувати їхню частоту залежно від віку:

- Дітям молодшого віку варто займатися різними видами фізичної активності будь-якої інтенсивності не менше 30 хвилин на день, а у віці 3-4 років щонайменше годину з цього часу варто виділяти на вправи помірної і високої інтенсивності.

- Діти й підлітки віком 5–17 років повинні щодня не менше 60 хвилин займатися фізичною активністю помірної і високої інтенсивності. А тричі на тиждень — включати вправи на розвиток скелетно-м'язових тканин.

- Люди старше 18 років повинні приділяти не менше 150 хвилин на тиждень для занять середньої інтенсивності або не менше 75 хвилин на тиждень для занять високої інтенсивності. Для додаткового зміцнення здоров'я рекомендується збільшити тривалість вправ до 300 хвилин на тиждень. Для підтримки і зміцнення скелетно-м'язової системи слід принаймні двічі на тиждень виконувати силові вправи, які задіюють основні групи м'язів.

- Літнім людям з обмеженою мобільністю варто щонайменше тричі на тиждень виконувати вправи на рівновагу, що запобігають ризику падінь.

Інтенсивність фізичних занять стосується міри фізичної активності, з якою виконуються вправи. В абсолютному значенні середній ступінь фізичної активності означає виконання вправ на рівні 3,0-5,9 від інтенсивності спокою. Високий рівень фізичної активності відповідає виконанню вправ на рівні 6,0 і вище інтенсивності спокою для дорослих людей і 7,0 і вище для дітей та підлітків.

Висновки. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо фізичної активності для здоров'я являються методичною основою для працівників системи громадського здоров'я України в напрямку забезпечення населення дозованою фізичною активністю, як засобу збереження та зміцнення його здоров'я.

#### Список літератури

1. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e86.

2. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(1):23-35.

3. Всемирная организация здравоохранения. Глобальные рекомендации ВОЗ по физической активности для здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.

4. World Health Organization. WHO Handbook for guideline development - 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.

5. Всемирная организация здравоохранения. Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г.

6. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный план действий ВОЗ по повышению уровня физической активности на 2018–2030 гг.: повышение уровня активности людей для укрепления здоровья в мире. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г.

7. Всемирная организация здравоохранения. ACTIVE: пакет технической документации по повышению уровня физической активности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г.

8. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020.

## **ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, СПЕЦІАЛЬНА ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА**

### **РОЗВИТОК ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ**

**Світлана Стеблюк,**  
*доктор педагогічних наук*

Вступ. Інклюзивне середовище у вітчизняній нормативно-законодавчій базі розглядається як цілісний освітній простір. Відтак, у Законах України «Про вищу освіту», «Про освіту», «Про загальну середню освіту» подано базові поняття, основоположні принципи, напрями розвитку освітньої галузі, які базуються на Конституції України. Як приклад, у Законі України «Про освіту» у розділі 1 «Загальні положення» подається ключова термінологія, з-поміж якої й та, що стосується інклюзії. Інклюзивне навчання формулюється як система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах

недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників [5]. Інші наукові поняття роз'яснюють сутність цього.

У статті 6 цього ж розділу визначено засади державної політики у сфері освіти та принципи освітньої діяльності: людиноцентризм; верховенство права; забезпечення якості освіти та якості освітньої діяльності; забезпечення рівного доступу до освіти без дискримінації за будь-якими ознаками, у тому числі за ознакою інвалідності; розвиток інклюзивного освітнього середовища, у тому числі у закладах освіти, найбільш доступних і наближених до місця проживання осіб з особливими освітніми потребами; забезпечення універсального дизайну та розумного пристосування [там же] й інші.

Мета дослідження: розкрити особливості розвитку інклюзивної освіти в Україні на сучасному етапі.

Виклад матеріалу. Філософія вітчизняної освіти базується на гуманістично-орієнтованій спрямованості з формуванням ключових та предметних компетентностей на основі інтегрованого та діяльнісного підходів. Погоджуємося з думкою А. Кошель, Н. Герман про те, що гуманізація спеціальної освіти відображає спеціально-ціннісні та морально-психологічні основи нашого суспільного розвитку і означає необхідність створення адекватних умов для освіти кожної дитини відповідно до її можливостей. Ставлення до дітей з важкими множинними психофізичними порушеннями ґрунтується на християнському світогляді [3].

Для організації навчального процесу у закладах дошкільної, загальної середньої та вищої освіти видаються Постанови, накази Міністерства освіти. Відтак, Кабінетом Міністрів України розроблено низку Постанов, що регламентують роботу закладів освіти та Інклюзивно-ресурсного центру. Деякі із них: Постанова КМУ від 10.04.2019 №530 «Про затвердження Порядку організації діяльності інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти», Постанова КМУ від 15.09.2021 №957 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти» та інші; Наказ Міністерства освіти і науки України від 08 червня 2018 року № 609 «Про затвердження примірного положення про Команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти» та інші. Дитина є цінністю суспільства: її навчання, виховання та розвиток у центрі уваги держави.

А. Колупаєва влучно зазначила, що ефективність реформування освітньої галузі, враховуючи досвід передових країн світу, залежить від комплексності суспільно-політичної та соціокультурної перебудови в державі; від заздалегідь продуманих та підготовлених засобів реалізації реформування (фінансових, кадрових, інфраструктурних та ін.), а також науково обґрунтованої та підтриманої усіма учасниками процесу концепції нововведень; від цілісності організації, методів і засобів навчального процесу, курикулуму тощо. ...Учена наголошує: вітчизняні науковці обстоюють еволюційну і планомірну трансформацію освіти, спираючись на досягнення сучасної науки і практики (як вітчизняної, так і кращих взірців зарубіжної) [2, с.7-8]. Підтвердженням цього є низка наукових розвідок учених-корекційних педагогів: Г. Блеч, І. Бобренко, І. Гладченко, О. Чеботарьової та інших.

Досліджуючи проблему розвитку інклюзивної освіти в Україні, на наш погляд, необхідно:

1) уточнити термінологічні поняття. Відтак, формулювання словосполучення «інтеграція дитини з ОП в освітній простір» доцільно замінити на «входження дитини в освітній простір». Інтегративний, за Великим тлумачним словником сучасної української мови, означає «стосовно до інтеграції (об'єднання частин у ціле), об'єднувальний [1, с.128]. Дитина з ООП за своєю природою, уподобаннями, нахилами приходить в інклюзивне середовище для навчання з однолітками. Важливо, щоб вона та й батьки не відчували себе відокремленими від учнівської спільноти. У цьому випадку краще говорити про адаптацію молодшого школяра до освітнього процесу, оточуючого шкільного світу, соціуму, урахувавши його медичні, психолого-педагогічні особливості. «Науковці переконані: інклюзивна освіта для дитини з порушеннями розвитку за всіма параметрами має бути такою самою, як освіта, яку отримують діти без порушень. Йдеться про повну участь у навчанні (залучення) у звичайному (а не сегрегованому) класі, в якому діти з порушеннями проводять більшість часу і беруть участь в усьому, що відбувається в ньому. Водночас, для забезпечення таких умов доцільно застосовувати відповідні адаптації чи модифікації в освітньому середовищі, курикулумі, викладанні» [2, 75].

2) розглянути взаємозв'язок понять: «спеціальна освіта» та «інклюзивна освіта». Спостерігається, що дитина з ООП може навчатися у спеціальному закладі освіти й перейти за рішенням ІРЦ в інклюзивне середовище закладу загальної середньої освіти або ж й навпаки.

Тому, на наш погляд, підготовка магістрів спеціальної освіти за спеціалізаціями повинна розглядатися у цьому ракурсі також. Слід підкреслити, що мова не йде про згортання існуючої диференційованої системи спеціальної освіти, а допомогти батькам, педагогам краще «побачити», відчувти внутрішній світ дитини;

3) модернізувати методи та прийоми навчання дітей в інклюзивному класі ЗЗСО. Слід урахувати, що учень/учениця працюють за адаптованими чи модифікованими програмами, тому казкотерапію, пісочну терапію складно застосувати.

Основне завдання закладів освіти спрямувати своє зусилля на формування у здобувачів освіти загальнолюдських та демократичних цінностей, що закладені як у законодавстві України, так й у Концепції Нової української школи, де сформульовано пріоритетний напрям: «формувати в учнів систему загальнолюдських цінностей – морально-етичних (гідність, чесність, справедливість, турбота, повага до життя, повага до себе та інших людей) та соціально-політичних (свобода, демократія, культурне різноманіття, повага до рідної мови і культури, патріотизм, шанобливе ставлення до довкілля, повага до закону, солідарність, відповідальність). У центрі освіти має перебувати виховання в учнів відповідальності за себе, за добробут нашої країни» [4, с.19].

Висновок. Таким чином, нами розкрито особливості розвитку інклюзивної освіти в Україні на сучасному етапі.

#### Список літератури:

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови : уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун, 2005. VIII, 1728 с.
2. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Інклюзивна освіта: від основ до практики: [монографія]. К. : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с.
3. Кошель А. П., Герман Н. В. Окремі проблеми сучасної корекційної педагогіки в Україні. URL: [chrome extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/](chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/)
4. Нова українська школа: poradnik dla vchytelja / Під заг. ред. Бібік Н. М. К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.
5. Про освіту. Закон України. від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

## КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В УМОВАХ САНАТОРІЇ

**Ярослав Філак**

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент*

Вступ. За даними ВООЗ, хвороби органів травлення є одними з найбільш поширених у світі та займають третє місце після захворювань серцево-судинної системи та онкологічних патологій. На сьогодні хронічний холецистит посідає центральне місце серед захворювань гепатобіліарної зони. В індустріально розвинених країнах на хронічний холецистит страждає понад 15-20% підлітків та дорослого населення [1].

Відомо, що хронічний холецистит – хронічне поліетіологічне захворювання жовчного міхура. Домінуючим етіологічним фактором цього захворювання є бактеріальна інфекція (стафілокок, стрептокок, ентерокок, кишкова паличка), згідно досліджень деяких авторів. Окрім цього, до етіологічних факторів хронічного холециститу відносять паразитарні інвазії жовчовидільних шляхів, застій жовчі (гіподинамія, вагітність, ожиріння) порушення режиму харчування, гострий холецистит, деякі запальні захворювання шлунково-кишкового тракту. Інфекція проникає у жовчний міхур висхідним, гематогенним або лімфогенним шляхом, а застій жовчі сприяє хронізації запального процесу. Формуванню хронічного холециститу передують вплив комплексу екзогенних та ендогенних факторів, що призводять до порушення функціонування місцевих і загальних регуляторних механізмів, розвитку функціональних розладів і структурної дезорганізації жовчного міхура [2, 3].

Мета дослідження – обґрунтувати та удосконалити комплексну програму реабілітації підлітків хворих на хронічний холецистит в умовах санаторію.

У завдання дослідження входило: аналіз літературних джерел з проблем фізичної терапії підлітків на хронічний холецистит, розробка та проведення п комплексної фізичної реабілітації для хворих на хронічний холецистит з урахуванням функціональних можливостей дитячого організму та оцінка її ефективності.

З метою обстеження і контролю за функціональним станом підлітків, хворих на хронічний холецистит з гіпомоторним синдромом з та оцінки



ефективності курсу санаторно-курортної реабілітації використовували клінічні показники, ультразвукове дослідження жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, яке проводилося вранці натще на початку і в кінці курсу відновного лікування. Дослідження проведено у 20 пацієнтів на хронічний холецистит з гіпомоторним синдромом віком від 15 до 16 років. Із них 8 хлопчиків та 12 дівчаток. Тривалість захворювання становила 1 – 3 роки. За даними опитування, всі пацієнти скаржились на ниючі болі в правому підребер'ї (100%). У 80% пацієнтів болі носили ниючий характер, у 20% переважали короткочасні переймоподібні болі. Інтенсивний біль є найбільш характерним для запального процесу жовчного міхура. Крім болю підлітки скаржились на нудоту, яку відзначали 60,0 % хворих на хронічний холецистит. Відрижку гірким або гіркий присмак у ротовій порожнині відзначали 80% пацієнтів. При пальпації в ділянці жовчного міхура болючість відзначалась у 90,0% підлітків. Симптом Кера позитивний у 90,0% пацієнтів. Проведене ультразвукове дослідження у 20 підлітків, хворих на хронічний холецистит показало, що у 80,0%) пацієнтів наявні збільшені розміри жовчного міхура та недостатнє і сповільнене вивільнення його вмісту, що свідчить про гіпотонічну гіпокінетичну дискінезію жовчного міхура жовчовивідних шляхів. У 4 (20,0%) розміри жовчного міхура не виходили за межі норми, однак вивільнення його вмісту недостатнє і сповільнене.

Комплексна програма реабілітації включала: РГГ, лікувальну гімнастику, внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, лікувальний масаж, ампліпульстерапію на ділянку проекції жовчного міхура, вуглекислі мінеральні ванни. Застосування лікувальної гімнастики було спрямоване на поліпшення емоційного стану пацієнтів, посиленню кровообігу в черевній порожнині, особливо притоку артеріальної крові до печінки, стимуляції обміну речовин. Спеціальні вправи були спрямовані на зміцнення м'язів черевного пресу, спини нормалізації моторної функції жовчних шляхів, жовчного міхура.

В результаті використання комплексної санаторно-курортної реабілітації у підлітків хворих на хронічний холецистит по гіпотонічному типу відзначається покращення динаміки клінічних показників. Вірогідно зменшилися ниючі болі в правому підребер'ї з 100,0% до 40,0%. Нудота зменшилась з 60,0% до 20,0% пацієнтів. Відрижку гірким або гіркий присмак у ротовій порожнині після курсу санаторно-курортної реабілітації відзначали 30% підлітків. Дратівливість, емоційну нестійкість виявляли лише 10,0% дітей, болючість при пальпації зменшилась наполовину з 90,0% до 30,0%. Симптом Кера позитивний у 30,0%

підлітків. Проведене ультразвукове дослідження у 20 підлітків, показало, що після проведення комплексу реабілітаційних заходів, збільшені розміри жовчного міхура та недостатнє і сповільнене вивільнення виявляли лише 6 пацієнтів, що становить 30,0%

Висновки. Таким чином, проведенні дослідження підтверджують, що застосований комплекс санаторно-курортних реабілітаційних заходів позитивно впливає на клінічні показники, нормалізує порушену моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура у підлітків, що підтверджують проведені в кінці курсу показники функціональних обстежень.

#### Список літератури

1. Калмиков С.А. Фізична реабілітація при захворюваннях органів травлення: навчальний посібник. Харків, 2016. 222 с.
2. Пешкова О. В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів : [навч. посібник]. Харків : СПДФО Бровін О. В., 2011, 312 с.
3. Прохоров Є.В. та ін. Гастроентерологія дитячого віку / За загальною редакцією проф. Є.В.Прохорова, проф. О.П. Волосовця. Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. 160 с.

## **НОВІТНІ ПІДХОДИ ЕРГОТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЙ КІНЦІВОК**

**Мар'яна Сабадош,**

*кандидат наук з фізичного виховання та спорту,  
доцент*

Вступ. Ерготерапія є важливим джерелом підтримки для пацієнтів після ампутацій. Роль ерготерапевта полягає в тому, щоб працювати з пацієнтами, щоб максимізувати рівень їхньої незалежності в повсякденній діяльності. Це можна досягти шляхом оцінки повсякденного життя пацієнта, щоб визначити цілі, розпорядок дня та дії, які вони бажають підтримувати, захищати або працювати над досягненням.

Мета дослідження. Аналізувати ерготерапевтичні підходи для осіб з ампутаціями кінцівок.

Результати досліджень. Втрата кінцівок має величезний згубний вплив на всі аспекти життя, від зовнішнього вигляду, відчуттів до функціонування, життя та автономності. Люди з ампутуваними нижніми кінцівками на протезах

можуть пересуватися з поганою м'язовою та кінематичною координацією, нижчою стабільністю та витривалістю, вищим рівнем страху та ризиком падіння. Компенсаторна корекція ходи може спричинити атрофію м'язів, біль у спині та остеоартрит [4,6]. З іншого боку, більше чверті людей з ампутованими кінцівками розвинули депресивні симптоми з уявною соціальною стигмою та поганою самоефективністю щодо образу тіла. Крім того, повідомлялося, що 78% людей з ампутованими кінцівками звільнилися з роботи через ампутацію, у яких безробіття спричинило погіршення стану здоров'я [4].

Фантомна кінцівка – інвалідизуючий нейропсихіатричний стан у людей з ампутованими кінцівками, що призводить до болю та розладів, які впливають на їхні функції, якість життя та самостійність. Біль і відчуття фантомної кінцівки також можуть викликати психологічний дистрес, тривогу та депресію в осіб з ампутацією та заважати їхній адаптації до життя після ампутації.

Ерготерапевт — це один із членів мультидисциплінарної команди, який може допомогти пацієнту із синдромом фантомних кінцівок. Окрім того, що синдром фантомної кінцівки викликає занепокоєння у пацієнтів та відволікає, він також може заважати здатності правильно використовувати протези та виконувати повсякденні дії. Працюючи з ерготерапевтом, пацієнт зможе навчитися контролювати біль і відчуття у фантомній кінцівці, щоб зосередитися на своїх завданнях [4].

Управління болем у фантомних кінцівках є одним із критичних елементів догляду за ампутантами. Таким пацієнтам призначають загальні ліки, включаючи превентивну анальгезію та анестезію, ацетамінофен і нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), опіоїди, антидепресанти, протисудомні препарати, кальцитонін тощо. Хірургічні втручання, такі як ураження зони входу дорсального корінця, стимуляція спинного мозку або моторної кори, можуть бути останнім заходом, якщо інші методи лікування не вдаються [1].

Дзеркальна терапія, найпоширеніший консервативний метод лікування, спрямована на відновлення зв'язку зорово-пропріоцептивної сутності мозку у відповідь на запропоновану основу щодо нейропластичних змін соматосенсорної кори та реорганізації кортикальної карти тіла [2]. У реальній практиці дзеркало розміщують посередині сагітально, щоб показати відображення неушкодженої кінцівки. Люди з ампутованими кінцівками спостерігають за дзеркалом і їм пропонують рухати неушкодженою кінцівкою та «ампутованою» кінцівкою одночасно та симетрично. Тактильні відчуття

також можуть бути викликані одночасним дотиком неушкодженої кінцівки та віртуальної кінцівки в дзеркалі [1].

У будь-якому випадку, завдяки підходу, заснованому на пластичності, дзеркальна терапія демонструє деякі клінічні докази полегшення болю з запропонованою правдоподібністю щодо неадаптивного стану мозку [5].

Нова технологія, «розширена» реальність (X-reality), яка включає віртуальну, доповнену та змішану реальність, надає інструментарій для доповнення та посилення ефектів дзеркальної терапії. Перший звіт про віртуальну реальність почався з набору окулярів і рукавичок у середині 1980-х років Джароном Ланьєром. На практиці змішана реальність акцентує увагу на інтеграції об'єктів реального та віртуального світу з взаємодією в реальному часі, що може покращити рівень занурення у віртуальність.

В багатьох дослідженнях віртуальна реабілітація або навчання з втручаннями на основі X-реальності продемонстрували багатообіцяючі результати в різних сферах, включаючи рухову, когнітивну, поведінкову, емоційну, на додаток до фізіотерапії, фізичне виховання, сприяння фізичній підготовці. Вони також застосовувалися в таких сферах, як навчання побутовим навичкам і професійне навчання.

Незважаючи на відсутність переконливих доказів, існували інші нефармакологічні втручання, які можна було б інтегрувати та доповнювати лікування фантомних кінцівок, наприклад TENS, електросудомна терапія, акупунктура та психологічне лікування [3].

Висновки: Втручання на основі X-реальності, включаючи віртуальну реальність, доповнену реальність і змішану реальність, були впроваджені для лікування фантомних кінцівок і продемонстрували багатообіцяючий позитивний ефект у зменшенні болю.

#### Список літератури

1. B. Subedi, G.T. Grossberg Phantom limb pain: mechanisms and treatment approaches Pain Res. Treat (2011), Article 864605.
2. B. Subedi, G.T. Grossberg Phantom limb pain: mechanisms and treatment approaches Pain Res. Treat (2011), Article 864605.
3. E.J. van de Wetering, K.M. Lemmens, A.P. Nieboer, R. Huijsman Cognitive and behavioral interventions for the management of chronic neuropathic pain in adults—a systematic review Eur. J. Pain, 14 (2010), pp. 670-68.

4. James Chung-Wai Cheung X-reality for phantom limb management for amputees: A systematic review and meta-analysis *Engsneered Regeneration*, 4 (2023), pp 134-151.

5. M. Ortiz-Catalan Phantom motor execution facilitated by machine learning and augmented reality as treatment for phantom limb pain: a single group, clinical trial in patients with chronic intractable phantom limb pain *Lancet*, 388 (2016), pp. 2885-2894.

6. Z. Xu, F. Yan, T.L.W. Chen, M. Zhang, D.W.C. Wong, W.T. Jiang, Y.B. Fan Non-amputated limb muscle coordination of unilateral transfemoral amputees *J. Biomech.*, 115 (2021), Article 110155.

## **ДИСТАНЦІЙНА СПІВПРАЦЯ КОМАНДИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

**Оксана Гаяш,**  
*кандидат педагогічних наук,*  
*доцент кафедри фізичної реабілітації*

В період воєнного часу набирає обертів вимушене дистанційне навчання. І якщо навчання для більшості освітян у дистанційному форматі є звичним, то дистанційне навчання для дітей з особливими освітніми потребами (далі – ООП) має свої нюанси, аспекти та складнощі.

Війна суттєво вплинула на якість освіти взагалі, у тому числі і дітей з ООП: багато дітей з ООП, які навчаються інклюзивно, «випали» з освітнього процесу. Не тому, що вони так хочуть, а тому, що ці діти потребують психолого-педагогічного супроводу під час навчання (очного чи дистанційного). Це означає, що і діти з ООП, як майбутні випускники шкіл, і всі фахівці, які їх супроводжують повинні вміти працювати віддалено: організовувати свій час, володіти різноманітними цифровими інструментами, якісно працювати в команді через Інтернет.

В умовах війни, коли вчителі й учні, у тому числі і діти з ООП, не завжди можуть бути поруч, взаємодія між учасниками команди психолого-педагогічного супроводу: адміністрацією закладу освіти, вчителями,

асистентами вчителів, корекційними педагогами, психологами, дітьми з ООП і батьками – набуває особливої актуальності.

Команда психолого-педагогічного супроводу є важливою частиною якісного інклюзивного навчання у закладі освіти. Адже саме вона розробляє індивідуальну програму розвитку дитини, моніторить її виконання, вносить зміни, створює умови для інтеграції дітей з ООП в освітнє середовище та допомагає вчителям організувати інклюзивне навчання.

До процесу дистанційного навчання мають бути залучені всі члени команди психолого-педагогічного супроводу дитини з ООП, які реалізують індивідуальну програму розвитку дитини.

Психолого-педагогічний супровід дитини з ООП в закладі освіти з інклюзивним навчанням – це взаємоузгоджена комплексна діяльність команди фахівців та батьків дитини, спрямована на створення необхідних умов, що сприяють розвитку особистості дитини, засвоєнню нею знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, її самореалізації та інтеграції в соціум [1, с. 11].

В центрі уваги команди психолого-педагогічного супроводу є дитина, дотримання і відстоювання її інтересів, повага до індивідуальних особливостей, зберігання конфіденційності та недопущення дискримінації і порушення прав дитини. Досягти цього можливо лише у команді колективу закладу освіти із залученням батьків дитини з ООП, а також фахівців інклюзивно-ресурсного центру (ІРЦ) та іншої міжвідомчої співпраці.

Запорукою успішного інклюзивного навчання дитини з ООП в умовах війни є злагоджена робота вчителя і асистента вчителя. Тож вчитель та асистент вчителя мають спільно готуватися до уроку, добирати завдання, які допоможуть учневі опанувати тему, модифікувати та адаптувати за потреби завдання, тим самим забезпечивши рівні умови та однакову включеність у процес усіх учнів класу.

Організовуючи навчання дітей з ООП за дистанційною формою варто пам'ятати, що ця категорія дітей є переважно візуалами, тому для кращого розуміння навчального матеріалу їм необхідна візуальна підтримка.

Дистанційне навчання можна застосовувати для дітей з ООП, спираючись на чотири головні принципи дистанційного навчання, а саме: інтерактивності, диференціації, пластичності, принцип індивідуального підходу.

Участь асистента вчителя дуже важлива на всіх етапах взаємодії команди супроводу. Діти з ООП потребують під час освітнього процесу додаткової або тимчасової підтримки з боку асистента вчителя.

Що має робити асистент учителя?

1. Аби допомогти вчителю викладати урок через відеозв'язок, треба працювати в парі з іншим вчителем (асистентом вчителя), який модеруватиме процеси. Асистент може робити це зі свого комп'ютера. До прикладу, вмикати та вимикати мікрофони, аби ту людину, яка веде урок або відповідає на запитання, було чути, показувати презентації та відео, спостерігати, що роблять учні. Також модератор може спілкуватися паралельно в чаті з батьками.

2. Асистент вчителя також обробляє завдання, які отримують учні з типовим розвитком, і дає їх дітям з ООП (ідеться про адаптацію чи модифікацію завдань, що асистент вчителя робить для навчання і у класі). Часом потрібно дати додаткові завдання, часом спростити [3].

Сьогодні багато асистентів учителів в інклюзивних класах працюють на уроках за допомогою Google Classes. Частина завдань діти з ООП можуть опрацьовувати з допомогою асистента вчителя в окремій онлайн-кімнаті чи індивідуально. Корекційна робота може бути організована для всіх учнів з ООП через платформу Google Workspace for Education, якими може користуватись кожен асистент вчителя, який потребує методичної чи інформаційної допомоги.

Незалежно від місця перебування учнів з ООП заклади освіти мають прикласти всі зусилля, аби такі діти отримали необхідне корекційно-розвивальне навчання, корекційно-розвиткові послуги у безпечних умовах.

Дистанційне навчання дає можливість організувати корекційний супровід навчання і виховання дітей з ООП під час війни.

Команда психолого-педагогічного супроводу забезпечує дитину комплексом корекційно-розвиткових послуг згідно з рекомендаціями ІРЦ.

Якщо у дитини є можливість продовжувати корекційні заняття – чудово!

Якщо такої можливості немає, то:

1. Батьки можуть самі організувати підтримуюче навчання.
2. Фахівці, які займалися з дитиною, можуть звернутися до своїх колег для надання супроводу.
3. Дізнатися, чи працюють фахівці у тому місті чи селі, де тимчасово проживає дитина (ІРЦ, спеціальні заклади).

Корекційні заняття мають проходити у визначені дні та години.

Корекційно-розвиткові заняття, які проводять вузькі спеціалісти, можна проводити в он-лайн форматі у програмі Zoom. Це можуть бути як індивідуальні, так і групові форми роботи.

Наприклад вчителі-логопеди проводять артикуляційні вправи з дітьми – і ті все повторюють. А тим дітям, які не можуть повторювати, необхідна допомога батьків. Тоді батьки сидять поруч на заняттях і пробують за рекомендацією логопеда виконати те чи інше завдання. Тобто заняття відбуваються он-лайн так само, як і оф-лайн, але з допомогою батьків [3].

Запорукою успіху психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП є співпраця з батьками. Вони є активними і рівноправними партнерами в команді психолого-педагогічно супроводу дитини.

Для ефективної роботи команди важливо, щоб батьки:

- Брали активну участь у засіданнях команди.
- Надавали команді інформацію про особливі потреби дитини, її темперамент, інтереси, уподобання, способи кращого сприйняття інформації. Розповідали, як проходить освітній процес, які труднощі виникають у дитини.
- Ініціювали зміни до індивідуальної програми розвитку дитини, якщо батьки вбачають таку потребу, аргументуючи, чому ці зміни необхідні.
- Узгоджували з командою розклад корекційно-розвиткових занять дитини.

Неможливо організувати ефективну роботу дітей з ООП в дистанційній формі, не залучаючи до цього процесу їх батьків

Участь батьків дітей з ООП під час відео уроків може бути:

*Пасивна.* Коли дитина не хоче в цей момент або не може рухати руками, а завдання бувають такими, щоб дати їй можливість потримати ручку й намалювати або щось обвести. Тоді батьки мають працювати з дитиною за принципом «рука в руці» – взяти руку дитини у свою, вкласти ручку й разом виконати вправу.

*Часткова.* Коли під час того ж завдання доречно наполягти на його виконанні, знайти мотивувальний фактор, вмовити, вкласти ручку до руки дитини, а вона сама зможе виконати вправу.

*Непомітна.* Коли дитина може виконувати всі завдання самостійно й від батьків передбачається лише організаційна та контролююча функція [2].

Батькам необхідно пояснити, якої саме допомоги від них чекають.

Вчителі мають зрозуміти, що в дистанційному навчанні батьки є їхніми партнерами. Тому перед тим як починати урок/заняття, треба виділити час на роботу з батьками. До прикладу, корекційному педагогу варто пояснити батькам, як виконувати вправи з дрібною моторикою та як допомогти дитині. Також слід запитати батьків, чи в них є матеріали, які треба для розвитку



моторики. Якщо немає – треба передати ці матеріали або пояснити, як зробити їх власноруч.

Отже, проведене дослідження дозволяє стверджувати, що для досягнення позитивних результатів у навчанні учнів з ООП під час воєнних дій необхідна злагоджена дистанційна співпраця команди психолого-педагогічного супроводу дитини, важливо підтримувати зв'язок з іншими педагогами команди супроводу дистанційно (ділитися навчальними ресурсами та матеріалами зі своєю командою, наприклад через Google Диск).

#### Список літератури

1. Інклюзивне навчання в закладах загальної середньої освіти: керівництво для тренерів : навчально-методичний посібник. Київ, 2018. 174с.

2. Холодова Т. М. Психолого-педагогічні технології дистанційного навчання дітей з особливими освітніми потребами. *Організація дистанційного навчання дітей з особливими освітніми потребами* / упорядник: Н.В. Васильєва. Полтава : ПОППО, 2021. 65 с. URL: <https://ed.poippo.pl.ua/handle/022518134/554>.

3. Як організувати дистанційне навчання для дітей з ООП. Досвід вчителів. URL: <https://nus.org.ua/articles/yak-organizuvaty-dystantsijne-navchannya-dlya-ditej-z-oor-dosvid-vchyteliv/>

### **РАННЄ ВТРУЧАННЯ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВІДІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАННЬОГО ТА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Маріанна Кляп,**

*кандидат педагогічних наук, доцент  
доцент кафедри фізичної реабілітації*

За останні роки проблеми корекційної допомоги дітям з особливими освітніми потребами стали на одне з провідних місць в освітній галузі України. Вхідження нашої держави в європейський та світовий освітній простір неможливий без впровадження в освіту України політики поваги та толерантності до всіх дітей, не зважаючи на їх особливості. Інтеграція та інклюзія стали одними з провідних напрямів реформування української освіти, забезпечуючи рівний доступ до якісного навчання у закладах освіти всім дітям.

Однак ще декілька років тому до початку навчання діти раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку або загрозою їх розвитку залишалися турботою тільки своїх родин, які зрідка могли отримувати допомогу відповідних фахівців. Зараз такі діти та родини отримують допомогу через послугу раннього втручання.

Багато дослідників (О. Роговська, Г. Кукуруза, С. Хоменко) розглядали важливість ранньої корекції розвитку, як вона впливає на особистість дитини й аналізували систему раннього втручання, яка започатковується тепер і в Україні.

Послуга раннього втручання – це послуга, яка поєднує медичну, психологічну, педагогічну та соціальну складові і надається мультидисциплінарною командою фахівців. Вона спрямована на забезпечення розвитку дітей від народження до 4-х років з порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень, зростання та виховання їх у середовищі, природньому для дітей відповідного віку без порушень або максимально наближеному до нього, підтримку та розвиток компетентності батьків з метою створення умов для підвищення рівня участі дітей у повсякденному житті та їх соціальної інклюзії [3, с.8]. Прогрес в галузі наукових знань про ранній розвиток, його нейробіологічну основу, роль раннього досвіду і взаємодії дітей з навколишнім середовищем став важливим фактором в активному поширенні раннього втручання. Сьогодні існують вагомі докази того, що те, що відбувається в перші роки життя людини, може мати радикальні наслідки упродовж усього її життя. З точки зору нейробіології в цей період діти особливо піддатливі і сприйнятливі до змін, які можуть позитивно або негативно вплинути на їхній розвиток.

Клієнтами послуги раннього втручання можуть бути сім'ї, що виховують дітей до 4-х років:

- з діагнозами, що передбачають наявність порушень розвитку, незалежно від ступеня їх тяжкості;
- з порушеннями або затримками розвитку, що зафіксовані за допомогою оціночних шкал і методик;
- з ризиками виникнення проблем або порушень в розвитку (біологічні та соціальні).

Програми раннього втручання не будуть успішними в тих випадках, коли зусилля спрямовані виключно на дитину. Тому вкрай важливо приділяти увагу факторам середовища, в якому існують діти та їхні сім'ї, і сприяти таким

змінам, які розширюють можливості існуючих навичок як дітей, так і їхніх сімей.

Надання послуги раннього втручання базується на певних принципах.

1) Сімейноцентрованість – визнання центральної ролі сім'ї та заохочення її сильних сторін та можливостей. В рамках цього підходу сім'ям надається підтримка у догляді за дитиною, при цьому робиться акцент на унікальних та диференційованих можливостях родини. Визначається і поважається ключова роль сім'ї, яка розглядається як основна одиниця втручання і головний елемент процесу ухвалення рішень і догляду за дитиною [2, с.77]. При реалізації сімейноцентрованого підходу послугу раннього втручання отримує вся сім'я як одне ціле, бо враховуються потреби всіх членів родини. Фахівці та сім'ї працюють у партнерстві та співпраці. Практика раннього втручання відповідає пріоритетам і цілям сімей.

2) Міждисциплінарність та командність. Послугу раннього втручання надає команда фахівців, що складається з психолога, спеціального педагога (логопеда), фізичного терапевта й лікаря (педіатра або невролога). Кожен член команди володіє певним об'ємом знань суміжних областей, що формує загальну мову в команді та розширює можливості кожного спеціаліста у вирішенні своїх професійних задач. Фахівці працюють з одним пакетом документів, разом вивчають потреби сім'ї, заповнюють профіль розвитку дитини, визначають в роботі одну мету, для досягнення якої вони будуть працювати разом з батьками. В роботу з сім'єю не може бути включено лише одного фахівця, оскільки потреби дитини та сім'ї не обмежуються вирішенням однієї проблеми, тому навколо кожної сім'ї формується команда фахівців. Батьки дитини є повноправними членами команди й приймають активну участь у всіх етапах реалізації послуги.

3) Функціональний підхід - метою оцінки й предметом роботи є те, як дитина справляється з повсякденними життєвими ситуаціями, спираючись на те, що вона хоче, що вона вже вміє робити, як реалізує свої можливості, як різні фактори впливають на її здатність справлятися з повсякденними справами. Якість життя дитини безпосередньо залежить від її можливостей брати участь в повсякденному житті та її здатності впливати на життєву ситуацію.

4) Реалізація програм раннього втручання в природньому середовищі з використанням повсякденних рутин. Природні ситуації сприяють розвитку та розширенню різноманітних можливостей дитини (в соціальній, комунікативній, руховій та інших сферах), які, в свою чергу, покращують її здатність навчатися.

Послуга раннього втручання надається в типових повсякденних активностях дитини, що збільшує кількість можливостей для навчання [3, с.9].

Алгоритм надання послуги раннього втручання є проходження сім'єю та командою фахівців крок за кроком певних етапів:

- виявлення дітей з високим ризиком порушень психічного розвитку;
- оцінка потреб і пріоритетів дитини і сім'ї;
- розробка індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- надання та моніторинг послуги;
- оцінка результатів і задоволеності [2, с.104].

Етапи не тільки слідують один за одним у певній послідовності, але кожен з них є інтегративним, оскільки інформація та активності, актуальні на одному етапі, включаються в діяльність на інших етапах. Вся інформація, якою ділиться сім'я на будь-якому етапі, повинна враховуватися і використовуватися на всіх етапах.

Практика раннього втручання буде ефективною, якщо будуть активно задіяні всі три її компоненти: професійні знання, побудова відносин, партисипаторність. Компонент «Професійні знання» - це спеціалізовані знання фахівців (професійна підготовка, досвід, компетенції), що використовуються в інтересах дітей та їхніх сімей. Компонент «Побудова відносин» - практичні аспекти надання допомоги, які створюють і зміцнюють відносини між родиною та фахівцями: активне і рефлексивне слухання, емпатія, щирість, довіра, розуміння, співчуття і зацікавленість. Цей компонент також включає в себе уявлення фахівця, його переконаність в компетентності сім'ї та її здатності ефективно справлятися з повсякденними ситуаціями, тривогами і бажаннями. Компонент «Партисипаторність» - практичні аспекти надання допомоги, що підтримують усвідомлений вибір і участь сім'ї. Цей компонент підсилює здатність сім'ї розвиватися і позитивно впливає на її самоефективність і ступінь контролю над власним життям. Партисипаторність надає унікальний характер сімейноцентрованим практикам, підкреслюючи активну участь сім'ї в процесі досягнення своїх цілей, розширює можливості сім'ї, а не сприяють формуванню залежності від фахівців і послуг.

Практики раннього втручання широко розповсюджені у більшості європейських країн, США та Канаді. В останні роки починає активно впроваджуватися і в Україні. Закарпаття – один з небагатьох регіонів України, де вже працює система надання послуг раннього втручання. Наразі ця послуга отримала в Ужгороді додатковий важливий розвиток – створено відділення

раннього втручання в Обласному центрі комплексної реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів. Тож, разом із медико-соціальним реабілітаційним центром «Дорога життя» родини, які виховують дитину з порушенням здоров'я, можуть отримати фахову допомогу і тут [1].

Висновки. Раннє втручання – складний і безперервний процес, в ході якого вирішуються непрості завдання, у фокусі яких дитина раннього віку з порушеннями розвитку. Ця робота вимагає глибокої прихильності та узгодженості зусиль усіх зацікавлених сторін та різних етапах функціонування цієї системи. Першочергове завдання раннього втручання полягає у забезпеченості кожній дитині й кожній сім'ї з їхніми особливими потребами можливості ефективно користуватися, яка відповідає їхнім унікальним і складним обставинам. Комплексний характер раннього втручання, обумовлений складністю і різноманітністю потреб дітей і сімей, вимагає узгодженої і трансдисциплінарної роботи з боку фахівців різних галузей. Професійні знання, побудова відносин і партисипаторність, що застосовуються фахівцями в роботі з сім'ями, є компонентами, що визначають ефективність наданої допомоги і успіх сімейноцентрованого раннього втручання.

#### Список літератури

1. Департамент соціального захисту населення Закарпатської ОДА. URL: [https://www.facebook.com/DsznZak/posts/1595831483785344/?locale=hi\\_IN&paipv=0&eav=AfatyPrkfZVN7\\_fmb-Scpun4BHHEoZiNYRNN\\_eRb](https://www.facebook.com/DsznZak/posts/1595831483785344/?locale=hi_IN&paipv=0&eav=AfatyPrkfZVN7_fmb-Scpun4BHHEoZiNYRNN_eRb)

2. Рекомендовані практики раннього втручання: посібник для фахівців. – Харків: Факт, 2021. 356 с.

3. Технологія раннього втручання: принципи, алгоритм, зміст (методичні рекомендації)/ укладачі: Г.В. Кукуруза, О.О. Близнюк на ін. – Харків, 2017. – 37с.

## **ТАНЦЮВАЛЬНО-РУХОВА ТЕРАПІЯ ЯК ЗДОРОВ'ЯФОРМУЮЧИЙ ЗАСІБ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Лариса Ляховець,**

*старший викладач кафедри фізичної реабілітації*

Вступ. Привабливість танцювально-рухової терапії (ТРТ) полягає для сучасної людини в тому, що цей метод використовує невербальні способи

самовираження і спілкування. В процесі творчості активно задіюється права півкуля мозку [1]. Сучасна ж цивілізація задіює в основному вербальну систему спілкування і ліву «логічну» півкулю. Нормальний, гармонійний розвиток людини передбачає рівноцінний розвиток обох півкуль і нормальну міжпівкульну взаємодію. Більш того, деякі види активності людини вимагають, як раз, роботи правої півкулі - творчість, інтуїція, культурна освіта, створення сім'ї, виховання дітей і, звичайно, романтизм в любовних відносинах [2, 4]. ТРТ апелює до внутрішніх, самозцілюючих ресурсів людини, які тісно пов'язані з його творчими можливостями [5]. Вони дозволяють людині краще пристосовуватися до життя, бути більш успішним в постійно мінливому світі. Вивчення і розвиток танцювально-рухової терапії може стати позитивним кроком до подальшого вдосконалення альтернативних шкіл вітчизняної освіти і має практичну значимість для фахівців галузі «охорона здоров'я».

Мета дослідження. Підвищення рівня фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку шляхом впливу комплексної програми занять ТРТ на функціональний стан дихальної, серцево-судинної системи, фізичну підготовленість та неспецифічну опірність організму.

Виклад матеріалу. Для вирішення поставлених завдань в умовах спортивно-танцювального клубу «Ескада» було обстежено 15 тематичних дітей 6-8 років, в тому числі дівчат – 11 (73,3%), хлопчиків – 4 (26,7%), які займалися ТРТ. Функціональний стан дихальної системи оцінювали за допомогою спірометрії. Проводили пробу Руф'є для оцінки реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження і функціональну готовність організму до виконання фізичних вправ. Оцінку рівня фізичної підготовленості проводили за даними рухових тестів [3]. Шляхом анкетування батьків про кількість днів у році, які діти пропустили по хворобі, ми оцінювали стан неспецифічної опірності організму дітей, які займалися ТРТ. Програма ТРТ розрахована у кількості 144 години на рік, два рази на тиждень по 45 хвилин. В процесі занять танцювальною терапією використовуються елементарні ігрові завдання - це тілесний тренінг (базові вправи і робота з усім тілом), гра з рухом (ритмічна гра), вільні вправи (імпровізація).

В результаті досліджень, проведених в динаміці через 3 місяці від початку занять ТРТ, у дітей молодшого шкільного віку відмічено достовірне підвищення ЖЄЛ, яке відбулося у дівчат 7-ми років з  $1,23 \pm 0,04$  л до  $1,40 \pm 0,04$  л ( $p < 0,01$ ) та у дівчат 8-ми років з  $1,49 \pm 0,03$  л до  $1,76 \pm 0,03$  л ( $p < 0,001$ ). У хлопчиків 6 років спостерігалась лише тенденція до підвищення ЖЄЛ.

Натомість у хлопчиків 7-ми і 8-ми років достовірно підвищився відносний показник ЖЄЛ<sub>відн</sub>, а саме: показник у хлопців 7-ми років зріс з  $58,41 \pm 1,28$  мл · кг<sup>-1</sup> до  $64,51 \pm 2,16$  мл · кг<sup>-1</sup> ( $p < 0,01$ ) та у хлопців 8-ми років зріс з  $61,97 \pm 1,29$  мл · кг<sup>-1</sup> до  $75,08 \pm 1,78$  мл · кг<sup>-1</sup> відповідно,  $p < 0,001$ . Так само достовірні зміни відбулися і у підвищенні відносного показника ЖЄЛ<sub>відн</sub> у дівчат 7-ми і 8-ми років. Змін функціональних показників дихальної системи у обстежених дітей 6-ти років незалежно від статі не відбулося, що пояснюється відсутністю так званого «стажу» занять ТРТ.

При визначенні рівня фізичної працездатності у дітей молодшого шкільного віку, які займалися ТРТ, було відмічено, що показники індексу Руф'є покращилися, що відобразилося на показниках кількості балів, які характеризують фізичну працездатність обстежених дітей. Але при цьому, достовірних змін рівня фізичної працездатності у обстежених дітей не відбулося, рівень фізичної працездатності залишився на середньому рівні. На нашу думку, це пов'язано з тим, що період часу занять ТРТ (3 місяці) є недостатнім для суттєвого підвищення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи, і як наслідок, достовірного підвищення рівня фізичної працездатності.

При проведенні порівняльної динаміки фізичної підготовленості обстежених дітей слід відмітити, що достовірне підвищення рівня фізичної підготовленості відбулося з вище середнього рівня до високого у дівчат за показником максимальної сили (з  $9,35 \pm 1,31$  до  $14,15 \pm 0,97$  разів згинання і розгинання рук в упорі лежачи). У хлопчиків також відбулися достовірні зміни рівня фізичної підготовленості за показником максимальної сили з середнього рівня фізичної підготовленості до рівня вище середнього (з  $12,85 \pm 1,36$  до  $17,85 \pm 2,33$  разів згинання і розгинання рук в упорі лежачи). Також відбулося достовірне підвищення швидко-силової витривалості м'язів тулуба (за даними піднімання тулуба в сід за 30 с) у обстежених дівчат і хлопців молодшого шкільного віку до високого рівня фізичної підготовленості,  $p < 0,05$ . При аналізі динаміки змін рівня фізичної підготовленості за показниками спритності (човниковий біг 4×9) та силових якостей (стрибок у довжину з місця) достовірних змін рівня фізичної підготовленості не відбулося як у хлопчиків, так і дівчат, але при цьому внаслідок занять ТРТ рівень фізичної підготовленості за показником силових якостей підвищився з нижче середнього рівня до середнього, а саме: дистанція за даними рухового тесту «стрибок у

довжину з місяця» збільшилася з  $117,5 \pm 5,11$  см до  $125,0 \pm 5,24$  см у хлопчиків і з  $109,4 \pm 5,16$  см до  $112,1 \pm 5,27$  см у дівчат.

За результатами опитування батьків щодо показників поточної захворюваності дітей, кількість днів по хворобі у дівчат 6 років зменшилась з 24 днів у році до 15, у дівчат 7 років з 21 дня до 9 днів у році, а дівчата 8 років після застосування танцювальних вправ під час занять ТРТ пропустили по хворобі лише 7 днів у році. Обстежені хлопчики, які застосовували танцювальні вправи, пропускали по хворобі в середньому 12,3 дні у році.

Висновок. Отримані дані свідчать про те, що система занять танцювальними вправами створює позитивний оздоровчий вплив на резерви потужності дихальної та серцево-судинної системи. В свою чергу це відображається на загальному стані організму, що призвело до підвищення рівня фізичної підготовленості, фізичної працездатності та здоров'я дітей 6-8 років.

#### Список літератури

1. Коцур Н.І. Основи здоров'я учнів основної школи: навч. метод. посіб. Н.І. Коцур, Л.П. Товкун, К.С. Варивода. Переяслав-Хмельницький: ФОП Домбровська Я.М., 2016. 333 с.

2. Крошка С. А. Використання оздоровчої гімнастики у дошкільному закладі / С. А. Крошка // Пошуки та знахідки : матеріали наукової конференції ДДПЗ «Донбаський державний педагогічний університет». Слов'янськ, 2015. Вип. 15, С.92–95.

3. Круцевич Т.Ю., Воробьев М.И. Контроль в физическом воспитании детей, подростков и юношей: уч. пособие для студентов высших учебных заведений физического воспитания и спорта. Киев, ТОВ «Полиграф-Експрес», 2005. 195 с.

4. Миздренко О.М. Оздоровчі технології у профілактиці захворювань дихальної системи школярів. Молодий вчений. 2017. № 9.1 (49.1). С.119-123.

5. Сократова Н. В. Сучасні технології збереження і зміцнення здоров'я дітей: Навчальний посібник. К.: Просвіта, 2009. 345 с.



## ОСНОВИ МЕДИЦИНИ

### СИСТЕМА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ

**Ксенія Мелега,**

*кандидат медичних наук, доцентка,  
завідувачка кафедри основ медицини*

**Людмила Русин,**

*кандидат медичних наук,  
доцентка кафедри основ медицини*

**Юлія Дуткевич-Іванська,**

*старша викладачка кафедри основ медицини*

Вступ: на сьогоднішній день, в умовах соціально-політичної ситуації, коли в країні ведеться війна, важлива роль приділяється рівню здоров'я громадян України. Саме тому ця багатоаспектна проблема національної системи охорони здоров'я, її ефективна організація, функціонування та державне регулювання привертає увагу багатьох науковців. Зокрема одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я є державне управління найчисленнішої ланки медичного персоналу — медичних сестер. Адже високий професіоналізм і раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращенню якості, доступності та підвищенню економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні здоров'я й профілактиці захворювань [1, ст. 18].

Актуальності набуває дослідження сучасного стану державного управління медсестринства в Україні та розроблення шляхів перспективного розвитку. Важливість та необхідність дослідження даної тематики полягає в тому, що відбувається активне формування нормативно-правової бази в сфері медицини та необхідність прискорення адаптації українського законодавства до європейських норм [2, ст. 3].

Таким чином, актуальність дослідження визначається об'єктивною потребою в реформуванні медичної галузі в Україні та недостатньою розробленістю проблематики державного управління національною системою розвитку та реформування медсестринства.

Мета роботи: дослідження сучасного стану державного управління медсестринства в Україні та розроблення шляхів перспективного розвитку.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення сучасної фахової літератури з досліджуваної тематики.

Результати дослідження: медичні сестри як в Україні, так і за її межами — це найбільша та найпоширеніша категорія працівників сфери медицини. Сьогодні в медичній галузі України працює близько 1 мільйона 58 тисяч працівників, із них — 435 тисяч осіб середнього медичного персоналу, з них 300 тисяч (69 %) — медичних сестер, а це 46 % від усіх зайнятих в охороні здоров'я. В Європі їх кількість сягає близько 5 млн. Саме тому без державного регулювання та реформування медсестринства будь-які позитивні зміни в сфері медицини неможливі.

Сестринська справа (медсестринство) за визначенням ВООЗ — це «складова частина системи охорони здоров'я, яка спрямована на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища». Вона відіграє важливу роль у реалізації соціальних, психологічних, духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості здоров'я та життя пацієнтів [1, ст. 19].

На сьогодні актуальності набуває проблема державного управління медсестринської діяльності в Україні. Саме роль держави відіграє неабияку роль у формуванні та розвитку медсестринства. Варто зауважити, що важливим етапом в розвитку медсестринства стало створення Асоціації медичних сестер України, яка налічує близько 80 000 медичних сестер. Створена Асоціація бере активну участь в процесі формування законодавчо-нормативної системи в сфері охорони здоров'я [2, ст. 4].

Державне управління медсестринства включає в себе контроль якості медичної допомоги. У зв'язку із цим Наказом МОЗ України №752 від 28.09.2012р. затверджено «Порядок контролю якості медичної допомоги», основною метою якого є впровадження та організація роботи щодо управління якістю медичної допомоги. Відповідно до цього документу, якість медичної допомоги – це надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я [2, ст. 5].

Зауважимо, що в системі державного управління медсестринством вагому роль відіграло створення Координаційної Ради з питань розвитку медсестринства, основною ціллю якої є визначення пріоритетів в розвитку медсестринства в контексті реформування галузі охорони здоров'я.

Система державного управління медсестринства включає в себе заходи з реформування як практики розвитку медсестринства, так і її наукового осмислення. Основною ціллю державного управління є реформування медсестринства, як автономної галузі системи охорони здоров'я, яка включає в себе як практичну діяльність медичної сестри, так і медсестринську освіту. На нашу думку, державне управління медсестринства — це узагальнена та систематизована діяльність державних та приватних медичних установ, спрямованих на врегулювання проблем медсестринства за допомогою реалізації відповідних державних нормативно-правових актів з метою забезпечення належного рівня якості надання медичної допомоги [3, ст. 11].

Основу державної політики реформування медсестринства становлять відповідні статті Конституції України (ст. 27, 28, 43, 46, 49, 50 та інші), а також скоординований з ними Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» №1313/2000 від 07.12.2000р., де визначено шляхи розвитку охорони здоров'я. Зокрема у затвердженій Указом Концепції охорони здоров'я населення України, що спрямована на реалізацію положень Конституції України та Законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, на затвердження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, передбачено реорганізацію системи управління у сфері охорони здоров'я [3, ст. 13].

У системі державного управління медсестринства першочергове завдання полягає у вдосконаленні нормативно правової бази, приведення чинного законодавства до міжнародних норм та стандартів. Для ефективного управління медсестринською діяльністю, держава повинна враховувати міжнародний досвід [3, ст. 15].

Варто зауважити, що на сьогоднішній день стан нормативно-правової бази з регулювання та управління медсестринством не є досконалим і потребує допрацювання. Крім нормативно-правової бази, державне управління медсестринством включає в себе реформування медичної освіти. Саме держава повинна забезпечити надання ефективної освіти майбутнім медичним сестрам, адже якісна освіта є підґрунтям в розвитку медсестринства в Україні. Вітчизняна медична освіта повинна ґрунтуватися на європейських стандартах, де медична сестра відіграє особливо важливу роль, а не просто помічник лікаря, як це є в Україні [4, ст. 218].

Вагоме місце в системі державного управління медсестринства належить інноваційно-технологічному забезпеченні галузі, адже на сьогоднішній день технології, які необхідні для ефективної роботи медичної сестри, перебувають в край занедбаному стані [3, ст. 14].

Державне управління медсестринством неможливе без врахування результатів практичного досвіду і напрацьованих на його основі рекомендацій органам державного управління. На нашу думку, ефективне державне управління медсестринства можливе лише при здійсненні заходів стосовно міжнародного співробітництва в медсестринській справі та взаємодії з Міжнародною радою медичних сестер [4, ст. 265].

Необхідною умовою є запровадження системи стандартизації в охороні здоров'я. На сьогодні у зв'язку із розвитком менеджменту, важливою є професійна підготовка медичних кадрів у сфері управління. Саме такі етапи в державному управлінні медсестринства призведуть до вдосконалення діяльності медичних сестер та ефективності медичного обслуговування [4, ст. 156].

Висновки: із вищесказаного можемо зробити висновок, що вітчизняна система державного управління в медсестринстві ґрунтується і обмежується тільки на законотворчому рівні. Однак на сьогодні роль держави в медицині потребує кардинальних змін. Держава повинна бути гарантом і захисником прав та інтересів кожної людини. Механізм державного управління в медсестринстві являє собою складну проблему, яка потребує комплексного розв'язання та дослідження. Це сприятиме послідовному вирішенню цілої низки специфічних завдань. Тільки комплексне впровадження та використання запропонованих етапів державного управління в медсестринстві забезпечить ефективний її розвиток та вдосконалення.

#### Список літератури

1. Банчук М.В. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні. М.В. Банчук, О.П. Волосовець, Т. І. Чернишенко. Український науково-практичний журнал. Магістр медсестринства. Житомир: Полісся. 2008. Вип. 1. С. 18-21.

2. Біловол О.М. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні. Буковинський медичний вісник: науково-практичний журнал. Спецвип. / За ред. Т. М. Бойчука (гол. ред.) [та ін.]. Чернівці: БДМУ, 2007. С. 3-7.

3. Дуб Н.Є. Механізми державного управління реформуванням медсестринства в системі охорони здоров'я України: автореф. дис. канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Львів, 2011. 20 с.

4. Шегедин М.Б. Історія медицини та медсестринства. М.Б. Шегедин, Н.О. Мудрик. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 323 с.

## САНАТОРНО-КУРОТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦІЙНИЙ СИНДРОМ

**Фелікс Філак,**

*кандидат медичних наук, доцент*

Вступ. Актуальність сучасного стану проблеми виразкової хвороби обумовлена широкою поширеністю її серед дорослого населення, що в різних країнах світу складає від 5 до 15%. Виразки 12-палої кишки зустрічаються в 4 рази частіше, ніж виразки шлунка. Тому виразкове ураження гастродуоденальної зони перебуває в центрі уваги терапевтів і хірургів, оскільки виразкова хвороба (ВХ) має високу питому вагу серед інших захворювань травного каналу, часто рецидивує, зумовлює численні ускладнення, що зумовлює тривалу втрату працездатності хворих. Виникнення постгастрорезекційних синдромів та післяопераційних рецидивуючих виразок – один з основних недоліків органозберігаючих операцій, хоча дані літератури про їх частоту дуже різноманітні. Аналізуючи публікації за останні 5 років як в Україні, та і за кордоном про післяопераційні рецидиви виразкової хвороби автори прийшли до висновку, що міф про радикальність хірургічного лікування цієї хвороби поступово розсіюється і проблема рецидиву виразки після оперативного лікування стає актуальною, що потребує більшої уваги та відновного лікування [1, 5].

У хворих, які перенесли різні види операцій на шлунку і 12-палій кишці у більшості випадків у різні терміни після операції розвиваються постгастрорезекційні синдроми. Всі вони розглядаються як наслідки операції у зв'язку з новими умовами діяльності шлунка і кишечника. Тому рання реабілітація даної категорії хворих є актуальною [2, 4].

Мета роботи: удосконалити комплексну програму реабілітації хворих на постгастрорезекційний синдром в умовах санаторію.

Нами проведено спостереження у 30 хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою шлунка і 12-палої кишки віком від

50 до 60 років, з них 18 чоловіків і 2 жінки. При поступленні на санаторно-курортне лікування пацієнти були детально обстежені. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. Тривалість санаторно-курортного лікування становило 21 день. Для оцінки ефективності засобів фізичної реабілітації нами були використані наступні методи дослідження: клінічні показники, вивчення показників кислотності шлункового соку, психологічне обстеження.

За даними опитування практично всі хворі, які перенесли оперативне втручання скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який відзначали 28 (93,3%) хворих. Скарги на постійний ниючий біль в епігастрії, який поступово посилюється при ходьбі відзначали 17 (56,6% пацентів. Різка слабкість, пітливість, яка виникає після прийому їжі, серцебиття, що примушує хворого лягати в ліжку, здуття живота, бурчання по ходу кишечника відзначали відповідно 15 (50,0%) та 13 (43,3%) хворих. Рідкий стілець, дратівливість, емоційну нестійкість відзначали відповідно 11 (36,6%) і 19 (63,3%) хворих, які перенесли оперативне втручання. При пальпації відзначали болючість в ділянці епігастрію або післяопераційного рубця 22 (73,3%) хворих. Середній показник рівня рН тіла шлунка хворих становив  $2,91 \pm 0,38$ , антрального відділу –  $5,34 \pm 0,41$ . Методом ФАЖ у 28 (80,0%) хворих виявлено зниження ферментовидільної функції підшлункової залози натще і в період травлення. За даними опитувальної анкети Г. Айзенка у хворих виявлені дещо знижені оцінки по шкалі екстраверсії-інтраверсії ( $11,4 \pm 0,23$  балів) і високі по шкалі нейротизму ( $18,9 \pm 0,23$  балів). Підвищена активність вегетативної нервової системи, як правило, пов'язана зі схильністю до інтраверсії, яка, на думку Айзенка, є основою для виникнення страху. За даними Бека шкали самооцінки, рівень депресії хворих після перенесеної резекції шлунка складав  $19,2 \pm 1,08$  балів. Найбільш високі оцінки виявлені по таких симптомах шкали, як підвищена дратівливість, втрата задоволення, знижений настрій, низька працездатність та порушення сну.

В комплекс програми санаторно-курортної реабілітації входило: лікувальна гімнастика, лікувальний класичний масаж, озокеритотерапія на попереку, внутрішній прийом мінеральної води «Поляна Квасова», бішофітні ванни, валкіонтерапія.

У результаті проведених реабілітаційних заходів у 100,0% хворих покращилось самопочуття. Відчуття важкості в епігастрії після курсу реабілітації відзначали лише 10,0% пацієнтів. Постійний ниючий біль в

епігастрії виявляли у двох пацієнтів (6,6%). Нестійкий стілець, інколи проноси після реабілітації відзначали лише 16,6% хворих. Болючість при пальпації органів черевної порожнини відзначали 30,0% пацієнтів. Застосування засобів реабілітації вплинуло і на функціональний стан шлунка і дванадцятипалої кишки.

Рівень рН тіла шлунка у хворих після оперативного втручання достовірно знизився з  $2,91 \pm 0,38$  до  $2,09 \pm 0,41$  ( $P < 0,01$ ), в антральному відділі шлунка рівень рН знизився з  $5,34 \pm 0,41$  до  $4,21 \pm 0,27$  ( $P < 0,05$ ). Проведене повторно фракційне дослідження показало зниження ферментовидільної функції підшлункової залози натще і в період травлення зменшилось з 80,0% до 50,0%. За даними опитувальної анкети Г. Айзенка у хворих знижені оцінки по шкалі екстраверсії-інтраверсії ( $11,4 \pm 0,23$  балів) дещо підвищились. Початково високі показники по шкалі нейротизму ( $18,9 \pm 0,23$  балів) достовірно знизились і становили  $15,4 \pm 0,30$  балів ( $P < 0,05$ ). За даними Бека шкали самооцінки, рівень депресії хворих, які перенесли оперативне втручання після комплексу реабілітаційних заходів знизився з  $19,1 \pm 1,08$  балів до  $12,9 \pm 1,11$  балів.

Висновки. Використання комплексної санаторно-курортної реабілітації для хворих на постгастрорезекційний синдром позитивно впливає на клінічні показники, стан функціональної діяльності травної системи, підвищує психоемоційний стан пацієнтів. Застосування розробленої комплексної санаторно-курортної програми реабілітації сприяє, в порівнянні з традиційними методиками, швидшому одужанню, збільшенню періоду ремісії.

#### Список літератури

1. Вдовиченко, В. І. Функціональні захворювання органів травлення у світлі Римських III критеріїв / В. І. Вдовиченко, М.А. Бичков, Я.С. Денисюк. – Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького, 2010. – 105 с.
2. Методи ранньої курортної реабілітації хворих, які перенесли холецистектомію, ваготомію та резекцію шлунка: Метод. реком./Укр. НДІ МР та К; Склад.: Драгомирецька Н.В., Серебріна Л.О., Бондарчук Г.Ф. – Одеса, 1995. – 21с.
3. Михайловська, Н. С. Профілактика, реабілітація та санаторно-курортний відбір в практиці сімейного лікаря: навч. посібник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» /

Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Т.О. Кулинич, І.О. Стецюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 222 с.

4. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. - Том 3: Посібник. - К., 2010. - 304 с.

5. Філак, Я. Ф., Філак Ф.Г. Фізична терапія хворих після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки / Я. Філак, Ф. Філак, Т. Цюпак // Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура. – 2019 – Вип. 33. – С. 102-107.

## **ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

**Юлія Дуткевич-Іванська,**

*старша викладачка кафедри основ медицини*

**Ксенія Мелега,**

*кандидат медичних наук, доцентка,  
завідувачка кафедри основ медицини*

**Вікторія Кіш,**

*асистентка кафедри основ медицини*

Вступ. В умовах воєнного стану, запровадженого 24 лютого 2022 року у зв'язку з повномасштабним російським вторгненням в Україну, значної актуальності набуває проблема підвищення ресурсів здоров'я студентської молоді. Активні бойові дії на значній частині території України спричинили низку проблем у сфері вищої освіти, серед яких важлива проблема забезпечення стабільності та безперервності освітнього процесу [2]. З урахуванням необхідності створення максимально безпечних умов для учасників освітнього процесу домінуючою формою навчання стала дистанційна, яка поряд з багатьма перевагами пов'язана з численними складнощами: частою відсутністю світла, доступу до мережі інтернет, доступу до комп'ютера, перериванням навчальних занять та необхідністю переміщення в укриття у зв'язку з повітряними тривогами тощо. Виклики війни, складність життєвої ситуації, підвищені навчальні та психоемоційні навантаження, порушення режиму дня, сну і відпочинку, недостатня рухова активність здобувачів в умовах воєнного стану приводять до постійного стресу,



наслідками якого на психічному рівні можуть бути порушення концентрації уваги, пам'яті, логіки і швидкості мислення. Тяжкий психологічний стан негативно відображається на фізичному здоров'ї студентської молоді, у майбутньому може приводити до розвитку психосоматичних захворювань. В умовах сьогодення, що склались на теперішній час, важливо приділяти увагу питанням формування культури здоров'я студентів, прищеплювати навички здоров'язбережувальної поведінки [1].

Мета роботи – визначити рівень сформованості окремих складових здорового способу життя студентів-бакалаврів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ», окреслити шляхи підвищення ресурсів ментального та фізичного здоров'я в умовах воєнного часу.

Виклад матеріалу. Одним із основних шляхів збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді є формування здорового способу життя (ЗСЖ). Фахівці вважають, що ЗСЖ студентської молоді обов'язково повинен включати основні складові, що забезпечують здоров'я: здорове харчування; достатню рухову активність; раціональний режим праці та відпочинку; загартовування організму; особисту гігієну та психогігієну; оптимальні особистісні взаємини; відмову від шкідливих звичок; мотивацію до здоров'я, ЗСЖ і самооздоровлення. Усвідомлення індивідумом важливості дотримання ЗСЖ та активна здоров'ятворча діяльність є запорукою нормального функціонування організму та захисту його від несприятливих факторів навколишнього середовища [1, 4].

У дослідженні взяли участь 150 студентів 1-4 курсів денної форми навчання ФЗФВ, серед яких було 70 (46,7%) юнаків і 80 (53,3%) дівчат. Середній вік студентів –  $19,6 \pm 0,24$  роки. Рівень сформованості окремих складових ЗСЖ студентів вивчали на основі визначення індексу здорового способу життя (ІЗСЖ) [2, с. 12]. Для цього було проведено анонімне опитування студентів за розробленою анкетною, яка містить 10 блоків запитань, що торкаються різних аспектів здоров'я та способу життя конкретної особи. Всього в анкеті 47 запитань, із яких 40 використовуються для розрахунку загального показника – індексу здорового способу життя (ІЗСЖ) за 8 шкалами у балах, зокрема: 1) харчування; 2) сон; 3) фізична активність; 4) дозвілля; 5) режим дня; 6) контроль стресу; 7) соціальна активність; 8) відсутність шкідливих звичок. Максимальна кількість балів за кожною шкалою – 10 балів; максимальна загальна кількість балів, що відображає ІЗСЖ – 80 балів. Чим більшу кількість балів набирає респондент як за окремою шкалою, так і

загалом, тим більше його спосіб життя можна вважати здоровим. Оцінка показника ІЗСЖ: 1) високий – 80-65 балів, свідчить про здоровий спосіб життя; 2) середній - 64-40 балів, свідчить про наблизений до здорового спосіб життя; 3) низький - менше 40 балів, свідчить про те, що спосіб життя не можна вважати здоровим [4, с. 179-184].

На основі проведеного анкетування встановлено, що найнижчий показник ІЗСЖ серед студентів спостерігався на 1 курсі: у юнаків –  $38,2 \pm 1,41$  балів, у дівчат –  $39,3 \pm 1,16$  балів; він оцінюється як низький і свідчить про нездоровий спосіб життя. Починаючи з 2-го курсу ІЗСЖ у студентів вірогідно підвищувався порівняно з даним показником: 2 курс -  $44,0 \pm 1,48$  балів ( $p < 0,01$ ) у юнаків та  $45,7 \pm 1,23$  балів ( $p < 0,01$ ) у дівчат; з курс -  $47,7 \pm 2,05$  балів ( $p < 0,01$ ) у юнаків і  $51,8 \pm 1,08$  балів ( $p < 0,001$ ) у дівчат; 4 курс -  $47,7 \pm 2,12$  ( $p < 0,01$ ) у юнаків і  $46,1 \pm 2,28$  балів ( $p < 0,01$ ) у дівчат. Отримані дані свідчать про те, що спосіб життя студентів 2-4 курсів можна вважати наблизеним до здорового.

Загалом, серед студентів-юнаків найнижчі показники за більшістю шкал, що характеризують спосіб життя, характерні для першокурсників. Відносно низькі показники (менше 6 балів) у студентів усіх курсів виявляються за шкалами «Дозвілля», «Режим дня», «Контроль стресу» та «Соціальна активність». Серед дівчат-студенток найнижчі показники за більшістю шкал, що характеризують спосіб життя, також характерні для першокурсниць. Загалом, відносно низькі показники (менше 6 балів) у дівчат усіх курсів (за винятком 3 курсу) виявляються за шкалами «Фізична активність», «Дозвілля», «Режим дня», «Контроль стресу», а також за шкалами «Сон» і «Соціальна активність», що потребує впровадження оздоровчих заходів для корекції цих показників.

Проведене опитування засвідчує, що у процесі навчання у закладі вищої освіти, особливо в умовах воєнного стану, необхідним є створення належної мотивації та впровадження стимулів для творчого оволодіння студентами культурою здоров'я, підвищення рівня обізнаності студентів з питань здоров'язбереження, дотримання засад здорового способу життя, що передбачає здорове харчування, повноцінний сон, активний відпочинок, достатню фізичну активність щонайменше 150 хвилин у тиждень, використання засобів корекції психоемоційного стану та контролю стресу. З метою подолання наслідків стресу, пов'язаного з війною та воєнним станом, Міністерство освіти і науки України презентувало Екосистему психологічної допомоги у сфері освіти, яка покликана допомогти учасникам освітнього процесу, в т.ч. і

студентам, здобути навички управління стресом та психологічної підтримки одне одного у воєнний і повоєнний час [3]. Для надання доказової інформації – від хронічних та інфекційних захворювань до ментального здоров'я – в Україні створено платформу доказової інформації про здоров'я під час війни «Бережи себе» [5]. Тут можна ознайомитися з матеріалами з наступних тем: «Надзвичайні ситуації під час війни», «Як підтримувати своє здоров'я», «Хронічні та інфекційні захворювання» тощо, які допоможуть набути додаткових знань і навичок для зміцнення здоров'я, подолання стресу, запобігання небезпечним захворюванням.

Висновки. Таким чином, у більшості опитаних студентів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ», індекс здорового способу життя (ІЗСЖ) виявився на рівні середнього, що свідчить про наблизений до здорового спосіб життя, і в значній мірі може відображати набуття здоров'язберігаючих компетентностей упродовж навчання. При цьому найбільш низькі показники ІЗСЖ виявляються у студентів 1 курсу, що свідчить про нездоровий спосіб життя, і вказує на необхідність впровадження просвітницьких та здоров'язберігаючих заходів. Виявлено суттєві порушення у режимі дня студентів, пасивне проведення дозвілля, нестача фізичної активності і сну, відсутність заходів для контролю стресу, особливо характерні для дівчат, а також надмірне захоплення соціальними мережами, що властиве у більшій мірі для юнаків, та вимагає додаткових заходів для корекції виявлених відхилень у способі життя студентів усіх курсів. Отже, формування культури здоров'я та здорового способу життя студентів є однією з найважливіших умов підвищення рівня ментального та фізичного здоров'я в умовах воєнного стану.

#### Список літератури

1. Авдеєнко І. М. Культура здоров'я студентів та середовищний підхід до її розвитку в умовах вищого навчального закладу. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. С. 289-293.

2. Будзьяк В. М. Сучасна вища освіта в умовах війни. Освітній процес в умовах воєнного стану в Україні: матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 3 травня – 13 червня 2022 року. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2022. С. 45-49.

3. Екосистема психологічної допомоги у сфері освіти. URL: <https://www.mentalhelp.in.ua> [Дата звернення: 10.02.2023 р.]

4. Мелега К.П. Сучасні технології здоров'язбереження: навчальний посібник. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. 200 с.
5. Платформа доказової інформації про здоров'я «Бережи себе». URL: <https://berezhy-sebe.com> [Дата звернення: 10.02.2023 р.]

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДИК ОЗДОРОВЛЕННЯ ДЛЯ ХВОРИХ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

**Ольга Мальцева**  
*кандидат медичних наук, доцент*

Визначення проблеми. Актуальність розробки та застосування комплексу нетрадиційних методик оздоровлення для хворих пульмонологічного профілю пов'язана з тим, що хвороби бронхо-легеневої системи є однією з найбільш частих причин втрати працездатності як в Україні, так і у світі. Захворюваність на бронхіальну астму (БА) за останні 10 років збільшилось, на лікування БА приходиться близько 54 % загальних витрат на лікування органів дихання [1, с. 14-19; 2, с. 10-14; 3, с.184-190].

Соціально-економічне значення вивчення пневмонії на сучасному етапі збільшилось через те, що це захворювання, займаючи 30-40 % від усіх захворювань легень, призводить до економічних збитків та непрацездатності. Проблема вивчення перебігу не госпітальної пневмонії на етапі регресії патологічного процесу є однією з актуальних в сучасній пульмонології – це необхідний етап для розробки ефективних методів оздоровлення [4, с. 86-118; 5, с. 141-143].

Однак не стільки можуть бути важкими захворювання, скільки важким може стати період одужання та відновлення фізичних сил і показників до певної норми. Випадки клінічної практики підтверджують факт необхідності використання методик фізичної терапії. Виділяють основні особливості дії фізичних вправ при різних легневих захворюваннях. Наприклад, термін „респіраторна гімнастика» використаний тому, що під його синонімом розуміють сукупність тільки дихальних вправ, якими не можна обмежуватися. Дренажна гімнастика визначає ціль і характер фізичних вправ, що застосовуються в хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень з явищами гнійних процесів, при якій однією із головних задач гімнастики є

посилення дренажної функції бронхів для виведення гнійної мокроти [6, с. 57 – 70; 3, с. 184-190].

Зростання рівня захворюваності населення потребує впровадження натуральних методів і природних засобів у комплексну превентивну терапію та медичну реабілітацію пацієнтів. Відсутність професійної орієнтації в питаннях поглибленого вивчення лікарських засобів рослинного походження та їхньої фармакотерапевтичної дії призводить до дискредитації методу фітотерапії, який має тисячолітню історію застосування. У багатьох країнах світу для фітотерапії розроблено законодавчу базу, яка регламентує порядок реєстрації лікарських засобів рослинного походження, стандартизацію, сертифікацію та контроль їхньої якості й ефективності, безпеку клінічного застосування в осіб різних вікових груп.

В нашій країні фітотерапія має глибокі корені. Її використовують для: лікування та реабілітації різних хвороб; попередження загострень при хронічних захворюваннях; покращення якості життя, підтримки гармонійного здоров'я; захисту від неблагоприємних впливів факторів довкілля; зменшення побічних ефектів медикаментозного лікування; стимуляції фізіологічних факторів захисту організму, підвищенню його супротиву шкідливим факторам. [7, с. 24 – 25; 8, с. 71 – 73].

Мета роботи. Вивчити ефективність комплексу нетрадиційних методів оздоровлення для хворих пульмонологічного профілю в амбулаторних умовах.

Завданнями при виконанні роботи було: дослідження: виконати перегляд літературних джерел щодо сучасних розробок з питання впливу нетрадиційних методів оздоровлення, що використовуються при захворюваннях пульмонологічного профілю та розробити комплекс оздоровлення для хворих БА та негоспітальною пневмонією з використанням нетрадиційних методів; провести порівняння ефективності впливу комплексу методик використання фізичних вправ, фітотерапії з визначенням важливості диференційованого підходу при призначенні оздоровчих комплексів.

Методи дослідження. Під наглядом знаходились 25 хворих: 14 хворих БА, персистуючої, середнього ступеня важкості, інфекційно-алергічної форми, у фазі неповної ремісії, та 11 хворих, що перенесли негоспітальну пневмонію.

Обстеження пацієнтів проводили за стандартними методиками, на початку, в динаміці та в кінці використання програми оздоровлення: педагогічні методи: лікарсько-педагогічне спостереження, медико-біологічні методи, об'єктивне

обстеження, фізикальне обстеження, лабораторні показники, функціональні проби. [9, с. 60 – 64; 10, с. 7 – 19].

Моніторингові дослідження не були пов'язані з порушенням прав, безпеки, благополуччя досліджуваних пацієнтів. У процесі проведення клінічного обстеження в лікувально-профілактичному закладі враховувались етичні та морально-правові аспекти.

При розробці комплексу оздоровлення враховувались загальний стан пацієнта, супутні захворювання, важкість перебігу хвороби, вік пацієнтів. В обох групах хворі використовували комплекси вправ ЛФК, однак патогенетична спрямованість при виконанні вправ відрізнялась. При БА – ліквідація бронхоспазму або попередження його виникнення (звукова гімнастика, дихальні вправи), при пневмонії - дихальні вправи та дренажні положення. Методики фітотерапії: відвари, настої трав, що здійснюють бактерицидну, протизапальну, спазмолітичну, муколітичну, дренажну, відхаркувальну дію на бронхоелегенову систему організму. Характеризуються м'якою, поступовою, різнобічною дією біологічно активних компонентів окремих лікарських рослин на організм людини без побічних негативних змін.

Результати. При поступленні клінічний стан пацієнтів відповідав даним літературних джерел. Уже в кінці першого тижня застосування комплексу оздоровчих заходів у пацієнтів спостерігалась тенденція до покращення загального стану та самопочуття. Напади задухи стали більш легкими, в 50 % випадків швидко знімались без фармакопрепаратів - прийомами звукової гімнастики та дихальними вправами. Після вживання розчину фітопрепарату кахикання стало більш вологим, мокротиння стало відходити більш вільно.

При БА в кінці курсу оздоровлення напади задухи легкого перебігу зникли у всіх 7 (100 %), середньої важкості зникли 5 (71 %) хворих, зменшились у 2 (29 %) хворих. Після очищення просвіту бронхів пацієнти відзначали полегшення дихання та зменшення задишки. При об'єктивному огляді, при аускультативній організації грудної клітки, сухі хрипи зникли у 9 (64 %) хворих і зменшились у 5 (36 %) хворих. Жорстке дихання зникло у 2 (40 %) та зменшилось у 3 (60 %), жорсткуватого дихання зникло у 6 (66%), що підтвердило припущення про те, що у частини хворих присутній частковий пневмосклероз. Показники спірографії підвищились і становили: ЖЕЛ –  $86,3 \pm 2,1$  % (на 8,8 %), ОФВ –  $86,9 \pm 3,1$  % (на 11,4 %), МОС –  $61,1 \pm 3,1$  % (на 7,8 %). З покращенням та значним покращенням курс оздоровлення завершили 10 (78 %) хворих БА.

Враховуючи ранній початок застосування комплексу вправ ЛФК для хворих пневмонією, вже в кінці першого тижня спостерігалась позитивна динаміка клінічних та деяких функціональних показників. Так, важкість та неприємні відчуття в грудній клітці зменшились у 4 (29 %) хворих та зникли у 7 (71 %) хворих. Хворі майже відразу відмитили позитивний вплив сумісного та послідовного прийому розчину фітопрепарату та комплексу вправ ЛФК. Під час, і особливо після виконання комплексу дихальних вправ взагалі і в дренажних положеннях зокрема, збільшувалось вологе кахикання, починало відходити мокротиння. Ці ознаки очищення просвіту бронхів від мокротиння підтверджувались аускультативними даними: при вислуховуванні легенів – вологі мігруючі хрипи були відмічені у більшості хворих і зникали після кахикання. Після закінчення кожного комплексу вправ дихання ставало більш вільним, глибоким. В кінці курсу оздоровлення відмічено покращення загального стану та самопочуття пацієнтів. Кахикання вологе зникло у 8 (73 %), зменшилось у 3 (27 %); мокротиння зникло у 8 (73 %) хворих. При аускультативній легенів – вологі мігруючі хрипи щезли у 9 (82 %) пацієнтів. Під час вислуховування поодинокі крепітації, вологі дрібнопухирцеві поодинокі хрипи зникли у 10 (91 %) хворих. Жорсткувате дихання зникло у 6 (55 %) хворих, та зменшилось у 5 (45 %) хворих. Задишка під час фізичного навантаження зникла у 6 (55 %) хворих. ЖЕЛ збільшилась до  $83,7 \pm 4,1$  %, проба Штанге – до  $49,9 \pm 2,5$  сек., проба Генча – до  $31,9 \pm 2,3$  сек. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили в КГ 9 (87 %) хворих.

Висновки. Одержані результати підтверджують важливість індивідуального підходу використання нетрадиційних методик у науковій та практичній медичній діяльності, потребують уточнення та подальшої роботи.

#### Список літератури

1. Погребняк О.О. Бронхіальна астма: огляд сучасних вітчизняних рекомендацій Мистецтво лікування. 2016. № 3-4. С. 14-19.
2. Беш Л.В., Ласиця Т.С., Беш О.М. Бронхіальна астма в практиці сімейного лікаря навчальний посібник Львів, 2017. С. 10 – 14.
3. Савченко М. Є., Індиченко Л. С. Фізична реабілітація при захворюваннях органів дихання. *Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації*. 2019 рік : матеріали V Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 25-26 квітня 2019 р. Харків : ХДАФК, 2019. С. 184-190.

4. Григус І.М. Фізична реабілітація в пульмонології : навчальний посібник Вид. 2-е, виправлене. Рівне : НУВГП, 2018. С. 86 – 118.

5. Остапов А.В., Гук А. Реабілітація після пневмонії «Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспектив» : 2019 : матер. V Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 14 листопада 2019 р. Полтава : Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2019. С. 141-143.

6. Осіпов В.М. Лікувальна фізична культура : навчальний посібник. Бердянськ : БДПУ, 2013. С. 57-70.

7. Гарник Т.П., Андріюк Л.В., Гарник К.В. та ін. Фітотерапія при ГРЗ і неспецифічних захворюваннях органів дихання. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»* № 21 (418), листопад 2017, С. 24 – 25.

8. Текінташ Н. В. Мегалінська, С.В. Страшко Ж.І. та ін. Антибактеріальна активність деяких рослин імуномодуляторів 2021 : матер. третього Міжнар. симпозіуму «Освіта і здоров'я підростаючого покоління»: Зб. наук. Праць в 2-х частинах / За ред. Страшка С.В. Вип. 3. Ч. 1. К.: Алатон, 2021. С. 71 – 73.

9. Кисельов С. М., Сиволап В. Д., Земляний Я. В. Діагностика та лікування захворювань органів дихання у людей похилого віку. Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. С. 60 – 64.

10. Сиволап В. Д., Земляний Я. В. Інструментальні методи функціональної діагностики захворювань органів дихання. Запоріжжя : Запорізький державний медичний університет, 2017. С. 7 – 19.

## **АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СТУДЕНТОК МОЛОДШИХ КУРСІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ**

**Людмила Русин,**  
*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри основ медицини*

Вступ. Актуальною проблемою сьогодення є організація освітнього процесу здобувачів вищої освіти в умовах всесвітньої пандемії спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2. Більшість закладів вищої освіти змогли адаптуватися та організували під час картинних заходів освітній процес у дистанційній формі.

Важливим на сьогодні також є пошук ефективних шляхів боротьби людства проти коронавірусної хвороби (COVID-19), адже цією недугою



хворіють різноманітні групи населення, зокрема викладачі та студенти ЗВО.

Необхідно зауважити, що не менш важливим та загрозованим є постковідний етап. Розуміючи особливості морфології та патогенезу постковідних змін в організмі людини, можливим є вибір необхідного та своєчасного медикаментозного доповнення, а також вибір оптимальної методики фізичної терапії осіб, які перехворіли на коронавірусну хворобу.

Враховуючи вище викладене, на сьогодні актуальним напрямом наукового дослідження є розробка сучасних методик із відповідними формами, методами та засобами фізичної терапії здобувачів вищої освіти, зокрема студенток ЗВО після лікування коронавірусної хвороби (COVID-19).

Мета роботи – на основі наукової літератури розробити методику фізичної терапії студенток молодших курсів закладів вищої освіти після перенесеної коронавірусної хвороби (COVID-19).

Методи дослідження: аналіз спеціальної науково-методичної літератури у напрямі організації практичних занять з лікувальної фізичної культури із здобувачами вищої освіти жіночої статі.

Огляд фахової літератури. Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури у обраному напрямі наукової розвідки дозволив визначити ряд робіт провідних учених: Т. Кійко, А. Міненко, Г. Воскобойнікову [1], Ж. Антіпову, Л. Шурхал [2], А. Міненко, Т. Кійко, І. Донця [3] та інших фахівців: О.Дубинську, Л. Драпінську, О. Коломійцеву, Д. П'ятницьку, Л. Синіговця, які у своїх працях розкрили актуальні питання організації системи фізичного виховання студенток закладів вищої освіти. Окремі методики розвитку та удосконалення фізичних якостей доцільно використати під час занять лікувальною фізичною культурою зі здобувачами вищої освіти після лікування коронавірусної хвороби.

Під час подальшого моніторингу спеціальної науково-методичної літератури нашу увагу привернули наукові праці: С. Возного [4], С. Крупені [5], Ю. Арешина, О. Звіряки, А. Руденка [6] та інших фахівців: О. Беспалової, А. Гурєєва, І. Миронюк, В. Старікова, які у своїх наукових дослідженнях розкрили актуальні питання організації практичних занять з лікувальної фізичної культури із здобувачами вищої освіти жіночої статі. Напрацювання зазначених вище учених і практиків є корисними для конструювання програми фізичної терапії осіб, які перехворіли на коронавірусну хворобу та супутні бронхо-легеневі захворювання.

Відповідно до результатів аналізу науково-методичної та спеціальної літератури встановлено, що питанням розроблення ефективної та функціональної методики фізичної терапії студенток закладів вищої освіти після лікування коронавірусної хвороби (COVID -19) присвячено недостатню кількість науково-методичних робіт, що потребує подальших наукових досліджень та підкреслює їх актуальність і практичну складову.

Результати дослідження. Відповідно до аналізу результатів попередніх досліджень [1,6], нами розроблено методику фізичної терапії студенток молодших курсів закладів вищої освіти після перенесення коронавірусної інфекції (COVID-19) та супутніх бронхо-легеневих захворювань. Очікується, що зазначена вище експериментальна методика фізичної терапії сприятиме відновленню основних фізичних якостей (сили, швидкості, спритності, витривалості) та сприятиме швидкій адаптації студенток молодших курсів до тренувальних навантажень в системі їх фізичного виховання, що також забезпечить підвищення середнього балу та успішності з основаних (профільних) навчальних дисциплін. Крім цього позитивна динаміка їх фізичного розвитку сприятиме формуванню професійних компетентностей.

З метою перевірки ефективності методики фізичної терапії студенток молодших курсів закладів вищої освіти після перенесеної коронавірусної інфекції планується організація експерименту. Головною вимогою до учасниць майбутнього експерименту має бути дозвіл лікаря до занять фізичною культурою та спортом та згода на участь у заходах фізичної терапії.

Тривалість заходів фізичної терапії студенток молодших курсів ЗВО за розробленою нами методикою складає три місяці. Крім цього, план майбутнього експерименту передбачає проходження здобувачами вищої освіти жіночої статі три контрольних етапи (початковий, основний, константувальний). Варто зауважити, що після контрольних заходів передбачених основним етапом, можлива корекція методики у напрямі підвищення (пониження) густоти та щільності навчально-тренувальних занять. Дозування фізичного навантаження буде здійснюватися із урахуванням самопочуття та індивідуально-типологічних особливостей досліджуваних студенток.

Наприкінці експерименту (константувальний етап), буде здійснено тестування рівня сформованості основних фізичних якостей досліджуваних студенток. Відповідно до отриманих результатів, членами НДГ будуть сформульовані висновки з проведеного дослідження, а також відпрацьовані

методичні рекомендації з подальшої організації системи фізичного виховання представниць досліджуваної категорії.

Висновки.

1. В результаті теоретичного дослідження, розроблено методика фізичної терапії студенток закладів вищої освіти після перенесення коронавірусної інфекції. Розроблена нами методика фізичної терапії здобувачів вищої освіти жіночої статі передбачає 3 основних етапи: початковий, основний, константувальний.

2. Впровадження у систему фізичної терапії студенток закладів вищої освіти після перенесеної коронавірусної інфекції розробленої нами експериментальної програми, сприятиме відновленню функцій та систем організму, а також розвитку і удосконаленні фізичних якостей: сили, спритності, швидкості та витривалості, що є інтегральним показником їх фізичного розвитку.

3. Очікувана членами науково-дослідної групи позитивна динаміка розвитку фізичних якостей здобувачів вищої освіти жіночої статі свідчатиме про ефективність розробленої методики фізичної терапії.

4. Результати дослідження будуть впроваджені у систему фізичної терапії студенток: Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет».

#### Список літератури

1. Кійко Т. Б., Міненок А. О., Воскобойнікова Г. Л. Проектування професійно-орієнтованих індивідуально-консультативних занять з основ здоров'я у формуванні адаптаційних можливостей студентської молоді. *Науковий вісник Південноукраїнського НПУ ім. К. Д. Ушинського*. 2016. № 3 (110). С. 33-38.

2. Антіпова Ж. І., Шурхал Л. О. Аеробіка для студенток на заняттях із фізичного виховання в закладах вищої освіти. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 5: педагогічні науки: реалії та перспективи*. 2021. Вип. 79 (т.1). С. 22-26.

3. Міненок А., Кійко Т., Донець І. Профілактика надлишкової маси тіла населення в умовах карантинних обмежень під час пандемії. *Science and Education*. 2020. Вип. 3. С. 20-26.

4. Возний С. С. Фізична реабілітація студенток, хворих на нейроциркулятор-ну дистонію за кардіальним типом : автореф. дис. канд. наук з

фіз. виховання і спорту: 24.00.03 / Львівський державний університет фізичної культури. Львів, 2008. 20 с.

5. Крупеня С. Оздоровчий фітнес : курс лекцій, 2020. 222 с.

6. Арешина Ю. Б., Звіряка О. М., Руденко А. М. Фітнес-тренування за системою Табата як засіб вдосконалення фізичного стану студентів на пряму підготовки «Фізична терапія, ерготерапія». *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. № 2 (24, т. 5). С. 210-217.

## **СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ**

### **ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ РОЗВИТКУ ТВОРЧИХ ЗДІБНОСТЕЙ І ТВОРЧОЇ ІНДИВІДУАЛЬНОСТІ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В ПРОЦЕСІ САМОПІЗНАННЯ**

**Едуард Сивохоп,**

*кандидат педагогічних наук, доцент,*

*декан факультету здоров'я та фізичного виховання*

Вступ. Виховання творчої особистості спрямоване на розвиток природних можливостей, задатків, здібностей і духовної культури індивіда. За допомогою самоуправління й самоорганізації забезпечується творчий розвиток особистості студента. Перетворювально-творчий компонент характеризується розвитком прийомів і способів самопізнання, прагненням опанувати досвід креативної діяльності. Він передбачає розвиток у студентів готовності до творчого пошуку [1,2].

Методи дослідження. Теоретичний аналіз і узагальнення наукової літератури з досліджуваної проблеми.

Результати дослідження. У нашій роботі ми визначили кілька способів, що стимулюють творчий розвиток особистості:

- когнітивний, як реальний механізм інтелектуального розвитку особистості;

- практичний, що забезпечує єдність теорії і практики за їхньої відносної самостійності;

- мотиваційно-ціннісний, за якого ціннісні орієнтації спрямовуються на творчу діяльність у самопізнанні;

- оцінювально-орієнтаційний, що виконує діагностичну й коригувальну функції стосовно рівня сформованості досвіду творчої діяльності

Результати дослідження дозволяють стверджувати, що розвиток творчих здібностей і творчої індивідуальності в процесі самопізнання психофізичних особливостей організму можна успішно здійснювати за таких педагогічних умов:

- забезпечення поетапного процесу педагогічного впливу з урахуванням індивідуальних особливостей студентів;

- оволодіння студентами необхідними теоретичними знаннями;

- формування стійкого інтересу до методів самопізнання, до всього навчально-виховного процесу у ВНЗ;

- навчання культурі мислення, творчому вирішенню дослідницьких завдань у процесі самопізнання особистості;

- організації винахідницької діяльності, включення до занять елементів дослідницького характеру, розробки нових технологій (технічних, інформаційних, спортивних);

- здійснення поетапного контролю й коригування цілісного процесу формування творчої активності [1,2,3].

Висновки. Результати дослідження показали, що творчу активність студенти закладів вищої освіти мають можливість реалізувати в моторній, розумовій, оперативній, інноваційній і виборчій діяльності, збагачуючи тим самим свій творчий досвід. Кінцевою метою формування перетворювально-творчого компонента виступає творча індивідуальність особистості майбутнього фахівця.

#### Список літератури

1. Сивохоп, Е. М. Педагогічні умови формування самопізнання фахівця фізичної культури в процесі навчання у вищій школі [Текст] / Е. М. Сивохоп, І. І. Маріонда, В. А. Товт // Науковий вісник Ужгородського національного університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І.В. Козубовська. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2016. – Вип. 1 (38). – С. 248–252. – Бібліогр. с. 250–251 с.

2. Сивохоп, Е. М. Діяльнісний компонент готовності до самопізнання в процесі фізичної підготовки / Е. М. Сивохоп, Н. В. Степчук // Науковий вісник Ужгородського національного університету : серія: Педагогіка. Соціальна робота / голов. ред. І.В. Козубовська. – Ужгород, 2018. – Вип. 1 (42). – С. 364-367

3. Формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури у процесі занять фізичною підготовкою і спортом: монографія / Маріонда І.І., Сивохоп Е.М., Товт В.А. – Ужгород: Видавництво ПП «АУТДОР-ШАРК», 2016. – 212 с.

## **МАСОВИЙ СПОРТ ЯК СОЦІОКУЛЬТУРНЕ ЯВИЩЕ**

**Наталія Бондарчук,**

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент*

**Іван Маріонда,**

*кандидат педагогічних наук, доцент,  
завідувач кафедри фізичного виховання*

Вступ. У збереженні і зміцненні здоров'я важливу роль відіграють правильне поєднання праці і відпочинку, раціональне харчування, загартування організму, а також регулярна м'язова діяльність, яка виражається в руховій активності. Забезпечують її в першу чергу фізична культура і спорт – важливий соціальний феномен, що пронизує всі рівні сучасного соціуму, впливає на міждержавні та міжнаціональні відносини, ділове і культурне життя, значною мірою формує моду, етичні цінності, спосіб життя людей. Масовий спорт, на відміну від спорту вищих досягнень, охоплює величезну кількість населення в різних країнах, виконуючи численні соціальні функції. В Україні, згідно із засадничими нормативно-правовими документами, розвиток масового спорту визнається як важливий напрям діяльності органів державної влади, громадських і комерційних організацій. Масовий спорт у своєму найширшому осягненні є біологічним, соціальним, психологічним та естетичним виміром якості життя населення, до яких би вікових і соціальних груп воно не належало. Відповідно, масовий спорт тісно пов'язаний зі здоровим способом життя.

Мета роботи - охарактеризувати феномен масового спорту в системі фізичної культури, представити його як соціокультурне явище, яке має свої соціальні й культурні виміри.

Методи дослідження: теоретичний аналіз навчальної, науково-дослідної, спеціальної літератури.

Огляд фахової літератури з посиланнями на джерела. Важливе значення мали наукові праці і статті А. Батюка – про інституціоналізацію масового спорту й залучення до нього української молоді (2018) [1], Л. Носарчук - про

фізичне виховання та спорт як життєво необхідну потребу людини (2011) [4], Л. Чеховської - про сучасний стан і проблеми розвитку інфраструктури масового спорту України (2017) [5]. Особливої уваги заслуговують навчальні посібники «Масова фізична культура і спорт: основи організації та методики» (2003) [2]; «Рекреація у фізичній культурі різних груп населення» (2010) [3].

Результати дослідження. Спорт як соціокультурне явище формувався протягом еволюції людської цивілізації. Спочатку вона перебувала у стані постійної конкуренції між людиною і природою, розвивалася в суворих умовах боротьби за виживання. З розвитком знань і науки, з поступовим досягненням певних економічних благ, особистої комфортності життя небезпека і тривога відчувалися людиною все менше, і все більше вона потребувала реалізації своїх змагальних потреб. У розвитку цивілізації сформувалася риса конкурентності між людьми. Отже, спорт зародився разом із зародженням спеціальних змагальних практик і змагальної діяльності. Відтоді й до сьогодні його вирізняє саме складова змагальності. Заняття оздоровчою фізичною культурою і спортом можуть включати в себе одні й ті самі рухові практики і види діяльності, однаково передбачають розвиток фізичних здібностей з метою самовдосконалення, проте для спорту характерне порівняння себе з конкурентами у різних змагальних формах.

Соціальний вимір масового спорту має величезне значення. Він полягає у відтворенні фізичних ресурсів суспільства, раціональному використанні вільного часу, забезпеченні зайнятості населення. У сучасному світі людина вже повністю усвідомила роль масового спорту в удосконаленні як конкретного індивіда, так і суспільства в цілому. У деяких країнах фізична культура і спорт стали об'єднуючою силою і національною ідеєю, що просувалася під гаслами сильної держави і здорового суспільства. Спорт почав відгукуватися в соціумі потужною різнобарвною силою. Спорт наповнювався своєрідною новою ідеологією, в основу якої було покладене устремління індивіда до успіхів, до перемог. Окремі види спорту в окремих країнах набули статусу "національних". У процесі розвитку масового спорту з'ясувалося, що спорт здатен адаптувати людину до необхідності більш раціонально влаштувати свою життєдіяльність. У спорті виявляються такі якості особистості як, з одного боку, схильність до конкуренції і досягнення успіху, а з іншого – відповідальність, товариськість, взаємодопомога.

Масовий спорт як соціокультурне явище виконує низку важливих функцій. Освітня функція полягає в накопиченні знань, необхідних для розуміння

природних і соціальних процесів функціонування суспільства та особистості, здатності творчо використовувати ці процеси для особистісного і професійного розвитку. Основу прикладної функції масового спорту становить підвищення рівня фізичної підготовленості і працездатності для оптимізації своєї професійної діяльності засобами професійно-прикладної фізичної культури. Спортивна функція передбачає досягнення певних бажаних результатів в обраному виді спорту. Сутність рекреативної функції становить організація активного і змістовного дозвілля. Зрештою, реалізація оздоровчо-реабілітаційної функції забезпечує попередження виснаження та регенерації тимчасово втрачених функціональних здібностей організму.

Соціальні виміри масового спорту є об'єктом вивчення соціології спорту. В рамках цієї науки досліджуються генезис, зміст, структура, соціальну роль і соціальні функції масового спорту як суспільного явища, закономірності його функціонування й подальшого розвитку в сучасному суспільстві у взаємозв'язку з іншими соціальними інститутами (освіти, виховання, сім'ї, політики, економіки тощо), вплив масового спорту на зміни в соціальній структурі суспільства і в цілому на суспільний прогрес. Також соціологія спорту вивчає структуру, механізми й характер суспільних відносин і взаємодій в оздоровчо-спортивній сфері, роль і місце фізичної культури і спорту у способі життя людей, їх соціальні взаємини в контексті участі у спортивних змаганнях, масових фізкультурно-спортивних заходах. Масовий спорт розглядається в соціології спорту як свідома ігрова діяльність, що визначається внутрішніми й зовнішніми чинниками розвитку індивіда і суспільства. Крім того, масовий спорт виступає об'єктом дослідження в таких наукових напрямках як соціологія дозвілля і соціологія рекреації. В обох наукових напрямках спортивна активність тлумачиться як складова фізичної рекреації. Це впливає й на загальне тлумачення масового спорту в рамках соціології дозвілля та соціології рекреації.

Ще один соціальний вимір масового спорту стосується формування особистості, її соціалізації. Адже він виступає одним із основних елементів соціокультурного аспекту соціалізації особистості – як форма фізичної активності і як специфічний виховний чинник, що реалізує певні соціальні технології, з організованою системою заздалегідь визначених правил і норм поведінки. Як соціальний інститут, масовий спорт відтворює базові закони формування особистості, включає індивіда в певну соціальну взаємодію, формує певні соціальні взаємозв'язки. Характер занять масовим спортом здатен



змінювати всю систему формування персональних рис індивіда, що залежать від моделі поведінки, яку він обирає в ході соціальних відносин та ігрових ситуацій і які, своєю чергою, наближені до поведінкових патернів у повсякденному житті. Масовий спорт, принаймні якщо йдеться про ігрові види спорту, як соціокультурний ідентифікатор відтворює ігрову версію культури, зберігає та зміцнює механізми соціокультурного життя людини, формує її як соціально компетентну особистість. У процесі активної спортивної діяльності вирішується питання зовнішнього масштабу самовизначення і самоствердження особистості. За цими ознаками спорт глибоко проникає в субкультуру і формує стиль життя індивіда.

Говорячи про культурні виміри масового спорту, слід зазначити, що в науці існувала думка про відмежування спорту від загальнокультурних традицій. Головним аргументом було порівняння сучасності з часами архаїчних культур, коли змагання були складовою культових свят і сприймалися як сукупність певних священних дій. На цьому тлі спорт у сучасному суспільному житті нібито посідає місце в стороні від культурних процесів, оскільки не має прямого зв'язку з ними. Але "мирський" характер сучасного спорту не обов'язково повинен вказувати на його відмежування від культури, враховуючи всі ознаки та особливості останньої. Насправді масовий спорт – це невід'ємна складова культури.

В цьому контексті варто розглянути його з точки зору концепції культурного капіталу. Масовий спорт як складова культурного капіталу може розглядатися у двох проявах: через його розгляд як складової фізичної культури і культури загалом та через його місце в дозвіллі як характерному вияві широкого культурного споживання. Якщо розглядати масовий спорт як складову фізичної культури суспільства, то за логікою він є невід'ємною складовою культурного капіталу. Вимір масового спорту як культурного капіталу в інкорпорованому стані може бути репрезентований як сукупність компетенцій щодо того чи іншого виду спорту. Він може бути визначений вибором спортивної діяльності та проявами спортивної активності. Загалом будь-які заняття масовим спортом, викликані бажанням підтримувати себе "у формі", зміцнювати своє здоров'я, відповідає певному загальному рівню культурної компетентності. Якщо конкретизувати це положення, можна стверджувати, що заняття масовим спортом у вигляді виконання персональних фізичних вправ або участі у групових аматорських спортивних іграх завжди потребує вияву певних компетенцій, що є одним із проявів інкорпорованого

культурного капіталу. Такими компетенціями можуть бути знання правил та етики спортивної гри, володіння знаннями й навичками щодо проведення індивідуальних і групових тренувань у даному виді спорту, зокрема розуміння анатомічних властивостей організму для побудови оптимальної програми тренувань і т. п. Разом з цим, будь-яке заняття масовим спортом є частиною культурного споживання. Таким чином, масовий спорт у формі інкорпорованого культурного капіталу виражається в заняттях спортом як таким і водночас у виборі тих чи інших видів спорту та фізичної рекреації.

#### Висновки.

1. Масовий спорт є одним із найяскравіших напрямів фізичної культури, що спрямований на забезпечення рухової активності широкого загалу населення під час його дозвілля. Це також складова спорту, сутність якої полягає у фізичному вихованні громадян через проведення організованих чи самостійних занять, участь у масових оздоровчих фізкультурно-спортивних заходах.

2. Соціальний вимір масового спорту полягає у відтворенні фізичних ресурсів суспільства, раціональному використанні вільного часу, забезпеченні зайнятості населення, а на індивідуальному рівні масовий спорт виступає як потужний чинник соціалізації особистості. Також він виконує освітню, прикладну, спортивну, рекреативну, оздоровчо-реабілітаційну функції. Масовий спорт, як елемент фізичної культури і культури загалом, посідає чільне місце в дозвіллі індивіда як характерному вияві широкого культурного споживання, є цінною складовою культурного капіталу людини і суспільства.

#### Список літератури

1. Батюк А. М. Роль масового спорту в соціалізації молоді сучасної України. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2018. Вип. 77. С. 87-94.
2. Грабовський Ю. А., Ткачук В. П., Степанюк С. І. Масова фізична культура і спорт: основи організації та методики: навч. посібник. Херсон: ПП Вишемирський В. С., 2013. 231 с.
3. Круцевич Т. Ю., Безверхня Г. В. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник. Київ: Олімпійська література, 2010. 248 с.
4. Носарчук Л. М. Фізичне виховання та спорт як життєво необхідна потреба людини. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*: зб. наук. праць. 2011. № 2 (14). С. 61-64.

5. Чеховська Л. Я. Сучасний стан і проблеми розвитку інфраструктури масового спорту України. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2017. Вип. 3К. С. 526-531.

## **ПРИЧИНИ ТИПОВИХ ПОМИЛОК В ТЕХНІЦІ ВИКОНАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНИХ СПОСОБІВ ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ**

**Валерій Товт,**

*кандидат педагогічних наук, доцент*

**Олександр Тріфан,**

*старший викладач кафедри фізичного виховання*

Вступ. Метою наукового дослідження є аналіз причини типових помилок в техніці виконання фізичних вправ та обґрунтування раціональних способів їх попередження.

Актуальність науково-дослідницької роботи визначається тим, що при вивченні техніки фізичних вправ зазвичай присутні помилки, які впливають як на швидкість освоєння вправ, так і на якість їх виконання. Інколи помилки в техніці вправ можуть призвести до травмувань виконавців. Тому вчителі фізичної культури, тренери з видів спорту повинні добре знати можливі причини виникнення типових помилок і використовувати раціональні способи їх попередження. Проблема дослідження причин виникнення помилок полягає в тому що, з одного боку, в методичній літературі даються деякі розрізнені рекомендації з попередження та усунення помилок в техніці виконання фізичних вправ, а, з другого боку, нами не знайдено інформації з наукового обґрунтування причини виникнення типових помилок і раціональних способів їх попередження. Гіпотеза наукового дослідження передбачає, що вивчення та аналіз причини виникнення типових помилок в техніці виконання фізичних вправ дозволить їх систематизувати, а також обґрунтувати раціональні способи попередження.

Методи дослідження. В процесі дослідження використовувались такі методи: аналіз та узагальнення спеціальної літератури; опитування; педагогічне спостереження; інтерв'ювання; методи математичної статистики.

Огляд фахової літератури. Під час занять фізичною культурою і спортом відбувається процес освоєння фізичних вправ з метою розвитку здатності керувати своїми рухами в просторі і часі. Раціональне виконання рухів, які є змістом фізичної вправи, називають технікою виконання вправи. Важливим елементом засвоєння раціональної техніки є пізнання механізмів формування рухових вмінь та навичок [1]. Кінцевим результатом вивчення техніки виконання вправи вважається набуття здатності досконало управляти своїм тілом в процесі виконання рухового завдання. Практика показує, що уникнути помилок в техніці виконання насамперед складних рухових дій не можливо. При цьому помилкою техніки вправи називають будь-які відхилення траєкторії, амплітуди і швидкості рухів від заданого зразка [2]. Деякі помилки обумовлені закономірностями формування рухової навички, інші пов'язані з відсутністю необхідних знань про рухову дію, треті виникають із-за впливів зовнішніх факторів. Проблема виявлення характеру помилки має принципове значення в організаційно-змістовному забезпеченні процесу фізичного виховання, тому що визначає пріоритети у виборі засобів і форм організації тренувального процесу [3]. Ось чому проблемі аналізу причин типових помилок в техніці виконання фізичних вправ та обґрунтуванню раціональних способів їх попередження приділяється постійна увага як науковців, так і педагогів.

Результати дослідження. Проведені спостереження за тренуваннями спортсменів-початківців, опитування учасників тренувального процесу виявило, що найбільш поширені в практиці фізичного виховання є такі групи помилок: локальні (що зустрічаються в окремих елементах рухової дії) і комплексні (що мають місце у кількох елементах рухової дії); типові (які повторюються) і нетипові (які не повторюються); випадкові, грубі, середні, дрібні; помилки загального характеру та індивідуальні. При цьому, грубими вважаються помилки, що спотворюють основний механізм рухової дії. Наприклад: при низькому старті - швидке піднімання голови. Грубі помилки необхідно якомога швидше усувати, оскільки вони найбільше заважають освоєнню техніки вправи. До середніх помилок належать окремі відхилення в техніці виконання; До дрібних належать деякі неточності в деталях техніки, що не веде до вираженого зниження ефективності дії. Помилки, що виникають у процесі оволодіння фізичною вправою з причини недостатньої координації зусиль або через вплив тимчасових факторів, які зникають відразу, після вжитих заходів щодо їх усунення, називаються нетиповими. До таких належать помилки що виникають епізодично, як правило з суб'єктивних причин. Типові

помилки, це такі, які вже сформувалися у рухову навичку. Вони виникають в результаті багаторазового повторення неправильних рухів в умовах практичного застосування дії. Такі помилки мають стійкий характер і важко піддаються виправленню.

Типові помилки зустрічаються найчастіше. Появу таких помилок можна заздалегідь прорахувати. Наприклад, у бігу на короткі дистанції для спортсменів-початківців типовою є помилка - високе піднімання тазу при виконанні низького старту. Або при бігу на середні та довгі дистанції - надмірний нахил тулуба вперед, тощо.

Інтерв'ювання досвідчених тренерів показало, що до типових помилок зазвичай належать: додаткові непотрібні рухи; надмірна скутість рухів; не виправдане використання м'язових зусиль; залучення до роботи зайвих груп м'язів; відхилення від оптимальної траєкторії руху; недостатня амплітуда рухів; збій заданого ритму рухової дії.

За результатами досліджень встановлений перелік основних причин типових помилок, які зачасту присутні в техніці виконання фізичних вправ, та складено перелік можливих способів їх попередження (Табл.1).

Таблиця 1.

**Основні причини типових помилок в техніці виконання фізичних вправ та способи їх попередження**

<b>№</b>	<b>Причина</b>	<b>Способи попередження помилки</b>
1	Неправильні знання про техніку виконання	Пояснити техніку, використати засоби наочності
2	Недостатня фізична підготовленість	Виявити, якої фізичної якості бракує для підвищення фізичних можливостей
3	Недостатня психологічна підготовленість (рішучість, боязнь, невпевненість у своїх силах)	З'ясувати причину, полегшити виконання, забезпечити безпеку, покращити страховку, більш ретельно підбирати спаринг-партнерів
4	Порушення послідовності дій у розучуванні вправи	Змінити послідовність навчання, повернутися до попереднього матеріалу
5	Негативне перенесення	Тимчасове припинення тренування, засвоїти більш важку вправу, але з

	сформованого раніше навичка	подібною структурою. Застосувати орієнтири (маркери)
	Недостатня концентрація зусиль	Переключити увагу на суть завдання або зовсім інше завдання. Усунути подразник, що створює неправильну домінанту шляхом сильнішого подразника
	Стомленість	Дати відпочити.
	Несприятливі умови виконання	Усунути недоліки (змінити інвентар, поступово привчати до несприятливих умов)

Як це показано в таблиці, до найбільш частих причин типових помилок в техніці виконання фізичних вправ належать: неправильні знання про техніку виконання; недостатня фізична підготовленість; недостатня психологічна підготовленість; порушення послідовності дій у розучуванні вправи; негативне перенесення сформованого раніше навичка; недостатня концентрація зусиль; стомленість; несприятливі умови виконання. Наслідки кожної причини, яка приводить до помилок, можуть бути мінімізовані попереджувальними діями, що зазначені в лівій колонці таблиці.

Таким чином вивчення та аналіз причин виникнення помилок в техніці виконання фізичних вправ дало можливість систематизувати найбільш основні помилки, які зустрічаються найчастіше. Також результати дослідження дозволили обґрунтувати оптимальні способи їх попередження. На наш погляд, знання причин виникнення помилок і раціональних способів їх попередження сприятиме покращенню якості вдосконалення техніки виконання фізичних вправ, особливо на початкових етапах занять спортом. Загалом у підсумку ці знання дозволять учасникам тренувального процесу заощадити час на вивченні техніки виконання фізичних вправ.

#### Висновки.

1. Встановлено перелік типових причин виникнення помилок в техніці виконання фізичних вправ, що дозволило обґрунтувати оптимальні способи їх попередження.

2. Класифікація причин виникнення помилок і раціональних способів їх попередження сприяє покращенню якості вдосконалення техніки виконання фізичних вправ, особливо на початкових етапах занять спортом.

#### Список літератури

1.Маріонда І.І. Формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури у процесі занять фізичною підготовкою і спортом: Монографія / І.І. Маріонда, Е.М. Сивохоп, В.А. Товт. – Ужгород: Вид-во ПП «АУТДОР-ШАРК», 2016. – 212 с.

2.Сивохоп Е. Обґрунтування умов допуску спортсменок до занять з волейболу для запобігання травматизму/ Е.Е. Сивохоп, В.А. Товт Матеріали підсумкової наукової конференції студентів та аспірантів факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету (18 травня 2022 року). – Ужгород, 2022. – С.19-22.

3.Теорія і методика фізичного виховання в системі підготовки бакалаврів за спеціальністю Середня освіта (Фізична культура): навч. посіб./ укладач В.А. Товт, І.І. Маріонда – Ужгород: ТОВ «Бест-прінт», 2022. – 225 с.

### **КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ПЕДАГОГІЧНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

**Тетяна Хома,**

*кандидат педагогічних наук, доцент*

**Василь Кевпанич,**

*старший викладач кафедри фізичного виховання*

Вступ. На сучасному етапі організації освітнього процесу у закладах загальної середньої освіти пріоритетним завданням визначено новий методичний підхід до уроків фізичної культури, спрямований не тільки на розвиток рухових здібностей, вмінь і навичок, а й на формування у школярів мотивації до фізкультурної діяльності, виховання у них потреби до фізичного самовдосконалення. Визначальне місце у цьому процесі належить учителю фізичної культури, конкурентоспроможному, компетентному фахівцю, здатному використовувати у роботі необхідні мотиваційно-психологічні

чинники, ефективно спілкуватись, встановити взаєморозуміння та взаємодію із здобувачами освіти, володіти комунікативною компетентністю.

Аналізуючи наукові джерела, Л. Гавриляк підсумовує, що «комунікативна компетентність – це узагальнена комунікативна властивість особистості, що включає розвинуті комунікативні здібності, сформовані уміння і навички міжособистісного спілкування, знання про основні його закономірності та правила. Таким чином, сформована комунікативна компетентність надає можливість фахівцю успішно вступати у різного роду (вербальні та невербальні, усні й письмові) контакти для вирішення комунікативних задач (передачі інформації, ведення переговорів, встановлення та підтримки контактів, інші)» [1, с.71]. Для майбутнього педагога важливо знайти підхід до кожного учня, налагодити необхідну комунікацію, активізувати його до належної рухової активності на уроках фізичної культури. Цьому сприятимуть, на наш погляд, добір завдань квазіпрофесійного характеру, у процесі вирішення яких студенти вчаться прогнозувати і програмувати мовленнєві ситуації, використовувати вербальні й невербальні засоби спілкування, презентувати власні проєкти професійного спрямування, дискутувати та знаходити компроміси. Тому проблема формування комунікативної компетентності у майбутніх фахівців фізичної культури є актуальною.

Мета – окреслити шляхи формування комунікативної компетентності майбутніх учителів фізичної культури в умовах ЗВО.

Методи дослідження. У процесі дослідження означеної проблеми опрацьовано нормативно-правову, навчально-методичну та фахову літературу; серед методів наукового дослідження виокремлено спостереження, бесіду, аналіз, синтез.

Огляд літератури. У наукових розвідках комунікативна компетентність розглядається не тільки як сукупність мовних знань, володіння нормами, а й уміння вільно висловлювати власну думку, комунікувати з оточуючими. Досліджуючи основні компоненти комунікативної компетентності викладача закладу вищої освіти, Л. Нестеренко, О. Кучерова [4] виокремлюють вміння демонструвати увагу до партнера з комунікації, самоконтроль; вміння використовувати мовленнєві засоби у відповідності до конкретного функціонального стилю, якого вимагає комунікативна ситуація, та володінням навичками передавати повідомлення за допомогою невербальних засобів комунікації тощо; задавати уточнюючі запитання; формулювати висновки у внутрішньому мовленні; аналізувати невербальні сигнали комунікатора;



аналізувати та оцінювати зміст повідомлення важливими факторами, що стимулюють розвиток зворотного зв'язку.

Формування комунікативної компетентності майбутніх учителів розглядають Г. Грибан, І. Мичка, А. Гарлінська, О. Солодовник, Ю. Чайка, П. Пилипчук, А. Денисовець [2]. До складу професійної комунікативної компетентності автори відносять комунікативні знання, уміння і навички; комунікативну спрямованість; гуманістичне спілкування; комунікативну креативність, які забезпечують ефективне педагогічне спілкування. Підвищення рівня професійної компетентності вчителя фізичної культури науковці вбачають у вдосконаленні саме комунікативної компетентності.

Результати дослідження. Студіюючи фахову літературу та враховуючи досвід роботи, з'ясовано, що комунікативна компетентність формується у процесі вивчення всіх навчальних дисциплін. Спостереження за спілкуванням здобувачів вищої освіти під час проведення лекційно-практичних занять із дисципліни «Основи педагогічної майстерності» засвідчило, що студенти вільно обґрунтовують думки, аргументують власну позицію, будують діалогічні висловлювання у ситуаціях, наближених до реальної професійної діяльності. Культура мовлення вчителя фізичної культури пов'язана з мовно-руховою координацією, під якою розуміють уміння одночасно демонструвати й пояснювати вправу, не порушуючи при цьому ні якості її виконання, ні правильності та виразності мовлення.

Окрім того, мовна культура вчителя виявляється в його вмінні обрати доречну форму привітання чи прощання, що залежить від оточення, в якому він перебуває, віку співрозмовників, стосунків із ними, місця події, конкретної ситуації тощо. За будь-яких умов привітання (прощання) має свідчити про повагу до співрозмовників. Саме тому доречним є добір завдань, що вимагають активної комунікації майбутніх фахівців з орієнтацією на певну виробничу ситуацію.

Пропонуємо використовувати на практичних заняттях з дисципліни «Основи педагогічної майстерності» укладання «словника фізкультури», як-от: вибуріть за словником В.Наумчука слова на букву В. Студенти обирають : важка атлетика, варіативність техніки, велосипедний спорт, веслувальний спорт, вибухова сила, види спорту, визначальна ланка техніки рухів, викладання, витривалість, вихідне положення. По завершенню завдання викладач презентує Словники основних термінів і понять з теорії та методики фізичного виховання і спорту.

Найбільш вживаним у професійній діяльності вчителя фізичної культури є діалогічне мовлення; своєрідне монологічне, яке передається через команди («рушай». «праворуч» та інші), пояснення виконання завдань (правил, термінів тощо), розгорнуті оцінні судження (мотивація оцінки знань, поведінки, позаурочної діяльності школярів). Діалогічне мовлення вчителя широко представлене в різного роду бесідах з учнями, які будуються у вигляді запитань і відповідей. Мовлення супроводжується невербальними засобами, які утворюють в сукупності із вербальними комунікативну поведінку педагога. Студентам пропонується побудувати діалог з учнем, який готується до важливих спортивних змагань або вболіває за поразку тощо.

Шляхи вдосконалення мовлення майбутнього вчителя фізичної культури вбачаємо у: слуханні текстів спортивних коментаторів; спостереженні за роботою вебінарів в Інтернет-джерелах з метою засвоєння нової термінології; читанні вголос окремих текстів фахового спрямування; самоаналізі власного мовлення.

Варто зауважити, що у пам'яті учнів після зустрічі з учителем залишається не тільки інформація, яку він повідомив, а й та атмосфера, якою супроводжувалося їхнє спілкування. Учні зберігають враження від зустрічі з педагогом, пам'ять про його погляд, інтонацію, тональність, мовлення, спосіб реагувати на поведінку його вихованців. Тому рівень майстерності мовленнєвої діяльності визначається рівнем культури його мовлення і спрямуванням його комунікативної поведінки.

Висновки та пропозиції. Комунікативна компетентність учителя фізичної культури є складовою його педагогічної майстерності й полягає в умінні встановлювати та підтримувати спілкування зі здобувачами освіти у будь-якій професійній ситуації, доречно використовувати невербальні засоби, дотримуватись норм мовленнєвого етикету. Перспективу подальшого дослідження вбачаємо в розробці системи комунікативних тренінгових завдань, орієнтованих на майбутню фахову діяльність студентів.

#### Список літератури

1. Гавриляк Л.С. Комунікативна компетентність як складова професійної підготовки сучасного фахівця. Науковий журнал «ЛОГОС. Мистецтво наукової думки» • №3 • Квітень, 2019. С.70-73
2. Грибан Г., Мичка І., Гарлінська А., Солодовник О., Чайка Ю., Пилипчук П., Денисовець А. Формування комунікативної компетентності в

майбутніх учителів фізичної культури під час освітнього процесу. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Випуск 4 (149) 2022. С. 43-46

3. Наумчук В. І. Словник-довідник основних термінів і понять з теорії та методики фізичного виховання і спорту. Тернопіль: Видавництво Астон, 2013. 96 с.

4. Нестеренко Л., Кучерова О. Визначення компонентів комунікативної компетентності науково-педагогічних працівників. Актуальні питання гуманітарних наук. Вип 40, том 2, 2021. С.261-266

## **ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ТРЕНЕРІВ З ГАНДБОЛУ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**Наталія Семаль,**  
*кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент*  
**Антоніна Співак,**  
*старший викладач*

Вступ. Особливості тренерської роботи передбачають сукупність вимог до організації процесу підготовки майбутнього фахівця та подальшого підвищення кваліфікації протягом його професійної діяльності у відповідності до тенденцій розвитку ігрових видів спорту та їх правил [3]. Збільшення вимог до педагогічного професіоналізму фахівця в галузі фізичного виховання та спорту є однією із складових компонентів державних освітніх стандартів та програмно-нормативних документів. Освітні програми передбачають забезпечення підготовки фахівців з фізичної культури і спорту, що дозволяють сформувати їх загальні та професійні компетентності на основі сучасних тенденцій розвитку педагогіки, психології, теорії і практики спортивного тренування та ін.

На сьогодні тренер — особистість, від якої залежить процес спортивної підготовки, а також високі досягнення спортсменів на змаганнях різного рівня. Більшість тренерів, як правило, мають досвід спортивної діяльності та великий багаж теоретичних та практичних знань з різних галузей науки: теорії та методики спорту, медико-біологічних дисциплін, педагогіки та психології спорту [1]. Тренерів в Україні готують заклади вищої освіти III і IV рівнів акредитації. Переважній більшості випускників присвоюється кваліфікаційний рівень «бакалавр фізичного виховання і спорту», «магістр», «доктор філософії».

Мета дослідження - дослідити та проаналізувати особливості організації

процесу підготовки майбутніх тренерів з гандболу у ЗВО.

Методи дослідження. Для дослідження використані наступні методи: аналіз та узагальнення даних наукових та методичних літературних джерел, мережі Інтернет, педагогічне спостереження, аналіз програмно-нормативних документів закладів вищої освіти України (ЗВО), методи математичної статистики.

Огляд фахової літератури з посиланням на джерела. Створення передумов для покращення ефективності діяльності тренера залежить від того, наскільки добре володіє тренер конкретним видом спорту, компетентності, культури і рівня педагогічної майстерності та фізичної підготовленості. Провідні вчені В.М. Платонов, 1997, 2015; М.Г. Озолін, 2003; В.В. Мулик, 2002; О.І. Камаєв, 2000, та ін., відзначають провідну роль організаційного та управлінського впливу тренерів на оптимальне функціонування системи спортивної підготовки [3].

Аналіз діяльності тренерів-початківців дозволяє визначити, що майбутні тренери з ігрових видів спорту по-різному володіють навичками та вмінням навчально-тренувальної та організаційної роботи, що є наслідком недостатнього практичного впровадження теоретичних знань.

Результати дослідження. Структура процесу підготовки тренерів складається з двох етапів: перший – під час якого майбутні фахівці фізичної культури і спорту отримують загальні та професійні компетентності у державних і приватних закладах вищої освіти; другий – професійно-прикладний етап реалізації практичних знань, вмінь та навичок на посаді тренера у ДЮСШ, СДЮШОР, спортивних клубах, товариствах та ін [2].

Освітній етап характеризується навчанням у ЗВО, яке регламентовано термінами здобуття освітньо-професійних і освітньо-наукових програм, обсягом змісту і годин, відведених на засвоєння матеріалів освітніх компонентів, що керуються Законом України «Про вищу освіту», Законом України «Про фізичну культуру і спорт», Стандартами вищої освіти України для першого та другого рівнів вищої освіти.

Досліджено, що фахівців галузі фізичної культури і спорту готують чимало закладів вищої освіти, серед яких є спеціалізовані. Аналіз освітніх програм, представлених на офіційних сайтах ЗВО, дає можливість стверджувати, що найкращі умови для підготовки тренерів з гандболу мають можливість створювати лише потужні спеціалізовані заклади освіти за умови, коли є достатня кількість студентів з даної спеціалізації, інші заклади вищої освіти

формують групи об'єднуючи студентів з різних видів спорту, що ускладнює викладання специфічного навчального матеріалу відповідно обраного виду спорту (гандбол)[2,4]. Специфіка навчання без розподілу групи на спеціалізації вимагає потребу до узагальнення підходів у вивченні дисциплін (теорія і методика обраного виду спорту, теорія і методика фізичного виховання, медико-біологічних і спортивно-педагогічних дисциплін). Зміст викладання освітніх компонентів через названі причини не може охоплювати певні специфічні питання в тому обсязі, який необхідний для фахової підготовки тренера [2]. Структура процесу підготовки майбутнього тренера складається з лекційних, практичних, лабораторних, семінарських занять, проте сучасні вимоги організації освітньо-педагогічного процесу передбачають зменшення специфіки гандболу в контексті змістового наповнення освітніми компонентами (ОК) [2,4].

Фахова майстерність тренера формується з професійних знань і навичок, тобто поєднання загальнотеоретичної базової підготовки та спеціальної теоретичної підготовки. До загальнотеоретичної підготовки відноситься комплекс дисциплін, які формують світоглядний рівень фахівця, включаючи знання з історичних, філософсько-правових, соціальних, медико-біологічних, спортивно-педагогічних галузей. Спеціальну теоретичну підготовленість забезпечують знання з історії, теорії, методики, організації і педагогіки спорту, глибокі знання систем підготовки спортсменів і умов реалізації спортивного результату [1,4]. Тренер повинен володіти арсеналом теоретичних знань, систематично поповнювати їх, а також вміти використовувати їх у конкретних умовах для виконання конкретних завдань, тобто сформувані на теоретичній базі арсенал практичних навичок і умінь. Ґрунтовні знання техніки і тактики обраного виду спорту, методів і засобів розвитку фізичних якостей, у поєднанні з педагогічними і організаторськими навичками характеризують рівень підготовленості тренера [4].

Створюючи умови для отримання знань, вмінь та навичок професійної діяльності ЗВО спрямовують зусилля на практичне навчання майбутніх фахівців за допомогою проведення виробничих тренерських, практично-орієнтованих практик та практик за профілем майбутньої професії. Їх метою є формування у студентів зацікавленості вивчення умов та безпосередньої діяльності майбутнього фахівця фізичної культури і спорту, професією, ознайомлення їх з організаційною структурою та змістом проведення навчально-тренувальних занять [2,3]. Усі ці знання, уміння і навички необхідні

для професійної діяльності тренера, зумовлюють теоретичну підготовку та практичну діяльність під час професійної підготовки.

Висновки:

1. Необхідність підготовки кваліфікованих майбутніх тренерів з ігрових видів спорту (гандбол) в процесі вивчення фахових дисциплін зумовлена вимогами сучасного рівня професійної підготовки фахівців фізичної культури та спорту

2. Навчання та удосконалення підготовки тренерів з гандболу у закладах вищої освіти має логічну структурну схему. Загальний зміст освітнього процесу, передбачений освітніми програмами ЗВО дозволяє набути необхідні знання і професійні компетентності. Форми організації процесу підготовки майбутніх тренерів з гандболу у переважній більшості закладів вищої освіти містять узагальнені підходи до вивчення тренерської діяльності і не можуть повноцінно враховувати специфіку виду спорту через об'єднання в групи студентів різних спеціалізацій [2].

#### Список літератури

1. Комоцька О. Сучасні підходи до специфіки тренерської діяльності. III Міжнародна наук.-практ. онлайн- конф. «Здоров'я, фізичне виховання і спорт: перспективи та кращі практики» за заг. ред. О. В. Ярмолук. Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка. 2021. С.52-54. DOI: 10.28925/2021.51213168conf

2. Комоцька О.С., Сушко Р.О. (2022) *Програмно-нормативні основи підготовки тренерів з баскетболу в Україні* Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова (3(148)). с. 67-73. ISSN 2311-2220

3. Мулик В.В., Камаєв О.І. Теорія системності та і системний підхід в професійній діяльності тренера. Харків, ХДАФК, 2017. 88с

4. Сопотницька О.В. Деякі аспекти та шляхи підготовки фахівців фізичного виховання до тренерської діяльності. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми: зб. наук. пр. Київ – Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2010. Вип. 24. С. 506-50.

## **ЗМІСТ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФУТБОЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ В ПОЧАТКОВИХ КЛАСАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

**Іван Шанта,**  
*старший викладач кафедри фізичного виховання*

Вступ. Сучасні умови життя пред'являють нові, підвищені вимоги до фізичного та психічного стану людини, і виховувати її так, щоб вона відповідала цим вимогам, потрібно вже з раннього дитячого віку. Відповідати цим вимогам може тільки здорова дитина, і це актуалізує проблему раннього формування культури здоров'я. А дошкільний і молодший шкільний вік вважаються вирішальними у формуванні фундаменту людського здоров'я. У цьому віці активно формуються вікові інтереси до рухової активності, тому на цьому етапі важливо сформувати в дітей базу знань і практичних навичок здорового способу життя, усвідомлену потребу в систематичних заняттях фізичною культурою, створити умови, за яких фізичні можливості дитини могли б розкритися максимально. Це вимагає, зокрема, переосмислення і вдосконалення процесу шкільної освіти з фізичної культури, вказує на необхідність зробити його більш гнучким, вводити до нього нові перспективні елементи. Футбол є найбільш популярним видом спорту серед сучасних дітей і молоді. Отже, доцільно використовувати його в якості засобу всебічного фізичного розвитку школярів, комплексного розвитку їх різних фізичних якостей. Мета роботи - дослідити зміст та особливості футбольної підготовки в молодших класах сучасних загальноосвітніх навчальних закладів.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел; педагогічне спостереження.

Огляд фахової літератури з посиланнями на джерела. Серед опрацьованої літератури з питань, які стосуються проблем футбольної підготовки в початкових класах, важливими є посібники В. Костюкевич «Футбол» (2000) [2]; Є. Столітенко «Фізичне виховання учнів 1-11 класів у процесі занять футболом» (2011) [5]; підручник В. Соломонко «Футбол» (2005) [4]; питань фізичного виховання в молодших класах сучасних загальноосвітніх закладів насамперед вирізняються монографії В. Завацького "Фізіологічна характеристика розвитку організму школярів" [1] та Н. Москаленко "Фізичне виховання молодших школярів" [3].

Результати дослідження. Враховуючи популярність футболу, ця гра на сучасному етапі тісно пов'язана з фізичним вихованням дітей і молоді. У процесі фізичного виховання в загальноосвітніх школах головним завжди був принцип різнобічності, на підставі якого ті чи інші вправи включалися до шкільної програми фізичної культури. Цей принцип був покликаний забезпечити засвоєння більшого числа рухових умінь і навичок, рівномірний розвиток різних фізичних якостей. Але багато таких вправ не були цікавими для дітей, і особливо в початкових класах, а інтерес є основною рушійною силою будь-якої справи, зокрема справи фізичного виховання. Тому розвиваючий ефект занять, в яких домінують такі вправи, виявляється вельми низьким. З іншого боку, молодші школярів природно виявляють найбільший інтерес до рухливих ігор, а футбол, зважаючи на його популярність у будь-якому віці, повинен посісти серед цих ігор особливе місце. Гра, що викликає в дитини справжній інтерес, не тільки підвищує її мотивацію до занять фізичною культурою, а й формує характер, оскільки дитина розуміє, що через футбол може підвищити свій соціальний статус у класному колективі. Відповідно, підвищується інтерес і до всього процесу футбольної підготовки, зокрема до виконання на уроках та позаурочних заняттях вправ з її арсеналу. Якщо такі вправи зацікавили школяра, він охоче буде виконувати їх будь-де – на уроках фізичної культури, на перемінах, на вулиці чи на подвір'ї, вдома.

В цілому футбольна підготовка школярів, які займаються у спеціальних секціях, проходить декілька етапів: підготовчий (початкові класи), етап занять у молодших групах (5-7 класи), етап занять у середніх групах (8-9 класи) та етап занять у старших групах (10-11 класи). На підготовчому етапі постають завдання зміцнення здоров'я та загартування організму; підвищення інтересу до занять футболом; всебічної фізичної підготовки з переважним розвитком швидкості, спритності та координаційних здібностей; навчання основам техніки володіння м'ячем і тактики гри; засвоєння процесу гри за спрощеними правилами; вивчення елементарних теоретичних відомостей про гігієну, техніку, тактику гри у футбол. На подальших етапах завдання ускладнюються. Так, у молодших групах вирішуються завдання оволодіння основними технічними прийомами та основами командної тактики гри; у середніх групах – вдосконалення техніки і тактики, визначення ігрового місця та ігрової функції в команді, набуття першого досвіду участі у футбольних змаганнях, ознайомлення з елементарними навичками суддівства; у старших групах – подальшого вдосконалення техніки і тактики, засвоєння основ методики



спортивного футбольного тренування, формування суддівських та інструкторських навичок.

Відповідно до загальних методичних рекомендацій, навчання основам футбольної техніки починається з виконання найпростіших технічних прийомів у найбільш простих умовах (удари по нерухомому м'ячу, ведення м'яча на малій швидкості й т. п.). Навчання ударам та зупинці м'яча проводиться одночасно. При навчанні техніці володіння м'ячем одразу ж значна увага приділяється створенню в учнів правильного зорового уявлення про конкретні прийоми та рухові дії. Пізніше переходять до вивчення поєднання технічних прийомів (наприклад: зупинка м'яча – ведення м'яча – передача). Водночас ускладнюються завдання, які ставляться перед учнями (наприклад, зупинка м'яча виконується в русі – вперед, назад або в бік, передача м'яча – низом або верхом). При цьому значна увага приділяється оволодінню правильною руховою структурою прийомів, які вивчаються, вмінню узгоджувати свої рухові дії з рухом м'яча. Щодо тактики, її вивчення варто розпочинати із зорового орієнтування. Діти навчаються постійно спостерігати за розташуванням поблизу них партнерів та суперників, пізніше – оцінювати обстановку, ще пізніше – приймати певні рішення до отримання м'яча або в момент отримання, щоб після оволодіння м'ячем швидко діяти у відповідності з прийнятим рішенням. Навчання індивідуальним та груповим тактичним діям починається, як правило, тільки в середньому шкільному віці (в молодших групах футбольних секцій), але фундамент таких дій можна закладати вже раніше, особливо працюючи з талановитими дітьми.

На уроках у початковій школі переважають вправи, засновані на природній координації рухів у бігу, стрибках, основних прийомах футбольної техніки (переважно веденні та передачах м'яча). Пізніше школярі засвоюють більш складні техніко-тактичні дії (передачі та удари головою, швидкісне ведення м'яча в умовах опору суперника й т. п.). Намагання одержати перемогу у змагальних вправах з арсеналу футбольної підготовки слугує спонукальним мотивом для вдосконалення фізичної та спеціальної підготовки в самостійних заняттях, в заняттях, що проводяться у позаурочній та позашкільній формах.

У шкільному фізичному вихованні в початкових класах найбільш розповсюдженою є урочна форма. На уроках вирішуються питання виховання в учнів різних компонентів позитивного ставлення до занять фізичною культурою, розвитку фізичних якостей. До кожного уроку вчитель фізичної культури готує план-конспект, в якому визначає мету, завдання та основний

зміст уроку в підготовчій, основній та заключній частинах, а також методичні вказівки та нотатки, які робляться по ходу проведення уроку. Наприклад, якщо на уроці виконуються вправи на вдосконалення ведення м'яча, можуть бути поставлені завдання розвитку швидкості, спритності, виховання уважності, дисциплінованості. Тип уроку – навчальний, методами проведення можуть бути індивідуальний, поточний і фронтальний. Бажано заздалегідь визначити інвентар та обладнання (свисток, секундомір, м'ячі, наочне обладнання й т. п.). Підготовчу частину можуть складати вишукування, привітання, повідомлення завдань уроку, різновиди ходьби (на носках, п'ятках, зовнішній та внутрішній сторонах стопи, у присіді), різновиди бігу (приставними кроками правим і лівим боком, з високим підніманням стегна, з виносом прямих ніг вперед), стрибки (на правій та лівій нозі, на двох ногах, зокрема спиною вперед), вправи з м'ячем (накидання м'яча на носок, коліно, груди, передачі м'яча із зупинкою стопою, із зупинкою внутрішньою частиною стопи, в один дотик і т. п.). Ядром уроку виступає основна частина, в якій вдосконалюється техніка ведення м'яча, виконуються вправи, що відповідають поставленим завданням. Можуть виконуватися, зокрема, ведення м'яча внутрішньою і зовнішньою частинами стопи, з обведенням штучних перешкод, ведення з передачами об стіну. Далі може вивчатися якийсь новий елемент футбольної підготовки, наприклад, техніка удару по м'ячу внутрішньою стороною підйому, зокрема з імітацією ударів. До основної частини в її завершальній стадії обов'язково включається рухлива командна гра з елементами футболу. В заключній частині використовуються дихальні вправи, вправи на розслаблення. Закінчується урок підведенням підсумків та оцінкою досягнень учнів під час уроку.

#### Висновки:

1. На підготовчому етапі футбольної підготовки, який відповідає рівню початкової школи, вирішуються завдання зміцнення здоров'я та загартування організму; підвищення інтересу до занять футболом; всебічної фізичної підготовки з переважним розвитком швидкості, спритності та координаційних здібностей; навчання основам техніки володіння м'ячем і тактики гри; засвоєння процесу гри за спрощеними правилами; вивчення елементарних теоретичних відомостей про гігієну, техніку, тактику гри у футбол.

2. Навчання основам футбольної техніки починається з виконання найпростіших технічних прийомів у найбільш простих умовах. На уроках у початковій школі переважають вправи, засновані на природній координації

рухів у бігу, стрибках, основних прийомах футбольної техніки (переважно веденні та передачах м'яча).

3. Загальний зміст футбольної підготовки у 3-4 класах початкової школи становлять теоретична, фізична, технічна і тактична підготовка. Теоретична підготовка включає історію українського футболу, специфіку його сучасного розвитку, правила гри, знання обладнання та інвентарю. В рамках фізичної підготовки застосовуються організовуючі та загальнорозвиваючі вправи (без предметів і з предметами), рухливі ігри та естафети. Технічна футбольна підготовка в початковій школі включає прості вправи на засвоєння ігрових елементів.

#### Список літератури

1. Завацький В. І. Фізіологічна характеристика розвитку організму школярів: Монографія / В. І. Завацький. – Луцьк: Волинське обласне рекреаційно-видавниче підприємство "Надстир'я", 1994. – 152 с.
2. Костюкевич В.Т. Футбол: Навчальний посібник для студентів спеціалізованих вузів / В.Т. Костюкевич. – К.: Інститут фізичного виховання і спорту; Вінниця: пед. університет ім. М. Коцюбинського, 2000. – 162 с.
3. Москаленко Н.В. Фізичне виховання молодих школярів: Монографія / Н. В. Москаленко. – Дніпропетровськ: Інновація, 2007. – 252 с.
4. Соломонко В.В. Футбол: Підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту / В. В. Соломонко, Г.А. Лисенчук, О. В. Соломонко. – К.: Олімпійська література, 2005. – 295 с.
5. Столітенко Є. Фізичне виховання учнів 1-11 класів у процесі занять футболом / Є. Столітенко. – К.: Федерація футболу України, 2011. – 298 с.

### **ГІМНАСТИКА ЯК ОДНА ІЗ ФОРМ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Ольга Пишка,**

*старший викладач кафедри фізичного виховання*

Вступ. Виховання правильних і точних рухів є надзвичайно важливим з перших років життя, але чимало педагогів і батьків недооцінюють значення рухів для дітей раннього віку. Це пояснюється, крім іншого, і тим, що фахівці з фізичного виховання під час здобуття освіти за фахом не набувають достатньо

знань саме з цього, першого періоду життя людини. З іншого боку, навіть багато лікарів, які працюють з малюками, не ознайомлені належним чином із процесами становлення рухових актів у малюків, особливо грудного віку. Якщо брати до уваги таке становище, не є дивним, що нині досить розповсюджена література з оздоровчої гімнастики для дітей дошкільного віку з комплексами фізичних вправ, розрахованими на дітей старше 3 років, а подібних науково-практичних розробок, гімнастичних методик для малюків переддошкільного віку вкрай недостатньо. Між тим, обмеження природної рухливості, недостатні фізичні навантаження несприятливо позначаються на здоров'ї малюків та формуванні їхньої особистості. Цей недолік можуть усунути масажи й заняття спеціальною гімнастикою, які сприяють розвитку всіх органів і систем дитини, здійснюють загальний зміцнюючий вплив на їхній організм. Крім того, лагідні дотики рук батьків і вихователів, вправи у вигляді ігор дають дитині задоволення, зміцнюючи емоційний зв'язок між нею і дорослим.

Мета роботи - визначити місце гімнастики в системі фізичного виховання дітей переддошкільного віку та розробити методіку занять гімнастикою з малюками цього вікового періоду.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел; педагогічне спостереження.

Огляд фахової літератури з посиланнями на джерела. Ми ознайомилися з працями та електронними матеріалами, в яких втілено результати попередніх досліджень застосування гімнастики з дітьми переддошкільного віку [2; 3]. Аналізу питань вікової та педагогічної психології, вікової періодизації дитячого розвитку, фізичного виховання та рухової активності дітей переддошкільного віку, їхнього фізичного розвитку та його оцінки, застосування гімнастики та масажу з дітьми цього вікового періоду присвячені дослідження О. Зінов'єва та К. Зінов'євої [4], Е. Вільчковського [1], В. Поліщук [5].

Результати дослідження. Найголовнішими завданнями фізичного виховання дітей переддошкільного віку є забезпечення оптимального режиму фізичної активності для досягнення позитивного емоційного стану, нормального фізичного та психічного розвитку, зміцнення здоров'я. Основні засоби досягнення цих завдань – раціональний режим дня, загартування повітряними процедурами та водою, масаж, навчання плаванню, заняття гімнастичними вправами. Кожен із цих засобів справляє позитивні впливи на фізичний розвиток і здоров'я дитини. Але гімнастичні вправи та ігри посідають особливе місце в системі фізичного виховання дітей перших років життя,

оскільки спираються на рухову активність дитини. Отже, основною метою гімнастики з дітьми переддошкільного віку є покращення якості рухів дитини, тому правильність і точність рухів у гімнастичних вправах контролюється у грудному віці руками дорослого, який проводить заняття, а у віці раннього дитинства – іноді спеціальними засобами (гімнастичним обладнанням, елементами обстановки й т. д.). Саме це відрізняє гімнастику від інших форм рухової активності малюка, і саме це допомагає дитині набути правильний динамічний стереотип. Залежно від вікового періоду для правильного і гармонійного розвитку дитини акцент у дитячій гімнастиці робиться на масажи і вправи, розраховані на рефлексорні реакції малюка (до року), і вправи, які розвивають різні фізичні якості (після року), зокрема вправи для розвитку та вдосконалення вміння повзати, ходити, бігати, стрибати, лазити, перелазити перешкоди, кидати м'ячі тощо. Фізіологічне навантаження під час виконання гімнастичних вправ повинне регулюватися кількістю повторних вправ, ритмом виконання та тривалістю занять. Як масаж, так і гімнастику виконують щоденно на протязі від 3-5 до 15-20 хвилин, залежно від конкретного віку і стану дитини. Важливим у дитячій гімнастиці є регулювання навантажень. Перш за все, при розробці методик і складенні комплексів гімнастичних вправ для дітей переддошкільного віку необхідно враховувати фізіологічні впливи вправ на дитячий організм.

Застосування методу педагогічного спостереження дозволило ознайомитися із загальними засадами організації і проведення роботи з фізичного виховання на базі дошкільного виховного закладу, з можливостями здійснення оздоровчого впливу на дітей у віці 2-3 років засобами гімнастичних вправ. Результати педагогічного спостереження знайшли відображення в розробленій методиці занять гімнастикою з дітьми переддошкільного віку.

Методика занять гімнастикою з дітьми переддошкільного віку. Методика складається з рекомендаційних циклів вправ окремо для дітей: грудного віку (до року); у віці раннього дитинства (1-3 роки). Принципи побудови цих двох частин істотно різняться.

Методика занять гімнастикою з дітьми грудного віку.

Перша частина методики (для грудних дітей) побудована у вигляді циклів гімнастичних вправ для дітей окремих вікових періодів. Кожний цикл складається з 12 вправ і має певну мету.

1) Цикл вправ для дітей 1-3 місяців має на меті розслаблення м'язів за допомогою масажів і вправ на рефлексорні реакції.

2) Цикл вправ для дітей 3-4 місяців має на меті нормалізацію тонусу ніг, виховання перших навичок змін положення тіла, розвиток ручних рухових умінь.

3) Цикл вправ для дітей 4-6 місяців має на меті остаточну нормалізацію тонусу м'язів ніг, виховання опірної реакції стоп, навчання навичці утримувати предмети, розвиток ритмічності рухів.

4) Цикл вправ для дітей 6-9 місяців має на меті навчання дитини рачкувати, виховання координації та ритмічності рухів.

5) Цикл вправ для дітей 9-12 місяців має на меті істотне урізноманітнення рухів і розвиток самостійності дитини.

Методика занять гімнастикою з дітьми у віці раннього дитинства.

Друга частина методики (для дітей у віці 1-3 роки) побудована інакше. Її складають три комплекси вправ.

1. Комплекс вправ для розвитку різних фізичних навичок. Включає в себе вправи: 1) для розвитку навичок повзання; 2) для розвитку правильної ходьби; 3) для розвитку рівноваги; 4) для розвитку навичок лазіння.

2. Комплекс загальнорозвиваючих вправ для розвитку різних частин тіла. Включає в узагальненому вигляді вправи окремо: 1) для рук і плечового поясу; 2) для тулуба; 3) для ніг.

3. Комплекс вправ із предметами. До цього комплексу включені вправи з м'ячем і з прапорцями на розвиток різних частин тіла і м'язових груп.

На кожному гімнастичному занятті застосовуються по декілька вправ з кожного комплексу з урахуванням того, щоб по чергово виконувалися рухи для всіх м'язових груп у певній послідовності (рук і плечового поясу, ніг і стоп, черевного пресу і передньої мускулатури, спини і задньої мускулатури), а також декілька дихальних вправ. Загальна орієнтовна тривалість одного заняття – 15-20 хвилин, за один раз виконується близько 10 вправ.

До методики включені вимоги та рекомендації щодо умов проведення гімнастичних занять і спеціальні поради.

Висновки.

1. Гімнастичні вправи та ігри посідають особливе місце в системі фізичного виховання дітей переддошкільного віку, оскільки спираються на рухову активність дитини. Основною метою гімнастики в цьому віці є покращення якості рухів, виховання їх точності і правильності, формування правильного динамічного стереотипу. Важливими завданнями занять гімнастикою є залучити до руху всі м'язові групи дитини приблизно однаковою

мірою, поступово перейти від некоординованої рухливості перших місяців життя до принципово нового стану нервової системи.

2. Як показали результати педагогічного спостереження, дошкільний виховний заклад є початковою і надзвичайно важливою ланкою системи фізичного виховання, якщо в ньому намагаються створити сприятливі можливості для ефективного поєднання всіх засобів і форм цілеспрямованого застосування фізичної культури.

3. Використання методики занять гімнастикою з дітьми переддошкільного віку є доцільним як у сімейній практиці, так і в практиці фізичного виховання дітей цієї вікової категорії в рамках дошкільних виховних закладів.

#### Список літератури

1. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку: Навчальний посібник / Е. С. Вільчковський. – К.: ІЗМН, 1998. – 64 с.

2. Гімнастика дитини у віці 1-3 років. [Електронний ресурс] // <http://www.eurolab.ua/child/2120/2122/7917/>.

3. Гімнастичні вправи для дітей 1,5-3 місяців. [Електронний ресурс] // <http://www.papaaimama.ru/arts.php?art=gymnastic>.

4. Зінов'єв О. Рухова активність дитини першого року життя / Олександр Зінов'єв, Катерина Зінов'єва // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. – Вип. 10: У 4-х т. – Львів: НВФ "Українські технології", 2006. – Т. 1. – С. 6-11.

5. Поліщук В. М. Вікова та педагогічна психологія (програмні основи, змістові модулі, інформаційне забезпечення) / В. М. Поліщук. – Суми: ВТД "Університетська книга", 2007. – 330 с.

## **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СУСПІЛЬНОГО КЛІМАТУ В СТУДЕНСЬКОМУ СПОРТИВНОМУ КОЛЕКТИВІ**

**Геннадій Мордвінцев,**

*старший викладач*

**Василь Звонар,**

*старший викладач*

**Марина Петрушко,**

*старший викладач*

Вступ. Метою дослідження є вивчення та аналіз технологій створення здорового суспільного клімату в студентському спортивному колективі.

Рівень виявлення та сформованості соціально-педагогічних явищ та процесів свідчить про психологічний мікроклімат в студентському спортивному колективі, а також міру його сформованості і організованості. Щоб зрозуміти психологію студентського спортивного колективу, тренеру (вчителю) важливо знати типові форми взаємостосунків, які створюються в такому колективі. Важливою темою досліджень також повинні стати особливості динаміки розвитку таких взаємостосунків між самими спортсменами та між спортсменами і тренерами. При цьому корисно володіти достовірною інформацією про спрямованість та зміст взаємостосунків, форми їх прояву, характер спортивних контактів в малих групах, особистих стосунків між лідерами та окремими спортсменами. Усе це робить дослідження технологій створення здорового суспільного клімату в студентському спортивному колективі актуальною задачею.

Методи дослідження. Для дослідження використані наступні методи: теоретичний аналіз та узагальнення даних літературних джерел, педагогічні спостереження, соціологічні методи (анкетування, опитування), порівняльний аналіз, методи математичної статистики.

Огляд фахової літератури. Створення здорового суспільного клімату в студентському спортивному колективі є особливо важливим, оскільки у спортсменів є виражена потреба в соціалізації. Ця потреба зазвичай проявляється в дружбі, товаришуванні, обміні думками, досвідом та знаннями [2]. Також спостерігається виражене прагнення бути популярним, самостверджуватися, завоювати схвалення від оточуючих, повагу колективу, авторитет серед членів соціуму. У створенні здорового суспільного клімату в



студентському спортивному колективу значну роль відіграє особистість тренера [1]. Його авторитет значною мірою впливає на вихованця. З метою позитивного впливу на поведінкові реакції спортсменів тренер повинен постійно вивчати і враховувати саме суспільну думку, настрої і традиції спортивного колективу [3].

Результати дослідження. Проведено спостереження за поведінкою спортсменів-студентів в трьох окремих спортивних командах з водного поло, волейболу і гандболу. Під час спостереження виявлено, що спеціальній психологічна атмосфера, здоровий психологічний клімат в студентському спортивному колективі впливає на формування особистості. Це, в свою чергу, сприяє розширенню світогляду, розвитку суспільно-політичної активності, формуванню правильної політичної позиції.

Опитування досвідчених тренерів показало, що здоровий суспільний клімат в студентському спортивному колективі створює сприятливі умови для підвищення спортивної майстерності, формування необхідних психологічних якостей. В свою чергу, розвиток важливих психологічних якостей формує емоційно-вольову готовність до змагань та мотивацію до суспільно корисної діяльності.

В процесі досліджень встановлено, що колективний настрій, це спільний тривалий емоційний стан спортсменів, який впливає на прояв їх особистісних якостей. При цьому змінюється результативність колективної роботи та покращується взаємодія команди з тренером. Було неодноразово помічено, що позитивні настрої, такі як бадьорість, впевненість, ейфорія, здатні активізувати загальну та індивідуальну спортивну діяльність. В той же час, негативні емоції ускладнюють таку діяльність.

Виявлено, що на настрої колективу впливає багато факторів. Серед них важливими є такі: спортивні успіхи або невдачі, дружні взаємостосунки, чи конфлікти, побутові умови спортсменів. На стан суспільного клімату в студентському спортивному колективі також впливає якість моралі і вихованості кожного спортсмена. Тренеру дуже важливо знати причини змін у колективних настроях, вміти керувати ними. Для цього він має піклуватися про психологічний клімат в команді. Організовувати комунікування та взаємодопомогу спортсменів, заохочувати теплим словом та підтримувати їх завзяття, виявляти педагогічний такт, подавати приклад бадьорості, впевненості, оптимізму. Оскільки настрої у спортивних колективах мають особливу схильність до змін, то тренери в період наших досліджень

неодноразово вживали заходів до збереження необхідної урівноваженості та самовладання. Для цього зазвичай вони використовували комплекс прийомів психологічної дії: зупиняли гру; голосом та відповідною інтонацією віддавали команди і розпорядження; робили заміни гравців, тощо. В процесі анкетування виявлено, що для згуртування колективу за часту застосовуються традиції, звичаї, негласні норми і правила спортивного закладу, які передаються від старших поколінь молодшим. Зразкова поведінка, концентрація зусиль на інтересах команди, колективізм, ставши звичкою, в подальшому впливають на формування морально-вольових якостей спортсменів. Фактор наслідування відіграє суттєву роль у поведінці спортсменів, накладає відтиск на їхню психіку та взаємостосунки. Під впливом наслідування створюються дружні відносини між спортсменами та формуються духовні цінності. Тренери, які знали про вихованців, схильних до наслідування, ефективно використовували це в своїй роботі. За допомогою позитивних прикладів вони вдало корегували навчально-тренувальний процес. В якості прикладів вони рекомендували досягнення успішних спортсменів.

Дослідження показали, що своєрідним соціально-психологічним явищем, притаманним колективному життю і діяльності людей, є конформізм – пристосування спортсмена до умов колективу, існуючих в ньому взаємостосунків, думок, суджень. Конформісту притаманне прагнення беззастережно приймати погляди, вказівки для того, щоб не залишитися в колективній ізоляції. Самоствердження спортсмена в колективі – один із найважливіших соціально-психологічних процесів. Особистість спортсмена виявляється в колективній студентській діяльності та взаємостосунках з товаришами, старшими. Кожен прагне якось ствердити серед однолітків, відіграти певну роль, яка б забезпечувала йому повагу, визнання та довіру, прихильність та підтримку, допомогу та піклування. Самоствердження виявляється в прагненні особистості до задоволення найбільш значних потреб або досягнення певних цілей.

Таким чином в умовах життя студентського спортивного колективу велике значення має формування здорового суспільного клімату. Характерними ознаками такого клімату є домінування стосунків, думок, почуттів, настроїв, переживань, потреб, інтересів спортсменів. Формування здорового спортивного клімату відбувається швидше в студентських колективах, де кожен спортсмен вболіває за свою команду, робить все, щоб вона вийшла в число кращих, де

тренер активізує високі мотиви поведінки своїх вихованців, всю їх спортивну діяльність.

**Висновки.**

Психологічна атмосфера, здоровий суспільний клімат в студентському спортивному колективі впливає на формування особистості, сприяє підвищенню спортивної майстерності, збагаченню духовного світу, сприяє розвитку суспільно-політичної активності, виробленню необхідних психологічних якостей, формує групову злагодженість, розвиває емоційно-вольову готовність до змагань, та успішної колективної роботи. Формування здорового суспільного клімату в студентському спортивному колективі – одне з важливих завдань тренера. Від його вирішення залежать ефективність навчання, виховання, сталість колективу, спортивні досягнення.

#### Список літератури

1.Бех І.Д Психологічна сутність гуманізму у вихованні особистості. К.: Педагогіка і психологія,1995. №3. С.3-12

2.Бех І.Д. Формувати у дитини почуття цінності іншої людини. Педагогіка толерантності. 2001. №2. С.16-23

3.Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів: підруч. для студ. вищих навч. закл. фіз. вихов. і спорту: в 2ч, Ч.1 Тернопіль: Навч. Книга-Богдан, 2001. 271с.

## **ОЗДОРОВЧИЙ ФІТНЕС ЯК ОДИН ІЗ ЗАСОБІВ ПОЗАШКІЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

**Надія Степчук,**

*старший викладач кафедри фізичного виховання*

Вступ. На сучасному етапі принцип оздоровчої спрямованості фізичного виховання все більше конкретизується в нових фізкультурно-оздоровчих технологіях, які об'єднують процес застосування різноманітних засобів фізичного виховання з оздоровчими цілями і наукову дисципліну, що розробляє основи побудови фізкультурно-оздоровчого процесу. Одним із практичних проявів розробки сучасних фізкультурно-оздоровчих технологій є методики і програми оздоровчого фітнесу [3, с. 342]. Для оздоровчого фітнесу як однієї з форм масової фізичної культури характерні простота вправ, можливість

індивідуального дозування навантажень. Це робить оздоровчий фітнес доступним для осіб фактично з будь-яким рівнем фізичної підготовленості, в т. ч. для дітей шкільного віку. Оздоровчий фітнес включає різноманітні методики, що допомагають змінити форму тіла, позбавитися надлишкової маси тіла чи досягти інших результатів, і не просто досягти, а зберегти їх на довгий час [2].

Останнім часом в Україні виявлено стійку тенденцію, згідно з якою різноманітні види оздоровчого фітнесу все більше приваблюють молодих дівчат. Це закономірно, оскільки для сучасного фітнесу характерні значне розмаїття та регулярне оновлення логічно побудованих і науково обґрунтованих фітнес-програм, цікавий музичний супровід, високий емоційний фон занять тощо [1]. Стимулювання інтересу дівчат старшого шкільного віку до занять фітнесом може бути підкріплене посиленням на загальносвітову тенденцію збільшення популярності оздоровчого фітнесу серед жінок різного віку, в руслі якої в західних країнах поширився образ так званої "леді фітнес", ділової жінки без шкідливих звичок, яка дбає про своє здоров'я і функціональний стан, раціонально харчується і регулярно займається певним видом або видами фітнесу, відвідуючи фітнес-центри, аеробні зали, басейни тощо [2]. Крім того, доведено, що сучасних дівчат цікавлять питання формування власного іміджу, складовими якого є гарна фігура, красива постава й хода, елегантність, і створенню такого іміджу можуть сприяти регулярні заняття оздоровчим фітнесом [4, с. 139].

Мета роботи - розробка експериментальної програми з оздоровчого фітнесу для школярок старших класів і підтвердження ефективності застосування цієї програми в позашкільному фізичному вихованні старшокласниць.

В процесі дослідження використовувалися наступні методи: теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел; педагогічний експеримент; педагогічне тестування; методи математичної статистики.

Результати. Пропонована фітнес-програма спирається на вікові та статеві особливості учениць старшого шкільного віку. У цьому віці, коли процеси формування організму завершені або завершуються, вправи з оздоровчого фітнесу повинні носити характер підготовки молоді до дорослого життя. З іншого боку, для дівчат-старшокласниць повинні підбиратися вправи, які формуватимуть жіночий організм, організм майбутньої матері.

Розроблена нами експериментальна оздоровча фітнес-програма передбачає обов'язкові регулярні заняття двічі на тиждень, тривалість одного заняття

складає близько 2 годин. У випадку погіршення фізіологічних показників учасниць проходження програми допускається зменшення тривалості одного заняття до 90 хв в індивідуальному порядку. Фітнес-програму розраховано на три місяці. Кожне заняття складається з трьох частин: 1) підготовчої; 2) основної; 3) заключної. Перехід від однієї частини до іншої здійснюється плавним переходом. Паузи між частинами можуть тривати до 2-4 хв.

Основними принципами виконання розробленої програми є систематичність, поступовість, повторюваність циклів і вправ, індивідуалізація.

В широкому розумінні програма покликана вирішувати такі задачі: 1) викликати у старшокласниць стійкий інтерес до занять оздоровчим фітнесом; 2) постійно підтримувати позитивну мотивацію дівчат до занять оздоровчим фітнесом; 3) виховувати культуру здоров'я як одну з найважливіших складових загальної культури; 4) формувати потребу і вміння займатися фізичними вправами самостійно, за власним бажанням, свідомо застосовувати ці заняття для підвищення працездатності та зміцнення здоров'я; 5) формувати адекватну самооцінку стану власного здоров'я; 6) допомогти ученицям старших класів навчитися свідомо вдосконалювати функціональні можливості основних систем організму, розвивати рухові здібності, застосовувати найрізноманітніші вправи в різних формах занять фізичною культурою; 7) допомогти дівчатам навчитися правильно дозувати фізичні навантаження, контролювати можливості власного організму за внутрішніми відчуттями і зовнішніми ознаками.

Незважаючи на групову форму проведення занять, розроблена фітнес-програма передбачає також застосування індивідуального підходу. Його основу складає індивідуальне дозування фізичних навантажень з урахуванням їх різних компонентів: потужності, обсягу, термінів впливу, морфологічної та функціональної спрямованості фізичного навантаження, форми та інтервалів відновлення, координаційної структури.

Реалізація принципу індивідуалізації під час проходження програми полягає в тому, що кожна школярка під наглядом викладача може коригувати техніку виконання будь-якої вправи. Подібне коригування проявляється в обмеженні амплітуди рухів, скороченні кількості повторів або швидкості виконання вправи.

Використання у програмі різновидів аеробіки, модних танцювальних напрямів, сучасної музики покликане сприяти в учениць старших класів формуванню стійкого інтересу до занять за програмою. Потяг до вдосконалення якості рухів, до засвоєння вищого ступеня їх безперервності,

необхідність постійного контролю такого потягу під час виконання програми пов'язані із засвоєнням режиму тривалих фізичних і нервово-психічних навантажень. Їхнє постійне зростання покликане забезпечити підвищення загального тону організму і створити передумови для формування позитивних моральних і фізичних якостей.

Дослідження ефективності застосування експериментальної оздоровчої фітнес-програми проводилося паралельно в контрольній та експериментальній групах на підставі визначення позитивної чи негативної динаміки показників фізичного стану та фізичної підготовленості учасниць педагогічного експерименту. До обох груп входили школярки 10-11 класів у віці 16-17 років. Контрольну групу склали 15 учениць, які займалися фізичною культурою на засадах традиційного підходу, за загальною шкільною програмою, в рамках якої використовувалися переважно урочні форми занять. Експериментальну групу склали 11 учениць, які паралельно з урочними формами занять протягом трьох місяців займалися оздоровчим фітнесом за розробленою нами експериментальною фітнес-програмою.

Під час проходження програми ученицям старших класів пропонується добровільне ведення щоденників самоконтролю в довільній формі. До таких щоденників можуть регулярно вноситися об'єктивні (маса тіла, ЧСС у стані спокою та після навантаження тощо) та суб'єктивні (настрій, особисті відчуття і враження) показники здоров'я. При індивідуальному коригуванні або модифікації техніки запропонованих вправ ці зміни також бажано вносити до щоденника самоконтролю.

#### Висновки.

1. Позашкільне фізичне виховання характеризується, на відміну від урочних форм занять із фізичної культури, мінімальною регламентацією занять, і спирається не на виконання певної державної Програми, а на заняття, які можуть включати в себе елементи різних видів спорту й рухової активності при загальному оздоровчому спрямуванні.

2. Методики сучасного оздоровчого фітнесу можуть бути засновані як на одному виді рухової активності (аеробіка, плавання, оздоровчий біг), так і на поєднанні декількох видів (наприклад, оздоровче плавання і біг), причому ті й інші передбачають здоровий спосіб життя (загартування, масаж тощо) як складову оздоровчого процесу. Відповідно, різні різновиди фітнесу спираються на різні види рухової активності.

3. Динаміка змін показників ЖЄЛ і ЧСС, результати тестування на фізичну підготовленість до і після експерименту в експериментальній групі порівняно з контрольною засвідчили, що регулярні заняття оздоровчим фітнесом за розробленою фітнес-програмою покращують функціональний стан і рівень фізичної підготовленості дівчат-старшокласниць, особливо позитивно впливаючи на розвиток гнучкості. Це підтверджує, що застосування сучасних науково обґрунтованих програм з елементами різних видів оздоровчого фітнесу у процесі позашкільного фізичного виховання позитивно впливає на підвищення функціонального стану, рівня фізичної підготовленості та розвитку фізичних якостей учениць старшого шкільного віку.

#### Список літератури

1. Батіщева М. Р. Підготовка майбутніх учителів фізичної культури до проведення оздоровчої гімнастики та фітнесу з дівчатами-старшокласницями: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Марина Робертівна Батіщева. – Луганськ: Луганський національний університет ім. Т. Шевченка, 2009. – 22 с.

2. Іваночко В. Експериментальне обґрунтування особливостей складання комплексів вправ для занять оздоровчими видами аеробіки / В. Іваночко, В. Завійська // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць у галузі фізичної культури та спорту. Вип. 10: У 4-х т. – Львів: НВФ "Українські технології", 2006. – Т. 1. – С. 205-209.

3. Теория и методика физического воспитания / Под ред. Т. Ю. Круцевич. – В 2-х т. – Т. 2: Методика физического воспитания различных групп населения. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 392 с.

4. Шевців У. Використання модифікованої шейпінг-програми в урочній формі фізкультурних занять старшокласниць / У. Шевців // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. – Вип. 10: У 4-х т. – Львів: НВФ "Українські технології", 2006. – Т. 1. – С. 137-140.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАНЯТЬ З АТЛЕТИЧНОЇ ГІМНАСТИКИ В СУЧАСНИХ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧИХ КЛУБАХ

**Олександр Тимочко,**

*старший викладач кафедри фізичного виховання*

Вступ. Проблема здоров'я сьогодні, в час розвитку нових інформаційних технологій і пов'язаним із цим малорухливим способом життя, набуває величезної актуальності. Люди сьогодні зазвичай звикли до пасивних вправ, мотивуючи це тим, що на відвідування спортивно-оздоровчих клубів, тренажерних залів, фітнес-центрів чи простих спортивних майданчиків не вистачає часу. Між тим, залучення до тренувань у фізкультурно-спортивних організаціях, обладнаних сучасним устаткуванням, з персоналом досвідчених фахівців у галузі фізичної культури і спорту дає набагато більше шансів покращити своє здоров'я, рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості [1]. Атлетизм завжди приваблював осіб різних вікових категорій, але сьогодні все більшою популярністю користується атлетична гімнастика, яка поєднує в собі атлетичні та гімнастичні елементи. Дослідження проблем атлетичної гімнастики сьогодні виходить за рамки вивчення проявів м'язової сили, фізіологічних і психологічних вимог до атлетів, загальних і спеціальних силових здібностей, впливу силових вправ на стан організму й т. п. [4]; існує тенденція до її розгляду в більш широкому, культурологічному аспекті, її ролі у формуванні культури здорового образу життя як соціально-біологічного чинника, складовими якого виступають рівень, якість, стиль життя [2; 5]. Саме таку роль атлетичної гімнастики найбільш повною мірою здатні виконувати сучасні спортивно-оздоровчі клуби.

Мета роботи - ознайомитися з принципами та організацією діяльності, зокрема занять з атлетичної гімнастики у фітнес-центрі " Дарт " (Закарпатська область м.Виноградів).

В процесі дослідження використовувалися наступні методи: теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел; педагогічне спостереження.

Результати. Одне з основних завдань, які поставив перед собою фітнес-центр " Дарт " є забезпечення клієнтів повною і доступною інформацією про групові форми занять та заняття атлетизмом, їхній можливий вплив на організм. З цією метою при проведенні занять інструктори фітнес-центру намагаються працювати за такими принципами.



1. На кожному занятті клієнту повідомляється, що саме він буде робити на сьогоднішньому тренуванні й чого він має досягти.

2. Інструктор чітко пояснює і демонстративно показує техніку виконання тих чи інших вправ.

3. Багато клієнтів, які раніше вели малорухливий спосіб життя, через невпевненість у своїх фізичних здібностях не намагаються виконувати вправу самостійно. Тому ведеться контроль за технікою виконання вправ, часом, диханням. Присутність інструктора (тренера) поруч виступає сильним мотивуючим чинником. За необхідності інструктор допомагає при виконанні вправи, щоб досягти правильного її виконання.

4. Навчання осіб, які не мають практичного досвіду занять фізичними вправами, відбувається поступово, тобто дотримується принцип послідовності.

5. Всі інструктори фітнес-центру намагаються спілкуватися до і після заняття, обмінюватися досвідом. Як засвідчує практика, витрачений на це час себе виправдовує.

Групові програми фітнес-центру відрізняються величезним розмаїттям напрямків, які можуть обирати шанувальники фітнесу і фізичної культури загалом. У фітнес-центрі практикуються: заняття класичною та степ-аеробікою, танцювальні уроки, робота за оздоровчими системами "Пілатес" і "Йога", заняття в силових класах і класах фітнесу з елементами східних єдиноборств.

Тренажерні зали у фітнес-центрі працюють на двох рівнях: 1) зал вільних обтяжувачів і силових тренажерів; 2) зал кардіотренажерів. Працює також жіночий зал, де проводяться заняття з аеробіки та шейпінгу. Зал кардіотренажерів оснащений трьома біговими доріжками, двома велотренажерами і двома орбітреками.

Основні методики силової спрямованості, на яких у фітнес-центрі будуються заняття з атлетичної гімнастики, передбачають три види тренувань: з додатковою допомогою; повільне пряме тренування; повільне зворотне тренування. Окреслимо особливості їхнього застосування:

1. Практичні результати показали високу ефективність методики тренування з додатковою допомогою. Але через дискомфорт, пов'язаний із виконанням додаткових повторів після настання м'язової втоми, ця методика не набула широкого розповсюдження.

2. Для методики повільного прямого тренування характерне виконання рухів у такому ритмі: 10 секунд – фаза підйому, 4 секунди – фаза опускання обтяжувача. Щоб забезпечити виконання серії повторів за рахунок анаеробної

системи енергозабезпечення, виконується всього 4-6 повторів. За тривалості повтору 14 с для виконання серії потребується 55-58 с безперервного м'язового напруження.

3. Повільне зворотне тренування дуже схоже на повільне пряме тренування, за винятком того, що в даному варіанті використовується зворотне співвідношення фаз повторів, тобто фаза підйому виконується всього за 4 с, а фаза опускання – за 10 с.

Першим кроком до початку занять атлетизмом, а також занять шейпінгом, занять на кардіотренажерах є визначення фізичної підготовленості та фізичного стану кожного відвідувача. За допомогою спеціальних приладів визначається рівень фізичної підготовки, функціональні можливості серцево-судинної системи, після чого складається індивідуальна програма тренувань. Це особливо важливо, оскільки чимало клієнтів фітнес-центру – особи у віці понад 45 років, які виявили бажання та силу волі для занять фізичними вправами різної спрямованості. Індивідуальний підхід, комплексне вивчення проблем здоров'я, причини тих чи інших хвороб, складання правильного режиму харчування – основні завдання, що стоять перед інструкторами і тренерами.

Особи, які займаються силовими тренуваннями, рано чи пізно набувають практичний досвід і досягають певних результатів. Цей перехід зазвичай проявляється в тому, що заняття за стандартною програмою припиняють виявляти тренувальний ефект щодо збільшення м'язової маси, росту м'язової тканини. Така ситуація, як правило, свідчить про необхідність внесення змін у тренувальну програму.

При заняттях фізичними вправами, зокрема атлетичною гімнастикою, особлива роль відводиться системі лікарського контролю й самоконтролю за станом здоров'я і фізичними можливостями відвідувачів [3].

У фітнес-центрі розроблено програму аеробної спрямованості, під час виконання якої задіяні всі основні групи м'язів. Щоб зробити систему багатоцільовою, складною, в ній поєднуються вправи з багатьох видів рухової активності. Ці вправи сконструйовані так, щоб прискорити обмін речовин двома шляхами: 1) збільшення об'єму м'язів; 2) повної заміни способу засвоєння білка. Дана програма сприяє також зміцненню пружності кісток, зниженню ризику остеопорозу.

У фітнес-центрі є досвід занять із особами, які страждають на ожиріння. У разі важкої форми ожиріння заняття починають за методикою, яку використовують при хворобах серцево-судинної системи, якщо при цьому була

повна гіподинамія. Інтенсивність і характер фізичного навантаження залежать також від періоду лікування. Після вивчення впливу дозованих фізичних вправ на хворих з ожирінням було встановлено, що систематичні заняття позитивно позначаються на динаміці всіх показників кардіореспіраторної системи й обміну речовин. Вибір фізичних вправ, обсягу та інтенсивності навантажень залежить від клінічних проявів ожиріння, супутніх захворювань, віку, статі й рівня фізичної підготовленості. Таким чином, практично доведено, що фізичні вправи можуть виступати основою лікування і запобігання появі надлишкової маси тіла. При цьому необхідно виконувати основне правило: уникати перевтомлення, застосовувати фізичні навантаження систематично, поступово підвищуючи інтенсивність і тривалість фізичної рухової активності.

#### Висновки.

1. Атлетична гімнастика заснована на використанні комплексів силових вправ у поєднанні з різнобічною фізичною підготовкою, вона поєднує заняття силовими вправами з використанням аеробних вправ і засобів основної гімнастики, що дозволяє поряд із силовими якостями сприяти розвитку витривалості, гнучкості, швидкості, координації, інших фізичних якостей, формувати гармонійну будову тіла.

2. Як показали результати педагогічного спостереження, у фітнес-центрі "Дарт" значну увагу приділяють визначенню фізичної підготовленості та фізичного стану кожного відвідувача. Вирішуються завдання комплексного вивчення проблем здоров'я, з'ясовуються причини тих чи інших хвороб, складаються правильні режими харчування, до кожного застосовується індивідуальний підхід, реалізуються різні програми й методики занять. Робота в залі вільних обтяжувачів і силових тренажерів поєднується з роботою в залі кардіотренажерів; основні методики силової спрямованості передбачають три види тренувань – з додатковою допомогою, повільне пряме тренування і повільне зворотне тренування.

#### Список літератури

1. Беляк Ю. Характеристика сучасних програм оздоровчого фітнесу / Ю. Беляк, А. Майструк, Н. Зінченко // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2006. – № 4. – С. 14-16.

2. Використання методу проектів у підготовці спеціаліста з оздоровчого фітнесу / М.Р. Батіщева // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2003. – № 23. – С. 371-377.

3. Овчинікова Н.А. Контроль та самоконтроль оздоровчих занять: Методичні рекомендації з дисципліни «Оздоровчий фітнес»/ Н.А. Овчинікова. – К.:НПУ ім. М. Драгоманова, 2006. – 45 с.

4. Олешко В. Г. Силові види спорту : [підруч. для студ. вузів фіз. виховання і спорту] / Олешко В. Г. – К. : Олімпійська література, 1999. – 288 с.

5. Усачов Ю. Сучасні тенденції розвитку і функціонування багатовекторних програм оздоровчого фітнесу / Ю. Усачов // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2003. – N 1. – С. 52-54.

Наукове видання

77 підсумкова наукова конференція професорсько-викладацького складу  
факультету здоров'я та фізичного виховання  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Збірник матеріалів

27-28 лютого 2023 року

Відповідальний за випуск: С.В. Стеблюк