

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

**УНІВЕРСИТЕТСЬКА ПІДСУМКОВА НАУКОВА
СТУДЕНТСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
здобувачів вищої освіти факультету здоров'я та
фізичного виховання**

14 травня 2024 року



Ужгород-2024

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

**УНІВЕРСИТЕТСЬКА ПІДСУМКОВА НАУКОВА
СТУДЕНТСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
здобувачів вищої освіти факультету здоров'я та
фізичного виховання**

14 травня 2024 року

Ужгород-2024

УДК 61(063)

Щ 92

Матеріали щорічної університетської підсумкової наукової студентської конференції факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Уклад. д. пед. н. Стеблюк С.В., 14 травня 2024 року. Ужгород, 2024. 196 с.

Рецензенти: Хома О.М., кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методики початкової освіти Мукачівського державного університету

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

Матеріали друкуються в авторській редакції.

Члени Редколегії:

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

Світлана СТЕБЛЮК, доктор педагогічних наук, доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти, заступник декана з наукової роботи

Ярослав ФЛАК, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти

Іван МАРІОНДА, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичного виховання

Ксенія МЕЛЕГА, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри основ медицини

Мар'яна ДУБ, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, в.о. завідувача кафедри наук про здоров'я

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

Валерій ТОВТ, кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри фізичного виховання

Рекомендовано до друку науково-методичною комісією факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Протокол №10 від 20 травня 2024 року)

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1 СПЕЦІАЛЬНА ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА	
Аліна БЕЦА Дослідження окремих аспектів співпраці закладу дошкільної освіти та батьків щодо формування навичок здорового способу життя у вихованців з особливими освітніми потребами	6
Гретта БРИТАНЮК Розвиток комунікативних умінь молодшого школяра у класі з інклюзивним навчанням	11
Дар'я БУЧМЕЙ, Каміла КИРЛИК, Олександра КОРХ Альтернативні та додаткові технології навчання соціальної комунікації як спосіб взаємодії з оточенням дітей із аутизмом	14
Іванна ЗЕЙКАН Особливості морального виховання дошкільників з інтелектуальними порушеннями	20
Ірина КОРЯГІНА Використання комп'ютерних технологій у навчанні дітей з особливими освітніми потребами	23
Ольга МІНДЕЙ До питання співпраці батьків та шкільного колективу в контексті інклюзивної освіти	26
Олена МЕДВЕДЕНКО Командна взаємодія у професійній діяльності корекційного педагога	29
Євгенія ПІКУЗА Сутність і специфіка роботи вчителя-дефектолога у закладі загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням в сучасних умовах	32
Евеліна ПЛОКІНГЕР Арт-терапія у корекційно - розвивальній роботі із дітьми з інтелектуальними порушеннями	35
Тетяна РАЦІН Універсальний дизайн як елемент інклюзивного освітнього середовища	38
Ганна ТОКАР Розвиток словника дітей з порушеннями інтелекту через використання дидактичних ігор	41
Ніна ЦЕРКУНИК Сенсорна інтеграція дітей з розладами аутистичного спектру	44
Євгенія ФЕЛЬБАБА Робота вчителя-дефектолога в команді фахівців інклюзивно-ресурсного центру	47
Ольга ЧЕЙПЕШ Підходи до створення здоров'язбережувального освітнього середовища в школі	50
Наталія ШОВШКА Гра як метод навчання молодших школярів з інтелектуальними порушеннями	53
СЕКЦІЯ 2 ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ОСНОВ МЕДИЦИНИ	
Тетяна БРИНЗЕЙ Синергія мультидисциплінарної команди у процесі реабілітації військових	56

та їх сімей: психосоціальний аспект	
Анастасія ВАГІНА Особливості клінічної картини й застосування засобів фізичної терапії у лікарняний період відновлення після ішемічного інсульту	60
Вікторія ГОЛОВАНІЧ Засоби фізичної терапії дітей шкільного віку з дискінезією жовчовивідних шляхів по гіпотонічному типу в амбулаторних умовах	64
Каміла ДЕНИСЕНКО Досвід іноземних фахівців у застосуванні інноваційних технологій та віртуальної реальності у фізичній реабілітації відновлення військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом	67
Іван ДУМНИЧ Особливості побудови програми фізичної реабілітації для військовослужбовців після ампутацій спричинених бойовими діями	71
Еріка ДЮГОВАНЕЦЬ Використання плавання в реабілітації після травм опорнорухового апарату	75
Олег КОВЧАР Комплексний підхід до реабілітації пацієнтів з ішіасом у післялікарняний період	79
Вікторія КРАСНА Засоби фізичної терапії при нейропатії променевого нерва	83
Людмила МЕШАНИЧ Етапи та методи реабілітації після операції з приводу розриву меніска	89
Тетяна СПІРІН Фізична терапія при спастично-атаксічному виді церебрального паралічу	93
Олександра ТОКАР Сучасні підходи до реабілітації при синдромах ураження чутливої нервової системи людини	96
Валерія ТОЛВАЙ Фізична терапія хворих з ампутацією верхньої кінцівки	100
Дарина ФЕНИЧ Застосування різних видів фізичної терапії для покращення життя хворих з трофічними виразками	103
Вікторія ЧОПИК, Анастасія ТОПЧА Оцінювання функціональних порушень у пацієнтів з наслідками ішемічного інсульту	106
Ніколетта ЯКОБ Інноваційні технології та віртуальна реальність у фізичній реабілітації, як засоби підвищення ефективності відновлення військовослужбовців	111
Іванна ЯЦКОВИЧ Застосування засобів фізичної терапії при хворобі Паркінсона	115
СЕКЦІЯ 3. ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ	
Олександр БІЛЕВИЧ Моральне виховання як фактор формування особистості учнів в процесі занять фізичною культурою і спортом	120
Ростислав ДУРКОТ Вплив фітнес-тренувань на рівень фізичної підготовленості студентів	124
Софія ПАДУН Характеристика організаційних основ системи фізичного виховання	127

Максим РОМАН Особливості використання тренажерів та сучасного обладнання у спортивних іграх	131
Еріка СИВОХОП Методичні аспекти та особливості формування особистісно-орієнтованої мотивації учнів старшого шкільного віку до занять фізичними вправами	133
Катерина ТИМОЧКО Підвищення ефективності фізичного самовдосконалення учнівської та студентської молоді	136
СЕКЦІЯ 4. КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ	
Софія ГАРБУЗОВА Нетипова сексуальна поведінка: норма чи патологія	141
Валерія ДЯЧЕНКО Вплив самооцінки зовнішності на мотивацію афіліації в юнацькому віці	144
Олександра ЗАН Психологічні аспекти адаптації студентів до навчання у ЗВО	147
Марія КОСМАН Проблематика життєвого смислу крізь призму теорій А. Маслоу та К.Роджерса	150
Ольга КРИВОВЯЗ Прокрастинація – соціально-психологічна проблема сучасної молоді	155
Олег ЛЕНДЄЛ Вплив війни на динаміку поведінкових аспектів психопатичної особи	159
Іванна ПАЛЬОК Терапія творчим самовираженням як засіб конструктивного переживання горя	161
Анатолій ПАВЛЬО Терапія духовною культурою як засіб віднаходження сенсу життя	164
Вадим ПОПОВ Культура сексуальних взаємин	167
Роксолана ТИХОВСЬКА Ідентифікація жінки з героїнею казки як спосіб подолання травми	171
Катерина ТОВТ Роль емоцій в житті людини	176
Оксана ТОМИЩ КПТ-модель терапії тривожних розладів	179
Ксенія ТРАВІНА Особливості психоемоційного стану підлітків під час війни	183
Анастасія ФУРСОВА Особливості прояву агресивності підлітків	187
СЕКЦІЯ 5. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я	
Сергій ЧУДІНОВ Можливості застосування геоінформаційних систем (ГІС) у сфері громадського здоров'я	191

СЕКЦІЯ 1 СПЕЦІАЛЬНА ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА

ДОСЛІДЖЕННЯ ОКРЕМИХ АСПЕКТІВ СПІВПРАЦІ ЗАКЛАДУ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ТА БАТЬКІВ ЩОДО ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ВИХОВАНЦІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

*Аліна Беца,
студентка 4-го курсу,
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Маріанна Кляп, канд. пед. наук,
доцент, доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Постановка актуальності проблеми. Майбутнє всієї спільноти залежить від здоров'я підростаючого покоління, їхнього ментального та фізичного благополуччя. У контексті повномасштабної війни в Україні це стає надзвичайно актуальним і гострим питанням. Адже діти, які зростають під час конфлікту, стикаються з додатковими ризиками для здоров'я та розвитку, включаючи стрес, травми, нестабільність та порушення звичного способу життя. Забезпечення повноцінного розвитку та благополуччя дітей у ранньому віці є основою для майбутнього суспільства. Для дітей з особливими освітніми потребами (далі – ООП) важливо отримувати комплексну підтримку як у закладі освіти, так і вдома. Спільна робота педагогів та батьків сприяє формуванню у дітей здорових звичок, а також їхньому фізичному, соціальному та емоційному розвитку [1, с. 45]. Також важливим є забезпечення безперервності підходів та методів виховання, що сприяє кращій адаптації дітей з ООП в суспільстві та покращенню їхньої якості життя. На здоров'я дітей впливають різні фактори: біологічні, екологічні, соціальні та гігієнічні. Тому важливо створити сприятливі умови для формування у дітей дошкільного віку уявлень про здоровий спосіб життя (далі – ЗСЖ). Система дошкільної освіти відіграє ключову роль у цьому процесі, разом із активною залученістю батьків. Це забезпечить підґрунтя для здорового та успішного життя в майбутньому. Розв'язання цієї проблеми слід розпочинати з раннього віку, особливо у період криз та нестабільності, таких як війна, коли підтримка та захист дітей стають ще більш важливими.

Аналіз наукових досліджень. Формування здорового способу життя є одним з найважливіших питань у роботах вчених різних галузей: медицини і

фізіології (В. Дубровський), психології (К. Роджерс, А. Маслоу, Г. Олпорт), і педагогіки (Ю. Змановський, Г. Арзютов, Е. Вільчковський, О. Дубогай, М. Єсфименко, Л. Калуська, Т. Круцевич, О. Куц, А. Цьось, Л. Шалімова, Б. Шиян та ін.). Однак залишаються недостатньо представлені дослідження специфіки формування здорового способу життя у дітей дошкільного віку, зокрема з ООП.

Мета дослідження: дослідити окремі аспекти співпраці закладу дошкільної освіти та батьків щодо формування навичок здорового способу життя у вихованців з особливими освітніми потребами.

Виклад основного матеріалу. Виховання здорового способу життя у дітей є важливим завданням сучасної дошкільної освіти, особливо коли йдеться про вихованців з особливими освітніми потребами. Діти з ООП стикаються з унікальними викликами та вимогами, які можуть впливати на їхній розвиток та здатність засвоювати нові навички. Саме тому співпраця між закладом дошкільної освіти та батьками є ключовим фактором у формуванні здорового способу життя у таких дітей.

Спільна робота закладу дошкільної освіти та батьків забезпечує можливість розробляти індивідуальні програми, адаптовані до специфічних потреб кожної дитини. Така співпраця сприяє не лише покращенню фізичного здоров'я вихованців, але і їхньому емоційному та соціальному благополуччю [2, с.7].

Нами було проведено дослідження на базі ЗДО № 2 «Берізка» Великоберезнянської селищної ради з метою проаналізувати шляхи формування здорового способу життя у дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами у співпраці закладу освіти та сім'ї.

У ЗДО №2 «Берізка» розв'язанню цих завдань сприяє предметне розвивальне середовище, тобто умови, які допоможуть кожній дитині стати фізично та психічно здоровою: фізкультурний куточок в груповій кімнаті із засобами, що стимулюють активні рухи дітей (гімнастична стінка, набори для занять спортивними іграми, м'ячі, обручі, скакалки), сприяють закріпленню рухових навичок, освоєних на заняттях фізкультури, спортивний майданчик на території дитячого садка, музичний кабінет, який має необхідне обладнання та матеріали для відпочинку та розвитку музичних здібностей вихованців, кабінет медичної сестри, облаштований згідно чинних вимог.

Також у ЗДО дотримання режиму дня є засобом формування ЗСЖ. Адже повторення режимних моментів, послідовність вимог забезпечує міцність знань і розвитку навичок самообслуговування, сприяє розвитку самостійності.

Щоб реалізувати моменти безпеки, у закладі створені сприятливі умови в приміщенні, груповій кімнаті, спальні: організоване перехресне провітрювання (3-5 разів на день за відсутності дітей), підтримування температури повітря в групі 20-22°C, в спальні 18-20°C. Також у закладі активно проводиться інформаційно-просвітницька діяльність щодо збереження життя і здоров'я учасників освітнього процесу [3].

У закладі впроваджують цікаву та різноманітну роботу з формування ЗСЖ відповідно до освітньої лінії «Особистість дитини» за програмою «Українське дошкілля». У ЗДО регулярно, за сприятливих погодних умов, проводяться рухливі ігри на свіжому повітрі, а також, двічі на тиждень, заняття фізичними вправами під час прогулянки. Раз на місяць у закладі проводиться День здоров'я з різними цікавими квестами, естафетами для вихованців, діти з ООП є безпосередніми учасниками цих заходів. На заняттях педагоги розповідають про українську національну кухню та її вплив на здоров'я, використовують усну народну творчість, яка оспівує красу, здоров'я, витривалість, виховує берегти безцінний скарб – здоров'я, природу, навколишній світ. Є багато позитивних результатів, є хороша тенденція збереження здоров'я, яка задовольняє потребу дітей щодня рухатися, бути фізично активними та бути в гармонії із собою [2].

На базі ЗДО № 2 «Берізка» була організована науково-творча лабораторія інноваційної діяльності щодо формування здорового способу життя у дітей дошкільного віку, мета якої вивчати та координувати інноваційні процеси, відслідковувати результати дослідно-експериментальної діяльності установи, сприяти у розробці авторських програм та навчальних планів у сфері здоров'язбереження суб'єктів освітнього процесу.

Для вирішення поставлених завдань щодо дослідження стану формування ЗСЖ дітей з ООП ми обрали такі форми роботи з батьками:

1. Спостереження за дитячо-батьківськими відносинами,
2. Анкетування батьків з питань виховання здорової дитини.

Нашою метою було виявлення рівня зацікавленості батьків у формуванні здорового способу життя.

Констатувальний етап дослідження полягав у анкетуванні батьків 4 дітей з ООП, що навчаються в інклюзивній групі ЗДО № 2 «Берізка» Великоберезнянської селищної ради.

Результати цього емпіричного дослідження показали такі оцінки стану здоров'я дітей з особливими освітніми потребами (ООП), які на констатувальному етапі виставили батьки. Виявилось, що переважна більшість батьків (75%) вважають стан здоров'я своїх дітей нормальним. Половина

опитаних батьків проводять перевірку стану здоров'я своїх дітей щомісяця, інша половина - раз на півроку. Всі опитані батьки наголосили на важливості занять фізичною культурою та спортом для підтримання власного здоров'я, а також для здоров'я своїх дітей.

Було встановлено, що всі опитані батьки розуміють концепцію здорового способу життя, причому 75% отримали цю інформацію від вихователів дитячого садочка, а 25% - з засобів масової інформації. Однак, усі батьки дотримуються здорового способу життя лише частково (100%), так само як і передають ці навички своїм дітям лише частково - 75%. Лише один батько зазначив, що він ретельно стежить за дотриманням здорового способу життя своєю дитиною.

Батьки вказали, що формують навички здорового способу життя у дітей з ООП переважно за допомогою бесід - 75% і особистим прикладом - 25%. Проте, жоден з опитаних не зазначив використання спортивних занять для формування цих навичок, що підкреслює необхідність впровадження тренінгових програм для батьків та роз'яснювальних бесід про важливість фізичної активності.

Ці результати вказують на потребу у впровадженні тренінгових програмах для батьків, щоб покращити їхнє розуміння потреб власних дітей. Було використано розробку методиста кафедри педагогіки та психології Луганського ОППО Олесі Мирошниченко, адаптовану під сучасні вимоги роботи з дітьми, які мають ООП. Було проведено тренінг з батьками, який був спрямований на розуміння ролі та місця дитини з ООП у суспільстві та на формування ставлення батьків до основних принципів здорового способу життя. Бесіда для батьків також висвітлювала важливість раціонального харчування та ранкової гімнастики для дітей з ООП. Тренінг проводився для батьків дітей з ООП у вільний час, зручний для всіх учасників дослідження на базі закладу дошкільної освіти.

Цей тренінг спрямований на допомогу батькам дітей з (ООП) у формуванні навичок здорового життя. Він надає можливість учасникам:

- Розвивати розуміння важливості здорового харчування: Завдяки вправі «Вплив раціонального харчування на здоров'я дітей з ООП» батьки отримують знання про корисні та шкідливі продукти, що впливають на Здоров'я їхніх дітей.

- Розглядати ціннісні орієнтації здорового способу життя: У вправі «Формування ціннісних орієнтацій здорового способу життя» батьки обговорюють свої цінності та орієнтації щодо здоров'я, що дозволяє їм краще підтримувати та розуміти потреби своїх дітей.

- Сприяти самосвідомості та позитивному мисленню: Вправа «Кінозірка» допомагає учасникам розвивати впевненість у собі, що позитивно впливає на їхню здатність підтримувати дітей з ООП.

- Підтримувати толерантність та емпатію: Вправа «Сонце толерантне до всіх людей» сприяє формуванню атмосферного розуміння і співчуття, що важливо для взаємодії з дітьми з ООП.

Тренінг допомагає батькам стати більш усвідомленими в питаннях здорового способу життя, що сприятливо позначиться на здоров'ї та благополуччі їхніх дітей з ООП. Це дає їм можливість ефективніше підтримувати та вести дітей до здорового і гармонійного життя.

Після проведення тренінгу та бесіди батькам було повторно надано анкету, щоб вони висловили свою думку стосовно ставлення до здоров'я своїх дітей з ООП та необхідності формування у них здорового способу життя. Отримані результати порівнювалися з попередніми показниками констатуючого експерименту. Виявлено, що всі батьки усвідомили необхідність більш регулярно піклуватися про стан здоров'я дітей, перевіряючи його щомісяця.

Підсумовуючи результати проведеного анкетування, можна зробити висновок про необхідність спілкування з батьками щодо важливості прищеплення дітям з особливими освітніми потребами (ООП) навичок здорового способу життя не тільки за допомогою розповідей, але й через особистий приклад. Дослідження показало, що співпраця між закладами дошкільної освіти (ЗДО) та батьками є ключовим фактором у формуванні навичок здорового способу життя у дітей з ООП. Результати підкреслюють важливість інтеграції батьківського досвіду, підтримки та партнерства у комплексному розвитку дитини. Включення різних форм співпраці, таких як тренінги, майстер-класи, корекційні заняття, індивідуальні консультації, семінари для батьків, спільні заходи та програми підтримки, сприяє активній участі батьків у процесі виховання та навчання. Це створює сприятливе середовище для обміну знаннями та досвідом, що сприяє розвитку навичок здорового способу життя у дітей з ООП. Можна стверджувати, що ефективна співпраця між ЗДО та батьками відіграє важливу роль у створенні умов для здорового розвитку дітей з ООП.

Нами розроблені методичні рекомендації, які можуть удосконалити роботу ЗДО щодо формування здорового способу життя у дітей з ООП. Рекомендації допоможуть вихователям застосовувати дієві методи та інструменти для налагодження ефективної співпраці з батьками дітей з ООП, зокрема з використанням інформаційно-комунікаційних технологій.

Висновки. Дослідження показує, що ефективна співпраця між закладом дошкільної освіти та батьками потребує постійного обміну інформацією, зворотного зв'язку та підтримки. Це сприяє більш глибокому розумінню потреб дитини та розробці комплексних планів дій для її розвитку. Таким чином, батьки можуть продовжувати підтримувати здоровий спосіб життя дитини вдома, забезпечуючи послідовність та сталість у навчанні та розвитку. Така цілісна підготовка дітей з особливими освітніми потребами є основою для їхнього успіху в подальшому житті.

Література:

1. Кошель В.М., Колянова В.А., Овчиннікова Н.В., Тополь Е.В. Формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей дошкільного віку. *Український психолого-педагогічний збірник*. Випуск 12. 2017. С.42-49
2. Філіпчук О. Комплексна програма виховання особистості // *Шкільний світ*. Випуск 10. 2005. С. 6-8.
3. Znamenska, T. K., Vorobiova, O. V., & Dubinina, T. Y. (2017). Organization and prospects of development of perinatal care in Ukraine. URL: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.VII.4.26.2017.1>

РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ МОЛОДШОГО ШКОЛЯРА У КЛАСІ З ІНКЛЮЗИВНИМ НАВЧАННЯМ

*Гретта Британюк
магістр 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Світлана Стеблюк
д.пед.н., доц. кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти*

Постановка актуальності проблеми. Комунікативні уміння молодших школярів включають вміння висловлювати свої думки, сприймати інформацію, розуміти інших людей, встановлювати контакти з оточуючими. Окрім цього важливим є вміння слухати, проявляти свої почуття, взаємодіяти з іншими, аргументувати свою позицію. Для розвитку комунікативних навичок у класі з інклюзивним навчанням необхідно створити позитивний психологічний клімат, стимулювати дітей до спілкування, враховуючи їхні індивідуальні та вікові особливості. Несформована мовна ініціативність, нестійка увага, невміння правильно висловлюватися утруднюють спілкування дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з розладами аутистичного спектру із оточуючими людьми.

Аналіз наукових досліджень. Науковцями, практиками активізуються дослідження з проблем навчання, виховання й розвитку дітей з особливими освітніми потребами, їх спілкування з дорослими, однолітками, розвитку комунікативних умінь. Колективом авторів [1] визначено, що комунікативні уміння містять показники, які забезпечують їх розвиток: комунікативні якості, комунікативні дії та мовленнєві навички. Комунікативні якості – це здатності дитини ефективно взаємодіяти з іншими людьми через вербальну та невербальну комунікації: вміння висловлювати свої думки та почуття, слухати і розуміти інших, вести діалоги, співпрацювати з іншими. Комунікативні дії – це процес передачі інформації, взаємодії та спілкування між людьми, оформлення мовних висловлювань, розуміння емоційного стану співрозмовника. Мовленнєві навички передбачають вміння чітко та виразно висловлювати свої думки, переконувати, наявність словникового запасу.

З позиції Г. Котломанітової та М. Полнобродської використання інтерактивних педагогічних технологій, зокрема комунікативно-мовленнєвих ігор і вправ, які допоможуть молодшому школяреві оволодіти необхідними комунікативними вміннями та навичками (вербальними та невербальними) для встановлення соціальних контактів, адекватними способами поведінки в спільній діяльності, підготують до співпраці з учителем та ровесниками, сприятимуть формуванню особистісних якостей дітей, їх почуттів і емоцій, духовності, що налагодить та зробить ефективнішою міжособистісну взаємодію, в першу чергу, в колективі однолітків інклюзивного класу [2, с.36].

Як зазначає Ю. Михайлова, у роботі із дітьми з особливими освітніми потребами розвиток мовлення слід здійснювати через спостереження, практичну діяльність, прогулянки, екскурсії. Акцентується увага на тому, що предмети навколишнього середовища необхідно коментувати жестами, словами, мімікою.

Мета дослідження – розкрити окремі аспекти формування комунікативних умінь учнів початкових класів у класі з інклюзивним навчанням.

Виклад основного матеріалу. У посібнику «Психолого-педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями» подано особливості мовлення означеної категорії учнів. Бідність словникового запасу призводить до невиправдано частого вживання однієї й тієї самої групи слів, що робить мовлення одноманітним, шаблонним і неточним, створює труднощі в спілкуванні. З одного боку – ускладнюється розуміння зверненого мовлення, з іншого – ускладнюється побудова власних висловлювань. Проте мовлення дітей з порушеннями інтелектуального розвитку характеризується не лише бідністю словника. Спостерігається неточність у використанні значень слів.

Накопичення досвіду здійснюється спотворено, сповільнено через недостатність когнітивних функцій, а також у зв'язку з властивою їм пізнавальною пасивністю [3, с.49].

Ураховуючи особливості комунікативних умінь молодших школярів, необхідним є реалізація індивідуального та диференційованого підходів у класах з інклюзивним навчанням; спрямованість корекційної роботи на розвиток особистості з опорою на стиль сприйняття і сенсорний стан дитини. Використання візуальних засобів ілюстрацій, схем, діаграми малюнків сприяють кращому розумінню інформації, навчального матеріалу. Як відомо, структуроване навчання, розклад та алгоритм виконання навчальних дій зменшують тривогу дитини та покращують взаємодію з іншими. Акцент фокусується на корекційно-розвиткові заняття з розвитку мовлення, артикуляційні завдання, розуміння почутого, встановлення емоційного контакту при спілкуванні.

У процесі розвитку комунікативних умінь вчитель, асистент учителя застосовують компетентнісно-орієнтовані завдання, ситуаційні вправи, ігрові методи навчання. Відтак, рольові ігри дають можливість виконувати ролі в різних життєвих ситуаціях (у супермаркеті, лікарні, кав'ярні). Лего конструктор, пазли інші дидактичні засоби навчання безпосередньо спрямовані не тільки на розвиток пізнавальних процесів, дрібної моторики рук, а й на спілкування та взаємодію з дитиною через коментування виконаних дій.

Групові дискусії на актуальні теми («Оберігаємо природу», «Книга – джерело знань») сприяють розвитку навичок аргументації, обговорення ідей та вислуховування думок інших.

У практиці роботи педагогами класу застосовуються голосові ситуаційні завдання. Учневі необхідно прослухати аудіозапис про певну подію, після чого він має описати як слід її трактувати та вирішити.

Р. Попелюшко, В. Скоропад пропонують педагогам, фахівцям батькам дітей з РАС, рекомендації, в основі яких навчання комунікації. Окремі з них: створення ситуацій, в яких дитина чогось захоче, застосування стратегії «епізодичне навчання», підтримуюча комунікація тощо [4, с.145].

Важливим є робота з розвитку навичок невербального спілкування. До прикладу, вправа Відтворення подій. Школяреві пропонують відтворити певну подію або історію за допомогою міміки, жестів.

Таким чином, нами з'ясовано окремі аспекти формування комунікативних умінь учнів початкових класів у класі з інклюзивним навчанням.

Література:

1.Дорожко І. І., Малихіна О. Є., Туріщева Л. В. Розвиток комунікативних умінь дітей з ООП в умовах інклюзивного навчання. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, Серія Психологія. Випуск 4. 2021. С.134-138

2.Котломанітова Г. О., Полнобродська М. С. Розвиток комунікативно-мовленнєвих навичок дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. С.35-36. URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/19902/1/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA%20%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%83%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B>

3.Психолого-педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями. Навчально-методичний посібник / авт.: О. В. Чеботарьова, Г. О. Блеч, І. В. Гладченко, С. В. Трикоз, І.В. Сухіна, Н. А. Ярмола.: За наук. ред. О.В. Чеботарьової. К., ІСПП імені Миколи Ярмченка НАПН України, 2018. 123 с.

4.Попелюшко Р., Скоропад В. Теоретичний аналіз особливостей розвитку та комунікації дітей з розладами аутичного спектру. *Психологічні травелоги*, (1), 2021. 138–149. URL: <https://doi.org/10.31891/PT-2021-1-12>

АЛЬТЕРНАТИВНІ ТА ДОДАТКОВІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ЯК СПОСІБ ВЗАЄМОДІЇ З ОТОЧЕННЯМ ДІТЕЙ ІЗ АУТИЗМОМ

*Дар'я Бучмей, Каміла Кирлик, Олександра Корх
студентки 3 курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Маріанна Кляп,
кандидат педагогічних наук, доцент*

Актуальність дослідження. Сьогодення диктує нові умови в житті людей, отже вимагає реагувати та пристосовуватися до цих умов. Статистичні дані про стан здоров'я дітей раннього та дошкільного віку фіксують зростання кількості дітей раннього віку, які мають порушення психофізичного розвитку, зокрема, порушення спектру аутизму. Така ситуація стала однією із найбільш важливих проблем як в корекційній педагогіці, так і в дитячій психіатрії. Нажаль, Україна не стоїть осторонь таких процесів, а з огляду на триваючу війну кількість випадків аутистичних порушень буде, скоріш за все, збільшуватися, а батьків лякає лише згадка про це порушення.

Аутизм і розлади аутистичного спектра зустрічаються доволі часто. На думку дослідників фактично у співвідношенні одна дитина із 68, і належність до конкретної національності та соціальний статус людини немає значення. До того ж висока частота таких розладів, їхній хронічний характер роблять аутизм реальним соціально-медичним лихом у всьому світі [2].

З огляду на все зазначене, варто відмітити, що діти з розладами аутистичного спектру (далі – діти з РАС) є особливою категорією дітей, із якими працює багато різних фахівців. Аутистичний розлад, або аутизм, є важкою формою патології розвитку, що характеризується порушеннями соціальних, комунікативних і мовленнєвих функцій, які заважають даним дітям активно взаємодіяти з іншими. Тому, перед корекційними педагогами стоїть виклик у впровадженні у корекційній роботі з дітьми даної категорії засобів альтернативної та додаткової комунікації (далі – засоби АДК), які допоможуть таким дітям засвоїти технології навчання соціальних навичок для ефективної взаємодії з оточуючим світом.

Стан вивчення проблеми. Аналізуючи дослідження та досвід вітчизняних та закордонних вчених варто зазначити, що застосування засобів альтернативної комунікації з метою соціальної взаємодії не блокує у дітей розвиток мовлення, а навпаки, використання альтернативного спілкування часто позитивно сприяє розвитку мовлення дітей з аутизмом. Проаналізувавши багато наукових праць ми визначили, що ця тема досить актуальна для розгляду через те, що у вітчизняних працях практично не розкрито це питання, тільки декілька вчених аналізували використання альтернативних засобів комунікації: В. Лебединський, О. Богдашина, Н. Базима, О. Нікольська, С. Мнухін, Т. Скрипник, Д. Шульженко та ін.

Мета дослідження: дати аналіз загальним підходам, які мають застосовувати корекційні педагоги під час засвоєння з дітьми з РАС навичок соціальної комунікації, як способу взаємодії з оточуючими за допомогою будь-якої із запропонованих систем альтернативної або додаткової комунікації.

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

Виклад основного матеріалу. Формування комунікативних навичок у дітей з РАС є вкрай важким та, водночас, важливим завданням корекційної роботи. Цей процес сприяє створенню передумов для їх особистісного розвитку та здатності взаєморозуміння й взаємодії з іншими людьми. Як відомо, не всі діти з РАС використовують функціональну мову (усне мовлення як засіб комунікації для дітей з РАС є надто складним). Але це не повинно бути

перешкодою для повноцінної взаємодії таких дітей з оточуючим середовищем. Відтак, виникає нагальна потреба у навчанні таких дітей використанню альтернативних та допоміжних засобів невербальної комунікації.

У світі відомі різноманітні альтернативні системи та засоби комунікації. Вибір комунікативного засобу зазвичай обумовлений завданням спілкування та можливістю його досягнення. Особливою кінетичною системою для компенсації імпресивного та експресивного усного мовлення є дактилологія (рухи пальців рук – позначають літери алфавітів (національних мов)) та жестова мова. Також можуть застосовуватися письмове мовлення, розмовна жестова мова, пантоміміка, вказівні жести, зоровий контакт тощо.

У світовій практиці використовують різноманітні засоби АДК, серед яких виділяють:

- засоби комунікації із використанням предметів, фотографій і зображень, графічних символів (пиктограм), жестів, які можуть бути поєднані у комунікативні таблички, дошки та книги. Розроблені стандартизовані набори символів: Бліссимволіка (автор – Чарльз Блісс, Канада), Леб-система (Райнхольд Леб, Німеччина) тощо;

- засоби комунікації із використанням простої техніки (наочність із використанням спеціальних пристроїв);

- система з використанням складних технічних пристроїв (синтезатор мовлення, комунікативні дошки із вмонтованими програвачами, комп'ютерний переклад письмового мовлення в усне) [2].

Застосування засобів альтернативної та допоміжної комунікації сприяє забезпеченню соціальної взаємодії учнів з РАС на всіх рівнях їх життєдіяльності (вдома з їх звичними “рутинами”, під час навчання, взаємодії з однолітками, комунікації за межами дому, у навчальному закладі, під час відвідування театру, кафе, здійснення покупок у магазині та в інших громадських місцях).

Окрім того, безумовно, системи АДК мають значний вплив і на розвиток абстрактного мислення та символічну діяльність учнів з РАС, у яких спостерігаються під час комунікації певне стимулювання розуміння мовлення, поява голосових реакцій та початків вербального мовлення. За системного застосування засобів АДК значно розширюватимуться функціональні системи дітей із РАС, у яких спостерігаються труднощі у трудовій, пізнавальній, навчальній діяльності. До того ж, засоби АДК дають змогу підвищити якість життя таких дітей, розвиток самоповаги та дають можливість відчувати себе повноцінною особистістю.

На сьогодні розроблена низка технік, які допомагають дітям із аутизмом розвинути навички використання мови та мовлення. Серед них: метод мовленнєвого оперативного обслуговування; піктограми; система Блісса; система PIC; система Rebus; лексиграми; методики «Макатон» і «Сигналонг»; картинки, письмо, кубики зі словами; таблиці та книжки для комунікації [2].

Для роботи з дітьми з РАС, які мають особливі комунікативні потреби, найбільш важливого значення відіграє група соціально-психологічних ресурсів. Ця група передбачає такі ресурси, як: значущі інші люди, соціальні ролі, соціальні потреби, прихильності, звички тощо [3, с.18].

Зазначена група ресурсів може бути добре розкрита та задіяна тільки завдяки кваліфікованим фахівцями, які зможуть встановити взаємодію з дітьми з РАС. Усі ці важливі аспекти виховання мають велике значення для формування соціально прийнятних поведінкових навичок та соціальних ролей у дітей з РАС. Це особливо важливо для цієї категорії дітей, оскільки вони потребують формування соціальних норм і вмінь, які допоможуть їм взаємодіяти з іншими людьми, зокрема з рідними. Цей процес спрямований на те, щоб діти розвивалися як соціально адаптовані особистості, здатні враховувати потреби інших та не проявляти владність у стосунках, але вдало взаємодіяти з оточуючими.

Навчання таких дітей загальнолюдським правилам та нормам здійснюється через дорослих, які їх знайомлять з доступними моделям:

- спілкування (вітатися, прощатися, дякувати);
- демонструють різноманітні вербальні та невербальні засоби спілкування (міміка, погляд, жест, пантоміміка);
- формують соціальні навички та соціальну поведінку, організовують взаємодію дитини з мікросоціумом;
- формують соціальний досвід на занятті: моделюють різноманітні форми спілкування та засвоєння соціальних форм поведінки;
- сприяють появі довірливих, доброзичливих стосунків, позитивного настрою;
- забезпечують емоційну насиченість заняття та різноманітність діяльності;
- створюють ситуацію успіху [3, с.19].

Для навчання дітей з аутизмом соціально прийнятних правил спілкування особливо важливо використовувати візуальну підтримку. Наприклад, розміщення карток зліва може слугувати нагадуванням для учнів про важливість привітання однокласників, тоді як картки справа можуть нагадувати учню, як варто себе поводити: про необхідність правильної постави за партою, уважно слухати розповідь вчителя та відповідати на питання.

Завдяки візуальній підтримці у таких дітей уся важлива інформація:

-залишається завжди доступною;

-з'являється можливість звернути увагу на відповідну інформацію, яку складно сприймати дитині з аутизмом;

-отримати знання і навчитися оперувати ними: обробляти, систематизувати, запам'ятовувати, брати участь в комунікативному процесі [3, с.19].

Головне завдання соціально-психологічних ресурсів у процесі навчання дітей з РАС полягає у залученні даної категорії дітей до взаємодії з оточуючим світом, адже це дає змогу сформувати передумови для всебічного розвитку, успішної адаптації та соціалізації цих дітей у суспільство. До того ж застосування всіх вищезазначених груп ресурсів дає змогу підготувати умови для успішної інтеграції дітей з РАС в освітнє середовище. Проте це недостатня робота. Не менш важливим аспектом є робота над розвитком ресурсів самих дітей.

Правильно побудована робота з дитиною з РАС, має бути заздалегідь спланована і умовно вона поділяється на п'ять етапів. А саме:

1. На першому етапі, обов'язково має бути проведено діагностування, завдяки якому можна виявити рівень сприймання дитиною графічних зображень. Під час такого діагностування, важливо зрозуміти чи дитина цікавиться піктограмами, чи дитина розуміє те, що піктограми містять в собі певний інформаційний матеріал. Також варто зрозуміти чи може дитини співвіднести реальний об'єкт з піктографічним зображенням.

2. На другому етапі, важливо надавати дитині супровід графічними зображеннями при всіх видах діяльності дитини. Тобто, за допомогою графічних зображень, а саме різноманітних схематичних таблиць і символів, дитина буде вивчати різні дії, об'єкти та явища. Таким чином, дитина буде вчитись застосовувати невербальні засоби для свого спілкування.

3. На третьому етапі, важливо впровадити у навчання спеціальні вправи, які допоможуть дитині з РАС навчитись використовувати різноманітні графічні зображення. За допомогою цих вправ дитина має навчитись ідентифікувати піктограми, а також навчитись виділяти основні елементи, які наявні у поданих піктограмах. Дитина має навчитись класифікувати піктограми за наявними в них критеріями. Не менш важливо приділити увагу тому, щоб дитина вміла самостійно встановлювати асоціативні зв'язки між двома чи більше піктограмами. Дитина має навчитись встановлювати логічну

послідовність наявну в піктограмах. Також дитина має навчитись самостійно підібрати різні піктограми для опису ситуації.

4. Згодом на четвертому етапі, дитина переходить до виконання більш складних вправ, а саме таких, які передбачають ознайомлення дитини з такими поняттями, як категорії роду й числа. Згодом дитина з РАС вчиться відповідати на запитання з допомогою наявних перед нею піктограм. Після опанування цих навичок, можна навчити дитину формулювати невеличкі розповіді в основі яких, знаходиться інформація, яка наявна в піктограмах.

5. Ну і останній п'ятий етап, передбачає оцінювання. А саме оцінюються потреби дитини у використанні піктографічного словника. На цьому етапі важливо звернути увагу, який у дитини вже наявний рівень піктографічного словникового запасу, а саме оцінювання наскільки дитина здатна засвоювати піктограми, наскільки вона здатна користуватись ними у навчанні і повсякденному житті. І вже потім, зважаючи на це, можна збільшувати активний графічний словник дитини з РАС [1].

На нашу думку, ми визначили, що у даному варіанті робота з навчання учнями з РАС альтернативним та допоміжними засобами комунікації повинно проводитися на спеціальних заняттях, які буде проводити корекційний педагог, а також і під час роботи з адаптації та соціалізації під керівництвом цього ж фахівця або психолога.

Висновок. Проаналізувавши загальні підходи, які застосовуються корекційними педагогами для формування в учнів з РАС навичок соціальної комунікації, як способу взаємодії з оточуючими, можемо зазначити, що використання зазначених альтернативних та допоміжних засобів комунікації відіграє провідну роль у формуванні в учнів з РАС даних навичок. Адже, зазначена група ресурсів АДК дає змогу ефективно залучати дану категорію дітей до взаємодії з оточуючим світом, допомагає дітям з РАС виражати свої думки та потреби, зокрема в умовах освітнього середовища, та дає змогу забезпечити успішну адаптацію та соціалізацію цих дітей у суспільство. При цьому, потрібно зазначити, що правильно побудовано робота з дитиною з РАС, має бути заздалегідь спланована і здійснюватись відповідно до зазначених етапів. Важливо систематично оцінювати ефективність даних засобів під час роботи з дітьми з РАС та звертати увагу на готовність дитини до використання соціальних навичок у реальних ситуаціях.

Перспективи подальших досліджень. У подальших дослідженнях розглядатимемо вплив арт-терапії, як методу соціалізації дітей з розладами аутистичних порушень.

Література:

1. Єжова Т. Є. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. URL: <https://ap.uu.edu.ua/article/102>
2. Козинець, О. В. Альтернативні та додаткові технології навчання соціальної комунікації як спосіб взаємодії з оточенням дітей із аутистичними порушеннями. URL: https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/43600/80_Kozynets-106-110.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі: навчально-наочний посіб. / Укладач – Скрипник Т., – К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. – 56 с.

ОСОБЛИВОСТІ МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ ДОШКІЛЬНИКІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

*Іванна Зейкан,
студентка IV курсу (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Оксана Гаяш, кандидат пед. наук,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність теми дослідження. Моральне виховання дітей з інтелектуальними порушеннями (далі – ІІ) як і у дітей з нормотиповим розвитком є основою для формування поведінки, що відповідає загальноприйнятим суспільним нормам. Проте наслідки ураження центральної нервової системи значно ускладнюють проходження даного процесу у дитини. Тому моральне виховання дітей з ІІ, формування у них правильної поведінки є одним із пріоритетних завдань корекційно-виховної роботи з ними. У дітей з ІІ необхідно виховувати навички культури поведінки у спілкуванні з людьми, навички комунікабельності; вони повинні вміти висловлювати прохання, захистити себе чи уникнути небезпеки. Необхідно працювати над пробудженням у таких дітей жалості, радості, співчуття. І водночас велику увагу приділяти зовнішнім формам поведінки.

Аналіз наукових досліджень. Проблема морального виховання дітей з ІІ висвітлюється у працях А. Козак, Г. Блеч, І. Самойлової, І. Шпачинського, Н. Картаєвої, О. Бонецької, О. Вержиховської, О. Скороход, С. Трикоз, Т. Понімаської та ін.

Мета дослідження – теоретично проаналізувати особливості морального виховання дошкільників з інтелектуальними порушеннями.

Виклад основного матеріалу. Можна сказати, що моральний розвиток дошкільників з ІП відстає від вікової норми і має ряд особливостей.

О. Скороход, І. Шпачинський вважають, що найбільш схильні до соціальних відхилень діти з ІП. Наявність інтелектуального недоліку суттєво ускладнює вирішення завдань морального виховання [3].

В основі засвоєння моральних норм та оволодіння навичками правильної поведінки лежать моральні почуття, моральні уявлення та звичка до правильної поведінки.

У дітей з порушеннями інтелекту, як відомо, емоційний фон значно знижений, емоційний контакт з дорослими часто виявляється порушеним і на момент приходу до закладу дошкільної освіти моральні почуття не тільки є не розвиненими, а й не мають достатніх передумов для свого розвитку.

І. Самойлова, А. Сініченкова та Т. Четвертак зазначають, що дошкільники з ІП часто відчують когнітивні обмеження, які впливають на їх здатність розуміти складні моральні поняття. Вони можуть відчувати труднощі з абстрактним мисленням, що ускладнює розуміння відтінків добра і зла [2].

Як правило, не відповідає віковій нормі й сама поведінка дітей з ІП. Всі ці особливості визначають принципи підходу до процесу виховання дошкільнят з ІП. Насамперед необхідно організувати поведінку дітей. Це цілком можливо у зв'язку з тим, що, діти з ІП хочуть відповідати вимогам, які висуваються до них, заслужити похвалу дорослого, уникнути неуспіху. Однак ці звички правильної поведінки не можуть стати справді моральними, якщо паралельно не проводитиметься робота з формування моральних уявлень та на їх основі моральних почуттів.

У дослідженнях О. Вержиховської вказується, що моральні уявлення стихійно, без спеціального спрямованого впливу діти з ІП не засвоюють. Дітей потрібно спеціально знайомити з моральними та аморальними вчинками, пояснювати їхній зміст, показувати необхідність моральних вчинків, давати їм оцінку [1]. Так, наприклад, дітей потрібно вчити співпереживати один одному, розуміти, коли хтось із них опиняється у важкій ситуації та потребує допомоги, показувати їм, що допомогу обов'язково треба надати, що це і є добрий, моральний вчинок. Але такого ознайомлення недостатньо, тому що отримані у такий спосіб уявлення можуть виявитися формальними і не реалізуватися в конкретній ситуації. Щоб моральні уявлення дошкільників з ІП стали справжніми, дієвими, необхідно використовувати всі подібні ситуації, привертаючи до них увагу дітей, організовуючи їхню допомогу та оцінюючи її.

З іншого боку, необхідно спеціально створювати ситуації, у яких практично реалізуються моральні уявлення, отримані дітьми у процесі занять.

Ще складнішим виявляється формування моральних почуттів. Адекватні моральні почуття в дитини можуть виникнути лише на основі адекватних та осмислених моральних уявлень. Тому повсякденно потрібно аналізувати та узагальнювати досвід самих дітей, намагаючись не пропускати жодної ситуації, в якій моральні норми дотримуються чи порушуються. Якщо дитина, щоб взяти своє пальто з шафи, відштовхує іншу дитину, її вчинок не має залишитися непоміченим. Якщо ж високий хлопчик допоміг зняти пальто з гачка іншій дитині, його вчинок має бути схвалений. Більше того, коли всі діти будуть готові до виходу на прогулянку, необхідно у двох-трьох фразах обговорити моменти чуйності та взаємодопомоги, які спостерігалися щойно. Але цього мало. Взаємодопомогу дітей треба постійно організовувати та заохочувати. Найчастіше буває, наприклад, що вихователь сам зав'язує шарфи всім дітям. Разом з тим він може доручити дітям зав'язувати шарфи один одному, при цьому фіксувати увагу дітей на тому, що це надання допомоги. За такого підходу в дітей дошкільного віку виробляється зразок моральної поведінки, заснований на чуйності та взаємодопомозі, бажання відповідати цьому зразку. Надалі, коли такий зразок буде сформовано на доступному дітям матеріалі, їх уявлення необхідно збагачувати та розширювати за допомогою літературних прикладів – казок, оповідань, виробляти соціальні мотиви поведінки, бажання бути корисним не лише один одному, а й суспільству.

Отже, моральний розвиток дошкільника з ІІІ – складний та суперечливий процес. Спочатку він охоплює лише «вербальну сферу»: дитина освоює норми «на словах», у поведінці легко порушує їх. Поступово крок за кроком моральні норми починають впливати і на вчинки дитини. Згодом формується моральна поведінка. Самостійна поведінка дитини – необхідна умова формування активної життєвої позиції. Підвищення дієвості моральних уявлень сприятиме зростанню моральної активності особистості дитини з ІІІ.

Література:

1. Вержиховська О. М., Бонецька О. М., Козак А. В. Теорія і спеціальна методика виховання дітей особливостями інтелектуального розвитку: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друк-Сервіс», 2013. 372 с.

2. Самойлова І., Сініченкова А., Четвертак Т. Особливості морального виховання дітей старшого дошкільного віку з порушеннями інтелектуального розвитку в умовах інклюзивної освіти. URL: <http://repository.khpa.edu.ua:8080/jspui/handle/123456789/2420>

3. Скороход О. О., Шпачинський І. Л. Формування системи моральних цінностей засобами лялькотерапії у дітей з порушеннями інтелекту. *Молодий вчений*. № 11 (99) листопад, 2021 р. С. 181-184.

ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У НАВЧАННІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Ірина Корягіна
магістр 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Світлана Стеблюк
д-р пед. наук, доцент кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти

Постановка актуальності проблеми. У сучасному світі комп'ютер став засобом комунікації у різних сферах, у тому числі й освітній. Використання його можливостей дозволяє успішно вирішувати певні завдання навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Комп'ютерні технології – це технології навчання із використанням комп'ютера, його програмного забезпечення та мультимедійних засобів. Ця робота може здійснюватися за двома напрямками:

1) освітньо-методичний. Вчитель, асистент учителя має можливість вивчати вітчизняний та зарубіжний досвід наукових досліджень у сфері спеціальної та інклюзивної освіти; практичні напрацювання асистентів вчителя/вихователя та команди супроводу в цілому; здійснювати підготовку дидактичного забезпечення, презентаційного матеріалу до уроку чи занять у ресурсній кімнаті та медіатеці;

2) навчально-корекційний. Педагог застосовує комп'ютерні технології безпосередньо у роботі із дитиною з ООП. Враховуючи реалії сьогодення, мова може йти про дистанційне навчання.

Аналіз останніх досліджень. Переваги упровадження комп'ютерних технологій в освітній процес обґрунтовані у дослідженнях вітчизняних науковців: О. Василенко, З. Зінченко, О. Легкого, С.Ляшенко, Ю. Найди, С. Трикоз та ін.. Відтак, застосування комп'ютерних технологій у навчанні дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, за узагальненням С. Трикоз, сприяє покращенню уваги, візуальних процесів; навичок, пов'язаних з розв'язанням когнітивних завдань, чутливості до візуальної контрастності. Поширеними є навчальні комп'ютерні ігри, зокрема, «Монолог» на формування правильної вимови звуків, тренажери для відпрацьовування усного рахунку, закріплення

правопису, мультимедійні програми для ознайомлення з навколишнім середовищем [5, с.99].

На думку С. Ляшенко, З. Зінченко однією з важливих функцій комп'ютерних технологій є навчальна. Використання їх дозволяє створити умови, за яких дитина може засвоїти не одичне поняття або конкретну навчальну ситуацію, а узагальнене уявлення про всі схожі предмети або ситуації. У школяра формуються такі важливі операції мислення, як узагальнення та класифікація предметів за певними ознаками [2].

Ж. Матюх розкриває питання впровадження мультимедійних технологій в закладах дошкільної освіти. Серед видів означених технологій, що мають місце у роботі із дітьми з особливими освітніми потребами автор виокремлює мультимедійну презентацію, яка передбачає фотографії, малюнки з можливістю звукового супроводу, відео; навчально-ігрову програму; мультфільми морально-етичного, екологічного, пізнавального спрямування [3].

З огляду на це, метою статті є розкриття можливостей використання комп'ютерних технологій у навчанні дітей з особливими освітніми потребами.

Виклад основного матеріалу. Застосування комп'ютерних технологій в освітньому процесі сприяє формуванню в учнів з ООП життєвих компетентностей, мотивації до навчання, критичного мислення, творчості.

У процесі дослідження нами акцентувалася увага на розвиток усного й писемного мовлення молодших школярів. Наприклад, гра «Склади слово». На презентації висвітлюються леги цеглинки із розкиданими складами. Учні необхідно скласти слово, знаходячи відповідний склад: ра- ма. Для учня з 3 й 4 рівнями підтримки можливо доповнити означене завдання стрілочками, що допоможе знайти необхідний склад. Роботу можна завершити читанням слів з відповідними складами, складанням речення з одним із них.

Гра «Вибери свого казкового героя». На екрані висвітлюються казкові персонажі дитина вибирає свій улюблений і розповідає про нього. Доцільно асистенту вчителя підготувати уривок з тексту казки для аудіювання. Цей вид дидактичної гри може проводитися на уроці читання як підготовки до сприймання казки або індивідуально у ресурсній кімнаті.

Презентаційний матеріал повинен бути чітко структурованим, містити змістовні слайди. Зображення, відео, анімації чи діаграми роблять навчальну інформацію доступною. На уроках має місце перегляд відеоматеріалів з історії рідного краю, України.

Типові освітні програми, підручники передбачають роботу з QR-кодами та медіатекстами. Це один із кроків до медіаосвіти, що розглядає питання етичного використання медіа, проблеми цифрової етики, навчає учнів основам

цифрової безпеки, захисту персональних даних та вирішення проблем кібербулінгу. Цілі медіаосвіти у закладі освіти полягають у формуванні критичного підходу до інформації, яку вони сприймають та розповсюджують через медіа засоби.

Зрозуміло, що у вільний час дитина займається комп'ютерними іграми. Асистенту вчителя, батькам слід зацентувати увагу на:

1) відведенні відрізка часу для цього заняття За дослідженням О. Василенко тривалість роботи дітей з психофізичними порушеннями 7-12 років – не більше 20 хв., для старшокласників – не більше 30 хв. Дітям, які належать до групи ризику за станом зору, час, проведений за комп'ютером, визначається індивідуально [1, с.15];

2) проведенні зарядки для очей – комплексу вправ, які допомагають зменшити напругу та втомленість очей під час тривалого перегляду екранів комп'ютерів, смартфонів, планшетів. До прикладу, окремі вправи.

Погляд у вікно. Знаходячись у приміщенні, дитина повинна періодично відволікатися від роботи та дивіться у вікно на відстань. Це допомагає відпочити очам від близького перегляду.

Хованки. Дитина ставить долоні на обличчя так, щоб вони не торкалися очей, і залишається у цій позиції протягом декількох хвилин, спокійно дихаючи;

3) змістовому наповненні та позитивному емоційному спрямуванні (виключити з перегляду жахи, бійки).

У посібнику «Сучасні засоби ІКТ підтримки інклюзивного навчання» обґрунтовано актуальність використання SMART-технологій – інтерактивного програмного навчального комплексу. Сучасні діти з раннього віку обізнані з мережею Інтернет, мають доступ до численних електронних матеріалів, початкові навички роботи з інформаційними ресурсами, але діти з особливими освітніми потребами, не завжди можуть зорієнтуватись у системі інформації, джерелах її отримання, використанні засобів її обробки. Використання протектора та інтерактивної дошки дозволяє застосувати різноманітні кольорові гами як ряд гармонійно взаємопов'язаних відтінків кольору. Використання сенсорних планшетів і панелей дозволяє стимулювати тактильні відчуття, взаємодію з навколишнім середовищем того чи іншого подразника тощо [4, с.91]. SMART-технології передбачають використання візуальних елементів, діаграм, графіків, анімації для усвідомлення навчального матеріалу. й дозволяють зберігати інформацію, записи, презентації.

Для ефективного залучення в освітній процес дітей з порушеннями інтелектуального розвитку необхідно спроектувати їх індивідуальну освітню траєкторію, поєднувати традиційні та інноваційні методи й прийоми навчання.

Комп'ютерні технології дозволяють комбінувати форми представлення інформації (текст, аудіо, відео), прийнятні для кожної дитини, розвитку основних психічних процесів, сприяють диференціації й індивідуалізації навчання. Вищевказане має першочергове значення для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Таким чином, нами розкрито можливості використання комп'ютерних технологій у навчанні дітей з особливими освітніми потребами.

Література:

1. Василенко О.М. Використання комп'ютерних технологій у навчанні дітей з особливими потребами загальноосвітніх шкіл. URL: <https://www.calameo.com/books/>

2. Ляшенко С., Зінченко З. Інтеграція інформаційно-комунікаційних технологій у освітній процес. *Вихователь-методист дошкільного закладу*. 2013. №7. С. 16-27.

3. Матюх Ж.В. Проблеми та перспективи впровадження мультимедійних технологій в інклюзивну дошкільну освіту. Нові технології навчання : наук.-метод. зб. Київ : Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України, 2016. Вип. 88. Ч. 1. С. 65–69.

4. Сучасні засоби ІКТ підтримки інклюзивного навчання : навчальний посібник / [А. В. Гета, В. М. Заїка, В. В. Коваленко та ін.] ; за заг. ред. Ю. Г. Носенко. Полтава : ПУЕТ, 2018. 261 с.

5. Трикоз С. Використання комп'ютерних технологій у навчанні дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/>

ДО ПИТАННЯ СПІВПРАЦІ БАТЬКІВ ТА ШКІЛЬНОГО КОЛЕКТИВУ В КОНТЕКСТІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

*Ольга Міндей,
студентка I курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта,
Науковий керівник: Оксана Гаяш, кандидат пед. наук,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність проблеми й аналіз наукових досліджень. З кожним роком кількість дітей, які потребують корекційного навчання невпинно зростає, тому підвищується і актуальність інклюзивної освіти. Інклюзивна освіта допомагає дітям з особливими освітніми потребами (далі – ООП) одержувати освіту у загальноосвітніх закладах та створення необхідних умов для успішного

навчання для всіх без виключення. Зазначимо, визначення поняття «інклюзивної освіти» за Н.Софій та Н.Найдою – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту на права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу [2].

Одним із напрямів роботи в умовах інклюзивної освіти є співпраця шкільного колективу з батьками дітей з ООП з метою забезпечення найкращих умов для освітнього процесу. Співпраця з батьками дітей з ООП є як продуктивною, так і навпаки. Проблеми та особливості взаємодії батьків та шкільного колективу в контексті інклюзивної освіти розглядалися вченими І. Білозерською, О. Гаяш, Ю. Підвальною, С. Мироною та ін.

Виклад основного матеріалу. В умовах інклюзивного освітнього середовища батьки дітей з ООП відіграють важливу роль у впровадженні та підготовці спеціальної документації, а саме індивідуальної програми розвитку, яка значною мірою ґрунтується на інформації про дитину, її сім'ю, її розвиток та ін. Батьки є постійними членами команди, яка супроводжує дитину з ООП, і співпрацюють з іншими постійними членами: директором або заступником директора з навчально-виховної роботи, класним керівником, асистентом вчителя, практичним психологом, соціальним педагогом та іншими корекційними педагогами, враховуючи освітні потреби дитини. Для досягнення позитивних результатів у навчально-виховному процесі батьки мають бути максимально залучені до роботи з дитиною не лише документально, а й на практиці.

О. Гаяш зазначає, що успішність впровадження інклюзивної освіти залежить від ставлення суб'єктів освітнього процесу до дітей з особливими освітніми потребами, а також готовності шкільного колективу та батьків співпрацювати між собою та допомагати одне одному. Однією з рис змін у освітньому просторі є позиція саме батьків як певних суб'єктів інклюзивного освітнього процесу. Варто зазначити, що саме активна позиція батьків визначає освітню траєкторію дитини з особливими освітніми потребами. Важливо, щоб батьки були, насамперед, учасниками, але часто трапляються такі випадки, коли шкільний колектив позбавляє їх права відповідального вибору. Тому це стає перешкодою у співпраці педагогів та батьків і значно ускладнює освітній процес [1].

У праці О. Гаяш виділено три етапи взаємодії шкільного колективу та батьків, які мають дітей з особливими освітніми потребами у закладі освіти:

- 1) перший етап – знайомство, що має на меті визначення загальних цілей, цінностей та потреб;

2) другий етап – складання програми роботи педагога інклюзивної освіти з батьками, що включає в себе вивчення завдань закладу освіти, обговорення бажань та очікування батьків від навчально-виховного процесу, залучення батьків до процесу складання програми співробітництва, організації спільної діяльності тощо;

3) третій етап – встановлення партнерських відносин між педагогами та батьками дітей з особливими освітніми потребами. Цей етап відбувається під час реалізації програми роботи у ході навчально-виховної роботи. Зміст роботи – спільна діяльність та вирішення певних педагогічних задач розвитку [1].

На нашу думку, коли шкільний колектив не дотримується регламенту та пропускає певні етапи у роботі з батьками, які зазначено нами вище, то виникають перешкоди та труднощі як у взаємодії з батьками та їх дітьми, так і у навчально-виховному процесі. Для подолання перешкод, які стають на заваді співпраці шкільного колективу та батьків, варто залучати нові методи, форми та засоби роботи з батьками дітей з особливими освітніми потребами. Вважаємо доречними та ефективними у використанні такі: бесіди та консультації для батьків; «круглі столи» батьків та педагогічних фахівців; включення батьків у процес занять з дитиною; відкриті заняття педагогів; батьківські збори; терапевтичні зустрічі для батьків тощо.

Таким чином, можна зробити висновок, що батьки є одними із найголовніших учасників команди супроводу дитини з особливими освітніми потребами, які нарівні з педагогічними працівниками допомагають забезпечувати ефективне інклюзивне навчання для дітей. У ході співпраці шкільного колективу та батьків можуть виникати певні перешкоди та проблеми, які слід вирішувати. Аналізуючи психолого-педагогічну літературу, ми зробили висновки, що це можливо втілити за допомогою впровадження нових методів, прийомів та форм у роботі з батьками.

Література:

1. Гаяш О. Співпраця закладу освіти з батьками дітей з особливими освітніми потребами як умова реалізації ідей інклюзії. *Науковий часопис НПУ імені М.П Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2019. № 38. С. 60-66.

2. Софій Н., Найда Ю. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти. *Інклюзивна школа: особливості організації та управління* : навч.-метод. посіб. Київ, 2007. 128 с.

КОМАНДНА ВЗАЄМОДІЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ КОРЕКЦІЙНОГО ПЕДАГОГА

*Олена Медведенко,
магістр 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Світлана Стеблюк
д.пед.н., доц. кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти*

Постановка актуальності проблеми. Команда психолого-педагогічного супроводу в інклюзивному середовищі відіграє значну роль у забезпеченні індивідуальної освітньої траєкторії дитини з ООП, її успішної соціалізації. Склад команди у закладі дошкільної та загальної середньої освіти визначено у Примірному положенні [3]. Завданням психолого-педагогічного супроводу в умовах інклюзивного навчання є забезпечення психічного, фізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Фахівці, об'єднані спільною метою, обговорюють навчальні труднощі, досягнення, діляться досвідом, здійснюють пошук ефективних методів та прийомів роботи. Спрямованість на позитивну динаміку розвитку дитини – провідний напрям діяльності команди. Пріоритетна роль у створенні умов навчання й розвитку учня у закладі освіти належить корекційному педагогу.

Аналіз останніх досліджень. У навчально-методичному посібнику [4] визначено етапи здійснення психолого-педагогічного супроводу. Серед них: формування готовності дитини до входження в колектив однолітків; соціально-психологічна адаптація дітей з інтелектуальними порушеннями та однолітків; організація предметно-просторового розвивального оточення; розроблення перспективного планування особистісного розвитку дитини; моніторинг психосоціального розвитку дитини. Т. Скрипник розкрило проблему впровадження міждисциплінарного супроводу дітей у закладах освіти, визначено його складники: учасники, коло завдань, цілі, взаємодія, реалізація освітнього процесу [5, с.212].

А. Косовською презентовано дослідження щодо готовності корекційних педагогів до командної взаємодії. Виокремлено компоненти: ціннісно-мотиваційний; змістовий; діяльнісний; особистісний.

Мета статті – окреслити специфіку командної взаємодії у розвитку дитини з ООП та роль корекційного педагога у цьому процесі.

Виклад основного матеріалу. Корекційний педагог є учасником команди психолого-педагогічного супроводу та спрямовує свою роботу на створення

умов, визначенні ефективних педагогічних підходів розвитку дитини з ООП, її адаптації у колективі та соціалізації у житті. Компетенції, якими мають володіти фахівці у роботі з дітьми визначені М. Гринців, Т. Логвиненко [1, с.212]:

- комунікативна – включає уміння, необхідні для спілкування з іншими учасниками супроводу, висловлювати свої думки, гнучкість комунікації з дітьми та батьками;
- діагностична – передбачає розуміння застосування діагностичних методик вивчення дитини, аналізу отриманих результатів;
- прогностична – включає передбачення кінцевого результату використання методів, прийомів впливу;
- когнітивна – розкриває знання особливостей розвитку дитини відповідно до її віку, причини дизонтогенезу;
- конструктивна – передбачає формулювання мети та завдань, планування своєї освітньої діяльності;
- корекційна – спрямована на знання та уміння застосовувати корекційні методики;
- нормативна – визначає знання законів та нормативних документів у сфері спеціальної освіти, уміння вести документацію педагога;
- аксіологічна – розвиненість емпатії, інтуїції, педагогічного оптимізму, прагнення до самовдосконалення.

С. Мироною, М. Буйняк сформульовано компетентність корекційного педагога «вміння працювати в команді психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами». Виокремлено знання (мета, завдання та зміст психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП в різних типах закладів і формах навчання; завдання, принципи та організація роботи команди супроводу; форми взаємодії фахівців); вміння та якості (прийняття професійних меж свої компетенції; здатність здійснювати адекватний вибір форм та методів колективної взаємодії, способи вирішення конфліктних ситуацій; дотримання субординації, самодисципліна, активність та ін.) [2, с.40]. Координація роботи між усіма членами команди психолого-педагогічного супроводу дозволяє створити стратегічні напрями навчання та розвитку дитини.

Корекційний педагог акцентує увагу на когнітивній сфері дитини, сенсорній інтеграції, тобто сприйманні нею інформації з навколишнього середовища, узгодженість між зоровим і слуховим аналізаторами, тактильним і зоровим, сформованість цілісного сприймання. Виходячи з цього, виявляється домінуючий тип сприймання інформації, що враховується при організації освітнього процесу. Важливим напрямом діяльності є надання консультацій та

методичної підтримки вчителям з питань роботи з учнями з особливими освітніми потребами, організація тренінгів та семінарів для батьків з метою покращення їхньої взаємодії з дитиною вдома, організації ігрової діяльності, сприяння її розвитку.

У коло професійної діяльності фахівця входить обмін інформацією та співпраця в рамках мультидисциплінарної команди супроводу для досягнення позитивних результатів для кожного учня, постійне відстеження прогресу дитини через спостереження, тестування, оцінка ефективності використовуваних методів та прийомів корекційно-розвиткової роботи.

Отже, нами визначено специфіку командної взаємодії у розвитку дитини з ООП та роль корекційного педагога у цьому процесі.

Література:

1.Гринців М. В., Логвиненко Т. О. Особливості організації діяльності команди психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами. *Перспективи та інновації науки*. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина» № 5(5) 2021. С.205-217

2.Миронова С. П., Буйняк М. Г. Професійна діяльність та особистість корекційного педагога : навчальний посібник. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. 136 с.

3.Примірне положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0609729-18#Text>

4.Психолого-педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями. Навчально-методичний посібник / авт.: О. В. Чеботарьова, Г. О. Блеч, І. В. Гладченко, С. В. Трикоз, І.В. Сухіна, Н. А. Ярмола.: За наук. ред. О.В. Чеботарьової. К., ІСПП імені Миколи Ярмченка НАПН України, 2018. 123 с.

5.Скрипник Т.В. Специфіка реалізації міждисциплінарного командного супроводу в інклюзивному освітньому середовищі України. *Актуальні питання корекційної освіти*. Випуск 14. 2019. С.302-313.

СУТНІСТЬ І СПЕЦИФІКА РОБОТИ ВЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА У ЗАКЛАДІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ З ІНКЛЮЗИВНИМ НАВЧАННЯМ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Євгенія Пікуза,
магістр 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Оксана Гаяш, кандидат пед. наук,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. Професія вчителя-дефектолога на сучасному етапі становлення та розвитку отримує широке коло розповсюдження та підтримується запитамі суспільства в Україні.

Ключовою фігурою в забезпеченні загальноосвітньої інтеграції дітей з особливими освітніми потребами має стати вчитель-дефектолог, оскільки тільки він достатньою мірою обізнаний із закономірностями психофізичного розвитку та особливостями організації навчання і виховання таких дітей.

Аналіз наукових досліджень. Автори В. Бондар, О. Гаяш, І. Єременко, Н. Засенко, І. Колесник, М. Кот, В. Лапшин, С. Миронова, В. Синьов, О.Хохліна наголошують на тому, що робота вчителя-дефектолога у закладі загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням займає важливе місце в корекційній роботі з дітьми з особливими освітніми потребами.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати сутність і специфіку роботи вчителя-дефектолога у закладі загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням.

Виклад основного матеріалу. До роботи вчителя-дефектолога у закладі загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням в сучасних умовах висуваються нові вимоги та неперервне удосконалення своєї педагогічної майстерності.

О. Гаяш зазначає, що учителеві-дефектологу в інклюзивному освітньому закладі належить вирішити ряд завдань:

- ініціювати створення необхідних умов для забезпечення інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами;
- позитивно налаштувати учасників інклюзивного процесу сприйняти адекватно, толерантно дитину такою, як вона є, та налагодити плідну взаємодію;
- окреслити орієнтири навчання дитини з особливими освітніми потребами;

- надати корекційно-розвиткові послуги дитині з особливими освітніми потребами, згідно з індивідуальною програмою розвитку (ІПР);
- провести моніторинг досягнень у відповідній сфері розвитку дитини, згідно з ІПР;
- надати рекомендації педагогічним працівникам щодо особливостей організації освітнього процесу, реалізації корекційно-розвиткових цілей у процесі навчання, технології для досягнення кінцевих цілей навчання, визначених в ІПР та застосування адаптацій (модифікацій);
- провести консультативну роботу з батьками дитини з особливими освітніми потребами [1, с. 6].

С. Миронова, М. Буйняк зауважують, що сферами професійної компетенції корекційного педагога є: освітня, виховна, корекційно-розвиткова робота; соціально-педагогічна діяльність; профілактична робота; психолого-педагогічна оцінка розвитку (дитини, колективу учнів); педагогічна просвіта; окремі аспекти психологічної і психотерапевтичної допомоги; організація і керівництво освітою; методична робота; науково-дослідна діяльність в галузі спеціальної педагогіки і психології [4, с. 30]. Провідною, на думку вчених, є освітня корекційно спрямована педагогічна діяльність, яку вчитель-дефектолог виконує у спеціальних навчальних закладах, в умовах інклюзивної освіти, при організації індивідуального навчання дітей з особливими освітніми потребами. Корекційна діяльність містить в собі роботу з подолання або послаблення виявлених порушень психофізичного розвитку дитини; профілактики вторинних та супутніх порушень; формування особистості дитини; створення умов для розвитку учня; навчання батьків прийомам організації ігрової та навчальної діяльності дитини, окремим корекційним прийомам і методам [4, с. 31].

Корекційно-розвивальна робота вчителя дефектолога розглядається О.Гаяш, як підґрунтя організації навчально-виховної роботи, зокрема в інклюзивній школі: без цілеспрямованого подолання чи послаблення недоліків знижується ефективність навчання й виховання дітей, ускладнюється процес оволодіння необхідними для них знаннями, вміннями, навичками, становлення поведінки, соціалізації особистості [3, с. 9].

С. Миронова, М. Буйняк вважають, що корекційним педагогом може бути далеко не кожна особистість, а лише та, яка володіє педагогічно спрямованою сукупністю необхідних якостей і відповідними професійно-психологічними компетентностями [4, с. 37]. Вчена С. Миронова підкреслює, що корекційний педагог має бути готовим до виконання багатьох соціальних ролей, а отже – до

постійних перевтілень. Це означає, що він має глибоко оволодіти професійною майстерністю, педагогічними тактом, вміти себе самопрезентувати [5, с.182].

Ефективність роботи корекційного педагога багато в чому залежить від його впевненості у оптимістичній перспективності корекційно-виховного впливу. Педагог, який не вірить у можливості дитини, і розглядає її лише через призму порушень, не зможе виявити позитивних сторін у розвитку дитини, а значить – не досягне позитивних результатів [4, с. 38].

Оптимізм корекційного педагога має бути досить сильним, оскільки завдяки цьому він передасть свою впевненість і батькам, і самій дитині, що, безумовно, послугує умовою ефективності корекційно-виховних впливів і, як наслідок, розвитку особистості [4, с. 38].

Висновки. Під час теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури нами сформульовано сутність і специфіку роботи вчителя-дефектолога у закладі загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням.

Література:

1. Гаяш О.В. Основні аспекти діяльності вчителя-олігофренопедагога в сучасних умовах. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : збірник наукових праць: вип. 12 / за ред. О.В. Гаврилова, В.М. Синьова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2019. С. 64-72.

2. Гладка В. В. Компетентнісний підхід як методологічна основа розробки освітніх стандартів перепідготовки : *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* / за ред. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. Вип. XX в двох частинах, частина 1. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський: Медобори-2006, 2012. С. 50-57.

3. Корекційно-розвивальна робота з дітьми з особливостями психофізичного розвитку : науково-методичний посібник для вчителів інклюзивного навчання, асистентів учителів, які працюють з дітьми з психофізичними порушеннями в умовах загальноосвітніх навчальних закладів, соціальних педагогів, батьків / Укладач О. В. Гаяш. Ужгород : Інформаційно-видавничий центр ЗППО, 2016. 120 с.

4. Миронова С. П., Буйняк М. Г. Професійна діяльність та особистість корекційного педагога : навчальний посібник. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2020. 136 с.

5. Миронова С. П. Методика корекційної роботи при порушеннях пізнавальної діяльності : підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2014. 260 с.

АРТ-ТЕРАПІЯ У КОРЕКЦІЙНО- РОЗВИВАЛЬНІЙ РОБОТІ ІЗ ДІТЬМИ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

*Евеліна Плокінгер,
студентка II курсу
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Світлана Стеблюк
д-р пед. наук*

Постановка актуальності проблеми. За дослідженнями науковців [4] інтелектуальні порушення визначаються як системне, стійке зниження пізнавальної діяльності дитини, що спричинене ураженням центральної нервової системи. Вона розвивається невідповідно до свого біологічного віку, що позначається на ігровій, комунікативній, трудовій та художній діяльності. Під час корекційної роботи з такою категорією дітей застосовуються педагогічні технології, методи, прийоми навчання з метою забезпечення всебічного розвитку, соціалізації та усвідомлення свого «Я». Значна роль у цьому процесі відводиться засобам арт-терапії – технології, що використовує мистецтво та творчість для покращення психологічного, емоційного, фізичного стану особистості. Основна її ідея полягає в тому, що через створення художніх робіт, виробів можна допомогти виразити емоції, зрозуміти себе та вирішити психологічні проблеми. Важливість застосування її у роботі з дитиною із інтелектуальними порушеннями вбачаємо у можливостях розвитку творчого мислення, уяви, соціальних навичок та інших когнітивних процесів засобами мистецтва.

Аналіз наукових досліджень. Ю. Бугера, Н. Дідик виокремлюють різні види арт-терапевтичних методів, які є реабілітаційними й креативно-терапевтичними засобами. Авторами акцентується увага на ізотерапевтичних прийомах – марання та малювання предметами навколишнього середовища [1]. Малювання руками дає можливість експериментувати з різними стилями, кольорами та формами й спрямоване на розвиток дрібної моторики, зняття напруги, врегулювання емоційно-вольової сфери. Наведено приклад техніки «Каракулі», за якої малюнок створюється олівцем хаотичним нанесенням різних нерозбірливих ліній. Надалі з них дитина може скласти певний образ. Техніка сприяє розвитку уяви, знижує м'язову напругу, активізує до діяльності.

Т. Сердюченко розглядає арт-терапію як засіб психологічної реабілітації родини, яка виховує дитину з особливими освітніми потребами. Серед прийомів рекомендуються: малювання, нанесення, ліплення, колаж, створення

картин в пісочниці [3]. Відтак, колаж дає змогу розкрити можливості особистості, опираючись на емоції, внутрішній стан.

Пошук ефективних арт-технологій у роботі із дітьми з інтелектуальними порушеннями залишається актуальним питанням сьогодення.

Мета дослідження : розкрити окремі методи та прийоми арт-терапії та можливості її реалізації в корекційно-розвитковій роботі.

Виклад основного матеріалу. У контексті нашої проблеми виокремимо спрямованість арт-терапії у роботі з дітьми із інтелектуальними порушеннями:

емоційне вираження – прояв емоцій, відчуттів, які важко висловити словами. Діти можуть створювати малюнки, роботи, які відображають їхні страхи, радості, смуток, тривогу;

творча спрямованість – мислення за межами стандартних шаблонів, вираження своїх думок нетрадиційним способом;

комунікаційна активність – спосіб вираження себе, взаємодії з оточуючими, співпраці, співчуття, емпатії та взаєморозуміння.

Арт-терапія може використовуватися як у вигляді основного методу, так і в якості одного з допоміжних. У корекційно-розвитковому процесі вона містить такі напрями:

- Образотворча діяльність.
- Створення колажів із малюнків, фотографій, символів, природних матеріалів.
- Пальчиковий театр і нетрадиційні форми роботи з папером.
- Робота з тістом (тістопластика).
- Малювання на тканині губкою, пальцями та долонями.
- Сенсорна інтеграція та психокорекція передбачає знайомство з формою, розміром, площиною та частинами предметів.
- Створення вистав за допомогою ляльок [2, с.65].

Арт-терапевтичні заняття містять дві складові частини. Перша – невербальна, творча, неструктурована, у якій основним видом діяльності є сам процес творчості. Друга частина – вербальна інтерпретація створених зображень, асоціацій, емоцій і почуттів, що виникали в процесі роботи [там же, с.64].

В інклюзивному освітньому середовищі, на заняттях має місце музична терапія – спеціально підібрана музика, яка сприяє релаксації, зняттю стресу та покращенню настрою. Використання різноманітних звуків, шуму води зокрема, сприяє покращенню психоемоційного стану. Поєднання звукових елементів із візуальним зображенням картин природи надає комплексний ефект для покращення внутрішнього стану школяра.

Зацікавлення у дитини з інтелектуальними порушеннями викликає колажування, що передбачає створення зображень із тканин, кольорового паперу, природніх матеріалів. Тематика залежить від індивідуальних та вікових можливостей учня: «Я та моя родина», «Канікули», «Зимові свята», «Світ моїх захоплень».

Кольоротерапія – це метод із використанням кольорів для покращення психічного та емоційного стану. Кожен колір має певні властивості, які впливають на настрій, самопочуття: червоний – символізує енергію, емоційність, може підвищувати кровообіг, підвищувати тонус та активізувати діяльність; жовтий – символізує радість, оптимізм, інтелект, ентузіазм стимулює думки, сприяє комунікації та соціальній активності. Пропонуємо у рамках означеного виду арт-терапії вправу Кольорова мозаїка». Дитині пропонують закрити очі та уявити образи, наповнені різними кольорами. Наприклад, сонце, яке сяє жовтим світлом та дарує тепло та радість. Такий вид роботи сприяє позитивним відчуттям та емоціям.

Висновки. Таким чином, нами розкрито окремі методи та прийоми арт-терапії та можливості її реалізації в корекційно-розвитковій роботі.

Література:

1. Бугера Ю.Ю., Дідик Н.М. Арттерапевтичні методи у роботі корекційного педагога. *Актуальні питання корекційної освіти. Збірник наукових праць.* Випуск №16 том 2 (2020). С.36-46
2. Серєда І.В., Збишко Є.А. Використання технології арт-терапії в корекційно-виховній роботі. *Інноваційна педагогіка.* Випуск 10. Т. 1. 2019. С.63-66
3. Сердюченко Т.С. Арт-терапія, як засіб психологічної реабілітації сім'ї, яка виховує дитину з психофізичними порушеннями. URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/items/72a89c56-9fa6-4650-b3c0-bfa24bc7c5a7>
4. Трикоз С. В. Дитина з порушеннями інтелектуального розвитку / С. В. Трикоз, Г. О. Блеч. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.

УНІВЕРСАЛЬНИЙ ДИЗАЙН ЯК ЕЛЕМЕНТ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

*Тетяна Рацін,
магістрантка 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Світлана Стеблюк
д.пед.н., доц. кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти*

Постановка актуальності проблеми. Відповідно до Закону України «Про освіту» інклюзивне освітнє середовище трактується як сукупність умов, способів і засобів їх реалізації для спільного навчання, виховання та розвитку здобувачів освіти з урахуванням їхніх потреб та можливостей [2]. Серед умов виокремлюємо універсальний дизайн у сфері освіти – дизайн предметів, навколишнього середовища, освітніх програм та послуг, що забезпечує їх максимальну придатність для використання всіма особами без необхідної адаптації чи спеціального дизайну [там же]. Пріоритетним є врахування можливостей всіх дітей, сприяння їх успішному навчанню, вихованню та розвитку. Універсальний дизайн забезпечує відкрите, підтримуюче, толерантне середовище, де школяр має можливість розвивати свої здібності та досягати успіхів.

Аналіз останніх досліджень. Означене питання активно вивчається у науковому колі. С.Паламар, М. Науменко розкривають проблему впровадження універсального дизайну в ЗЗСО; наводять особливості навчання у звичайному класі та класі з універсальним дизайном [3]. У підручнику [1, с.51] визначено зміст поняття «доступність», що включає інформаційну безпечність, фізичну доступність, зручність. Полегшення доступу людей з інвалідністю до будівель та приміщень і, відповідно, розширення їх освітніх та економічних можливостей, стане вагомим засобом вирішення цієї проблеми.

Загальна мета доступності середовища полягає в тому, щоб кожна людина мала можливість повноцінно жити, працювати, навчатися та брати участь у суспільному житті. Йде мова про наявність пандусів для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, широких дверей та коридорів для забезпечення доступу для візків, позначення та підказки для людей з порушеннями зору або слуху, розробку веб-сайтів, програм та цифрових продуктів з урахуванням принципів доступності, забезпечення психологічної підтримки та допомоги особам, які мають потреби у цьому напрямку. Питання реалізації принципів універсального дизайну в освіті є на часі.

Мета дослідження – розкрити зміст універсального дизайну інклюзивного освітнього середовища.

Виклад основного матеріалу. У центрі уваги універсального дизайну знаходиться дитина. Дизайн має враховувати потреби усіх учнів (у тому числі з ООП) при підготовці начального плану, виборі адаптивної програми, методів, засобів та способів викладання, оцінюванні знань, розробці архітектурного дизайну закладу освіти, користуванні бібліотеками, спортивними майданчиками, гуртожитками, веб-сайтами, посадовими інструкціями та навчальними матеріалами тощо [4, с.10]. Розумне пристосування як складова універсального дизайну, спрямована на створення інноваційних та ефективних рішень, які допомагають забезпечити рівний доступ до освіти школярів, забезпечують їм можливість досягти успіху незалежно від їхніх індивідуальних особливостей.

У рамках дослідження визначимо принципи універсального дизайну.

– рівність та доступність використання освітнього середовища, шляхом надання однакових засобів для всіх користувачів;

– гнучкість використання навчального матеріалу з урахуванням потреб користувачів;

– простота та інтуїтивність використання, незалежно від досвіду, освіти, мовного рівня та віку користувача;

– доступно викладена інформація, яка буде сприяти ефективному донесенню до користувача необхідної інформації, незалежно від його можливостей сприйняття або зовнішніх умов;

– терпимість до помилок, зведення до мінімуму небезпеки для життя; малі фізичні зусилля що розраховано на затрату незначних фізичних ресурсів користувачів, на мінімальний рівень стомлюваності;

– наявність необхідного розміру, місця простору при підході, під'їзді та різноманітних діях, незважаючи на фізичні параметри, стан і ступінь мобільності користувача; доступні навчальні місця, меблі, фурнітура та обладнання, регулювання освітлення тощо [5, с.8].

Акцентуємо увагу на забезпеченні фізичного, психологічного та інтелектуального доступу до освітніх можливостей: створення безбар'єрних приміщень, використання доступних технологій та засобів, забезпечення психологічної підтримки суб'єктів освітнього процесу.

Ресурсна кімната – це компонент інклюзивного середовища в освіті, який забезпечує підтримку й розвиток дитини з особливими освітніми потребами. Приміщення містить широкий вибір навчальних матеріалів, які адаптовані до школярів, спеціальні підручники, відеоматеріали, інтерактивні завдання та

дидактичні ігри, матеріали для розвитку мовлення тощо. Корекційні заняття спрямовані на розвиток моторики, пізнавальних процесів, координації рухів. Психолог, як член команди психолого-педагогічного супроводу, працює з дітьми над розвитком емоційної сфери, адаптацією до змін середовища, вирішенням проблем поведінки. Окрім того, дітей вчать самостійності прийняття рішень у повсякденних ситуаціях, виконанні побутових та гігієнічних навичок. Медіатека – це спеціалізоване приміщення, де зберігаються та доступні для користування книги, журнали, аудіо- та відеозаписи, комп'ютерні програми, електронні джерела інформації тощо. Медіатека є місцем для досліджень та розвитку учнів в тому числі з ООП.

Отже, нами розкрито зміст універсального дизайну інклюзивного освітнього середовища та його принципи.

Література:

1. Азін В. О., Байда Л. Ю., Грибальський Я. В., Красюкова-Еннс О. В. Доступність та універсальний дизайн : навч.-метод. посіб./ за заг. ред. Байди Л. Ю., Красюкової Еннс О. В. К., 2013. 128с.

2. Про освіту. Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

3. Паламар С., Науменко М. Універсальний дизайн закладів освіти України: доступність інформаційного простору. *Педагогічна освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка*, 38 (2), С. 69–76. URL: <https://pedosvita.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/349/438>

4. Потапук Л. М., Дендак А. С. Розвиток інклюзивної освіти в Україні: проблеми та перспективи впровадження. *Педагогічні науки: теорія та практика*. № 3 (47), 2023. С.7-13

5. Універсальний дизайн в освіті: посібник / під заг. ред. Н. З. Софій. Київ: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 76 с. URL: <http://center-prpp.ck.ua/wpcontent/uploads/2021/07/UniversalniyDizain.pdf>

РОЗВИТОК СЛОВНИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ ЧЕРЕЗ ВИКОРИСТАННЯ ДИДАКТИЧНИХ ІГОР

*Ганна Токар,
студентка I курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Оксана Гаяш, к.пед.н.,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,*

Актуальність. Мовлення є невід'ємним компонентом будь-якої форми діяльності людини та її поведінки загалом.

Несформованість або недорозвинення лексики відзначається у всіх дітей з інтелектуальними порушеннями (далі – ІП) і негативно впливає на розвиток, навчання і соціалізацію дитини. Тому своєчасна і цілеспрямована робота над розвитком лексики сприятиме розвитку розумової діяльності, засвоєнню шкільної програми, вдосконаленню міжособистісного спілкування і соціальної адаптації дітей з ІП.

Аналіз наукових досліджень. Багато вчених, таких як В.Орлова, Є.Данільченко, Л.Ільяницька, Н.Тарасенко, О.Боряк, О.Різник, Р.Жуковська, С.Караман, С.Миронова, Т.Докучина, Ю.Соловей, Ю.Селюкова та ін. досліджували проблему розвитку словника у дітей з ІП. Вони у своїх працях підкреслюють важливість дидактичних ігор і лексичних вправ для розвитку словника дітей з порушеннями інтелекту.

Мета дослідження розкрити теоретичні аспекти використання дидактичних ігор та лексичних вправ для розвитку словника у дітей з ІП.

Виклад основного матеріалу. Діти з ІП мають недорозвинений словниковий запас. Лексика цих учнів набагато бідніша, ніж у нормотипових дітей.

О. Боряк стверджує що учні з ІП використовують лише невелику кількість слів, що позначають ознаки предмета, найчастіше називаючи основні ознаки, такі як кольори (наприклад, червоний, синій, зелений), розмір (великий або малий), смак (солодкий або гіркий). Вони рідко використовують антонімічні пари слів, такі як «довгий – короткий», «товстий – тонкий», що зазвичай пояснюється труднощами у розрізненні понять про властивості і характеристики предметів [1].

Т. Докучина вказує що один з методів розвитку словника загалом є дидактична гра. Успішність таких ігор значною мірою залежить від їх систематичного та цілеспрямованого використання у поєднанні з навчальними

вправами. При цьому дидактичні ігри використовуються паралельно з основним матеріалом навчання для дітей з ІІ, сприяючи активізації навчального процесу та засвоєнню основних концепцій [2]. Залежно від матеріалу, дидактичні ігри можуть бути поділені на три категорії: ігри з використанням предметів (іграшки, природний матеріал та ін.), настільно-друковані ігри та словесні ігри. Усі ці типи ігор можна успішно використовувати для розвитку словника у дітей.

У іграх з використанням предметів використовуються як іграшки, так і реальні об'єкти. Під час гри діти вчаться порівнювати та називати предмети, встановлювати їх схожості та відмінності. Ці ігри корисні тим, що допомагають дітям ознайомлюватися з характеристиками предметів, такими як колір, розмір, форма, якість, що сприяє розвитку описового словника. Дидактичні ігри сприяють розвитку умінь порівнювати, класифікувати та встановлювати послідовність вирішення завдань. Молодші школярі, порівнюючи предмети, вказують на спільні частини, ознаки і відмінності між ними. В іграх «Що змінилося» та «Знайди і назви», діти виконують завдання, які передбачають уважне запам'ятовування кількості та розташування предметів, а також виявлення відсутніх предметів.

Різноманітні іграшки широко використовуються в дидактичних іграх, оскільки вони чітко виражають колір, форму, призначення, розмір та матеріал, з якого вони виготовлені. Це дозволяє педагогу вправляти дітей з ІІ у вирішенні різних дидактичних мовленнєвих завдань. Наприклад, діти можуть підбирати та називати всі іграшки, які виготовлені з дерева (або металу, пластику, кераміки), або ж іграшки, які потрібні для різних творчих ігор, таких як гра у сім'ю, будівельники, лікарню та інші. Ці ігри допомагають удосконалювати знання про матеріал, з якого виготовляються іграшки, а також про предмети, які потрібні людям у різних сферах діяльності, що діти відтворюють у своїх іграх.

Наведемо деякі ігри на збагачення словника новими словами

Тема: «Птахи»

Вихователь: «Хлопці, до нас з лісу прийшов в гості ведмедик. Йому в лісі сорока сказала, що наші дітки не знають, якими голосами розмовляють птахи. Адже ми знаємо? Зараз я вам роздам картинки з птахами. Ведмедик до кожного з вас підійде, і ви кожен скажете йому, як розмовляє його птах.

Слова для збагачення словника дієслів: горобець – цвірінькає, ворона – каркає, голуб – воркує, синиця – свистить, качка – крякає, соловей – співає, зозуля – кує, півень – кукурікає.

Тема: «Іграшки»

Дидактичне завдання: збагачувати предметний словник, словник прикметників, орієнтуючись на його ознаки і дії.

Ігрове завдання: впізнати за описом іграшку.

Ігровий матеріал: іграшки (ведмедик, заєць, лисиця, каченя).

Ігрові правила: розглянути, послухати, впізнати іграшку і сказати, як називається.

Ігрові дії: Вихователь приносить чарівну коробку з іграшками, показує іграшки і називає їх. Потім розповідає про кожну іграшку, називаючи зовнішні ознаки: «Це м'яка іграшка. Вона сіра. Хвостик короткий, а вуха довгі. Любить морквину, стрибає спритно». Аналогічно описуються інші іграшки, діти називають їх.

Підбір картинок за загальними ознаками дозволяє педагогу розширювати словниковий запас дітей. Тут важливо встановити певні відповідності та зв'язки між об'єктами. Наприклад, у грі «Що росте у саду (в лісі)?» діти обирають картинки з різними зображеннями рослин та асоціюють їх із місцем, де вони ростуть, використовуючи цю інформацію для комбінування картинок.

Словник дитини розвивається в процесі взаємодії з оточуючим середовищем та навчанням. Використання дидактичних ігор стимулює активну роботу мовної частини мозку, що сприяє збагаченню словника та покращенню мовленнєвих навичок. Крім того, такі ігри допомагають усвідомлювати значення слів через практичне застосування у веселих та цікавих ситуаціях, що сприяє більш ефективному запам'ятовуванню та використанню слів у мовленні.

У словесних іграх діти самостійно вирішують різноманітні завдання: описують об'єкти, визначають їх характерні ознаки, вгадують за описом, розрізняють схожість та відмінність, групують об'єкти за різними ознаками та властивостями тощо.

Висновок. Отже, використання дидактичних ігор є ефективним методом для розвитку словника та загальної мовленнєвої активності дітей з ІІІ. Вони сприяють закріпленню та засвоєнню навичок і знань. Проведення таких ігор підвищує зацікавленість дітей у навчанні, розвиває їх концентрацію та збільшує обсяг уваги. Це також сприяє кращому засвоєнню мовленнєвого матеріалу та сприяє розвитку фізичних, розумових, мовленнєвих та моральних навичок у молодших школярів з ІІІ.

Література:

1. Боряк О.В. Діагностика, формування й корекція мовленнєвої діяльності дітей із порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку: теорія і практика : монографія. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2018. 458 с.

2. Докучина Т.О. Індивідуальний підхід до проведення дидактичних ігор з дітьми з особливими освітніми потребами. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2017. № 9 (2). С. 56–64.

3. Косенко Ю.М. Сутність дидактичної гри як методу навчання. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2011. № 8 (18). С. 184–191.

СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

*Ніна Церкуник,
магістрантка 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Світлана Стеблюк
д.пед.н., доц. кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти*

Постановка актуальності проблеми. Дитина з РАС має свої особливості у сприйнятті навколишнього світу. Предмети представляються не в цілісному, а в розрізненому вигляді, тому питання обране для дослідження є актуальним. Сенсорна інтеграція – це процес взаємодії з оточуючим середовищем через зорову, слухову системи, відчуття дотику, смаків. Для дітей з розладами аутистичного спектру вона допомагає краще зрозуміти світ, розвивати мовлення, моторику, знизити тривожність. Заклад освіти, здійснюючи підготовку до освітнього процесу означеної категорії дітей, має забезпечити реалізацію низки організаційних, психологічних й педагогічних умов, які відповідають їх освітнім потребам. Йде мова про структурованість середовища, забезпечення розуміння дитиною послідовності дій, передбачуваності зміни діяльності.

Аналіз останніх досліджень. Питання сенсорної інтеграції у центрі дослідження низки науковців: І. Григус, О. Кіпаренко, І. Недозим, В. Тарасун, Т. Скрипник та ін. Зокрема, Г. Хворовою, Л. Котловою узагальнено три види обробки сенсорних сигналів: сенсорний сигнал не «реєструється» мозком належним чином, що спричиняє гіпер- та гіпочутливість; погана модуляція сенсорних сигналів, особливо вестибулярних та тактильних що призводить до розвитку невпевненості та над чуттєвості; дисфункція ділянок мозку, яка відповідає за позив до дій, особливо до змін. В лімбічній системі головного мозку розташована ділянка, яка визначає, які сенсорні стимули з усього потужного сенсорного потоку важливі для даної людини, і робить так щоб саме

ці стимули були сприйняті та оброблені мозком. У дітей з порушенням аутистичного спектру має місце дисфункція цієї ділянки, тому вони не фіксують багато з того, що помічають інші [4, с. 19].

У посібнику для батьків «Сенсорна інтеграція» [2] розкрито окремі її методи: *сенсорна модуляція* – процес, за допомогою якого дитина регулює свої реакції на сенсорні враження з навколишнього середовища (надмірну реакцію на зовнішні сенсорні подразники, такі як гучний звук, яскраве світло чи зменшену реакцію на біль, температурні зміни, сильні звуки); *ігрова терапія із застосуванням іграшок, музичних інструментів*, що покращують вестибулярну систему і тактильне сприйняття; *робота з вестибулярною системою* на розвиток просторового сприйняття і координацію рухів.

Мета дослідження: розкрити особливості сенсорної інтеграції дітей з РАС.

Виклад основного матеріалу. Вік від 3 до 7 років відіграє ключову роль для сенсорної інтеграції, адже у цей період мозок найбільш чутливий до відчуттів і найкраще їх організовує. Сенсомоторна взаємодія слугує фундаментом когнітивних функцій, які розвиваються пізніше. Крім того, сенсорна інтеграція відіграє головну роль у навчанні дитини [1, с. 106]. У процесі проведення занять обов'язковим є індивідуальний підхід, застосування підказок, повтор алгоритму виконання роботи. Сенсорні ігри мають відповідати правилу від простого до складного, бути доступними для дитини з РАС, викликати у них позитивні емоції. Наведемо приклади.

Кольорова мозаїка. Дитині пропонують розфарбовування за допомогою пальчиків. Результатом творчої роботи є малюнки із змішування різних фарб. Як показує спостереження, гра розвиває кольорове сприйняття, уяву, моторику рук.

Кольорова емоція. Дитина повинна зобразити різні емоції (радість, сум, здивування) за допомогою кольорів та фарб. Радість асоціюється з яскравими та теплими кольорами: жовтий, оранжевий та червоний; сум, принічення – темні та холодні кольори, такі як синій, фіолетовий та чорний; здивування – змішування кольорів, що символізує захоплення; спокій – ніжні та пастельні кольори, блакитний, рожевий, щоб передати відчуття релаксації. Такий вид роботи має місце у роботі при індивідуальній та груповій взаємодії, коли дитина ділиться зі своїми внутрішніми почуттями з іншими.

Бульбашкова фантазія. Дітям подобається спостерігати за кружлянням мильних бульбашок. Попередньо потрібно навчити їх правильно дути мильні бульбашки. Можна застосовувати трубочки для коктейлів або склеїти з щільного паперу, щоб отримати великі бульбашки.

Ігри з пластичним матеріалом (пластилін, тісто, глина). Спочатку вчимо основним прийомом роботи з пластиліном: відщипування, скручування кульок круговими рухами, розкатування ковбасок рухами назад-вперед, розрізання. Далі можна ліпити різні предмети з пластиліну, малювати картини шляхом розмазування.

Тактильна куля. Дитині кидають велику кулю з різними текстурами на поверхні (м'яку, гумову, шершаву) та пропонують описати відчуття.

Ігри з водою: переливання, хлюпання, купання іграшок, миття іграшкового посуду. Як показують дослідження, вода позитивно впливає на емоційний стан, допомагає розслабитись.

Ігри з свічками. Потрібно підготувати набір різних свічок: звичайної довжини, плаваючі, маленькі для торта. Якщо у дитини позитивна реакція на свічку, можна запропонувати подути на полум'я, помалювати в повітрі димом від погашеної свічки.

Звуковий лабіринт. Гра передбачає створення лабіринту з різними звуками, які дитина з РАС повинна відгадати або знайти (звуки тварин, інструментів). Вона проходить лабіринт, слухаючи та реагуючи на кожен шумовий сигнал. Окрім того, звертаємо увагу дитини на звуки в навколишньому середовищі, сприймати звуки природи.

Відмітимо особливості організації сенсорних ігор:

- 1) безпечність – матеріали, які використовуються повинні бути безпечними для дітей, особливо при роботі з крупами, водою та відповідати їх віку;
- 2) врахування інтересів дитини з РАС, створення стимулюючого середовища, де вона може розвивати свої сильні сторони та можливості;
- 3) креативність та самостійність – добірка різноманітних текстур, кольорів та форм, що уможливить вільне вираження творчості, фантазії;
- 4) створення позитивної емоційної атмосфери;
- 5) використання візуальних підказок – картки, зображення, малюнки, що сприяють розумінню та орієнтації дитини в середовищі.

Н. Сіромаха, А. Мухіна [3] у роботі з дітьми з РАС пропонують вправи на стимуляцію сенсорної інтеграції: стимуляція стоп, долонь, потирання руки дитини різними предметами, переміщення погляду за рухомими предметами, розпізнавання звернень за допомогою слуху, стимуляція реакції на запахи, хода по визначеній лінії, вправи на зміну позиції тіла.

Висновки. Нами розкрито специфіку сенсорної інтеграції дітей з РАС, визначено можливість їх гіперчутливості до певних звуків, запахів, дотику або світла. Сенсорні особливості викликають стрес, тривогу, поведінкові

порушення. Для забезпечення навчання, виховання й розвитку такої категорії учнів фахівцям слід використовувати педагогічні технології, корекційні методики, які допомагають ефективно взаємодіяти їм з навколишнім середовищем.

Література:

1. Григус І. М., Крук І. М. Сенсорна інтеграція дітей з раннім аутизмом. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. 2022. С.102-110

2. Сенсорна інтеграція: посібник для батьків. URL: <https://ua.crp-wroclaw.com/blog/%D1%81%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0-%D1%96%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%86%D1>

3. Сєромаха Н. Є., Мухіна А.Ю. Метод сенсорної інтеграції в роботі з дітьми з розладами аутичного спектра. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка: Педагогічні науки*. 2019. №6 (329), жовтень. Ч.1. С.203-210.

4. Хворова Г., Котлова Л. Сучасні технології психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями розвитку: навчально-методичний посібник. Житомир: вид-во ЖДУ імені І.Франка, 2023 р. 85 с.

РОБОТА ВЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В КОМАНДІ ФАХІВЦІВ ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОГО ЦЕНТРУ

*Євгенія Фельбаба,
студентка I курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Оксана Гаяш, к.пед.н.,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. У сучасному світі освіта поступово стає доступною для кожної дитини, незалежно від її особливостей та потреб. У зв'язку з цим, набирає обертів створення інклюзивної освіти, в рамках якої діти з особливими освітніми потребами (ООП) отримують якісну освіту разом з іншими учнями.

Для створення відповідного навчального середовища та реалізації індивідуальної освітньої траєкторії для таких дітей, працює ряд фахівців загального педагогічного та спеціального профілю закладів освіти та інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ), зокрема і вчитель-дефектолог. Роль вчителя-дефектолога в команді фахівців ІРЦ набуває особливої актуальності,

адже вони є провідною ланкою у навчальному процесі між педагогами закладу освіти і учнями з ООП. Робота педагога-дефектолога є багатоаспектною та різносторонньою, адже вчитель повсякчас намагається сприяти не тільки інтелектуальному розвитку дітей, а й їх потенційних можливостей. Саме тому вона є найбільш виснажливою та тією, що потребує постійного ресурсу від фахівця, тому є менш дослідженою на сьогоднішній день.

Аналіз наукових досліджень. Робота вчителя-дефектолога в команді фахівців ІРЦ висвітлюється у працях вчених, зокрема: А.Колупаєвої, А.Трейтяк, В.Новосад, Г.Ярової, Е.Данілавічюте, І.Гудим, Л.Прохоренко, Л.Самойленко, М.Ярошук, Н.Заєркова, О.Гаяш, О.Таранченко, О.Федоренко, Ю. Заруденко, Ю.Рібцун та ін. Дослідники акцентують увагу на таких аспектах роботи вчителя-дефектолога, як формування позитивного ставлення до дітей з ООП, впровадження інклюзивної освіти та сприяння її розвитку у загальноосвітніх навчальних закладах. Дослідження також розкривають аспекти співпраці вчителя-дефектолога з іншими фахівцями команди (психологами, логопедами, вчителями-реабілітологами) з метою ефективної роботи з дітьми з ООП.

Мета дослідження – теоретично висвітлити аспекти роботи вчителя-дефектолога в команді фахівців інклюзивно-ресурсного центру.

Виклад основного матеріалу. Ряд авторів Ярошук М.В., Таранченко О.М., Гудим І.М., Федоренко О.Ф. Данілавічюте Е.А., Рібцун Ю.В., Мельник А.Ю., Воробей О.В., Ярова Г.О., Заруденко Ю.В., Болкун М.О., Новосад В.Є., Макарук О.О., Самойленко Л.А. займались вивчення теми ролі вчителя-дефектолога у діяльності інклюзивно-ресурсного центру і дійшли висновку, що робота олігофренопедагога в команді фахівців ІРЦ є складною і відповідальною. Вона передбачає активну участь педагога у розвитку та навчанні дітей з ООП. Вчитель-дефектолог повинен мати гарну підготовку у сфері педагогіки та психології, а також розуміти принципи інклюзивної освіти. Для роботи вчителя-дефектолога в команді фахівців ІРЦ важливо мати розуміння основних принципів інклюзивної освіти, специфіку роботи з кожною нозологією порушень, яка може зустрічатися у дітей. Педагог має розуміти потреби і можливості учнів з ООП; знати про педагогічні підходи до різних категорій учнів, які будуть використовуватись у роботі; навички роботи з різними видами педагогічних матеріалів та інструментів; вміти організувати свою діяльність, враховуючи і співпраці з іншими фахівцями в команді. Ці аспекти є важливими для успішної роботи вчителя-дефектолога в команді ІРЦ [2, с. 75].

А. Колупаєва зазначає, що вчитель-дефектолог, як працівник ІРЦ, виконує такі посадові обов'язки:

- проводить оцінку навчальної діяльності дитини з ООП;
- займається проведенням корекційно-розвиткових занять;
- складає річний план роботи та графік щотижневих занять;
- веде особові справи дітей, які пройшли оцінку інтелектуального розвитку;
- надає рекомендацій педагогічним працівникам щодо особливостей організації освітнього процесу, реалізації корекційно-розвиткових цілей в процесі навчання, технології для досягнення кінцевих цілей навчання, визначених в ІПР та застосування адаптацій чи модифікацій;
- проводить консультативну роботу з батьками дитини з ООП в межах графіку надання консультативних послуг, в умовах ІРЦ;
- здійснює моніторинг досягнень вихованців ІРЦ;
- бере участь у засіданні для фахівців ІРЦ;
- здійснює інформаційно-просвітницьку діяльність з питань організації надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг дітям з особливими освітніми потребами на базі ІРЦ та закладі освіти;
- інтегрує результати проведення оцінки у висновок комплексного оцінювання розвитку кожної дитини з ООП;
- взаємодіє з фахівцями ІРЦ, обговорює сформульований висновок з усіма членами команди [2, с. 72-74].

Саме успішність надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг дітям з особливими освітніми потребами залежатиме від якості і взаємодії між фахівцями ІРЦ та учасниками команди психолого-педагогічних послуг, до якої також належить вчитель-дефектолог.

Н. Заєркова, А. Трейтяк підкреслюють, що фахівці ІРЦ, в тому числі і олігофренопедагог, надають наставницьку підтримку з питань узгодження діяльності закладів освіти з питань інклюзивного навчання, здійснюють просвітництво всіх членів Команди Супроводу, пояснюючи сутність і необхідність дотримання єдиних вимог до адаптацій, модифікацій, створення графіка навчального навантаження дитини. Здійснення фахівцями ІРЦ поточного і кінцевого моніторингу розвитку дитини за запитом команди супроводу, передбачає визначення динаміки розвитку дитини та необхідності коригування напрямів, умов, змісту надання освітніх послуг, відповідно до її Індивідуальної програми розвитку [1. с.29-30].

Висновок. Діяльність ІРЦ у будь-якому випадку залежатиме від роботи фахівців, які там працюють. Їх міжособистісна взаємодія та співпраця

впливатиме не тільки на виконання плану діяльності ІРЦ, а й на подальший шлях розвитку дитини, як учня та як самостійної особистості.

Література:

1. Інклюзія від А до Я: poradnik для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/36695/1/N_Zaerkova_A_Treitiak_IL.pdf
2. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально- методичний посібник / за заг. ред. М. А. Порошенко та ін. Київ: 2018. 252 с. URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/posibniki/Inclusive_study_Sep17.pdf

ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В ШКОЛІ

Ольга Чейнеш
магістр 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Світлана Стеблюк
д.пед.н., доц. кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти

Постановка актуальності проблеми. Створення здоров'язберігаючого освітнього середовища – це комплекс заходів, спрямованих на підтримку та зміцнення фізичного, психічного та соціального здоров'я учнів і педагогічного колективу. Першочерговим завданням закладів освіти є забезпечення безпечних, доступних і комфортних умов для навчання школярів; організація осередків для фізичної активності, відпочинку; підтримання оптимальної температури у приміщеннях тощо. На сьогодні актуальним є підтримка психологічного здоров'я дітей, створення позитивного клімату в школі на основі поваги до кожного учасника освітнього процесу.

При організації уроку, особливо у класі з інклюзивним навчанням, важливим є врахування фізіологічних коливань працездатності дітей, розподілу навчальних завдань таким чином, щоб вони мали можливість переключатися від одного виду діяльності до іншого. Складні, інтенсивні завдання та вправи повинні виконуватись у періоди підвищеної працездатності.

Аналіз наукових досліджень. Проблема здоров'язбереження досліджується низкою учених. Т.Осадченко розкрито причини, які впливають на здоров'я дитини, вказує на психологічний клімат у родині, що в цілому впливає на її розвиток [3].

На моделювання здоров'язберігаючого середовища у ЗДО вказує Н. Левінець. З позиції авторки, цей процес є своєрідною специфічною сукупністю внутрішніх факторів розвитку даного середовища. Така сукупність відбувається на ґрунті морфофункціональних, психічних, фізичних новоутворень особистості дитини та зовнішніх умов, які характеризують кожний ступінь навчання та виховання, також вікового етапу розвитку онтогенезу дітей, за дотримання конкретних соціокультурних та психолого-педагогічних умов, які створюються у навчальному закладі [2].

Мета дослідження – розкрити зміст поняття здоров'язбережувального освітнього середовища в школі.

Виклад основного матеріалу. Здоров'язберігаюче середовище – це середовище, сприятливе для життя та діяльності людини, а також оточуючі її суспільні, матеріальні та духовні умови, що позитивно впливають на здоров'я особистості. У закладі освіти здоров'язберігаючі технології спрямовані на попередження захворювань і підтримку загального стану здоров'я особистості. Це сукупність наукових знань, засобів, методів та прийомів, що дозволяють оцінити функціональні та психофізіологічні параметри здоров'я індивіда; на основі оцінки параметрів здоров'я підібрати адекватне тренувальне навантаження, що дозволяє підвищити функціональні можливості організму з метою переходу його на новий рівень функціонування і зміцнення творчого потенціалу, підвищення рівня працездатності і соціальної активності, вирішення завдань фізичної підготовленості [1].

Виокремимо чинники, що призводять до погіршення здоров'я дитини. Це недостатня фізична активність; незбалансоване харчування; емоційний стрес негативні емоції, тривога, депресія; недосипання або порушення режиму сну, що призводять до проблеми з концентрацією, зменшенням пам'яті та загальним втомленням. Недостатня підтримка з боку сім'ї, друзів або вчителів може призвести до відчуття самотності, невпевненості та загального зниження психічного здоров'я.

Серед напрямів формування здоров'язбережувального освітнього середовища:

- забезпечення організаційно-гігієнічних умов здійснення освітнього процесу;
- утвердження пріоритету грамотного піклування про здоров'я учнів;
- підбір та навчання педагогічних працівників здоров'язбережувальних технологій;
- реалізація принципів здоров'язбережувальної педагогіки на практиці;
- навчання здоров'я та виховання культури здоров'я учнів;

- моніторинг стану фізичного та психічного здоров'я школярів, вплив здоров'язбережувальних факторів та результативності діяльності школи щодо охорони здоров'я учнів;

- оптимізація діяльності медичної та психологічної служб школи;
- попередження «шкільних хвороб», «шкільних стресів» [5, с.9-10]

Вагоме значення у забезпеченні працездатності на уроці відводять фізкультхвилинкам. Проводять їх в структурних елементах уроку, коли учні відчують втому чи втрату концентрації уваги, зміна поведінки, відволікання, після письмової роботи, читання.

Фізкультхвилинки допомагають не лише у покращенні фізичного здоров'я, але й стимулюють активність мозку, покращують настрій та сприяють загальному емоційному стану учнів.

У практиці роботи педагогів інклюзивного класу має місце застосування технології створення ситуації успіху. Про прийоми, що розвивають в учнів упевненість в успіху, створюють психологічний комфорт наголошує Ю.Федоренко. Дослідниця зазначає використання на уроках гумору для зменшення психологічного напруження водночас допомагає знизити стомлюваність і запобігає стресам. Застосування на уроках живопису, музики, художнього слова та інших видів мистецтва сприяє гармонізації психічної діяльності, толерантне спілкування на уроці забезпечує шанобливе ставлення до будь-якої думки учнів, здійснюється спільний пошук правильних відповідей на обговорювані питання [4].

Отже, нами окреслено підходи до створення здоров'язбережувального освітнього середовища в закладі загальної середньої освіти.

Література:

1. Актуальні проблеми дошкільної та початкової освіти : зб. наук. праць / за заг. ред. Н.А. Басюк. Житомир: вид-во ЖДУ ім.. І. Франка, 2017. 292 с.
2. Левінець Н. Моделювання здоров'язберігаючого середовища дошкільного навчального закладу: сучасні підходи. URL: <https://ird.npu.edu.ua/files/levinec.pdf>
3. Осадченко Т.М. Здоров'язберігаюче середовище як засіб успішної соціалізації дитини. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/8905/1/Tyrkmenskii_zb.pdf
4. Федоренко Ю. Здоров'язберігаюче середовище молодшого школяра. URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/16694/1/58.pdf>
5. Формування інноваційного здоров'язбережувального освітнього середовища: досвід проектування і реалізації : матеріали круглого столу / упоряд. Н. А. Поліщук. Луцьк : ВІППО, 2018. 124 с.

ГРА ЯК МЕТОД НАВЧАННЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

*Наталія Шовшика,
студентка IV курсу першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Оксана Гаяш, кандидат пед. наук,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. Роль ігрових методів у процесі навчання молодших школярів з інтелектуальними порушеннями (далі – ІІ) є досить важливою і актуальною темою для розгляду на даному етапі розвитку системи освіти та корекційної допомоги. Упровадження системи інклюзивної освіти в Україні вимагає від вчителів пошуку ресурсів для навчання учнів з особливими освітніми потребами, зокрема школярів з ІІ.

Розглядаючи питання актуальності даної теми не можна не взяти до уваги той факт, що, саме через особливості розвитку учнів з ІІ (ці діти мають погану витримку і розсіяну увагу – час їхньої активності є досить коротким і швидко втрачається увага, зникає цікавість під час процесу; через труднощі сприймання учні погано засвоюють матеріал, потребують постійного підкріплення наочністю), педагоги шукають найбільш ефективні та оптимальні методи навчання, які б відповідали пізнавальним можливостям дітей цієї категорії, були б цікавими, наочними та захоплюючими для них.

Актуальність даного питання також постає у тому, що у процесі гри дитина може розкрити свій потенціал, досягати хороших результатів та ефективно розвиватися і навчатися, що дає перспективи для використання гри як методу навчання.

Аналіз наукових досліджень. Роль гри у процесі навчання дітей та можливості її використання турбувала науковців у різні часи. Велика кількість з них вказували на важливість ігор у процесі розвитку дітей, серед яких А. Макаренко, М. Монтесорі, В. Сухомлинський.

Важливою темою серед дослідників стало і питання особливостей ігрової діяльності дітей з ІІ. Цей напрям висвітлюється у дослідженнях Г. Блеч, Д. Завітренко, Н. Березенко, О. Гаврилова, С. Трикоз. Велика кількість науковців, серед яких А. Зуб, І. Ковальчук, І. Матющенко, М. Кудіна, Н. Полякова, С. Миронова, С. Стеблюк, у своїх працях розглядали можливості використання гри, як методу навчання учнів з ІІ. Педагоги вказують, що гра є одним з найбільш дієвих засобів у процесі корекції і система навчання має будуватися саме на ній. Також вчені вважають, що саме гра має велику

спонукальну силу завдяки якій можливості для формування особистості є дуже високими.

Мета дослідження – на основі аналізу психолого-педагогічної літератури розкрити особливості використання гри як методу навчання молодших школярів з інтелектуальними порушеннями.

Виклад основного матеріалу. На даному етапі розвитку системи освіти важливим для педагога є і дотримання провідних концепцій у освіті, зокрема концепції Нової української школи. За концепцією НУШ початкова школа подіється на 2 цикли: адаптаційно – ігровий (1-2 класи); основний (3-4 класи). В основі першого циклу покладені саме ігрові методи, адже у концептуальних засадах реалізації НУШ вказано, що навчання має реалізовуватися через діяльність ігровими методами [3, с. 21].

Особливого значення у процесі навчання учнів з ІІ ігрова діяльність набуває у період початкової школи. Дослідниці С. Агафонова та Л. Дрожик вказують на те, що фактором який впливає на роль гри у даний період є те, що для дітей з ІІ провідним видом діяльності у початкових класах, як і у дошкільному віці залишається гра, тому навіть у період початкової школи для них вона залишається актуальною та необхідною. Автори вказують, що у процесі гри можуть народжуватися нові, більш продуктивні види діяльності і формуватися нові позитивні особистісні риси [1, с. 298-300].

І. Гладченко та О. Чеботарьова підкреслюють, що педагог може використовувати гру на різних етапах уроку, чи проводити весь урок у процесі гри, що дає великий потенціал для реалізації ігрових методів у процесі навчання учнів з ІІ. Наприклад, для включення ігрових методів як частини уроку вчитель може використовувати:

- ігровий початок (рольова гра з «гостем» уроку – анімаційним персонажем, іграшкою, що завітав на урок і приніс дітям завдання). Це зацікавлює учнів, приваблює дізнатися більше нового, мотивує пізнавати;
- гру у процесі повторення навчального матеріалу (естафети, пошук помилок, встановлення відповідностей, пошук зайвого, ігрові лото і т.д.);
- гру для пізнання нового матеріалу (гра-квест, асоціації ...);
- ігри для завершення уроку (ігри на закріплення матеріалу) [5].

С. Миронова зазначає, що у роботі з дітьми з ІІ гра стає не лише звичайною розвагою, а корекційною і терапевтичною процедурою, яка має проводитись регулярно й цілеспрямовано. Науковиця вказує, що від гри учень не лише отримує задоволення, а й знайомиться з оточуючим світом, оволодіває навичками самообслуговування, вчиться сприймати, спостерігати, мислити; гра розвиває процеси уваги, пам'яті, мовлення, витримку [4, с. 52].

Вчені А. Бобер, Г. Байдюк, І. Гладченко, Л. Дрожик, Н. Полякова та ін. у своїх працях та дослідженнях ігрової діяльності молодших школярів з ІІ вказували, що ігри є ефективним методом у процесі вивчення таких предметів як природознавство, математика, сприяють формуванню вміння читання, письма, розвивають мовлення. Г. Байдюк відмічає плюси використання гри у процесі соціально-побутового орієнтування, так як у грі педагог має можливість моделювати певні соціальні ситуації та побутові відносини. Рольова гра, що реалізує соціальні зв'язки і показує правила поведінки у суспільстві, певні побутові ситуації дає змогу дитині адаптовуватися та соціалізовуватися у суспільстві та колективі [2, с.145-150].

Висновок. Отже, гра, на думку багатьох вчених та педагогів, є ефективним методом навчання, який дає змогу вчителю зробити освітній процес більш цікавим для дитини з ІІ, підвищити її пізнавальний інтерес, при цьому робити це у легкій формі, що дозволить не перевантажувати нервову систему учня.

Також використання ігрових методів дає можливості для розвитку особистісних якостей учнів, формування та закріплення нових знань і може легко стати частиною уроку на різних його етапах.

Література:

1. Агафонова С. В. Дорожик Л. В. Значення ігрової діяльності у розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями. 2023. URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ec0169a1-e695-41e3-8684-cdfd54683e10/content#page=299>.
2. Байдюк Г. С. Ігрові методи на уроках природознавства в допоміжній школі. Таврійський вісник освіти, 2015. № 3. С. 145-150. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tvo_2015_3_27.
3. Нова українська школа. Концептуальні засади реформування середньої школи. Київ: Міністерство освіти і науки України, 2016. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/nova-ukrainska-shkola-compressed.pdf>
4. Миронова С. П. Методика корекційної роботи при порушеннях пізнавальної діяльності: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2014. 260 с.
5. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В. Учні початкових класів із порушеннями інтелектуального розвитку: навчання та розвиток : навч.-метод. Посібник. Харків: Вид-во «Ранок», 2020. URL: <https://library.megu.edu.ua:9443/jspui/handle/123456789/3485>

СЕКЦІЯ 2

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ОСНОВ МЕДИЦИНИ

СИНЕРГІЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ТА ЇХ СІМЕЙ. ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

*Тетяна Бринзей,
студентка 1 курсу магістратури,
спеціальності 227 терапія та реабілітація
Науковий керівник: Олександра Гузак,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. Військові конфлікти та їх наслідки глибоко впливають на життя військовослужбовців та їх сімей, вимагаючи негайної уваги до їх реабілітації.

Забезпечення повноцінного відновлення для них є критично важливим як для особистого благополуччя, так і для стабільності суспільства загалом.

У взаємодії, відомій як синергія, виявляється сила спільної праці різних фахівців у мультидисциплінарній команді, що допомагає досягти кращих результатів у процесі реабілітації військових та їхніх родин. Психосоціальний аспект включає в себе психологічну та соціальну сфери життя, спрямованих на емоційну підтримку, психологічну реабілітацію, адаптацію до нових умов і вирішення соціальних проблем для повернення до соціальної інтеграції.

Нагальна необхідність вивчення та практичного застосування психосоціальних та медико-психологічних методів у реабілітації військових та їхніх родин підкреслює актуальність цієї проблеми.

Мета: аналіз заходів медико-психологічної реабілітації та роль роботи мультидисциплінарної команди в реабілітації військовослужбовців на етапі їхнього відновлення після виконання бойових завдань.

Завдання:

1. Розглянути роль роботи мультидисциплінарної команди в реабілітації військових та членів їх сімей.
2. Проаналізувати різні аспекти надання психологічної допомоги під час відновлення військовослужбовців після виконання бойових завдань.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до Закону України "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей", ветерани війни та особи з особливими заслугами перед Батьківщиною, разом із членами їхніх сімей, мають право на безкоштовну психологічну реабілітаційну

допомогу. У медичних закладах створюється спеціалізована структура, яка забезпечує психологічну реабілітацію за допомогою мультидисциплінарних команд фахівців на основі кейсменеджменту, відповідно до сучасних стандартів організації реабілітаційного процесу [4] .

Мультидисциплінарна команда - це група фахівців різних напрямків, що надають реабілітаційні послуги для відновлення чи компенсації обмежень у життєдіяльності. У склад команди входять фізичні терапевти, ерготерапевти, лікарі реабілітаційної медицини, неврологи, психологи, соціальні працівники та інші спеціалісти. Важливим етапом реабілітації є підготовка індивідуальної програми, що враховує потреби конкретної особи та спрямована на відновлення її функцій та здібностей. Розробка такої програми вимагає комплексного підходу, де кожен фахівець вносить свій внесок для досягнення спільної мети - ефективної реабілітації пацієнта [6] .

З методологічної точки зору виявлено, що міждисциплінарний підхід у реабілітації передбачає раннє втручання через надання комплексу послуг різного характеру військовослужбовцям та їх сім'ям. Це сприяє створенню підґрунтя для партнерських відносин між сім'ями бійців і фахівцями, враховуючи їхні соціально-культурні особливості та потреби у соціальній, консультативній, терапевтичній допомозі. [2,с.17] .

Найбільш доцільним є здійснення комплексу реабілітаційних заходів на госпітальному, санаторному та амбулаторно-поліклінічному етапах. Перший етап передбачає навчання методам психічної саморегуляції та психофізичні тренування для зняття м'язових затисків та психічної напруги, а також важливість працетерапії. На другому етапі надається системна психологічна підтримка, тоді як на третьому акцентується на особистісному зростанні, розвитку активності та комунікативної компетентності, з важливістю створення емоційно-підтримуючої атмосфери для індивідуальної та групової реабілітації. [2,с.46] .

У процесі соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій значну роль відіграють рідні, друзі та громада, які надають різноманітну соціальну та психологічну підтримку. В спеціально створеному мікросередовищі вони отримують різні види допомоги, включаючи фінансову підтримку та організоване спілкування, що організовується психологом через зустрічі, тренінги та консультації [2,с.47].

Під час війни, учасники бойових дій часто зазнають ситуацій, що можуть призвести до розвитку посттравматичного стресу, депресії та інших важких станів. Без психологічної підтримки це може призвести до розвитку алкоголізму, наркоманії та інших проблем. Тому психологічна реабілітація

військовослужбовців є важливим комплексом заходів, який допомагає їм адаптуватися до цивільного життя та уникнути подібних проблем [5].

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) можуть виникати через деякий час після психотравмуючих подій, коли людина може досить довго функціонувати без явних проявів стресу, але раптово психологічно ламатися. Цей стан, раніше відомий як «в'єтнамський» або «афганський синдром», тепер називається «донбаським синдромом» [2,с.89].

У реабілітаційній діяльності з військовослужбовцями-учасниками бойових дій великою цінністю є сімейна терапія, спрямована на корекцію міжособистісних стосунків та усунення емоційних розладів. Основний акцент робиться на мультимодальній формі сімейної терапії, яка включає індивідуальне та сімейне консультування, а також групову психотерапію з військовослужбовцями та членами їх сімей [1].

Психологічні послуги надаються з індивідуальним підходом на основі науково обґрунтованих протоколів, як стаціонарно, так і амбулаторно чи дистанційно, включаючи виїзд фахівців до місця проживання Захисників [4].

Мета заходів з психологічного відновлення військовослужбовців після виконання бойових дій полягає у наданні інформації про адаптацію до мирного життя та підтримку у разі необхідності, а також у психологічній допомозі та відновленні їхніх можливостей для подальшого несення служби та життя у цивільному середовищі [3,с.18-19].

На етапі відновлення військовослужбовців проводяться різні заходи медико-психологічної реабілітації. Це включає надання першої психологічної допомоги тим, хто її потребує, аналіз впливу бойових стресових чинників на морально-психологічний стан військових колективів з можливістю прогнозування віддалених наслідків цього впливу, і проведення індивідуального консультування. Крім того, здійснюється кризове короткотермінове консультування у випадках суїцидальних намірів, тривожності, ворожості, агресії тощо, і психологічна допомога при тривожності, соромі, провині, переживанні втрати, страху смерті, депресії. Крім цього, проводиться сприяння психосоціальної стабілізації, розумінню себе та оточуючих, оптимізація психоемоційного стану та забезпечення психологічного комфорту військовослужбовцям.

Також з точки зору соціального аспекту можна врахувати різноманітні заходи: а) проведення бесід, спілкування та мотивація до активності та позитивного мислення, спрямовані на поліпшення взаємин і взаємодії з соціальним оточенням; б) навчання продуктивному спілкуванню, яке не ображає інтереси інших, та формування відповідальності за власну поведінку

без конфліктів і агресії; в) допомога в отриманні нових навичок поведінки та стилів міжособистісних та внутрішньо колективних відносин; г) підтримка в зміцненні та відновленні родинних та суспільно корисних зв'язків; г) відновлення соціальних контактів, особистісного статусу та ролі в сім'ї, військовому колективі та інших групах, що були втрачені через складні обставини; д) допомога в аналізі проблем сімейного спілкування, виявлення конфліктних ситуацій та пошук альтернативних шляхів вирішення проблем; е) корекція сімейного стану та розробка заходів для підтримки сімейних взаємин у різних аспектах їхнього життя [3,с.18-21].

Висновки: Робота мультидисциплінарної команди є ключовою для реабілітації військовослужбовців після бойових дій. Інтеграція різних фахівців, таких як психологи, медичний персонал та соціальні працівники, забезпечує комплексну підтримку військовим та їх родинам. Психологічна допомога виявляється ключовою у відновленні, враховуючи різноманітні аспекти психічного стану військових та їх сімей. Спільна робота команди та поєднання психологічної допомоги з іншими аспектами медико-соціальної підтримки є важливими для успішної реабілітації учасників бойових дій та їхніх сімей.

Література:

1. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький: Вид-во «Поліграфіст», 2018. 372 с.
2. Бриндіков Ю. Л. Теоретичні та практичні основи організації реабілітаційної діяльності з комбатантами : навч.-метод. посіб. Хмельницький, 2018. 165 с. URL: https://srsp.khmnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/11/teoretychni-ta-praktychni-osnovy-organizacziyi-reabilitacziynoyi-diyalnosti-z-kombatantamy_posibnyk_2018.pdf
3. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282с.84274034.pdf
4. Психологічна реабілітація для ветеранів. URL: <https://mva.gov.ua/ua/veteranam/likuvannya-ta-reabilitaciya/psykholohichna-reabilitatsiya-dlya-veteraniv>
5. Psychological rehabilitation of military personnel. URL : <https://arpp.com.ua/en/articles/psychological-rehabilitation-of-military-personnel/>
6. Важливість мультидисциплінарних команд у реабілітаційному процесі URL: <https://vafk.org.ua/vazhlyvist-multydyscyplinarnyh-komand-u-reabilitacziynomu-proczesi/https://arpp.com.ua/en/articles/psychological-rehabilitation-of-military-personnel/>

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ Й ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКАРНЯНИЙ ПЕРІОД ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*Анастасія Вагіна,
студентка IV курсу
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник: Людмила Русин,
кандидатка медичних наук, доцентка*

Постановка актуальності проблеми. Ішемічний інсульт є однією з основних причин інвалідності та смертності у світі. Незважаючи на значні досягнення в галузі медицини, кількість випадків інсульту продовжує зростати, що вимагає пошуку інноваційних підходів до лікування та реабілітації постраждалих [1].

Ключовими проблемами залишаються недостатня ефективність існуючих методів, неповна інтеграція засобів фізичної терапії у загальний план відновлення, а також брак індивідуалізованого підходу до кожного пацієнта.

Вирішення цих протиріч дозволить покращити якість життя хворих після перенесеного ішемічного інсульту та мінімізувати ризики ускладнень у процесі реабілітації.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Сучасні дослідження зосереджені на вивченні патогенезу ішемічного інсульту та факторів ризику його виникнення. Зокрема, вчені досліджують молекулярні механізми ушкодження клітин головного мозку при порушенні кровопостачання, а також роль генетичних, метаболічних та судинних чинників у розвитку інсульту. Приділяється значна увага вивченню клінічних проявів на різних стадіях перебігу захворювання, зокрема неврологічного дефіциту, порушень рухових, когнітивних та мовленнєвих функцій.

Багато досліджень присвячено ефективності різноманітних методів фізичної терапії для відновлення після ішемічного інсульту на стаціонарному етапі. Вивчається вплив кінезотерапії, механотерапії, ерготерапії, масажу, фізіотерапевтичних процедур на покращення рухових функцій, зменшення спастичності та підвищення якості життя пацієнтів. Окремі дослідники, такі як Вальтер Керол, Карен Фугл, Роберт Теллер, Анна Лампропулос та Джон Рей, зробили вагомий внесок у цю галузь.

Особлива увага приділяється індивідуалізації програм фізичної реабілітації з урахуванням клінічних особливостей інсульту, віку пацієнтів, супутніх захворювань та інших факторів. Ці дослідження відкривають нові

перспективи для оптимізації лікування та відновлення пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту.

Метою дослідження є вивчення клінічної картини ішемічного інсульту, аналіз та обґрунтування ефективних підходів до застосування засобів фізичної терапії у лікарняний період реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту.

Завдання даної роботи: Провести аналіз клінічної картини ішемічного інсульту, включаючи вивчення етіології, патогенезу, неврологічного дефіциту та порушень різних функцій організму на різних стадіях перебігу захворювання. Опрацювати дані сучасних наукових досліджень стосовно ефективності застосування різноманітних засобів фізичної терапії, таких як кінезотерапія, механотерапія, ерготерапія, масаж та фізіотерапевтичні процедури, у відновному лікуванні пацієнтів з ішемічним інсультом під час їх перебування у стаціонарі. Особлива увага приділятиметься аналізу науково-медичної літератури щодо ефективності, особливостей та оптимального поєднання різних методів фізичної терапії у комплексній реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту у лікарняний період реабілітації.

Виклад основного матеріалу. Ішемічний інсульт є гострим порушенням мозкового кровообігу внаслідок оклюзії церебральної артерії тромбом або емболом, що призводить до некрозу ділянки мозку [1]. Основними етіологічними факторами є атеросклероз судин, фібриляція передсердь, вади серця, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, порушення серцевого ритму, аритмії, гіперкоагуляція.

Клінічна картина визначається локалізацією та обсягом ураження мозку. Можливі загально мозкові симптоми (головний біль, нудота) та осередкові неврологічні розлади залежно від зони порушення кровопостачання: геміпарез/плегія, порушення чутливості, афазія, агнозія, апраксія, розлади зору, ходи, ковтання тощо. Можливими ускладненнями є набряк мозку, епілептичні напади, тромбоз глибоких вен, пролежні, пневмонія [2, 3, 4].

Фізична терапія відіграє ключову роль у реабілітації пацієнтів після ішемічного інсульту на стаціонарному етапі. Основними її завданнями є профілактика ускладнень, відновлення порушених рухових, мовленнєвих, когнітивних функцій, тренування повсякденних навичок та корекція патологічної ходи [4, с.107-111].

Реабілітаційні цілі встановлюються індивідуально для кожного пацієнта та коригуються в процесі відновлення. Реабілітацію здійснює мультидисциплінарна команда фахівців різного профілю на засадах узгодженості й комплексності дій.

Лікувальна фізкультура (ЛФК) є одним з основних методів фізичної реабілітації після інсульту. Для даної категорії пацієнтів доцільно використовувати полегшуючу/інгібуючу та компенсаторну методики ЛФК. Перевага надається полегшуючій методиці, яка базується на впливі спеціальних поз, чуттєвих стимулів на рефлекторну активність, а також руховому навчанні через багаторазове повторення вправ [5].

Ерготерапія покликана сприяти відновленню повсякденної активності та незалежності пацієнта у самообслуговуванні, трудовій діяльності та дозвіллі. Це досягається шляхом адаптації середовища, використання допоміжних технічних засобів, тренуванням побутових навичок.

Наприклад, при синдромі неглекту (втраті реакції на стимули з боку ураження) необхідно дотримуватись спеціальних правил: розміщення об'єктів з ураженого боку, нанесення яскравих міток, виконання завдань для активізації уваги в дефіцитарному просторі [6].

Для нейропсихологічної реабілітації важливе попереднє обстеження пацієнта за відповідними шкалами та виявлення порушень когнітивних функцій. Мета логопедичної реабілітації при афазії - максимальне відновлення комунікативної функції мовлення.

Невід'ємною складовою фізичної реабілітації на стаціонарному етапі є кінезотерапія. Вона включає лікувальну гімнастику з ретельно підібраними комплексами фізичних вправ для відновлення рухових функцій, зміцнення м'язів, корекції порушень постави та ходи. Застосовуються також тренажерні пристрої для розвитку сили, витривалості, координації рухів. Механотерапія із використанням спеціальних апаратів допомагає розробити рухливість уражених суглобів, подолати спастичність та патологічний м'язовий тонус [3, с. 130-177].

Масаж різних видів (класичний, точковий, сегментарно-рефлекторний, вакуумний) є важливим компонентом реабілітації після інсульту, він сприяє відновленню крово- і лімфообігу, розсмоктуванню набряків, зменшенню спастичності та больового синдрому в ураженій частині тіла [3, с.194-196].

Серед фізіопроцедур широко застосовується електростимуляція для активації паретичних м'язів, усунення контрактур та трофічних порушень шляхом впливу імпульсними електричними струмами. Магнітотерапія змінним магнітним полем чинить протизапальну, знеболюючу, судинорозширювальну дію. Для зниження спастичності м'язів застосовуються різноманітні теплові процедури: аплікації з парафіну, озокериту або лікувальної грязі накладаються на паретичну кінцівку у вигляді шарпетки, панчохи або рукавички [3, с.205].

Висновок: Ішемічний інсульт є тяжким гострим порушенням мозкового кровообігу, що призводить до некрозу ділянок мозку та різноманітних

неврологічних розладів, симптоми яких залежать від локалізації та обсягу ураження. Своєчасне надання фізичної реабілітації в стаціонарних умовах відіграє ключову роль у відновленні порушених функцій організму та запобіганні ускладнень у пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту.

Реабілітація хворих з ішемічним інсультом має здійснюватися мультидисциплінарною командою фахівців на принципах узгодженості та комплексного підходу, з урахуванням індивідуальних особливостей неврологічного дефіциту та динаміки відновлення. Основними методами фізичної терапії, рекомендованими для застосування на лікарняному етапі, є лікувальна фізкультура, ерготерапія, кінезотерапія, масаж та фізіотерапевтичні процедури. Їх оптимальне комплексне поєднання та індивідуальний підбір дозволяють досягти максимальної ефективності у відновленні рухових, когнітивних, мовленнєвих функцій, тренуванні побутових навичок та корекції порушень ходи.

Література:

1. Bernhardt J., Godecke E., Johnson L., Langhorne P. Early Rehabilitation after Stroke. *Curr.Opin.Neurol.* 2017;30:48–54. doi: 10.1097/WCO.0000000000000404.
2. Govaert P., Ramenghi L., Taal R., De Vries L., DeVeber G. Diagnosis of Perinatal Stroke I: Definitions, Differential Diagnosis and Registration. *Acta Paediatr.* 2009;98:1556–1567. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01461.x.
3. Фізична терапія, ерготерапія при неврологічних дисфункціях: навч. посібн. / А. М. Сітовський. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. 323 с.
4. Неврологія. – Розділ «Спеціальна неврологія» : конспект лекцій / укладач О. І. Матлай . – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 73 с.
5. Saunders D.H., Sanderson M., Hayes S., Johnson L., Kramer S., Carter D.D., Jarvis H., Brazzelli M., Mead G.E. Physical Fitness Training for Stroke Patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020;2020:CD003316. doi: 10.1002/14651858.CD003316.pub7.
6. Broderick J.P., Phillips S.J., Whisnant J.P., O’Fallon W.M., Bergstralh E.J. Incidence Rates of Stroke in the Eighties: The End of the Decline in Stroke? *Stroke.* 1989;20:577–582. doi: 10.1161/01.STR.20.5.577.

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПО ГІПОТОНІЧНОМУ ТИПУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

*Вікторія Голованич,
студентка III курсу
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник Ярослав ФІЛАК
канд. наук з ФВіС, доцент*

Актуальність. Функціональні порушення діяльності жовчовивідної системи, зокрема жовчного міхура, жовчовивідних шляхів є одним з найчастіших порушень функціонального станів у школярів. Так звані дискінезії, що виникають ще в дитячому та підлітковому віці прогресують і можуть сприяють розвитку органічних захворювань жовчовивідної системи. Виявлення функціональних порушень гепатобіліарної системи у дітей шкільного віку та їх рання реабілітація має велике значення для профілактики виникнення захворювань травної системи. Основними причинами, що сприяють розвитку функціональним розладам жовчовивідних шляхів є: недосконалість регуляторних механізмів нервової системи, характерна для дитячого віку, що призводить до порушення моторики жовчного міхура що може бути причиною застою у жовчному міхурі і жовчних шляхах. Тому призначення програми реабілітації є актуальною для даної категорії дітей.

Аналіз наукових досліджень. Дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) це функціональне порушення моторики жовчовивідної системи, внаслідок несвоечасного, недостатнього або надмірного їх скорочення. Ця патологія становить близько 75% всіх патологічних станів біліарної системи у дітей. Частота захворюваності з розладами біліарного тракту у дітей щороку зростає і за останнє десятиліття сягнула 110 випадків на 1000 дітей. При тривалому перебігу ДЖВШ призводять до розвитку таких захворювань як холецистит, холецистохолангіт, панкреатит, жовчокам'яна хвороба. Важливу роль у розвитку первинної ДЖВШ відіграє порушення рухового режиму, а також недотримання режиму харчування: тривалі інтервали між прийомами їжі, переїдання і голодування, зловживання жирною і гострою їжею. Оскільки ДЖВШ є функціональним порушенням і у дітей шкільного віку зустрічається часто, доцільним є застосування засобів фізичної терапії.

Мета дослідження – удосконалити комплексну програму фізичної терапії дітей шкільного віку з дискінезією жовчовивідних шляхів по гіпомоторному типу в амбулаторних умовах.

У завдання дослідження входило:

1. Аналіз літературних джерел з проблем фізичної терапії дітей з дискінезією жовчовивідних шляхів по гіпомоторному типу.
2. Розробка і проведення комплексної програми реабілітації для дітей шкільного віку з дискінезією жовчовивідних шляхів по гіпомоторному типу та оцінка її ефективності.

Виклад основного матеріалу 3 цією метою дослідження проведені у 20 дітей з дискінезією жовчовивідних шляхів по гіпотонічному типу віком від 12 - 13 років в умовах поліклініки. Із них 8 хлопчиків та 12 дівчаток. Тривалість захворювання становила 2 – 4 роки. Середній вік пацієнтів становив $12,4 \pm 1,3$ роки. Для оцінки ефективності курсу фізичної реабілітації використовували методи дослідження на початку і у кінці реабілітації. Використовували суб'єктивні і об'єктивні показники, ультразвукове дослідження жовчного міхура, витривалість м'язів черевного преса.

При опитуванні школярів, діти скаржились на болі в правому підребер'ї – 100%. У 50,0% пацієнтів мали місце короткочасні гострі або колькоподібні болі. При пальпації в ділянці проекції жовчного міхура болючість, неприємні відчуття відзначали відповідно 90,0% пацієнтів. Ультразвукове дослідження жовчного міхура, жовчовивідних шляхів у школярів з ДЖВШ виявили, що у 90,0% обстежених пацієнтів діагностовано збільшення розмірів жовчного міхура та сповільнене вивільнення його вмісту. Дані ультразвукового дослідження свідчить про гіпотонічний, гіпокінетичний стан жовчного міхура і жовчовивідних шляхів. Для 10,0% школярів показники об'єму жовчного міхура знаходились в нормі, але спостерігалось сповільнення вивільнення його вмісту. При дослідженні витривалості м'язів черевного преса у 80,0% пацієнтів з ДЖВШ по гіпотонічному типу цей показник був знижений і в середньому становив $13,4 \pm 1,3$ с., що оцінювався як результат незадовільний.

В комплексну програму амбулаторного відновного лікування входило: внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, лікувальна гімнастика, лікувальний масаж, фітотерапію, ампліпульстерапію на ділянку жовчного міхура.

Після проведеного комплексу реабілітаційних заходів поряд з покращенням клінічної картини покращились показники ультразвукового дослідження. після проведення комплексу реабілітаційних заходів збільшені розміри жовчного міхура та недостатнє і сповільнене вивільнення жовчі у школярів основної групи зменшилось з 90,0% до 40,0%, що свідчить про правильність призначення комплексу реабілітаційних заходів. У 10,0% пацієнтів розміри жовчного міхура не виходили за межі норми.

При дослідженні витривалості м'язів черевного преса після проведення курсу реабілітаційних заходів у обстежених пацієнтів з дискінезією жовчовивідних шляхів по гіпотонічному типу цей час вірогідно підвищився з $13,4 \pm 1,3$ с. до $21,5 \pm 1,3$ с. Покращення результатів становило 8,1 сек. і оцінюється як добрий.

Висновки. Таким чином, застосування комплексної програми фізичної терапії в амбулаторних умовах для дітей шкільного віку з ДЖВШ по гіпотонічному типу є ефективним. Поряд з покращенням клінічних показників відзначається позитивна динаміка показників скорочувальної здатності жовчного міхура, про що підтверджують дані ультразвукового дослідження в кінці курсу фізичної терапії та показники витривалості м'язів черевного преса.

Література:

1. Бісмак О.В. Лікувальна фізична культура в етапній фізичній реабілітації хворих з патологією жовчовивідної системи: Метод. рекомендації. Харків, 2005. 66 с.

2. Волошин І. Зміцнення здоров'я і покращення фізичного розвитку школярів під впливом плавання [Електронний ресурс] / Іван Волошин, Юрій Петришин, Іванна Боднар // Спортивна наука України. – 2012. – № 5. – С. 39–47. – Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/SNU/2012-5/11smgsyo.pdf> (дата звернення 05.06.2014).

3. Косей Г.Б. Фітотерапевтична корекція розладів травлення при функціональній диспепсії у дітей раннього віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.10 «Педіатрія». Львів, 2009. 21с.

4. Прохоров Є.В. та ін. Гастроентерологія дитячого віку // За загальною ред. проф. Є.В. Прохорова, проф. О.П. Волосовця. Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. 160 с.

ДОСВІД ІНОЗЕМНИХ ФАХІВЦІВ У ЗАСТОСУВАННІ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

*Каміла Денисенко,
студентка магістерського рівня
вищої освіти спеціальності 227 Фізична терапія
Науковий керівник: Олександра Гузак,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. Військовослужбовці, особливо ті, хто перебуває в зоні бойових дій, часто стикаються з Посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) через травматичні події [5;6;7]. ВР-терапія вже входить до протоколу лікування фантомного болю, а тому така терапія є доказовим методом, яким можна користуватися [7].

Використання віртуальної реальності (ВР) в реабілітації зростає завдяки її можливості створювати імерсійне 3D середовище. Це дозволяє інтерактивно та реалістично відтворити травматичні ситуації, революціонізуючи терапію ПТСР [7].

Інтеграція фізіологічного моніторингу, такого як серцевий ритм, дихання, шкірна провідність, та температура, може поліпшити ефективність ВР-терапії ПТСР. Це допомагає лікарям краще розуміти фізіологічні відгуки пацієнта на терапію та налаштовувати її відповідно до потреб пацієнта [7].

Важливо зазначити, що ці методи повинні використовуватися під наглядом кваліфікованих медичних фахівців, оскільки вони вимагають спеціалізованого обладнання та експертних знань для ефективного використання.

Мета: вивчити застосування віртуальної реальності у фізичній реабілітації для покращення ефективності та індивідуальності процесу відновлення військово службовців з посттравматичним стресовим розладом.

Завдання:

1. Розглянути наявні дослідження та аналізи застосування віртуальної реальності для військово службовців з посттравматичними стресовими розладами.

2. Вивчити вплив технології віртуальної реальності на реабілітацію військовослужбовців з посттравматичними стресовими розладами.

Вступ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним станом, який вражає людей, які зазнали травматичних подій або були її свідками. Це може бути особливо поширено серед військових, з 10%-30% ветеранів, які пережили кілька бойових травм. Проте, багато ветеранів не шукають допомоги через стигматизацію [5;6].

Експозиційна терапія є ефективним методом лікування ПТСР². Ця техніка в поведінковій психотерапії передбачає вплив на пацієнта стимулів, що викликають посттравматичний стресовий розлад, з метою послаблення нейронних зв'язків між тригерами та спогадами про травму [5;6].

Використання віртуальної реальності (ВР) може революціонізувати експозиційну терапію, надаючи повне занурення і реалістичне відображення травми. ВР-терапія може усунути недоліки уявного впливу, забезпечуючи зорові та слухові стимули, та дозволяє ветеранам взаємодіяти зі сценаріями, що викликають тривогу.

ВР може полегшити роботу терапевтів і забезпечити більшу контрольованість та комфорт для пацієнтів [2;7]:

- ✓ дозволяє терапевтам скоротити терапевтичні сеанси та підвищити конфіденційність лікування, яке може проводитися публічно.

- ✓ допомагає терапевтам керувати невеликими групами пацієнтів, здійснювати моніторинг і кількісну оцінку пацієнтів, а також оптимізувати терапію, що сприяє успішному завершенню програм втручання.

- ✓ перевага терапевтів ширшому спектру ВР-ігор, щоб запобігти втраті інтересу пацієнтів під час сеансів, і включення більшої кількості ігрових дій, адаптованих до певних терапевтичних процедур, може максимізувати ефективність реабілітації.

- ✓ терапевти можуть зосередитися на наданні найвищого рівня фізичної допомоги, коли це необхідно, не відволікаючись від складності завдання завдяки доставці автоматичного стимулу, що забезпечується віртуальними налаштуваннями.

- ✓ Військовим надається індивідуальна ситуація та картинка, яка безпосередньо стосується їхньої травми.

- ✓ Військовий може самостійно керувати процесом візуальної реальності і в будь який момент зупинити сеанс.

Основний матеріал

Військовослужбовці, зазнаючи стресу в бойових умовах, мають підвищений ризик травм, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і моральних травм. Багатомодульна десенсибілізація та реконсолідація пам'яті через рух (3MDR) використовується як втручання у віртуальній

реальності (VR) для лікування ПТСР у військовослужбовців. Ця програма включає експозиційну терапію, рухову десенсибілізацію та реконсолідацію, віртуальну реальність, консультивання та фізичну активність. Дослідження ефективності VR для військовослужбовців, що брали участь у бойових діях в Іраку або Афганістані, показали значне зниження симптомів ПТСР після проведення сеансів VR-GET [2;4] .

Контрольовані дослідження також підтверджують покращення симптомів ПТСР після сеансів VR-GET порівняно зі стандартною терапією. Програма 3MDR в VR пропонує занурення у віртуальне середовище через тривимірну систему з обладнанням руху. Учасники проходять через фази, включаючи розминку, активну терапію та післятерапевтичне обговорення, що допомагає відновленню пам'яті та медитації над травматичними подіями [3;4;4].

У військових з США поширеність ПТСР після війни з тероризмом становить 19%, Канада - 5,3%, у військових Великобританії - від 2,7% до 4%, а в Нідерландах - 3%. Загальна захворюваність ПТСР серед ветеранів США складає близько 23%, а для канадських ветеранів вона зросла до 16% [1;3].

Втручання віртуальною реальністю 3MDR відбувається в системі CAREN, яка оточена 240° екранами від підлоги до стелі з технологією захоплення руху і забезпечує повне залучення. Учасники працюють на біговій доріжці, одночасно слухаючи обрану ними музику, яка асоціюється з військовою службою, а потім дивляться на екран, де відображається серія з семи зображень, які вони самостійно обирають, котрі пов'язані з травматичними подіями [3].

Далі надається можливість взяти участь у вибраній дії з обраного зображення і підійти до нього. Кожний сеанс 3MDR складається з повторюваного циклу фаз: передплатформенної (А), яка включає розумову та фізичну підготовку; платформенної (В), під час якої відбувається зміна віртуального середовища та проводиться активна терапія; і постплатформенної (С), коли учасник і клініцист обговорюють сеанс та фокусуються на важливих або тільки що виникаючих когнітивних та емоційних аспектах [3].

Ще один новаторський підхід до реабілітації, базуючись на віртуальній реальності, включає в себе елементи гейміфікації, які стимулюють взаємодію та мотивацію пацієнтів. Це означає, що реабілітація може стати ефективнішою та захопливішою, якщо створити віртуальне середовище з ігровими елементами, такими як цілі, інтерактивні завдання та винагороди. Експериментальні ігри, які використовують гейміфікацію, є простими, цікавими, взаємодійними та легкими для розуміння та виконання [2].

Міністерство оборони США і Міністерство у справах ветеранів прагнуть підвищити ефективність лікування воїнів з посттравматичним стресовим

розладом (ПТСР), вторинним після їх бойових дій в Іраку та/або Афганістані [2;2;1].

Висновки: Аналізуючи дані дослідження, виявлено, що використання віртуальної реальності ефективно в реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом, допомагаючи зменшити симптоми цього розладу. Військові, які випробували цей метод, відчули полегшення, покращення сну та зменшення занепокоєння, що не вдалося досягти іншими методами реабілітації. Легкість використання цього методу також зробила його привабливим для терапевтів та пацієнтів, але наразі він ще мало доступний у реабілітаційних центрах.

Література:

1. Jones C, Smith-MacDonald L, Miguel-Cruz A, et al. Virtual Reality-Based Treatment for Military Members and Veterans With Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Protocol for a Multimodular Motion-Assisted Memory Desensitization and Reconsolidation Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2020;9(10):e20620. Published 2020 Oct 29. doi:10.2196/20620 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7661230/> , ст 1-3, 5-6, 10
2. Naqvi W M, Naqvi I, Mishra G V, et al. (March 22, 2024) The Dual Importance of Virtual Reality Usability in Rehabilitation: A Focus on Therapists and Patients. *Cureus* 16(3): e56724. <https://www.cureus.com/articles/239879#!/> , ст 1-4, 6-8.
3. Vianez, A.; Marques, A.; Simões de Almeida, R. Virtual Reality Exposure Therapy for Armed Forces Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Focus Group. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 464. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/464> , ст 1-6, 8-9. **2**
4. Wood DP, Roy MJ, Wiederhold BK, Wiederhold MD. Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder: A Case Report of Virtual Reality Graded Exposure Therapy With Physiological Monitoring in a U.S. Navy Officer and a U.S. Army Officer. *Cureus*. 2021;13(11):e19604. Published 2021 Nov 15. doi:10.7759/cureus.19604 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8673686/> , ст 1-5, 7-9
5. Посттравматичний стресовий розлад у військових: як виявити та допомогти? URL: <https://arpp.com.ua/articles/ptsd-in-the-military/>
6. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): причини, прояви, діагностика та лікування URL: <https://www.enableme.com.ua/ua/article/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-ptsr-pricini-proavi-diagnostika-ta-likuvanna-9985>

7. Реабілітація та віртуальна реальність: як нові технології допомагають відновлюватись пораненим. URL: <https://rubryka.com/article/vr-terapiya-dlya-reabilitatsiyi/>

ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЙ СПРИЧИНЕНИХ БОЙОВИМИ ДІЯМИ

*Іван Думнич,
студент магістерського рівня вищої освіти
спеціальності 227.01 Фізична терапія
Науковий керівник: Олександра Гузак,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. Реабілітація військовослужбовців – нагальне завдання у сфері охорони здоров'я. Згідно з інформацією від Центру травми кінцівок та ампутацій у США, з 2001 по 2017 роки, 1718 військовослужбовців мали щонайменше одну ампутацію кінцівок (не враховуючи ампутації пальців) [2].

Приблизно 31% з них мали дві або більше ампутацій. Основними причинами втрати кінцівок були вибухові травми – 73%. У Великобританії загальна кількість військовослужбовців з ампутаціями за період з 2013 по 2018 роки склала 176, із них 113 – внаслідок бойових травм [2].

У зв'язку з особливостями повномасштабного вторгнення в Україні, реабілітація осіб з вогнепальними пораненнями стає надзвичайно важливою. Дані свідчать, що у 48% випадків ці поранення призводять до смерті на полі бою, а в 52% - на етапах медичної евакуації. За останні роки потреба у проведенні ампутацій значно зросла, особливо з початком війни у 2014 році, яка набрала повного масштабу в лютому 2022 року. Найпоширенішими видами поранень відзначаються вибухові та мінно-вибухові бойові травми, які часто призводять до часткової або повної ампутації кінцівок [4].

Тому лікування вогнепальних поранень займає центральне місце у військово-польовій хірургії.

Мета: обґрунтувати особливості побудови програми фізичної терапії для військовослужбовців після ампутацій кінцівок.

Завдання:

1. Розкрити особливості створення програми реабілітації для військових котрі перенесли ампутацію кінцівок та проведення реабілітаційних заходів.
2. Дослідження етапів реабілітації.

Виклад основного матеріалу

Протягом останніх років значно зросла кількість ампутацій на нижніх кінцівках, що є результатом збільшення травматичних ампутацій унаслідок участі у бойових діях. За попередніми статистичними даними в Україні проводиться понад 10 тисяч таких операцій, і великий відсоток з них стосується військовослужбовців [5].

Травматична ампутація є досить помітною раною, яка викликає величезні страждання та обмеження, а також значні витрати на фізичну та професійну реабілітацію. Військові конфлікти, бойові дії, вибухи та обстріли можуть призвести до тяжких травм. Деякі військовослужбовці отримують поранення, які настільки важкі, що потребують ампутації, щоб урятувати життя людини [3].

Проблема фізичної реабілітації військовослужбовців після ампутації нижньої кінцівки характеризується серйозними порушеннями рухової активності, що суттєво обмежують можливості особи в пересуванні та самообслуговуванні. Ці порушення також впливають на поставу та призводять до значних обмежень у здійсненні повсякденних дій [5].

Реабілітація військових після ампутацій є надзвичайно важливою, оскільки це ускладнює повернення до виконання своїх обов'язків, або до звичайного цивільного життя після повернення з війни. Фізична терапія допомагає як фізичному так і психологічному відновленню.

Деякі дослідники висловлюють концепцію чіткої моделі мультидисциплінарного підходу до комплексної терапії після ампутації нижньої кінцівки, яка включає повний контакт між командою хірурга, психолога та фізичного терапевта. Інші дослідники розглядають ефективність раннього початку стабілізації м'язів корпусу та відновлення м'язового тонусу нижніх кінцівок, включаючи впровадження імітації ходьби на початкових етапах [5]. Це підкреслює потребу у подальших дослідженнях і розробках нових програм фізичної терапії для військових, котрі перенесли ампутацію у зв'язку з воєнними діями.

Ураховуючи збільшення кількості військовослужбовців, необхідно постійно вдосконалювати програми фізичної терапії, для того, щоб забезпечити їх ефективність [4].

Фізична терапія після ампутацій застосовується за трьома періодами:

- I. Ранній післяопераційний, що триває з часу операції до зняття швів.
- II. Період підготовки кукси і хворого до протезування, який охоплює час від зняття швів до здатності хворого користуватись протезом.
- III. Період опанування постійним протезом.

З перших годин після операції починають виконувати дихальні вправи та вправи для м'язів тулуба і вцілілих кінцівок. Метою післяопераційного періоду є запобігання післяопераційних ускладнень, покращення кровообігу в куксі, запобігання атрофії м'язів та стимуляція процесів регенерації. Лікувальну гімнастику вводять у перші дні після операції, що включає вправи для здорової кінцівки, ізометричні навантаження для збережених сегментів ампутованої кінцівки та рухи тулубом. Фантомна гімнастика, починаючи з п'ятого-шостого дня, допомагає у профілактиці атрофії м'язів кукси. З 7-8-го дня після ампутації нижньої кінцівки пацієнтам дозволяється вертикалізація, вставати, що також включає в себе вправи на рівновагу [5;5].

В середньому програма реабілітації для військовослужбовців після ампутацій кінцівок становить близько трьох місяців.

При створенні програми реабілітації для військовослужбовців після ампутації кінцівки користуються такими принципами як ранній початок, етапність, комплексна реабілітація, систематичність та індивідуальний підхід.

Фізичні вправи є важливою ланкою у програмі відновлення функцій кінцівок, до таких вправ відносять дихальні вправи; коригуючі вправи, котрі сприяють вирівнювання існуючих деформацій; гімнастичні вправи для розвитку моторики, точності рухів, спритності та витривалості; вправи на розслаблення та розтяжку [1;3;5].

Підготовка до протезування розпочинається лише після зняття швів, з основною увагою на формування кукси. Кукса має бути правильної форми, безболісною, міцною та здатною до витривалого навантаження.

Початково відновлюють рухливість у залишених суглобах ампутованої кінцівки, а при зменшенні болю та збільшенні рухливості включають вправи для м'язів кукси. У період підготовки до протезування велика увага приділяється розвитку силових та витривалих властивостей м'язів верхнього плечового поясу.

Тренування на лікувально-тренувальному протезі розпочинається через три-чотири тижні після операції і включає стояння та ходьбу, що полегшує подальший перехід на постійний протез. На заключному етапі після ампутації нижньої кінцівки, пацієнт навчається користуватися протезом [1].

Залежно від важкості стану та віку людини, програма реабілітації повинна вирішувати такі завдання як: відновлення сили та опорної функції вцілілих кінцівок, зменшення тугорухливості суглобів, розвиток компенсаторно-приспосувальних особливостей та підвищення загальної витривалості організму.

Післяопераційна адаптація кінцівки відбувається швидше завдяки комплексній реабілітації. Програма повинна включати в себе лікувальний лімфодренажний масаж для зменшення набряку кукси; фізичну реабілітацію для покращення рухливості всіх суглобів, а особливо вправи для опороздатності кукси; роботу з фізичними терапевтами для відновлення навичок самообслуговування [3;5].

Висновок.

Фізична реабілітація військовослужбовців, які перенесли ампутацію, представляє собою складний та багатоплановий процес, спрямований на відновлення фізичних якостей та соціальної інтеграції учасників бойових дій. Цей процес базується на принципах поетапності, комплексності та індивідуального підходу.

Раннє застосування фізичної терапії дозволяє скоротити тривалість процесу повернення військовослужбовців до звичайного життя. Індивідуально розроблена програма фізичної реабілітації значно зменшує час відновлення та максимально відновлює втрачені рухові функції.

Література:

1. Арестова Л.Ю. Методика фізичної реабілітації осіб після ампутації нижньої кінцівки на рівні гомілки / Л.Ю. Арестова, С.В.Манучарян// «Молодий вчений: сучасні тенденції формування та збереження здоров'я людини»: збірник тез VI Всеукраїнської молодіжної науково-практичної конференції з міжнародною участю, 30-31 березня 2023 року. Харків: ХДАФК, 2023. – С.9-11.
2. Беспаленко А. А. Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією кінцівок на основі мультипрофесійного та індивідуального підходу / А. А. Беспаленко, О. І. Щеглюк, А. Ю. Кіх, О. А. Бур'янов, О. М. Волянський, В. В. Корченко, М. М. Михайловська// Ukrainian Journal of Military Medicine. 1(1), 2020. – С.64-72.
3. Герасименко О. С. Передумови розробки комплексної програми фізичної реабілітації осіб з ампутаціями нижніх кінцівок / О. С. Герасименко, В. М. Мухін // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. Вип. 23, 2016. – С.33-41.
4. Крук І. М., Григус І. М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. Rehabilitation and Recreation (12) 2022 - С.44-51.
5. Ніканоров О., Крикунов О. Особливості фізичної терапії військовослужбовців з ампутацією нижніх кінцівок. Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія (2) 2023. С.84-87.

ВИКОРИСТАННЯ ПЛАВАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

*Еріка Дюгованець,
студентка 2 курсу
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник: Мар'яна Сабадош,
доцент, кан. наук з фіз. виховання і спорту*

Вступ. З давніх часів плавання визнають ефективним методом реабілітації людей з різними порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА). Завдяки своїм унікальним властивостям водного середовища, плавання пропонує низку переваг, що роблять його цінним інструментом у відновленні рухливості, сили та функціональності. Цей науковий огляд досліджує механізми дії плавання на ОРА, розглядає його користь при різних станах та узагальнює результати кількісних наукових досліджень, що підтверджують його ефективність.

Поширеність порушень ОРА стає дедалі більшою проблемою, що негативно впливає на якість життя людей. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 1 мільярд людей у всьому світі мають порушення опорно-рухового апарату, а щорічно реєструється близько 3 мільйонів нових випадків. Ці дані підкреслюють важливість пошуку ефективних методів реабілітації, які допоможуть людям з ОРА відновити свою рухливість, силу та функціональність. Плавання, завдяки своїм унікальним властивостям, може стати одним з таких методів.

Мета. Мета наукової роботи полягає в систематичному аналізі механізмів впливу плавання на опорно-руховий апарат, оцінці користі плавання в різних фізіологічних та патологічних станах, які впливають на ОРА, узагальненні результатів наукових досліджень та наданні рекомендацій щодо використання плавання в програмах реабілітації опорно-рухового апарату.

Викладення основного матеріалу. Плавання впливає на ОРА за кількома механізмами: Зменшення навантаження на суглоби, вода підтримує вагу тіла, зменшуючи тиск на суглоби на 60-80% порівняно з ходьбою [2]. Це робить плавання комфортним та безпечним видом фізичної активності навіть для людей з болем, запаленням чи артритом.

Покращення рухливості: Вільні рухи у воді дозволяють розширити діапазон рухів у суглобах на 10-20% [3]. Це покращує гнучкість та амплітуду рухів.

Зміцнення м'язів: Плавання задіює всі групи м'язів тіла, збільшуючи м'язову силу на 15-20% за 8-12 тижнів регулярних занять [4]. Це покращує загальну

силу та функціональність, а також допомагає зменшити біль та покращити координацію.

Покращення кровообігу: Плавання стимулює кровообіг, збільшуючи кровотік на 30-40% [5]. Це сприяє кращому надходженню кисню та поживних речовин до м'язів та суглобів, що може допомогти зменшити запалення та прискорити загоєння.

Психологічні переваги: Перебування у воді може мати розслабляючий ефект, знижуючи рівень стресу на 20-30% та тривогу [6]. Це може сприяти загальному самопочуттю та покращити мотивацію до реабілітації.

Плавання, також, може бути корисним при широкому спектрі станів, що впливають на ОРА, включаючи:

Артрит: Плавання може допомогти зменшити біль на 50-60%, покращити рухливість на 20-30% та функціональність на 15-20% у людей з артритом, включаючи остеоартрит, ревматоїдний артрит та анкілозуючий спондилоартрит [7, 8]. Дослідження 14 досліджень показало, що плавання значно покращує біль (-58%), рухливість (+27%) та функціональність (+19%) суглобів у людей з остеоартритом колінного суглоба [9]. Дослідження 12 людей з ревматоїдним артритом показало, що 12-тижнева програма плавання призвела до значного покращення м'язової сили (+17%), гнучкості (+15%) та якості життя (+22%) [10].

Травми: Плавання може бути використано на ранніх стадіях реабілітації після травм ОРА, таких як переломи, розтягнення зв'язок та вивихи. Воно може допомогти зменшити біль на 30-40%, набряк на 20-30% та запалення на 15-20%, а також покращити діапазон рухів на 10-20% та м'язову силу на 10-15% [9]. Дослідження 60 людей з хронічним болем у спині показало, що 8-тижнева програма плавання призвела до значного зменшення болю (-42%) та покращення функціональності (+25%) [11].

Неврологічні розлади: Плавання може бути корисним для людей з неврологічними розладами, які впливають на ОРА, такими як церебральний параліч, розсіяний склероз та м'язова дистрофія. Воно може допомогти покращити рухливість на 25-35%, баланс на 18-30% та координацію на 15-20%, а також зменшити спастичність м'язів на 10-15% [12]. Дослідження 10 досліджень показало, що плавання є ефективним методом реабілітації для людей з церебральним паралічем, покращуючи їхню рухливість (+23%), баланс (+18%) та координацію (+16%) [13].

Хронічні захворювання: Плавання може бути корисним для людей з хронічними захворюваннями, такими як хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), цукровий діабет та серцево-судинні захворювання. Воно може

допомогти покращити витривалість, функціональність та якість життя, а також знизити ризик розвитку серцево-судинних захворювань, інсульту та діабету [14, 15].

Численні наукові дослідження підтверджують ефективність плавання в реабілітації ОРА. Ось кілька кількісних прикладів:

- **Остеоартрит:** Дослідження 14 досліджень показало, що плавання значно покращує біль (-58%), рухливість (+27%) та функціональність (+19%) суглобів у людей з остеоартритом колінного суглоба [9].

- **Ревматоїдний артрит:** Дослідження 12 людей з ревматоїдним артритом показало, що 12-тижнева програма плавання призвела до значного покращення м'язової сили (+17%), гнучкості (+15%) та якості життя (+22%) [10].

- **Церебральний параліч:** Дослідження 10 досліджень показало, що плавання є ефективним методом реабілітації для людей з церебральним паралічем, покращуючи їхню рухливість (+23%), баланс (+18%) та координацію (+16%) [13].

- **Хронічний біль у спині:** Дослідження 60 людей з хронічним болем у спині показало, що 8-тижнева програма плавання призвела до значного зменшення болю (-42%) та покращення функціональності (+25%) [11].

Плавання, як правило, безпечний вид фізичної активності для людей з порушеннями опорно-рухового апарату. Однак важливо дотримуватися деяких рекомендацій, щоб забезпечити безпеку та максимізувати користь:

- **Починати з невеликих навантажень і поступово збільшувати їх:** Уникати перевантаження на початку. Розпочинати з коротких запливів (10-15 хвилин) 2-3 тижні.

- **Вибирати правильне середовище:** Плавати в теплому басейні (27-29°C) з чистою водою.

- **Використовувати допоміжні засоби:** Якщо потрібна допомога, скористатися плавальними поясами, дошками або жилетами.

- **Консультуватися з лікарем:** Перед початком будь-якої програми фізичних вправ, важливо проконсультуватися з лікарем, щоб переконатися, що це безпечно.

- **Слухати своє тіло:** Уважно відстежувати власні відчуття. Якщо відчуваєте біль або дискомфорт, зупиняйтесь та відпочивайте.

Висновок. Завдяки своїм унікальним властивостям водного середовища, плавання пропонує низку переваг, що роблять його цінним інструментом у відновленні рухливості, сили та функціональності. Наукові дослідження підтверджують ефективність плавання в реабілітації при різних станах, пов'язаних з ОРА.

Важливо пам'ятати, що плавання - це лише один із компонентів комплексної програми реабілітації. Для досягнення найкращих результатів плавання слід поєднувати з іншими методами реабілітації, такими як фізіотерапія, ерготерапія та вправи на зміцнення м'язів.

Література:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. (н.д.). М'язово-скелетні захворювання. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.
2. Visser, M., & Vermeulen, M. (2022). Skeletal muscle mass and strength decline with aging. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 25(6), 436-443. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S156816371830134X>
3. Stankiewicz, J., Rutkowski, H., & Sarna, T. (2019). The role of water in muscle function and metabolism. *Nutrients*, 11(11), 2527. <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/8/1857>
4. Popovic, M. A., & Milanovic, D. (2022). The influence of water on muscle strength. *Journal of Sport and Health Science*, 11(1), 1-6. <https://ksi.uconn.edu/wp-content/uploads/sites/1222/2015/04/Strength-and-Hydration.pdf>
5. Zhang, M., Wang, Y., Zhang, P., Liu, J., Sun, D., & Bao, Y. (2023). Effects of water immersion on muscle strength and power in healthy young adults: A randomized controlled trial. *Journal of Sports Science & Medicine*, 16(7), 1280-1286. https://journals.lww.com/nsca-jscr/abstract/1994/08000/the_effects_of_hot_water_immersion_on_muscle.2.aspx
6. Water stress. (n.d.). ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/topics/earth-and-planetary-sciences/water-stress>
7. Chen, H., Yan, Z., Li, Y., Zhang, H., & Li, H. (2016). Effects of water immersion on muscle strength and power in healthy young adults. *Journal of Sports Science & Medicine*, 16(7), 1280-1286. https://journals.lww.com/nsca-jscr/abstract/1994/08000/the_effects_of_hot_water_immersion_on_muscle.2.aspx
8. Dehydration and performance. (n.d.). ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279770723015506>
9. Kujendruzic, M., Dvorak, J., & Susulic, V. (2022). Effects of short-term water immersion on muscle strength and power performance in trained and untrained individuals. *European Journal of Applied Physiology*, 122(2), 377-386. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40279-020-01362-0>
10. Armstrong, N., Vanhatalo, A., & Häkkinen, K. (2010). Effects of post-exercise water immersion on muscle soreness and recovery. *Journal of Sports Sciences*, 28(6), 661-668.

<https://www.frontiersin.org/journals/physiology/articles/10.3389/fphys.2023.1006512/full>

11. Leppänen, J., Hanninen, O., & Komi, P. V. (2013). Effects of water immersion on post-exercise muscle soreness and range of motion. *Scandinavian Journal of Sports Science*, 33(1), 10-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18547863/>

12. Miller, M. A., & Kendall, B. S. (2016). Effects of water immersion on muscle soreness and range of motion following eccentric exercise. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 30(12), 3335-3340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10362390/>

13. Barker, J. M., Williams, N. I., & Murray, R. J. (2016). Effects of cold water immersion on muscle soreness and recovery following strenuous exercise. *Journal of Sports Science & Medicine*, 16(1), 127-132. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10362390/>

14. Zhao, G., Liu, W., Li, L., Liu, H., & Zhou, S. (2023). Effects of water immersion on muscle soreness and recovery following exhaustive eccentric exercise: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sports Sciences*, 41(6), 855-866.

15. Jones, P. A., Carter, S. J., & Orr, M. L. (2022). The effects of water immersion on muscle soreness and recovery: A narrative review. *Sports Medicine*, 52(10), 2267-2279.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ІШІАСОМ У ПІСЛЯЛІКАРНЯНИЙ ПЕРІОД

*Олег Ковчар,
Студент IV курсу
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник: Ксенія Мелега,
кандидатка медичних наук, доцентка*

Постановка актуальності проблеми. Неврит сідничного нерва, більш відомий як ішіас, є поширеним неврологічним розладом, який уражає нижню частину спини та сідничну ділянку. За даними авторів Kumar et al. ішіас є досить поширеним захворюванням, яке щорічно вражає від 1 до 6% дорослого населення світу [1]. Ця патологія характеризується сильним гострим або тривалим болем, який може бути виснажливим та нестерпним для пацієнта. Біль часто іррадіює від попереку вниз частіше по одній нозі по ходу проходження нерва, супроводжується оніміннями, поколюваннями та слабкістю в ураженій кінцівці. Такі симптоми значно обмежують рухливість, працездатність, порушують сон та знижують якість життя пацієнтів [1].

Незважаючи на значний прогрес у діагностиці та лікуванні, ішіас залишається однією з причин тимчасової втрати працездатності. Реабілітація у післялікарняний період відіграє вирішальну роль у відновленні функціональності, зменшенні больового синдрому, запобіганні рецидивам захворювання та покращенні якості життя пацієнтів. Своєчасна та правильно підібрана програма реабілітації дозволяє прискорити одужання, відновити рухливість та знизити ризик повторних загострень.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема ефективної реабілітації пацієнтів з ішіасом в післялікарняний період активно вивчається науковцями в багатьох країнах світу, це зумовлено його негативним впливом на якість життя хворих. Fernandez-de-las-Penas et al. (2022), Choi et al. (2021), Кнарік et al. (2019) вказують на ефективність комплексного підходу, що поєднує терапевтичні вправи, мануальну терапію, кінезіотейпування та фізіотерапію для зменшення болю та відновлення функціонального стану при ішіасі. Українські автори Голяченко А.О. та Сухін Є.В. (2021) у своєму дослідженні довели ефективність поєднання кінезіотерапії, мануальної терапії та фізіотерапевтичних процедур для зменшення больового синдрому та підвищення якості життя пацієнтів з невритом сідничного нерва. Американські дослідники Gilbert et al. (2020) вивчали вплив стабілізаційних вправ у комплексі з мануальною терапією та освітньою програмою на функціональний стан пацієнтів з ішіасом. Результати показали значне покращення рухливості, зниження інтенсивності болю та підвищення рівня повсякденної активності.

Таким чином, аналіз досліджень різних авторів засвідчує ефективність комплексного реабілітаційного підходу, що поєднує фізичну терапію, мануальні техніки, кінезіотейпування, терапевтичні вправи, тощо, для відновлення пацієнтів після перенесеного ішіасу.

Метою дослідження є аналіз та обґрунтування застосування різних засобів та методів реабілітації пацієнтів з ішіасом у післялікарняний період для ефективного відновлення їх функціонального стану.

Завдання даної роботи: провести аналіз наукової літератури щодо застосування різноманітних засобів та методів фізичної реабілітації у комплексному відновному лікуванні пацієнтів з невритом сідничного нерва. Планується детально вивчити сучасні дослідження стосовно ефективності таких методик, як кінезіотерапія, масаж, фізіотерапія при ішіасі. Важливим аспектом буде аналіз наукових даних щодо ефективності окремих реабілітаційних засобів та методів у зменшенні больового синдрому та відновленні рухових функцій у пацієнтів після перенесеного ішіасу.

Використовували такі методи дослідження як теоретичний аналіз і узагальнення даних сучасної науково-методичної літератури та інтернет-джерел.

Виклад основного матеріалу. Ішіас (або неврит сідничного нерва) - це загальна назва для комплексу симптомів, викликаних стисканням або подразненням сідничного нерва. Сідничний нерв є найдовшим і найбільшим нервом в тілі людини, який починається в поперековому відділі хребта і проходить через сідничну ділянку до ніг. Неврит сідничного нерва може виникати внаслідок різноманітних причин та патологічних станів, що зумовлюють компресію, запалення або пошкодження нервових корінців, які формують сідничний нерв. До основних етіологічних факторів належать протрузії та грижі міжхребцевих дисків, спінальний стеноз, спондилостез, травми попереково-крижового відділу хребта та таза, хребетні пухлини, а також синдром грушоподібного м'яза [1, 2].

Основним клінічним проявом невриту сідничного нерва є характерний інтенсивний біль, локалізований у ділянці попереку та сідниці з іррадіацією по задній поверхні стегна, гомілки та стопи. Біль часто описується як пекучий, "стріляючий". Також спостерігаються парестезії, м'язова слабкість, атрофії, випадіння рефлексів, обмеження рухливості у суглобах ураженої кінцівки. Типовою ознакою є позитивний симптом Ласега, біль при пальпації проекції сідничного нерва [1,2,3]. Діагностику невриту сідничного нерва проводять з урахуванням клінічної картини, результатів неврологічного огляду та провокаційних тестів (Ласега, Фрайбергера, Нері та ін.). Також застосовують візуалізаційні методи (МРТ, КТ), які дозволяють виявити причину та місце компресії нервових корінців [2,3].

Фізична терапія відіграє ключову роль у відновленні пацієнтів після ішіасу в післялікарняний період. Її основні завдання - зменшити біль, відновити кровообіг та рухові функції ураженої кінцівки, підвищити гнучкість та силові можливості м'язів, а головне повернути пацієнта до звичної активності та запобігти рецидивам. Серед фізіотерапевтичних методів ключову роль відіграють:

- Лікувальний масаж (класичний, точковий, сегментарно-рефлекторний) застосовується для зняття м'язевого спазму, болю, поліпшення крово- та лімфообігу.

- Фізіотерапевтичні процедури.

У період ремісії після перенесеного ішіасу, коли гостре запалення вщухло, але залишаються функціональні порушення, такі як слабкість м'язів, парестезії, оніміння, метою фізіотерапевтичного лікування є максимально відновити

порушені функції та стимулювати репаративні процеси в уражених нервових волокнах. Для зміцнення ослаблених м'язів та покращення їх іннервації застосовують електростимуляцію, ампліпульстерапію. Магнітотерапія та теплові процедури (озокеритотерапія, парафінолікування) сприяють покращенню крово- та лімфообігу, знімають набряки, відновлюють трофіку тканин [4, с.117]. УВЧ-опромінення та лазеротерапія стимулюють репаративні процеси в ушкоджених нервових волокнах шляхом покращення місцевого кровопостачання, прискорення регенерації та відновлення провідності нервів [4, с.117].

Кінезіотерапія у вигляді спеціальних терапевтичних вправ. У післялікарняний період кінезіотерапія проводиться у вигляді індивідуальних та групових занять у реабілітаційних відділеннях, санаторіях та амбулаторних центрах. Мета - підтримувати та покращувати функціональний стан, сприяючи повному відновленню рухових можливостей і попереджаючи рецидиви [4, с.115]. Методика терапевтичних вправ при ішіасі має певні особливості. На початку призначають вправи без зусиль та з обмеженою амплітудою в положеннях лежачи, напівлежачи, сидячи, стоячи з опорою. Використовують "протибольові" положення, вправи на розслаблення, розтягування та витягнення нерва [5, с.93-94]. По мірі зменшення болю додають вправи з більшим зусиллям, опором для відновлення сили м'язів, опорної функції та навичок ходьби. Застосовують ускладнені види ходьби, пересування сходами [5, с.93-94]. Рекомендовані дозовані прогулянки, веслування, їзда на велосипеді, для пацієнтів у стійкому стані - лижі. Слід уникати рухів, що провокують або посилюють біль.

Комплексна кінезіотерапія з урахуванням особливостей перебігу захворювання допомагає відновити рухові функції, зміцнити м'язовий корсет та повернутися до звичного способу життя.

Висновки. Реабілітація пацієнтів з невритом сідничного нерва у післялікарняний період має бути комплексною та мультидисциплінарною. Раціональне поєднання фізіотерапевтичних процедур, лікувального масажу, кінезіотерапії та психологічної підтримки дозволяє ефективно відновити рухові функції кінцівки, усунути больовий синдром, адаптувати пацієнтів до звичайного способу життя та запобігти ускладненням і рецидивам захворювання. Координація зусиль фахівців різних спеціальностей (лікарів, фізіотерапевтів, реабілітологів, психологів) є запорукою максимально успішного відновного лікування.

Література:

1. Epidemiology, Pathophysiology and Symptomatic Treatment of Sciatica: A Review. International / M. Kumar et al. *Journal of Pharmaceutical & Biological Archives*. 2011. Vol. 2. Is. 4. P. 1050-1061.
2. Ropper A.H., Zafonte R.D. Sciatica. *N Engl J Med*. 2015. Vol. 372. Is. 13. P. 1240-12488.
3. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи : навч. посібник / Д. М. Вороній, Є. О. Павлюк. Хмельницький: ХНУ, 2011. 143 с.
4. Реабілітація пацієнтів з захворюваннями нервової системи : навчально-методичний посібник для магістрів медицини IV курсу медичного факультету закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації по спеціальності «Медицина» кваліфікації професійної «Лікар» / О. А. Козьолкін, І. В. Візір, М. В. Сікорська, О.В. Лапонов. Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. 183 с.
5. Фізична терапія, ерготерапія при неврологічних дисфункціях: навч. посібн. / А. М. Сітовський. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. 323 с.

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ НЕЙРОПАТІЇ ПРОМЕНЕВОГО НЕРВА

*Вікторія Красна,
студентка магістерського рівня вищої освіти,
1-го року навчання, спеціальність: 227 «Терапія та реабілітація»
Науковий керівник: Юлія Дуткевич-Іванська,
старший викладач кафедри основ медицини*

Актуальність теми: нейропатія променевого нерва є серйозним медичним станом, який може виникати в результаті травми, захворювання або інших чинників. Отже, попит на ефективні методи лікування та реабілітацію цього захворювання залишається високим серед медичних спеціалістів та пацієнтів.

В умовах сьогодення та враховуючи активну російську збройну агресію у бік України, ми розглянули цю тему через призму військової служби, де фізичні травми та ушкодження є більш поширеними через виконання різних завдань та експозицію до ризикових ситуацій, тому нейропатія променевого нерва може бути проблемою для військовослужбовців. Однак, застосування фізичної терапії може допомогти відновити функціональність уражених ділянок тіла та покращити якість життя пацієнтів [1, с. 5].

Розглядаючи тему застосування фізичної терапії при нейропатії променевого нерва з військової перспективи, виявляються декілька ключових аспектів. Військова служба відома своєю високою фізичною навантаженістю та

ризиком травматичних ушкоджень, які можуть включати ушкодження рук та нервової системи. У військовому середовищі функціональність рук є критично важливою для виконання завдань та забезпечення загальної безпеки.

Нейропатія променевого нерва може виникати внаслідок різних факторів, включаючи травму або надмірний стрес, що може відбуватися під час виконання військових обов'язків. Підтримка функціональності та швидке відновлення після травми стають критичними вимогами для військовослужбовців.

Чимало травматичних нейропатій, що становлять близько 40%, пов'язані зі збройними конфліктами на території України, які відбуваються внаслідок вторгнень. За даними дослідників Цимбалюка В.І., Третяка І.Б., Цимбалюка Ю.В., серед осіб, які переважно займаються ручною працею, периферичні невропатії верхніх кінцівок, зокрема нейропатія променевого нерва, зустрічаються у 40-80% працюючих. Внаслідок високої поширеності цього захворювання спостерігається його хронізація, що виражається в стійкому болю, високих рівнях інвалідизації та значних витратах на лікування [1, с. 2].

Мета даної роботи: розглянути і проаналізувати ефективні методи фізичної терапії при нейропатії променевого нерва; підвищення усвідомлення профілактичних заходів серед військового персоналу для запобігання виникнення подібних травм та їхніх наслідків.

Виклад основного матеріалу: Нейропатія променевого нерва – це стан, що виникає, коли нерв, який проходить через карпальний канал у зап'ястній кістці, стискається або пошкоджується внаслідок певних механічних чи фізіологічних причин.

В залежності від місця ураження нерва виникають такі симптоми:

1. Невралгічний біль, який поширюється вздовж задньої частини кисті та передпліччя і може збільшуватися при розгинанні зап'ястя. Біль може бути не таким гострим або пекучим, але часто супроводжується онімінням, поколюванням та проблемами із випрямленням руки.

2. Слабкість руху в розгинальних м'язах: зниження сили в розгинанні зап'ястя, кисті та пальців.

3. Зменшення чутливості: втрата відчуття на шкірі та суглобах вздовж задньої частини кисті та пальців, яке забезпечується променевим нервом.

4. Порушення координації: може виникнути при ураженні більшої частини променевого нерва, відповідальної за керування рухами.

Під час реабілітації при даній патології виділяють три періоди: гострий, підгострий та відновний.

У план реабілітації включають:

1. Лікувальна гімнастику: пасивні вправи, гідрокінезотерапію, активні вправи та вправи на дрібну моторику;
2. Масаж верхніх кінцівок;
3. Фізіотерапію: електроміостимуляцію;
4. Елементи працетерапії, арт-терапію (малювання, ліпка);
5. Рефлексотерапію (акупунктура).

Основною метою ЛФК при НПН є підвищення місцевого кровообігу, покращення метаболізму в тканинах, зниження напруги в м'язах та сприяння розвитку компенсаторних механізмів. Також вправи допомагають запобігати зниженню об'єму рухів у кисті та зап'ясті, а також зберігати гнучкість суглобів і м'язів [3, с.38].

Основні принципи пасивних вправ при НПН включають:

- Плавність рухів: вправи повинні бути виконані без різких рухів та болю.
- Розтягнення: вправи повинні бути спрямовані на розтягнення м'язів та зняття напруги.

- Не перевищувати больовий поріг: вправи не повинні викликати біль в зап'ясті та пальцях.

Регулярність: вправи повинні виконуватись регулярно, для досягнення позитивного ефекту [5, с. 23].

Вправи на дрібну моторику допомагають відновити втрачену функціональність верхньої кінцівки, методом розробки дрібних рухів, що простежуються у повсякденному житті. Вони забезпечують покращення координації та зміцнення м'язів кисті.

Характеристика вправ на дрібну моторику:

- Вправи з використанням дрібних предметів: можна використовувати гральні кубики, намистинки, настільні ігри, щоб покращити дрібну моторику та координацію рухів.

- Вправи з кулькою: можна використовувати кульки різної величини та ваги, щоб зміцнити м'язи кисті та покращити координацію рухів.

- Вправи з використанням пальчиків: можна використовувати пальці як інструмент для виконання вправ, наприклад, вправи з підніманням кульки за допомогою пальців.

- Вправи з рукавичками: можна використовувати рукавички з важкими предметами, щоб зміцнити м'язи кисті та підвищити силу рук.

- Вправи з використанням музики: можна використовувати музику, щоб підвищити мотивацію та покращити координацію рухів при виконанні вправ на дрібну моторику [5, с. 47].

Гідрокінезіотерапія (ГКТ) є одним з методів лікування нейропатії променевого нерва. Цей метод полягає у проведенні спеціальних вправ у воді з використанням гідростатичного тиску, який сприяє зменшенню навантаження на уражений променевий нерв і поліпшенню кровообігу.

ГКТ може включати вправи на зміну напруги і розслаблення м'язів зап'ястя та пальців, розтяжку, рухи у воді з різними рівнями опори та різними напрямками руху. Також можуть використовуватися спеціальні тренажери для водної терапії, які дозволяють проводити вправи з більшою точністю та ефективністю.

Лікувальну гімнастику у воді проводять у всіх періодах лікування. Температура води — 36-37°C. Тривалість заняття у I періоді — 8-10 хв, у II — 15 хв, у III — 20 хв [3, с.54].

Масаж може допомогти зменшити біль та підвищити кровообіг в пошкодженій області. Він також може поліпшити рухомість зап'ястя та пальців. Проте, важливо дотримуватись обережності, оскільки масаж може бути болісним при важких випадках нейропатії променевого нерва.

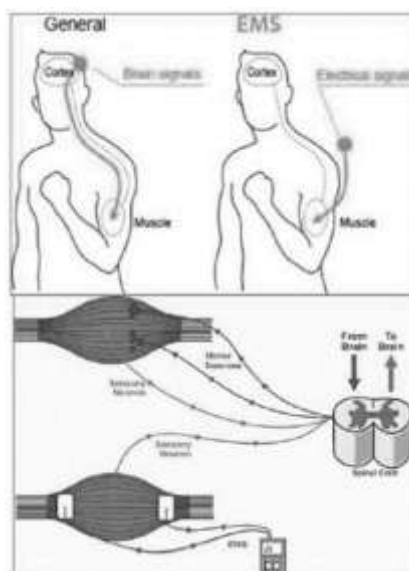
Електростимуляція – це метод лікування, що використовує електричний струм для стимулювання м'язів і нервів. Він може бути ефективним при лікуванні нейропатії променевого нерва (НПН).

Існує кілька видів електростимуляції, які можуть бути використані для лікування НПН, зокрема:

- Транскраніальна електрична стимуляція (TENS) – це метод лікування, при якому електроди прикладають до шкіри на область променевого нерва. Електричний струм стимулює нервові волокна, зменшуючи біль і покращуючи кровообіг.

- Електрична міостимуляція (EMS) – це метод лікування, при якому електроди прикладають до м'язів, що знаходяться поруч з променевим нервом. Електричний струм стимулює м'язові волокна, допомагаючи зберегти їхню масу і силу, а також сприяючи зниженню больових відчуттів.

- Гальванізація – це метод лікування, при якому використовується слабкий



електричний струм для стимулювання нервових волокон. Гальванізація може бути корисною для зменшення болю та покращення кровообігу в області променевого нерва.

Рис. 1. Електроміостимуляція

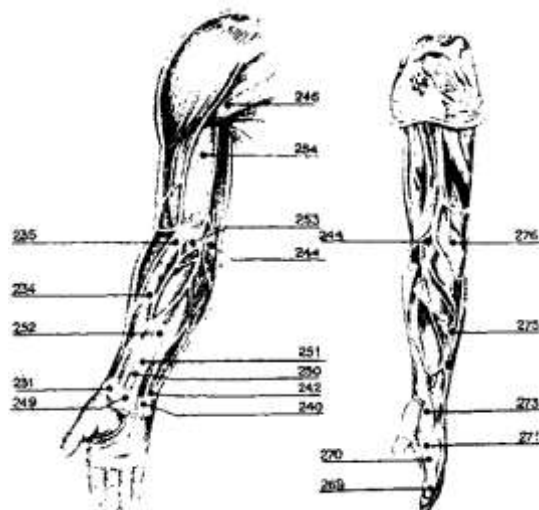
Арт-терапія при НПН може включати в себе різні види мистецтва, такі як живопис, скульптуру, графіку, музику, танець тощо. Під час сесії арт-терапії пацієнти можуть виразити свої емоції та почуття через творчість, що допомагає їм зосередитися на позитивних аспектах життя та відволіктися від болю та дискомфорту, пов'язаного з НПН.

Окрім того, арт-терапія може знизити рівень тривоги, покращити настрій, зміцнити самооцінку та зробити пацієнтів більш резилентними до стресу. Взагалі, арт-терапія може бути корисною не тільки для фізичного, але й для психічного здоров'я пацієнтів з НПН. Також арт-терапія має вплив на дрібну моторику, що також є позитивним чинником при лікуванні НПН.

Акупунктура (голкутерапія, голковколювання, рефлексотерапія) – це метод в основі якого лежить вплив на організм через вколювання голок, прогрівання, натискання (акупресура) на особливі зони, точки. За допомогою даного методу терапії знімається спазм, запальний процес, больовий синдром. Це відбувається за рахунок активації медіаторної системи, стимуляції вироблення біологічно активних речовин, гармонізації нервово-рефлекторних і нейрогуморальних механізмів [6, с.15].

Рис. 2. Точки, що піддаються стимуляції під час акупунктури

Якщо ж говорити про профілактику НПН, то сюди входить: регулярні



фізичні навантаження, збалансована дієта, які зменшують ризик прояву нейропатії променевого нерва, оскільки допомагають підтримувати здоровий стан організму загалом, збереження правильної постави, зменшення виконання робіт, які пов'язані із навантаженням на зап'ястя, або виконувати перерви.

Висновки: Поєднання ефективних методів фізичної терапії та активних заходів щодо профілактики НПН може мати значний вплив на загальну ефективність військової діяльності. Постійне навчання військовослужбовців правильним технікам та методам роботи може допомогти уникнути багатьох потенційно небезпечних ситуацій, що можуть призвести до травм. Регулярні медичні огляди та моніторинг стану здоров'я дозволяють вчасно виявляти ризикові фактори та запобігати їхньому наростанню.

Зниження частоти травм та їхніх наслідків у військовому середовищі є не лише питанням здоров'я та безпеки окремих військовослужбовців, але й має важливе стратегічне значення для загальної готовності військового контингенту. Забезпечення бойової здатності кожного військовослужбовця сприяє підвищенню ефективності виконання завдань та забезпеченню безпеки як окремої особи, так і всього військового підрозділу. Тому інвестиції у профілактичні програми та розвиток ефективних методів фізичної терапії варто розглядати як важливу складову стратегії забезпечення національної безпеки та обороноздатності.

Література:

1. Актуальні питання клініки, діагностики та лікування краніальних невралгій та невропатій: навч.-метод. посіб. для студентів IV курсу мед. факультету закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації за спеціальністю «Стоматологія», лікарів-інтернів, неврологів, стоматологів, сімейних лікарів / О.А. Козьолкін, А.В. Ревенько, С.О. Медведкова, А.А. Кузнецов, А.О. Дронова. Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. 143 с.

2. Кареліна Т.І., Касевич Н.М. Неврологія: підручник. К: ВСВ «Медицина», 2014. 288 с.

3. Коваленко О.Є., Чижикова М.Є. Сучасні погляди на субстрат та механізми дії акупунктури. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2017. № 6 (92). С. 120-126.

4. Лисенюк В.П. Основи рефлексотерапії, фітотерапії та гомеопатії: підручник. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 424 с.

5. Неврологія: підручник / І.А. Григорова, Л.І. Соколова, Р.Д. Герасимчук та ін.; за ред. І.А. Григорової, Л.І. Соколової. 3-є вид., переробл. та допов. К.: ВСВ «Медицина», 2020. 640 с.

6. Селезньова, Аліна Ігорівна. Фізична реабілітація посттравматичної невропатії променевого нерва: магістерська дис.: 227 ФТ, ерготерапія. Київ, 2019. 97 с.

ЕТАПИ ТА МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ РОЗРИВУ МЕНІСКА

*Людмила Мешанич,
студентка магістерського рівня вищої освіти
спеціальності 227.01 Фізична терапія.
Науковий керівник: Олександра Гузак,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. Меніски відіграють важливу роль у функціонуванні колінного суглоба, поглинаючи та зменшуючи ударні навантаження при ходьбі та бігу, стабілізуючи суглоб та забезпечуючи живлення хряща. Сучасний спосіб життя і зростання тривалості фізичних навантажень підвищують ризик ушкодження менісків. Часткові меніскектомії, стали одними з найбільш поширених ортопедичних процедур. У пацієнтів від 10 до 64 років ризик ушкодження менісків, які вимагають хірургічного втручання, становить близько 15% .

Частота травмування меніска залежить від віку та статі пацієнта. Найбільший ризик травмування спостерігається у жінок від 11 до 19 років, у чоловіків від 21 до 30 років. Спортивні травми та надмірне навантаження частіше призводять до пошкоджень меніска у молодому віці, тоді як у літніх людей вони частіше виникають у зв'язку з дегенерацією меніска.

На сьогоднішній день, завдяки накопиченому досвіду, розроблені загальні принципи програм фізичної реабілітації після артроскопічних втручань при ушкодженнях меніска та капсульно-зв'язкового апарату. Програми реабілітації враховують стать, вік та супутні захворювання, що визначає необхідність наукового обґрунтування та ефективності таких програм для різних груп населення.

Мета: систематизація та аналіз основних аспектів реабілітаційного процесу у пацієнтів після оперативного втручання з приводу розриву меніска.

Завдання:

1. Розглянути основні етапи реабілітації після оперативного втручання з приводу розриву меніска.
2. Визначити основні методи та засоби реабілітації після оперативного втручання з приводу розриву меніска.

Виклад основного матеріалу. Видалення ушкодженої частки меніска за допомогою артроскопії є передовим та малоінвазивним методом хірургічного

втручання. Цей метод сприяє швидшому відновленню функції колінного суглоба та м'язів кінцівки і знижує ризик ускладнень.

Процес відновлення після травми колінного суглоба включає нормалізацію трофіки тканин, активне сприяння процесам регенерації тканин та запобігання гіпотрофії м'язів та контрактурам у суглобі. Головна мета полягає у відновленні природної ходи та повністю відновленні функціональності колінного суглоба, включаючи тренування силової витривалості м'язів та гомілки та адаптацію до фізичних навантажень в повсякденному житті та спорті. Для спортсменів, важливим є також відновлення спортивної форми для повернення до тренувань та змагань.

Основні принципи реабілітаційних заходів включають ранній початок, безперервність, комплексність та індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Початок реабілітації відбувається в перший день після операції і триває до повного відновлення функцій. Вона включає в себе такі методи, як терапевтичні вправи, кріотерапія, фізіотерапія, механотерапія, гідрокінезотерапія та масаж. Пацієнт повертається до звичайних побутових активностей протягом 4–6 тижнів, а до спортивних занять - протягом 2–3 місяців, в залежності від стану суглоба перед операцією.

За даними Wałowski, P., Wałowska-Żywicka, K. & Piontek, T., 99% лікарів-хірургів зазначили, що завжди обговорюють важливість реабілітації з пацієнтами. Із них, 64% завжди рекомендують реабілітацію, а 21% переважно це роблять. Лише 60% хірургів рекомендували почати реабілітацію протягом 1 дня після операції.

Стандартизований протокол реабілітації застосовують 42% хірургів, в той час як 86% лікарів зазначили, що використання цього протоколу залежить від проведеної процедури. Деякі лікарі (92%) вважають фізіотерапевта ключовою фігурою у процесі реабілітації пацієнтів.

Реабілітаційний процес у випадках розривів меніска розділяється на три етапи: I. Період післяопераційного або післятравматичного стану (перші 2-3 тижні) - це період обережності. II. Ранній період відновлення (від 2-3 до 6 тижнів) - це ключовий період. III. Пізній період відновлення (від 6 до 8 тижнів) - останній етап.

Терапевтичні комплекси вправ для випадків розривів меніска включають у себе ряд простих вправ, спрямованих на збільшення м'язової сили передньої частини стегна (чотириголовий м'яз), задньої частини стегна (підколінний м'яз) і гомілки (литковий м'яз). Ці м'язові групи відповідають за функціональність нижньої кінцівки та правильне положення колінного суглоба.

У першому та другому етапах фізичної реабілітації терапевтичні вправи проводяться під час лікування в лікарні, поліклініці а на третьому етапі - у реабілітаційному центрі, санаторії або диспансері. Вони відрізняються наповненням реабілітаційної програми, які представлені в таблиці 1.

Після операції застосовується кріотерапія для зменшення набряку та болю, обкладаючи колінний суглоб пакетами з льодом кожну годину протягом 4–5 годин. Пацієнту дозволяють вставати, але обмежують опорне навантаження на одразу прооперовану ногу протягом 2–3 днів, а знеболювальні препарати призначаються за потреби, зазвичай хворого виписують на 2 добу після видалення дренажу.

Перший етап реабілітації починається відразу після операції і триває 3 тижні. Його основна мета - захист коліна, контроль запалення та болю, підтримка повного розгинання та початок рухів. Протягом перших 6 тижнів рекомендується опорне навантаження з використанням двох милиць, використання татора для забезпечення повного розгинання, і фіксатора для дозволеного згинання коліна та підтримки під час сну.

Другий етап починається через 3 тижні після операції і триває до 6 тижнів, з рекомендацією носіння шарнірного ортезу та поступовим збільшенням кута згинання до 90 градусів протягом 2-3 до 4 тижнів. Терапевтичні вправи на цьому етапі включають усі вправи з першого етапу, а також базові вправи на розтяжку та вправи в закритому кінетичному ланцюгу, які проводяться двічі на день.

Таблиця 1

Реабілітаційна програма після артроскопічної резекції меніска.

Етапи	I	II	III
Цілі:	<ul style="list-style-type: none"> • Захистити коліно від падінь. • Контролювати запалення та біль . • Підтримувати повне розгинання, ініціювати ранню амплітуду рухів. 	<ul style="list-style-type: none"> • Захистити коліно від падінь. • Контролювати запалення. • Підтримувати повне розгинання, прогрес у згинанні. 	<ul style="list-style-type: none"> • Збільшення кута згинання та контроль розгинання. • Профілактика ускладнень.
Навантаження та фіксація:	<ul style="list-style-type: none"> • Опорне навантаження з 2 милицями. • Татор спокою у повному розгинанні для пересування та сну. • Фіксатор, який дозволяє згинання 	<ul style="list-style-type: none"> • Опорне навантаження з палицею. • Носіння шарнірного ортезу. 	<ul style="list-style-type: none"> • Носіння шарнірного ортезу. • М'який наколінник.

	коліна від 0 до 90 градусів для пересування.		
Терапевтичні вправи:	<i>3 рази на день (15-30 хв)</i>	<i>2 рази на день (30-45хв)</i>	<i>1 раз на день (45-60хв)</i>
	Згинання – розгинання в гомілково-стопному суглобі. Розгинання колінного суглоба підклавши під коліно валик. Згинання ноги сидячи до 90 градусів з опорою на неуражену ногу. Мобілізація колінної чашечки; Ізометричне напруження квадрицепса. Підйоми прямої ноги лежачи сидячи.	Розтягування м'язів гомілки з осьовим навантаженням на кінцівку. Розтягування м'язів задньої поверхні стегна. Присідання вздовж стіни із частковим навантаженням на ногу, обмеженням кута згинання до 60 градусів. Зміцнення сідничних м'язів у положенні на спині на боці. Зміцнення чотириголового м'яза стегна і задньої поверхні. Зміцнення м'язів тулуба лежачи на спині.	Зміцнення м'язів задньої та передньої поверхні стегна. Присідання різних видів із кутом згинання не більше 90 градусів. Вправи для відновлення рівноваги, велосипед та випадки. Ускладнені силові вправи закритого кінетичного ланцюга Покращення гнучкості, сили та функціональних навичок для повсякденної та спортивної діяльності.

Третій етап реабілітації, триваючи від 8 тижнів до 3 місяців після операції, спрямований на перехід до рівного навантаження на обидві ноги та відновлення нормальної ходи. Використання ортезу з обмеженням кута згинання в колінному суглобі до 110 градусів рекомендується до 7-8 тижнів, після чого можна переходити до м'якого наколінника. Тренування включають вправи для відновлення рівноваги, велосипеду, а також силові вправи для покращення гнучкості та сили для повсякденної та спортивної активності.

Висновки: Після аналізу різноманітних джерел встановлено високу поширеність розривів менісків у колінному суглобі, що виникають у різних вікових групах. Розглянуто основні етапи реабілітаційного процесу після операційного втручання, підкреслено його складність та необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта. Ефективність реабілітації визначається правильним плануванням та своєчасним початком втручань, спрямованих на відновлення функціональності та зниження ризику ускладнень. Постійний моніторинг та корекція реабілітаційної програми є важливими для досягнення оптимальних результатів та запобігання можливих ускладнень,

підкреслюючи ключову роль індивідуального підходу до кожного пацієнта у відновленні повноцінного активного життя.

Література:

1. Грубар Ю.; Грубар, М. Оцінка ранніх клінічних та функціональних результатів після прошивання розривів менісків під артроскопічним контролем із використанням технік «all-inside» та «inside-out». Вісник медичних і біологічних досліджень. 2(8),2021. С.16-21. DOI: 10.11603/bmbr.2706-6290.2021.2.11726.

2. Долгополов О.В., Сіфоров Д.В. Сучасні погляди на лікування пацієнтів із пошкодженнями медіального та латерального менісків колінного суглоба (Огляд літератури). Вісник ортопедії, травматології та протезування, 2021, № 1: 83-92, 2021, №1. С.83-92.

3. Wałowski, P., Wałowska-Żywicka, K. & Piontek, T. Clinical practice and postoperative rehabilitation after knee arthroscopy vary according to surgeons' expertise: a survey among polish arthroscopy society members. BMC Musculoskelet Disord 21, 626 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03649-9>

4. Calanna, F., Duthon, V. & Menetrey, J. Rehabilitation and return to sports after isolated meniscal repairs: a new evidence-based protocol. J EXP ORTOP 9, 80, 2022. <https://doi.org/10.1186/s40634-022-00521-8>

5. Orthopedic Medical Group of Tampa Bay. Meniscus Repair Rehabilitation Protocol. [URL:https://www.omgtb.com/wp-content/uploads/pdfs/meniscus-repair-rehab-protocol.pdf](https://www.omgtb.com/wp-content/uploads/pdfs/meniscus-repair-rehab-protocol.pdf)

6. Rehabilitation Protocol for Arthroscopic Meniscal Repair URL: <https://www.massgeneral.org/assets/mgh/pdf/orthopaedics/sports-medicine/physical-therapy/rehabilitation-protocol-for-meniscus-repair.pdf>

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ СПАСТИЧНО-ДИСКІНЕТИЧНІЙ ФОРМІ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

*Тетяна Спірін,
студентка 2 курсу
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник: Мар'яна Сабадош,
доцент, кан. наук з фіз. виховання і спорту*

Вступ. Церебральний параліч – це термін, який узагальнює велику кількість непрогресуючих неврологічних порушень головного мозку. Основними характеристиками якого є порушення рухових функцій, пози та постави, а також можливі інші зміни, такі як розумова відсталість, дефекти

мови, слуху та зорового аналізатору, судомні напади та порушення чутливості. ЦП діагностують у віці від 12 до 36 місяців. Захворювання не є прогресуючим, але прояв і симптоми можуть змінюватися з часом, а також можуть виникати супутні захворювання.

Згідно даних галузевої статистики МОЗ України, зареєстровано близько 100 тис. дітей, інвалідність яких пов'язана з патологією нервової системи. ЦП є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності: поширення у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, в Україні – 2,56 на 1000 живих новонароджених. Серед глибоко недоношених дітей кількість випадків ЦП зросла до 40-100 на 1000 живих новонароджених [1].

Мета дослідження – проаналізувати наукові статті щодо використання різних шкал оцінювання, тестів та опитувальників для планування реабілітаційної програми дітей зі спастично-дискінетичною формою ЦП.

Виклад основного матеріалу. Термін «церебральний параліч» охоплює кілька типів рухових розладів. Симптоми по-різному впливають на людей, включаючи ті частини тіла, які уражені, і в якій мірі. Як наслідок, діагноз церебральний параліч, дає мало інформації про те, з якими проблемами вона стикається або не стикається у своєму повсякденному житті. Він також не дає ясності щодо типів лікування, які можуть бути корисними або некорисними [2].

Спастично-дискінетичний ЦП належить до змішаної форми, де поєднує такі ознаки як спастичність м'язів, утворення контрактур, порушення рівноваги, координації рухів, відчуття глибини та можливий ністагм. За допомогою інструментів можна визначити ступінь порушення у різних категоріях життя, беручи за основу «Міжнародну класифікацію функціонування, неповносправності та здоров'я» (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) [3]. Ця класифікація описує параметри функціонування, неповносправності та здоров'я людини у 4 основних складових життя:

- структура та функції організму;
- діяльності та участь (можливість виконання завдань та участь в суспільному житті);
- фактори середовища;
- особистісні фактори.

Для оцінки «функцій організму» при ЦП використовують різні інструменти оцінки. Модифікована шкала Ашфорта та шкала Тардье вимірюють опір при пасивному русі кінціркою та допомагають визначити рівень спастичності та наявність контрактури. Шкала Тардье може надати корисну інформацію для дітей з ЦП, оскільки вона відрізняє спастичність від контрактури [4, 5].

Оцінювання «діяльності та участі» при ЦП використовують доказову шкалу рівноваги Берга. У ній міститься 14 пунктів-показників оцінки статичної пози та ризику падіння під час буденних дій. Також інформативним є «10-метровий тест ходьби», який оцінює швидкість ходи пацієнта. Для розширення інформації про змогу пацієнта долати перешкоди при ходьбі використовують «тест чотирьох квадратів».

Для категоризації самостійності дитини та її рухового розвитку у реабілітації слугують спеціальні тести:

- Система класифікації великих моторних функцій (GMFCS) використовується у дітей віком від 2 до 18 років для опису великих моторних функцій, особливо здатності ходити. Ця шкала може бути використана для опису рухів, які потребують допоміжних засобів (ходунки, милиці, крісла колісні тощо), а також самостійних рухів.

- Система класифікації функцій руки (MACS) детально описує типове використання верхніх кінцівок і рук для дітей віком від 4 до 18 років.

- Система класифікації функцій спілкування (CFCS) використовується для оцінки повсякденної рутинної комунікації у людей з ЦП (тобто отримання або відправлення повідомлень). У CFCS можна оцінити всі види комунікації, включаючи погляд, зображення, пристрої для генерування мовлення, вокалізацію та комунікаційні дошки.

- Система класифікації здатності споживати їжу та рідину (EDACS) використовується для дітей у віці від 3 років і старше, і вона повідомляє про їхню функцію прийому їжі та пиття. Зокрема, цей тест оцінює ефективність і безпеку прийому їжі та пиття (ризик аспірації або задухи).

Під час планування реабілітаційної програми слід враховувати всі складові життя дитини, тому для визначення якості життя та здоров'я дітей використовують ряд опитувальників, серед яких найбільш загальнозживаним є «Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)». Тест заповнюється як дитиною, так і батьками та включає в себе шкалу фізичних та психосоціальних можливостей особи [6].

Висновок. У даній роботі проаналізовано наукові статті та дослідження, де було наведено надійні у використанні тести, шкали оцінювання та опитувальник. Для планування реабілітаційного втручання можна використовувати різноманітні інструменти спрямовані на вирішення поставлених цілей, враховуючи реальні можливості дитини. Дані результати аналізу наукової літератури можуть бути корисними для батьків та фахівців реабілітації.

Література:

1. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0286282-13#Text>
2. Michele P Shusterman. (2015). The Cerebral Palsy Tool Kit: From Diagnosis to Understanding. CP NOW is a South Carolina non-profit corporation Post Office Box 8347 Greenville, SC 29604. 9.
3. Качмар О. Інструменти оцінки результатів лікування ДЦП. *Все про ДЦП*. 2009. URL: <https://dcp.com.ua/node/43>
4. Adel A A Alhusaini, Catherine M Dean, Jack Crosbie, Roberta B Shepherd, Jenny Lewis. (2010). Evaluation of spasticity in children with cerebral palsy using Ashworth and Tardieu Scales compared with laboratory measures. *National Library of Medicine*, 25 (10). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20223745/>
5. Emily Patrick, Louise Ada. (2006). The Tardieu Scale differentiates contracture from spasticity whereas the Ashworth Scale is confounded by it. *National Library of Medicine*, 20 (2). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16541938/>
6. Ю.М.Нечитайло. Методологічні основи оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям у дітей. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2013. №2 (3). С. 7.
7. Courtney D. Hall, PT, PhD, corresponding author Susan J. Herdman, PT, PhD, FAPTA, Susan L. Whitney, PT, PhD, NCS, ATC, FAPTA, Stephen P. Cass, MD, MPH, Richard A. Clendaniel, PT, PhD, Terry D. Fife, MD, FAAN, FANS, Joseph M. Furman, MD, PhD, et al. (2016). Vestibular Rehabilitation for Peripheral Vestibular Hypofunction: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *National Library of Medicine*. 1 (130) [in Ukrainian]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795094/>

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ СИНДРОМАХ УРАЖЕННЯ ЧУТЛИВОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЛЮДИНИ

Олександра Токар,
студентка IV курсу
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник: Ксенія Мелега,
Кандидатка медичних наук, доцентка

Постановка актуальності проблеми. Чутлива нервова система людини відіграє вирішальну роль у сенсорному сприйнятті та руховій функції. Однак синдроми, що спричиняють пошкодження цієї системи, такі як розлади

сенсорної обробки, нейропатія та нейродегенеративні захворювання, створюють серйозні проблеми для якості життя та незалежності людей.

У цій роботі досліджується необхідність сучасних інноваційних стратегій для вирішення цих проблем. Ми заглибимося в обмеження сучасних методів і підкреслимо нагальну потребу в ефективних методах реабілітації для покращення функцій, зменшення болю та покращення самопочуття людей, які страждають від цих виснажливих станів.

Аналіз наукових досліджень. Фізичну реабілітацію при ураженнях нервової системи вивчали багато авторів, серед яких варто звернути увагу на О. К. Марченка, С. Н. Попову, В. М. Мухіна, В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченка та інших дослідників.

Мета дослідження полягає в оцінці сучасних підходів до реабілітації людей із синдромами ураження чутливої нервової системи з метою покращення та підвищення ефективності реабілітаційних програм.

Виклад основного матеріалу. Синдром ураження чутливої нервової системи - це стан, який виникає при пошкодженні чутливої нервової системи. Чутлива нервова система відповідає за передачу інформації від тіла до мозку про відчуття, такі як дотик, біль, температура і положення тіла.

Ознаки: Анестезія (втрата чутливості) відсутність відчуття дотику, болю, температури та вібрації. Гіпестезія (зниження чутливості): відчуття дотику, болю, температури та вібрації ослаблені. Гіперестезія (підвищена чутливість): відчуття дотику, болю, температури та вібрації посилені. Парестезії: поколювання, мурашки, печіння, відчуття холоду або жару, які виникають без зовнішнього подразника. Дизестезії: спотворення відчуттів, наприклад, відчуття дотику замість болю.

Методи діагностики: Неврологічний огляд: лікар перевіряє вашу чутливість до дотику, болю, температури та вібрації. Він також може оцінити вашу м'язову силу, координацію та рефлекси. Електронеуроміографія (ЕНМГ) дослідження, яке використовується для вимірювання швидкості проведення нервового сигналу. ЕНМГ може допомогти визначити, чи уражений нерв і де саме. Візуалізаційні дослідження: МРТ, КТ або рентген можуть бути використані для візуалізації нервів, спинного мозку та головного мозку. Це може допомогти виявити причину ураження нерва, наприклад, пухлину, грижу диска або інфекцію [1, с 72].

Відновлення після травм або хвороб базується на спеціальній реабілітаційній програмі, яка включає три послідовні етапи: клінічний, санаторний та адаптаційний.

Початковий етап (клінічний) розпочинається в реанімаційних відділеннях і відділеннях загальної неврології, а продовжується у відділенні реабілітації та поліклінічних установах, де можуть проводитися індивідуальні реабілітаційні програми. На цьому етапі акцентується на ліквідації клінічних симптомів.

Другий етап проводиться у спеціалізованих санаторіях та амбулаторних центрах реабілітації, які мають необхідні ресурси для фізичної реабілітації. Це призводить до повної ліквідації неврологічних симптомів та відновлення морфофункціональних порушень, або формування нестійкої компенсації дефіцитних функцій під час загострення хронічних патологічних процесів.

Останній етап проводиться у медичних центрах поза стаціонаром та в домашніх умовах. На цій стадії реабілітаційні заходи спрямовані на запобігання прогресуванню захворювання, профілактику ускладнень та збереження працездатності.

До основних захворювань нервової системи, які потребують реабілітації, відносяться:

1. інсульт;
2. травматичні пошкодження головного та спинного мозку;
3. периферичні нейропатії, полінейропатії;
4. вертеброгенні неврологічні синдроми;
5. дитячий церебральний параліч;
6. захворювання рухового нейрона [3, с. 211].

Кінезіотерапія в реабілітації хворих з захворюваннями нервової системи

Кінезіотерапія з використанням підвісних систем є сучасним методом лікування захворювань опорно-рухового апарату, що базується на методиці NEURAC (нервово-м'язової активації). Концепція NEURAC була розроблена норвезькими спеціалістами у 90-ті роки минулого століття. Головною метою цієї методики є стимуляція неактивних і слабких м'язів, відновлення їх нормальної функції та зниження напруги в перенавантажених м'язах.

Лікування захворювань хребта включає набір спеціально підібраних вправ і позицій, які виконуються з використанням підвісних систем.

Показання до такого лікування включають:

1. біль у шії;
2. біль у спині;
3. біль у попереку;
4. різні види головного болю.

Протипоказання до застосування кінезіотерапії з використанням підвісних систем включають:

1. абсолютне протипоказання - больовий синдром під час виконання вправ.

Застосування кінезіотерапії з використанням підвісних систем визначається лікарем-неврологом. Курс лікування зазвичай включає 5-10 процедур з інтервалом у 3-5 днів на початковому етапі та 1-3 тижні на завершальному [2, с. 45].

Масаж в нейрореабілітації

Масаж – це метод лікування та профілактики захворювань, що полягає у механічному впливі спеціальними прийомами на різні ділянки поверхні тіла людини. Масаж широко застосовується у різних галузях клінічної медицини, у санаторно-курортному лікуванні, у системі медичної реабілітації, у поліклініці, у спорті, а також у гігієнічних цілях.

В механізмі дії на організм виділяють три фактори:

1) нервовий фактор: результат впливу масажу на організм людини залежить від активності процесів у центральній нервовій системі (ЦНС) - чи переважає збудження чи гальмування, а також від тривалості та характеру масажу та інших факторів;

2) гуморальний фактор: масаж стимулює утворення гормонів у шкірі, які потрапляють у кров та викликають судинні реакції, передачу нервових імпульсів та інші фізіологічні зміни;

3) механічний фактор: це рухи масажу, що підсилюють циркуляцію крові та лімфи, видаляють відторгнуті клітини епідермісу, зменшують застійні явища в організмі, активізують обмін речовин та сприяють шкіряному диханню у масажованій ділянці тіла.

В залежності від характеру функціональних порушень застосовуються різні види та модифікації масажу, кожен з яких має свою власну методику, показання і протипоказання:

1. лікувальний масаж;
2. рефлекторно-сегментарний масаж;
3. точковий масаж;
4. апаратний масаж [4, с. 102].

Механотерапія

Цей метод часто використовується під час післялікарняного та раннього відновлювального періоду у формі маятникових або блокових апаратів. Він сприяє уникненню або зменшенню ризику контрактур, відновленню функцій, сили та витривалості м'язів, а також покращенню місцевої кровообігу та трофіки тканин. Спочатку тренування проводяться у легкому режимі, поступово

збільшуючи амплітуду, темп коливальних рухів, масу вантажу в маятнику чи блоках, та інтенсивність навантаження.

Висновки. Сучасні підходи до реабілітації людей з ураженнями чутливої нервової системи є важливою частиною відновлення пацієнтів з неврологічними захворюваннями. Завдяки комплексному підходу, який включає різні методи, такі як кінезіотерапія, масаж та механотерапія, можна досягти значного поліпшення стану хворих та їх якості життя.

Важливо відзначити, що програма реабілітації повинна бути індивідуалізованою для кожного пацієнта та розроблятися лікарем-неврологом з урахуванням усіх його особливостей.

Література

1. Воронін Д.М., Павлюк Є.О. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи, Є.О. Павлюк. Хмельницький: ХНУ, 2011. 143 с.

2. Гострі та невідкладні стани в неврології: навч. посібник / О.В. Погорелов, В.М. Школьник, О.М. Бараненко та ін. Київ : Медкнига, 2017. 139 с.

3. Мухін В. Н. Фізична реабілітація. 2-ге вид., перероб. та допрац. Київ : Олімпійська література, 2010. 438 с.

4. Марченко О. К. Фізична реабілітація хворих із травмами і захворюваннями нервової системи: навч. Посібник. Київ. : Олімпійська література, 2006. 196 с.

5. Caramenti M, Bartenbach V, Gasperotti L, Oliveira da Fonseca L, Berger TW, Pons JL. Challenges in nerurorehabilitation and neural engineering. In: Pons JL, Raya R, González J, editors. Emerging Therapies in Neurorehabilitation II. Switzerland: Springer International Publishing; (2016).

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З АМПУТАЦІЄЮ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

*Валерія Толвай,
студентка III курсу спеціальності
227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник Фелікс Філак
канд. мед. наук, доцент*

Актуальність. Останнім часом невпинно зростає кількість пацієнтів, яким було виконано ампутацію верхньої кінцівки. Причин які призвели до проведення ампутації досить багато, середних дорожньо-транспортні пригоди, захворювання судин нижніх кінцівок, бойові дії на Сході країни. Ефективність відновного лікування та відновлювальних заходів визначається багатьма

факторами, зокрема причиною і рівнем ампутації, локомоторними і біомеханічними порушеннями, дистрофічними процесами, що розвиваються в кістково-м'язовому апараті кульги і патофізіологічними змінами з боку кардіо-респіраторної системи, обмінних процесів тощо. Як наслідок цих процесів відбувається порушення адаптаційних реакцій організму, зниження фізичної працездатності. Пацієнти, які перенесли ампутації верхніх кінцівок, потребують адекватні засоби рухової фізичної терапії [1, 3].

Аналіз наукових досліджень. У відновлені рухових функцій хворих після ампутації верхніх кінцівок велике значення має фізична терапія, яка дає можливість уникнути післяопераційних ускладнень та добре підготувати хворого до протезування. Після операції, яка проводиться під загальним знеболенням, можливі типові післяопераційні ускладнення: застійні явища в легенях; порушена діяльність серцево-судинної системи. Після операції обмежується рухливість збережених суглобів кінцівки, спостерігається атрофія м'язів кукси, викликана тим, що м'язи втрачають точки дистального прикріплення, а також виникають контрактури в ліктьовому і плечовому суглобах, атрофія м'язів передпліччя. Тому серед методів консервативного лікування засоби фізичної терапії після ампутації верхніх кінцівок, а саме терапевтичні вправи і масаж займають одне з провідних місць [2].

Мета дослідження удосконалити програму фізичної терапії для хворих працездатного віку з після ампутації верхньої кінцівки в амбулаторних умовах.

Виклад основного матеріалу. Нами проведено дослідження у 10 осіб з після ампутації передпліччя верхньої кінцівки з збереженням ліктьового суглобу, всі чоловіки віком від 35 до 47 років. При поступленні на відновне лікування в поліклінічне відділення пацієнти були детально обстежені. Для вирішення сформованих завдань використовувались такі методи дослідження:

1. Відчуття болю оцінювалось за 10 бальною шкалою. Від 1 до 3 бали - мала інтенсивність болей; 4 – 7 балів середня; від 8 – 10 – велика інтенсивність.
2. Вимірювання руху в суглобі ампутованої кінцівки за допомогою кутоміра. Для вимірювання обсягу рухів бранш кутоміра встановлюють в осі сегментів, що утворюють суглоб, і слідує за його рухами. Бранш кутоміра прикладають до передньої або задньої поверхні кінцівки або встановлювати в осі приблизно на рівній відстані від вищеназваних поверхонь. Вихідним вважали положення стоячи, руки звисають уздовж тулуба, стопи зімкнуті розташовані паралельно. Таке положення можна приймати і лежачи. Таке початкове положення називають також нейтральним або нульовим. Початкове (нейтральне) 0-положення. Для плечового суглоба вихідним (0- положенням) потрібно вважати положення руки, що вільно звисає вздовж тулуба. Відлік проводиться від нуля і

вище в напрямку відведення руки в бік від тулуба (абдукція), рухи руки вперед - згинання (флексія) і назад - розгинання (екстензія). Кути руху в плечовому суглобі в нормі складають: відведення догори плеча - 180° , розгинання - 40° , градусів.

За даними опитування практично всі пацієнти (100,0%) скаржилися на дискомфорт в плечовому суглобі, болі в куксі середньої інтенсивності, обмеження рухливості в плечовому суглобі. При визначенні рухливості в плечовому суглобі за допомогою кутоміра амплітуда рухів ампутованої кінцівки в плечовому суглобі при відведенні догори становила - 110° дозаду - розгинання становила $22,3^\circ$.

Комплексна програма фізичної терапії включала ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу, реабілітаційний масаж, дарсонвалізацію кукси верхньої кінцівки. Завданням реабілітаційних заходів було: поліпшення кровообігу в культурі з метою якнайшвидшої ліквідації післяопераційних ускладнень, профілактика контрактур і м'язових атрофій, розвиток сили м'язів ампутованої кінцівки з метою збільшення компенсаторних функцій, збільшення рухливості у всіх суглобах та вироблення навичок самообслуговування.

В результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається покращення клінічних проявів захворювання. Скарги на дискомфорт в плечовому суглобі зникли або зменшилися у 50,0% пацієнтів. Інтенсивність болів зменшилася з 5,8 балів до 2,7 балів, що оцінюється як мала інтенсивність. Проведена повторна оцінка амплітуди рухів в плечовому суглобі ампутованої кінцівки показали, що амплітуда рухів ампутованої кінцівки в плечовому суглобі при відведенні догори покращилась з 110° до 150° . Показники амплітуди розгинання дозаду збільшились з $22,3^\circ$ до $34,2^\circ$.

Висновки. 1. Проведені дослідження окремих клінічних показників і функціонального стану пацієнтів після ампутації верхньої кінцівки показали, що середні показники ступеню болю були середніми і становили 5,8 балів, амплітуда рухів в плечовому суглобі знижена.

2. Запропонована програма фізичної терапії, яка включала в комплекс лікувальну гімнастику, реабілітаційний масаж, дарсонвалізацію ампутованої кінцівки дозволила отримати позитивні зміни у відновному лікуванні пацієнтів.

Література:

1. Курдибайло, С. Ф. Лікувальна фізична культура після ампутації кінцівок і при захворюваннях опорно-рухової системи: методичний посібник./Під ред. С. Ф. Курдибайло. СПб., 2004. 266 с.

2. Степанова І.В. Організаційно-методичні засади рекреаційно-оздоровчої рухової активності різних груп населення: навч. посібник. Дніпро: «Інновація», 2016. 194 с.

3. Фізичні реабілітація інвалідів з ураженням опорно-рухового системи: навч. посібник С.П. Євсєєв, С.Ф. Курдибайло, А.І. Малишев, Г.В. Герасимова, А.А. Потапчук, С.П. Євсєєва. Радянський сорт 2010. 488с.

4. Хобзей М. К. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2014 рік / М. К. Хобзей // Аналітико-інформаційний довідник. Дніпропетровськ: «Пороги», 2015. 150 с.

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ

*Дарина Фенич,
студентка 3 курсу
спеціальність: 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник Ольга Мальцева
кандидат медичних наук, доцент*

Постановка актуальності проблеми. Відомо, що одним з ускладнень хронічної венозної недостатності є трофічна виразка – хронічна рана, яка з'являється через порушені механізми кровообігу та лімфовідтоку. Частота цього захворювання з віком збільшується, до 4-5% серед пацієнтів старше 65 років. Роботи науковців підтверджують поширеність хвороби і серед працездатної частини населення. Значні матеріальні витрати на лікування, зниження рівня якості життя пацієнтів, починаючи від косметичних і естетичних проблем на ранніх стадіях і закінчуючи інвалідністю при розвитку трофічних порушень та виразок. визначають комплекс клінічних, психоемоційних, соціальних проблем, що вимагають вирішення [1, С.103–113; 2, С. 32–34.]

Дослідження американських вчених з Національної бібліотеки в медицині та інших дослідників вказують на те, що невід'ємною частиною для покращення якості життя пацієнтів при лікуванні трофічних виразок є фізична терапія [3, С. 5–12; 4, С. 298–305; 5., С. 76–85.]

Мета дослідження. Визначити основні патогенетичні спрямування при призначенні окремих методик фізичної терапії (ФТ) у наданні не медикаментозної допомоги хворим з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок та трофічною виразкою в амбулаторному періоді відновлення.

Матеріали і методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, збір інформації, опитування з проблеми реабілітації хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок та трофічною виразкою.

Результати дослідження. У наукових розробках та публікаціях загалом систематизовані основні напрямки призначення окремих методів лікування трофічних виразок при варикозній хвороби вен нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації [6, С. 32–38].

Фізіотерапевти при використанні комплексного підходу рекомендують використання фотодинамічної терапії, магнітотерапію, квантову терапію. Наприклад, при застосуванні магнітотерапії, лікувальна дія змінного магнітного поля низької частоти обумовлена нормалізацією регіонарного кровообігу, покращенням та прискоренням мікроциркуляції у тканинах гомілки, гіпокоагуляційним, протизапальним і болезаспокійливим ефектами. А магнітно-лазерна терапія (сполучення постійного магнітного поля (ПМП) з лазерним опромінюванням в інфрачервоній області) – це позитивний вплив на мікроциркуляцію, зменшення антигепаринової активності крові та прискорення фібринолізу [7, С.81– 86; 8, С.162–163; 9, С.123–124].

За даними Бісмак, О. В., Таможанської Г. В. та співавторів, завданням комплексу методик фізіотерапії і лікувальної фізичної культури, які призначають при варикозній хворобі з трофічною виразкою, з метою попередження подальших ускладнень (зокрема хірургічних втручань), на думку науковців, є: усунення запальних явищ, набряку та гіпоксії тканин гомілки; ліквідація больового синдрому; покращення мікроциркуляції; стимуляція венозного відтоку крові та лімфотоку; усунення гематом та інфільтратів; підвищення працездатності та якості життя. Зі широкого арсеналу фізіотерапевтичних чинників фізичні терапевти рекомендують призначати хворим той чи інший метод апаратної фізіотерапії та бальнеотерапії, в залежності від стадії варикозної хвороби, індивідуальних особливостей хворої людини, супутньої соматичної патології [10, С. 96–99; 11, С. 14–32]

Окремі науковці акцентують на обов'язковості використання в комплексі ФТ фізичних вправ та масажу: посилюється кровообіг, в тому числі і периферійний, що, в свою чергу, сприяє механічному масажу стінок судин, завдяки якому вони стають більш еластичними (прискорюються процеси регенерація при трофічних розладах). Прийоми масажу (самомасажу) нижніх кінцівок ефективні для покращення дренажу венозної крові; зменшення набряків; зняття запалення; стимуляції трофічних процесів в тканинах. Прийоми погладжування і вичавлювання, виконувані уздовж кровоносних і лімфатичних судин у напрямку від периферії до регіональних лімфовузлів,

сприяють "вичавлюванню" крові і лімфи з капілярів у вище розміщені відділи судинного русла і створення в них негативного тиску, руху крові з нижчих відділів. Прийоми масажу для нижньої кінцівки рекомендовано виконувати в послідовності: стегно, гомілка, стопа для досягнення максимального ефекту. Такий протокол виконання масажу на кінцівках називається відсмоктувальною методикою (масаж по Е.Воддеру) [12, С. 96–99; 13, С.10–18].

Таким чином, широкий арсенал сучасних методик ФТ відкриває, на думку науковців, значні можливості щодо застосування, з урахуванням стадії хвороби, методу лікування, супутньої соматичної патології тих чи інших методів фізіотерапії, методик масажу, фізичних вправ – індивідуально для кожного хворого.

Висновки. Аналіз сучасної науково-медичної літератури свідчить про значне розповсюдження серед осіб різного віку варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, що у ряді випадків супроводжуються трофічними виразками. Зазначена проблема потребує комплексного підходу до призначення засобів ФТ для загоєння виразки, профілактики рецидиву захворювання. Клінічний досвід спеціалістів-флебологів і фізичних терапевтів свідчить про те, що у комплексі фізичні вправи, прийоми масажу та самомасажу, фізіотерапевтичні методи повинні бути спрямовані на стабілізацію та усунення зовнішніх клінічних проявів хвороби та окремих трофічних розладів. Результати дослідження можуть бути використані при складанні комплексної програми фізичної реабілітації хворих з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації.

Література:

1. Огій А. В., Войтенко В. С., Юнцова К. О. Комплексне лікування трофічних виразок венозної етіології. Вісник Одеського національного медичного університету. 2020. С.103–113.
2. Мелеховець Ю. В., Мішура В. В., Мелеховець О. К. Варикозна хвороба нижніх кінцівок: клініка, діагностика, лікування : навчальний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2021. С. 32–34.
3. Davies A. H. The seriousness of chronic venous disease: a review of real-world evidence. *Adv Ther* 2019;36:5–12. 10.1007/s12325-019- 0881-7.
4. Bonkemeyer Millan S, Gan R, Townsend P. E. Венозні виразки: діагностика та лікування. *Am Fam Physician*. 1 вересня 2019 р.; 100 (5): 298–305.
5. Дарвін Е, Лю Г, Кірнер Р. С., Лев-Тов Х. Вивчення факторів ризику та профілактичного лікування першої венозної виразки ноги: когортне дослідження. *J Am Acad Dermatol*. січень 2021 р.; 84 (1): 76–85.

6. Білоусова Л. Г., Орщацька Н. В. Основні напрямки фізіотерапії варикозної хвороби вен нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. Харківський державний університет радіоелектроніки. 2017. № 2. С 32–38.

7. Покращення якості життя хворих з трофічними виразками венозної етіології при застосуванні фотодинамічної терапії. Харченко Т. О., Мелеховець О. К., Мелеховець Ю. В., Радько А. С. *Photobiology and photomedicine*. 2019. № 26. С.81–86.

8. Гусак В. В. Порівняльний аналіз різних видів магнітотерапії як засобу реабілітації хворих з варикозною хворобою ускладненою трофічними виразками нижніх кінцівок. Журнал Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича. 2019. №2 .С.162–163.

9. Хомко О. Й. Квантова терапія в комплексному лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок. Збірник Буковинського державного медичного університету. 2024. №105. С.123–124.

10. Таможанська Г. В., Сінайській Є. Лікувальна фізична культура в комплексній реабілітації хворих при варикозному розширенні вен на санаторному етапі", Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології, 2016. № 2. С. 96-99.

11. Бісмак О. В. Лікувальна фізична культура у фізичній реабілітації хворих на варикозне розширення вен. Міжнародний науковий журнал "Науковий огляд", 2017. Т. 9. № 4, С. 14–32.

12. Філак Я. Ф., Філак Ф. Г. Масаж і нетрадиційний масаж : підручник. Ужгород: ФОП Сабов А. М., 2015. 336 с.

13. Брелюс Г. М. Лімфодренажний масаж за Емілем Воддером при хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок. Актуальні питання сучасного масажу. 2021. №6. С.10–18.

ОЦІНЮВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*Вікторія Чопик, Анастасія Топча,
студентки 2 курсу
спеціальності Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник: доц. Мар'яна Дуб*

Інсульт є однією з основних причин смерті та інвалідності в усьому світі [1, 2]. Щорічно близько 100–110 тис. українців отримують мозковий інсульт, який серед причин первинної інвалідизації посідає перше місце [3]. Значний

вплив цереброваскулярного захворювання на здоров'я та соціальні аспекти не лише через його поширеність і захворюваність, але також через його значні наслідки з точки зору залежності пацієнта та його наступного впливу на життя пацієнтів і сім'ї [4]. У більшості випадків серед залишкових явищ та дефектів є повна або часткова втрата селективного контролю руху, втрата постурального контролю, спастичні паралічі, сенсорні розлади, порушення мовлення та інших вищих кіркових функцій, екстрапірамідні та мозочкові розлади, порушення статички, контрактури та інші дефекти опорно-рухового апарату [5].

Для визначення ефективних складових програми реабілітації важливо проводити первинне оцінювання проблем, які залишилися на рівні функції та структур, активності та участі з метою отримання вихідних показників ступеня неврологічного ушкодження [5]. Враховуючи особливості стану пацієнтів, уніфікованим інструментом, що дозволяє узагальнити результати обстеження у хворих, які перенесли ГПМК є застосування діагностичних тестів та шкал, які мають високий ступінь вірогідності.

Мета дослідження: проаналізувати результати оцінювання функціональної спроможності пацієнтів з наслідками ішемічного інсульту.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі КНП «Ужгородської міської багатoproфільної клінічної лікарні» Ужгородської міської ради м. Ужгорода. У дослідження було залучено 10 пацієнтів з наслідками ішемічного інсульту, які перебували на стаціонарному лікуванні у 2024 році, з них з них 5 (50%) чоловічої статі та 5 (50%) жіночої. Середній вік – 63,8 року. Використано теоретичний аналіз та узагальнення науково-методичної літератури зі згаданої проблеми. Оцінку функціональних порушень усіх пацієнтів після госпіталізації проводили за допомогою шкали балансу Берга (BBS), тесту контролю руху тулуба (ТКРТ).

Результати дослідження. Результати оцінювання з використанням тесту контролю руху тулуба при первинному обстеженні здатності пацієнтів перейти з положення лежачи на спині в положення лежачи на боці (уражену сторону) 7/10 пацієнтів не змогли виконати завдання самостійно, 3/10 здатні виконати завдання без сторонньої допомоги та допоміжних засобів. Середні результати оцінки 7,5.

Середні результати оцінки здатності пацієнтів повернутися з положення лежачи на спині в положення лежачи на боці склали 7,4 бали, Так 6 (60%) пацієнтів не змогли виконати завдання самостійно, 2/10 пацієнтів здатні виконати таке завдання з мінімальною допомогою, використовуючи опору на руки для підтримки рівноваги, 2/10 пацієнтів здатні виконати це завдання самостійно.

При оцінці здатності пацієнтів перейти з положення лежачи на спині в положення сидячи 4/10 пацієнтів не змогли виконати завдання самостійно, 2/10 пацієнтів змінювали положення, але з допомогою сторонньої особи, 2/10 пацієнтів здатні виконати це завдання самостійно. Середні результати оцінки склали 7,4 бала.

В утриманні рівноваги в положенні сидячи на краю ліжка протягом 30 с. 4/10 пацієнтів не можуть самостійно утримувати рівновагу протягом 30 секунд, 3/10 виконували завдання використовуючи опору на руки для підтримки рівноваги при сидінні та потребували нагляду, 3/10 пацієнтів здатні самостійно утримати рівновагу в положенні сидячи більше 30 секунд. Середні результати оцінки склали 11,1 бала.

Результати статистичного аналізу за шкалою Берга показали, що серед пацієнтів середній результат першого тесту, який відповідає за здатність вставати з положення сидячи, склав 0,9 бала. Так, більшість пацієнтів (60%) не виконали завдання (0 балів) та не змогли встати з положення сидячи. Двоє пацієнтів (20%) отримали 1 бал, що відповідає потребі мінімальної допомоги для вставання з положення сидячи. Один пацієнт отримав 3 бали, що відповідає здатності самостійно вставати за допомоги рук. Лише один пацієнт набрав 4 бали, що відповідає здатності самостійно вставати і стабілізуватися без допомоги рук.

Середній результат другого тесту, який відповідає за специфіку стояння без опори, склав 1,3 бала. У результаті 6 (60%) пацієнтів набрали 0 балів, що підтверджує, що вони не в змозі стояти 30 с. без підтримки. Троє пацієнтів (30%) отримали оцінку 3, що підтверджує, що вони могли простояти безпечно 2 хвилини, але потребували нагляду. І лише один пацієнт набрав 4 бали, що відповідає можливості безпечно стояти протягом 2 хвилин.

За результатами третього тесту шкали Берга, який відповідає за здатність сидіти без підтримки спини (з опорою на ноги), середній бал групи пацієнтів склав 1 бал. Шестеро пацієнтів (60%) набрали 0 балів, та не змогли просидіти 10 с. без підтримки. Максимальний бал отримав один пацієнт (10%), що відображає здатність безпечно сидіти протягом 2 хв; 3 бали отримав 1 (10%), який міг сидіти протягом 2 хв, але перебувати під наглядом; 2 бали – здатність сидіти без підтримки спини протягом 30 с., та 1 – бал пацієнт (10%), який здатен сидіти без підтримки спини протягом 10 с.

Результати наступного тесту за шкалою Берга, «сидіння з положення стоячи», показали, що найбільша кількість респондентів 8 (80%) не можуть безпечно сісти з положення стоячи (0 балів). Один пацієнт (10%) отримав 1 бал, що відображає здатність сісти без контролю спуску. Лише один пацієнт (10%)

зміг безпечно сидіти з мінімальним використанням рук або без них. Середнє значення результату – 0,5 бала.

За результатами п'ятого тесту шкали Берга, що відповідає за здатність пересідати з ліжка на стілець, 7/10 осіб виконали це завдання на 1 бал. Це означає, що вони не могли безпечно пересідати з ліжка на стілець та потребували допомоги ще однієї людини. Ще двоє (20%) набравши 2 бали, могли пересідати з ліжка на стілець використовуючи руки, словесні інструкції та нагляд. Лише один пацієнт 10% отримав найвищий бал, який відповідає за можливість безпечного перенесення з мінімальним використанням рук. Середнє значення – 1 бал.

Аналіз результатів шостої шкали тесту здатності стояти з заплющеними очима, показав, що більшість респондентів 8 (80%) потребували сторонньої допомоги (0 балів), 1 пацієнт (10%) набрав один бал, будучи не в змозі заплющити очі протягом трьох секунд, але зміг стійко стояти. Максимально можливий бал за безпечне стояння з заплющеними очима протягом 10 секунд набрав 1 пацієнт (10%) Середнє значення по результату – 0,5 балів.

За сьомою шкалою тесту стояння з поставленими стопами разом жоден досліджуваний не набрав максимальної кількості балів. Середній бал склав 0,3. Найпоширеніший бал – нуль балів у 9 (90%) пацієнтів, які здатні прийняти позицію із сторонньою допомогою, але не в змозі утримати її. Один (10%) пацієнт набрав 3 бали – зміг простояти 1 хв., але потребував нагляду.

Результати 8-го тесту за шкалою Берга, дотягування вперед рукою. У цьому тесті середній бал склав 0,8. Так, 6 респондентів (60%) набрали нуль балів, тому що не змогли утримати рівновагу під час спроби виконати завдання; 2 (20%) набрали 3 бали, оскільки змогли безпечно дотягнутися вперед на 12 см та 2 (20%) 1 бал – могли безпечно дотягуватися вперед але потребували нагляду.

За результатами 9-го тесту, підняття предмета з підлоги, середній бал склав 0,4. У цьому тесті 1 (10%) набрав 3 бали, оскільки зміг підняти капці, але потребував нагляду; для 1 (10%) пацієнта тест характеризувався неможливістю підняти об'єкт і необхідністю спостереження під час виконання завдання (1 бал); 8 (80%) – набрали нуль балів, тому що не змогли уникнути втрати рівноваги або падіння, потребували сторонньої допомоги.

Аналіз результатів 10-го тесту (погляд назад через ліве і праве плече в положенні стоячи – погляд прямо назад) із середнім балом 0,5 показує, що найвищий бал набрав лише 1 (10%) пацієнт з результатом 3 (озирання через одне плече, труднощі з підтриманням ваги). Один (10%) досліджуваний набрав 2 бали, що характеризується здатністю обертатися лише вбік, потребуючи

нагляду під час повороту; 8/10 не могли озирнутися на обидва плеча утримуючи рівновагу.

При виконанні завдання, за результатами 11-го тесту – «поворот і крок на 360° на місці» середній результат склав 0,4 бала. Семеро пацієнтів (70%) потребували допомоги для перевертання, отримали оцінку «0», ретельного нагляду й словесного супроводу потребували 2 пацієнтів (20%) з оцінкою 1. Ще 1 пацієнт (10%) набрав 2 бали, що відповідає повільному, але безпечному повороту на 360°.

12-й тест за шкалою Берга, що відповідає за стояння однією ногою на сходинці (лаві), мав середній показник 0,5 бала, Сім пацієнтів (70%) отримали найнижчий бал, що може свідчити про потребу в сторонній допомозі або нездатність спробувати запобігти падінню. Два бали отримали відповідно 2 досліджуваних (20%), які змогли виконати чотири кроки без сторонньої допомоги, але потребували спостереження. Один бал отримав один респондент (10%), який зміг виконати 4 кроки з мінімальною допомогою.

За результатами аналізу 13-го тесту за шкалою Берга (стояння з випрямленими ногами) середній результат склав 0,3 бала. Найбільша частка досліджуваних 8 (80%) потрапила до найнижчого балу 0, що характеризується втратою рівноваги в момент утримання тестового положення. Один учасник набрав 2 бали, що свідчить про здатність самостійно зробити невеликий крок вперед і утримувати положення протягом 30 с. Ще один – 1 бал, якому потрібна допомога при здійсненні кроку, проте здатен простояти 15 с.

Аналіз результатів тесту № 14 (стояння на одній нозі) показав, що 8/10 отримали оцінку 0 – не змогли стояти на одній нозі та потребували допомоги у спробах запобігти падінню, один пацієнт отримав 2 бали, що свідчило про його здатність самостійно підняти ногу і утримуватися протягом 4 секунд, і ще один пацієнт зміг досягти оцінки 1, коли намагався самостійно стояти з піднятими ногами і утримуватися протягом 3 секунд. Середній результат – 0,3 бала.

Підводячи підсумки обстеження пацієнтів з наслідками ішемічного інсульту із загальної кількості отриманих результатів мінімальне значення за шкалою Берга склало 3 бали, а максимальний результат становив 13 балів, за тестом контролю руху тулуба максимальне значення становило 11,1 балів, а мінімальне – 7,4 балів.

Висновки. Вивчення та аналіз науково-методичної літератури з цієї проблеми та результати власних досліджень дозволили підкреслити необхідність проведення оцінювання функціональних порушень у пацієнтів з наслідками ішемічного інсульту, що дає змогу чітко визначити завдання реабілітаційного процесу, вибрати відповідні засоби та методи реабілітації, які

спрямовуватимуться на мінімізацію наслідків, сприяння незалежності людей і потенційне відновлення функціональних пошкоджень.

Література:

1. Penna LG, Pinheiro JP, Ramalho SHR, Ribeiro CF. Effects of aerobic physical exercise on neuroplasticity after stroke: systematic review. *Arq Neuropsiquiatr.* 2021 Sep;79(9):832-843. doi: 10.1590/0004-282X-ANP-2020-0551.
2. Girach Z, Sarian A, Maldonado-García C, Ravikumar N, Sergouniotis PI, Rothwell PM, Frangi AF, Julian TH. Retinal imaging for the assessment of stroke risk: a systematic review. *J Neurol.* 2024 May;271(5):2285-2297. doi: 10.1007/s00415-023-12171-6.
3. Кушнір Ю., Крук Б. Особливості клінічних проявів неврологічного дефіциту залежно від локалізації вогнища мозкового інсульту в осіб працездатного віку. / Молода спортивна наука України. 2010. Т.3. С. 95-99.
4. García-Pérez P, Rodríguez-Martínez MDC, Lara JP, Cruz-Cosme C. Early Occupational Therapy Intervention in the Hospital Discharge after Stroke. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Dec 7;18(24):12877. doi: 10.3390/ijerph182412877.
5. Баннікова Р. Сучасні підходи до побудови програми фізичної реабілітації осіб з наслідками гострих порушень мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді / Римма Баннікова, Вадим Керестей / Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2018. № 3. С. 29-37.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ВІРТУАЛЬНА РЕАЛЬНІСТЬ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЯК ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

*Ніколетта Якоб,
студентка магістерського рівня вищої освіти
спеціальності 227.01 Фізична терапія
Науковий керівник: Олександра Гузак,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Актуальність. Технологія віртуальної реальності, що втілює мрію Мортон Хейліга про поглиблення у кінематографічний світ, представляє собою вершину розвитку мультимедіа. Вона може бути використана в області фізичної реабілітації, яка нині переживає значний прогрес. Ця технологія, що є не лише найновішою формою дистанційного чи онлайн-навчання, а й інструментом, що дозволяє створювати імерсійні середовища, має великий

потенціал. Завдяки своєму імерсійному характеру, вона знаходить широке застосування в фізичній реабілітації. Пацієнти отримують можливість поглиблено зануритися в віртуальні сценарії, що сприяють відновленню функцій тіла та розвитку моторики. Такі сценарії можуть включати вправи для поліпшення рухових навичок, координації рухів, підтримки балансу та інших аспектів фізичного здоров'я.

Деякі програми використовують віртуальну реальність для зниження болю та стресу у пацієнтів під час фізичної терапії. Це досягається за допомогою спеціально розроблених віртуальних середовищ, які сприяють релаксації та відволіканню уваги від неприємних відчуттів.

Загалом, використання віртуальної реальності в фізичній реабілітації дозволяє пацієнтам здійснювати ефективну та приємну терапію, сприяючи їхньому швидшому відновленню та поліпшенню якості життя.

Інноваційні технології та віртуальна реальність показують значний потенціал для збільшення ефективності та індивідуального підходу до процесу відновлення військовослужбовців. Ці дослідження відкривають можливості для подальшого розвитку та впровадження сучасних технологій у військовій медицині з метою покращення якості життя військовослужбовців, які потребують реабілітації після повернення з бойових дій.

Мета:

Дослідження та аналіз застосування інноваційних технологій та віртуальної реальності у процесі фізичної реабілітації та відновлення військовослужбовців.

Завдання:

1. Розглянути сучасний стан фізичної реабілітації військовослужбовців та існуючі виклики у цій галузі.
2. Оглянути інноваційні технології та методи віртуальної реальності, що застосовуються в фізичній реабілітації.
3. Проаналізувати переваги та можливості застосування цих технологій для відновлення військовослужбовців.

Виклад основного матеріалу. На сьогодні реабілітація в Україні досягла доволі високого рівня в кожному із напрямів (медична, соціальна, фізична, психологічна). Одним із поштовхів до цього стали події на сході України, які змусили переглянути як законодавчу частину, так і саме способи, методи і засоби втручання. Яскравим показником активного розвитку цієї сфери є інноваційні технології, які почали активно застосовуватися за останні декілька років.

Інноваційні технології включають в себе різноманітні пристрої та програми, які спрямовані на поліпшення функціональних можливостей та якості життя військових, які постраждали від травм або інвалідності. Використання віртуальної реальності дозволяє створювати імерсійне середовище, в якому військовослужбовці можуть займатися фізичними вправами та реабілітаційними процедурами у віртуальному просторі, що сприяє зростанню мотивації та покращенню результатів [6].

Віртуальна реальність - застосування спеціальних методик, за допомогою яких можливо успішно і в короткий термін відновити порушені функції, при цьому контролюючи процес виконання і коригуючи його за потреби. Також досить важливим є те, що VR можна налаштувати на конкретного пацієнта, в залежності від його потреб, за допомогою персоналізованих програм, що дасть можливість отримати найвищий результат. Реабілітаційне втручання здійснюється за рахунок штучно створеної реальності, яка стимулює рефлекторну активність, оцінює положення тіла і рівень його стійкості, спонукає до виконання впевнених рухів в просторі [4].

Перевагами використання інноваційних технологій та віртуальної реальності в фізичній реабілітації та військовій реабілітації може мати значний потенціал для покращення ефективності та індивідуальності процесу відновлення військовослужбовців:

✓ Персоналізований підхід: Інноваційні технології дозволяють створювати індивідуальні програми реабілітації, враховуючи конкретні потреби та можливості кожного військовослужбовця.

✓ Мімікрія в реальному часі: Віртуальна реальність може допомагати військовослужбовцям відтворювати реальні ситуації, з якими вони можуть зіткнутися в повсякденному житті або на службі, допомагаючи відновити фізичні та психологічні навички.

✓ Мотивація та залучення: Використання ігрових елементів та гейміфікації може стимулювати військовослужбовців до активної участі в процесі реабілітації, збільшуючи мотивацію та зацікавленість у досягненні результатів.

✓ Постійний моніторинг та зворотний зв'язок: Деякі інноваційні технології дозволяють постійно моніторити прогрес реабілітації та надавати відповідний зворотний зв'язок, що допомагає вчасно коригувати програми та методики.

✓ Зменшення ризику травматизму: Використання віртуальної реальності може допомогти військовослужбовцям відтворювати складні ситуації та тренувати реакції без реального ризику отримання травм [1].

TheraSuit — це неабиякий приклад того, як швидко розвивається сучасна реабілітація. Цей метод ґрунтується на наукових дослідженнях з епігенетики, неврології та фізіології фізичних вправ і призначений для дітей та дорослих з нейромоторними розладами. TheraSuit — це м'який динамічний ортопедичний костюм, що сприяє підсиленню м'язів і навчанню правильного руху. Він допомагає формувати корисні рефлекси та зменшує негативний вплив на суглоби, м'язи і сухожилля. Ця програма є ідеальним вибором для тих, хто прагне досягти своїх функціональних цілей швидше, ніж за допомогою традиційної терапії. Її головна мета — допомогти стати більш самостійним в повсякденних справах, таких як особиста гігієна, харчування та одягання.

Приклади обладнання з використанням віртуальної реальності включають такі системи, як "Девірта-Делфі 3Д" та "Девірта Делфі 1.0". Ці спорядження спрямовані на відновлення різноманітних функцій, таких як рухова активність та координація рухів, розвиток великої і дрібної моторики. STEPS Reabil - це програма, яка допомагає відновити фізичну активність, мову та впливає на психіку людини через постійне повторення спеціальних дій.

Також потрібно висвітлити обладнання Lokomat. Фізіологічний рух нижніх кінцівок забезпечує індивідуально регульований екзоскелет. Крім того, кути тазостегнового і колінного суглобів можна регулювати під час тренування у відповідності з конкретними потребами пацієнта. Під час реабілітації пацієнти потребують мотивації (випробування). Терапевти можуть допомогти пацієнтам досягти своїх цілей, встановивши параметри тренування відповідно до їх результатів. Пацієнти більш мотивовані на досягнення своїх цілей за допомогою різних ігрових вправ. Цей розширений зворотний зв'язок по ефективності збільшує ефект від тренувань на Lokomat. Дослідження показали, що при використанні активність і активація м'язів можуть бути значно збільшені [6].

Ще одним подібним обладнанням є Rewalk - роботизована система, яка дозволяє людям стояти і ходити. Це досягається завдяки програмі, яка автоматично визначає рухи, де людина може втратити рівновагу або потребує допомоги [5].

Такі пристрої можуть надавати зворотний зв'язок та інструкції для оптимального виконання вправ, а також допомагати виправляти неправильні рухові паттерни [2].

Висновки: В останні роки реабілітаційна галузь в Україні відзначається значним прогресом у багатьох аспектах, включаючи медичні, соціальні, фізичні та психологічні. Цей прогрес обумовлений переглядом законодавства та впровадженням нових методів і технологій. Використання інноваційних

технологій, таких як віртуальна реальність, є активним напрямом у розвитку сучасної реабілітації військових. Застосування віртуальної реальності дозволяє індивідуалізувати програми для кожного військовослужбовця, що сприяє більш ефективному відновленню порушених функцій. Особлива увага повинна бути приділена обладнанню, такому як TheraSuit, Lokomat та Rewalk, яке сприяє відновленню рухових функцій та покращенню якості життя. Важливу роль у процесі реабілітації відіграє мотивація, і використання ігрових вправ або інтерактивних систем, яка може допомогти підвищити її рівень та поліпшити результати.

Література:

Telli Yamamoto, Gonca & Altun, Deniz. (2021). Virtual reality (VR) technology in the future of military training. 79-93. URL: <https://www.researchgate.net/publication/358189901>

2. Johnson, R., et al. Biomechanical Sensors in Military Rehabilitation: Advancements and Applications. Journal of Military Science, 18(1), 2024. 78-91.

3. Smith, J. K., & Jones, L. M. Innovative Technologies in Military Rehabilitation: Enhancing Effectiveness and Individuality. Journal of Military Medicine, 25(2), 2021. 45-58.

4. Віртуальна реальність у медицині. URL: <https://lookinar.com/uk/virtualna-realnist/virtualna-realnist-u-medycyni/>

5. First ReWalk Personal Exoskeleton Claim Paid by Medicare. URL: <https://golifeward.com>

6. Lokomat pro (hocoma) роботизований реабілітаційний комплекс для відновлення ходи. URL: <https://med-technology.com.ua/ua/p776524599-lokomat-pro-hocoma.html>

7. The New Standard in Treatment for Cerebral Palsy. URL: <https://www.suittherapy.cz/therasuit.html>

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

*Іванна Яцкович,
бакалавр IV курсу,
спеціальності «227 терапія та реабілітація»
Науковий керівник: Людмила Русин
к.мед.н., доцентка*

Вступ. На сьогоднішній день Хвороба Паркінсона стає дедалі актуальнішою серед проблем теперішнього населення планети. Це естрапірамідне захворювання уражає в основному людей старших за віком. За

статисткою поширеність в Україні коливається від 108 до 257 випадків на 100 000 населення. Серед населення Західної Європи показник захворювання зростає до 4% серед населення віком старше 80 років.

З урахуванням тенденції до збільшення тривалості життя, а також старіння населення, проблема лікування Хвороби Паркінсона та відновлення втрачених функцій внаслідок захворювання стає все більш актуальною. [2, 3]

Фізична терапія широко застосовується для лікування людей з ХП. Традиційні методи фізичної терапії вже досить добре досліджені, і в даний час розробляються та оцінюються нові методи та підходи у цій області.

Фізична терапія та ерготерапія включає широкий спектр процедур та методів: масаж, лікувальне фізичне навантаження, спорт, нові звички та рутини в повсякденному житті, навіть творчі види спорту.[6]

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та вивчити особливості етіології, патогенезу, клінічного перебігу та факторів ризику, а також методів фізичної терапії, що допоможуть у лікуванні пацієнтів з хворобою Паркінсона та покращенні їх стану

Для досягнення мети визначаємо такі завдання:

- 1.Окреслити та визначити поняття хвороби Паркінсона.
- 2.Вивчити особливості етіології, патогенез та клінічний перебіг хвороби Паркінсона.
- 3.Розглянути методи діагностики хвороби Паркінсона.
- 4.Визначити роль фізичної терапії у лікуванні та реабілітації людей з хворобою Паркінсона та її ефективність, розробити програму.

Методи дослідження: теоретичний аналіз

Результати та їх обговорення.

Хвороба Паркінсона (ХП) - це поширене нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи, що порушує рухову функцію, включаючи брадикінезію (повільність рухів), тремор, ригідність м'язів та нестабільність постави. Це хвороба, яка часто розвивається у людей після 60 років. Хвороба Паркінсона виникає внаслідок поступового зменшення нейронів у дофамінергічній чорній субстанції нігостріатального шляху, що призводить до зниження рівня дофаміну у смугастому тілі головного мозку/

Крім того, існує синдром паркінсонізму, який включає в себе симптоми, подібні до Хвороби Паркінсона, але може бути спричинений іншими станами, такими як цереброваскулярні захворювання або інші нейродегенеративні розлади. Діагноз Хвороби Паркінсона ставлять лише після виключення інших захворювань, що мають схожі симптоми. Це через те, що симптоми, такі як тремор чи ригідність м'язів, не є специфічними лише для цієї хвороби і можуть

виявитися у різних станах. У випадках, коли лікар сумнівається у діагнозі через нетипову клінічну картину, може встановлюватися діагноз синдрому паркінсонізму. Це набір симптомів, які зазвичай характерні для Хвороби Паркінсона, але без однозначної підтверженої діагностики самої хвороби. Тому існує класифікація, яка включає такі типи як первинний, вторинний та атипичний паркінсонізм.[7,9,10]

Основні форми вторинного паркінсонізму включають лікарський, токсичний, посттравматичний, постенцефалітичний, викликаний об'ємними процесами, судинний, пов'язаний з гідроцефалією, та постгіпоксичний. Щодо атипичного паркінсонізму, він відноситься до групи нейродегенеративних розладів, які мають деякі подібні ознаки до Хвороби Паркінсона, але характеризуються відмінною клінічною картиною, гіршим прогнозом, та нечутливістю до лікування леводопою.[9,10]

Щодо етіології та причин виникнення ми вже розібрали основні причини, як лікарі розглядають як можливу етіологію Хвороби Паркінсона, проте є дослідження, що розглядає механізм виникнення ХП з зовсім іншої перспективи.

У своєму дослідженні Мануель Родрігез припускає, що процеси патогенезу хвороби Паркінсона можна розглядати як прояв локального старіння клітинних популяцій, які є вразливими при цьому захворюванні. Він описує ці клітини як особливо вразливі до факторів, які сприяють старінню, через наявність великої кількості синаптичних закінчень, мітохондрій, немієлінізованих аксонів та інших чинників. Нейрони, що піддаються дегенерації при хворобі Паркінсона, також відмирають під час природного старіння. Крім того, різні фактори, які призводять до розвитку цього захворювання, можуть впливати на процес старіння. Хоча старіння є загальним явищем, яке впливає на клітини по всьому організму, хвороба Паркінсона переважно обмежується певними областями мозку та групами клітин. [12]

Хвороба Паркінсона характеризується двома основними групами симптомів: моторними та немоторними.

Моторні симптоми:

1. Брадикінезія: Сповільнення рухів, що проявляється у зменшенні автоматичних та навмисних рухів, таких як жести, махання руками під час ходьби та інші. Це може також включати загальне збіднення рухів.
2. Тремор: Типово спостерігається як тремтіння у стані спокою, особливо у руках, але може мати інші форми.
3. Ригідність: Рівномірне підвищення тонуусу м'язів, що проявляється у твердості м'язів та застиганні кінцівки(-ок) у певному положенні.

4. Постуральна нестабільність: Включає в себе зміну ходи та розлади рівноваги, що підвищують ризик падінь.

Немоторні (нерухові) симптоми:

1. Вегетативні порушення: Включають дисфагію, запор, нетримання сечі, статеві дисфункції, ортостатичну гіпотензію, слинотечу, труднощі у ковтанні, м'який голос, жирну шкіру та інші.

2. Когнітивні відхилення та деменція: Можуть включати порушення пам'яті, тривогу та депресію.

3. Розлади сну: Включають порушення поведінки під час фази швидкого сну.

4. Інші симптоми: М'язовий біль, галюцинації, психотичні симптоми, мікрографія (зменшення почерку), маскоподібне обличчя та втрата чуття нюху (гіпоосмія).

Наголошується, що не у всіх випадках всі ці симптоми проявляються одночасно чи в одній особі. Хвороба Паркінсона може мати індивідуальний характер прояву в кожній людині.

Висновки. Хвороба Паркінсона - це хронічне нейродегенеративне захворювання, яке характеризується прогресуючими моторними та немоторними симптомами. Вона спричиняється деградацією дофамінпродукуючих нейронів у головному мозку та утворенням тілець Леві, що призводить до порушення передачі нервових імпульсів. Симптоми включають тремор, брадикінезію, ригідність м'язів, постуральну нестабільність, ходу та інші. Однак, точна причина виникнення хвороби залишається невідомою, хоча вважається, що до її розвитку сприяють як генетичні фактори, так і віковий фактор, а також зовнішнє середовище. Тому не можна точно сказати, хто захворіє, а хто – точно ні. Важливим у лікуванні є раннє виявлення, що полегшить процес відновлення та адаптації організму до нових обставин.

Фізична терапія є важливою складовою лікування, оскільки допомагає покращити стан і зменшити симптоми ХП. Програма реабілітації повинна бути індивідуалізованою, враховуючи потреби та мету кожного пацієнта. Методи реабілітації включають різноманітні форми фізичних вправ, таких як аеробні, силові, вправи для координації та балансу. Деякі дослідження показали користь від таких методів, як Тай Чі, танець (танго/вальс), біг/ходьба на біговій доріжці та скандинавська ходьба. Головне - забезпечити задоволення від фізичної активності, щоб стимулювати регулярність занять та полегшити процес відновлення.

Література:

- 1.Davie, Charles Anthony. "A review of Parkinson's disease." *British medical bulletin* 86.1 (2008): 109-127.
- 2.Golyk, V., et al. "Epidemiology and disability due to Parkinsons disease in Ukraine (12 years experience)." *Journal of the Neurological Sciences* 357 (2015): e198-e199.
- 3.Koliada, A. K., et al. "Genetic risk factors for Parkinson's disease in Ukraine." *Regulatory Mechanisms in Biosystems* 6.1 (2015): 45-50.
- 4.Radder, Danique LM, et al. "Physiotherapy in Parkinson's disease: a meta-analysis of present treatment modalities." *Neurorehabilitation and neural repair* 34.10 (2020): 871-880.
- 5.Borrione, P., Tranchita, E., Sansone, P., & Parisi, A. (2014). Effects of physical activity in Parkinson's disease: A new tool for rehabilitation. *World journal of methodology*, 4(3), 133–143. <https://doi.org/10.5662/wjm.v4.i3.133>
- 6.Davie C. A. (2008). A review of Parkinson's disease. *British medical bulletin*, 86, 109–127. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn013>
- 7.Rajput A., Noyes E. Parkinson disease - neurologic disorders - MSD manual professional edition. *MSD Manual Professional Edition*.

СЕКЦІЯ 3 ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ

МОРАЛЬНЕ ВИХОВАННЯ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ УЧНІВ В ПРОЦЕСІ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ І СПОРТОМ

*Олександр Білевич,
магістр I курсу,
спеціальність: 017 Фізична культура і спорт
Науковий керівник: Валерій Товт
к.пед.н., доцент*

Мета наукового дослідження. Обґрунтування засобів і методів морального виховання як фактору формування особистості учнів в процесі занять фізичною культурою і спортом.

Актуальність роботи Моральні якості, такі як дисциплінованість, відповідальність, правдивість, чесність, доброта, гуманність, культура поведінки, розуміння та прагнення до збереження загальнолюдських цінностей, є важливими для співпраці людей в окремому колективі, громаді, соціумі. Дотримання загальноприйнятих норм моралі дозволяє створювати комфортне середовище, уникати небажаних конфліктів, досягати високої групової злагодженості в роботі і, як наслідок, зберігати здоров'я та досягати високої продуктивності праці у всіх сферах діяльності. У зв'язку з тим, що моральні норми поведінки найкраще формуються в дитячому і юнацькому віці, проблема морального виховання в шкільному періоді, як фактору формування особистості є особливо актуальною. Моральні якості ефективно формуються в процесі занять руховою активністю, так як під час уроків з фізичної культури і спортивних заходів в процесі конкурентної боротьби за першість моделюються міжособистісні стосунки між учнями, учнями й вчителем, спортсменами і тренером. І якщо цей виховний процес знаходиться під контролем, то виховання відбуватиметься в правильному напрямі.

Огляд фахової літератури. Особливе місце у розвитку людини належить системі фізичного виховання й спорту. Ця соціально значима діяльність потребує нового підходу до формування особистості, який дозволяв би не тільки оволодівати спеціалізованими теоретичними знаннями, руховими навичками, розвивати важливі фізичні здібності, але також формувати морально-вольові якості, що в загальному підсумку потрібно для покращення працездатності, збереження фізичного і психічного здоров'я [2].

Фізична культура і спорт завжди були важливими елементами виховання моральних якостей, задоволення моральних та естетичних потреб особистості. Проблема формування особистості, у якій поєднується духовне багатство, моральна чистота й фізична досконалість, наразі стала пріоритетною у освітньому середовищі. Завдання в тому, щоби своєчасно сформувані у юного покоління загальнолюдські моральні цінності: патріотизм, чесність, доброту, сміливість, вірність, внутрішню культуру, почуття гідності, відповідальність за свої вчинки, ін. [3].

В наш час фізкультура і спорт відіграє роль своєрідного соціального чинника формування особистості, яка поєднує в собі духовне багатство, моральну чистоту й фізичну досконалість. Як зазначають науковці, фізична культура і спорт є не лише ефективним засобом фізичного розвитку, зміцнення й захисту здоров'я людини. Це також сфера спілкування, і соціальної активності людей, корисна форма організації дозвілля. В спеціальній літературі зазначається, що формування морально-вольових якостей учасників освітнього процесу – це цілеспрямований процес забезпечення сприятливих умов для навчання, трудової діяльності, фізичного і спортивного вдосконалення [4].

Особливо заняття спортом сприяють вихованню здатності долати внутрішні й зовнішні перешкоди, формують готовність завершувати почате, досягати високих результатів. Необхідною умовою виховання моралі є формування мотивів і переконань, в основі яких лежать вищі моральні цінності людства. Тому одне із завдань фізичної культури і спорту, відповідно до положень Нової української школи, є виховання в учнів високих моральних якостей. Роль спортивного тренера, учителя фізкультури в цьому контексті важко переоцінити, адже урок, чи тренування, полягає не лише в удосконаленні м'язів, але й у формуванні звички дотримуватися певних моральних норм, що регулюють відносини між людьми відповідно до їхніх спільних інтересів [1, 5].

Методи дослідження. В процесі дослідження використовувались такі методи: аналіз та узагальнення спеціальної літератури; опитування; педагогічне спостереження; інтерв'ювання; методи математичної статистики.

Результати дослідження. У процесі вивчення особливостей процесу формування моральних якостей виявлено, що під час уроків з фізичної культури та занять спортом, учні взаємодіють з вчителем (тренером), своїми однокласниками чи партнерами по тренуванню, судьями спортивних змагань. Це сприяє розвитку у них таких важливих моральних якостей, як дисциплінованість, відповідальність, справедливість, здатність до співпраці, ін.

Встановлено, у фізичному вихованні і спорті застосовуються різноманітні методи та засоби, спрямовані на виховання моральних якостей. Наразі накопичений значний досвід у цій сфері педагогічної роботи.

Для обґрунтування комплексу засобів і методів морального виховання проведено спостереження, за педагогічними прийомами виховання моральних якостей, які зазвичай використовують вчителі фізичної культури. До досліджень були залучені учні ЗЗСО. Аналогічне дослідження проведено і серед спортивних колективів в умовах тренувальних занять з обраних видів спорту. До досліджень залучено представників легкої атлетики, водного поло і волейболу.

Результати спостереження дозволили скласти перелік 5 засобів та 5 традиційних методів морального виховання. Доведено, що комбінація цих засобів та методів виховання є найбільш ефективною стратегією. Щоби сприяти розвитку моральних якостей у своїх вихованців вчителі та тренери використовували як особистий приклад, так і найбільш яскраві історії поведінки видатних постатей з літератури, аналізували реакції спортсменів на конфлікти під час змагань, пояснювали наслідки неконтрольованих емоційних дій. Найбільш часто використовувалися методи творчого пошуку і заохочення. Як виняток, в окремих випадках – це були дозволені педагогічні методи примусу. Серед засобів виховної дії застосовувалися спеціальні фізичні вправи, ігри та змагання, які дозволяли моделювати правильну поведінку на спортивних майданчиках. Рухова діяльність супроводжувалася роз'ясненням важливості морального вчинку. Прикладами прояву зразкової моральної поведінки слугували твори мистецтва на спортивну тематику.

Для визначення пріоритетності виховних методів, проведено анкетування 8 вчителів фізичної культури та 8 спортивних тренерів (надалі експертів). Завданням анкетування було визначення ефективності кожного із засобів та методів морального виховання. На основі аналізу анкет зроблено висновок, що особистий приклад вчителя є одним із найефективніших методів виховання. Наступними за пріоритетністю були методи заохочення і примусу, бесіди та роз'яснень, творчих завдань. Серед представлених в анкеті засобів занять у пріоритеті експертів були рухливі і спортивні ігри, командні естафети та спортивні змагання. Було доведено, ефективність виховання моральних якостей значно підвищувалася, якщо вчителі і тренери використовували дозволені способи покарання за прояви негативної поведінки і засоби заохочення за прояви моральних вчинків.

Перевірка ефективності методів морального виховання під час уроків з фізичної культури і занять спортом підтвердила, що вихованці, які брали участь

у заняттях з використанням запропонованих нами методів і засобів морального виховання, наприкінці дослідження проявляли кращу дисциплінованість, меншу конфліктність, хорошу командну співпрацю, повагу до учасників тренувального процесу, більшу емоційну урівноваженість.

Висновки. Застосування у фізичному вихованні і спорті запропонованих норм поведінки, пріоритетних засобів і методів виховної роботи підтвердило можливість виховувати в учнів здатності дотримуватися суспільних норм моралі і правил спортивної етики. В кінці дослідження, вихованці проявляли більше поваги до учасників спортивної боротьби, краще контролювали свої емоції в умовах конфліктних ситуацій, що відповідало загально прийнятим моральним цінностям, сприяло розвитку їх суспільної свідомості та формуванню позитивних поведінкових звичок.

Література:

1. Концептуальні засади реформування середньої освіти / упорядники Л. Гриневич, О. Елькін, С. Калашнікова, ін. К: МОН України, 2016. – 35 с.
2. Маріонда І.І. Формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури у процесі занять фізичною підготовкою і спортом: Монографія / І.І. Маріонда, Е.І. Сивохоп, В.А. Товт. - Ужгород: Вид-во ПП «АУТДОР-ШАРК», 2016. – 212 с.
3. Сивохоп Е.М. Особливості підготовки майбутніх вчителів фізичної культури / Е.М. Сивохоп, В.А. Товт, В.Я. Сусла: зб. матеріалів 74-ї підсумкової наук. конференції професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ. – м. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2020. – С. 33-34.
4. 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. – С. 171-183.
5. Хома Т.В. Вплив позакласних спортивних заходів на формування особистості школярів/ Т.В.Хома, В.А.Товт // Матеріали 75-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу Ужгородського національного університету. Факультет здоров'я та фізичного виховання. м. Ужгород. 2021. - С.79-81.

ВПЛИВ ФІТНЕС-ТРЕНУВАНЬ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ СТУДЕНТІВ

*Ростислав Дуркот,
студент-магістр 1-го р.н.
спеціальність: 017 Фізична культура і спорт
Науковий керівник: Едуард Сивохоп,
канд. пед. наук, доцент*

Постановка актуальності проблеми. Дослідження на тему «Вплив фітнес-тренувань на рівень фізичної підготовленості студентів» є надзвичайно актуальним і важливим. Дівчата віком від 17 до 20 років знаходяться на важливому етапі життя, коли формується їхнє здоров'я та фізична активність. Розуміння впливу фітнес-тренувань на їхнє здоров'я може мати довгостроковий ефект і допомогти у попередженні різних захворювань [1].

Аналіз наукових досліджень. Студенти закладів вищої освіти часто ведуть сидячий спосіб життя, що призводить до різних проблем зі здоров'ям. Використання фітнес-програми у фізичному вихованні студентів компенсує цей недолік і підтримує активний спосіб життя серед молоді. Дані програми сприяють удосконаленню фізичного здоров'я студентів, зміцненню м'язів, поліпшенню кардіореспіраторної системи та зниженню ризику хронічних захворювань [1,2,3].

Застосування фітнес-програм у фізичному вихованні допомагає формуванню здорових звичок, які студенти можуть утримувати протягом усього життя. З урахуванням цих факторів, дослідження вказаної теми може внести важливий внесок у вдосконалення фізичного виховання та забезпечує студентам інструменти для підтримки їхнього фізичного розвитку, фізичної підготовленості, загального благополуччя та академічного успіху [1,4,5,6].

Мета дослідження: обґрунтувати ефективність розробленої фітнес-програми на основі вивчення рівня фізичної підготовленості.

Для досягнення мети були використані наступні методи дослідження: теоретичні методи аналізу; педагогічне тестування; статистичний аналіз.

Один з ефективних методів покращення здоров'я студентів та підвищення фізичних характеристик організму, таких як сила, швидкість, витривалість, спритність та гнучкість м'язів та суглобів, полягає в заняттях фітнесом.

Наші дослідження проводилось з 09.2023 р. по 04.2024 р. В ньому прийняли участь 17 студенток 1-3 курсів, 5 структурних підрозділів ДВНЗ «УжНУ», віком від 17 до 20 років. База дослідження - кафедра фізичного

виховання.

Протягом чотирьох місяців студентки 1-3 курсів ДВНЗ "УжНУ" брали участь в оздоровчих фітнес-тренуваннях за нашою розробленою фітнес-програмою. Заняття з фітнес-тренування проводилися два рази на тиждень за розкладом занять груп спортивного удосконалення, тривалістю по 60 хвилин та самостійних занять 2-3 рази на тиждень, тривалістю по 20-30 хвилин, на основі вибору відповідної інтенсивності навантаження. Заняття передбачали застосування: загально розвиваючих, спеціальних вправ на всі м'язові групи, щільність занять – 70-80%. Аналіз ефективності оздоровчої фітнес-програми проводилося на підставі визначення динаміки змін показників фізичної підготовленості учасниць дослідження.

Для оцінювання швидкості нами застосований тест біг - 100м., витривалості - 2000 м. Вибухову силу визначали за тестом стрибок у довжину з місця. Для дослідження спритності застосовували тест човниковий біг 4x9 м., сили застосовували тест згинання та розгинання рук в упорі лежачи.

Проведений аналіз середніх показників фізичної підготовленості студенток 1-3 курсу ДВНЗ «УжНУ до початку дослідження (у дослідженні ми використовували тести та нормативи щорічного оцінювання України та шкалу результатів виконання тестів та нормативів фізичної підготовленості студентської молоді), вказує, що показники швидкісно-силових якостей (стрибок у довжину з місця см.), швидкості (біг на 100 м.хв.) та спритності (човниковийбіг 4x9 м.с.) знаходиться на середньому рівні.

Показники витривалості, який ми оцінювали контрольною вправою – біг на 2000 м. (с) та сили згинання та розгинання рук в упорі лежачи на початку дослідження знаходилися на низькому рівні фізичної підготовленості. Результати підтвердили дані, що аеробна витривалість та сила – найслабші розвинені фізичні якості студенток віком 17-20 років. [1,3,4].

Загальна якісна оцінка рівня фізичної підготовленості учасниць дослідження - є задовільною 13 балів, відповідно до шкали результатів випробовування фізичної підготовленості населення України і нормативів для студентської молоді.

У ході дослідження в кінці навчального року учасниці педагогічного експерименту знову виконували ті самі контрольні вправи.

Дослідження показали, що рівень фізичної підготовленості студенток 1-3 курсу ДВНЗ «УжНУ», які займалися за розробленою методикою в основі якої заняття оздоровчою аеробікою визначений за шкалою результатів виконання тестів та нормативів для студентської молоді, як достатній (оцінка рівня фізичної підготовленості 16 балів).

Практичні рекомендації, які можуть сприяти покращенню їхньому здоров'ю та фізичної підготовленості:

- рекомендуємо проводити фітнес-тренування регулярно, кілька разів на тиждень, постійність є ключовим аспектом для досягнення результатів;

- додайте різноманітність у вашу програму тренувань, включаючи аеробні вправи, силові тренування, розтяжку та розвивальні заняття, це допоможе розвивати різні аспекти фізичної підготовленості;

- кожна особа унікальна, і програма тренувань повинна враховувати індивідуальні особливості дівчат віком 17-20 років, такі як рівень фізичної підготовленості, мету та обмеження;

- здорове харчування є важливою частиною досягнення фізичної підготовленості та здорового стану, рекомендуємо споживати збалансований раціон, включаючи достатню кількість білків, овочів, фруктів, зерен та здорових жирів;

- важливо дотримуватися правильного підходу до навантажень, уникаючи перевантаження та травм, консультація з професійним тренером може бути корисною для розробки індивідуальної програми тренувань;

- рекомендуємо розпочинати тренування з легких аеробних вправ, таких як біг на місці, стрибки, колові рухи рук, ніг та тулуба, щоб підготувати м'язи до фізичних навантажень;

- додавання статичних вправ із зовнішнім опором, таких як вправи з гантелями, може допомогти зміцнити м'язи та покращити фігуру;

- рекомендуємо регулярно відслідковувати показники здоров'я, такі як артеріальний тиск, пульс, рівень холестерину, щоб вчасно виявити будь-які зміни та реагувати на них;

- регулярно відслідковуйте прогрес рівня фізичної підготовленості та, при необхідності, коригуйте програму тренувань відповідно до своїх цілей та потреб.

Висновок.

У дослідженні доведено ефективність розробленої методики проведення рекреаційно-оздоровчих занять з пріоритетним використанням засобів аеробіки. Результати досліджень переконливо свідчать про те, що фітнес-тренування надають виражений позитивний вплив на характер змін показників фізичної підготовленості.

Література:

1. Воловик Н.І. Основи оздоровчого фітнесу: Навчальний посібник / Н.І. Воловик. – К.: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2010. – 240 с.

2. Козар Ю.Ю., Сивохоп Е.М. Фізична рекреація як складова здорового способу життя сучасної людини. Україна та світ під впливом викликів сьогодення: кол. моногр. Харків: СГ НТМ «Новий курс», 2023. С.49-56.

3. Русин Л. Роль здоров'язберезувальних технологій в освітньому середовищі закладів вищої освіти в умовах воєнного стану /Л. Русин, К. Мелега // Особливості підготовки спеціалістів по збереженню та зміцненню здоров'я населення в надзвичайних ситуаціях глобального характеру: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (9 червня 2023 р.). — Ужгород : ДВНЗ «УжНУ», 2023. — С. 107-110.

4. Вплив аеробних фізичних навантажень на показники працездатності та успішності студентів. Товт В.А., Сивохоп Е.М., Маріонда І.І. Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. - Випуск 5К (61) 15. - 287 с.

5. Товт В. А. Теорія і технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності / А. Товт, І. Маріонда, Е. Сивохоп, Я. Сусла // Навчальний посібник для викладачів і студентів. – Ужгород, ДВНЗ «УжНУ», «Говерла». – 2015. – 88 с.

6. Тулайдан В. Г. Оздоровчий фітнес : навч. посіб. – 2-е вид. з контр. питаннями і допов. – Ужгород : ТОВ "Бест-Принт", 2020. – 142 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ОСНОВ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

*Софія Падун,
студентка 2 курсу денної форми навчання
спеціальності 014 СО (Фізична культура)
Науковий керівник: доц. Вікторія Тулайдан*

Вступ. Система фізичного виховання - історично зумовлений тип соціальної практики фізичного виховання, який являє собою сукупність ідеологічних, програмно нормативних, теоретико-методичних та організаційних основ. Зазначені компоненти об'єднані соціально-економічним розвитком суспільства. Кожна соціальна система розвитку суспільства зумовлює розвиток системи фізичного виховання. Головна її функція - фізичне вдосконалення людей. Результативність функціонування системи залежить від її цільової направленості і вдосконалення елементів, які входять в неї. Згідно Закону України «Про фізичну культуру і спорт», (стаття 26) - заклади загальної середньої, спеціалізованої, професійної (професійно-технічної) освіти з

урахуванням місцевих природних умов, інтересів учнів самостійно визначають зміст, форми і засоби їх рухової активності, методи проведення занять з фізичної культури та організують позаурочну фізкультурно-спортивну роботу за участю закладів позашкільної освіти, громадських об'єднань фізкультурно-спортивної спрямованості [1]. Важливість цього процесу важко переоцінити. Ще з дошкільних років батьки заохочують дитину до занять фізичними вправами, адже саме у цьому віці організм активно розвивається. Регулярні заняття фізичною культурою сприяють розвитку швидкості, витривалості, гнучкості, сили та спритності. Також виконання фізичних вправ дає змогу вирішувати наступні оздоровчі завдання: формування правильної постави, загартування, профілактику плоскостопості, що надзвичайно важливо для гармонійного розвитку особистості [3].

Постановка завдання. Охарактеризувати і проаналізувати організаційні основи системи фізичного виховання та визначити найбільш прийнятні для студентської молоді.

Викладання основного матеріалу. Основною формою занять у фізичному вихованні школярів є урок фізичної культури. Урок – це цілісний, логічно завершений, обмежений у часі, регламентований обсягом навчального матеріалу основний елемент педагогічного процесу, який забезпечує активну й планомірну навчально-пізнавальну діяльність групи учнів певного віку і рівня підготовки, спрямовану на розв'язання визначених завдань. Урок фізичної культури проводять з постійним складом учнів даного класу, за постійним розкладом, у визначені дні та години тижня протягом 45 хвилин. Вони у своїй сукупності забезпечують систематичне надбання того мінімуму знань та рухових навичок, які передбачені освітньою програмою. [2].

Структура уроку передбачає його побудову з трьох взаємопов'язаних частин. Кожна з них вирішує свої завдання, які об'єднані загальною метою.

Підготовча частина – 12-15 хв, вирішує такі завдання: організує та дисциплінує учнів, функціонально готує системи організму до роботи в основній частині. Основна частина – 20-25 хв, вирішує завдання у вивченні, вдосконаленні чи контролі виконання вправ, а також у формуванні рухових навичок розвитку фізичних здібностей, вихованні моральних, естетичних, вольових та розумових. Заклучна частина – 5 хв може складатися з декількох підрозділів і вирішувати наступні завдання: повернення організму у відносний стан спокою, прибирання місць занять, підведення підсумків, отримання домашнього завдання якостей.

Другою формою організації занять виступають позаурочні заняття. Їх головною функцією позаурочних форм занять є створення найсприятливіших

умов для виховання звички до систематичних занять. Характерною рисою позаурочних форм занять є їхня добровільність, тому організатори повинні піклуватися про те, аби викликати в учнів зацікавлення до них. Це досягається передусім їх високою емоційністю. Дуже важливо, щоб кожен учень міг проявити себе в них незалежно від рівня своєї підготовленості [4].

Третя форма організації занять фізичними вправами передбачає заняття оздоровчо-гігієнічного характеру: ранкова гімнастика, фізкультурні паузи і хвилинки, рухливі ігри і інші. Основною метою таких занять є активний відпочинок, відновлення і зміцнення здоров'я, збереження і підвищення працездатності протягом навчального дня. Так, основною метою ранкової гімнастики є оптимізація переходу від сну до початку роботи або навчання. Загалом, за допомогою оздоровчої гімнастики покращується постава, самопочуття, вирішуються оздоровчі завдання та покращується настрій. Під час виконання комплексу вправ потрібно стежити за самопочуттям, правильним диханням та контролювати частоту серцевих скорочень.

Остання форма передбачає активний відпочинок. Це спосіб проведення вільного часу, при якому людина займається активними видами діяльності, що потребують фізичної роботи організму. Часто це непрофесійні заняття певними видами спорту, спортивні тренування у спрощених умовах, змагання без офіційних правил, для власного задоволення, підняття життєвого тону. Потреба в активному відпочинку зумовлена передусім біологічною природою організму та його фізіологією, на неї негативно впливають соціальні та психологічні навантаження. На відміну від пасивного, активний відпочинок супроводжується швидким і глибоким відновленням сил.

Задля оптимізації досягнення мети, ми провели опитування серед студентів УжНУ різної статі, віку та функціональних можливостей. В експерименті прийняв участь 21 студент. Одним із фактором організації фізичних вправ є оздоровчо-гігієнічна гімнастика. Ця базова звичка притаманна 23 % студентів. Натомість, 27 % ніколи не виконували ранкову гімнастику, а 50 % роблять її інколи. На нашу думку, під час організації занять фізичними вправами протягом навчального дня потрібно постійно враховувати індивідуальні здібності студентів. Проте, 22 % респондентів вважають, що на заняттях цього не відбувається. Однак, 77 % опитаних дотримуються думки, що індивідуальні здібності студентів враховуються на заняттях з фізичного виховання. На сформульоване нами питання «Що є найважливішим для організації занять фізичними вправами (спортивні секції/навчального заняття)?» 45 % вважають методику проведення заняття найважливішим аспектом у його проведенні. Лише 9 % опитаних відповіли, що найбільш важливими є методи проведення

заняття. Від вибору методів залежать способи проведення заняття, його щільність та навантаження учнів під час уроку. Форма проведення уроку як найважливіший показник імпонує 28 % студентів. 18 % опитаних надали перевагу дидактичним методам проведення заняття, що забезпечують ефективність заняття, різноманітність підходів та сприяє цілісний розвиток учня.

Висновки. Аналіз науково-методичної літератури свідчить про різноманітність організації занять фізичними вправами. Вона залежить від наступних факторів: фізичного стану, функціональних можливостей, віку та навколишнього середовища. Ефективна організація занять фізичними вправами включає в себе врахування індивідуальних потреб особистості, забезпечення безпеки під час занять та оздоровчо-гігієнічні чинники. Одним з найбільш доступних аспектів організації фізичних вправ є оздоровча гігієнічна гімнастика. У половини опитаних студентів нема стійкої звички до виконання ранкової гімнастики, в той час як 23 % опитаних виконують її регулярно. 27 % студентів ніколи не виконували оздоровчу гімнастику, що свідчить про те, що їм не притаманна звичка підтримувати свій функціональний стан. Частою помилкою під час організації занять фізичними вправами є те, що керівники навчального процесу не враховують індивідуальні особливості студентів. За нашими даними так вважають 23 % респондентів. Натомість, 77 % опитаних дотримуються думки, що індивідуальні здібності студентів повністю враховуються. Це свідчить про недосконалість процесу організації занять фізичними вправами (не врахування дидактичних принципів, неправильно підібрана методика, методи та форми заняття).

Література:

1. Закон України «Про фізичну культуру і спорт», (стаття 26)
2. Методика організації уроку гімнастики у загальноосвітній школі. Тулайдан В.Г., Шелехова Т.В. – Ужгород, «Бест-Принт». 2021. С.5.
3. Теорія і методика фізичного виховання. Навчальний посібник. Загальні основи теорії та методики фізичного виховання. Круцевич. Том 1. С.10) видавництво. Місто. Рік видання. Том 1. С. 10.
4. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Шиян Б.М. 2 частина, 2 розділ. Тернопіль, 2002р.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТРЕНАЖЕРІВ ТА СУЧАСНОГО ОБЛАДНАННЯ У СПОРТИВНИХ ІГРАХ

*Максим Роман,
студент 1 курсу*

*Спеціальність: 017 Фізична культура і спорт
Науковий керівник: Наталія Семаль
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент*

Вступ. Сучасні тренажери та технічні інновації у сфері фізичної культури і спорту є частиною світового прогресу, так як кожна галузь діяльності людини зазнає змін або покращення. Тренажери не є винятком, вони є складовою в тренувальній діяльності спортсменів та інструментом в руках тренерів.

Спортивні ігри широко розповсюджені серед різних верст населення, та включені до освітніх програм у закладах вищої освіти. Вони є ефективним засобом розвитку рухових якостей і фахового зростання студентської молоді. Важливим завданням навчальних дисциплін спортивного спрямування є оволодіння теоретичними знаннями, практичними навичками з фізичної та техніко-тактичної підготовки студентів для майбутньої професійної діяльності. Тому важливість застосування тренажерів та інноваційного обладнання у реаліях навчального процесу зростає за для досягнення кращих результатів студентів в різних видах спорту.

Не втрачає актуальності і не викликає сумніву, що існує необхідність оновлення матеріально-технічної бази для проведення занять зі студентами, використання тренажерів, обладнання та сучасного спортивного інвентарю, а також вдосконалення форм організації, щодо технічної і фізичної підготовленості.

Мета дослідження – проаналізувати види сучасних тренажерів та обладнання в ігрових видах спорту, з'ясувати їх актуальність та вплив на фізичну та техніко-тактичну підготовку.

Методи дослідження - теоретичний аналіз та узагальнення науково-методичної літератури, джерела Інтернет, вивчення практичного досвіду фахівців фізичної культури і спорту.

Огляд фахової літератури з посиланням на джерела. В умовах сьогодення технічний прогрес спортивної індустрії не оминув і спортивні ігри. Сучасні тренувальні технічні пристрої та тренажерне обладнання успішно використовуються як у загальній, так і у спеціальній фізичній та технічній підготовці кваліфікованих спортсменів [1]. Аналіз методичної літератури, вивчення досвіду фахівців-практиків та наші особисті спостереження вказують

на те, що важливим засобом, який збільшує ефективність виконання техніко-тактичних вправ, який впливає на їх варіативність у спортивній підготовці студента є сучасне тренажерне обладнання [3].

За результатами досліджень Гринченко І.Б, Ісаєва О.Г., Тихонової А.О., застосування тренажерів та сучасного обладнання під час навчально-тренувальних занять дозволяє враховувати індивідуальні особливості окремого спортсмена, що проявляється у ряді переваг у порівнянні з традиційними засобами навчання техніко-тактичних ігрових вправ.

Результати. З проаналізованих сучасних тренажерів можна виділити та розглянути наступні: Тренажер «Рухомий блок» надає можливість удосконалювати техніку атакуючих ударів від блоку в аут, ударів вище блоку між рук спортсменів, які блокують, здійснювати елементи індивідуальної страховки під час виконання ударів у блок. Це корисний та доцільний тренажер який дозволяє спортсменам відтворювати ігрові ситуації.

Футбольна гармата для подачі м'ячів, це універсальний тренажер за допомогою якого спортсмени можуть покращити прийом м'яча швидкість реакції на відтворені ігрові ситуації з використанням гармати. Він дозволяє подавати м'яч з визначеною швидкістю, висотою та кутом. Для покращення навичок та умінь воротарів теж використовують цей тренажер. Його можливості дозволяють використовувати його для тренувань з м'ячем різних діаметрів та ваги.

Тенісний тренажер НР-07 для настільного тенісу, цей тренажер має функцію подачі м'ячів на тенісний стіл з точністю яка притаманна тренажерам з програмним забезпеченням. На цьому тренажері спортсмен має можливість відпрацьовувати прийняття м'яча з різною (на перед виставленою) швидкістю польоту м'яча та сторони обертання м'яча верх, вниз, вліво та вправо, також регулювання сили обертання. Є можливість відтворення 36 комбінацій у площинах. Також можна налаштувати інтервал між подачами м'ячів.

Амортизатори для волейбольного м'яча дозволяють відпрацьовувати елемент удару по м'ячу та подачі. Дозволяє встановлювати необхідну висоту м'яча. Він розвиває координацію рухів і покращує техніку виконання елемента. Конструкція тренажера являє собою дві стійки на які кріпляться лямки амортизаторів та застібки для закріплення м'яча по центру.

Екран для футзальних та футбольних воріт використовують для відпрацювання та вдосконалення точності ударів, координаційний та технічних якостей на тренуваннях. Футбольна сітка для відпрацювання точності удару кріпиться на футбольні ворота спеціальними, міцними поліестеровими

шлейками. Футбольний екран кріпиться на стандартні футзальні (гандбольні) ворота розміром за допомогою поліестерових шлейок із засувками.

Висновки:

1. Процес фізичної та техніко-тактичної підготовки у спортивних іграх потребує перегляду та переосмислення з точки зору технічного забезпечення, а також форм та методів проведення навчально-тренувальних занять.

2. Оновлення традиційного інвентарю, впровадження сучасного та залучення інноваційного обладнання дозволить покращити якість освітнього процесу в ЗВО, як у фізичній підготовці так і в підготовці майбутніх фахівців в сфері фізичної культури і спорту.

Література:

1. Використання технічних засобів в процесі тренування. URL: <https://xreferat.com/103/3259-1-vikoristannya-tehn-chnih-zasob-v-v-procestrenuvannya.html>

2. Гринченко, І.Б., Ісаєв, О.Г., Тихонова, А.О. (2019). Вдосконалення рівня фізичної підготовленості юних волейболістів за допомогою тренажерного обладнання. Технології збереження здоров'я, реабілітація і фізична терапія. 3, 26–31.

3. Павленко В.О. Сучасні технології підготовки в обраному виді спорту [підручник] В. О. Павленко, Е.Ю. Насонкіна, Є. Є. Павленко – Харків, 2020. С.10-11.

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ МОТИВАЦІЇ УЧНІВ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ

*Еріка Сивохоп,
студентка 3 курсу,
спеціальність: 014.11 Середня освіта(Фізична культура)
Науковий керівник: Михайло Молнар
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент*

Актуальність теми. За роки незалежності в Україні розроблена і діє нормативно-правова база в галузі освіти, спрямована на вирішення завдань збереження, зміцнення та формування здоров'я дітей, підлітків і дорослих, розвиток соціально активної, фізично і психічно здорової особистості. Достатній рівень рухової активності учнівської молоді є основою їх нормального фізичного розвитку. З іншого боку, недостатня рухова активність негативно впливає на більшість функцій організму і є чинником виникнення і

розвитку різних захворювань.

У зв'язку з цим у динаміці виховання учнівської молоді в закладах загальної середньої освіти фізична культура є фундаментальною основою їх підготовки до дорослого життя, яка включає інтегративний ланцюг рухової культури особистості зі збереженням індивідуального підходу до формування психологічного, емоційного та фізичного потенціалу розвитку кожного учня. Цінності фізичної культури набуваються учнями в процесі їх активної діяльності, а ефективність цього процесу залежить від реалізації принципу інтеграції фізичного, інтелектуального і духовного потенціалів особистості.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити методику формування особистісно-орієнтованої мотивації відповідно до ціннісних орієнтацій учнів під час занять різними видами рухової активності.

Завдання дослідження: вивчити рівень розробленості досліджуваної проблеми у програмно-нормативних джерелах та спеціальній психолого-педагогічній, науково-методичній літературі; визначити найважливіші мотиваційні пріоритети до занять фізичною культурою відповідно до досвіду рухової активності школярів; розробити методику фізичної культури з урахуванням ціннісних орієнтацій учнів щодо форм і видів рухової активності.

Об'єкт дослідження – фізична культура учнів старшого шкільного віку.

Предмет дослідження – особливості формування індивідуальної мотивації учнів до рухової активності.

Аналіз потреб учнів у сфері фізичної культури виявляє протиріччя між домінуючою і морально застарілою моделлю фізичного виховання та новими, більш гнучкими і нетрадиційними його видами і формами. Водночас інноваційна діяльність учителів фізичної культури супроводжується їхньою здатністю змінювати традиційні та професійно закріплені форми викладання.

Система ціннісної мотивації, її розвиток і значення для особистості є глибинним механізмом самооцінки фізичних можливостей організму і навіть якості життя. Розвинена система ціннісних орієнтацій відповідає гуманістичному розумінню сенсу життя, характеризує структуру особистості і спонукає людину до поведінки, яка є цінною з точки зору зміцнення здоров'я. І важливим наслідком такої поведінки має бути фізична підготовленість, вдосконалення рухових навичок та здоровий спосіб життя. І чим сильніша мотивація до мети формування фізичної підготовленості і, відповідно, покращення рівня здоров'я, тим сильніше позитивне емоційне прагнення до систематичних занять фізичними вправами.

Для того, щоб виховати звичку дбати про збереження і зміцнення свого

здоров'я, формувати мотивацію до занять фізичною культурою, цілеспрямовано використовувати засоби фізичного виховання для вирішення інших важливих завдань, необхідно розуміти її соціальну роль у гармонійному розвитку особистості, науково-біологічні та практичні основи фізичної культури, ставлення до здорового способу життя і важливість регулярних занять фізичними вправами та спортом

Разом із загально прийнятими трактуваннями терміну "мотивація", нами обґрунтовані його інші значення. Так, до основних значень цього терміну належать:

- 1) внутрішні причини поведінки або діяльності;
- 2) певна сукупність мотивів та інших чинників, які організовують і спрямовують поведінку людини;
- 3) процеси, що визначають поведінку та діяльність, зумовлені внутрішніми (психічними, фізіологічними) та зовнішніми (професійними, соціальними, економічними) чинниками.

Ціннісне ставлення до фізичного виховання відображає інтеграцію знань, ціннісних орієнтацій, особистісних якостей і практичних навичок у сфері фізичної культури, активно-позитивне сприйняття новітніх методик фізичного виховання, готовність до саморефлексії та самоосвіти. На практиці це гарантує свідомий вибір дій на основі нормативних, фізичних і моральних принципів. Цінності для фізичної культури є основним регулятором поведінки людини, який закріплюється в її звичаях, традиціях, принципах життя і професійної діяльності, психічному стані, поведінці та якостях.

Організація педагогічного процесу фізичного виховання з використанням методичних прийомів формування в учнів мотиваційних потреб до особистого здоров'я створює умови для побудови необхідного логічного ланцюжка через усвідомлення потреб. Іншими словами, це процес, який формує знання, вміння та мотивацію щодо використання засобів і методів фізичного виховання з метою залучення учнів до активних занять руховою активністю, педагогічного впливу вчителя на формування особистісних якостей учня, зміцнення його фізичного і психічного здоров'я та трансформації знань про користь рухової активності і посилення мотивації до цієї діяльності.

За результатами наших досліджень, навчальний процес, заснований на специфічних і загальноприйнятих методичних прийомах, спрямованих на ефективне використання засобів фізичного виховання, створив умови для формування особистісно-орієнтованої мотивації до занять фізичною культурою з урахуванням рухового досвіду школярів.

Висновки.

1. Аналіз педагогічної, психологічної та фахової літератури з теорії та методики фізичного виховання, сучасних підходів до змісту, організації та впровадження ціннісно-орієнтованої системи виховання школярів до систематичних занять фізичними вправами актуалізує проблему дослідження формування особистісно-орієнтованої мотивації до занять фізичною культурою на основі рухового досвіду.

2. Формування мотивації учнів до занять фізичною культурою найефективніше здійснюється на основі якісного вдосконалення навчально-виховного процесу з предмету "фізична культура", що базується на використанні такої методики проведення уроків, яка розвиває не лише суто фізичні якості, а також впливає на мотиваційну сферу та сприяє зміні ставлення до фізичного виховання загалом.

Література:

1. Саїнчук М.М. Формування ціннісних орієнтацій в сфері фізичної культури і спорту учнів старших класів у процесі фізичного виховання : автореф. канд. наук з фізичного виховання і спорту, 24.00.02 / М.М. Саїнчук. - Київ. 2012. - 22 с.

2. Томенко О.А. Теоретико-методологічні основи неспеціальної фізкультурної освіти учнівської молоді: автореф. дис. д-ра наук з фіз.виховання і спорту: 24.00.02 / О.А. Томенко; НУФВСУ. - К., 2012. - 38 с.

3. Фішев Ю.О. Оцінка мотиваційних факторів до занять студентів фізичною культурою / Ю.О. Фішев, Л.С. Луценко, Р.М. Щербак // Слобожанський науково-спортивний вісник. - Харків., 2012. - №3. - С. 164-169.

4. Navarro S.E. S-B Motivational Factors and Physician Advice for Physical Activiti in Older Urban Adults / S.E. S-B Navarro, J.L.G. Sanz, J.M. delCastillo, M.M. Rodriguez // Journal of Aging and Physical Activati, 2007, 15, 241-256.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОГО САМОВДОСКОНАЛЕННЯ УЧНІВСЬКОЇ ТА СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

*Катерина Тимочко,
студентка 3 курсу
спеціальності 017 Фізична культура і спорт
Науковий керівник: Наталія Бондарчук
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент*

Актуальність проблеми. Сьогодні, на тлі зниження фізичної активності та погіршення стану здоров'я учнівської і студентської молоді, актуальною проблемою її фізичного виховання постає проблема самовиховання і

самовдосконалення. Але процесу цілеспрямованої, усвідомленої, планомірної роботи старшокласників і студентів над собою, зорієнтованої на формування високої фізичної культури особистості, приділяється надто мало уваги. Отже, існуюча система фізичного виховання старшокласників і студентів потребує оновлення за рахунок використання інноваційних підходів, які включали би підвищення мотивації молоді до фізичного самовдосконалення, побудову нових відносин між педагогами, учнями та студентами, використання варіативності навчально-тренувального процесу, нові шляхи виховання творчості й ініціативи як школярів і студентів, так і вчителів та викладачів фізичної культури.

Аналіз наукових досліджень. У тезах доповіді використано сучасні ідеї щодо виховання в молоді самостійності у прийнятті рішень та керування самостійними фізкультурними заняттями старшокласників і студентів (Р. Гриценюк та ін., 2018; М. Ходунова 2011; А. Цьось та ін., 2008); інтенсифікація позашкільного фізичного виховання молоді, її самоконтроль свого фізичного і психічного стану (Л. Цюпак 2008; Л. Ярославська 2013); формування в молоді стійкої орієнтації на дотримання здорового способу життя та організаційно-педагогічні засади його формування (Б. Зубрицький та ін., 2020).

Метою доповіді є короткий аналіз сучасного стану різних аспектів фізичного самовдосконалення старшокласників і студентів та розробка методики підвищення його ефективності.

Виклад основного матеріалу. Джерелами підвищення ефективності процесу фізичного виховання виступають формування в молоді інтересу до нього і стійкості відповідної мотивації, установок на самостійні заняття фізичними вправами і тренування в рамках позашкільного фізичного виховання, на дотримання здорового способу життя. Ефективність забезпечується, крім іншого, вмілим використанням засобів навчання й виховання, плідною співпрацею старшокласників і студентів з учителями та викладачами фізичної культури, пошуками нестандартних засобів вирішення завдань і досягнення своїх цілей.

Надзвичайно важливим у підвищенні ефективності фізичного самовдосконалення є формування мотивації до нього, яке слід розглядати в рамках формування ціннісного ставлення до власного здоров'я, що відбувається за двома напрямками: з одного боку, когнітивним, емоційно-оцінним, прогностичним, з іншого – поведінковим, безпосередньо фізичним [1; 2]. Без педагогічного формування відповідних мотивів та інтересів підвищення ефективності фізичного самовдосконалення неможливе. Мотиваційна людина більш ефективно реалізує свою справу, а головне – вона здатна на максимальну

віддачу своїх духовних і фізичних сил, якщо цього вимагає досягнення поставленої мети [2; 5; 6]. Важливо, щоб формування мотивації до фізичного самовдосконалення здійснювалося паралельно з вихованням волі в ході усвідомленого подолання труднощів на шляху досягнення поставлених завдань і формуванням стійкого інтересу до фізичного самовдосконалення.

Важливою умовою підвищення ефективності фізичного самовдосконалення школярів та студентів є виховання в них самостійності й бажання самостійно займатися фізичними вправами. Перш за все, повинен бути взятий за основу такий підхід, за якого значне місце у процесі фізичного виховання молоді відводиться організації та самоорганізації самостійних занять. Під самоорганізацією навчально-фізкультурної діяльності слід розуміти самокероване, самостійне здійснення такої діяльності, детермінованої власними стійкими мотивами, у найбільш зручній і раціональній спосіб і час її виконання.

Ще один важливий засіб підвищення ефективності фізичного самовдосконалення учнівської та студентської молоді – застосування нових підходів та інноваційних освітніх технологій, які можуть сприяти навчанню самоаналізу, пошуку ефективних методик індивідуального саморозвитку і самовдосконалення. Ряд фахівців під інноваційною освітньою технологією розуміють цілеспрямовану систему дій, яка реалізується в педагогічній практиці, щодо діагностування навчальних цілей і завдань, визначення раціональних засобів їх досягнення у вигляді конкретних результатів навчання. В якості прикладу можна навести новітні електронні навчально-методичні комплекси, які можуть ефективно використовуватися для самостійної роботи над собою [3; 4].

Самооцінку фізичного самовдосконалення молоді та сприяння йому вчителів і викладачів виявлено на основі результатів чотирьох опитувань, проведених у базових закладах освіти шляхом групового анкетування з використанням закритих анкет.

За допомогою опитування було визначено об'єктивні та суб'єктивні чинники, що впливають на формування мотивації старшокласників і студентів до фізичного самовдосконалення. В рейтингу об'єктивних чинників, які позитивно впливають на формування такої мотивації, на перших місцях такі чинники як авторитет і поради батьків і членів сім'ї – 34% (для дівчат-старшокласниць і студенток – 50%). В рейтингу об'єктивних чинників, що негативно впливають на формування мотивів до фізичного самовдосконалення, перші місця серед усіх опитаних посідають рівень вимог навчальної програми (51,9%). Приємно показово, що останнє місце в цьому загальному "рейтингу

негативу" посідає вплив учителя або викладача фізичної культури. В рейтингу суб'єктивних чинників, що позитивно впливають на формування мотивів до фізичного самовдосконалення, найбільш значимими є усвідомлення необхідності збереження і зміцнення здоров'я (68,1% для всіх респондентів). Результати дослідження значимих для молоді параметрів здорового способу життя, яких вона дотримується, показали, що 61,3% опитаних завжди дотримуються раціонального режиму навчання, але дуже мало старшокласників і студентів дотримуються режиму відпочинку і сну. Виявлено, що більшість старшокласників і студентів нехтують і самостійними заняттями фізичною культурою. Серед усіх опитаних 84% ніколи не займаються гімнастикою в режимі учбового дня. Вчителі та викладачі фізичної культури у справі підвищення ефективності фізичного самовдосконалення учнівської та студентської молоді найбільшою мірою розраховують на вироблення в учнів і студентів навичок самостійно працювати над своїм фізичним вихованням, формування здорового способу життя і регулярну пропаганду корисності занять фізичними вправами, підтримання тісного контакту зі своїми вихованцями, який підвищує можливості виховного впливу.

В рамках дослідження розроблено методику підвищення ефективності фізичного самовдосконалення молоді. Методика не є вичерпною і включає в себе лише блоки, що відповідають найважливішим напрямкам педагогічної роботи зі старшокласниками та студентами, а також її методичному забезпеченню: 1) планування фізичного самовдосконалення; 2) забезпечення принципу усвідомленості; 3) озброєння знаннями і формування переконань; 4) використання дієвих методів самовдосконалення (самоаналізу, психічного захисту, позитивного підкріплення тощо); 5) підвищення мотивації учнів та студентів до фізичного самовдосконалення; 6) розробка оптимального режиму рухової активності для самостійних занять; 7) зміст самостійних занять; 8) навчання самоконтролю.

Висновки. Підвищення ефективності процесу фізичного самовдосконалення особистості можливе лише за умови, якщо розглядати його як складну функціональну систему, що має свою структуру, яка складається із самопізнання, планування самовдосконалення, безпосередньої практичної діяльності щодо втілення завдань з роботи над собою, що були намічені на етапі планування, самоконтролю та самокорекції цієї діяльності. Важливим у підвищенні ефективності фізичного самовдосконалення є формування мотивації до нього, виховання в юнаках і дівчатах самостійності, бажання самостійно займатися фізичними вправами, дотримуватися здорового способу життя. Перед педагогами стоять завдання активізувати позашкільне фізичне

виховання, використання нових підходів та інноваційних освітніх технологій, які можуть сприяти навчанню самоаналізу, пошуку ефективних методик індивідуального саморозвитку і самовдосконалення.

Література:

1. Гриценюк Р., Ригун М., Подолянчук І., Осіпчук І., Чернієнко О. Самостійні заняття фізичними вправами як складова процесу фізичного виховання в повсякденному житті студентів закладів вищої освіти. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету*. 2018. Вип. 31. С. 7-11.

2. Зубрицький Б. Д., Бірук І. Д., Сініцина О. В., Петрук Л. А. Особливості формування здорового способу життя в студентській молоді засобами фізичної культури і спорту. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2020. № 3 (123). С. 63-66.

3. Ходунова М. І. Самостійні заняття з фізичної культури у старших класах. *Теорія і методика фізичного виховання*. 2011. № 10. С. 15-36.

4. Цюпак Л. В. Використання новітніх технологій для підвищення рухової активності студентів. *Спортивна наука України*. 2008. № 5. С. 2-8.

5. Цьось А. В., Котов Є. О. Програма самостійних занять фізичними вправами студентів вищих закладів освіти. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. праць*. Луцьк: РВВ «Вежа» Волинського національного університету ім. Лесі Українки, 2008. Т. 2. С. 271-275.

6. Ярославська Л. П. Контроль та самоконтроль на заняттях фізичного виховання як чинники підвищення якості навчання. *Молода спортивна наука України: зб. наук. праць*. Вип. 17. Т. 2. Львів: НВФ «Українські технології», 2013. С. 268-274.

СЕКЦІЯ 4 КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ

НЕТИПОВА СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА: НОРМА ЧИ ПАТОЛОГІЯ

*Софія Гарбузова ,
2 курс, 053 «Психологія»,
ОПП «Клінічна психологія»
Науковий керівник:
Тетяна Палько,
канд. психол. наук, доцент кафедри наук про здоров'я*

Донедавна нетипову сексуальну поведінку зараховували до сексуальних девіацій, тепер її розглядають як різновид сексуальної поведінки [1]. Та попри такі зміни, все ж у людей залишається безліч стереотипів про сексуальність і не менше запитань, на які не має однозначної відповіді. Актуальність теми обумовлюється сучасним розумінням сексуальної норми з урахуванням психологічних, моральних та соціо-культурних аспектів, адже вони є дуже суперечливими аспектами між собою, особливо у сьогоденні, коли суспільні норми можуть вкрай відрізнитись від психологічних. Метою статті є дослідження феномену нетипової сексуальної поведінки, її приналежності до норми чи до патології.

Перед кожною людиною постає питання про сексуальну норму, особливо стосовно власної сексуальності. Тому багато людей, які вважають себе сексологічними хворими і звертаються до лікаря, насправді не знають норми статевого життя.

Норма статевого життя – суб'єктивний критерій сексуальної поведінки і сексуальних орієнтацій, конкретні виміри якого мають соціальну, культурну, історичну та іншу зумовленість.

До основоположних дослідників сексуальної поведінки можна віднести А. Кінзі, В. Мастерс і В. Джонсон, З. Фройд, Е.-Г. Еріксон. Ідентичними є чоловіча і жіноча психічні складові, пов'язані з діяльністю кори головного мозку. Вони забезпечують адекватну спрямованість статевого потягу, вибірковість у задоволенні індивідуальних сексуальних потреб, відповідність сексуальної поведінки соціальним традиціям і нормам [1].

При вивченні нормальної сексуальної поведінки людини науковці поступово виключали аномалії та варіації, які трапляються у клінічній практиці, тобто пояснювали норму через патологію. Поняття "норма" в біології та медицині багатозначне: а) норматив, еталон, на який потрібно рівнятися (у

цьому разі вона завжди є умовною і має значення тільки у певній системі); б) статистичне середнє масового явища; в) оптимальний варіант прояву процесів. Визначення поняття "сексуальна норма" пов'язане з труднощами, зумовленими тісним переплетенням у сексуальності людини біологічних, особистісних і соціальних факторів, а також великою варіативністю індивідуальних відхилень у її проявах. За дослідженням А.-Ч. Кінзі, варіативний розмах граничних проявів сексуальності визначається співвідношенням 1:45 000 [1].

Нетипова сексуальна поведінка поширена в усіх суспільствах, культурах і середовищах, хоч спостерігається значно рідше, ніж сексуальні порушення, однак частіше за девіації. Нетипова сексуальна поведінка – це така поведінка, яку однозначно не можна зарахувати ні до норми, ні до девіацій, ні до патології. Для осіб, які здійснюють нетипові сексуально-поведінкові акти, така поведінка є домінуючим або єдиним шляхом для досягнення сексуального задоволення. До нетипової сексуальної поведінки належать: патологічний аутоеротизм, оралізм, аналізм і гомосексуалізм.

Раніше під патологічним аутоеротизмом розуміли спосіб досягнення суб'єктом сексуального задоволення без участі іншої особи, а також спрямованість статевого потягу на себе. Однак за таких підходів це збочення можна розглядати як звичайну мастурбацію або нарцисизм. Самозбудження з використанням сексуальних подразників (струмінь води, спеціальні інструменти, дзеркальне відображення власного тіла, порнографія та ін.), постійно повторюючись, витісняє інші сексуальні подразники та прояви сексуальної активності. Унаслідок цього суб'єкт може досягати оргазму тільки шляхом самозбудження, яке його сильніше приваблює, ніж контакт із партнером [1].

Оралізм - різновид сексуального збочення, за якого оргазм виникає тільки внаслідок подразнення статевих органів губами та язиком сексуального партнера. [1] Це явище слід відрізняти від орально-генітальних пестощів, які є одним з сексуальних збудників в процесі нормального статевого життя. Безсумнівно, що саме досвід проведення таких пестощів є першоосновою для можливого в надалі формування оралізма, причому механізм його формування в цілому схожий з таким при патологічному аутоеротизмі. Тобто в його основі лежить поступове закріплення даного виду сексуального збудження з наступним заміщенням звичайних сексуальних контактів орально-генітальні, як найбільш ефективним для даного суб'єкта способом досягнення сексуального задоволення. Слід попередити однозначне віднесення оралізма до розряду сексуальної патології так як у багатьох зв'язках він відповідає взаємним потребам партнерів і не створює у них будь-яких сексуальних проблем. Проте у

ряді випадків позиції партнерів з цього приводу розходяться, що породжує виникнення конфліктів [2].

Також до нетипової сексуальної поведінки відносять аналізм та гомосексуалізм. Аналізм характеризується отриманням сексуального задоволення лише завдяки стимуляції прямої кишки або шляхом здійснення анального коїтусу. Найчастіше аналізм реалізується у формі гетеро-або гомосексуального коїтусу і рідше - у формі ректальної мастурбації [2].

Гомосексуалізм, також відносять до нетипової сексуальної поведінки, вона проявляється у досягненні сексуального задоволення завдяки контакту з особами своєї статі. Гомосексуалізм поділяється на безліч класифікацій, основні з них: педерастія (анальний гомосексуальний коїтус), ефебофілія (сексуальний контакт між зрілим чоловіком і підлітком), лесбійська любов (жіночий гомосексуалізм), корофілія (сексуальний контакт між зрілою жінкою і дівчиною).

Гомосексуалізм як патологічний потяг до осіб своєї статі потрібно відрізняти від гомосексуальної поведінки, яка не пов'язана із патологією (наприклад, гомосексуальна закоханість у підлітковому віці).

Отже, проаналізувавши інформацію по темі, можна зазначити, що нетипова сексуальна поведінка не може відноситись ні до норми, ні до патології, ні до девіацій, адже як раніше було зазначено у матеріалі, сексуальна норма є суб'єктивним критерієм сексуальної поведінки, також така поведінка зустрічається рідше за сексуальні порушення та частіше за девіації. На сьогоднішній день нетипова сексуальна поведінка займає самостійну групу, та є індивідуальним проявом особистості і потреб у сексуальному житті.

Література:

1. «Психологія сексуальності» С. В. Діденко, О. С. Козлова. М-во освіти і науки України. Київ, 2009
2. Саричев Я.В., Устенко Р.Л., Сонник Є.Г. Сексуальні девіації. Судова сексологія. Полтава. 2018. 144 с.

ВПЛИВ САМООЦІНКИ ЗОВНІШНОСТІ НА МОТИВАЦІЮ АФІЛІАЦІЇ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

*Валерія Дяченко,
2 курс, 053 «Психологія»,
ОПП «Клінічна психологія»*

*Науковий керівник:
Тетяна Палько, канд. психол. наук,
доцент кафедри наук про здоров'я*

Самооцінка особистості у психологічному аспекті є однією з центральних потреб людини – потреби у самоствердженні, прагненням знайти своє місце у житті, ствердження себе як рівноправного члена суспільства в очах навколишніх та у своїх власних. Самооцінка особистості впливає на мотивацію афіліації, яка відноситься до соціальних мотивів та трактується як прагнення відчувати симпатію та прихильність, підтримувати теплі емоційні відносини, спілкуватися. Переважання в особистості мотивації афіліації призводить до стилю спілкування, що характеризується впевненістю, невимушеністю та соціальною сміливістю. Мотив афіліації може актуалізуватися у різні періоди розвитку особистості, але особливо важливим є юнацький вік, який вважається останньою межею між дитинством та дорослістю.

Ю.Козерук та Я.Євсейчик зазначають, що самооцінка є складним особистісним утворенням та відноситься до основних властивостей особистості. Саме в самооцінці людини відображається те, що людина намагається довідатися про себе від інших, попередження деяких відхилень стосовно душевної рівноваги. Самооцінка є елементом самосвідомості, яка характеризується емоційно насиченими оцінками самого себе як індивідуальності, власних здібностей, етичних якостей та вчинків [3, с. 163-165].

Як зазначає Л.Березовська, самооцінка наявна в основі взаємозв'язку особистості з оточенням, критичність людини, вимогливість до себе, ставлення до успіху та невдачі. Також самооцінка є основою ефективності діяльності людини та її розвитком. Оцінка себе пов'язана з потребою самоствердження, ставленням до досягнень, до поставлених особистістю цілей [2, с. 153-160].

Ми визначаємо самооцінку як оцінку особистістю самого себе, своїх можливостей та якостей (фізичних, інтелектуальних, комунікативних, моральних), а також ставлення себе до оточуючих та визначення свого місця серед інших людей. Формування самооцінки починається ще з раннього дитинства і продовжується усе життя.

Мотивація афіліації є психологічним новоутворенням, сутність якого полягає у потребі налагоджувати хороші стосунки з оточуючими людьми. Мотивація афіліації стосується соціальних мотивів, а саме відносин між людьми. С.Бабатіна та Н.Скрипка зазначають, що мотивація афіліації є одним із чинників прагнення успіху, складова губристичної мотивації як прагнення до переваги та досконалості, яке проявляється і пов'язане з особливостями спрямованості особистості. Мотивація афіліації є однією з чотирьох систем, які виділили науковці, та є відображенням розвитку соціальних мотивів особистості [1].

О.Сірий та О.Тополь зазначають, що афіліація відіграє важливу роль в житті кожної людини, допомагаючи їй благополучно соціалізуватися у суспільстві та подолати непередбачені, важкі життєві обставини на самоті. Це важливий фактор, який допомагає людині не потрапити в ситуацію ізоляції, стигматизації. Психологічна складова афіліації дозволяє постійно удосконалювати свої комунікативні навички та відчувати себе повноцінним, корисним та потрібним для соціуму [4, с. 544-548].

На нашу думку, мотивація афіліації є емоційною потребою в спілкуванні, контактах, дружбі, взаєморозумінні, любові, що виявляється через прагнення бути у соціумі та контактувати з іншими. Мотивація афіліації включає в себе такі аспекти соціальної взаємодії: професійні, особисті, ситуативно-емоційні.

Нами було проведено дослідження щодо визначення впливу самооцінки зовнішності на мотивацію афіліації у юнацькому віці на базі Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет». У дослідженні взяло участь 30 осіб юнацького віку від 16 до 21 року. Для проведення дослідження ми обрали такі методики: методика «Мотивація афіліації (МАФ)» розроблена А. Меграбяном і модифікована М.Ш. Магомед-Еміновим, яка мала на меті виміряти дві мотиваційні тенденції – прагнення до визнання, до встановлення теплих емоційних відносин та страх (чутливість до відкидання); методика «Визначення рівня своєї самооцінки» (розроблена Г.М.Казанцевою), що дозволила нам визначити рівень самооцінки у людини (адекватну самооцінку, завищену або занижену).

У нашому дослідженні взяли участь 70% жінок (21 особа), 30% чоловіків (9 осіб). Також нами було визначено, що кількість осіб: віком 16-17 років становила 16 (53,3%); віком 18-19 років – 10 осіб (33,3%); віком 20-21 року – 4 особи (13,3%).

Проаналізувавши усі відповіді відповідно до методики «Визначення рівня своєї самооцінки» (розроблена Г.М.Казанцевою) ми визначили, що: 20 опитуваних осіб (66,67%) мають адекватну самооцінку, яка проявляється у

адекватній оцінці себе та своїх можливостей; у 8 осіб (26,67%) спостерігається завищена самооцінка, коли людина переоцінює себе та свої можливості; у 2 осіб (6,67%) спостерігається знижена самооцінка, що проявляється у недооціненні себе та своїх можливостей.

За методикою «Мотивація афіліації (МАФ) розроблена А.Меграбяном та модифікована М.Ш.Магомед-Еміновим») ми отримали такі результати: високий-низький тип мотивів виявлено у 3 осіб (10%), коли прагнення прийняття вище медіани, а страх відчуження нижче медіани; низький-низький тип мотивів, коли прагнення прийняття нижче, а страх відчуження вище, виявлено у 10 осіб (33,33%); стосовно типу мотивів високий-високий ми визначили, що він наявний у 9 осіб (30%), коли як прагнення прийняття, так і страх відчуження знаходяться на однаковому рівні; «низький-високий» наявний у 8 осіб (26,67%), при даному типі мотивів спостерігається прагнення прийняття нижче, а страх відчуження на вищому рівні.

Отже, можемо зробити висновок, що особи юнацького віку, які брали участь у нашому дослідженні мають адекватну самооцінку, що характеризується адекватним сприйняттям себе, своєї зовнішності, тому у даному випадку ми розуміємо, що вплив самооцінки зовнішності на мотивацію афіліації не має великого значення, проте даний аспект проблеми потребує подальшого вивчення та дослідження.

Література:

1. Бабатіна С., Скрипка Н. Мотивація афіліації у структурі потребнісно-мотиваційної сфери особистості. URL: <http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/8688/6.%20%D0%91%D0%B0%D0%B1%D0%B0%D1%82%D1%96%D0%BD%D0%B0%20%26%20%D0%A1%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BF%D0%BA%D0%B0.pdf?sequence=1> (дата звернення: 18.11.2023).
2. Березовська Л. Самооцінка студентів, що поєднують навчання та роботу. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2022. №3. С. 153-160.
3. Козерук Ю., Євсейчик Я. Самооцінка як фактор становлення особистості студента. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2015. №124. С. 163-165.
4. Сірий О., Тополь О. Афіліація як потреба у спілкуванні. *Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 9–10 квітня 2018 р. Дніпро : ЛПРА, 2018. С. 544-548.*

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО НАВЧАННЯ У ЗВО

*Олександра Зан,
2 курс, 053 «Психологія»,
ОПП «Клінічна психологія»*

*Науковий керівник:
Тетяна Палько, канд. психол. наук,
доцент кафедри наук про здоров'я*

Питання адаптації студентів до навчання у закладах вищої освіти є актуальним у сучасному суспільстві. Перехід до нового середовища університету відкриває важливий етап особистісного розвитку молоді. Цей період супроводжується значущими змінами, зокрема, такими як зміна соціального статусу й реорганізація міжособистісних взаємин. Кожен студент приймає цей шлях індивідуально, іноді з відчуттям напруження, що може вплинути на зниження інтелектуальної працездатності й, навіть, призвести до низької успішності.

При вступі до закладу вищої освіти кожен студент може зіштовхнутись з рядом проблем, пов'язаних із недостатньою психологічною готовністю до нових умов навчання. Зокрема, різке включення у нове соціальне середовище в поєднанні із недостатньо сформованою здатністю до психологічної саморегуляції діяльності призводить до соціально-психологічної дезадаптації особистості, що призводить до втрати сформованих раніше позитивних настанов і відносин.

Термін «адаптація» застосовується у різних наукових галузях, проте дослідники ще не досягли загальної згоди щодо його визначення. Одні автори розглядають адаптацію як процес, результат «пристосування», в той час як інші розглядають її як «взаємодію» людини з іншою людиною (колективом, групою) або як «взаємодію» людини з навколишнім середовищем [4, с. 55].

Адаптація представляє собою складне та багатofакторне явище, яке вивчають представники різних наукових галузей. Залежно від їхніх професійних інтересів, вони акцентують увагу на різних типах адаптації, таких як біологічна, психічна, психологічна, соціально-психологічна, соціальна, соціально-педагогічна, професійна і інші.

В.Г. Гамов [3] розглядає адаптацію як двовимірний процес: з одного боку, як активне пристосування до умов середовища з урахуванням цілей, ціннісних орієнтацій та можливостей особистості для досягнення їх в даному соціальному контексті; з іншого боку, як результат цього активного пристосування,

визначений адекватністю сприйняття себе, соціальних зв'язків та ситуацій загалом.

С.О. Ворожбит у своїй роботі [2] розглядає адаптацію до навчання у закладах вищої освіти як складний та динамічний процес. Він вказує, що цей процес обумовлений взаємодією різноманітних суб'єктивних і об'єктивних чинників, які включають соціально-психологічні, психічні, психофізіологічні і фізіологічні аспекти.

Дослідниця Т. В. Алексєєва у своїй роботі [1] аналізує адаптацію студентів до навчання в закладі вищої освіти як процес, що передбачає вироблення власних особистісних якостей, спрямованих на відповідність умовам конкретного вузу. Цей процес також сприяє формуванню нових особистісних якостей, які мають соціальну та професійну значущість і сприяють реалізації потенціалу студентів.

Вивчаючи аспекти адаптації студентів у закладах вищої освіти, можна відзначити, що період адаптації, що розпочинається з перших днів навчання, є ключовим етапом. Протягом цього часу відбувається активне й творче пристосування студентів до нових умов вищої школи. У цьому процесі формуються оптимальні взаємини, виробляється покликання до обраної професії, а також розробляється раціональний колективний режим праці та побуту студентів [5]. Важливо зауважити, що період адаптації протікає індивідуально для кожного студента. Залежно від активності особистості адаптаційний процес може набувати двох форм: активного адаптування чи пасивного, конформного прийняття цілей і цінностей нової соціальної групи.

Активна адаптація сприяє успішній соціалізації, оскільки студент не лише усвідомлює норми та цінності нового соціального оточення, але й активно будує свою діяльність та взаємини з оточуючими на їх основі. У цьому процесі студент часто формулює нові особисті цілі, спрямовані на повну самореалізацію у новому соціальному середовищі.

З іншого боку, пасивна адаптація є характерною для студента, який приймає норми і цінності нового середовища, але залишається за принципом «Я – як усі», не намагаючись внести будь-які зміни, навіть якщо вони в його силах. Пасивна адаптація проявляється у встановленні простих цілей та обмежених формах.

На наш погляд, важливо, щоб заклад вищої освіти докладав усіх зусиль для створення оптимальних умов для адаптації студентів. Це означає кваліфіковану допомогу в організації та плануванні самостійної навчальної діяльності, озброєння першокурсників знаннями про інноваційну культуру навчальної праці, вивчення сучасних освітніх технологій, знайомство з

особливостями методики самостійної роботи у кожній науковій дисципліні, розвиток потреби до самовдосконалення та забезпечення ефективних контактів між викладачами і студентами.

Наше дослідження проводилося на базі Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет». У дослідженні взяло участь 35 осіб від 16-ти до 20-ти років. Під час опитування було застосовано два основних методи: методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд, яка фокусується на вимірюванні рівня адаптації особистості до соціального оточення, та опитувальник PEN Ганса і Сібілли Айзенк, який використовується для визначення того, як особистісні характеристики впливають на процес адаптації студентів.

Проаналізувавши відповіді, відповідно до методики «опитувальник PEN» (розроблена Гансом і Сібіллою Айзенк), ми визначили наступне: психотизм (58,5 %), що може вказувати на тенденцію до незалежності, самодостатності або складнощів у соціальній взаємодії; екстраверсія (58 %), що свідчить про збалансованість між схильністю до соціальної взаємодії та потребою у самотності; невротизм (62 %), що може вказувати на високий рівень емоційної чутливості, стресу або тривожності серед студентів.

На основі перегляду даних методики діагностики соціально-психологічної адаптації (розроблена К. Роджерсом і Р. Даймондом) можна зробити наступні висновки: соціальна адаптація (29,03%), що може вказувати на потенційні складнощі у соціальній інтеграції або на необхідність зміцнення міжособистісних зв'язків серед студентів; академічна адаптація (38,71 %) свідчить про помірну адаптацію до академічних вимог та навчального процесу в університеті; особистісна адаптація (45,16 %), що може відображати здатність студентів до саморозвитку та самореалізації в новому середовищі; загальне задоволення (48,39 %), що вказує на загалом позитивне ставлення студентів до свого досвіду у вищій освіті.

Аналізуючи результати опитувань, можна констатувати, що адаптація студентів до університетського життя є багатограним процесом, що охоплює різні аспекти їхнього психологічного та соціального добробуту. Дані з опитувань вказують на значення емоційного благополуччя, соціальної взаємодії та особистісного розвитку у процесі адаптації до академічних та соціальних вимог вищої освіти. З цього можна зробити висновок, що університетам необхідно звертати увагу не лише на академічні досягнення студентів, а й на їхній емоційний та соціальний розвиток, пропонуючи ресурси та підтримку, необхідні для всебічної адаптації студентів.

Література:

1. Алексеева Т.В. Психологічні фактори та прояви процесу адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі: *автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01; Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка*. К., 2004. 20 с.
2. Ворожбит С.А. Вплив особливостей інтелекту на процес успішної адаптації студентів до університету. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2006. Т. 8. Вип. 7. С. 74–79.
3. Гамов В.Г. Психологічні особливості адаптації студентів. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2004. Т. 6. Вип. 8. С. 36–41.
4. Гладиш М.О. Наукові підходи до проблеми адаптації студентів з особливими освітніми потребами в умовах закладу вищої освіти. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2019. № 63. Т. 2. С. 55–58.
5. Мирончук Н.М. Особливості адаптації студентів вищих навчальних закладів до змінених умов життєдіяльності. *Нові технології навчання: наук.-метод. зб. / Ін-т інновац. технол. і змісту освіти МОН України*. К., 2013. Вип. 79. С. 82–85.

ПРОБЛЕМАТИКА ЖИТТЄВОГО СМISЛУ КРИЗЬ ПРИЗМУ ТЕОРІЙ А. МАСЛОУ ТА К.РОДЖЕРСА

Марія Косман,

2 курс, 053 Психологія, ОПП «Клінічна психологія»

Науковий керівник:

Олена Яцина, доктор психол.н., професор,

професор кафедри наук про здоров'я

Вступ. Відправляючись у подорож по шляху самопізнання та духовного розвитку, людина неодмінно стикається з питанням про сенс життя. Це питання, що віддзеркалюється в різних аспектах існування, від особистих роздумів до великих філософських концепцій. У своєму базовому вияві сенс життя є не просто прагненням існувати, але й пошуком значущості, мети та відчуття задоволення від свого існування.

В контексті клінічної психології пошук сенсу життя стає центральним елементом розуміння психічного благополуччя та його порушень. Людина, яка відчуває втрату сенсу або не може знайти значення в своєму існуванні, зазнає душевних хвилювань, може стати схильною до депресії, а також відчувати психосоматичні проблеми.

Зважаючи на сучасну реальність – війну з росією, психологи констатують збільшення запитів від клієнтів про втрату сенсу життя та бажання рухатись вперед, шукати вихід зі складних життєвих обставин. У пошуках сенсу під час війни людина зіштовхується з одним із найскладніших випробувань, які може випасти на її долю. Війна – це не лише фізична боротьба за виживання, але й внутрішня боротьба за збереження гуманізму, моралі та особистої ідентичності.

Війна – це стреси, небезпеки та втрати, що спонукають людину переосмислити своє існування та шукати нові сенси у житті. Для багатьох людей війна стає періодом підвищеної духовності, коли вони змушені звернутися до власних внутрішніх ресурсів, щоб знайти силу і мотивацію для подальшого існування.

Одним із шляхів пошуку сенсу під час війни є зосередження на допомозі іншим. Війна може об'єднати людей в боротьбі за спільну мету, підтримуючи віру, гуманістичні цінності, важливість співпраці та підтримки одне одного. Допмагаючи іншим, людина відчуває, що її існування має сенс і значення, навіть у такі важкі часі.

Іншим аспектом пошуку сенсу є рефлексія над власним життям та цілями. Війна часто змушує людину переоцінити свої пріоритети та визначити справжні цінності. Втративши багато матеріальних благ і знаходячись у стані постійної загрози, людина розуміє, що справжня цінність полягає у родинних зв'язках, дружбі, любові та внутрішньому балансі.

Мету дослідження вбачаємо в тому, щоби спираючись на теоретичні положення відомих психологів-гуманістів А. Маслоу та К. Роджерса, розглянути проблематику сенсу життя особистості під час війни.

Виклад основного матеріалу. Вплив війни на розуміння смислу життя почнемо з аналізу поглядів двох цільових груп – військовослужбовців та цивільних громадян. Огляд інформаційних джерел дозволяє констатувати, що оптимальний смисл життя для військовослужбовців може виявлятися у різних аспектах. Для одних це може бути захист і безпека рідної країни, для інших – віра в ідеали свободи та правосуддя, а ще інші можуть зосередитися на захисті невинних людей і збереженні миру. Кожен військовослужбовець має власний шлях до знаходження оптимального смислу життя, який дозволяє бути сильним, витривалим та рішучим у виконанні обов'язків захисника. Розуміння і визнання вагомості їхньої ролі, відданості і жертвності є ключовими чинниками у забезпеченні їхнього фізичного та психологічного благополуччя. Умовами, що сприяють формуванню і зміцненню оптимального смислу життя, є підтримка соціальної солідарності, надання професійного навчання та

розвитку, забезпечення належної медичної допомоги та психологічної підтримки [1, с.20].

Для цивільного населення наслідком війни є втрата відчуття безпеки та стабільності. Військові операції, бомбардування, загроза терору – усе це створює атмосферу страху та тривоги, що негативно впливає на психологічний стан людини. Втрата безпеки порушує звичний порядок речей, спонукає до постійного стану тривоги та призводить до пошуку нового сенсу у житті, який допомагає вистояти перед загрозами. Такими викликами для мирного населення стає велика кількість жертв, що викликає не лише глибоке горе та траур, але й пошук відповіді на питання про сенс життя в умовах такої трагедії. Втрата близьких змушує переосмислити цінності та пріоритети, шукати новий сенс у тому, щоб знайти силу жити далі. Руйнування будинків, інфраструктури – це ще один аспект, який впливає на сенс життя. Втрата рідного міста чи села, де росли – жили і працювали, викликає відчуття втрати ідентичності. Війна руйнує базові почуття безпеки, захищеності, стабільності, передбачуваності, провокуючи тектонічні зміни процесів життєдіяльності, самореалізації, життєтворення [1, с.15].

Історія воєн – це не тільки про втрати та трагедії. У країнах, що переживають війну, активується патріотизм та готовність допомагати. Громадяни знаходять новий сенс у допомозі потерпілим, у підтримці воєнних, у захисті своєї країни. Сотні тисяч наших громадян стали на захист нашої державності, суверенітету, не шкодують своїх сил, а часто і життя, захищаючи нас, наші родини, захищаючи демократію і свободу [1, с.8].

У контексті війни та пошуку сенсу життя, теорія Маслоу допомагає зрозуміти, як впливають воєнні події на психічне становище та мотивацію людини. Війна порушує звичну ієрархію потреб, привертаючи увагу до найбільш базових та фундаментальних аспектів виживання. Фізіологічні потреби та безпека стають пріоритетом у воєнний період, коли люди знаходяться під загрозою. Зважаючи на це, людина зосереджується на більш базових аспектах існування – сенсом її стають виживання та захист.

У змісті зазначеного концепція Абрахама Маслоу про ієрархію потреб спрямовує погляд на те, які потреби мають пріоритет у житті людини та як вони впливають на її поведінку і саморозвиток. Ця концепція як фундамент для розуміння людського мотиваційного комплексу та становища особистості в суспільстві розкриває закономірний зав'язок між потребами та діями. Згідно теорії, снує ієрархія потреб – від нижчих до вищих. Одним із ключових аспектів концепції Маслоу є розуміння того, що задоволення потреб стає важливим фактором для досягнення психологічного благополуччя. Втім

психолог-гуманіст багато досліджував людський розвиток і перед самою смертю відкрив теорію трансцендентності – потребу вийти за межі власного Его і знайти своє місце у світі. З огляду на зазначене, ієрархія потреб спрямовує рух особистості до самореалізації, що виявляється у її злитті зі світом через найглибші потреби – безпеку, любов, трансцендентність і самореалізацію. Варто згадати, що Маслоу чітко розмежовував «любов, що виходить із потреби», тобто дефіцитарну любов, та «любов, не зумовлену потребою» – «любов до буття іншої людини». На наш погляд, йдеться про життя і служіння іншим, що робить особистість усвідомленою, зреалізованою і щасливою.

Грунтуючись частково на поглядах екзистенціалістів, Роджерс вважав, що основна тенденція людської істоти – актуалізувати свої потенційні можливості. На його переконання, в людях є якась рушійна сила, спрямована на реалізацію того, що закладено в природі конкретної людини. Всі потенційні можливості людини служать для підтримання та поліпшення життя. Тенденція актуалізації – єдина, на думку вченого, рушійна сила; всі інші мотиви можна розглядати як спрямовані на збереження життя і самовдосконалення.

Відтак, концепція Карла Роджерса, відома як гуманістична теорія самореалізації, акцентує на внутрішній потенціал і самовизначення особистості. Основним принципом його теорії є ідея, що люди стрімкіше розвиваються, коли оточені певними умовами, такими як емпатія, прийняття та сприяння самостійності. Роджерс вважав, що ці умови, відомі як "умови психотерапії", створюють атмосферу, яка сприяє росту та самовираженню. «Він підкреслював значення внутрішньої саморегуляції, довіри до власних почуттів та сприйняття власної ідентичності для досягнення особистісного розвитку» [3]

Одним із головних принципів концепції Роджерса є внутрішня сила, яка підтримує бажання людини розвиватися та самореалізуватися. Він вважав, що кожна особа має внутрішній потенціал для росту і розвитку, і ця сила, названа ним актуалізуючою тенденцією, є важливою для виявлення внутрішніх ресурсів. Основними практичними методами, які впливають з концепції Роджерса, є емпатія та умови сприяльності. Емпатія - це здатність співчувати і розуміти почуття і досвід іншої людини. Умови сприяльності включають безумовну позитивну прийнятність, співробітництво і відчуття співучасті.

У цій концепції важливою є також ідея активного самовиявлення і відкритості до нових досвідів. Роджерс підкреслював значення того, щоб люди відчували свободу для вираження себе і розвитку своєї особистості в умовах підтримки та поваги.

Війна, як стресова ситуація, може суттєво порушити особисту гармонію та самореалізацію. За теорією Роджерса, люди потребують позитивних умов

для самореалізації, таких як емпатія, прийняття та розуміння. Однак війна, що супроводжується насильством, страхом та руйнуванням, може перешкоджати цьому процесу.

У воєнний час, люди можуть відчувати великий психологічний стрес, який перешкоджає їхньому особистісному розвитку та пошуку сенсу життя. Люди відчують втрату контролю над своїм життям та безпорадність перед небезпекою.

Отже, війна може викликати психічні порушення, що позначаються на розумінні сенсу життя:

- депресія та тривога: стресова ситуація війни може призводити до розвитку депресії та тривоги у цивільних осіб. Невпевненість у майбутньому, втрата близьких, страх перед небезпекою – може породжувати екзистенційний вакуум та втрату сенсу життя
- ПТСР: особи, які пережили війну, можуть страждати від ПТСР, що супроводжується відчуттям безпорадності, ніяковості та віддалення від оточуючих та втрату сенсу життя
- втрата внутрішньої гармонії та ідентичності: війна підриває внутрішній баланс та ідентичність людини, змушуючи її переосмислити свої цінності та переконання. Втрата стабільності та зміни в житті можуть призвести до внутрішнього конфлікту та втрати сенсу життя
- підвищена схильність до самогубств: війна збільшує ризики самогубств через відчуття безпорадності та надмірний психічний стрес
- відчуття внутрішньої порожнечі: несподівані трагедії, втрати та страждання, пов'язані з війною, спустошують, позбавляють сенсу життя.

Із зазначеного робимо висновок про те, що особистість завжди знаходиться під впливом різноманітних контекстів, серед яких на перший план сьогодні вийшла війна. Під час війни поступово, не завжди помітно, але невідворотно змінюються ціннісні орієнтації, життєві смисли, стосунки з оточенням, ставлення до себе і свого життя.

Література:

1. Ільченко К.С. Смысл жизни военнослужащих во время войны. Квалификационная работа на звание специалиста бакалавра специальности «Психология». – Национальный авиационный университет. – Київ, 2023. – 48 с. URL://dspace.nau.edu.ua/bitstream/NAU/60743/1/%d0%86%d0%bb%d1%8c%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%ba%d0%be%20%d0%9a.%d0%a1..pdf

2. Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, Україна, 15 квіт. 2022 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. – Харків : ХНУВС, 2022. – 132 с.

3. Дьяконов Г. В. Гуманістична психотерапія К. Роджерса і психологія діалогу // Психологія особистості. 2012. №1. С.133.

4. Михайлюк Л.М. Розвиток особистості в гуманістичній психології А.Маслоу та К.Роджерса. 2007.
<URL://ela.kpi.ua/server/api/core/bitstreams/e1c8c4ac-e9e6-4259-be2d-d983ef56df65/content>

ПРОКРАСТИНАЦІЯ – СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

*Ольга Кривовяз,
2 курс, 053 «Психологія»,
ОПП «Клінічна психологія»*

*Науковий керівник:
Тетяна Палько, канд. психол. наук,
доцент кафедри наук про здоров'я*

У сучасному світі, де темпи життя надто активні, а вимоги до особистості надто високі, прокрастинація стає не лише поширеним явищем, але й значущою соціально-психологічною проблемою, особливо серед молоді.

Прокрастинація – це відкладання або затримка виконання справ або завдань, найчастіше без наявності об'єктивних причин для такого відкладання. Це явище широко поширено у різних сферах людської діяльності та характеризується наміреним відкладенням виконання дій, які мають обмежений час для завершення [1]. Це поведінковий патерн, при якому особа надає перевагу виконанню завдань, які приносять задоволення або виглядають менш складними, ніж ті, що вимагають більше зусиль чи часу. У результаті цієї поведінки важкі чи важливі завдання відкладаються на майбутнє. Прокрастинація може мати різні причини, включаючи відсутність мотивації, недостатнє управління часом, страх неуспіху чи невизначеність завдань. Важливість вивчення явища прокрастинації визначається не лише її розповсюдженістю, але й глибоким впливом на різні сфери життя. В контексті цієї проблеми, особливо цікавим є вивчення прокрастинації з урахуванням гендерних аспектів, які додають нові виміри в розумінні та подоланні цього явища.

Метою є вивчення та аналіз прокрастинації як соціально-психологічної проблеми серед сучасної молоді.

Прокрастинація являє собою поширений сценарій, коли особи відкладають заплановані дії, виникаючи при цьому негативні наслідки. Стіл П. (2007)

започаткував мета-аналіз для ретельного вивчення природи прокрастинації та провів інтенсивне дослідження її демографічних аспектів [2].

Історія терміну "прокрастинація" може бути відстежена у роботах американського філософа та психолога Джона Перрі, який у 1971 році вперше використав цей термін у своїх наукових працях. У роботах "The Art of Procrastination" та "The Thief of Time," Перрі розглядав прокрастинацію як цікавий феномен, відзначаючи її вплив на ефективність та якість виконаної роботи. Проте теоретичний аналіз підтверджує, що перший історичний аналіз явища прокрастинації був проведений тільки у 1992 році в роботі Ноаха Мілграма "Прокрастинація: хвороба сучасності" (Noach Milgram, Procrastination: A Malady of Modern Time) [3]. Розглядаючи прокрастинацію через призму індивідуальних рис особистості, необхідно враховувати рівень самоконтролю, ставлення до досягнення мети та взаємодію особистісних рис з тенденціями відкладання. Згідно з Мандапом (2016) [4], прокрастинація надзвичайно поширена серед студентів університетів, які повинні виконувати велику кількість завдань, проєктів та іспитів.

Сучасна психологічна наука накопичила значну кількість методик, завдяки яким ми можемо визначити схильність особистості до прокрастинаторської поведінки. До найбільш відомих методик належать: опитувальник загальної прокрастинації (шкала GP) К. Лей, опитувальник загальної прокрастинації (шкала TGPS) Б. Такман, опитувальник академічної прокрастинації (шкала PASS) Л. Соломон і Е. Ротблум, шкала загальної прокрастинації (General Procrastination Scale) тощо. Для дослідження та виявлення рівню прокрастинації був використаний опитувальник «Шкала прокрастинації» Б. Такмана. Для більш глибокого розуміння цього поняття та визначення характеристики прокрастинації в нагоді стала методика «Ступінь вираженості прокрастинації», описана в методичному посібнику «Методики дослідження перфекціонізму, трудоголізму та прокрастинації особистості» Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі.

У результаті проведення опитування за методикою «Шкала прокрастинації» Б. Такмана (Tuckman Procrastination Scale) було отримано наступні результати (рис. 1).



Рис. 1

Схильність до прокрастинації виявилася не надто поширеним явищем: 56% респондентів показали низький рівень схильності до прокрастинації, 23% мали середній рівень схильності до цього явища, і тільки 21% серед опитаних молодих людей за результатами методики показали високу схильність до прокрастинаторської поведінки.

Незважаючи на дані, зазначені вище, результати за другою методикою «Ступінь вираженості прокрастинації» підтверджують думку, що прокрастинація дійсно є соціально-психологічною проблемою сучасної молоді (рис. 2).

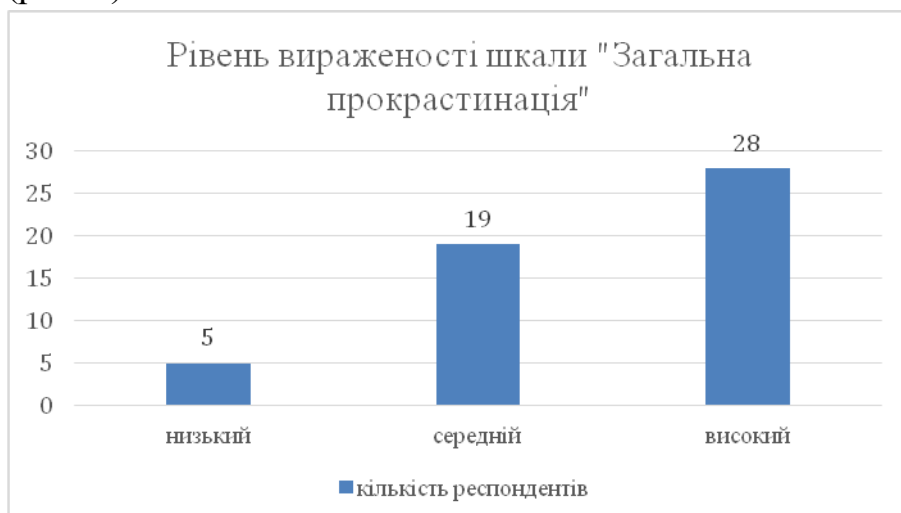


Рис. 2

На відмінну від першого опитувальника, друга методика дає змогу дізнатися про рівень вираженості чотирьох шкал, одна з яких надає інформацію не тільки про схильність до прокрастинації, а і про рівень цього явища у респондента. Результати за шкалою «Загальна прокрастинація» підтверджують той факт, що відкладання справ є відомим і звичним явищем серед молодих людей сьогодення: 54% опитаних мають високий рівень прокрастинації, 36% показали середні показники і тільки 10% від усіх учасників опитування мають

низький ступінь вираженості шкали загальної прокрастинації. Таке відсоткове співвідношення можна пояснити результатами за шкалою «Тривожність», і тим самим підтвердити другу гіпотезу про те, що тривожний стан тісно пов'язаний з поведінковим патерном відкладання важливих задач (рис. 3)



Рис. 3

Кількість людей, які мали високий і середній рівні вираженості шкали прокрастинації «Тривожність», була однаковою: 19 людей мали високий показник і 19 опитуваних мали середній рівень вираженості даної шкали, тільки 27% (14 осіб) від усіх учасників дослідження мали низький ступінь вираженості шкали «Тривожність». Це в свою чергу підтверджує актуальність даного дослідження та необхідність розробки заходів, пов'язаних не тільки із запобігання прокрастинації, а і зі зниженням рівню тривожності.

Таким чином, результати дослідження показали те, що прокрастинація є досить поширеним явищем серед молодих людей сучасного світу. Незважаючи на відносно низьку схильність до прокрастинаторської поведінки, рівні загальної прокрастинації виявилися високими серед більшої кількості респондентів. У процесі проведення емпіричного етапу дослідження ми розглянули три характеристики прокрастинації: «Мотиваційна недостатність», «Перфекціонізм» та «Тривожність». Отримані результати дослідження дозволили зрозуміти та визначити ключові аспекти прокрастинації, що може служити основою для розробки ефективних стратегій протидії цьому явищу. Дані, отримані в результаті проведення цього дослідження, також вказують на необхідність розвитку та впровадження програм та інтервенцій, спрямованих на підтримку молоді в управлінні часом та підвищенні рівня самодисципліни. Результати аналізу рівня прокрастинації та її характеристик, отримані за допомогою застосування методик, свідчать про поширеність цього явища серед молодих людей.

Література:

1. Rothblum ED, Solomon LJ, Murakami J. Афективні, когнітивні та поведінкові відмінності між високими та низькими прокрастинаторами. Дж. Каунс. психол. 1986.
2. Стіл П. (2007). Природа прокрастинації: метааналітичний і теоретичний огляд квінтесенції невдачі саморегулювання. психол. Бик. 133 65–94. 10.1037/0033-2909.133.1.65 [PubMed]
3. Анна Камінська. Прокрастинація як психологічний феномен, механізми формування, психокорекція методами когнітивно-поведінкової терапії. 2017.
4. Mandar. С (April ,2016).. Examining the differences in procrastination tendencies among University students., International journal of education and research vol 4.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ДИНАМІКУ ПОВЕДІНКОВИХ АСПЕКТІВ ПСИХОПАТИЧНОЇ ОСОБИ

*Олег Лендел,
студент 3 курсу
спеціальності 053 Психологія
Науковий керівник: ас. Діана Сідун-Сович*

Вступ. З початку повномасштабного вторгнення в Україну, кожен українець зазнав неминучого впливу війни на психологічне здоров'я. Війна вплинула не тільки на психоемоційний стан людей, але й на психофізіологічне здоров'я, що супроводжуються переживанням втрати: близьких, дому, ідентичності.

Мета - дослідити вплив екзогенних чинників на розвиток психопатичної особи в умовах війни.

Виклад основного матеріалу. Під психопатіями або розладами особистості розуміють стійкі аномалії особи, що характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням. Психопатичні особливості проявляються в дитинстві або юності і без значних змін зберігаються протягом усього життя. Вони охоплюють всю особу, визначають її структуру і, звичайно, перешкоджають повноцінному пристосуванню особи до навколишнього середовища, ускладнюють її адаптацію.

Психопатичні особи характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням. Психопатичні особливості проявляються в дитинстві або юності і без значних змін

зберігаються протягом усього життя. Вони охоплюють всю особу, визначають її структуру і, звичайно, перешкоджають повноцінному пристосуванню особи до навколишнього середовища, ускладнюють її адаптацію.

Їм характерна подразлива слабкість, спалахи афекту при будь-яких напруженнях, непосильних для них. Характерним є дещо пригнічений фон настрою з легко виникаючою тривожністю, невпевненістю в собі при стиканні навіть із незначними труднощами. Дещо пізніше, в підлітковому віці, до цих астеничних патохарактерологічних особливостей можуть приєднуватися астеничні риси. У таких осіб виявляються підвищена рефлексія, прагнення до постійного психоаналізу та самоконтролю. Із застереженням вони ставляться до всього нового, що спричиняє у них відчуття страху, тривоги, своєї неповноцінності. Часто при цьому з'являється схильність до настирливих сумнівів, легко формуються різні фобії.

Особи, котрі страждають на психопатію, відзначаються значною чутливістю до різних зовнішніх впливів і біологічних змін, що відбуваються протягом всього їхнього життя. Ці фактори змінюють клінічну картину психопатій, зумовлюючи загострення психопатичних проявів, тимчасові і довготривалі реакції та розвитку.

У кожної людини є свідомість ~5% і підсвідоме ~95%, у підсвідомому міститься наш практичний і теоретичний досвід, починаючи з утроби матері. І коли людина зустрічається із будь-якою подією чи інформацією ззовні, за допомогою основних рецепторів: слух, нюх, дотик, смак та зір, ми маємо змогу опуститись в підсвідомість, згадати наш досвід і піднявши його в свідоме у вигляді емоційної, образної, словесно-логічної, фізичної пам'яті та опрацювавши підняту інформацію у свідоме – включити певну поведінку і емпатію, за допомогою дзеркальних нейронів та відповідно відреагувати.

Ми реагуємо у більшості – стосовно власного досвіду. Та проблема психопатичної в тому, що відсутність, або мінімальна кількість дзеркальних нейронів, не опрацьовує достатньо інформацію у емпатичному плані.

Тому психопати реагують на емоційному рівні, виходячи з досвіду інших людей, за часту це завчена реакція.

Психопатичним особам в спілкуванні характерний газлайтинг, таким чином вони можуть вводити інших людей в оману, навязувати їм почуття провини і т.д.

Висновки. Під час війни вміння відчувати горе інших і співпереживати їм, дає нам змогу зрозуміти, що відбувається з іншими і не відчувати себе самотніми, це дає сили жити далі, знаходити однодумців і сенс. Через відсутність емпатії в психопатичної особи чекати співпереживань або змін в

їхніх вчинках - напрасно. Прикладом відсутності емпатії може стати: Гітлер, Муссоліні, Путін.

Варто пам'ятати, що нас можуть бажати обманути та важливо, щоб ми самі не обманювали себе і опиралися на реальні факти, звіряли їх, включали критичне мислення, пам'ятаючи про тверезість мислення і реальність очікувань.

Література.

1. Гавенко В.Л., Бітенський В.С., Абрамов В.А. та ін.; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с. ISBN 978-617-505-422-2

ТЕРАПІЯ ТВОРЧИМ САМОВИРАЖЕННЯМ ЯК ЗАСІБ КОНСТРУКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ

Іванна Пальок,

3 курс, 053 Психологія, ОПП «Клінічна психологія»

Науковий керівник:

Діана Сідун-Сович,

викладач кафедри наук про здоров'я

Горе, втрата та трагедії є неухильною частиною життя багатьох людей, і впливають на їхню психічну та емоційну стійкість. Застосування творчих методів терапії для подолання горя набуває важливості через свою спроможність стимулювати індивідуальний розвиток, самопізнання та самовираження.

У сучасному світі, де стрес та психологічні труднощі стають все більш поширеними, важливо мати ефективні методи психологічної підтримки та реабілітації для тих, хто переживає втрату чи горе. Творчі методи терапії відкривають нові можливості для покращення психічного стану та забезпечення психологічного благополуччя. Враховуючи це, дослідження ефективності творчих методів терапії горя має велике практичне значення для психологічної практики та підтримки психічного здоров'я в сучасному суспільстві.

Мета нашого дослідження полягає у вивченні та аналізі ефективності терапії творчим самовираженням як засобу конструктивного переживання горя. Конкретні завдання дослідження включають:

1) Аналіз поняття горя за К. Росс, виявлення його стадій та особливостей переживання.

2) Вивчення можливостей арт-терапії як методу терапії горя.

Горе - це складне переживання, яке виникає внаслідок втрати значущих для особистості цінностей, таких як здоров'я, близькі відносини, рідні люди або

інші важливі аспекти життя. Відповідно до глибини переживання, горе може проявлятися через психічні та фізичні страждання. Психічні аспекти включають душевний біль, пригнічений настрій, апатію до світу, а також зниження вітальних і соціальних потреб. Фізичні прояви горя можуть включати спазми, напади задишки, зниження життєвого тону та безсоння [2, с. 34].

У своїй книзі "Про смерть і вмирання", опублікованій у 1969 році, Кюблер-Росс висвітлила п'ять стадій горя: заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття.

Заперечення виявляється у висловах типу "Цього не може бути!" або "Я не можу в це повірити!". Це першочергова захисна реакція, спрямована на уникнення стурбованої реальності. Основні ознаки заперечення включають небажання обговорювати проблему та невіру у те, що трагедія насправді сталася.

Гнів виражається через обурення над несправедливою долею. Людина може спрямовувати свій гнів на себе, на інших або на абстрактну ситуацію. Важливо розуміти, що гнів - це лише тимчасова стадія, і вона не означає, що людина поглинена злістю назавжди.

Період торгу - це спроба людини знайти надію, переконуючи себе, що трагічну подію можна змінити. Це включає намагання укласти угоду з Богом або з життям, сподіваючись, що проблеми зникнуть.

Коли торг не дає результатів, людина впадає у стан депресії, відчуваючи відсутність енергії та пригніченість.

Нарешті, на стадії прийняття людина рухається від відмовлення приймати реальність до мирного сприйняття змін. Це не щасливий стан, але він відображає покірне прийняття змін та рух до майбутнього.

Надія, хоч і не включена Кюблер-Росс у список стадій горя, відіграє важливу роль у всьому цьому процесі. Вона дає віру у краще майбутнє та осмислення кожної зміни, що відбувається [1].

Кюблер-Росс вважала, що всі п'ять стадій є захисними механізмами психіки, які активуються в надзвичайно важких ситуаціях. Кожну з цих стадій вона докладно описала в окремому розділі своєї книги.

В сучасному світі, коли стрес, тривога та психічні проблеми стають все більш поширеними, виникає необхідність у пошуку нових, нетрадиційних методів терапії. Одним із таких методів є арт-терапія, яка набуває все більшої популярності та визнання як ефективний інструмент для розробки особистості та подолання різних життєвих труднощів.

Арт-терапія сприяє саморозкриттю та розведенню негативних емоцій. Через динамічно орієнтований підхід, вона дозволяє розшифровувати глибинні

почуття та думки, які можуть бути виявлені у вигляді образів, виходячи з несвідомого. Попри те, що арт-терапевтичні сесії здатні проводити глибокі корекції, вони проходять легко та невимушено. Цей метод надає можливість об'єднати групу, зберігаючи індивідуальний підхід до кожного, та полегшити процес комунікації, використовуючи загальний творчий процес [3, с. 112].

Творчість не тільки допомагає згадати, вона наділяє новою цінністю втрачене. Фактично, твори мистецтва, створені на арт-терапевтичних сесіях клієнтами, які переживають горе, втрату, стають своєрідним "щоденником пам'яті" – ми вшановуємо людину, віддаємо шану та повагу. Люди, створюючи щось на згадку про когось, чи щось (наприклад, зображуючи образи неперевершених миттєвостей, чи почуття, які викликала людина) отримують через мистецтво можливість закарбувати пам'ять про загублене. Це допомагає визнати втрату (це одне із завдань роботи горя), підкреслити важливість почуттів та самої події (і не потрапити у пастку знецінення, яке унеможлиблює роботу горя, не дозволяючи рухатися далі).

Висновки. Отже, горе, як одна з найбільш складних та болісних емоцій, є актуальною проблемою у сучасному світі та психологічній науці. Вивчення процесів переживання горя має велике значення для розуміння впливу втрати на психічне здоров'я та поведінку людини. Концепція горя за К. Росс та її п'ять стадій - заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття, надають важливий фреймворк для розуміння цього процесу.

Арт-терапія у свою чергу є потужним методом терапії горя, оскільки сприяє саморозкриттю та вираженню негативних емоцій через творчість, дозволяючи розшифровувати глибинні почуття та думки, які можуть виявитися у вигляді образів. Цей підхід дозволяє людині усвідомити, виразити та переробити свої емоційні стани та переживання через метафори та символи, а також стимулює внутрішній розвиток та процес трансформації.

Література:

1. Елізабет Кюблер-Росс. «Про смерть і вмирання». 1969, 416 с.
2. Власенко І.А., Вінник Н.Д. Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція. Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 3. С. 33–37
3. Рибик Л. А. Психологічна допомога під час переживання горя вдовами працівників правоохоронних органів / Юридична психологія. 2016. № 1. С. 108-117

ТЕРАПІЯ ДУХОВНОЮ КУЛЬТУРОЮ ЯК ЗАСІБ ВІДНАХОДЖЕННЯ СЕНСУ ЖИТТЯ

Анатолій Павльо,

3 курс, 053 Психологія, ОПП «Клінічна психологія»

Науковий керівник:

Діана Сідун-Сович, викладач кафедри наук про здоров'я

Актуальність теми. Сучасний світ, який сповнений стресів, тривог та невизначеності, спонукає людей все більш дужче шукати відповіді на такі питання як: "Для чого я тут?", "Яке моє місце у світі?", "Що робить моє життя цінним?". Терапія духовною культурою може стати одним із шляхів до знаходження сенсу життя. Духовна культура включає в себе цінності, вірування та практики, які допомагають людям з'єднатися з чимось більшим за себе, знайти глибший сенс у своєму житті та відчувати душевний спокій. Все більше людей у світі шукають духовного розвитку та сенсу життя. Це пов'язано з багатьма факторами, такими як зростання стресу та тривоги, розчарування матеріалізмом та пошук більш автентичного життя. Дослідження показали, що духовність може мати позитивний вплив на психічне здоров'я. Люди, які мають сильне відчуття духовності, частіше бувають щасливими, стійкими до стресів та мають кращу якість життя.

В умовах теперішньої війни в нашій країні питання сенсу життя для багатьох людей загострилося. Люди стикаються з втратами, руйнуваннями, невизначеністю та страхом за майбутнє. У таких умовах пошук сенсу життя стає ще більш важливим, адже він може допомогти людям зберегти душевну стійкість, знайти втіху та надію. Війна - це екстремальна ситуація, яка змушує людей переосмислити свої цінності та пріоритети. Духовна культура може допомогти людям знайти сенс у житті навіть у найскладніші часи. Війна може призвести до посттравматичного стресового розладу, тривоги, депресії та інших емоційних проблем. Духовні практики, такі як молитва, медитація та йога, можуть допомогти людям впоратися з цими проблемами. Духовні спільноти можуть дати людям відчуття підтримки та єднання, яке так важливо в умовах війни. Війна змусила багатьох людей переосмислити своє життя та шукати сенс у ньому. Терапія духовною культурою може стати одним із шляхів до знаходження сенсу життя, зцілення від травм та збереження душевного здоров'я.

Терапія духовною культурою - це використання цінностей, вірувань та практик духовної культури для покращення психічного та емоційного здоров'я. Вона може включати в себе різні практики, такі як:

- Молитва: Молитва може допомогти людям знайти втіху, підтримку та відчуття зв'язку з чимось більшим за себе.

- Медитація: Медитація може допомогти людям розвинути mindfulness, самоконтроль та зменшити стрес.

- Участь у релігійних обрядах: Участь у релігійних обрядах може допомогти людям відчувати єднання з громадою та отримати духовну підтримку.

- Вивчення релігійних текстів: Вивчення релігійних текстів може допомогти людям знайти мудрість, керівництво та натхнення.

- Практика йоги: Практика йоги може допомогти людям покращити фізичне та психічне здоров'я, а також розвинути самосвідомість.

Дослідження показали, що духовні практики, такі як молитва та медитація, можуть допомогти зменшити стрес та тривогу. Також вони можуть допомогти покращити настрій та зменшити симптоми депресії. Духовна культура допомагає людям знайти сенс у своєму житті та відчувати зв'язок з чимось більшим за себе, а участь у релігійних спільнотах може допомогти людям відчувати єднання з іншими та отримати соціальну підтримку. Духовні практики можуть допомогти людям краще зрозуміти себе та свої цінності що дає розвиток самосвідомості.

Духовна культура відіграє значну роль у пошуку сенсу життя, пропонуючи різні шляхи до його досягнення.

Вона дає можливість людям відчувати зв'язок з вищою силою, будь то Бог, природа чи всесвіт. Це відчуття єднання з чимось більшим, ніж вони самі, може надати їм чітке розуміння мети, цінності та приналежності до чогось більшого. Духовна культура формує систему цінностей та етичних норм, які слугують орієнтиром у житті людини. Ці цінності, такі як любов, співчуття, справедливість та прощення, надають чітке уявлення про те, як жити осмислено та етично.

Вона також формує спільноту людей, які поділяють спільні цінності та вірування. Ця спільнота може стати джерелом підтримки та розуміння, особливо в складні періоди життя.

Духовна культура надає сили та стійкості у складних життєвих ситуаціях, таких як втрата, хвороба чи травма. Вона дає надію, віру та внутрішні ресурси для подолання труднощів. Вона сприяє самопізнанню та особистісному зростанню. Вона допомагає людям краще зрозуміти себе, свої цінності, своє місце у світі та рухатися у напрямку самовдосконалення.

Таким чином, духовна культура пропонує різноманітні шляхи до пошуку сенсу життя, даючи людям відчуття зв'язку з чимось більшим, чітке розуміння

цінностей, підтримку спільноти, силу та стійкість у складних ситуаціях, а також можливість для самопізнання та особистісного зростання.

Існує багато наукових досліджень, які свідчать про те, що терапія духовною культурою може мати позитивний вплив на психічне здоров'я та пошук сенсу життя.

Приклади наукових досліджень

- Дослідження Х. Корка (1985): Це дослідження показало, що люди, які мають сильне відчуття духовності, краще справляються з важкими життєвими обставинами, такими як смерть близьких, втрата роботи або серйозна хвороба.

- Дослідження Е. Ларсона та М. Вайсман (2005): Це дослідження показало, що люди, які мають сильне відчуття духовності, частіше повідомляють про те, що вони щасливі та задоволені своїм життям.

- Дослідження Ф. Баумайстера та К. Бріо (2006): Це дослідження показало, що люди, які беруть участь у релігійних практиках, частіше повідомляють про те, що вони відчувають сенс у своєму житті.

- Дослідження Дж. Флетчера та Дж. Хілтона (2010): Це дослідження показало, що когнітивно-поведінкова терапія, заснована на цінностях, може бути ефективним методом лікування депресії у людей з сильним відчуттям духовності.

В даний час великої популярності набуває така філософська школа як стоїцизм, що теж можна вважати за терапію духовною культурою. Ця філософська школа, заснована Зеноном з Кітіону в Афінах у 300 році до н.е. Стоїки вважали, що щастя та душевний спокій можна досягти за допомогою прийняття того, що ми не можемо контролювати, і зосередження на тому, що ми можемо. Стоїцизм може допомогти людям впоратися зі стресом та тривогою, покращити свій настрій, навчаючи їх зосереджуватися на позитивних аспектах свого життя та бути вдячними за те, що мають. Ця філософія може допомогти людям знайти сенс у своєму житті, навчаючи їх жити відповідно до своїх цінностей та робити позитивний вплив на світ.

Стоїки рекомендували медитацію як спосіб зосередитися на теперішньому моменті та відпустити негативні думки. Медитація може допомогти людям знайти сенс у своєму житті, навчаючи їх бути більш усвідомленими та цінувати теперішній момент. Стоїки вважали, що найкращий спосіб жити - це жити в злагоді зі своїми принципами. Застосування стоїчних принципів у повсякденному житті може допомогти людям жити більш автентичним та змістовним життям.

Висновки. В ході даного дослідження нами здійснено теоретичний аналіз наукової літератури щодо терапії духовної культури та пошуку сенсу життя.

Наукові дослідження свідчать про те, що терапія духовною культурою може мати позитивний вплив на психічне здоров'я та пошук сенсу життя. Духовні практики можуть допомогти людям з'єднатися з чимось більшим за себе, знайти сенс у своєму житті, зменшити стрес та тривогу, а також впоратися з важкими життєвими обставинами що є дуже актуально на сьогоднішній час в нашій країні.

Література:

1. <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/4794/Stavytska.pdf;jsessionid=086C5666A9C9F7DC5E48362679BC895B?sequence=1>
2. http://eprints.zu.edu.ua/26862/1/Духовна_культура_текст_ост.pdf
3. Духовна культура // Філософський енциклопедичний словник / В. І. Шинкарук (гол. редкол.) та ін. Київ : Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України : Абрис, 2002. – 742 с. – 1000 екз. – ББК 87я2. – ISBN 966-531-128-X.
4. В. Нестеренко. Стоїцизм // Філософський енциклопедичний словник / В. І. Шинкарук (гол. редкол.) та ін. – Київ : Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України : Абрис, 2002. – С. 609. – 742 с. – 1000 екз. – ББК 87я2. – ISBN 966-531-128-X.

КУЛЬТУРА СЕКСУАЛЬНИХ ВЗАЄМИН

*Вадим Попов,
2 курс, 053 «Психологія»,
ОПП «Клінічна психологія»*

*Науковий керівник:
Тетяна Палько, канд. психол. наук,
доцент кафедри наук про здоров'я*

Культура сексуальних взаємин у сучасному світі пояснюється глибокими соціокультурними змінами, технологічним прогресом, збільшенням уваги до гендерної та сексуальної рівності, а також питаннями здоров'я та безпеки. Суспільство переживає перетворення в уявленнях про сексуальність, рольових очікуваннях, ідентичності та сімейних структурах.

Розвиток Інтернету і соціальних мереж революціонує спосіб сприйняття і обговорення сексуальних питань. Рухи за рівність та інклюзивність активно обговорюються, а вивчення культури сексуальних відносин допомагає розуміти та вирішувати проблеми дискримінації та нерівності. Формування здорових сексуальних відносин є важливим для психологічного та фізичного здоров'я, а

дослідження в цій області сприяє розробці ефективних програм і політик для підтримки безпеки та здоров'я.

Мета дослідження цієї теми полягає у розумінні та аналізі впливу різних чинників, таких як соціальні норми, психологічні стани, культурні особливості, інформаційне середовище на формування і взаєморозуміння у сфері сексуальних відносин. Дослідження цієї теми допомагає краще зрозуміти сучасні тенденції, проблеми і можливості у цій сфері, а також сприяє розвитку більш толерантного, відкритого та інклюзивного підходу до сексуальності в суспільстві.

Зараз культура статевого життя, статева мораль визначаються як психогігієнічна та інтелектуальна користь, найбільше забезпечення фізичного і духовного здоров'я, добробуту і щастя людей [1, 18-19].

Тенденції розвитку культури сексуальних взаємин постійно змінюються, і доцільно буде говорити про них у контексті холістичного підходу. Біопсихосоціальний підхід в описі культурних взаємин дає нам змогу зрозуміти процеси формування культури сексуальності на всіх рівнях людини.

На формування сексуальної культури впливає складний комплекс фізіологічних, соціально-психологічних і культурних факторів. Саме від них залежить, наскільки гармонійно, повно, відповідно до віку буде сформована сексуальність. У сучасній сексології вирізняють три етапи формування сексуальності після народження і до формування зрілої сексуальності. Вікові межі є до певної міри відносними й відображають лише тенденції в цілому [1, 19].

Соціальна сфера є однією з найпотужніших впливів на розвиток культури у житті людини, бо майже на кожному рівні соціалізації присутній сексуальний контекст. Одним з найбільш дієвих інструментів окультурення є сексуальна освіта, яка дозволяє доносити інформацію найбільш правильно та об'єктивно. Актуальність статевого виховання зумовили різні фактори: прискорений статевий розвиток школярів, недостатній рівень обізнаності неповнолітніх у статевій сфері, те, що інформацію вони отримують переважно на вулиці, масова сексуальна розпуста і вседозволеність молоді, панування в її середовищі тваринних інстинктів, зневага дівчат до своєї цнотливості, проституція та злочинність на статевому ґрунті. Чималу тривогу стурбованість батьків і педагогів викликають масовий випуск та некомпетентне використання літератури про процеси зачаття й дітонародження, які можуть мати негативні наслідки. Мета статевого виховання – сформувати у молоді правильне розуміння сутності моральних норм і установок у сфері взаємин статей та потребу керуватися ними в усіх сферах діяльності [2, 169-170].

Сексуальна освіта насправді є великою проблемою для українського суспільства. На жаль у нашому соціумі виникла тенденція до табування цієї теми. І мова йде не лише про батьків, але й про заклади освіти, які не акцентують на цьому увагу, хоча це б значно покращило рівень сексуальної взаємодії в суспільстві в цілому.

Багато соціального впливу проєктується на людину, особливо з її локального навколишнього середовища. І тенденції суспільства спрямовані на згладжування суспільних норм та до моделі прийняття цих норм. Відтак, представників ЛГБТ спільнот, які раніше вважалися відхиленнями на медичному рівні, більша частина соціуму сприймає цілком природно.

Психологічний аспект сексуальності обумовлений індивідуальним психічним розвитком людини, її емоційним та психічним станом, типом темпераменту та іншими психологічними утвореннями. Так, різні психічні стани будуть впливати на наше лібідо, сексуальні потяги та ін. Також у процесі індивідуального розвитку людина набуває певних сексуальних стереотипів, які впливають на культуру її сексуальності безпосередньо.

Психологічні чинники, що впливають на зниження організації (отримання оргазму) є тісно пов'язаними з соціокультурними, оскільки саме суспільство вселяє певні установки, які закріплюються на психологічному рівні. Говорячи про жіночу сексуальність та сексуальну функцію як приклад, можуть виступати такі популяризовані думки суспільства, як «Ти не маєш виглядати так чи так і провокувати чоловіка», «Ти вже доросла для такої короткої спідниці» і т. ін.

Жіноча і чоловіча сексуальність відрізняється на фізіологічному рівні: біологічний фактор, спрямований на відмінність чоловічого та жіночого організму, рівень гормонів, відмінність статевої функції, фаза менструального циклу та ін.. Відтак, жінка виконує дітородну функцію, а чоловік запліднювальну. Це в першу чергу буде впливати на психологічне сприйняття коїтусу, але засади для цього психологічні [3,30].

Оргазм для чоловіків є природною, фізіологічною потребою, такою ж, як потреба в їжі або повітрі. У той час як оргазм у жінок – скоріш диво еволюції, спочатку не передбачене природою. Самці потрібно залишатися в бойовій готовності і вступати в статеві контакти без перепочинку аж до настання вагітності. Тож оргазм, з еволюційної точки зору, їй не потрібен. Самець повинен одразу ж отримати гарну і негайну винагороду за виконану роботу, щоб був стимул до повторення подвигу. Також варто зазначити, що більшість чоловіків досягають оргазму швидше, ніж жінки. Це пов'язано з тим, що кульмінація насолоди відбувається спільно з еякуляцією.

Ставлення до сексуальності відрізняється у різних культурах. У більшості західних індустріалізованих культур, таких як Сполучені Штати, ексклюзивна гетеросексуальність розглядається як сексуальна норма, існують культури з різним ставленням до гомосексуальної поведінки. Але майже у всіх культурах жінки можуть висловлювати гомосоціальні почуття через обійми, тримаючи руки та фізичну близькість. Навпаки, чоловіки утримуються від цієї поведінки, оскільки вони порушують гетеросексуальні норми для чоловіків. Жінки мають більшу гнучкість і можуть виражати більше варіацій поведінки упродовж гетеросоціально-гомосоціального спектру, але чоловіча поведінка підлягає сильній соціальній санкції, якщо вона вписується в те, що вважається гомосоціальним [4].

Отже, дослідження культури сексуальних взаємин у сучасному світі показує її важливість через глибокі соціокультурні зміни, технологічний прогрес, зростання уваги до гендерної та сексуальної рівності, а також проблеми здоров'я та безпеки. Сучасне суспільство переосмислює сексуальність, рольові очікування, ідентичність та структуру сім'ї, але в будь-якому випадку, сексуальна культура повинна спиратися на перевірені досвідом патерни і сценарії сексуальної поведінки, які підтримують сексуальне здоров'я, психологічне благополуччя та щастя людини.

Література:

1. Волошина О. В. (2021). Психологічні особливості ставлення молоді до власної сексуальності: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Ю. В. Железнякова. Запоріжжя : ЗНУ. 77 с.

2. Паничок, Т. (2009). "Особливості взаємодії учителів і батьків при здійсненні статевого виховання учнівської молоді у Німеччині." *ББК 74.202 Г. 94*

URL:https://www.researchgate.net/publication/277233579_Stateve_vihovanna_ucnivskoi_molodi_u_Nimeccini (дата звернення: 28.04.2024)

3. Ромащенко О. (2023). "Порушення оргазму у жінок." *Men's Health, Gender and Psychosomatic Medicine* 1 (16): 26-42.4. Sexuality and Culture by L. D. Worthy, Trisha Lavigne, & Fernando Romero is licensed CC BY-NC-SA 4.0. Original source: URL: <https://open.maricopa.edu/culturepsychology> (дата звернення: 28.04.2024)

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЖІНКИ З ГЕРОЇНЕЮ КАЗКИ ЯК СПОСІБ ПОДОЛАННЯ ТРАВМИ

Роксолана Тиховська,

3 курс, 053 Психологія, ОПП «Клінічна психологія»

Науковий керівник:

Олена Яцина, доктор психол.н., професор,

професор кафедри наук про здоров'я

Вступ. У кожного з нас є власна «казка» життя, і події у нашому житті, на думку психологів, вибудовуються нерідко саме за сценарієм улюбленої казки з дитинства. Вона наче закладає в нашу свідомість визначену програму, задає напрямок руху. Слухаючи казку, дитина ототожнює себе з якимось героєм. І уже в дорослому житті людина робить так, як і його улюблений персонаж, здійснюючи його «подвиги» і повторюючи його помилки. Казка ніби програмує долю, поведінку і характер, веде людину крізь життя. І від її впливу позбутися дуже нелегко. «Хочемо ми того чи не хочемо, казка часто стає реальністю. І не завжди найкращою» [2, 24], – зазначає Х. Дікман, відомий психоаналітик-юнгіанець, який використовував у своїй практиці метод казкотерапії. Сьогодні застосування казки як індикатора психологічного стану особистості є актуальним методом у роботі психолога, психотерапевта.

У світлі психоаналізу «героїня казки – це модель людини, котра демонструє сходження до цілісності через позитивне проходження ініціації. При чому кожна ініціація – це сходження героїні на нову стадію інтеграції відповідно до лінії розвитку, що її запропонував К.-Г Юнг: до середини життя це розвиток назовні, після середини – всередину» [4, 215]. Аналіз казок під час терапії допомагає пацієнту пройти через етап психологічної ініціації, краще зрозуміти себе, свої прагнення та проблеми, зцілитися від травми. Літературні казки, на відміну від фольклорних, інколи моделюють деструктивні сценарії життя, їх розв'язка сумна, нещаслива. І коли така казка є улюбленою для чоловіка чи жінки, у їх життя приходить травматичний досвід. Однією з таких казок є казка Г. К. Андерсена «Русалонька». Ми проаналізуємо цікавий приклад впливу цієї казки на життя жінки, зафіксований у праці Х. Дікмана «Сказання та іносказання. Юнгіанський аналіз чарівних казок».

Метою роботи є співставлення образів-символів та мотивів казки «Русалонька» з поведінкою та почуттями пацієнтки під час психотерапії.

Виклад основного матеріалу. К.-П. Естес розглядає казку як розгорнутий метафоричний сценарій вікової ініціації хлопця або дівчини, тобто

психологічна ініціація є процесом, в результаті якого дівчині необхідно відмовитися від звички жити несвідомо й навчитися «прагнути свідомого зв'язку з потаємним розумом, з Дикою Самістю, навіть якщо на цьому шляху нас чекають страждання, боротьба, труднощі» [3, 359].

Важливою рисою казки є те, що під час розвитку подій відбувається трансформація. Хтось маленький і слабкий у кінці казки перетворюється в сильного, могутнього, впевненого в собі, позбувається травматичного досвіду. Така собі історія дорослішання. Юнг називав такі казкові процеси індивідуацією (психологічною ініціацією) [5].

За спостереженням Е. Берна, казка "Русалонька" орієнтує жінку на жертвопринесення чоловіку: щоб тебе любили, треба страждати, робити собі боляче, розчинитися в коханому. "Попелюшка", схоже, діє за тою ж програмою, щоправда з щасливим кінцем. Щоб стати принцесою, вчить казка, треба мити, прати, працювати. От тільки де в житті взяти ще і фею, яка допоможе чесній трудівниці в її чудесному перетворенні?! Ці казки, по суті, закладають хворе, негативне мислення, формують невдах. Звичайно, не всі казки такі. Приміром, у "Гидкому каченяті" закладена позитивна програма: у ній герой іде по шляху переможця, перетворюючись у прекрасного лебедя [1].

Казки, так само як сновидіння, безпосередньо можуть виявити глибокі зв'язки з долею, внутрішніми достоїнствами та сильними сторонами людини. На думку Х. Дікмана, "часто саме таку роль відіграє казка чи казкова історія, що зачарувала людину в дитинстві, особливо улюблена нею чи та, що лякала її колись. Пізніше казка забулася чи була витіснена зі свідомості і тому потрапила у сферу несвідомого, де, продовжувала володіти значною енергією, про що доросла людина могла й не підозрювати" [2, 45].

Х. Дікман описав психосоматику своєї пацієнтки, 22-річної дівчини, яка страждала від синдрому астазії-абазії – втратила здатність ходити, хоча кінцівки залишалися рухливими в ліжку. Цей синдром розвинувся внаслідок психологічної травми. Зокрема, аналіз незвичного сновидіння пацієнтки у психотерапевта асоціативно пов'язався з початком казки «Русалонька», яка, як з'ясувалося, була її улюбленою в дитинстві, щоправда тепер вона ледве могла пригадати зміст казки. Як спостеріг Х. Дікман, існувала певна схожість між образами сновидіння та образами, які фантазія пацієнтки витворювала навколо цієї казки. Вчений був вражений великою кількістю паралелей з життєвими обставинами пацієнтки, навіть із симптомами її хвороби. Складалося уявлення, що молода жінка проживала життя героїні казки. Це припущення Х. Дікмана підтверджувалося паралелями, які пацієнтка почала проводити між собою і героїнею казки, що зрештою сприяло подоланню психологічної травми та

одужанню пацієнтки. Так, Х. Дікман побачив зв'язок між переживаннями психологічної травми пацієнтки та неможливістю досягнути бажаного героїнею казки «Русалонька»: пацієнтка, як і Русалонька, була настільки перелякана, пригнічена, що прагнула смерті (спроба суїциду).

Прогрес у лікуванні неврозу виявився в тому, що пацієнтка не могла піднятися маленькими сходами до кабінету лікаря без супроводу когось із близьких, а через три сеанси їй стало легше, хоча вона і скаржилася ще на різкий біль у ногах. У казці «Русалонька» ноги асоціюються з болем, труднощами. Отже, виявлено подібність між симптомами пацієнтки і образом німфи, що живе у природній стихії, далеко від турбот і не обтяжена відповідальністю.

Образ Русалоньки можна порівняти з ще неусвідомленою жіночністю. На першому плані в казці є невдала спроба налагодження стосунків з представником протилежної статі, нещасливе кохання, яке, власне, закінчується невдачею тому, що дівчина не здатна озвучити свої почуття, виразити їх словами. На думку Х. Дікмана, мова йде про затримку розвитку жіночого Я у напрямку до здійснення бажаного, тобто про затримку у формуванні взаємозв'язків з анімусом, тобто з власною маскулінністю, що обумовлює сприйняття реальних чоловіків.

У казці «Русалонька» є ще персонаж, що ототожнюється з несвідомим – це Велика Мати, яка має два обличчя. Її позитивний, світлий аспект персоніфікується в образі мудрої і гордої бабусі, яка «кожен день виявляла велику любов й турботу стосовно маленьких морських принцес, своїх онучок». Поряд зі світлою стороною архетипу існує темний, демонічний аспект архетипу матері, який об'єктивується в образі морської відьми, що прагне влади й покори з боку морських жителів. У ній легко впізнати «надтурботливу матір».

За спостереженням Х. Дікмана, "до тих пір, поки Его (Я) перебуває в несвідомій схованці інфантильного раю материнського світу, воно не може віднайти душу, тобто стати свідомим, вести гідне й щасливе життя. Воно залишається незмінним і вічно юним, поки, нарешті, не перетвориться в морську піну. Тільки зіткнення з негативною стороною Великої Матері і розставання з материнським світом здатні розбудити свідомість та сприяти встановленню зв'язків з реальністю. Тільки маючи людські ноги, можна вистояти в ситуації, часто пов'язаній із сильними стражданнями" [2, 64].

Але втрата здатності говорити – надто висока ціна, яку Русалонька повинна заплатити за свій досвід, який, власне, не сприяє індивідуалізації. Мовлення – важливий засіб комунікації, його не можна замінити регресивним поверненням до тілесної моторики, і таким чином у світі людей Русалонька

зазнає краху. У розв'язці казки лібідо героїні перетікає в стихію повітря, тобто в царство фантазії, а в історії життя та хвороби пацієнтки відповідає регресивній інтроверсії і втечі у світ сновидінь.

Х. Дікман описує це так: "Якщо порівнювати ситуацію, що викликала у пацієнтки невроз, з казкою, то тут також виявляється виразна аналогія: коли пацієнтка вперше по-справжньому вийшла з-під батьківської опіки, вона вступила у романтичні стосунки з чоловіком і домоглася можливості поїхати до нього одна, без супроводу матері. Однак невдовзі ці стосунки були зруйновані самою пацієнткою, яка належала до моторного, екстравертного типу і небагато могла розповісти про свій внутрішній світ і про свої почуття. «Нездатність говорити доходить до смішного. У нашій сім'ї було прийнято про все мовчати. Говорять тільки про роботу та колег, ніколи про те, що стосується особистого. Я гублюся, я не знаю з чого розпочати». У цих стосунках вона була дівчиною без язика. Зустрічі з чоловіком призвели потім до вагітності і, коли після народження дитини він відмовився одружуватися на ній, виник симптом астазії-абазії" [2, 65].

Отже, у життєвій історії пацієнтки Х. Дікмана домінуючою фігурою була «надтурботлива мати». З анамнезу відомо, що пацієнтка була єдиною дитиною в сім'ї; шлюб батьків був надто тяжким: батько мав маніакально-депресивний розлад, коли народилася пацієнтка. Тому із самого початку й надалі дитина орієнтувалася на матір. "Коли пацієнтці було чотири роки, батьки розлучилися. Мати і дочка були евакуйовані під час війни за кордон, у той час як батько залишився в Берліні. Після їх повернення батько жив окремо, але коли пацієнтці було 14-15 років, батьки знов примирилися. Як і в казці «Русалонька», у важливий період розвитку пацієнтки батько грав незначну роль. Мати, у свою чергу, страждала посиленням неврозом: з однієї сторони, вона оточувала доньку турботою і балувала її. Однак дівчині заборонялося ходити будь-куди самій і завжди слід було виглядати чистою й акуратною. Їй не дозволяли грати з іншими дітьми і берегли від найменшої простуди. У той же час, якщо пацієнтка хоча б трохи протестувала проти цих обмежень чи на декілька хвилин запізнювалася, то її сильно карали" [2, 65].

Розвиток стосунків з матір'ю у пацієнтки Х. Дікмана поділявся на три великих періоди: перший період продовжувався до пізнього пубертату. Він характеризувався неймовірною емоційною амбівалентністю. Мати, з одного боку, була люблячою, а з іншого – «морською відьмою», яка вимагає беззаперечної покори. Якщо щось робити, то необхідно робити таємно. У казці цьому відповідають ув'язнені та померлі істоти у лісі відьми на морському дні.

Потім настала фаза різкого протистояння: пацієнтка відкрито бунтувала, йшла з дому наперекір батькам, схильним до гіперопіки. У казці такому стану речей відповідає укладання договору з відьмою.

Третя фаза співпала зі спалахом неврозу. Пацієнтка повністю сховалася за спиною матері, яка знову стала найкращою, найулюбленішою подругою. Вона закрила себе вдома. Поїздки у вільний час здійснювались тільки з матір'ю, так що вона, з одного боку, потрапила в регресивну інтроверсію закінчення казки, з другого ж, її стан виявляв зв'язок з початком казки, коли принцеса повинна була залишатися вдома одна і з сумом плавати навколо мармурової колони з хлопчиком. Стосунки пацієнтки з іншою статтю також були нежиттєздатними: холодний гладкий мармур, навколо якого кружляють сумні фантазії про подібного на принца чоловіка, який одного разу приїде і візьме її за дружину.

Супроводжуючий подібні мрії депресивний настрій нагадує нам про те, що в казці поряд з фігурою хлопчика стоїть плакуча верба. Усвідомивши паралелі між власним життям та сценарієм казки «Русалонька», пацієнтка перестала ототожнювати себе з головною героїнею, подивилася на ситуацію ніби збоку, як сторонній глядач, усвідомила передумови виникнення неврозу, переглянула своє сприйняття батьків, змінила ставлення до них і до представників протилежної статі. Пацієнтка прийняла себе, свою індивідуальність, жіночність, відмежувалася від образу жертви й дитини.

У процесі аналізу прогрес у лікуванні дівчини і покращення симптоматики при ходінні, як у казці, пов'язаний з болем, що вона відчувала при цьому. Надалі, зовсім як у казці, першим, що пацієнтка зробила, коливилікувалася, було те, що вона із задоволенням почала танцювати. Х. Дікман відзначив, що багато його пацієнтів, улюбленою казкою яких була «Русалонька», визнавали, що їм подобається танцювати. Танець означав для них глибоке ритмічне поєднання з вегетативно-соматичною областю, був способом самовираження. Через ритмічний рух пацієнти відтворювали свої несвідомі бажання й устремління.

Висновки. Отже, улюблену казку можна використовувати в якості терапевтичного засобу. Якщо пацієнту вдасться усвідомити той факт, що він ідентифікує себе з казковим персонажем, він навчиться розуміти образи-символи казки і через співпрацю з психоаналітиком зуміє обрати для себе позитивний сценарій розвитку. Пацієнтка Х. Дікмана під час сеансів відкрила для себе подібність власного сценарію життя із сюжетом казки «Русалонька». Дівчина зрозуміла, що синдром астазії-абазії виник через ототожнення з героїнею казки, метафорично вона уподібнилася до русалки – не могла ходити як і русалка, в якій замість ніг хвіст. У процесі аналізу пацієнтка побачила

символічну подібність образу власної матері і морської відьми, а втрату голосу Русалонькою порівняла з власною нездатністю розповісти про свої почуття, встановити зв'язок з чоловіками. Завдяки проведенню паралелей між власним життям та історією казкової героїні, пацієнтка усвідомила затримку розвитку свого Я, розбалансованість зав'язків з її внутрішньою маскуліністю (анімусом), проблеми у стосунках з батьками. У результаті вдумливого аналізу під час сеансів дівчина змогла зцілитися від психологічної травми, і на зміну її нездатності ходити з'явилося бажання танцювати.

Література:

1. Berne E. What Do You Say After You Say Hello? Bantam Books, 1973. 457 p.
2. Dieckmann Hans. Twice-told Tales: The Psychological Use of Fairy Tales. Chiron Publications, 1986. 139 p.
3. Естес К.-П. Жінки, що біжать з вовками. Архетип Дикої жінки у міфах та легендах; пер. з англійської Наталії Валевської. Київ, 2019. 464 с.
4. Тиховська О. Українська народна чарівна казка: психоаналітичний аспект. Монографія. Видання друге, доповнене. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. 416 с.
5. Юнг К.-Г. Архетипи і колективне несвідоме / пер. з нім. К. Котюк. Львів: Астролябія, 2013. 588 с.

РОЛЬ ЕМОЦІЙ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ

*Катерина Товт,
2 курс, 053 «Психологія»,
ОПП «Клінічна психологія»
Науковий керівник:
Тетяна Палько, канд. психол. наук,
доцент кафедри наук про здоров'я*

Емоції відіграють значну роль в житті людини, вони є пристосувальними реакціями, які виникають за умов, коли головним елементом є невизначеність. Емоції є найдавнішими психічними процесами людини, які відіграють певною мірою і захисну функцію. Під невизначеністю слід розглядати ситуації, коли організм не має часу чи фізичної змоги відповісти на подію певним типом реакцій (наприклад, коли подія сталася занадто різко). Емоції мають значний вплив на здоров'я людини, забезпечуючи фізичне, психологічне та соціальне благополуччя, що не аби як впливає на якість життя особистості.

Метою нашого дослідження є визначення ролі емоцій в житті людини через розуміння фізіологічного механізму їх виникнення.

Термін емоція походить з латині *emoveo, emovere* — хвилювати, збуджувати, в термінології ж воно французького походження (*emotion* – емоція). Фізіологічно емоції складаються із сумісної діяльності кори та підкіркових утворень [2,с.8]. На даний час під «емоціями» розуміють два різних, але взаємопов'язаних між собою процеси: «емоційне переживання» та «емоційне вираження». Емоційне переживання зачіпає всі усвідомлювані реакції та відчуття, які реалізуються через активацію таких структур кори головного мозку як поясна звивина та лобні ділянки. Проте варто зауважити, що перед тим, як виникне відчуття емоційного переживання під дією стимулів, внутрішніх станів та різних ситуацій в організмі відбуваються вегетативні та соматичні зміни, які називають емоційним вираженням. Емоційне вираження відбувається через активацію підкіркових структур (мигдалина, гіпоталамус, стовбур мозку). Цей процес є мимовільним і виконується організмом автоматично, що виражається вегетативними реакціями, зміною міміки, з'являються характерні рухи тіла та голови. Емоції усвідомлюються та відображаються у певних почуттях і настроях, які присутні в нашому житті постійно. Якщо описувати суб'єктивно, то можна сказати, що вони виражаються у тому, як людина реагує на оточуючі подразники та свої внутрішні стани.

З психологічної точки зору емоції можна поділити на переживання, настрої, почуття, специфічні відчуття та афекти. Переживання складаються з сильних та слабких почуттів (сильні – гнів, радість та слабкі – задоволення). Афекти – сильні та короточасні стани, при яких знижується ступінь самоволодіння, які можуть викликати неконтрольовані та неусвідомлені дії людини (наприклад: жах, гнів).

І. П. Павлов, аналізуючи емоційні стани, вказував на те, що людина в афективному стані перевантажує гальмівну функцію кори, вимовляючи і роблячи те, що не дозволила б собі в спокійному стані і про що особистість шкодує після того, як емоційний вплив мине [1,с. 807]. Почуття – це відносно тривалі та стійкі емоції, які можуть зберігатися протягом тривалого часу, часто це називають нашим настроєм. В основному емоції це досить стабільний психічний стан, який напряду залежить від задоволення потреби. Звідси впливає таке поняття, як емоційне реагування – це короточасна емоційна реакція у відповідь на ситуаційний подразник. П. К. Анохін розглядав емоції як продукт еволюції, що став пристосувальним фактором в житті тваринного світу. Емоції важливі для закріплення і стабілізації раціональної поведінки тварин і людини.

Позитивні емоції, що виникають при досягненні мети, запам'ятовуються і при відповідній ситуації можуть вилучатись з пам'яті для отримання такого ж

корисного результату. Негативні емоції, навпаки, застерігають від повторного здійснення помилок [1,с.807]. Також людські переживання діляться на стенічні та астенічні, де астенічні знижують нашу розумову працездатність, а стенічні навпаки підвищують наші розумові здібності. Численні дослідження впливу емоцій на розумову діяльність людини говорять про те, що під дією позитивних емоцій працездатність підвищується на 30-40%, стимулюється розумово-пізнавальна активність, життя стає повноцінним та цікавим.

Емоції – це невід’ємна частина людської психіки та існування, вони проявляються з самого дитинства. Прийнято вважати, що перший плач дитини – це початок емоційних проявів, до року дитина освоює все більший і більший емоційний спектр, який виражає її потреби. Емоції виконують і комунікативну (сигнальну) функцію, передають інформацію про внутрішній стан людині і навпаки – допомагають сприймати ці сигнали від інших людей у відповідь, завдяки цьому ми можемо допомогти оточуючим чи отримати допомогу у випадках, коли відчуваємо страх, або засмученість. Оцінка за допомогою емоцій має безпосередній характер, тобто не потребує раціонального осмислення. Емоції миттєво сигналізують їх суб’єкту про значення навколишніх явищ, предметів для життєдіяльності. Приємні емоції співвідносяться з позитивною оцінкою, неприємні – з негативною. Емоції спонукають до діяльності у певному напрямку [1,с.808]. Виконують перемикаючу функцію, яка допомагає організму вибрати тактику, яка мінімізує виникнення негативних емоцій. Компенсаторно-захисна функція емоцій підвищує діяльність органів та потенційні можливості людини для задоволення потреби [2,с.16]. Захисна функція проявляється під час небезпеки, наприклад сигналізує про необхідність втекти від неї або нейтралізувати ворога (страх-втеча, гнів-агресія) [1,с.808]. Завдяки емоційним реакціям люди можуть мобілізуватися. При цьому відбувається додатковий викид адреналіну у кров. Наші емоції також впливають і на стан нашого організму, коли людина відчуває радість, позитивні емоції, в організмі вивільняються катехоламіни – гормони, що перешкоджають запальним процесам. У цей же час відбувається викид ендорфінів, які здатні зменшити больові відчуття. Найбільший вплив емоції чинять на серцево-судинну систему. Сильний гнів і тривале роздратування сприяють порушенню роботи серця і розвитку такого захворювання, як гіпертонія. Кровообіг багато в чому залежить від емоцій: змінюються пульс, тиск, тонус кровоносних судин. Люди, які постійно відчувають стрес, частіше страждають інфекційними захворюваннями верхніх дихальних шляхів. А у людей, які відчувають позитивні емоції, дихання стає легшим. Фахівці довели, що песимістично налаштовані люди із заниженою самооцінкою часто

відчувають тривогу і страх, у зв'язку з чим більше інших страждають від головного болю, хвороб шлунку і хребта. І, навпаки, оптимісти не настільки схильні до застудних захворювань. Крім того, люди, які часто відчувають позитивні емоції, легше засинають і міцніше сплять, а це дуже серйозно впливає на самопочуття.

Отже, емоції виконують різні важливі функції в житті людини. Завдяки цьому людина може приймати рішення, захищатися від небезпеки, оцінювати ситуацію та людей навколо. Проживаючи свій минулий досвід завдяки емоціям людина може запобігти повторенню своїх минулих помилок в теперішньому часі. Всі судження про значущість предметів та явищ довкілля формуються саме на основі емоцій. Тому емоції відіграють важливу роль в житті людини і її пізнанні навколишнього середовища.

Література:

1. Літвякова І. А., Ханецька Н. В. Дослідження впливу емоцій на стан особистості. *Молодий вчений*. 2017. № 11. С. 806-809.
2. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги. Запоріжжя. 2017. 72 с.

КПТ-МОДЕЛЬ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

Оксана Томшиц,

3 курс, 053 Психологія, ОПП «Клінічна психологія»

Науковий керівник:

Олена Яцина, доктор психол.н., професор,

професор кафедри наук про здоров'я

Вступ. Внаслідок повномасштабного вторгнення росії в Україні дедалі більша кількість осіб відчувають тривогу і паніку. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожна п'ята особа, яка зазнала впливу війни або інших збройних конфліктів, упродовж наступних 10 років перебуває під ризиком розвитку тривожного, посттравматичного стресового, біполярного афективного, панічного або депресивного розладів; депресії, шизофренії, порушення циклу сну–неспанья, тривалого розладу горя, розладів адаптації, реактивного розладу прив'язаності, розладів харчової поведінки, тілесного дистресу або тілесних переживань і психозу (WHO, 2022) [1]. В Україні такий ризик наразі загрожує майже 8,5 млн. осіб.

Тривожні розлади, що виникають внаслідок війни, мають свою специфіку клінічних ознак: невиправдана лякливність та відчуття напруженості; надмірна турботою про безпеку в ситуаціях, які цього не потребують; почуття провини, нікчемності або безнадійності; кошмарні сновидіння та повторювані думки про

війну та травматичні події; нездатність отримувати задоволення від видів діяльності, які були джерелом радості до війни. Крім того, тривога супроводжується соціально-психологічною дезадаптацією, високим рівнем нервово-психічної напруги та соціальної фрустрованості, наявністю високих показників за клінічними шкалами та соматизацією [1].

За останньою редакцією Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), до розділу розладів, пов'язаних із тривогою та страхом, належать: генералізований тривожний розлад; панічний розлад; агорафобія; специфічна фобія; соціальний тривожний розлад; сепараційний тривожний розлад; селективний аутизм; інші уточнені розлади, пов'язані з тривогою та страхом; розлади, пов'язані з тривогою та страхом, не уточнені. Вони кодуються в інших розділах, згідно з новим переглядом, як тривожні розлади, спричинені впливом психоактивних речовин; іпохондрія та вторинний тривожний синдром [2].

Зазначене дає підстави вважати, що проблема тривожності актуалізується і з кожним роком з'являється все більше досліджень на цю тему. Тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних порушень, які суттєво впливають на якість життя та функціонування людини. За тривожних розладів на перший план виходить травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка дає змогу: працювати з травматичними спогадами, над емоціями, пов'язаними з травмою, реструктурувати поняття, пов'язані з травмою, допомагати в подоланні поведінки уникнення та забезпечувати підтримку у відновленні адаптації.

Отож мету дослідження вбачаємо в аналізі перспективи застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у лікуванні тривожних розладів. До слова, за Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118 КПТ увійшла в перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю [3]. Своє завдання вбачаємо у тому, щоб розглянути основні принципи КПТ, її роль у зменшенні симптомів тривожності та покращенні якості життя різних категорій пацієнтів/клієнтів.

Виклад основного матеріалу. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це ефективний метод лікування тривожних розладів, що базується на взаємозв'язку між думками, почуттями та поведінкою. Вона спрямована на ідентифікацію та зміну негативних когнітивних паттернів, що підтримують тривогу. Ключовою особливістю КПТ є її спрямованість на коригування спотворених когнітивних уявлень та розвиток нових стратегій поведінки для подолання тривоги.

КПТ базується на принципах зміни негативних мислених патернів та поведінкових реакцій, що підтримують тривожність. Відомі вчені психотерапевти, такі як Аарон Бек, Альберт Елліс та Девід Кларк, внесли значний вклад у розвиток та популяризацію КПТ. Аарон Бек вперше висвітлив ідеї КПТ в середині ХХ століття, акцентуючи увагу на важливості зв'язку між думками, почуттями та поведінкою. Альберт Елліс розробив раціонально-емоційну терапію (РЕТ), яка також заснована на когнітивно-поведінкових принципах та висвітлює вплив ірраціональних переконань на емоційний стан. Девід Кларк спрямував свої дослідження на КПТ для лікування панічних розладів та соціальної фобії, визначаючи конкретні стратегії та техніки, що допомагають пацієнтам керувати своїми симптомами тривожності.

Дослідження показують, що КПТ ефективно знижує симптоми тривожності і сприяє покращенню якості життя пацієнтів/клієнтів у різних вікових групах та з різними формами тривожних розладів [4; 5, с.86]. Крім того, КПТ може бути ефективною як у короткостроковій, так і у довгостроковій перспективі, а його позитивний вплив зберігається протягом тривалого часу після завершення терапії. Крім того, КПТ дозволяє пацієнтам/клієнтам отримувати навички самостійного керування тривогою, що сприяє попередженню рецидивів та забезпечує стійкий позитивний результат лікування. Ефективність КПТ також підтверджена у випадках, коли розлад супроводжується іншими психічними або фізичними захворюваннями.

За допомогою різноманітних стратегій та технік у КПТ для зменшення тривожності клієнт навчається ідентифікувати та усвідомлювати свої негативні думки, що спричиняють тривогу. Після цього він опановує навички перегляду та переоцінки цих думок, звертаючи увагу на об'єктивні докази або можливі альтернативні варіанти. Додатковою складовою є тренування стратегій релаксації, які можуть включати глибоке дихання, прогресивну м'язову релаксацію за Джекобсоном або медитацію.

Поведінкові експерименти також використовуються для перевірки або відхилення тривожних думок через практичні дії та спостереження результатів. Крім того, клієнт розвиває здорові стратегії копіngu, такі як вирішення проблем, позитивне переоцінювання, а також використання соціальної підтримки. Ці техніки та стратегії становлять основу КПТ і допомагають клієнтам ефективно управляти своєю тривогою та покращувати якість свого життя. Наприклад, одна з технік, яку використовують у КПТ, "когнітивний перегляд". Під час цієї техніки клієнт навчається переглядати свої тривожні думки з іншого ракурсу, що допомагає знизити їхню інтенсивність та зменшити реакцію тривоги. Наприклад, якщо клієнт має думку про те, що "все піде шкереберть", він

навчається шукати докази, які підтверджують або спростовують цю думку. Це допомагає клієнту підвищити свідомість про свої мисленими процеси та знизити їхній вплив на почуття тривоги.

Варта уваги техніка переоцінювання Аарона Бека. До прикладу, під час роботи з клієнтом, який має тривожні думки про ймовірні негаразди на роботі, Бек рекомендував йому переглядати ці думки, спонукаючи до дослідження об'єктивних доказів та альтернативних варіантів. Зокрема у вигляді шляхів вирішення проблем та резервних планів. Таким чином, клієнт навчався переоцінювати свої тривожні думки, що допомагало йому знизити рівень тривоги та покращити якість життя [4;7].

Управління тривожними розладами вимагає комплексного підходу, що включає в себе психотерапію, фармакотерапію та різноманітні стратегії самодопомоги. Одним із найефективніших психотерапевтичних підходів для лікування тривожності є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [6].

Як зауважує О. Романчук, модель когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) тривожних розладів розглядає процес переходу від нормальної тривоги до тривожного розладу з точки зору психологічних та поведінкових механізмів. Нормальна тривога, яка може виникати в реакції на реальну небезпеку чи стресову ситуацію, має лінійний характер і сприймається як відповідь на конкретну подію. Однак у випадку тривожного розладу тривога стає циклічною, без конкретного зовнішнього подразника, і може виникати без видимої причини або на тлі звичайних життєвих ситуацій. Ця модель пояснює, що система тривоги в організмі, яка зазвичай активується для підготовки до небезпеки та мобілізації для адекватної реакції, може почати працювати неправильно. Замість того, щоб вимкнутися після зникнення небезпеки, вона може залишатися активною, спричиняючи постійний стан тривоги. Отже, модель КПТ тривожних розладів розглядає, як нормальний механізм тривоги може змінюватися в умовах тривожного розладу, та надає підстави для розробки ефективних стратегій лікування, спрямованих на корекцію цих шкідливих психологічних та поведінкових паттернів.

Висновки. Успішне подолання тривожних розладів вимагає індивідуального підходу та обґрунтованого вибору стратегій лікування. Кожна людина унікальна, тому важливо, щоб методи психотерапії враховували її особливості, потреби та контекст. Обговорення різних можливостей та спільний вибір оптимального шляху можуть позитивно вплинути на результати лікування та покращити якість життя клієнта. Такий підхід сприяє максимальному врахуванню індивідуальних потреб кожної людини, забезпечуючи ефективність та позитивні результати терапії.

Література:

1. Тривожність під час війни: шляхи терапії.). URL: <https://health-ua.com/article/74775-trivozhnst-pd-chas-vjni-shlyahi-terap#:~:text>
2. МКХ-11: оновлений погляд на типологію хвороб. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2022/1%28132%29/pages-5-6/mkh-onovleniy-poglyad-na-tipologiyu-hvorob#gsc.tab=0>
3. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0129-24#Text>
4. За матеріалами Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування й реабілітація» (24-25 травня 2023 р.). URL: <https://health-ua.com/article/74775-trivozhnst-pd-chas-vjni-shlyahi-terap>
5. Яремко, Р., Гродська, В., Дзюбак, А., & Ільків, Х. (2022). ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ. Молодий вчений, 5 (105), 83-86. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-5-105-16>
6. Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/4%2839%29/article-646/kognitivno-povedinkova-terapiya-trivozhnih-rozladiv-model-rozuminnya-terapiyi-ta-empirichni-dokazi-efektivnosti#gsc.tab=0>
7. Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Всеукр. наук.-практич. інтернет конф. (19 травня 2023 року, м. Одеса). Одеса, 2023. 218 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Ксенія Травіна
2 курс, 053 «Психологія»,
ОПП «Клінічна психологія»
Науковий керівник:
Тетяна Палько, канд. психол. наук,
доцент кафедри наук про здоров'я

Згідно зі звітом Організації Об'єднаних Націй про вплив збройних конфліктів на дітей, мирні жителі в усьому світі все більше й більше страждають від війни. Половина з них – діти та підлітки, які не досягли повноліття. У таких умовах найбільш вразливою групою є діти та підлітки, які не досягли повноліття. Їм загрожує переміщення, вимушена еміграція, втрата

дому та членів родини, розлука з батьками тощо. Ці фактори, ймовірно, матимуть довгостроковий вплив на розвиток і дорослішання.

Психоемоційний стан підлітків є надзвичайно актуальним в контексті сучасної глобальної ситуації. Дослідження цієї теми допоможе розкрити важливі аспекти впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я підлітків.

На сьогодні в Україні вже 75% дітей зазнали травматизації психіки на тлі війни. Тобто три чверті українських дітей демонструють симптоми травматизації психіки: кожна п'ята дитина має порушення сну, кожна десята – зменшення бажання спілкуватися, нічні кошмари та погіршення пам'яті [1].

Реалії сьогодення доводять, що з початком повномасштабної війни в Україні тривога є найпоширенішим психологічним станом усього українського суспільства. При цьому тривога, викликана бойовими діями, поєднується з віковими особливостями і станом особистості, особистими проблемами. Надмірна тривожність характерна для дітей і підлітків у мирних ситуаціях через характерні для їх віку внутрішні конфлікти, а саме: не сформована концепція власного «Я», занижена самооцінка, потреба в соціалізації тощо.

Метою нашої статті є дослідження особливостей психоемоційного стану підлітків під час війни.

Необхідно зауважити, що підлітковий вік — період переходу від дитинства до дорослості. Він схожий на міст між дитинством і зрілістю, по якому кожен повинен пройти, перш ніж стати відповідальною і творчою дорослою людиною», – зазначає В.Р. Павелків [2].

Проаналізувавши наукову літературу ми дійшли висновку, що підлітковий вік є періодом у житті особистості, коли відбувається активний процес формування та перехід від дитинства до дорослості. Умови воєнного конфлікту суттєво впливають на психоемоційний стан підлітків, викликаючи серйозні та довгострокові наслідки.

Тривожні стани часто є наслідком підліткових криз, які протікають по-різному, порушують особистість підлітка і впливають на всі сторони його життя. Ці кризи можуть призвести до різних форм аномальної поведінки та розладів особистості.

Причини прояву тривожності у підлітків, серед яких: порушення на біологічному рівні в організмі; травматичні події; постійні стресові ситуації; спадкові фактори; загроза життю, особливо в умовах війни; взаємодія із соціумом; особливості виховання та атмосфера в сім'ї; самооцінка та внутрішні конфлікти особистості підлітка; довготривале нервово перенапруження і т.і..

Ми зробили висновок, що, психоемоційний стан – це складний набір змін, що відбуваються в тілі та психіці, що включає фізіологічне збудження, почуття,

когнітивні процеси, поведінкові реакції на ситуацію, яка сприймається як важлива для даної людини. Воєнні конфлікти, в свою чергу, мають значний вплив на психоемоційний стан підлітків, вимагаючи глибокого та виваженого аналізу щодо їхньої психіки. Наслідки воєнного часу на ці вразливі особистості виявляються у розвитку посттравматичного стресового розладу, тривоги, депресії та інших психологічних проблем.

Для емпіричного дослідження і виявлення рівня тривожності нами було обрано дві методики: Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна), Шкала тривоги та депресії (HADS) та розроблена Авторська анкета, яка спрямована на збір інформації про емоційний стан, враження та зміни в житті учасників після воєнного конфлікту, оскільки ідея дослідження полягає в тому, щоб вивчити вплив воєнних конфліктів на психоемоційний стан підлітків.

Перша методика – Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісна тривожність (як стійка характеристика людини).

Друга методика шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії. Госпітальна шкала тривоги і депресії стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень).

Емпіричне дослідження проводилося в три окремі етапи. Початковий етап включав постановку мети дослідження, визначення завдань, огляд відповідної теоретичної літератури та створення емпіричної основи дослідження. Другий етап охоплював власне виконання експериментального дослідження шляхом опитування. Під час цього етапу використовувалися різні психодіагностичні методи, включаючи оцінку рівня ситуативної тривожності за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна, використання лікарняної шкали тривоги та депресії (HADS). Третій етап – етап аналізу результатів, який передбачав інтерпретацію психодіагностичних формалізованих методів, а також авторської анкети, спрямованої на збір інформації про емоційний стан, враження та зміни в житті учасників після воєнного конфлікту. Дослідження включало обстеження підлітків, багато з яких проживали в районах, постраждалих від конфлікту, або на власному досвіді відчули наслідки війни. Дослідження проводилося за допомогою Google форм.

У вибірці даного дослідження взяли участь 30 респондентів з міста Ужгород. Вік учасників коливався від 13 до 16 років. Аналіз результатів

дослідження підлітків, які постраждали під час військових конфліктів, показує, що жахи війни все одно впливають на психологічний стан, незалежно від того, чи були вони їх свідками на власні очі, чи ні. У досліджуваних тривожні прояви пов'язані з психологічними реакціями, травмованих війною, що пов'язано з психологічним станом піддослідних.

Результати Оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна) показують, що 35% підлітків демонструють підвищений рівень тривожності, що негативно впливає на їхню здатність керувати своїми емоціями. Крім того, 45% демонструють помірний рівень тривожності, що свідчить про те, що більшість респондентів мають здатність керувати своїми емоціями та адаптуватися до стресу, хоча можуть відчувати певні рівні напруги, тоді як 20% відчують низький рівень тривожності та здатні більш ефективно керувати своїми емоціями під час стресу.

За результатами дослідження з використанням Шкали тривоги та депресії (HADS) виявлено наступне: 50% підлітків демонструють клінічно значущі симптоми депресії, що може вказувати на серйозні емоційні стани, що потребують уваги та підтримки; 26,6% підлітків виявили субклінічні симптоми депресії, ці показники свідчать про наявність емоційного дискомфорту що, хоча й не досягає рівня клінічного; 23,4% дітей не проявили жодних надійних симптомів тривоги чи депресії, що може свідчити про відсутність виражених емоційних розладів у цієї частини досліджених.

У результаті проведеного дослідження нами виявлено особливості психоемоційного стану підлітків під час війни. Особливо глибоко нам вдалося дослідити і показати цей зв'язок за допомогою Авторської методики «Анкета, спрямована на збір інформації про емоційний стан, враження та зміни в житті учасників після воєнного конфлікту». Перевірка результатів щодо підлітків, які пережили військовий конфлікт, показала, що незалежно від того, чи був підліток особисто свідком жахів війни, це все одно вплинуло на їх психічний стан. Підлітки, які брали участь у дослідженні, демонстрували ознаки травми внаслідок пережитих ними психологічних наслідків війни. Тривожність становить собою фактор, який визначає поведінку людини в конкретних ситуаціях та загалом. Попри те, що існування феномену тривожності не викликає сумнівів, її прояви в поведінці простежити досить складно.

Таким чином, узагальнюючи результати проведеного дослідження за всіма методиками, можемо зробити висновок, що більшість підлітків демонструють підвищений рівень тривожності, тому розроблені нами рекомендації щодо покращення психоемоційних станів підлітків можуть стати важливими для надання психологічної допомоги дітям, які пережили гострий

стрес внаслідок війни. На основі аналізу отриманих даних можна зробити висновок, що розвиток і впровадження програм з підвищення резильєнтності серед підлітків має стати пріоритетною задачею в контексті міжнародної громадської допомоги та національної стратегії з охорони психічного здоров'я.

Література:

1. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проблематизації): зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України. 2002. Т. IV. Ч. 1. С. 11–20.

2. Павелків В.Р.. Специфіка прояву агресії та деструктивної поведінки в підлітковому віці. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Випуск 30. URL: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/158099/157492> (дата звернення 01.11.2023).

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСИВНОСТІ ПІДЛІТКІВ

Анастасія Фурсова,

2 курс, 053 «Психологія», ОПП «Клінічна психологія»

Науковий керівник:

Тетяна Палько, канд. психол. наук,

доцент кафедри наук про здоров'я

У сучасному споживчому суспільстві агресивна поведінка часто пов'язана з дефіцитною мотивацією, яка визначається недостатністю тих або інших бажаних для суб'єкта предметів або станів. Найчастіше агресивність проявляється тоді, коли людина не може вирішити проблему, що стоїть перед нею, чи досягти бажаного, що призводить до фрустраційного стану її психіки. Це одна з потужних деструктивних психологічних тенденцій сучасності. Сучасні підлітки живуть в умовах нестабільної соціальної, економічної та політичної ситуації, щодня стикаючись з поточними проблемами. Це часто проявляється у вираженні форм агресивної поведінки. Підлітковий період вважається одним із найскладніших етапів у розвитку дитини, коли пубертат проявляється найчастіше через постійне протистояння та агресивну поведінку різного характеру. Це перехід від дитинства до дорослості, від незрілості до зрілості, супроводжується анатомо-фізіологічною перебудовою, інтелектуальним і моральним розвитком, конкретними видами діяльності, зміною ролей у суспільстві, статусу та місця в колективі. Ці зміни є необхідними складовими підліткового віку.

Метою нашої статті є ознайомлення із результатами дослідження особливостей прояву агресивності серед підлітків.

Агресивність – це вроджена властивість кожної живої істоти, здатність до активності, спрямованої на задоволення своїх потреб. Позитивний аспект агресивності розглядається як здатність до активності – це ініціатива у подоланні труднощів, боротьба за виживання та самовдосконалення. Агресивність набуває негативного звучання, коли через недоліки соціальної адаптації особа конфліктує з оточуючими, неадекватно засвоює та порушує моральні норми на шкоду іншим. Л. Берковіц вважає, що ворожу агресію більш виправдано б назвати «емоційною», «афективною» або «гнівною», оскільки вона викликана емоційним збудженням, коли кривдник має намір завдати шкоду іншим [1, с.33].

Агресивна поведінка визначається як будь-які дії або прояви, спрямовані на завдання фізичної, вербальної або психологічної шкоди іншим людям. Це може включати фізичні напади, загрози, образи, критику, шантаж, ігнорування прав інших людей та інші форми нетерпимої або насильницької поведінки.

Виділяють декілька особливостей, що можуть бути пов'язані з агресивністю підлітків. Фізіологічні перетворення – у цей період підліткового віку, зміни в гормональному фоні та розвиток мозку можуть спричинити емоційну нестабільність. Це може призводити до збільшення стресу, що може виявлятися через агресивну поведінку. Соціальна взаємодія – підлітки в процесі переходу до дорослості проходять пошук свого місця в соціальній ієрархії та формують свою ідентичність. Цей процес може супроводжуватись конкуренцією, протиріччям та конфліктами з ровесниками, що можуть викликати агресивні реакції.

У підлітковому віці агресивна поведінка може бути спровокована різними факторами – емоційна нестабільність, навчальне середовище, вплив товариства, а також генетичні та соціальні чинники. Важливо вміти розрізняти нормальну експресію та агресію, яка може завдати шкоди іншим людям [2, с.18-19].

На основі теоретичного аналізу щодо прояву агресивної поведінки серед підлітків нами було підібрано комплекс психодіагностичних методик: опитувальник рівня агресивності Басса-Дарки, призначений для виявлення рівня агресивності респондентів; проєктивна методика «Неіснуюча тварина». Дослідження включало 50 учасників – учнів 7 та 8 класів Ужгородського ліцею «Лідер».

За допомогою опитувальника рівня агресивності Басса-Дарки ми дослідили наступні типи агресивних реакцій: фізична агресія, непрямая агресія, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія та почуття провини. Було встановлено, що високий рівень фізичної агресії відзначається у 22% опитуваних, середній рівень – у 60%, низький – у 18% підлітків. Щодо

вербальної агресії, високий рівень виявлено у 18% опитуваних, середній рівень – у 58%, низький – у 24%. Здебільшого, підлітки, які мають високий рівень фізичної та вербальної агресії, використовують прямолінійні методи взаємодії з оточенням, такі як фізичні чи словесні напади для помсти або вираження спонтанної емоційної реакції на ситуації фрустрації. Ці підлітки часто не вміють спрямовувати свої негативні почуття на зовнішні обставини і, як правило, реагують на емоційний дискомфорт безпосередньо агресивними діями, особливо коли їхнє самопочуття потерпає. Високий рівень непрямой агресії мають 35% опитуваних, середній рівень – 32%, низький – 33% учнів. Високий рівень дратівливості відзначається у 48% опитуваних, середній рівень – у 40%, низький – у 12%. Високий рівень негативізму мають 45% опитуваних, середній рівень – 43%, низький – 12% підлітків. Високий рівень образи відзначається у 35% опитуваних, середній рівень – у 40%, низький – у 25%. Високий рівень підозрливості спостерігаємо у 23% опитуваних, середній рівень – у 22%, низький – у 55% підлітків, що може свідчити про приховані агресивні наміри або спробу їх контролювати. Високий рівень почуття провини притаманний 20% опитуваних, середній рівень – 35%, низький – 45% учнів. Підлітки з високим рівнем прояву почуття провини мають неадекватну самооцінку (або занижену), а їхня агресія зазвичай має захисний характер. Такі підлітки схильні переоцінювати свої помилки або недоліки, що може призводити до зайвого відчуття провини. 48% опитуваних мають індекс ворожості поза нормою, а 58% підлітків – мають індекс агресивності поза нормою. Також досить виражені показники образи. Високий рівень непрямой агресії, дратівливості, негативізму, образи, підозрливості та почуття провини також спостерігається серед опитуваних. Ці виражені показники можуть призводити до більш складних та небезпечних поведінкових проявів у конфліктних ситуаціях, зокрема, до фізичних сутичок, травм та інших негативних наслідків [2, с.54].

Наступним етапом нашого дослідження було проведення методики «Неіснуюча тварина», яка може слугувати корисним інструментом для передбачення та виявлення скритих агресивних тенденцій у підлітків [3, с.159]. Для отримання результатів підлітки вигадували та малювали неіснуючу тварину, називали її. Для обробки результатів ми аналізували кожен малюнок, звертаючи увагу на деталі, що свідчать про рівень агресивності підлітків (сила натиску олівця, контури деталей на малюнках та контур фігури у цілому, очі та рот тварини, їх розмір тощо). На основі результатів дослідження можна зазначити, що 54% підлітків проявляють підвищену агресивність. На малюнках тварин, створених підлітками з високим рівнем агресивності, спостерігається

зображення зубів. Це може бути розцінене як наявність вербальної агресії в особистості, що також було виявлено за результатами тесту Басса-Дарки. Близько 36% підлітків демонструють помірний рівень агресивності, що можна побачити в їхніх малюнках, де часто зустрічаються мотиви гострих пазурів, ікол та зубів. Близько 10% підлітків, які мають низький рівень агресивності, часто малюють тварин у спокійних та нейтральних мотивах. Ці малюнки характеризуються м'якими зображеннями без агресивних атрибутів, на кшталт рогів, пазурів або ікол. Серед таких підлітків популярні дитячі мотиви у малюнках: фантастичні зображення реальних тварин, наприклад, коней з крилами або великовухих котів. За допомогою методики «Неіснуюча тварина» ми зробили висновок про прояв агресивної поведінки підлітків. Зокрема, важливу роль у формуванні агресивної поведінки відіграють особливості сімейних відносин, оскільки сім'я є основним середовищем первинної соціалізації дитини. На відміну від підлітків з високим рівнем агресії, які частіше відображають у своїх малюнках тварин з агресивними рисами, підлітки з низьким рівнем агресії частіше малюють нейтральних тварин без знарядь нападу. Ця група підлітків також відрізняється більш інфантильним стилем малювання, коли реальні тварини поєднуються з фантастичними елементами.

Отже, аналізуючи результати, виявлено, що підлітки з високим рівнем фізичної та вербальної агресії використовують прямолінійні методи взаємодії, такі як фізичні чи словесні напади для помсти або вираження спонтанної емоційної реакції на ситуації фрустрації. Ці підлітки часто не вміють спрямовувати свої негативні почуття на зовнішні обставини і, як правило, реагують на емоційний дискомфорт безпосередньо агресивними діями, особливо коли їхнє самопочуття потерпає. Проведене нами дослідження дало можливість переконатись, що серйозною проблемою підлітків є негативні емоційні стани, пов'язані зі спілкуванням між однолітками та дорослими (педагогами, батьками) і ситуативними захисними діями у цьому контексті. Ці стани часто призводять до зниження продуктивності розумової та фізичної праці підлітків, цілеспрямованості, обдуманості та керованості. Крім того, тут виявляється ще одна проблема – це неадекватна самооцінка, в результаті якої відбувається дезорганізація розумової діяльності, а наслідок цього – емоційне напруження, що і являється причиною розвитку різних типів захисної, компенсаторної поведінки у підлітків, яка часто виражається в підвищеній агресивності. Таким чином, агресивність являє собою складний симптомокомплекс афективно-мотиваційних, когнітивних і поведінкових особистісних утворень, які набувають загострення у підлітковому віці. Для зменшення рівня агресивності серед підлітків важливо проводити регулярні

тренінги з управління емоціями та конфліктології, стимулювати розвиток комунікаційних навичок, а також сприяти формуванню позитивної самооцінки та емпатії.

Література:

1. Баранова Н. Психокорекція агресивності та конфліктності у підлітків. *Психолог*. 2005. № 36. - С.17-24.
2. Марценківський І., Марценківська І. Дитяча агресивність. *Дошкільне виховання*. 1997. №8. С.18-19.
3. Шпак І. В. Проективні методика як засіб дослідження особистості. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогіка і психологія*. 2016, 157-162.

СЕКЦІЯ 5

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕОІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ (ГІС) У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Сергій Чудінов,

студент II курсу магістратури,

229 «Громадське здоров'я»

Науковий керівник: Валерія Брич, д. мед. н., доцент,

професор кафедри наук про здоров'я

Постановка актуальності проблеми. За оцінкою експертів з компанії MapInfo, 70-90% інформації, з якою зустрічається людина в повсякденному житті, пов'язана з географічним розташуванням. Зростання швидкими темпами обсягу інформації потребує обробки та систематизації за допомогою геоінформаційних систем (ГІС), основою яких є принцип картографічного зображення, зокрема просторова прив'язка інформації. Це дозволяє інтегрувати різні бази даних через найбільш зрозумілу для людини систему орієнтирів – географічні координати. Така інформатизація покликана забезпечити широкий доступ громадян до накопичених в суспільстві знань (інформаційних ресурсів). Кінцевою метою дії інформаційних технологій та інформатизації як ресурсу суспільства є оптимізація управління об'єктом, забезпечення найкориснішого ефекту за найменших зусиль [1, с. 278]. Особливої уваги заслуговують ГІС як системи для збору даних, підвищення ефективності моніторингу показників здоров'я населення, планування медичних послуг та реагування на виклики системи охорони здоров'я на рівні держави та особливо громад. Метою

дослідження стали вивчення та аналіз поточних викликів та можливостей застосування геоінформаційних систем (ГІС) у сфері громадського здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Геоінформаційні системи надають можливості використання сучасних електронних засобів систем супутникової навігації GNSS, створених з метою позиціонування (визначення місця розташування в просторі – тобто координат об'єктів) для забезпечення точності та актуальності інформації. Це дозволяє швидко фіксувати зміни та робити обґрунтовані прогнози та рішення. Розвиток програмного й технічного забезпечення ГІС призвів до значних змін у політиці та стратегії їхнього розвитку. Ці зміни вплинули на збільшення кола користувачів ГІС, залучаючи фахівців з різних галузей, які раніше не були пов'язані з ГІС.

Найціннішою властивістю ГІС є здатність обробляти одночасно досить різноманітну інформацію з використанням у ролі загального ключа всіх наборів даних географічного (просторового) положення. Зазвичай ГІС представляє інформацію у вигляді карт та з допомогою символів, інтегруючи дані з різних джерел у загальну географічну систему відліку. При інтерактивній роботі з картою на комп'ютері ГІС може видати нову інформацію, що не завжди доступна у явному виді на карті [2, с. 40].

В останні роки інформатизація почала міцно інтегруватися і в систему охорони здоров'я. Вітчизняні вчені визначають інформатизацію охорони здоров'я як впровадження і використання персональних комп'ютерів, телекомунікаційних мереж, комп'ютеризованих приладів тощо у всіх галузях медицини, а електронну охорону здоров'я визначають як «використання інформаційно-комунікаційних технологій як у даному конкретному місці, так і на відстані для оптимального рішення завдань системи суспільної охорони здоров'я» [3, с. 7]. Проте у сфері громадського здоров'я потреба може стати ширшою.

Однією з актуальних проблем на етапі планування програм громадського здоров'я є відсутність вичерпної інформації стосовно готовності інфраструктури та потенційних можливостей на регіональному рівні, зокрема стану політичного середовища, наявних ресурсів (кадрів, фінансування, інформаційних систем), програмної діяльності (охорони здоров'я, профілактики захворювань, пропаганди індивідуального та популяційного здоров'я) та організаційного середовища (культури, лідерства й управління, партнерства, планування, управління знаннями). На перших етапах стратегічного розвитку системи громадського здоров'я на регіональному рівні необхідно оцінити готовність наявних на сьогодні структур до посилення їхнього потенціалу та успішного втілення завдань щодо формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я населення [4, с. 21-23].

Слід пам'ятати, що впровадження ГІС вимагає значних витрат часу, фінансів і зусиль окремих осіб та організацій. Використання технології ГІС активно підтримують фахівці громадського здоров'я, епідеміологи та організатори медичної допомоги, оскільки бачать цінність географічного аналізу проблем здоров'я населення. Проте слабку прихильність до цих ресурсів можна спостерігати серед працівників охорони здоров'я, чия рутинна діяльність першочергово не стосується просторового аналізу.

Водночас абсолютно зрозуміло, що політика охорони здоров'я, громадське здоров'я, дослідження, планування та управління охороною здоров'я все більш залежать від обробки масивів інформації. Інформаційні системи охорони здоров'я автоматизуються, а геопросторова інформація стане звичайним явищем. Органи охорони здоров'я вже використовують ГІС для картографування стану здоров'я, ідентифікації кластерів захворювань, дослідження проблем здоров'я навколишнього середовища та розуміння поширення інфекційних та неінфекційних захворювань. Кращі практики використовують ГІС для доступу та моніторингу стану здоров'я населення та потреб громади, інформування населення про проблеми охорони здоров'я, забезпечення справедливого доступу до медичних послуг. У сфері медицини

ГІС використовується закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) різних форм власності для управління витратами, забезпечення кращого доступу до медичної допомоги, покращення розподілу пацієнтів. Слід врахувати, що ГІС можна використовувати і для невеликих об'єктів, і навіть всередині приміщень: у різних ЗОЗ можна визначити зони зараження, покращити стан і фізичні умови приміщень, оптимізувати розподіл пацієнтів чи спроектувати зрозумілу навігацію в лікарні.

Контроль за громадським здоров'ям, управління мережею надання медичних послуг та постійний моніторинг діяльності ЗОЗ на місцевому рівні потребує від органів місцевого самоврядування наявності актуальних та доступних різноманітних даних. Це є невіддільною складовою для подальшого прийняття зважених управлінських рішень на основі потоку даних, що має на меті не тільки підвищити для кінцевих споживачів доступність та якість медичної допомоги, а й забезпечити якісне належне врядування – контроль та управління здоров'ям у громадах. Важливим є їхня здатність реагувати на різноманітні задокументовані виклики, з якими все частіше стикаються система охорони здоров'я: демографічні зміни в структурі населення, епідеміологічні зміни, загрози спалахів інфекційних захворювань.

Тому найбільш актуальним є впровадження використання ГІС у сфері громадського здоров'я на рівні територіальних громад. Кількість та обсяг

наборів даних, які потрібні громадам для належного управління системою охорони здоров'я, напряду залежить від їхнього розміру, наявності власних ЗОЗ, чисельності населення та структурних підрозділів ЗОЗ суміжних громад. Зрозуміло, що залучення значної кількості компетентних фахівців з відповідними навичками для обробки масивів даних з різноманітних джерел залежить від розміру громади як територіально, так і за чисельністю населення.

Автоматизація кожного кроку, від збору даних до їх аналізу та візуалізації, має вирішальне значення для ефективної обробки складних завдань з даними. Цінним інструментом у цьому контексті є аналітичні інформаційні дашборди, де застосовуються інструменти ГІС.

Прикладом використання ГІС в охороні здоров'я є сайт національної служби здоров'я України, де концепція збору даних з використанням ресурсів є досить працездатною. НСЗУ здійснює управління Державною програмою медичних гарантій на основі роботи та розвитку електронної системи охорони здоров'я, яка містить медичні дані практично всіх громадян України та об'єднує в єдиний медичний простір більшість ЗОЗ та аптек. Відповідно, така система має великий масив наборів різноманітних даних та ексклюзивну можливість генерувати цілу низку наборів інформаційних панелей – дашбордів та похідних звітів. Це дозволяє забезпечити механізми стратегічного керування даними, де необхідний захист конфіденційності персональних даних, та водночас сприяє покращенню збору, аналізу та інтеграції даних для довгострокового моніторингу показників здоров'я та проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я.

Висновки. Сфера громадського здоров'я з метою ефективної діяльності та вирішення наявних проблем потребують активного залучення геоінформаційних систем як на рівні держави, так і на рівні територіальних громад. Основна мета впровадження таких інформаційних ресурсів полягає в автоматизації процесів збору та аналізу інформації про здоров'я населення, створення звітів та представлення у зручному візуальному форматі, що дозволить вчасно реагувати на потреби та створювати відповіді програми короткострокових та тривалих інтервенцій задля збереження та зміцнення громадського здоров'я.

Література:

1. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук. ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. К.: НАДУ, 2011. Т.1: Теорія державного управління. / наук. ред.колегія: В.М. Князев (співголова), І.В. Розпутенко (співголова) та ін. 2011. 748 с.

2. Геоінформаційні технології в екології: Навчальний посібник / Пітак І.В., Негадайлов А.А., Масікевич Ю.Г., Пляцук Л.Д., Шапорев В.П., Моїсеєв В.Ф./ Чернівці, 2012. 273 с.

3. Лобас В. М., Владзимирський А. В., Мозговой В. В. Електронні засоби державного управління охороною здоров'я: навчальний посібник. Донецьк: Вид-во «Ноулідж», 2012. 222 с.

4. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник, В. Ляшко та ін. Київ, 2019. 62 с.

Наукове видання

Матеріали щорічної університетської підсумкової наукової студентської конференції факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Уклад. д. пед. н. Стеблюк С.В., 14 травня 2024 року. Ужгород, 2024. 196 с.

Відповідальний за випуск: С.В. Стеблюк