



MŠVK/ISSC

**ZBORNÍK
Z III. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ VEDECKEJ
KONFERENCIE**

Michalovce 12. november 2021

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY, n. o. BRATISLAVA
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce**

MŠVK/ISSC

ZBORNÍK

**Z III. MEDZINÁRODNEJ ŠTUDENTSKEJ
VEDECKEJ KONFERENCIE MICHALOVCE 12
NOVEMBER 2021**

Michalovce 2021

Názov

Zborník z III. Medzinárodnej študentskej vedeckej konferencie, Michalovce
12 november 2021

Editor

prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Recenzenti

prof. Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. PhD.

prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD., mim. prof.

doc. PhDr. Monika Guľašová, PhD.

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

Vydavateľ:

© Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce
Partizánska 23, 071 01 Michalovce

Technický redaktor: Mgr. Ivan Lažo

Tlač: Tlačiareň svidnícka, s.r.o. Svidník

Rok vydania: 2020

Počet strán: 392

Náklad: 100 ks

ISBN: 978 – 80 – 8132 – 240 - 2

EAN: 9788081322402

Text neprešiel jazykovou úpravou.

Za obsah príspevkov zodpovedajú ich autori.

PROGRAM
III. Medzinárodnej študentskej vedeckej konferencie
ONLINE



Termín konania: 15. október 2021



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA
A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY V BRATISLAVE**
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

9.00 Slávnostné otvorenie konferencie – prof. ThDr. Peter Vansač,
PhD. – vedúci Inštitútu bl. Metoda Dominika Trčku
v Michalovciach

SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

- 9.10 - 9.20** **ZHUK Victoria Viktorivna**
Special questions correction of speech disorders of children with autism spectrum disorders.
Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Marianna Ivanivna
- 9.20 - 9.30** **SHOVSKA Natalia Mykhailivna**
The importance of play activity in correctional work with children with autism spectrum disorders
Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Marianna Ivanivna
- 9.30 - 9.40** **HRYN Avhustyna – GEORGIIVNA Mariia**
The specifics of the implementation of inclusive education in educational institutions in Romania.
Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Marianna Ivanivna
- 9.40. – 9.50** **MOŠKOVÁ Miriama**
Súčasný problémy rodiny pri výchove detí
Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Vladimír Noga
- 9.50 - 10.00** **NOVACKÝ Marek**
Mladistvý a ich delikvencia
Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD

10.00 - 10.10 **EPERIEŠI Ján**
Systém sociálnej starostlivosti v meste Prešov
Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela,
PhD

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

10.10 - 10.20 **PAROVÁ Valéria**
Sociálna inteligencia a empatia ako významné atribúty práce sestier
Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.,
mim. Prof

10.20 - 10.30 **REPASKÁ Eva**
Vzťah spánkovej deprivácie a výkonnosti sestier
Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD.,
mim. prof

VEREJNE ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

10.30 - 10.40 **BETSA Alina Michailivna**
The implementation of early intervention as an important tool for correction of development of children with psychophysical disabilities in the Ukraine
Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Maryanna Ivanivna

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

10.40 - 10.50 **KRASNA Viktoriya Ivanivna**
Health-rehabilitation measures for the correction of autonomic dysfunction in the students of University in the conditions of quarantine restrictions in connection with the COVID-19 Pandemic
Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Associate Professor Meleha Kseniia Petrivna

10.50 – 11.10 **Prestávka**

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

11.10 - 11.20 **VEREJNE ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH**
BUDOHAZI Kateryna Yosypivna
The role of health technologies in the correctional work with children with intellectual disabilities
Školiteľ/scientific adviser: Candidate of Pedagogical Sciences Gaiash Oksana Volodymyrivna.

- 11.20 - 11.30** **KUPAR Ivana**
Current issues of antibiotic resistance prevention in the public health system
Školiteľ/scientific adviser: Korolchuk Olena, PhD in Public Administration, Associate Professor of Health Sciences
- SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK**
- 11.30 - 11.40** **HOLINKA Yevheniia Ivanivna**
Adaptation of pedagogical support team specialists to new working conditions in the context of the educational reform
Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Prof. Stebliuk Svitlana Vasylivna
- 11.40 - 11.50** **MARHOLYCH Maryna Stepanivna**
Work with parents of children with special educational needs in condition of the Inclusive resource center
Školiteľ/scientific adviser: Candidate of Pedagogical Sciences Gaiash Oksana Volodymyrivna
- 11.50 - 12.00** **DUDROVÁ Lucia, Bc.**
Postavenie seniorov v rodine a v spoločnosti
Školiteľ/scientific adviser: prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
- 12.00 - 12.10** **ZJANOVÁ Petra, Bc.**
Postavenie starých rodičov v rodinnom systéme
Školiteľ/scientific adviser: prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
- 12.10 – 12.20** **Prestávka**
- OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING**
- 12.20 - 12.30** **BRUŇOVÁ Marianna, Bc.**
Dom ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu laickej verejnosti
Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD., mim. prof.
- FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY**
- 12.40 - 12.50** **CHIK Vadym, ZUBAK Andriana**
Physical exercises in the prevention of musculoskeletal pain of office workers
Školiteľ/scientific adviser: associate professor Brych Valeriya V.
- 12.50 - 13.00** **KORSAK Maria Vasylivna**
Physical therapy of school-age children with first-degree scoliosis
Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Filak Yaroslav Feliksovykh

- 13.00 - 13.10** **MARKOVICH Maria Vyacheslavovna**
Physical therapy of working age people with cervical spine osteochondrosis **Školiteľ'/scientific adviser:** Ph.D. Filak Yaroslav Feliksovych
- 13.10 - 13.20** **GOTRA Tetyana Anatoliyivna**
Physical therapy of patients with carpal tunnel syndrome **Školiteľ'/scientific adviser:** Ph.D. Filak Felix Georgievich
- 13.20 - 13.30** **ANTAL Natalia Mikhailivna**
Means of physical therapy in patients with duodenal peptic ulcer in s anatorium conditions
Školiteľ'/scientific adviser: Ph.D. Filak Yaroslav Feliksovych
- 13.30 - 13.40** **PALAMARCHUK Maryna Ivanivna,**
Physical therapy of children with spastic cerebral palsy
Školiteľ'/scientific adviser: Ph.D. Filak Felix Georgievich
- 13.40 - 13.50** **BRUSO Mikhailo Vasylovych**
The Influence of neurocorrection on the development of ras children
Školiteľ'/scientific adviser: Sabadosh Maryana Volodymyrivna, Candidate of Sciences in Physical Education and Sports

KOMISIE NA HODNOTENIE BC. A MGR. PRÁC NA MVŠK

1. Komisia pre bakalársky stupeň štúdia (študijný odbor SP, OŠE, FYZ, VZ)

doc. PhDr. Anna Murgová, PhD. mim. prof. predseda

Prof. Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. PhD.
doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.
doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.
doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.
doc. PhDr. Monika Gul'ášová, PhD.
Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

Prof. ThDr. Peter Vansač, PhD. – predseda

Prof. Ivan Svyatoslavich Mironyiuk, MD. PhD.
doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.
doc. PhDr. Anna Murgová, PhD. mim. prof.
doc. PhDr. Monika Gul'ášová, PhD.
doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.
doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.
Mgr. Elena Kenderešová, PhD.

OBSAH

PREDSLOV.....	11
----------------------	-----------

SEKCIA – ŠTUDENTI BAKALÁRSKEHO STUPŇA ŠTÚDIA

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

ZHUK Victoria Viktorivna

Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Marianna Ivanivna Special questions correction of speech disorders of children with autism spectrum disorders.....	13
---	----

SHOVSKA Natalia Mykhailivna

Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Marianna Ivanivna The importance of play activity in correctional work with children with autism spectrum disorders.....	32
---	----

HRYN Avhustyna – GEORGIIVNA Maria

Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Marianna Ivanivna The specifics of the implementation of inclusive education in educational institutions in Romania	48
--	----

MOŠKOVÁ Miriama

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Vladimír Noga Súčasný problémy rodiny pri výchove detí.....	66
--	----

NOVACKÝ Marek

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD Mladistvý a ich delikvencia	80
---	----

EPERIEŠI Ján

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Mgr. Barkasi Daniela, PhD Systém sociálnej starostlivosti v meste Prešov	95
--	----

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

PAROVÁ Valéria

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD., mim. Prof Sociálna inteligencia a empatia ako významné atribúty práce sestier	116
---	-----

REPASKÁ Eva

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD., mim. prof
Vzťah spánkovej deprivácie a výkonnosti sestier 127

VEREJNE ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

BETSA Alina Michailivna

Školiteľ/scientific adviser: associate professor Klyap Maryanna Ivanivna
The implementation of early intervention as an important tool for correction of development of children with psychophysical disabilities in the Ukraine 139

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

KRASNA Viktoriya Ivanivna

Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Associate Professor Meleha Kseniia Petrivna
Health-rehabilitation measures for the correction of autonomic dysfunction in the students of University in the conditions of quarantine restrictions in connection with the COVID-19 Pandemic 162

SEKCIA – ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

VEREJNE ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

BUDOHAZI Kateryna Yosypivna

Školiteľ/scientific adviser: Candidate of Pedagogical Sciences Gaiash Oksana Volodymyrivna.
The role of health technologies in the correctional work with children with intellectual disabilities 180

KUPAR Ivana

Školiteľ/scientific adviser: Korolchuk Olena, PhD in Public Administration, Associate Professor of Health Sciences
Current issues of antibiotic resistance prevention in the public health system . 195

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

HOLINKA Yevheniia Ivanivna

Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Prof. Stebliuk Svitlana Vasylivna
Adaptation of pedagogical support team specialists to new working conditions in the context of the educational reform..... 213

MARHOLYCH Maryna Stepanivna

Školiteľ/scientific adviser: Candidate of Pedagogical Sciences Gaiash Oksana Volodymyrivna

Work with parents of children with special educational needs in condition of the Inclusive resource center228

DUDROVÁ Lucia, Bc.

Školiteľ/scientific adviser: prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Postavenie seniorov v rodine a v spoločnosti243

ZJANOVÁ Petra, Bc.

Školiteľ/scientific adviser: prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Postavenie starých rodičov v rodinnom systéme255

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

BRUŇOVÁ Marianna, Bc.

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD., mim. prof.

Dom ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu laickej verejnosti.....279

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

CHIK Vadym, ZUBAK Andriana

Školiteľ/scientific adviser: associate professor Brych Valeriya V.

Physical exercises in the prevention of musculoskeletal pain of office workers .299

KORSAK Maria Vasylivna

Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Filak Yaroslav Feliksovych

Physical therapy of school-age children with first-degree scoliosis315

MARKOVICH Maria Vyacheslavovina

Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Filak Yaroslav Feliksovych

Physical therapy of working age people with cervical spine osteochondrosis....328

GOTRA Tetyana Anatoliyivna

Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Filak Felix Georgievich

Physical therapy of patients with carpal tunnel syndrome344

ANTAL Natalia Mikhailivna

Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Filak Yaroslav Feliksovych

Means of physical therapy in patients with duodenal peptic ulcer in sanatorium conditions356

PALAMARCHUK Maryna Ivanivna,

Školiteľ/scientific adviser: Ph.D. Filak Felix Georgievich

Physical therapy of children with spastic cerebral palsy367

BRUSO Mikhailo Vasylovych

Školitel'/scientific adviser: Sabadosh Maryana Volodymyrivna, Candidate of Sciences in Physical Education and Sports

The Influence of neurocorrection on the development of ras children..... 382

PREDSLOV

V poradí III. Medzinárodnú študentskú vedeckú konferenciu sme zrealizovali online dňa 15. októbra 2021. Konferencia nadobudla medzinárodný charakter vďaka študentom z Užhorodskej národnej univerzity na Ukrajine, konkrétne z Fakulty zdravotníctva a telesnej výchovy pod vedením dekana fakulty prof. MUDr. Ivana Svjatoslavicha MYRONYUKA, PhD.

Zborník z III. Medzinárodnej študentskej vedeckej konferencie obsahuje odborné práce zo študijných odborov Ošetrovatelstvo, Fyzioterapia, Verejné zdravotníctvo a Sociálna práca v bakalárskom, magisterskom stupni štúdia.

Cieľom medzinárodnej študentskej konferencie je dať priestor študentom, aby prezentovali svoje výskumné práce, aby sa inšpirovali prácami svojich zahraničných kolegov a kolegýň a aby sa aj ľudsky stretli a vymenili si svoje skúsenosti z akademického prostredia. Zborník obsahuje 16 prác zahraničných študentov a 8 prác domácich študentov. Obsahovo sa práce zameriavajú na:

- ♣ Riešenie sociálnych a výchovných problémov u detí s poruchami autistického spektra,
- ♣ Inkluzívne vzdelávanie v inštitúciách v Rumunsku,
- ♣ Sociálne problémy rodiny pri výchove detí
- ♣ Delikvenciu mládeže
- ♣ Sociálne služby v meste Prešov
- ♣ Atribúty sestier – inteligencia a empatia
- ♣ Ovplyňovanie výkonnosti sestier spánkovou depriváciou
- ♣ Včasnú intervenciu detí s psycho-fyzickým postihnutím na Ukrajine
- ♣ Zdravotno-rehabilitačné opatrenia pre študentov Užhorodskej univerzity počas Covid 19
- ♣ Úlohu zdravotníckych technológií pri práci s deťmi s mentálnym postihnutím
- ♣ Otázky ohľadom antibiotickej rezistencie
- ♣ Adaptáciu špecialistov pedagogického podporného tímu v kontexte reformy školstva
- ♣ Prácu s rodičmi detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami
- ♣ Postavenie seniorov v spoločnosti a starých rodičov v rodinnom systéme
- ♣ Pohľad laickej verejnosti na dom ošetrovateľskej starostlivosti
- ♣ Fyzické cvičenie pre pracovníkov v kancelárii
- ♣ Terapiu pre deti školského veku, ktorí trpia skoliózou,
- ♣ Terapiu pre ľudí v produktívnom veku, ktorí trpia osteochondrózou krčnej chrbtice
- ♣ Terapiu pre pacientov so syndrómom karpálneho tunela
- ♣ Prostriedky terapie u pacientov s duodenálnym peptickým vredom v podmienkach sanatória
- ♣ Terapiu detí so spastickou detskou mozgovou obrnou

♣ Vplyv neurokorekcie na vývoj detí s poruchami autistického spektra

Veľmi chcem oceniť úsilie študentov, že aj napriek ťažkej pandemickej situácii si pripravili odborné práce a prezentovali ich na vedeckej konferencii. Rovnako ďakujem všetkým školiteľom, ktorí po odbornej a vedeckej stránke usmerňovali študentov za ich námahu. Najviac chcem poďakovať Vám prof. MUDr. Ivan Svjatoslavich MYRONYUK, PhD. za Vaše úsilie, ktoré ste vynaložili na uskutočnenie konferencie. Taktiež Vám ďakujem za spoluprácu z našim Inštitútom bl. Metóda Dominika Trčku v Michalovciach.

Peter Vansač

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

(м. Ужгород, Україна)

**ОКРЕМІ ПИТАННЯ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ
ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

**SPECIAL QUESTIONS CORRECTION OF SPEECH DISODERS
OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISODERS**

Жук Вікторія,

студентка 4-го курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта
(Олігофренопедагогіка, логопедія. Здоров'я людини).

Науковий керівник: кандидат педагогічних наук, доцент **Кляп М.І.**

Zhuk Victoria,

bachelor 4th year, specialty 016 Special Education.

Scientific adviser: associate professor **Klyap Marianna Ivanivna**

Резюме. У статті висвітлені особливості мовленнєвого розвитку дітей з розладами аутичного спектру, основні підходи до проведення корекційно-розвиткової роботи та методи корекції мовленнєвих порушень даної категорії дітей. Проаналізовано форми організації роботи вчителя-логопеда та інших фахівців з батьками дитини з розладами спектру аутизму. Підкреслено важливість цього напрямку діяльності як засобу створення позитивного налаштування батьків та дитини на співпрацю з вчителем-логопедом.

Ключові слова: мовленнєві порушення, діти з розладами спектру аутизму, корекційна робота, батьки дітей з розладами спектру аутизму.

Abstract. The article highlights the features of speech development of children with disorders autism spectrum, basic approaches to correctional and developmental work and methods correction of speech disorders in this category of children. Forms of organization are analyzed work of a speech therapist and other specialists with the parents of a child with autism spectrum disorders. The importance of this area of activity as a means of creating a positive is emphasized setting parents and children to work with a speech therapist.

Keywords: speech disorders, children with autism spectrum disorders, correctional work, parents of children with autism spectrum disorders.

Вступ. Характерною ознакою життя сучасного українського соціуму є проникнення у всі його сфери провідних світових та європейських тенденцій. Це особливо стосується питань надання підтримки та фахової допомоги дітям із психофізичними вадами, зокрема сприяння їм у здобутті якісної освіти шляхом інклюзивного або інтегрованого навчання. У соціальній адаптації дитини в сучасному світі важливу роль відіграє рівень

володіння зв'язним мовленням, оскільки мовленнєва діяльність є засобом засвоєння і передачі знань, думок і почуттів, побаченого і пережитого та способом самоствердження у дитячому колективі. Мовленнєвий розвиток у дітей із розладами аутичного спектру (дітей з РАС) характеризується досить специфічними рисами і багато в чому залежить від того, чи проводиться корекційне втручання і з якого віку.

На даному етапі розвитку суспільства тема корекції мовленнєвих порушень дітей з розладами аутичного спектру є досить актуальною, тому дослідження цієї проблеми здійснюються досить активно. Через особливості мовленнєвих порушень дітей з РАС та їх неоднорідність виникає потреба в розробці нових форм, методів та прийомів корекційної роботи.

Теоретичні підгрунття дослідження. Значна кількість науковців приділяла свою увагу проблемам мовленнєвих порушень та їх корекції у дітей з РАС. Узагальнення наукових досліджень із проблеми вивчення корекції мовленнєвих порушень у дітей вищезгаданої категорії та їх теоретичний аналіз у роботах науковців Н. В. Базима, Н. В. Гавриш, Н. С. Гаврилова, С. Ю. Конопляста, В. В. Лебединський, К. С. Лебединська, І. П. Логвінова, О. М. Мастюкова, І. І. Мамайчук, С. С. Мнухін, С. С. Морозова, Т. І. Морозова, О. С. Нікольська, Т. В. Сак, Н. В. Сімашкова, Т. В. Скрипник, В. В. Тарасун, М. К. Шеремет, Л. М. Шипіцина, Д. І. Шульженко свідчить про особливу значимість питання виявлення, послаблення та подолання мовленнєвих порушень у дітей з аутичними порушеннями.

У дітей даної нозології виявляються труднощі у розвитку комунікативної сфери в цілому. Вони полягають у тому, що, як свідчать дослідження науковців (О.Р. Баєнська, В.М. Башина, Ю.В. Бессмертна, О.Б. Богдашина, Л. Каннер, М.М. Ліблінг, Т.І. Морозова, С.С. Морозова, М.В. Рождественська, А.В. Хаустов та ін.), дитина з аутичними порушеннями відчуває специфічні труднощі у розумінні самої ситуації спілкування та умінні адекватно використовувати наявні у неї комунікативні навички. Такі труднощі можуть бути наслідком зниженої потреби у спілкуванні, посиленому прагненні уникати контактів і небажання спілкуватися через те, що оточуючі люди вимагають від дитини більшої активності, ніж та, на яку вона здатна у даний момент у силу особливостей даного порушення [5].

Сучасний стан проблеми. Проблема корекції мовленнєвих порушень у дітей з РАС постійно доповнюється новими результатами, але залишаються ще аспекти, які потребують подальших досліджень. Питання комунікації та підвищення комунікативної активності є актуальним у сьогоденні і активно досліджується педагогами, психологами, медиками, корекційними педагогами. Потребує подальшого дослідження також

проблема налагодження тісної співпраці між вчителем-логопедом та батьками дитини з РАС як запорука підвищення ефективності корекційної роботи.

Важливо приділяти достатню увагу проблемам ранньої діагностики дітей з РАС та підбору найбільш ефективних методик корекції їх мовленнєвих порушень. Варто також вибудувати якісну комунікацію між фахівцями, дитиною з РАС та її батьками. Тісна співпраця всіх учасників корекційної роботи зможе в разі підвищити її продуктивність.

Методи дослідження: теоретичні методи дослідження: аналіз та узагальнення інформації з психолого-педагогічної літератури; методи синтезу, порівняння та систематизації наукових даних. Практичні методи дослідження - анкетування.

Сформульована проблема дослідження. Питання корекції мовленнєвих порушень дітей у дітей з РАС з кожним роком привертає до себе значну кількість уваги різних учених. За останні роки суттєво збільшилася кількість наукових досліджень з цієї теми, розробляються нові форми методи та шляхи корекційної роботи, які спираються на індивідуальні особливості розвитку мовлення дітей даної категорії.

Також більш гостро постає питання пошуків найбільш ефективних форм та шляхів співпраці фахівців з батьками дитини з РАС. Адже злагоджена та ефективна взаємодія всіх учасників корекційного процесу зможе покращити її результативність.

Мета дослідження: на основі аналізу спеціальної психолого-педагогічної літератури вивчити та описати зміст, завдання і етапи корекції мовленнєвих порушень у дітей, що мають розлади аутичного спектру. За допомогою анкетування вивчити особливості співпраці логопеда та батьків дитини з розладами аутичного спектру.

Питання дослідження:

- особливості розвитку мовлення дітей з РАС;
- особливості корекції мовленнєвих порушень з дітьми з РАС;
- методи корекції мовленнєвих порушень даної категорії дітей;
- форми організації роботи логопеда з батьками дитини з РАС;
- анкетування батьків дітей з РАС з метою покращення співпраці вчителя-логопеда з родиною дитини.

Результати дослідження. Вперше про таке явище як аутизм написали вчені Лео Каннер та Ганс Аспергер. Вони розглядали аутизм як психічний

стан із затримкою психічного розвитку, який є характерною ознакою розладу, що часто супроводжується порушеннями соціального розвитку. За останні два десятиліття збільшилася кількість досліджень у цій галузі, що привело до детальної характеристики особливостей поведінки дітей з РАС та їх розвитку загалом. Поняття аутизм визначається як комплексне порушення розвитку, для якого властиві різноманітні прояви, що відзначаються з раннього віку і мають сталий перебіг. Одного симптому недостатньо для визначення аутизму, потрібна наявність сукупності характерних ознак [8].

Порушення спектру аутизму охоплюють цілий ряд проявів, які можна простежити за тріадою симптомів:

- порушення соціальної взаємодії;
- невпорядковане вербальне та невербальне спілкування;
- обмежена, повторювана поведінка або обмежені інтереси [8].

У процесі дослідження аутизму відбувалася зміна у розумінні цього поняття, його сутності й меж. Дослідження довели, що не всі аутичні діти уникали соціальної взаємодії. Серед дітей цієї категорії траплялися такі, які були просто пасивними або виявляли соціальну активність, але якимось дивним чином. Окрім цього, клінічна картина аутизму варіювалася як між різними людьми, так і в одній людині, залежно від інтелектуальних здібностей та віку. З цих причин з'явилося поняття «розлади аутичного спектру», щоб зафіксували ідею про те, що те саме порушення може виявлятися різним чином [2].

Порушення мови та соціальної комунікації включені до первинних діагностичних критеріїв розладів спектру аутизму. Через неоднорідність всіх симптомів аутизму, мовні здібності можуть варіюватися від невербальної до дуже ідіосинкратичної мови з ехолалією. Синдром Аспергера, який донедавна вважався особливим клінічним розладом аутизму, також має характерні труднощі з соціальним спілкуванням, хоча і без будь-якої затримки на початку мовлення та з нормою інтелектуального розвитку. Деякі мовні навички, включаючи артикуляцію, словниковий запас та граматику, є відносно збереженими. Проте, труднощі в просодії та абстрактному використанні мови є помітними [6].

Переважно діти з РАС мають рецептивні та експресивні порушення мови. Однак вираженість мовленнєвих порушень залежить від віку та рівня розвитку дитини. Таким чином, дуже маленьких дітей з РАС необхідно оцінювати на мовну та соціальну комунікацію. Це пояснюється тим, що немовлята, яким виповнилося 12 місяців, розуміють окремі слова та жести в контексті гри і вже промовляють свої перші слова. У віці від 1,5 до 2 років

діти демонструють стрімкий стрибок у словниковому запасі та знання правил спілкування. Насправді у дворічного малюка є сотні слів, які він або вона вживає у різних контекстах і об'єднує у прості «речення» або «фрази». Для дитини з РАС ці процеси розвитку виявляються у формі порушених або затриманих мовних здібностей у дуже ранньому віці [7].

Зазвичай діти з нормотиповим розвитком, використовують мовлення з соціальних причин для породження спілкування [8]. На відміну від цього, дитина з РАС зазвичай використовує слова, щоб регулювати своє оточення, показати йому свій протест, щось вимагати тощо. Деякі діти, які страждають на РАС, можуть мати апраксію або порушення моторики артикуляційного апарату, що впливає на їх здатність до спілкування. Однак, саме «відсутність комунікативних намірів» через порушення взаємодії з соціумом часто маскується під виразне порушення мовлення [9]. Саме зниження соціального бажання говорити може проявлятися як затримка або порушення розвитку мовлення.

Разом з тим, саме особливостями сприймання аутичних дітей пояснюється те, що вони не відкликаються, коли їх кличуть по імені; не розуміють мовлення, сприймають його як шум, ніяк не реагують на голосні звуки, справляють враження глухих. Водночас вони дуже чутливі до певних звуків, наприклад, затискують вуха, почувши гавкіт собаки, не впізнають себе в дзеркалі, у них повністю відсутня мотивація донести до людей свою думку, переконувати в своїх бажаннях, потребах, радитися в окремих питаннях тощо. Іноді виникає враження, що словесне звернення турбує аутичну дитину, вона намагається уникнути розмов [4]. Через те, що діти з спектром аутизму часто мають проблеми з увагою, ускладнюється отримання достовірних відповідей на завдання з розуміння мовлення. Таким чином, діти, які краще розуміють звернене мовлення, як правило, є тими, хто демонструє більш просунутий рівень розвитку ігрової діяльності та краще розмовляє.

Якісні відмінності у спілкуванні між дітьми з РАС та дітьми з типовим розвитком очевидні навіть на довербальному етапі. Зокрема, діти з РАС не використовують символічні жести, такі як: демонстрація або вказування на об'єкти, що викликають інтерес, щоб компенсувати відсутність або затримку мовлення. Вони скоріше використовують фізичні сигнали, такі як штовхання або направлення чужої руки на предмет, що зацікавив. Отже, порушення уваги може призвести до ряду втрачених можливостей навчання як частини процесу розвитку для формування словникового запасу.

Таким чином, діти з РАС мають схильність до дуже обмеженого мовлення. Їх прогрес залежить від рівня інтелектуального розвитку,

здатності до розуміння та навичок уваги. Загалом вербальні діти зі спектром аутизму не мають труднощів із артикуляцією звуковимови, хоча їхнє мовлення може бути досить стійким, з незвичайною вокальною якістю. Основна складність полягає у тому, що діти, які страждають на РАС, демонструють обмежене використання мовлення в соціальному контексті, вони рідко коментують чи запитують інформацію. Це ще раз вказує на сильний зв'язок між мовленням та соціальними навичками при аутизмі [7].

Корекцію мовленнєвих порушень у дітей з розладами аутичного спектру потрібно починати відповідно до вікових та індивідуальних особливостей дитини. За своєю метою логопедичні заняття можуть бути різними, в залежності від потреб дитини та від групи аутизму [3]:

1. До представників першої групи відносять дітей з РАС, що не розмовляють – малюки взагалі не користуються мовою або вимовляють окремі слова чи звуки у стані сильного емоційного афекту. Це дозволяє припустити, що дитина розуміє мову хоча б частково.

2. Друга категорія - діти з РАС «спілкуються» ехолаліями, фразами з мультиків або словами, почутими від дорослих, без усвідомлення їх значення. У звичних ситуаціях використовують найпростіші фрази типу «дати їсти», в яких дієслово ставлять в інфінітив, а до себе звертаються у 3-й особі. Але в більшості випадків самовиражаються криком.

3. Діти третьої групи спокійно цитують книги або розповідають на пам'ять мультфільм без єдиної помилки, однак зовсім не здатні до діалогу.

4. У дітей 4-ї групи мовлення розвинене, але недостатньо. Вони використовують фрази та речення, розуміють звернену мову, але виражаються нечітко, часом використовують ехолалії, не можуть переказати почуту історію.

Таким чином, основними завданнями логопедичної роботи при аутизмі є:

- визначення мовних дисфункцій, обумовлених РАС і супутніми захворюваннями;
- встановлення контакту з дитиною – запорука включеності й сприйняття дитиною терапії;
- активація мовної діяльності у дитини з аутизмом на всіх рівнях: в побуті, грі, навчанні.

Важливо вибрати правильну методику роботи та вміти модифікувати її відповідно до індивідуальних особливостей дитини. Сучасні методики розвитку мови та спілкування у дітей з РАС тісно пов'язані з тими, що спрямовані на розвиток соціальних навичок, покращення соціальної взаємодії. Зазвичай ці методики практикують логопеди, спеціальні педагоги,

психологи, які працюють у тісній співпраці між собою та з батьками дітей з РАС. Та перші втручання, скеровані на розвиток мовлення, проводяться саме для батьків і сфокусовані вони власне на тому, як допомогти дорослим ефективніше спілкуватися з дитиною. Першим етапом втручань є допомога батькам ввійти у взаємодію з дитиною через спільну гру, «приєднання» до улюблених занять дитини, побудова приємної, радісної взаємодії, яка мотивуватиме дитину до спілкування.

Для допомоги батькам у розвитку спілкування часто використовують метод відео інтерактивного тренінгу спілкування (ВІТ). Цей метод психологи-відеотренери забезпечують в домашніх умовах. Суть методу ВІТ полягає в аналізі характеру спілкування, виділенні та підтримці позитивних елементів комунікації між батьками та дитиною. Наголос ставиться на сильних сторонах і можливостях батьків та дитини. Тренер записує на відео щоденні ситуації такі як: гру, споживання їжі тощо. Аналізуючи записані ситуації, він наголошує ті моменти, де спілкування було успішним, демонструючи батькам важливі складові ефективного спілкування [2].

З огляду на моноканальну домінуючість візуального каналу обробки інформації, у більшості дітей з РАС, широко застосовують методики візуалізації мови – жестами та символами. Попри страх батьків, що застосування таких методик альтернативного спілкування стане на перешкоді розвитку мовлення, наукові дослідження довели, що це не так, а радше навпаки: застосування цих методик прискорює розвиток мовлення.

Існують різні варіанти застосування цих методик. Один з найпростіших – PECS (picture exchange communication system – система спілкування з допомогою обміну картинок) – полягає у тому, що попередньо роблять фотографії або малюнки найнеобхідніших/найулюбленіших предметів побуту дитини, а тоді у відповідний момент дитині пропонують вибрати картку й одразу ж дають те, що вона вибрала [2].

На подібній основі розроблена система простих жестів для дітей з РАС – система Макатон – та цілі системи альтернативного спілкування за допомогою символів-картинок (Бліса, Макатон, Ребус), які дитина постійно може мати при собі у формі книжки, існують також комп'ютеризовані версії цих систем, які поєднані із сучасними комп'ютерними технологіями (Boardmaker, Picture communication system). Ці методики альтернативного спілкування важливо поєднувати з озвученням слів/фраз і по змозі більше переходити на вербальну мову, зменшуючи частку візуальної, тобто переходити у більш «класичне» мовне середовище. Проте не для всіх дітей це буде можливим з огляду на наявні труднощі обробки аудіальної інформації та можливе ураження мовленнєвих центрів. Для частини дітей

такий перехід буде неможливим і їхня здатність спілкуватися з оточенням усе життя може залежати від можливості застосування альтернативних візуальних систем спілкування.

Що стосується дітей з більш розвинутою мовленням, з високофункціональним аутизмом, то для них потрібні «класичні» логопедичні заняття, але фокус має концентруватися не лише на вимові, а й на спілкуванні загалом, на розвиткові соціальних та комунікативних навичок, на невербальному спілкуванні тощо. Як допоміжні методи в розвитку мовлення та спілкування використовують також музикотерапію та танцювально-рухову терапію.

Також діти з РАС можуть мати ехолалію на початку засвоєння мовлення, хоча з часом вона послаблюється. Ехолалія має форму повторення речення або останнього слова оратора і може бути негайною або затриманою і здебільшого вокальною стереотипією. Іноді, діти використовують такі повторення для подання запитів або виграшу часу, щоб зрозуміти сенс повторюваного [7]. Підхід до таких дітей базується на розумінні функції ехолалічного спілкування та відповідно на пошукові адекватніших альтернатив ехолалії. Можливі функції ехолалій та стратегії модифікації:

- Ехолалія може свідчити, що дитина не розуміє, що їй кажуть (тоді можна сказати коротше, простіше, з використанням знайомих слів або ж підкріпити вказівку візуальним способом);

- Ехолалія може свідчити про те, що дитина переживає значний стрес, пов'язаний з нерозумінням/новизною ситуації або ж того, що треба робити, чого чекають від неї. Необхідним втручанням у цих випадках знову ж таки може бути забезпечення передбачуваності та зрозумілості середовища, ситуації;

- Іноді ехолалії є способом ментальної репетиції, приготуванням себе до чогось, спробою консолідувати чи запам'ятати сказане;

- Іноколи це спроба уникнути відповіді на запитання – в такому разі підказка дитині одразу ж після запитання може допомогти ефективнішому спілкуванню («Що ти хочеш? Я хочу...»);

- В інших випадках ехолалії є формою привертання уваги (наприклад, матюки чи ж різні непристойності/дивацтва, які одразу викликають реакцію в усіх довкола, а відповідно ведуть до соціального підкріплення) – в такому разі найкраще допомагатиме ігнорування або ж техніки поведінкової терапії, скеровані на заохочення бажаної поведінки та застосування негативних наслідків щодо проблемної (наприклад, прогулянка без матюків – в кінці морозиво і т.п.);

- Часом ехолалії є спробою розповісти щось, висловити бажання (причому зміст може бути пов'язаний з якоюсь попередньою подією, а тому незрозумілий дорослим (наприклад, фраза «не пий холодне» може означати «хочу пити молоко» і т.п.). Тоді важливо зрозуміти, що за повторенням певних фраз стоїть інше прохання, і треба підказати його дитині, навчити її відповідної фрази;

- Іноді ехолалію можна використати для само-інструкцій («спокійно, битися не можна, відійди, заспокойся» і т.п.);

- Ехолалії деколи дуже спантеличують дорослих – дитина механічно повторює складні лінгвістичні конструкції, й відповідно в усіх докола складається думка, що дитина розуміє те, що говорить, отже, що вона є дуже розвиненою, і дорослі починають спілкуватися з дитиною на цьому ж рівні, коли ж насправді це повторення є механічним і розвиток дитини значно нижчий, отож і спілкування з нею має бути значно простішим;

- Коли ехолалії є виявом ініціатив соціального контакту (атакувати нову людину запитаннями і т.п.), треба вчити дитину більш адекватних комунікативних навичок (рольові ігри, драма-техніки тощо) [2].

Таким чином, виходячи з положення, що спілкування є особливим видом діяльності, а розвиток мовлення є засвоєнням засобів спілкування, вся робота в цьому напрямі повинна була забезпечити три складові діяльності – мотиваційну (чому дитина повинна говорити), цільову (навіщо вона повинна говорити) і виконавську. Специфічні завдання мовленнєвого розвитку розв'язувалися водночас із формуванням основних видів діяльності відповідно до етапів [4].

На першому етапі основним завданням є створення мовленнєвого середовища, пробудження в дитини мовленнєвої активності як найважливішої умови подальшого оволодіння мовленням, інтересу до навколишнього світу, розвиток наочних і наочно-ігрових дій, можливості брати участь у колективній діяльності, тощо.

На другому етапі основний акцент робиться на засвоєнні дитиною засобів спілкування (словесних і невербальних) для задоволення виникаючої комунікативної потреби, що виникає. Розвиток комунікативної функції мовлення – головне завдання цього етапу, а комунікативний принцип побудови занять – провідний. На всіх заняттях підтримується і заохочується мовленнєва активність дітей. При цьому йде велика робота з розвитку сприймання виражальних рухів і природних жестів, особлива увага надається міміці, розвитку розуміння емоційних станів людини. Здійснюється робота з навчання дітей складати нескладні розповіді з

«особистого досвіду», з розвитку вміння давати словесний звіт про виконані дії в процесі продуктивних видів діяльності.

На третьому етапі основне завдання полягає в навчанні дітей розповіді (після розігрування змісту художнього твору за ролями для кращого розуміння мотивів поведінки і стосунків персонажів, а також формування смислової програми висловів). Для закріплення уявлень про часову і причинну послідовність сюжету на цьому ж занятті проводиться малювання простим олівцем, на основі схеми, з розподілом аркуша паперу на частини, які підходять за змістом сюжету. Триває робота з розвитку комунікативної функції мовлення. Для розвитку регулюючої функції мовлення йде робота щодо формуванню попереднього задуму і по його реалізації за допомогою спеціальних операційних карт із застосуванням символічних засобів [4].

Внесення емоційного змісту, що є мотивацією аутичної дитини до контактної взаємодії з логопедом, – єдиний адекватний шлях включення дитини в реальність, розвитку розуміння нею оточуючого світу, зосередження уваги дитини і розуміння нею мови. Досягти цього можна за допомогою емоційно-смислового коментування лого-терапевтичної роботи, яке має бути:

- обов'язково прив'язаним до досвіду дитини, до того, що вона знає, бачила, на чому зосереджувала свою увагу;
- з наданням значення навіть безглуздій, здавалося б, активності дитини;
- із розставлянням акцентів на позитивних емоційних аспектах навколишнього, фіксуючи увагу на приємних для дитини відчуттях і пом'якшуючи, по можливості, неприємні;
- з поясненням причинно-наслідкових зв'язків, надаванням дитині уявлення про будову предметів і суть явищ для подолання страхів і стереотипних потягів;
- передавати зміст подій, їх залежність від людських стосунків, соціальних правил;
- давати аутичній дитині уявлення про людські емоції, почуття, стосунки, які звичайно є для неї незрозумілими [4].

Першочергово потрібно коментувати почуття і відчуття самої дитини, кожного разу додаючи словесну формулу до її афективних реакцій. Слід позначити словом і незрозумілі аутичній дитині емоційні реакції інших людей.

Необхідно проговорювати з дитиною стосунки між героями книг. Іноді вважають, що якщо дитина не реагує на просту інструкцію, це означає,

що вона не здатна зрозуміти її і тим більше, коли розгорнутий текст. Більшість інформації аутична дитина отримує мимовільно, без навмисного зосередження; тому, навіть коли здається, що дитина не включена і не слухає, необхідно проводити відповідне коментування. Використовуючи емоційно-сміслові коментування у грі і на заняттях з дитиною, обговорюючи окремі епізоди, слід пов'язувати їх із зрозумілими дитині емоційними образами. Далі починається важлива робота, пов'язана з об'єднанням за змістом окремих епізодів для того, щоб зробити увагу дитини тривалішою, навчити її встановлювати логічні зв'язки між подіями, стосунками між людьми.

Водночас з роботою над розвитком експресивного мовлення, важливою є праця логопедів та педагогів разом з батьками, яка спрямована на те, щоб допомогти дитині розуміти мову та розуміти світ загалом. Вчені наголошують та тому, що у корекційній діяльності з батьками спеціалісти повинні використовувати сучасні форми і методи роботи та враховувати індивідуальні особливості батьків, типи сімей, міжособистісні стосунки та стилі виховання. Тому важливо також підібрати найбільш ефективну форму співпраці з батьками адже їх участь зможе покращити продуктивність корекційної роботи. На думку, Богданович Г. Ф. найбільш прийнятними формами організації роботи з батьками є:

- консультативно-рекомендаційна;
- лекційно-просвітницька;
- практичні заняття для батьків;
- організація «круглих столів», батьківських конференцій, дитячих ранків і свят;
- індивідуальні заняття з батьками та їх дитиною;
- підгрупові та групові заняття [1].

Також є індивідуальні форми роботи, які полягають у безпосередньому спілкуванні з батьками однієї дитини: проведення бесід, консультацій для батьків, виконання з дітьми завдань за зошитами індивідуальної роботи; відвідування ними індивідуальних занять учителя-логопеда.

Не варто нехтувати і таким методом як анкетування. Метою анкети є отримання додаткових відомостей про родину, в якій виховується дитина з розладами аутичного спектру. Анкетування має мати певну мету, короткі та зрозумілі для батьків запитання з передбачуваними однозначними відповідями. Анкету також можна використовувати з метою отримання зворотнього зв'язку від батьків.

Ми провели анкетування батьків дітей з РАС на базі Медико-соціального реабілітаційного центру «Дорога життя» в м. Ужгород з метою виявлення ефективності співпраці батьків дітей даної категорії та вчителя-логопеда. Анкета вміщує сім запитань та чотири варіанти відповіді на кожне запитання:

1. Чому Ви вирішили відвідувати з дитиною логопедичні заняття?

- А) Сподівалися на повне усунення недоліків мовлення дитини;
- Б) Сподівалися на значне покращення мовлення дитини;
- В) Очікувати хоч на незначні покращення у мовленні;
- Г) Так роблять усі батьки дітей з порушеннями мовлення.

2. Чи помічаєте Ви результати від співпраці логопеда з дитиною?

- А) Так, мовленнєві порушення помітно послаблюються;
- Б) Так, є певні позитивні зміни;
- В) Так, але покращення мінімальне;
- Г) Ні, змін немає.

3. Який емоційний настрій дитини після заняття з логопедом?

- А) Дитина радісна, хоче приходити на заняття знову;
- Б) Дитина задоволена, але трохи втомлена, заняття їй подобаються;
- В) Дитина втомлена, але на заняття ходити хоче;
- Г) Дитині не подобаються заняття, ми її спонукаємо до відвідання

логопеда.

4. Як часто Ви виконуєте завдання логопеда з дитиною вдома?

- А) Завжди в повному обсязі;
- Б) Стараємося виконувати, але виходить не завжди і не в повному обсязі;
- В) Інколи, залежить від настрою дитини;
- Г) Ніколи.

5. На скільки зрозумілими для Вас є рекомендації логопеда після

заняття?

- А) Все зрозуміло;
- Б) Більшість зрозуміло, але є й певні неясності;
- В) Мало що зрозуміло, тому й не хочеться їх виконувати вдома;
- Г) Не буду займатися з дитиною вдома, це робота логопеда на

заняттях.

6. Як Ви оцінюєте роботу логопеда з вашою дитиною?

- А) Повністю задоволені, у дитини є значне покращення у мовленні;
- Б) В основному задоволені, є помітні зрушення у покращенні
- Г) Не буду займатися з дитиною вдома, це робота логопеда на

заняттях.

6. Як Ви оцінюєте роботу логопеда з вашою дитиною?

- А) Повністю задоволені, у дитини є значне покращення у мовленні;
- Б) В основному задоволені, є помітні зрушення у покращенні

мовлення

дитини, але треба ще продовжувати;

- В) Не дуже задоволені, очікували на кращі результати;
 Г) Не задоволені роботою, покращень майже немає.
 7. Які види співпраці з логопедом Вам підходить більше?
 А) Офлайн консультація
 Б) Онлайн консультація
 В) Електронний лист
 Г) Я не потребую консультацій

Ці запитання спрямовані на те, щоб прослідкувати зв'язок між позитивним налаштуванням батьків, задоволеністю дитини, виконанням вправ вдома і результатами проведеної корекційної роботи. Результати анкетування представлені в таблиці 1:

Таблиця 1.

Результати анкетування батьків дітей з РАС, які відвідують заняття у вчителя-логопеда

	А	Б	В	Г
1. Чому ви вирішили відвідувати з дитиною логопедичні заняття?	Сподівалися на повне усунення недоліків мовлення дитини	Сподівалися на значне покращення мовлення дитини;	Очікувати хоч на незначні покращення у мовленні;	Так роблять усі батьки дітей з порушенням и мовлення.
	10%	50%	30%	10%
2. Чи помічаєте ви результати від співпраці логопеда з дитиною?	Так, мовленнєві порушення помітно послаблюються ;	Так, є певні позитивні зміни;	Так, але покращення мінімальне;	Ні, змін немає.
	0%	50%	50%	0%
3. Який емоційний настрій дитини після заняття з логопедом?	Дитина радісна, хоче приходити на заняття знову;	Дитина задоволена, але трохи втомлена, їй подобаються;	Дитина втомлена, але на заняття ходити хоче;	Дитині не подобаються заняття, ми її спонукаємо до відвідання логопеда.
	50%	20%	10%	20%
4. Як часто	Завжди	в	Стараємося	Інколи, Ніколи.

ви виконуєте завдання логопеда з дитиною вдома?	повному обсязі; 20%	виконувати, але виходить не завжди і не в повному обсязі; 70%	залежить від настрою дитини; 10%	0%
5. На скільки зрозумілим і для вас є рекомендації логопеда після заняття?	На Все зрозуміло; 90%	Більшість зрозуміло, але є й певні неясності; 10%	Мало що зрозуміло, тому й не хочеться їх виконувати вдома; 0%	Не буду займатися з дитиною вдома, це робота логопеда на заняттях. 0%
6. Як ви оцінюєте роботу логопеда з вашою дитиною?	Повністю задоволені, дитини значне покращення мовленні; 20%	В основному задоволені, є помітні зрушення у покращенні мовлення дитини, але треба ще продовжувати; 80%	Не дуже задоволені, очікували на кращі результати; 0%	Не задоволені роботою, покращень майже немає. 0%
7. Які види співпраці з логопедом вам підходять більше?	Офлайн консультація 90%	Онлайн консультація 10%	Електронний лист 0%	Я не потребую консультацій 0%

За результатами анкетування лише 10% батьків очікують на повне усунення недоліків мовлення дитини, 50% батьків сподіваються на значне покращення мовлення дитини, 30% очікують на незначні покращення у мовленні і 10% батьків вважають, що приводити дитину на заняття до логопеда мають усі батьки дітей з мовленнєвими порушеннями, але великих позитивних сподівань у них немає. Таким чином, батьки здебільшого адекватно оцінюють можливі результати корекційної роботи та критично ставляться до оцінки можливостей своєї дитини. Позитивним є те, що більшість батьків (60%) є позитивно налаштовані на співпрацю з логопедом.

Згідно результатів дослідження 50% батьків помічають певні позитивні зміни в мовленні своїх дітей і 50% помічають тільки мінімальне

покращення. Це зумовлено тим, що мовленнєві порушення у дітей з РАС є досить стійкими і корекційна робота з їх подолання чи послаблення проходить повільно, тому очікувати на швидке помітне послаблення мовленнєвих порушень не варто, проте за умов своєчасно початої та ефективно проведеної корекційної роботи можна помітити ті чи інші позитивні зрушення.

За даними, наведеними в таблиці, діти здебільшого задоволені і хочуть приходити на заняття знову, 20% дітей є трохи втомленими, але заняття їй подобаються, 10% є втомленими, але хочуть ходити на заняття і 20% дітей не подобаються заняття, тому батькам потрібно спонукати дітей до відвідання занять логопеда. Такі дані свідчать про те, що більшість дітей з РАС (80%) хочуть відвідувати заняття логопеда і лише невелику частину дітей потрібно спонукати до відвідування занять. Відповіді на четверте питання анкети свідчать, що лише 20% батьків дітей з РАС завжди і в повному обсязі виконують завдання логопеда вдома і 70% стараються виконувати, але в них не завжди виходить і не в повному обсязі, решта – 10% виконують завдання тільки інколи. Такі відповіді є досить позитивними, адже більшість батьків (90%) стараються виконувати завдання логопеда вдома, проте батьки не завжди виконують всі завдання, що, звичайно, знижує ефективність занять вдома.

Згідно з даними таблиці 90% батьків повністю розуміють рекомендації логопеда і лише 10% відмітили, що є певні неясності. Це свідчить про те, що вчитель-логопед розуміє особливості комунікації з батьками та надає їм рекомендації, враховуючи всі особливості контингенту батьків, та намагається донести все зрозуміло для батьків. Відповіді на шосте запитання дозволяють зробити висновок, що в більшості батьки адекватно оцінюють результати роботи логопеда з дитиною і розуміють, що попри певні позитивні зміни потрібно продовжувати корекційну роботу. Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що батькам більше до вподоби живе спілкування з вчителем логопедом і лише 10% батьків згодні на онлайн консультацію.

Отже, згідно з результатами дослідження сфера співпраці логопеда з батьками дітей з РАС є достатньо розвиненою, проте залишаються аспекти, над якими потрібно продовжити роботу, адже це впливає на ефективність корекційної роботи. Потрібно зосередити увагу на виконанні завдань логопеда батьками з дитиною, що має РАС, вдома, бо тільки спільними зусиллями логопеда і родини дитини з РАС можна досягнути позитивних зрушень у корекційній роботі, тобто покращити і розвинути комунікаційні навички дитини.

З огляду на продовження пандемії коронавірусу напрямком подальших досліджень ми вбачаємо вивчення можливості проведення логопедичних занять з дітьми, що мають розлади спектру аутизму, онлайн, спираючись на співпрацю із батьками.

Висновок. Питання корекції мовленнєвих порушень дітей з РАС є важливими та потребують подальших досліджень, розробки нових методів, форм та підходів корекційної роботи. Однією з проблем – є співпраця вчителя-логопеда з батьками дітей з розладами аутичного спектру в ході корекційної роботи.

Симптоми аутизму є дуже неоднорідними, це в свою чергу спричинює певні особливості мовлення. Вони можуть варіюватися від невербальної до дуже ідіосинкратичної мови з ехोलалією. Діти, що мають РАС ніби уникають мовлення, при цьому звернене до них мовлення вони теж сприймають з труднощами. На відміну від нормотипових дітей, дитина з РАС зазвичай використовує слова, щоб регулювати своє оточення, показати йому свій протест, щось вимагати тощо. Деякі діти, які страждають на РАС, можуть мати апраксію або порушення моторики артикуляційного апарату, що впливає на їх здатність до спілкування. Однак, саме відсутність комунікативних намірів, зниження соціального бажання говорити через порушення взаємодії з соціумом часто може проявлятися як затримка або порушення розвитку мовлення.

Для проведення корекції мовленнєвих порушень дітей з РАС можна використовувати різноманітні методики. Особливо ефективними в роботі з дітьми, що мають аутизм є методики альтернативної комунікації. Можливе використання різних систем спілкування за допомогою картинок – PECS. Дієвим також є застосування певних простих жестів та карток-символів з системи альтернативного спілкування Макатон. Інноваційним підходом у корекційній роботі з розвитку мовлення можна вважати метод відео інтерактивного тренінгу спілкування. Позитивний ефект також дають методи музико- та танцетерапії. Використовувати ці методики потрібно в залежності від вікових та індивідуальних особливостей дитини, а також намагатися більшою мірою переходити на вербальну комунікацію.

Важливою частиною корекційної роботи з подолання мовленнєвих порушень у дітей даної категорії є підбір відповідних форм, методів та прийомів роботи. Саме тому роботу над мовленнєвим розвитком слід починати водночас із формуванням основних видів мовленнєвої діяльності відповідно до її складових – мотиваційної (чому дитина повинна говорити), цільової (навіщо вона повинна говорити) і виконавської. Специфічні завдання мовленнєвого розвитку слід розв'язувати відповідно до 3 етапів,

під час яких реалізовується шлях корекції мовленнєвих порушень від створення сприятливого мовленнєвого середовища до навчання дітей розповіді.

Успіх корекційної роботи з дітьми, що мають РАС також напряму залежить від співпраці вчителя-логопеда з батьками, тому потрібно відповідально ставитися до підбору форм та методів та вдало їх поєднувати. Можливе застосування як групових так і індивідуальних форм роботи.

Дані нашого дослідження також вказують на те, що в більшості співпраця вчителя-логопеда з батьками є достатньо ефективною та позитивно впливає на корекційний процес. Забезпечується єдність корекційного впливу на заняттях і вдома. Хоча все ж залишається невеликий відсоток батьків дітей, що мають РАС, які не достатньо активно включаються в співпрацю з вчителем-логопедом, тим самим гальмуючи продуктивність корекції мовленнєвих порушень своєї дитини.

Таким чином, для забезпечення успішної корекційної роботи з дитиною, що має РАС необхідно підбирати правильні методи, форми, прийоми роботи, ставити правильні завдання, а також створити умови для ефективної взаємодії вчителя-логопеда з батьками (законними представниками) дітей з РАС адже їх співпраця займає значне місце в корекційній роботі.

Список використаної літератури:

- 1) Богданович Г. Ф. Форми взаємодії батьків та педагогів у корекційно-реабілітаційному та навчально-виховному процесі. URL: http://bnrc-kam-pod.at.ua/Pedagogu/Z_DOSVIDY/dosvid_bogdanovich.pdf
- 2) Огляд методів допомоги дітям з РСА (за матеріалами книжки Олега Романчука «Розлади спектру аутизму у запитаннях та відповідях») URL: <https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2018/03/%D0%9E%D0%B3%D0%BB%D1%8F%D0%B4-%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D1%96%D0%B2-%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B8-%D0%B4%D1%96%D1%82%D1%8F%D0%BC-%D0%B7-%D0%A0%D0%A1%D0%90.pdf>
- 3) Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму: Монографія. – К.: Видавництво “Фенікс”, 2010. – 320 с.
- 4) Шеремет М.К., Шульженко Д.І. Логотерапевтична робота з аутичними дітьми URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7732/Sheremet%20M.K.,%20Shulgenko%20D.I..pdf?sequence=1>
- 5) Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2000. – (Особый ребенок). – 336 с.; Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей: Методические разработки – М.: Теревинф, 2003. – 160 с.
- 6) Happe F., Frith U. The neuropsychology of autism. *Brain*. 1996;119(Pt 4):1377–1400. URL: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/8813299/>
- 7) Lord C. Autism and the comprehension of language. In: Schopler E, Mesibov G, editors. *Communication problems in autism*. New York: Plenum; 1985. pp. 257–281. URL: https://www-google-com.translate.goog/sorry/index?continue=https://scholar.google.com/scholar_lookup?title%3DCommunication%2Bproblems%2Bin%2Bautism%26author%3DC%2BLord%26publication_year%3D1985%26&q=EgRKfdBtGKKJ54oGIhBKeE013tNYg5lysktbYVxOMgFy&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=uk&_x_tr_hl=uk&_x_tr_pto=nui,op,sc

8) Luyster RJ, Kadlec MB, Carter A, Tager-Flusberg H. Language assessment and development in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(8):1426–1438. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.googleusercontent.com/18188685/>

9) Maria Mody, John W. Belliveau Speech and Language Impairments in Autism: Insights from Behavior and Neuroimaging URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.googleusercontent.com/articles/PMC3862077/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=uk&_x_tr_hl=uk&_x_tr_pto=nui,op,sc

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

(м. Ужгород, Україна)

ЗНАЧЕННЯ ІГРОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

THE IMPORTANCE OF PLAY ACTIVITY IN CORRECTIONAL WORK WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Шовшка Наталія,

студентка 2 курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта

(Олігофренопедагогіка. Здоров'я людини).

Науковий керівник: кандидат педагогічних наук, доцент **Кляп М.І.**

Shovshka Natalia,

bachelor 2nd year, specialty 016 "Special Education".

Scientific adviser: associate professor **Klyap Marianna Ivanivna**

Резюме. Стаття висвітлює основні проблеми щодо розвитку ігрової діяльності у дітей, що мають розлади спектру аутизму. Детально проаналізовано особливості поведінки, що є характерною для дітей з аутизмом, як використати педагогу ці особливості для організації різних видів ігор для таких дітей. Виділено основні етапи, яких потрібно дотримуватися педагогу для успішної організації ігрової взаємодії із дитиною, що має розлади спектру аутизму. Зазначено, що ігрова діяльність, може стати основою проведення корекційної роботи з дітьми з аутизмом.

Ключові слова: діти з розладами аутистичного спектру, ігрова діяльність, корекційна робота, особливості поведінки дітей-аутистів.

Abstract. The article highlights the main problems in the development of play activities in children with autism spectrum disorders. The peculiarities of behavior that is characteristic of children with autism are analyzed in detail, how to use these features for teacher to organize different types of games for such children. The main stages that a teacher needs to follow in order to successfully organize play interaction with a child with autism spectrum disorders are highlighted. It is noted that play activities can be the basis for corrective work with children with autism.

Keywords: children with autism spectrum disorders, play, correctional work, features of behavior of children with autism spectrum disorders

Вступ. У педагогіці загальновідомим є факт про те, що гра у житті дітей посідає важливе місце на шляху їх розвитку. Ігрова діяльність є першим і провідним видом діяльності для дитини, і хоча гра є непродуктивним видом діяльності людини, але вона впливає на неї

розвиваючи, навчаючи її та виховуючи і робить значний вклад у формування гармонійної, цілісної особистості.

Г.К Селевко визначає поняття «гра» як «вид діяльності в умовах певних ситуацій, направлених на відтворення та засвоєння суспільного досвіду...». У грі дитина набуває комунікативних якостей, вольових, розвиває уяву та фантазію, збагачує внутрішній світ, вчиться соціальної взаємодії, певним моделям відносин і т.д. Гру також можна назвати первинним середовищем соціалізації в суспільстві, адже через колективну гру дитина встановлює комунікативні зв'язки [6, с.4].

Розглядаючи ігрову діяльність здорової дитини, ми зауважуємо, що дитина вмотивована до гри, бажає гратись як самотійно, так і в колективі, є активною у грі, вигадливою. А яку картину ми спостерігаємо у дітей, розвиток яких характеризується відсутністю потягу до комунікації із оточенням та ігрової діяльності – у дітей із розладами аутистичного спектру (РАС)?

Розлади аутистичного спектра – це порушення розвитку, загальний розлад, що виявляється у ранньому віці та проявляються у наявності труднощів взаємодії та комунікації, стереотипної поведінки та інтересів [4, с.4].

Для дітей з РАС, як і для дітей звичайних, гра є важливим елементом, що сприятиме розвитку дитини, саме тому ігрову діяльність варто включати у корекційну програму при роботі з ними.

Теоретичне підґрунтя дослідження: аутизм, як явище, з початку виявлення у дослідницьких колах є поширеним та цікавим питанням для обговорення. Феномен аутизму у своїх працях розглядала велика кількість дослідників – Скрипник Т.В., Чуприков А. П, Багрій Я.Т., Лебединська К.С., Каган В.Е., Гілберт К., Пітерс Т. Також низка дослідників досліджували особливості ігрової діяльності дітей з аутизмом та ігротерапію в процесі корекції, це такі науковці як Янушко Е.А., Співаковська А.С., Євдокимова Н.О та Чеканова О.С. і Скрипник Т.В. Також варто звернути увагу на роботу Грінченко І.С. про ігри у процесі корекційної роботи та Янушко О.А. про особливості та організацію ігор з дітьми з розладами аутистичного спектру.

Всі джерела представлені дають ґрунтовну інформацію про окремі аспекти ігрової діяльності дітей з розладами аутистичного спектру, але питання потребує узагальнення.

На даний момент, питання методів корекції, зокрема використання ігрової діяльності у процесі взаємодії з дітьми з РАС є актуальним. Звернемося до статистики і спостерігаючи за даними, ми можемо бачити сумну картину. Добитися точної статистики не можна, але

середньостатистичні дані ВООЗ вказують, що станом на 2021 рік у всьому світі, приблизно із 160 дітей – 1 дитина має розлад аутистичного спектру. Нажаль, дані щодо статистики народжуваності дітей із РАС в Україні є недоступними, адже точна статистика не ведеться. За останніми даними кількість дітей з розладами аутистичного спектру в Україні становила близько 7 тисяч осіб станом на 2017 рік [2]. Відповідно, зі збільшенням кількості дітей, що мають розлади аутистичного спектру, зростає і необхідність пошуку ефективних методів корекції

Також дане питання варте уваги ще через те, що діти, які мають РАС, є дуже індивідуальними і до кожного необхідно знаходити підхід, тому сучасна педагогічна наука все ще шукає різноманітні методи, форми та засоби роботи з такими вихованцями. Саме використання ігор, як засіб корекції розвитку цих дітей, може бути ефективним.

Методи дослідження: вивчення та аналіз науково-педагогічної літератури, синтез та порівняння інформації, абстрагування, узагальнення інформації з наукових джерел.

Мета дослідження: розкрити роль ігрової діяльності у процесі корекційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру, узагальнити підходи різних науковців до організації цієї ігрової діяльності

Проблема дослідження: полягає у пошуку ефективних підходів у корекційній роботі з дітьми з розладами спектру аутизму через використання ігор.

Результати дослідження

Ігрова діяльність є необхідним і напевно невід’ємним елементом у структурі корекційно-розвиваючої роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру. Вона дає можливість розвивати пізнавальні здібності, мислення пам’ять, увагу, просторову уяву, фантазію, допомагає дитині оволодіти загальноприйнятими у суспільстві формами поведінки, скоректувати небажані особистісні риси тощо.

Л.С. Виготський писав, що гра – це джерело розвитку, вона створює зону найближчого розвитку [5, с.220], саме так, через ігрову діяльність ми можемо вибудовувати корекційно-розвивальний план роботи для дитини з РАС.

Розглядаючи включення ігрової діяльності у корекційний процес, перш за все варто розглянути особливості поведінки, що можуть проявлятися у дітей із розладами аутичного спектру, які необхідно враховувати при проведенні корекційної роботи. Серед них можна виділити:

- проблеми з комунікацією, виявленням емоцій, соціальною взаємодією – у дітей виявляється відстороненість у спілкуванні;

- діти є неконтактними, не тактильними;
- мають своєрідні порушення мовлення, часто не використовують мовлення, так як не бачать у цьому необхідності;
- дітям присутня стереотипія – безцільні рухи (ходіння по колу, махання руками, кистями рук, ногами, повторювальні рухи – присідання, бігання, можуть неочікувано лягти);
- компульсивна поведінка – навмисне дотримання деяких правил (розташування об'єктів певним чином, у певному порядку, сортування предметів за певною ознакою);
- потреба в одноманітності, опір змінам – дитина робить опір змінам в буденному житті, навіть звичайній перестановці меблів;
- ритуальна поведінка – виконання повсякденних занять в одному і тому самому порядку і в один і той же самий час; дітям притаманна ритуальність у буденності, один і той же графік за одною і тою ж схемою;
- обмежена поведінка, вузькосфокусована увага, зазвичай сфокусована на одному предметі, часто впродовж довгого часу [3, с.26-32].

Розглядаючи термін «аутизм» його значення ми знаходимо у ньому самому, у перекладі з грецької autos — «сам», тоді аутизм означає «занурення в себе». В змісті поняття розкрито й основне розуміння розладу. Прийнято вважати, що дитина, яка має розлади аутистичного спектру живе у своєму власному світі, обмеженому для оточуючих, але насправді це не так. Особи з порушеннями аутичного спектра живуть у нашому світі, але сприймають його відмінним від нас способом. Для них концентрація йде саме на сенсорні відчуття - зовнішні (зорове, слухове, тактильне) або внутрішні (відчуття болю, вібрації). Інформацію діти-аутисти схоплюють фрагментарно і непослідовно, при цьому окремі враження докільля захоплюють усю їхню увагу, що роблять їх нечутливими до сприймання всього іншого, а передусім – до здатності синтезувати фрагменти дійсності у повну реальну картину. Таким чином, аутист перебуває не у своєму внутрішньому світі, а у світі своїх чуттєвих вражень (образів, звуків, дотиків тощо) від навколишнього світу [3, с.7-9].

Дитина, що має певний розлад аутистичного спектру, проявляє поведінкові особливості і під час ігрової діяльності, що набуває у неї специфічного вигляду. Найчастіше дитина грає взаємодіючи з власними відчуттями, ціллю гри є стимуляція певних відчуттів. Дитина грається через маніпулятивні дії з певними предметами, які часто є повторюваними та довготривалими. Вона може гратись з одним предметом, часто навіть звичайними предметами, впродовж довгого часу прокручуючи його,

стукаючи ним, вмикати та вимикати світло чи прибори, відчиняти і зачиняти двері, переливати рідину з посудини у посудину. Спроби відірвати дітей від подібних, зовні позбавлених сенсу маніпуляцій, перемкнути їх увагу на продуктивні заняття, зазвичай, зумовлюють бурхливий протест, плач, крики.

Іграшки діти зазвичай не використовують за їх функціональним призначенням, а як об'єкт для маніпуляцій. Наприклад, дитину з нормотиповим перебігом розвитку конструктор приваблює не тільки через яскравий зовнішній вигляд, наявність великої кількості деталей різних розмірів, а й через можливість втілювати свою уяву, збираючи із елементів різноманітні предмети, на відміну від дитини з розладом аутистичного спектру, яку приваблює тільки можливість скріплювати і розкріплювати яскраві деталі скільки завгодно, розставляти їх за розмірами, сортувати за кольором.

Також у грі проявляється компульсивність та ритуальність, дитина часто розташовує предмети у певному порядку чи за певною схемою, при цьому може виявляти це не тільки по відношенню до іграшок, а й до предметів побуту, діти часто сортують предмети за формою, кольором, розміром. Іноді під час стереотипного безцільного розкладання у дитини можуть з'являтися приливи агресії під час яких вона може розбивати вибудовані із предметів ланцюги. Рухлива гра для дитини з аутизмом теж є однотипною та зацикленою, вона безцільно ходить, бігає по колу, обертається, сидить гойдаючись, може трясти кінцівками, неочікувано лягати посеред підлоги. Також у процесі своєї гри дитина не прагне залучати до неї когось крім себе, не хоче йти на контакт.

Узагальнюючи все вище сказане, можна зробити висновок, що гра у дітей з РАС є несюжетною, однотипною, маніпулятивною і нефункціональною [3 с.29-36].

Янушко О.А. у своїх працях виділяла п'ять видів ігор, які використовуються в корекційній роботі з дітьми, що мають розлади аутистичного спектру:

1. Стереотипна гра.

Гра полягає у однотипному маніпулюванні певними предметами. Має свої особливості :

- ціль та логіка цієї гри можуть бути незрозумілими для оточуючих;
- у грі тільки один учасник – сама дитина;
- грі характерна повторюваність – дитина зациклено повторює одні і ті ж маніпуляції з предметом;
- характерна незмінність – дитина грає однаково впродовж довгого часу;

- в одну й ту саму гру дитина може грати роками;

Стереотипна гра аутичної дитини на початку корекційної роботи стає основою побудови взаємодії з нею, адже іншого шляху для встановлення контакту нема. Стереотипна гра створює для дитини комфортну і знайому ситуацію, заспокоює дитину - в її основі для дитини лежить комфорт та задоволення від дії. На початку корекційної роботи педагог повинен встановити довірливі відносини з дитиною саме через стереотипну гру і дати дитині зрозуміти, що він не буде заважати йому грати. Педагог має знайти потрібний момент і долучитися до гри, наприклад подати дитині певну деталь. У разі виникнення емоційних спалахів стереотипну гру можна використовувати як засіб для заспокоєння.

Зараз у суспільстві стали загальнопопулярними так звані «антистрес» іграшки. Вони мають мету через повторюваність певної дії, наприклад прокручування предмета, натискання на пухирці, знімати внутрішню напругу. Ці сучасні іграшки можуть ефективно використовуватися під час корекційно-розвиваючої роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру для стереотипної гри і заспокоєння дитини.

2. Сенсорна гра

Умовно це гра, метою якої є дати дитині нові сенсорні відчуття. Сенсорні відчуття можуть бути:

- зорові (наприклад, дитина бачить яскраві кольори, їх відтінки, змішування);
- слухові (дитина чує різноманітні звуки, від шелестіння опалого листа до звучання музичних інструментів, вчиться їх розрізняти);
- тактильні (те, що дитина відчуває за допомогою дотиків, обмацування: це і різні за фактурою матеріали (м'який махровий рушник, гладка поверхня скла) і різні за розміром і формою предмети, або тактильність між людьми)
- рухові (відчуття руху тіла в просторі і ритму рухів - ходьба, біг, танці);
- нюхові (дитина вдихає і вчиться розрізняти запахи оточення - аромат парфумів, їжі, запах лісу);
- смакові (дитина пробує розрізняти на смак різні продукти харчування і страви).

Для дитини з РАС сенсорний компонент має надзвичайно велику роль, адже для неї речі, які для нас здаються не значними, але для неї вони є важливими. Дитина не розрізняє предмети за їх функціональним призначенням тому прагне все спробувати аналізаторами, на вид, дотик, запах, смак.

У грі можна використовувати різні стимулятори сенсорних систем – фарби, світло та тінь, воду, лід, пластичні матеріали (глина, пластилін), ритмічні ігри, музикальні інструменти.

Сенсорні ігри дають можливість для встановлення контакту з дитиною. У моменти сенсорного відчуття дитина відчуває задоволення і це викликає у дитини позитивні емоції. Це викликає у дитини та педагога емоційний контакт, що сприяє ефективній подальшій роботі.

3. Терапевтична гра (ігрова психотерапія)

Сенс терапевтичної гри полягає у знятті внутрішньої емоційної напруги у дитини, якщо вона має скупчення емоцій всередині. Дитина з розладами спектру аутизму не вміє виражати свої емоції так, як звичайні діти, у неї внутрішня нестабільність може проявлятися у гіперболізованому вигляді – криках, істериках. Але варто розуміти, дитина не робить це навмисне, а лише через незнання. Терапевтичну гру можна назвати першим кроком до контролю власних емоцій дитиною з РАС. Зазвичай терапевтичні ігри є активними, призначені, щоб дитина внутрішню напругу змогла скинути з себе фізично. Може призначатися відвідування басейну, дитячих атракціонів (батути, ігрові кімнати), різні види фізичної активності та фізичних прав, активний відпочинок на природі.

Терапевтична гра має ряд певних особливостей:

- вона не є спланованою завчасно, використовується у момент, коли необхідно розрядити внутрішній емоційно напружений стан дитини, для зняття емоційно підвищеного фону;

- у грі необхідна присутність ведучого – педагога, психолога, який у момент емоційного спалаху стане підтримкою для дитини і коментуючи те, що відбувається навчить дитину поступово усвідомлювати прояви власних емоцій;

- у грі присутній об'єкт, на який спрямована діяльність дитини;

- терапевтичні ігри можуть бути не тільки активними, а й проводитися у спокійних обставинах – вдома, чи за місцем навчання дитини. Використовується у разі коли переключення на активну гру неможливе, тоді дитину варто заспокоїти іншим способом – відволікти, наприклад використанням стереотипної гри ;

- існує принцип повторюваності – дитина вже при певній кількості повторень, відчуваючи напругу може сама запропонувати пограти;

- в ході гри можуть виявлятися підсвідомі страхи дитини.

Проведення терапевтичної гри може сприятливо вплинути на процес корекційної роботи, адже сприяє нормалізації емоційного фону дитини, позбавляючи її негативних емоцій.

4. Психодрама

Вид діяльності, що є способом боротьби зі страхами та їх позбавлення у дитини з розладами аутистичного спектру. Варто враховувати, що страхи у них індивідуальні, кожен боїться чогось іншого, часто це є цілий набір страхів, які є довготривалими та не завжди проявляються зовнішньо, але страх може постійно держати дитину в напрузі.

Терапевтична гра, є засобом знаходження страху, а психодрама – способом його подолання. Психодрама полягає у моделюванні страху дитини у ігровій формі – певної ситуації, яка пригнічує та турбує дитину, і врешті решт вирішується благополучно, що допомагає дитині долати свої страхи і усвідомлювати, що є справді небезпечним, а що ні.

Під час проведення заняття можна відзначати дивну поведінку, яка може вказувати на наявність фобії у дитини, але головним завданням є зрозуміти першоджерело і причину того страху для подальшого моделювання та позбавлення страху, але це не завжди вдається зробити. Щоб знайти джерело страху і розібратись у ситуації, варто провести його детальний аналіз з близькими дитини, можливо у ході обговорення, ми зможемо зрозуміти причину фобії дитини, адже в основу страху може лягти реальна ситуація, що сталася з дитиною. Наприклад, в ході гри, у дитини виявився страх перед машинами, і його джерелом було те, що дитина, багато років тому потрапила у дорожньо-транспортну пригоду і ця ситуація, навіть впродовж багатьох років тримає дитину у напрузі.

Варіанти психодрами часто є індивідуальними і можуть виявляти свій корекційний вплив не одразу, а лише після багаторазового повторення можна добитися поставленої командою мети.

Для дитини, під час переживання психодрами характерне сильне збудження, яке зовнішньо проявляється в імпульсивних рухах, агресивних діях по відношенню до оточуючих предметів і не тільки, може супроводжуватися криком, повторюванням певної фрази. Дитина намагається боротися з ситуацією, і в результаті вона досягає стану афективного напруження і самостійно знайти вихід із ситуації, тим більше позитивний, вона не може. Саме тут педагог повинен допомогти дитині зрозуміти, що боятися нічого і підтримати дитину. Він повинен розвивати сюжет ситуації психодрами, акцентуючи увагу на інші її сторони. Наприклад, дитина має страх перед машинами, і при виді іграшкової машинки дитина кричить «Обережно, машина!» і через страх, у дитини ігрова ситуація з машинкою зазвичай одна – дитина створює аварію, це і буде прикладом психодрами. При прояві даної ситуації, педагог допомагає

дитині знайти вихід, можна сказати: «Ой, здається машинка потрапила в аварію, давай зараз ми все відремонтуємо і можемо їхати далі». Можна долати страх дитини розповідаючи їй про машинку: «Дивися, машинка велика, красива, зеленого кольору, має великі чорні колеса», так дитина зосередиться на деталях і емоційна напруга зменшиться.

Також, психодраму має використовувати не тільки педагог на занятті, а й батьки дитини при виникненні стресової ситуації поза межами занять, особливо якщо страхи дитини стосуються побутових речей, наприклад різких звуків – відкриття пляшки шампанського, роботи пылососа, чи замкнутого простору – ліфту, підвалу чи комори.

Роль дорослого у психодрамі – допомогти знайти дитині позитивне рішення стресової для дитини ситуації. Позитивний коментар дорослого, залучає дитину підтримкою. Завдяки багаторазовому повторенню, дитина може позбутися напруги у певних ситуаціях та позбутися страху.

5. Спільне малювання

Даний вид гри, полягає у процесі малювання педагога разом з дитиною, що дає можливість проявляти дитині з розладами спектру аутизму творчу активність, сприяє розвитку уявлень вихованця про навколишній світ. Використання цього методу можливе тільки після встановлення з дитиною емоційного контакту.

Метод дає нові можливості:

- Виникає ситуація, що спонукає дитину до активних дій. Дитина зацікавлена у процесі спільного малювання і педагог має використовувати це, спонукати дитину до більш активних дій, запитати її думку на рахунок малюнка, як вона хоче, щоб він виглядав, може «випадково» забути домалювати певну деталь, пропонуючи завершити дитині. Дитину зацікавлює результат і їй хочеться все виконати якнайшвидше. Тут і виникає ситуація емоційного та партнерського спілкування, де обидва партнери зацікавлені та активні.

- Спільне малювання дає нові можливості для ознайомлення дитини із РАС з навколишнім світом. Дитина з аутизмом сприймає інформацію спонтанно та вибірково і робить це неусвідомлено та зрідка використовує набуті знання, через що знання дитини про навколишній світ і навіть побутові речі є надзвичайно вузькими. При спільному малюванні є можливість зрозуміти наявні у дитини уявлення про світ, якщо уважно слідкувати за малюнком, який робить дитина. Саме тут ми маємо можливість розширити знання дитини. Педагог може поступово у малюнок вводити нові деталі, пропонувати певні варіанти дитині, і дитина, зацікавлена процесом, часто погоджується на них. Вона прагне швидко

досягти бажаного результату і готова прийняти нові елементи, навіть не зважаючи на незвичність. Але слід пам'ятати, що вводити щось нове необхідно поступово та враховуючи інтереси дитини, щоб мінімізувати принесений їй дискомфорт. Також малювання дає можливість узагальнити знання дитини про навколишній світ, переводячи намальовані елементи та ситуації у сюжет у реальному світі. Через стереотипне мислення дитина спочатку може відмовлятися приймати їх, але це потрібно виконувати багаторазово та поступово. Таким чином, головною ціллю даного методу є набуття уявлень та перенесення знань у реальний світ.

- Спільне малювання дає можливість розвивати комунікативні навички дитини. Педагог, розповідаючи, пояснюючи дитині все, що відбувається на папері збагачує пасивний словник дитини. Можна розвивати активне мовлення у дитини, підтримуючи будь-яку найменшу спробу дитини поговорити, необхідно створювати ситуації, у яких дитина буде проявляти комунікацію. Потрібно старатись розібрати навіть бурмотіння і зрозумівши, сказати ці слова чітко, тим самим даючи дитині приклад. Також важливо розвивати невербальне спілкування, адже дитина з аутизмом, навіть, яка говорить, не так часто використовує мову для комунікації, тому необхідно навчити дитину найпростішим жестам – показати щось, попросити, погодитися чи ні і т.д.

- Під час малювання можна виявити певні труднощі у дитини – ситуації, у яких дитина відчуває дискомфорт, що дає можливість обговорювати ці ситуації та знаходити їх вирішення.

Спільне малювання має відбуватись за певних етапів:

- 1) налагодження емоційного контакту, залучення дитини до малювання;
- 2) малювання за «замовленням» дитини – малювати те, що хоче сама дитина;
- 3) поступове введення різних варіантів виконання одного малюнка, додавання нових деталей зображення;
- 4) залучення дитини у процес, спонукання до активних дій;
- 5) введення сюжету та його розвиток;
- 6) перенесення на реальні ситуації отриманих знань про світ, змодельованих на малюнку.

Варто враховувати, що перелік цих ігор є взаємопов'язаним. У заняття їх потрібно вводити у певній послідовності, рухаючись від стереотипної гри, яка є початковим етапом, перейти до сенсорних і терапевтичних ігор, які витікають у психодраму, і останній – спільне малювання, який вводиться після налагодження у педагога дитиною комунікативного емоційного зв'язку. Всі ігри перетікають одна в одну,

наприклад страхи, виявлені під час терапевтичної гри, стають об'єктом корекційного впливу при використанні психодрами.

Для них всіх є спільні закономірності:

- багаторазова повторюваність;
- шлях «від дитини» - у процесі роботи враховуємо бажання дитини, не можна нав'язувати чи змушувати, а тільки грати, коли дитина не виявляє заперечень;
- кожна гра потребує внутрішнього розвитку – додавання нових елементів, сюжетів, використання різних методів роботи для оптимізації ігрового процесу для дитини [7 с. 36-90].

Проводячи корекційну роботу на заняттях з дитиною, що має розлад аутистичного спектру, ми маємо визначити головну мету цієї роботи, яка полягає у введенні дитини у соціальне середовище та її адаптації до суспільства.

Використання ігрової діяльності у процесі корекції ми маємо спрямовувати на здобуття дитиною нових вмінь, які необхідні їй для подальшого розвитку. Тоді головними цілями розвитку ігрової діяльності у дітей із розладами аутичного спектру є:

- сприяння соціалізації дитини
- стимулювання розвитку комунікативних функцій
- формування навички сюжетно-рольової гри.

У процесі залучення дитини до ігрової діяльності ми маємо дитину мотивувати до активної взаємодії у грі як з педагогами, так і з дітьми, щоб відійти від пасивності та неактивності у взаємодії з оточуючими. У буквальному сенсі завданням є навчити дитину гратися, не замикаючись у собі і не зациклюючись на своїх сенсорних відчуттях.

Євдокимова Н.О та Чеканова О.С [1] виділяють певні рівні на шляху залучення дитини з РАС до ігрової діяльності у колективі:

1. Налагодження контакту.
2. Наслідування.
3. Гра за правилами.
4. Сюжетно-рольова гра.

Перший етап – полягає у звиканні дитини до режиму занять та формуванні безпечного та зручного середовища для неї.

Завдання етапу:

- 1) інтегрувати дитину у середовище, створити для неї комфортні умови та емоційний зв'язок із середовищем ;
- 2) формувати позитивний емоційний відгук;

3) сприяти встановленню комунікативних зв'язків, розвитку уваги та активності.

Під час налагодження контакту ініціатива лежить на дорослому, дитина поки все ще є пасивним учасником. Якщо вихованець приходить у групу без попередньої підготовки, то з ним варто проводити також і індивідуальні заняття для встановлення кращого контакту, зокрема між дитиною та педагогом, адже у подальшому, педагог має стати своєрідним «містком» між дитиною з РАС та іншими дітьми у групі. На початковому етапі тривалість перебування дитини на заняттях має бути коротким, дозованим за інтенсивністю. Дитині треба давати право обирати коли вона хоче грати у гру з усіма, а коли ні. На заняттях дитину слід садити навпроти інших дітей, що дасть їй зосередитися на обличчях та послідовності дій у грі.

На початковому етапі в основному переважають ритмічні вірші-забавлянки, що проводяться у певній послідовності. Ритм відіграє важливу роль – це дає змогу дитині швидко засвоювати порядок ігор, чекати на улюблену гру та розуміти тривалість заняття. Ритм у грі задає педагог, який має стежити за процесом виконання дітьми рухів, за необхідності уповільнювати чи пришвидшувати його, так дитина перебуваючи у колективі і спостерігаючи за іншими буде повторювати конкретні рухи, дитина активізує свої дії, співвідносить їх з іншими учасниками. В результаті - у процесі педагог не надає вказівок щодо дій – дитина сама, захоплюючись емоціями виконує певні рухи. Прикладом ритмічної гри може бути відома дитяча ритмічна гра під пісню «По малину в сад підем», в якій діти ритмічно під музичний супровід рухаються по колу і у відповідних моментах показують різні повторювані жести та рухи, що підкріплюють сенс слів пісні [7, с.99].

Другий етап ставить завдання навчити дитину наслідуванню простих дій.

Завдання етапу:

- 1) формування у дитини навички наслідування простих дій;
- 2) розвиток самостійної активності дитини з РАС;
- 3) сприяти виклику емоцій і спостереженню за емоціями однолітків;
- 4) проведення сенсорних ігор для створення позитивних емоцій;
- 5) розвиток уміння чекати.

На даному етапі дитина стає більш активним учасником процесу, ініціатива з боку педагога зменшується, розповідаючи вірші він ініціює деякі рухи дитини, а інші виконує сам. Тут також переважають нескладні динамічні ігри напрямлені на розвиток навички наслідування, вони готують

до більш складних ігор, розвивають мовлення. Велику увагу тут приділяють спонуканню дитини до власної активності, запам'ятовування складних рухових програм. Заняття має бути сенсорно та емоційно насиченим, чому сприяють сенсорні ігри, як стимулюють органи чуття дітей та викликають позитивні емоції. Це можуть бути дотикові ігри, роздивляння цікавих предметів, баночки з різними ароматами. Сенсорні ігри допомагають піднімати емоційний тонус дитини, вона бачить емоційну реакцію її однолітків і ти самим, набуває комунікативних навичок. Наприклад, можна запропонувати дітям пограти з мильними бульбашками - яскраві, різної форми кульки, які видуває педагог зацікавлять дитину. На даному етапі можна надавати дітям більше безпосередньої участі у процесі гри, наприклад не тільки ловити мильні бульбашки, які видуває педагог, а й спробувати самим. Також розвиває вміння очікувати своєї черги.

Третій етап – у грі з'являються правила – вказівки педагога, щодо процесу гри.

Завдання етапу:

- 1) навчити дитину розуміти та виконувати правила гри;
- 2) збільшення взаємодії між учасниками гри;
- 3) вироблення навичок регулювання власної поведінки;
- 4) розширення обізнаності дитини у правилах гри, введення рольових ігор.

Вводяться ігри також на взаємодію між учасниками, що сприяє кращому комунікативному та емоційному контакту, формує інтерес до взаємодії. Перші та найпростіші правила – дочекатись своєї черги у почерговому виконанні певної дії, наприклад перекотування або перекидування м'яча по колу. Дитині не завжди зразу вдається вловити суть правила, але з багаторазовим повторенням дитина втягується у процес. У дитини з'являються нові навички у регулюванні власної поведінки, що розвиваються, стежачи за вказівками дорослого та за процесом і правилами гри. Складнішим типом ігор є рольові ігри за правилами, де дитина виконує певну роль, має свої правила, а не тільки слідує за виконанням правил гри та вказівками, може виступати і ведучим гри. Наприклад, гра «Морська фігура» у якій ведучий, промовляє слова повернувшись спиною, після яких, повертається і учасники повинні завмерти на місці. Дитина спостерігаючи за іншими швидше зрозуміє правила і буде їх виконувати, в результаті сам може стати ведучим і контролювати гру.

Четвертий етап – етап введення сюжетно-рольової гри.

Завдання етапу:

- 1) сприяння виявленню ініціативи у грі дитини;

- 2) надання більшої свободи вибору змісту гри та задіяності у грі без допомоги з боку дорослої людини;
- 3) підвищення комунікативних навичок, шляхом більшої взаємодії з іншими дітьми, що приймають участь у грі;
- 4) введення на заняттях сюжетно-рольових ігор;
- 5) розвиток власного «Я» у дитини;
- 6) розвиток навичок вербального спілкування.

Етап, на якому діти вже знаючи зміст ігор та їх порядок, можуть проявляти ініціативу і пропонувати ігри, в які вони хочуть грати, та можливі варіанти зміни знайомих ігор та завдань. Тут участь у процесі гри дорослих повинна мінімізуватися. Таким чином, змінюється складність ігор, завдань, а відповідно і тривалість заняття. Заняття перетворюються на цікаве середовище, через більшу активність дітей у грі з'являється можливість обговорювати певні питання, більше взаємодіяти. Головним елементом четвертого етапу є наявність сюжетно-рольових ігор. Дитина з РАС вчиться реагувати на звернення, проявляти ініціативу, встановлювати зорові контакти (хоча б і не довгі). Стаючи ведучим дитина опиняється у центрі уваги і має виявити себе, тобто у неї розвивається і поняття про власне «Я». У рольових іграх сюжет та правила прості, але сюжет емоційно насичений. Ролі у іграх прості – кинути комусь м'яч, заховати чи знайти у когось захований предмет тощо. Як приклад, можна привести гру «Кіт та миша», в якій дитина може приміряти на себе одну з двох головних ролей – kota або миші, і наздоганяти, або втікати від учасника гри. Ці ігри вводяться поступово з урахуванням емоційної готовності дітей до соціальної взаємодії. Якщо дітям складно, то втручається педагог, який пропонує їм різні форми ігрової взаємодії, з якими вони вже ознайомлені. Також розвивається тактильна взаємодія через передавання чи інші способи. Також дитина засвоює вербальне спілкування – розвиває мовлення. Також дітей можна групувати для вирішення колективного завдання [1].

Завдяки переліченим рівням, ми маємо змогу надати дитині якісну корекційно-розвиваючу допомогу, адже ми розвиваємо у дитини з розладом спектру аутизму надзвичайно необхідні їй комунікативні навички.

Висновки. Ігрова діяльність є важливим видом діяльності не тільки для дітей з нормотиповим розвитком, а й для дітей, що мають розлади аутистичного спектру. Ігрова діяльність у дітей з РАС хоч і є специфічною та незвичною – стереотипні, повторювані маніпуляції з предметами, ритуальна, компульсивна поведінка, неконтактність, але її можна і треба використовувати як метод корекції під час корекційно-розвивальної роботи. Завдяки грі у дитини розвиваються вищі психічні функції – пам'ять,

мислення, увага; гра сприяє соціалізації дитини у суспільстві та прививає їй комунікативні навички.

Розглядаючи корекційну роботу з дітьми, що мають розлади спектру аутизму, варто відзначити види ігрової діяльності з цими дітьми: стереотипна гра, сенсорна гра, терапевтична гра, психодрама, метод спільного малювання; кожен із перелічених видів робить свій вплив на дитину та її розвиток в роботі з нею.

Також ми зазначили, що головною метою ігрової діяльності у процесі корекційної роботи з дітьми, що мають РАС, є набуття ними комунікативних навичок для успішної соціалізації у суспільстві.

У процесі корекційно-розвивальних занять з дитиною виділяють певні етапи на шляху корекції: налагодження контакту, наслідування, гра за правилами, сюжетно рольова гра.

При дотриманні цих етапів, ми маємо змогу успішно працювати з дитиною на заняттях, долучаючи її до спільної гри, розвиваємо у дитини різні вольові та комунікативні навички, поняття власного «Я», розвиваємо ігрові навички дитини – від звичайної стереотипної предметно-маніпулятивної гри – до сюжетно рольової.

Отже, у процесі корекційної роботи з дітьми що мають розлади спектру аутизму використання ігор є важливим елементом, що сприяє проведенню ефективної корекційно-розвиткової роботи.

Напрямок подальших досліджень: розробка видів ігор, які можна застосовувати у процесі корекційно-розвиткової роботи з дітьми, що мають розлади спектру аутизму.

Список літературних джерел

1. . Євдокимова Н.О, Чеканова О.С. Особливості ігрової діяльності дітей з аутизмом – URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v10/i34/13.pdf>
2. 5 міфів про аутизм – URL: <https://moz.gov.ua/article/health/5-mifiv-pro-autizm>
3. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму: Монографія. – К.: Видавництво “Фенікс”, 2010. – 320 с.
4. Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник / І. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / за ред. Сухіної І.В. – Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. – 192 с.
5. Выготский Л. С. Психология развития ребенка. — М: Изд-во Смысл, Изд-во Эксмо, 2004. — 512с. (Серия «Библиотека всемирной психологии»)
6. Гринченко И.С. Игра в теории, обучении, воспитании и коррекционной работе. Учебно-методическое пособие – М.: «ЦГЛ», 2002. - 80 с.
7. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия.
https://zhuravushka86.ru/sites/default/files/igry_s_autichnym_rebenkom_e.a._yanushko.pdf

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

(м. Ужгород, Україна)

**ОСНОВНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В
ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ РУМУНІЇ**

**THE SPECIFICS OF THE IMPLEMENTATION OF INCLUSIVE
EDUCATION IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN ROMANIA**

Грин Августина-Марія,

студентка 2 курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта

(Олігофренопедагогіка. Здоров'я людини)

Науковий керівник: кандидат педагогічних наук, доцент **Кляп М.І.**

Hryn Avhustyna – Mariia,

bachelor 2nd year, specialty 016 "Special Education"

Scientific adviser: associate professor **Klyap Marianna Ivanivna**

Резюме. У статті детально проаналізовано досвід запровадження і реалізації інклюзивних підходів у системі освіти Румунії, вказано на суттєві відмінності інклюзивного навчання в Румунії від досвіду України. Описано можливості використання грантової підтримки з країн Євросоюзу для удосконалення навчально-корекційної роботи у закладах з інклюзивним навчанням. Ґрунтовно розкрито шляхи використання інклюзивного навчання для покращення надання освітніх послуг дітям із соціально вразливих груп, окремих національних спільнот та із психофізичними порушеннями. Підкреслено можливість використання деяких аспектів досвіду інклюзії в Румунії в українській освіті.

Ключові слова: інклюзивна освіта в Румунії, інклюзивне освітнє середовище, діти із соціально вразливих груп, діти ромської народності, діти із психофізичними порушеннями.

Abstract. The article analyzes in detail the experience of introduction and implementation of inclusive approaches in the educational system of Romania, points out the significant differences between inclusive education in Romania from the experience of Ukraine. The possibilities of using grant support from EU countries to improve educational and correctional work in institutions with inclusive education are described. The ways of using inclusive education to improve the provision of educational services to children from socially vulnerable groups, individual national communities and people with mental and physical disabilities have been thoroughly revealed. The possibility of using some aspects of the experience of inclusion in Romania in Ukrainian education is emphasized.

Key words: inclusive education in Romania, inclusive educational environment, children from socially vulnerable groups, children of Roma nationality, children with psychophysical disorders.

Вступ. Реалізація в сучасному суспільстві ідеї гідності та цінності особистості, принципу гуманістичного підходу до осіб з порушеннями психофізичного розвитку в повній мірі реалізується й в освітній галузі. Оновлене освітнє законодавство України, концепція «Нова українська школа» захищають право дітей з особливими освітніми потребами на здобуття якісної освіти поблизу місця проживання в колі своїх здорових однолітків у формі інклюзивного навчання. Основна ідея інклюзивної освіти полягає в реалізації принципу: від інтегрування в школі – до інтегрування у суспільство. Спільне навчання має не лише гарантувати право дитини з порушеннями психофізичного розвитку не бути ізольованою від інших, а й сприяти її соціалізації шляхом розвитку навичок спілкування та взаємодії в колективі ровесників. Необхідним є долучення кожної дитини до освітнього процесу без будь-якої дискримінації, тому інклюзивне навчання – це підхід до організації доступу до освіти, що базується на принципах дотримання прав людини. У цій важливій роботі українські педагоги враховують досвід своїх європейських колег, які почали раніше реалізовувати інклюзивні підходи в освіті.

Теоретичне підґрунтя дослідження. Питання впровадження інклюзії в закладах освіти висвітлюються у працях вітчизняних науковців Е. Данілавичюте, А. Колупаєвої, С. Миронової, І. Луценко, В. Синьова, М. Шеремет та інших, окремі праці присвячені розгляду питань впровадження інклюзивних підходів в освіті ряду зарубіжних країн (Д. Аль-Камізі, Д. Шульженко та ін.). Досвід Румунії в питаннях реалізації інклюзивного навчання ще не був докладно проаналізований.

Мета дослідження: дослідити окремі аспекти реалізації інклюзивного підходу в закладах освіти Румунії.

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

Результати дослідження. Процес впровадження інклюзивної освіти в Румунії розпочався в кінці 1980-х рр. В цій країні поняття інклюзії має свій певний аспект, що бере свою основу з Саламанської декларації та пункту 3 Загальних рамок дій щодо осіб з особливими потребами, на які спирається румунське законодавство: «Загальноосвітні навчальні заклади повинні приймати всіх дітей, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних, соціальних, емоційних, мовних аспектів. У такому випадку інклюзивний освітній процес однаково має поширюватись, як на обдарованих, так і на дітей з обмеженими можливостями, на безхатченків і дітей емігрантів, на

тих, що належать до мовних, етнічних чи культурних меншин та дітей з неблагополучних або маргінальних районів чи груп»[1].

Доступно і зрозуміло передає сутність цього аспекту і вислів Катерини Врешмаш, професора, доктора наук у галузі психології та логопедії: «Коли мова йде про інклюзивну освіту ми передусім думаємо про особин з особливими освітніми потребами. Але це помилково. Оскільки інклюзія має уникати будь-якої форми поділу дітей. Деякі діти потребують підтримки, тому що мають певні особливості, стилі навчання та ритми розвитку, які відрізняють їх від інших» [2].

У Румунії фундаментальним принципом інклюзивного навчання є те, що всі діти повинні навчатися разом, всюди, де можливо реалізувати цей процес, і що відмінності, які можуть існувати між ними, або труднощі, в яких вони можуть опинитися, не мають ніяким чином розділяти дітей. Ефективна реалізація цього принципу можлива за допомогою адекватної навчальної програми, належної організації освітнього процесу, де беруться до уваги особливості дитини, використання сучасних методів навчання, які базуються на тенденціях розвитку теперішнього суспільства, спиратися, на скільки це можливо, і на партнерські відносини з батьками і громадами. Повинна бути безперервна підтримка та надання послуг, які необхідні для задоволення особливих потреб, наявних у кожному освітньому закладі.

Тож можемо сказати, що притаманна для України інклюзивна освіта, є лише складовим компонентом інклюзії в Румунії. В цій країні інклюзивна освіта спрямована на подолання дискримінації певних народностей, надання рівних умов всім дітям, не зважаючи на їхній соціальний статус, створення можливостей для розвитку осіб з особливими потребами.

Складові компоненти інклюзії в Румунії:

- ✓ Інклюзивне навчання для дітей з малозабезпечених сімей;
- ✓ Інклюзивне навчання для ромів;
- ✓ Інклюзивне навчання для осіб з особливими освітніми потребами.

Як і інші європейські країни, Румунія стикається з феноменом дострокового покидання школи окремими категоріями учнів, але на відміну від загальної тенденції ЄС, у Румунії вона продовжує зростати, досягнувши 19,1%, що значно перевищує середній показник по ЄС (11%) [3]. Таке підвищення відсотку пояснюється тим, що переважна кількість дітей належить до малозабезпечених сімей, особливо тих, хто живуть у гірських регіонах, і тому не мають змогу відвідувати школу.

Щоб знизити вище зазначений коефіцієнт, у 2015 в країні була прийнята “Стратегія щодо скорочення раннього покидання освітнього процесу”. Цей програмний документ був затверджений урядом Румунії, і

містить механізми та заходи, які мали бути впроваджені до 2020 року. На освітньому рівні також були опрацьовані численні національні стратегії, в яких передбачаються цілі, викладені і в стратегіях ЄС, а саме:

- зменшення завчасного покидання освітнього процесу (максимум 11,3% до 2020 року)
- збільшення відсоткового коефіцієнту дітей, що знаходяться на дошкільному рівні навчання (принаймні 95% дітей у віці від 4 до віку для обов'язкового вступу до початкової школи мають відвідувати ЗДО);
- підвищити загальний показник освіченості учнів що навчаються в обов'язкових закладах освіти (відсоток людей у віці 15 років із низькими навичками читання, математики та точних наук має становити не більше 15%) [3].

У співвідношенні з державними стратегіями на території Румунії, а точніше у Баковському повіті з 2015 року діє спеціально створений проект «Pachetul educație incluzivă de calitate», який був ініційований ЮНІСЕФ разом з Міністерством національної освіти Румунії, місцевими органами влади та неурядовими організаціями, включаючи Центр освіти та професійного розвитку «Step by Step». Назва проекту перекладається як високоякісна інклюзивна освіта. Основні гранти отримуються від Представництва ЮНІСЕФ, з яким уклали партнерство на протязі 2014-2017, і Norway Grants [4].

Основною метою діяльності за цим проектом є впровадження якісного інклюзивного навчання для дітей з малозабезпечених сімей, особливо для тих, що живуть у гірських регіонах. У даному проекті беруть участь 51 шкільна установа, як сільського так і міського типу, що мають на меті підвищити відсоток дітей, які регулярно відвідують школу; знизити рівень неосвіченості; налагодити взаємовідносини педагогів з вихованцям; змінити менталітет населення та залучити до освітнього процесу батьків вихованців.

Конкретно перед даним проектом поставлені певні завдання:

- покращення спроможності керівництва школи та вчителів підтримувати кожну дитину відповідно до її потреб;
- упровадження в закладі освіти більш ефективних методів навчання та забезпечення дидактичним матеріалом;
- підвищення самооцінки та освітніх прагнень дітей; налагодження зв'язку між батьками та педагогічним колективом;
- формування у населення позитивного ставлення до отримання освіти та пояснення її важливості у подальшому житті.

Цей проект отримує регулярну щорічний мікрогрант в розмірі від 5000 - 10000 лей на кожний навчальний заклад. До нього залучаються

волонтери, які проводять майстер-класи для вчителів і дітей, тренінги для батьків, а вчителі відвідують спеціальні курси, де приймають досвід закордонних фахівців.

Відповідно до проведеного аналізу досягнень, отриманих у повіті Бакоу, ЮНІСЕФ пропонує, щоб пакет якісної інклюзивної освіти був доступний по всій країні, а саме: діти стали більш зацікавленими стосовно процесу навчання; 83% дітей, які знаходились у групі ризику, продовжують навчання; 67% з них покращили свою участь у шкільній діяльності; а 53% покращили свої результати, згідно з середньостатистичною оцінкою [4].

Становище ромських дітей в Румунії було і є, як зазначається в численних документах, тривожне. Причиною слугує відношення до однієї з найбільш дискримінованих меншин. Беручи в увагу дану ситуацію, Комітет ООН з прав дитини висловив стурбованість у зв'язку з низкою правових порушень стосовно ромів:

- недосконала інфраструктура дитячих садків та дошкільних заходів для дітей ромської частини населення, які в основному є організовані громадськими організаціями;
- низький рівень навчання дітей-ромів у закладах дошкільної та початкової освіти;
- наявність форм шкільної сегрегації та зарахування цих дітей, не зважаючи на їх інтелектуальний, психічний і фізичний розвиток, до спеціальних шкіл. Це пов'язано з тим, що ромська сім'я не покриває витрати на навчання [5].

Для запуску процесу інтеграції даної меншини було створено спеціальну законодавчу базу і освітню політику залучення ромів до системи освіти та надання доступу до якісного навчання. Стартом став вступ Румунії до Європейського Союзу, адже саме ця подія привела до прийняття міжнародного законодавства «Про заборону дискримінації та сегрегація дітей у школах». Національне законодавство узгодило імплементацією Директиви щодо принципів рівності між особами, незалежно від расового чи етнічного походження 2000/43 пункт. Румунія стала співучасницею таких подій, як:

- Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації починаючи з 1970 р.
- Конвенції про права дитини (1990 р.)
- Конвенція проти дискримінації в освітній сфері (1964).

Крім того, румунська держава перейняла деякі рекомендації від Європейської ради міністрів стосовно реалізації інклюзивної освіти, що особливо стосується представників ромської меншини.

- CM Rec (2000) про освіту ромських дітей у Європі
- CM Rec (2009) про освіту ромів та Travellers у Європі

На національному рівні були прийняті:

- Закон про освіту № 1/2011 – який регулює функціонування румунської освіти;
- Стратегія румунського уряду стосовно громадян Румунії, що належать до ромської меншини, на період 2014-2020 років, і слугує інструментом, який встановлює:

а) заходи та показники для покращення доступу ромських дітей до навчального процесу;

б) десегрегація шкіл, де є велика кількість учнів-ромів.

Існує низка важливих розпоряджень Міністерства освіти і наукових досліджень Румунії, які були сформульовані протягом багатьох років стосовно необхідних заходів для покращення освіти ромських дітей та усунення дискримінації та сегрегації дітей у школах:

- Урядова постанова 137/2000 про запобігання та заборона всіх форм дискримінації;
- Розпорядження 1540/2007 р. «Про заборону шкільної сегрегації та затвердження Методології ліквідації та запобігання сегрегації, спрямовану на ромських дітей»;
- Наказ 1529/2007 р про розробку питань різноманітності в національній навчальній програмі;
- GD 417/2015 - Стратегія щодо раннього покидання школи;
- Наказ 6134/2016 р. про заборону дискримінації в школах [5].

Для реалізації інклюзивного навчання ромів було прийнято низку проектів та стратегій. «Стратегія щодо ромів» була прийнята 25 квітня 2001 року та доповнена рішенням уряду №522/19 від квітня 2006 р. Мета стратегії полягає в тому, щоб значно покращити становище ромів, сприяти заходам соціальної інтеграції. Зазначений документ також стосується освіти для ромів. Основні проблеми, які є визначені Урядом, були зазначені в цьому документі:

- Тенденція створення окремих класів для дітей ромського походження;
- Незалучення представників ромських громад до програм відновлення шкіл;
- Відсутність житлових умов та належної інфраструктури для ромів;
- Велика кількість безробітних серед цієї етнічної групи;

- Відсутність курсів професійної підготовки до навчання для ромів;
- Низький рівень участі в шкільній діяльності та раннє покидання навчальних закладів осіб даної народності.

«Стратегія щодо ромів» включає шість основних напрямів, один з яких присвячений захисту дітей, освіти та культури. Цей напрям охоплює:

- працевлаштування ромів з необхідною підготовкою та рівнем знань в установах, що надають допомогу дітям;
- покращення доступу до якісної освіти як на дошкільному, так і на шкільному рівні;
- надання можливостей молодим ромам, отримувати середню та вищу освіту.
- коректна організація шкільної програми для створення сприятливого клімату інтеграції в шкільний соціум груп із неблагополучним становищем, включаючи ромів.

У період з 2005 по 2015 рік Румунія брала участь у проєкті «Інклюзивна декада», програму якого розробляли 11 європейських держав (не всі члени ЄС). Метою було працювати над усуненням дискримінації та зменшення неприйнятних розбіжностей між ромським населенням та рештою суспільства. Проєкт був розроблений у співпраці з:

- Організацією Об'єднаних Націй;
- Європейською Комісією;
- Світовим банком;
- Open Society Foundation;
- неурядовими організаціями ромів (European Roma Rights Center sau International Romani Union).

Під час «Декади», було створено Фонд освіти ромів (REF [Roma Education Fund]), який відігравав головну роль у наданні коштів, що не підлягають відшкодуванню засновникам гранту, і спрямовані на реалізацію та підтримку програм та проєктів щодо підвищення рівня освіти ромів.

Як складову частину цієї платформи Уряд Румунії перейняв цілі Декади, зокрема щодо освіти, а саме:

- підвищення якості освіти;
- зростання відсотку ромських дітей у дошкільній освіті (на 5 % щороку);
- підвищення відсотка випусників ромської етнічності на рівні середньої освіти (I-X класи);
- збільшення участі ромських дітей у середній та вищій освіті (щонайменше 5 % щороку);

- досягнення інтеграції та десегрегації;
- цінування та збереження культурної спадщини ромів (викладання на рідній мові, навчальна програма має бути доповнена елементами історії та культури ромської народності);
- створення партнерських відносин між школою та ромською громадою;

Міністерство освіти Румунії також продовжило впровадження стратегічних заходів та програм для молодих ромів і ромів-вчителів, які розпочалися у 1990 -х роках, з ініціативи інспектора Георге Сарау, професора ромської мови. Деякі з них були здійснені у партнерстві з громадськими організаціями, які надали кошти. Інші були організовані за рахунок державного або міжурядового фінансування. Ці програми включають:

- програму «Дошкільне та шкільне харчування», яка вона спрямована на забезпечення «символічним обідом» для всіх дітей у дитячих садах та школах (принаймні до четвертого класу). Цей захід вважається необхідним, оскільки багато дітей, особливо роми, не відвідують школу через злидні. І наявність такої опції, звернуло би увагу як батьків, так і дітей, таким чином збільшився відсоток відвідування дітей у школі;

- резервні місця для студентів-ромів в університетах, починаючи з навчального року 1993-1994 рр. - спочатку у сфері соціальної допомоги, потім і в ряді інших спеціальностей, включаючи правознавство, соціологію, державне управління, журналістику, політологію, театральне мистецтво і психологію [6].

Після 2000 року Міністерство освіти Румунії продовжувало виділяти спеціальні місця для ромської молоді, які мали повну середню освіту для вступу у ліцеї і школа декоративно-прикладного мистецтва. У 2003-2004 навчальному році було виділено 1918 місць.

З 2004 р. Міністерство освіти Румунії разом із громадською організацією Save the Children ініціювали проект «Багаторічна навчальна програма» для викладачів не ромського походження, які працюватимуть із студентами та дітьми ромського походження. За цією програмою 450 педагогічних колективів в Румунії отримали користь від навчання у сфері культурної специфіки ромських громад.

Програма "Другий шанс", ініціатором якої є Освітній центр 2000+, розпочалася у 2000 році як пілотна програма, спрямована на запобігання соціальній та професійній ізоляції молодих людей з дуже бідних сімей, які покинули школу без мінімальних навичок для працевлаштування. Програма була реалізована у 11 школах з 350 учнями.

Програма Phare є основним каналом отримання коштів з країн ЄС та включає 4 проекти, які спрямовані на покращення адміністративного устрою та навчальної сфери життя ромів.

На даний момент інклюзивне навчання ромів в країні реалізується завдяки проекту «Pachetul educație incluzivă de calitate» [6].

Інклюзивне навчання для дітей з особливими освітніми потребами (далі діти з ООП). Політика держави, різні наукові дослідження і практика впровадження інклюзивної освіти дітей з ООП в мейнстрімінгових (пріоритетних) школах, а також їх участь в суспільному житті - це один із визначальних напрямків в румунській освітній системі. В певний період лише невелика частина таких дітей в Румунії могла відвідувати навчальні заклади спільно з іншими учнями, більшість з них навчалось окремо в спеціальних навчальних закладах. Але з моменту вступу Румунії в ЄС ситуація почала поліпшуватись. Лише за 20 років Румунія пройшла шлях реалізації інклюзивної освіти, який заслуговує на увагу. Міжнародна організація ЮНІСЕФ спільно з Міністерством освіти Румунії з 1993 р розвиває практику інтеграції в освіті, здійснюється підготовка педагогів до роботи з особами з ООП та з інвалідністю.

З початку запровадження інклюзивної освіти в Румунії законодавча база щодо інклюзивної освіти поповнилась низькою документів а саме:

- стаття 46 Конституції Румунії, в якій зазначено, що людині з інвалідністю держава зобов'язана надати повноцінний соціальний захист, забезпечувати реалізацію національної політики профілактики, лікування, реабілітації, навчання, інтеграції, а також урахувувати права осіб з ООП, їхніх батьків чи опікунів;

- Закон про освіту № 84/1995 з поточними змінами та доповненнями, передбачає правову структуру спеціальної освіти в Румунії. VI розділ під назвою «Спеціальна освіта», в особливості статті 41-46 узгоджують навчальний процес дітей / студентів з особливими потребами. Стаття 41 зазначає, що відповідальним за реалізацію інклюзивної освіти є Міністерство освіти та наукових досліджень, інклюзія поширюється на дітей з розумовими, фізичними, сенсорними, мовними, соціально-афективними та поведінковими вадами, і головне її завдання полягає у забезпечені цієї групи осіб якісним навчанням та соціальною інтеграцією. В статтях 42-46 затверджується тривалість обов'язкової спеціальної освіти (яка становить 10 або 11 років, залежно від випадку), структуру та зміст інклюзивної освіти (навчальні програми, підручники, методики навчання, освітні альтернативи тощо);

- Закон про статус викладацького складу №. 128/1997, а саме статті 5, 7 та 43 посилаються на критерії, умови та способи стандартизації та оформлення викладацького складу в освітніх закладах, де навчаються діти з ООП;

- Положення про організацію та функціонування навчального процесу в загальноосвітніх закладах (наказ міністра № 4747/2001) у розділі VIII «Про інклюзивну освіту» розглядає питання інтеграції дітей / учнів з легкими та помірними розумовими вадами у загальноосвітній школі. У статті 140 (1) цього наказу зазначено, що діти з легкими та помірними розумовими вадами ... мають бути інтегровані в масові школи близькі до місця їхнього проживання [7].

Після Саламанської конференції в Румунії в 1994 р були запущені нові проекти щодо інклюзивної освіти. Один з них RENINCO (Національна мережа інформації і співпраці для інтеграції в суспільство дітей з ООП) стартував в 1994 році і сприяє створенню мережі інформаційних агентств допомоги дітям з ООП. Ці інформаційні агентства надають ранню допомогу сім'ям, інформують їх про освітні установи з інклюзивної орієнтацією, спеціальні програми та заходи. Інший проект Tempus реалізується за підтримки західних університетів. Він спрямований на розробку програм підвищення кваліфікації педагогів, планів з управління та підтримки інклюзивної освіти. Чотири великих університети Румунії (в містах Бухарест, Клуж, Ясси і Тіміш), а також державні школи приймають участь в роботі цих проектів.

Румунські вчені (V. C. Blândul, A. Bradea) зауважили, що суспільство все ще схильне до сегрегаційного підходу здобуття освіти дітьми з ООП. У Румунії, як і в Україні, також гостро стоїть проблема підготовки педагогів із спеціальної/інклюзивної освіти. Тому в Румунії був розроблений «Національний план щодо освіти дітей з обмеженими можливостями здоров'я», який створює нові програми навчання педагогів, збільшує рівень обізнаності батьків і громадськості про позитивні ефекти інклюзивної освіти.

Спеціальна освіта впроваджена на всіх освітніх рівнях, а саме в дошкільних закладах, початкових школах, середніх загальноосвітніх школах, ліцеях, професійно-технічних училищах, школах мистецтва, коледжах, щоденних освітніх центрах, що надають педагогічну підтримку. В школах, де навчаються вихованці з ООП, які відносяться до національних меншин, освітній процес здійснюється їхньою рідною мовою.

У освітній системі Румунії інтеграція дітей з особливими освітніми потребами до загальноосвітніх шкіл може реалізуватися у кількох формах:

в компактних класах, у групі, що складається з 3-4 дітей із ООП, які є інтегровані у масові школи. Але найбільш поширеною формою інтеграції є індивідуальна інтеграція до звичайних класів у масових школах, розташовані близько до місця проживання. Але на думку румунських фахівців така інтеграція - це скоріш фізичне, а не реальне інтегрування. Адже брак спеціалістів, повністю не скореговане ставлення населення до таких людей, гальмує цей процес. Щоб перейти на новіший рівень інклюзивного навчання, було реалізовано наступні проекти:

- ✓ Проект Phare Twinning Light «Доступна освіта для соціальних груп з особливими потребами - з фокусування на дітей з ООП»;

- ✓ Проект "Громадська діяльність";

- ✓ Національна програма "Разом, в одній школі" [7].

Притаманним для румунської інклюзії є розподіл дітей, який відбувається після діагностики і визначення рівня складності порушення. У загальному дитину з легким чи помірним ступенем порушення направляють у масову школу, а дітей з глибоким рівнем ураження направляють у спеціальні школи. Особливу категорію становлять діти з сенсорними або руховими порушеннями, які, хоч і відвідують спеціальні установи, при цьому саме навчання у них проводиться за освітньою програмою звичайної школи.

У Румунії є наявні і спеціальні школи, освітній процес в яких подібний до того, що проводиться у загальноосвітніх, але має ряд відмінностей, що і зазначає його специфічність. У спеціальних школах здійснюються певні види обов'язкової діяльності, наприклад навчально-виховна діяльність, що здійснюється вчителями-дефектологами у першій частині дня, має корекційний та реабілітаційний характер, у другій половині дня проводяться заняття з психологами і терапевтами. Кількість учнів класу різниться залежно від ступеня порушення: 8-12 дітей з помірними вадами розвитку, 4-6 дітей з важкими вадами розвитку. Бувають також ситуації, коли група складається з чотирьох або менше учнів з глибокими та супутніми вадами розвитку.

Випускники спеціальних шкіл з сенсорними порушеннями мають право проходити державний іспит, подібний до українського зовнішнього незалежного оцінювання, наприкінці навчання разом із звичайними школярами, з цього приводу вони користуються рядом додаткових правил, що забезпечують доступність складання іспиту (подовження тривалості іспиту на 1 годину, застосування збільшеного шрифту, можливість писати шрифтом Брайля тощо).

Професійно-технічні училища мають подібну до шкільної програму. Кваліфікація в тій чи іншій професії здобувається так само, як і в системі звичайної освіти. Для учнів з сенсорними та руховими вадами існують ліцеї і коледжі, де вони можуть продовжити навчання. Доступ цієї молоді до вищої освіти також обмежується шляхом складання державного іспиту.

В інклюзивній освіті навчальна програма має таку саму структуру, що й у звичній тільки під час її розроблення ураховуються тип та ступінь порушення, теж саме відноситься і до підручників. У спеціальних школах для дітей з ООП, що мають сенсорні або рухові порушення є можливість проведення навчального процесу за спеціальним планом або згідно зі звичайним шкільним, який доповнюється конкретними методами реабілітації та корекції.

Навчальна програма для дітей з важким або глибокими супутніми порушеннями розвитку передбачає 5-7 годин занять в галузях:

- мова та спілкування (наприклад, стимуляція мовних знань та їх та корекція), що реалізується з другого до десятого класу;

- науки та пізнання навколишнього середовища, до якої відноситься: сенсорно-моторна освіта, знання навколишнього середовища, знання про світ, знання про гігієну тіла;

- прикладна математика, виділяють 3-5 годин на тиждень з I класу до III класу, та 4-9 годин на тиждень з дев'ятого по десятий клас;

- музична освіта проводиться протягом 2 годин на тиждень з 1 по 10 клас;

- фізична культура проводиться протягом 3-4 годин на тиждень;

- дисципліни, які відносяться до галузі «Людина та суспільство», таких як релігія, моральна та громадянська освіта, елементи історії та географія Румунії відбувається протягом 1-4 годин на тиждень.

Загальна кількість годин для перших років навчання (I -III класи) коливаються між 17 і 21 на тиждень, у старших класах (IV – X класи), кількість навчальних годин досягає 22-30 годин на тиждень.

Консультації проводяться протягом усього року, їм відводять 1 годину на тиждень. Складні інтегровані освітні терапії, така як: Формування особистої автономії, Трудова терапія, когнітивна та ігрова терапія, займають 20 годин на тиждень, весь період навчання у школі (I - X класи). Діяльність у сфері спеціальної терапії така як корекція у сфері мовлення, зорового сприйняття, орієнтації у просторі, руху та сприйняття, зменшуються в кількості від 8 годин на тиждень у I-IV класах, до 4 годин у IX - X класах.

У професійно-технічних училищах, де впроваджена інклюзивна освіта, на рівні 9 - 10 класів, програма включає курси з румунської мови та

літератури, математики, фізики та хімії, наявні і елементи біології. Інші дисципліни такі як історія, географія, релігія, підприємницька освіта, мистецтво та фізична культура теж є наявними в навчальному плані. Включені навіть інформаційні технології.

Навчальна програма включає 6-7 годин румунської мови відповідно: читання-письмо-спілкування та додаткову годину для мовної стимуляції та корекції, а саме: лабораторне читання, мова/ письмо Брайля. Знанням про навколишнє середовище приділяють одну годину в 5 класі, а в 6 - 8 класах їх вивчають послідовно, приділяючи одну годину на тиждень вивченню елементам ботаніки, екології, зоології, анатомії та гігієни людини. Викладають математику 3-4 рази на тиждень протягом усього навчання.

У галузі "Людина і суспільство" щорічно виділяється один урок моральної та громадянської освіти з третього по дев'ятий класи, а на релігію виділяється одна година на тиждень щорічно. Історії та географії виділили по одній годині щотижнево з 5 по 9 клас. Мистецтву виділяють дві години на тиждень, як для образотворчого мистецтва, так і для музичної освіти. Також передбачено дві години на тиждень протягом року навчання для фізичної культури та спорту. Виділено одну годину консультацій на тиждень, яка приділена для всіх класів [7].

Освітня програма Румунії розвивається у напрямку подолання відмінностей і прогалів, спрямована на їх компенсацію, щоб повністю інтегрувати дітей / учнів з ООП у спільноту. Але історично склалися дві фундаментальні моделі організації та навчання дітей з певними порушеннями.

Перша модель, заснована на відборі, відокремленні та сегрегації, виходить з тези про відмінності між дітьми. Відбір ґрунтується на таких критеріях, як вміння та успішність учнів. Основною соціально-педагогічною тезою цієї моделі є адаптація дитини в школі-інтернаті, і якщо вона не може задовольнити ті вимоги, її направляють у спеціальну школу. У Румунії традиційна система інклюзивної освіти організована на основі цієї моделі, що виходить з концепції недоліків. Лише діти з певною медичною та психо-педагогічною діагностикою мають доступ до спеціальні школи та служби підтримки (через асистента вчителя).

Друга модель базується на філософії віри у дитину та заохочення її на нові звершення. Основною соціально-педагогічною тезою є підлаштовування школи під дитину, відповідно, рівне ставлення до вихованців, засноване на педагогіці здоровій конкуренції і духу підтримки. Прийняття концепції про осіб з ООП сприяло зменшенню сегрегації, а також сприйняття відмінностей між людьми. Ця модель також пропагує

повагу до індивідуальних потреб в адаптації та розвитку особистості. Такий підхід спонукає до створення максимально гнучкого навчального плану, розвитку систем послуг, ефективної підтримки, яка буде адресована всім вихованцям, що мають труднощі на певному етапі навчання. Саме ця модель має змогу подолати модель елітарної школи, що являється дуже поширеною у даній країні, і, таким чином, може запобігти шкільній невдачі великої кількості дітей.

На основі вище зазначених моделей освіти формується одне з провідних завдань освіти Румунії - зменшення кількості спеціальних і елітарних шкіл. У результаті політики Міністерства освіти і наукових досліджень, починаючи з 1999 р., кількість дітей, що навчаються в спеціальних школах щороку зменшуються, а кількість дітей, що інтегрується в загальноосвітній курс, виросла. Крім того, у 18 округах 24 спеціальні школи були перетворені на масові школи з 408 класами та загальною кількістю в 5145 дітей, у тому числі дитячий садок, 10 професійно-технічних навчальних закладів, 11 шкіл V-VIII класів.

У даний час навчальні заклади в Румунії поступово відкривають свої двері і адаптують навчальний процес до інтеграції, розробляють програми партнерства і співпраці між школами з інклюзивним навчанням та засобами масової інформації, впроваджують інклюзивне навчання і мейнстрімінгові програми [7].

На світовому рівні Румунська інклюзія виділилась авторською терапією «ЗС». Терапія ЗС - це методика відновлення, яку дуже активно використовують в останні роки у корекційно-виховній роботі з дітьми – аутистами, її розробив тренер бойових мистецтв Пол Кожокару.

Терапія, як зазначив сам автор, стартує з оптимістичної ідеї про те, що у кожної дитини з розладами аутистичного спектру є потенціал. Як зазначив пан Кожокару: «Ми пропонуємо альтернативу, новий спосіб пробудити цей потенціал, повернути цю дитину до нормального життя або, принаймні, максимально наблизити її до нього» [8].

Великою перевагою даної спортивної терапії є те, що вона дешева і проста у застосуванні, не вимагає кваліфікованого персоналу, спеціалізованих дорогих навчальних матеріалів або певні приміщення, що й робить її загальнодоступною.

На сьогоднішній день ЗС –терапію пройшли приблизно 90 дітей з РАС у віці від 3 до 8 років, з яких у 90% випадків були досягнуті хороші результати. Успіх терапії ЗС залежить від віку дитини (чим вона молодша, тим краще), важливу роль грає і тип аутизму, який має суб'єкт. Результати з'являються швидше у тих дітей які мають функціональний або

високофункціональний аутизм. Однак у всіх без винятку випадках досягається прогрес.

Головною метою розробки ЗС –терапія є надання допомоги дітям з аутизмом, але її можна застосувати при різних типах психомоторної відсталості, пов'язаних з іншими розладами (наприклад, діти з синдромом Дауна), принципи однакові. Ця терапія доволі цікава і забезпечує достатню мотивацію для подальшого прогресу дитини. Вона будує у дитині адаптивну поведінку, засновану на психомоторних здібностях. Дитина навчиться правильно ходити, бігати, маніпулювати предметами, врівноважено ходити по бруску, свідомо змінювати напрямок руху. Дитина в ході занять починає усвідомлювати корисність вивчених рухів та їхню практичну цінність, почне усвідомлювати контекст і дійсність, де знаходяться, та присутність оточуючих. Терапія дасть їй змогу зрозуміти сутність дисципліни. Технологія ЗС-терапії дає дитині стартовий мінімум комунікативних та мовних навичок. Під час проходження даної терапії дитина набере сміливості, впевненості в собі, бажання відчувати щось нове. Вона відчує задоволення від успіху і у неї виникне бажання повторити це ще раз. Також дуже важливим є те, що набуті навички можливо буде використовувати і в повсякденному житті. Іншими словами, вихованець стане незалежним у психомоторному значенні.

Чого не може зробити ЗС -терапія?

Терапія ЗС не може замінити терапії, спрямовані на формування спеціалізованих навичок - такі, як АВА або логопедична терапія. Якщо дитина хоче освоїти мовлення, то їй доведеться попрацювати з логопедом. Данна терапія надасть їй навички координації, усвідомлення та концентрації. Терапія ЗС не може сформувати у дитини інших специфічних навичок, окрім тих, на які спрямовані вправи. Але, вона дасть підґрунтя, «вибудовуючи» у дитини впевненість у собі, мужність, бажання спробувати нові речі, а також розвине базові комунікативні навички та бажання взаємодіяти з іншими.

В чому полягає ЗС -терапія?

ЗС -терапія - це комплекс вправ, які розроблялись протягом трьох років методом "проб і помилок". Основою для вправ слугують прийоми з бойових мистецтв, які Пол Кожокару спростив і зробив більш доступними для цієї категорії дітей. Але практично можливо використовувати будь-які базові вправи запозичені з бойових мистецтв, і виконувати їх у поєднанні з використанням простих предметів - м'ячів, палиць, мисок. Усі вправи спрямовані на зосередження уваги та усвідомлення реального оточення.

Вони дублюються короткими командами, які надаються при виконанні кожної вправи.

Для кожної дитини необхідна присутність партнера - особи, яка буде допомагати дитині під час виконання вправ, переважно це може бути близька до дитини особа - батьки, родичі, друзі, волонтер -терапевт. Викладач має бути розміщеним обличчям до дитини, що буде виконувати вправи, і спостерігати за правильністю рухів. Партнер має бути розміщений біля дитини, щоб при необхідності підказати та опрацювати з нею деякі вправами.

Рекомендується, щоб програма терапевтичного сеансу тривала близько години - ця тривалість є оптимальною. Менша тривалість не дає достатньо часу для фіксації вправ, а під час довшої тривалості дитина втомлюється, і не зможе зосереджувати свою увагу. Загальний курс терапії триває 5 років. Ця терапія широко застосовується у Франції, Німеччині, Італії, Канаді та Україні [9].

Висновки: На основі аналізу науково-педагогічної інформації можна зробити наступні висновки:

- інклюзивна освіта в Румунії реалізується ширше, ніж в Україні, передбачаючи інтеграцію в освітні заклади не лише дітей з ООП, але й представників національних спільнот та певних соціальних верств;

- для впровадження інклюзивних підходів в закладах освіти Румунії активно використовуються проекти та грантові програми за підтримки ЄС;

- окремі аспекти реалізації інклюзивного навчання в Румунії можуть бути запозичені для практики роботи українських закладів освіти з інклюзивними класами/групами, зокрема співпраця закладів освіти з профільними університетами щодо підготовки фахівців та проведення наукових досліджень з інклюзивної освіти, активізація проектної діяльності.

При подальших дослідженнях цієї теми планується детальніше проаналізувати реалізацію інклюзивних підходів в окремих ланках системи освіти Румунії (в закладі дошкільної освіти, школі, ліцеї тощо).

Список використаної літератури:

1. Саламанська декларація. Про принципи, політику та практичну діяльність у галузі освіти осіб з особливими освітніми потребами. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_001-94#Text

2. Катерина Врашмаш. Введення в інклюзивну освіту/ Видавництво Credis, Бухарест, 2004. - 209 с. Ecaterina Vrășmaș., Introducere în educația cerințelor special, Editura Credis, București, 2004. – 209 s.

3. Високоякісна інклюзивна освіта – шлях до скорочення відсотку раннього покидання школи у Баковському повіті. Educație incluzivă de calitate – soluții posibile și intervenții de succes, pentru prevenirea abandonului școlar, în Bacău. URL: <https://cjrae-bacau.ro/wp-content/uploads/2020/10/CJRAE-partener-pachetul-QIE-UNICEF.pdf>

4. Високоякісна інклюзивна освіта. Pachetul educație incluzivă de calitate. URL: <https://www.unicef.org/romania/ro/pachetul-educație-incluzivă-de-calitate>

5. Включення до системи румунської освіти ромських дітей. Nediscriminare și incluziune în sistemul educațional românesc pentru copiii romi. URL: <https://www.dascalidedicati.ro/nediscriminare-si-incluziune-in-sistemul-educational-romanesc-pentru-copiii-romi/>

6. Рівноправний доступ ромів до якісної освіти. Надруковано в Клуж-Напоці, Румунія, травень 2007 р. Editura AMM srl Design & Layout by Q.E.D. Переклад румунською - Маріан Ковач. Acces egal la educație de calitate pentru romi. Raport de Monitorizare. Printed in Cluj-Napoca, Romania, Mai 2007 By Editura AMM srl Design & Layout by Q.E.D. Publishing Traducerea în limba română Marian Kovács. URL: https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/62751cdf-d887-456b-91ae-137801486e96/romania2_20070329_0.pdf

7. Політика реалізації інклюзивного навчання для дітей, що знаходяться в зоні ризику і для дітей з ООП. POLITICI IN EDUCAȚIE PENTRU ELEVII ÎN SITUAȚIE DE RISC ȘI PENTRU CEI CU DIZABILITĂȚI DIN EUROPA DE SUD ES ROMÂNIA. Publicată în original de către OECD, în limba engleză, cu titlul : Synthesis Report and Chapter 8 Romania in Education Policies for Students at Risk and those with Disabilities in South

Eastern Europe: BosniaHerzegovina, Bulgaria, Croatia, Kosovo, FYR of Macedonia, Moldova, Montenegro, Romania and Serbia. ©2007, Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (OECD), Paris. ©2007, Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (OECD), Paris pentru această versiune în limba română. URL: <https://www.oecd.org/countries/romania/38614298.pdf>

8. Интерв'ю Паула Кожокару. URL: <https://youtu.be/sW8a84W-ksQ>

9. 3C – терапия. Загальні поняття. URL: <https://ru.scribd.com/document/384292386/Ce-Este-Terapia-3C>

SÚČASNÉ PROBLÉMY RODINY PRI VÝCHOVE DETÍ

Current problems of the family in raising children

Miriama Mošková

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava, n. o., Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E-mail: miriamamoskova1@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: PhDr. Vladimír Noga

Abstrakt

Rodinu tvorí spoločenstvo ľudí žijúcich pod jednou strechou, ktorí spolu hospodária, dodržujú iste pravidlá, podliehajú jednej autorite a tvoria spoločnú výrobnú jednotku. Rodina je základom spoločnosti a ako celok predchádza štátu a spoločnosti. Je prirodzeným prostredím, nikdy nie je izolovaná od spoločnosti. Bakalárska práca sa zaoberá problémami rodiny pri výchove detí. Práca má teoretický charakter. V práci je charakterizované manželstvo, rodina, povinnosti muža a ženy z pohľadu výchovy, typy rodín. Predmetom sú súčasné problémy rodín a ich vplyv na výchovu detí, problemové správanie detí, závislosti detí, diaľková forma vyučoby-COVID 19 a rodina. Narušené sociálne pomery, vzťahy a interakcie v spoločnosti, teda i v rodine sa mnohokrát dajú riešiť prostredníctvom rozvíjajúcej sa sociálnej práce. Práve rodina je tou inštitúciou, ktorej pozornosť sa obracia na prostriedky a odborníkov z oblasti sociálnej práce.

Kľúčové slová

Manželstvo. Deti. Výchova. Problémy. Rodina.

Abstract

The family consists of a community of people living under one roof, who farm together, follow certain rules, are subject to one authority and form a common production unit. The family is the basis of society and as a whole precedes the state and society. It is a natural environment, it is never isolated from society. The bachelor thesis deals with the problems of the family in raising children. The work is theoretically character. The work characterizes marriage, family, types of families, duties of a man and women from the point of view of education. At the same time, the subject of interest is the problems of families and their influence on the upbringing of children, the problematic behavior of children, the dependence of children, the distance form of teaching covid-19 and the family. Disrupted social relationships, relationships and interactions in society, including the family,

can often be addressed through evolving social work. It is the family that is the institution whose attention is paid to resources and experts in the field of social work.

Keywords

Marriage. Children. Education. Problems. Family.

Úvod

„*Manželstvo a rodina tvoria jedno z najcennejších bohatstiev ľudstva*“ (Ján Pavol II)

Každý z nás pochádza z rodiny. Rodina je výsledkom krásnej lásky dvoch ľudí, manželov i rodičov zároveň. Každý sníva mať vlastnú veľkú rodinu, manžela a deti. Preto sa nás manželstvo, rodičovstvo dotýkajú a sú s nami späté. V každej rodine by sme mali rozvíjať vzťah k sebe samému, k ľuďom, s ktorými žijeme a stretávame sa. Hlavne by sme sa mali venovať vlastným deťom a ich potrebám, problémom. V manželstve predovšetkým láska spája muža a ženu, aby napĺňala svoj spoločný život. Sv. apoštol Pavol píše: „*Láska je trpezlivá, láska je dobrotivá, nezávidí, nevypína sa.... Všetko verí, všetko dúfa, všetko vydrží.*“ (1Kor 13, 4-7)

Vo svojej práci sa zameriavame v prvej kapitole na stručnú charakteristiku manželstva a rodiny, povinnosti muža a ženy z pohľadu výchovy. Úloha matky a otca pri výchove detí. Opisujeme typy rodinnej výchovy. V druhej kapitole rozoberáme výchovné problémy detí v rodine, problémové správanie detí, závislostí detí a všimneme si aj distančnú formu vzdelávania počas pandémie Covidu – 19 a rodina. Pandémia ovplyvnila všetkých vyše 988 tisíc žiakov a študentov na Slovensku (UNESCO,2020).V poslednej kapitole sa venujeme referátom poradenstva – psychologických služieb (RPPS) poskytujúce poradenstvo v oblasti výchovy. Sú to činnosti rôznych oblastiach. Výchovné opatrenia podľa Zákona 36/2005 §37 Z.Z. O Rodine v ktorom charakterizujeme zákon.

Charakteristika manželstva a rodiny

Manželstvo je zväzok muža a ženy, ktorý vzniká na základe ich dobrovoľného a slobodného rozhodnutia uzavrieť manželstvo, ale vzniká až vtedy, keď obaja spĺňajú podmienky, ktoré sú ustanovené v zákone o rodine. V tradičnom chápaní je najpodstatnejšou funkciou manželstva založenie rodiny a zabezpečenie riadnej výchovy detí (MSSR, 2014).

Rodina je prostriedkom väzby od minulosti, cez súčasnosť do budúcnosti, zaručuje prepojenie medzi pokoleniami, rozširuje kultúrne a sociálne hodnoty, a ak je optimálne v poriadku, vytvára jedinečné prostredie pre všetkých členov,

predovšetkým pre deti. Rodina je prvým modelom ľudského spolužitia, s ktorým dieťa prichádza do kontaktu. Formuje jeho vývoj, usmerňuje jeho životnú cestu, dieťa v nej má oporu, ale taktiež si buduje individuálnu odlišnosť. Ak je v rodine harmónia, blízkosť a bezpečie ľudí medzi ktorými sú pozitívne emocionálne putá, tak potom môžeme povedať, že ide o zdravú rodinu (Gabura,2012).

Rodina je teda inštitúcia, ktorá formuje kultúru, civilizáciu, ale aj spoločnosť. Tradičné heslo, že rodina je základom spoločnosti, má v každej spoločnosti odlišný význam. Vo všetkých známych spoločnostiach je rodina hlavným činiteľom socializácie, teda tvorby spoločnosti z nedospelých osôb, teda každá kultúra sa vyznačuje rozličnými prístupmi k výchove detí (Matoušek-Pazlarová,2010).

Prvky Božieho práva

V dnešnej dobe vnímame, že inštitúcia manželstva v Európe prežíva krízu. Vo viacerých európskych krajinách, ktoré boli donedávna veľmi kresťanské, sa v súčasnosti prijímajú civilné zákony o manželstve, ktoré sú mnohokrát v rozpore s prirodzeným právom. Pre súčasnú spoločnosť je typické, že hodnoty, ktoré vytvárali spoločnosť a mali kedysi presné a jasné pravidlá, sa teraz stávajú nejasnými a v praxi úplne miznú. Najviac to zasiahlo práve inštitúciu manželstva a rodiny, jej celivosť a neoddeliteľnosť. Od začiatku si cirkev uvedomovala podstatu prípravy na sviatočné manželstvo. Je presvedčená, že manželstvo nemá svoj počiatok v ľudskom dôvtipe, ale je potrebou jednoduchosti človeka pre jeho blaho. Boh je samotný autor tejto prirodzenosti, teda je autorom manželstva. Manželský zväzok muža a ženy je neoddeliteľný: „Čo Boh spojil, nech človek nerozlučuje.“

Prvky Božieho práva:

- Manželstvo sa môže zrodiť iba medzi mužom a ženou. Ján Zlatoústý nás ubezpečuje, že ak sa muž a žena spoja v manželstve, neformujú obraz niečoho pozemského, ale obraz jediného Boha.
- Je dôležité, aby bola uznaná „rovnaká dôstojnosť“, ako muža, tak aj ženy. Obaja majú rovnakú vážnosť-sú stvorení na Boží obraz.
- Manželstvo je hlboké spoločenstvo manželského života a lásky, samozrejme rozpráva o najužšom spojení osôb a činností a o vzájomnom sebadarovaní oboch osôb.
- Jedna z podstatných vlastností manželstva je jednota
- Nerozlučiteľnosť je ďalšia podstatná vlastnosť manželstva-manželstvo je nerozlučiteľné samozrejme okrem prípadu, keď jeden z manželov zomrie (Popovič, 2013).

Povinnosti muža a ženy v manželstve z pohľadu výchovy

Podľa tradičného modelu muža a ženy v rodine, prvoradou úlohou muža je užiť rodinu a ochraňovať ju, teda je úlohou živiťeľa rodiny a inštrumentálneho vodcu s dôrazom na súdržnosť a disciplínu vo vzťahoch. „*Prioritnou úlohou ženy v rodine je zodpovedná domáca pani, expresívneho a emocionálneho vodcu a zabezpečovateľa telesnej a emocionálnej integrity pre deti* (Minarovičová, K., 2018, s. 62).“

V dnešnej dobe majú rodina a rodinné prostredie obrovský vplyv na úplný psychický vývoj jedinca už od prenatálneho štádia. Ktorýkoľvek člen v rodine plní nejakú funkciu. Pochopiteľne, že na začiatku je to matka, ktorá sa zúčastňuje na vývine dieťaťa už v prenatálnom období, teda už počas tehotenstva. Matka prežíva intenzívne podnety, ako je radosť, smiech, plač, stres a to všetko s ňou prežíva aj jej dieťa. Matka je na svoju úlohu lepšie biologicky vybavená ako otec, je odolnejšia, zvláda nepohodu, stres a zo štatistík vieme, že sa dožíva vyššieho veku ako otec (Gabura, 2012).

Úloha otca prichádza neskôr, ako autorita a vzor u dieťaťa, výchovná funkcia, živiť rodiny a tiež emočná podpora manželky. Celková atmosféra v rodine sa opiera a silno formuje od rodiny ako celku, určite nie individuálne od každého člena. Obrovské nebezpečenstvo vo vývoji dieťaťa môže spôsobiť strata matky a jej neprítomnosť pri výchove dieťaťa, taktiež smrť jedného z rodičov, rozvodovosť, dieťa narodené mimo manželstva, dieťa odobraté zo starostlivosti rodičov, neúplne zloženie rodiny, adopcia a napodobne (Duľa, 2015).

Typy rodinnej výchovy

Dôležitosťou socializačného pôsobenia v rodine je bezpodmienečne výchová, cez ňu sa dieťa pripravuje na začlenenie do spoločnosti. Výchova v rodine má rôzne podoby, ktoré sa prejavujú celkovou interakciou a komunikáciou dospelých s dieťaťami, výberom metód, spôsobom využitia výchovných prostriedkov, vzájomných citovými vzťahmi, spôsobom, akým si kladú požiadavky a ako ich kontrolujú, a podobne (Mendelová, 2015). Z pohľadu vzdelávania je podstatné rozviť spôsoby a charakter výchovy dieťaťa v rodine. Každé dieťa má svoje potreby a požiadavky, ale mali by sa dostať do určitej zhody s potrebami rodičov, ktorí ich zabezpečujú, a tak by to malo platiť aj naopak. **V každodennom vzdelávaní medzi rodičom a dieťaťom je podstatné, aby kontakt medzi nimi bol citlivý, obojstranne prijímajúci osobnosť toho druhého, a samozrejme zachováajúci princípy ľudskosti.**

Autoritatívny výchovný štýl – rodič dáva do pozornosti svoje požiadavky, a tým pri pôsobení na dieťa vychádza zo svojich vlastných nárokov a potrieb. Požiadavky detí výrazne podriadiť svojim. Z uvedeného vyplýva, že rodič si

uplatňuje moc a formálne autoritu bez toho, aby akceptoval dieťa ako subjekt. Dieťa sa vždy podriaďuje, rodič ho ovláda a má ho neustále pod kontrolou. Kvôli tomu sa dieťa výrazne znižuje sebavedomie, sebahodnotenie a v neposlednom rade je zlé, ak dieťa stratí aj sebaistotu.

Liberárny výchovný štýl – v tomto štýle sa akceptujú a dávajú do pozornosti požiadavky a potreby dieťaťa. Ak rodič funguje v zmysle sebahodnotenia sa, tak to znamená, že svoju sebaistotu a celú svoju osobnosť podriaďuje dieťaťu. Toto je voľný štýl pôsobenia, v ktorom nie sú výrazné požiadavky na aktivitu a konanie dieťaťa. Zriedkavým prípadom tohto výchovného štýlu je rozmaznavajúca výchova, pri ktorej rodič podporuje dieťa v jeho detinskosti a správa sa k nemu ako k osobnosti bez duše.

Demokratický výchovný štýl – je typický tým, že sa zladujú požiadavky rodiča a dieťaťa, ako aj dynamiky ich vzájomné vzťahy. S jasným rešpektovaním oboch jednotlivcom ako sebarovných partnerov. V súvislosti s týmto výchovným štýlom rodič rešpektuje detské názory, postoje, predstavy o svete a v komunikácii a správaní ich tiež predpokladá (Mirka, 2020).

Zanedbávajúci výchovný štýl – rodičia až príliš veľa času trávia svojimi činnosťami, nemajú čas sa podieľať na živote svojich detí, nevidia o ne záujem, veľmi málo si všimajú názory alebo city svojich detí. Z toho dôvodu má dieťa náladové, neústredené, roztopašné správanie nemá záujem o školu, často chodí mimo školu a má tendenciu užívať drogy (Trabalíková-Macháčík-Zemančíková, 2014). Trávia čas mimo svojho domova a pohybujú sa v extérnych spoločenských situáciách, mnoho krát nevhodných a neprimeraných ich výchovnej úrovni (Mirka, 2020).

Základnou štruktúrnou jednotkou spoločnosti je rodina. Správna rodičovská výchova s náležitými štýlmi výchovy v rodine nepochybne ovplyvňuje nielen výchovu počas detstva, dospelovania, ale zostáva v živote detí aj v budúcnosti. Štýl výchovy významne ovplyvňuje vývin osobnosti vychovávaného (Trabalíková-Macháčík-Zemančíková, 2014).

Výchovné problémy detí v rodine

Pojem výchova je myslená rôzne – najčastejšie sa stretávame s tromi základnými pojmami výchovy, to je: 1. Zdôrazňuje sa vedúca úloha pedagóga alebo pedagogickej inštitúcie pri učení vychovávaného jednotlivca. 2. Dôraz sa kladie na rolu vychovávaného subjektu – ťažiskom výchovy je samotný vychovávaný. 3. Tretí prúd je ťažisko výchovy v interakcii pedagóga a vychovávaného (Trabalíková-Macháčík-Zemančíková, 2014).

Situácie a faktory, ktoré ovplyvňujú schopnosť rodičov postarať sa o svoje dieťa sú rozmanité. Významnú úlohu tu zohráva vlastná skúsenosť rodičov s výchovou

v ich detstve , ich osobná zrelosť, kvalita manželského, či partnerského vzťahu, schopnosť zvládať náročné situácie a prežívanie rodičovskej role (Fabian a kol,2014).

Príčiny, ktoré môžu vyvolať poruchy správania sú početné. V podstate môžu byť:

1.exogenného charakteru- strata jedného z rodičov, alkoholizmus, rozvod, kriminalita v rodine, partia kamarátov, presťahovanie sa, sociálne vzťahy v triede, zlá pripravenosť rodičov.

2. endogénneho charakteru- organické poškodenie mozgu, emocionálna labilita, disproporcie vo vývine intelektu.

3.kombinované- je to vplyv genetickej a biologickej dispozície , úroveň inteligencie a vplyv sociálneho prostredia (Fabian a kol,2014).

Problémové správanie detí

Najčastejšie poruchy správania detí podľa A.Traina sú:

➤ poruchy súvisiace s hyperaktivitou a neschopnosťou sa sústrediť, s asociálnym správaním a užívaním návykových látok:

a) ťažkosti spojené s neschopnosťou vydržať, zostať v pokoji a sústrediť sa na danú úlohu

b) asociálne správanie a neposlušnosť – tu zaraďujeme agresivitu voči ľuďom a zvieratám,

ničenie majetku, podvádzanie, krádeže, odmietané, vzdorovité, neposlušné, nepriateľské

správanie voči nadriadeným oso

c) problémy súvisiace s alkoholom, tabakom, fetovaním, užívaním drog.

➤ poruchy súvisiace so sociálnymi vzťahmi, komunikáciou, učením. Ide tu aj o detský autizmus.

➤ poruchy vyvolané úzkosťou a stresom (Fabian a kol.,2014).

Podľa Kafku sa poruchy správania členia nasledovne:

➤ primárne- počiatkové poruchy, ako sú vekové poruchy správania detí a mládeže (poruchy reči , školských spôsobilostí a citové poruchy), poruchy psychickej úrovne konania a integratívne poruchy

➤ sekundárne – odvodené od prvotných primárnych porúch

➤ interpersonálne – osobnostné poruchy jedinca

➤ extrapersonálne – spôsobené vplyvom okolitého prostredia (Kafka,2015).

Konštatovanie Kafku (2015) rozdiely v správaní detí vznikajú , keď vystupujú v bezpečnom prostredí a pri komunikácií presadzujú svoj rozum, ako aj inteligenciu a v situácií, keď sa cítia ohrozené, kedy jednájú nedobrovoľne.

Závislostí detí

Syndróm závislostí zahrnuje skupinu fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, kde užívanie nejakej látky je daným jedincom oveľa viac uprednostňované, než akékoľvek konanie, ktoré si predtým cenil. Kritérium pre túto diagnózu je výskyt aspoň troch z nasledujúcich príznakov v priebehu posledného roka:

- silná túžba alebo nutkavosť užívať látku
- ťažkosti s kontrolovaným užívaním látky
- telesný odvykací stav, ak je látka užívaná na zmiernenie jeho príznakov
- rastúca tolerancia dávok
- postupne zanedbávanie iných záujmov
- pokračovanie užívania napriek jasnému dôkazu o zjavne škodlivých dôsledkoch (Olúp, 2017).

Problematika konzumácie drog a vznik drogových závislostí predstavuje vážny sociálne patologický jav s narastajúcou tendenciou a narastajúcim globálnym spoločenským významom. O drogách hovoríme ako o dvoch veľkých kategóriách – legálnych-sociálne akceptovaných, ktorých konzumácia nesúvisí so zákonmi našej krajiny, a o nelegálnych (zakázaných) , a taktiež nebezpečných, aj keď v nejednom prípade v porovnaní s legálnymi drogami menej často konzumovaných (Schavel a kol, 2012).

Pojmom droga sa zaoberali mnohí autori, a preto sú známe aj mnohé definície tohto pojmu. Za oficiálnu definíciu pojmu droga môžeme považovať definíciu svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) – droga je akékoľvek látka, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viac funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku (Schavel a kol, 2016).

Je všeobecne známe , že návykové látky, nielen drogy, ale aj užívanie alkoholu a fajčenie spôsobujú poruchy duševného zdravia. V modernej súčasnej dobe deti podliehajú závislostiam od internetu, počítačov, počítačových hier, sociálnych sietí. Túto závislosť označujeme ako nelátkové závislosti. Príčiny, ktoré sa môžu podieľať na vzniku závislosti – nuda, neúspech v skutočnom živote, nazáujem rodičov – málo spoločne tráveného času, konflikty v rodine, chýbajúce kamarátske vzťahy, nízke sebavedomie, psychické problémy (depresia, úzkostné poruchy), násilie v rodine, šikanovanie (zodpovedne.sk, 2010).

Dištančná forma vzdelávania počas covid 19 a rodina

Pandémia nového koronavírusu (SARS-CoV-2) a choroba covid- 19 ním spôsobená mala nežiaduci dopad na systém školstva po celom svete. Organizácia UNESCO rozpráva o vyše jednej miliarde žiakov a študentov, ktorí boli

celosvetovo zasiahnutí opatreniami v súvislosti s pandémiou koronavírusu (UNESCO,2020). Od 16. marca 2020 došlo k úplnému zatvoreniu vzdelávacích inštitúcií a Ministerstvo školstva, vedy a výskumu a športu SR nariadilo do odvolania prerušiť prezenčnú formu vzdelávania a nahradiť ju dištančnou metódou výučby.

Za dištančnú formu vzdelávania považujeme diaľkové vzdelávanie prostredníctvom korešpondencie, telekomunikačných médií, bez priameho kontaktu medzi učiteľom a samotne študujúcim žiakom. Niektoré školy už začali s využívaním elektronických informačných systémov, komunikácia prostredníctvom nich však bola určená rodičom. Prerušenie vyučovania na školách a presun vzdelávania do domáceho prostredia v dôsledku pandémie predstavuje zvýšenú záťaž pre rodičov detí rôzneho veku. Online výučba nám na Slovensku ukázala či sme schopný a ako rýchlo sme schopný reagovať na vzniknutú situáciu a prispôbiť sa jej. Jedno je isté, že treba odstrániť nedostatky, a tým je nedostatok materiálneho zabezpečenia, je potrebné prispôbiť učebné materiály (Tomšík-Rajčániová-Ferenčíková-Kopányiová,2020).

Riešenie výchovných problémov v rodinách z pohľadu sociálnej práce

Najčastejšie sa realizuje sociálna práca s rodinou na Úradoch práce sociálnych vecí a rodiny, tam je pôsobnosť sociálnych pracovníkov najväčšia. Je potrebné spomenúť aj Centrum pre deti a rodiny, obec a vyšší územný celok. Keďže je potrebný komplexný pohľad o problémoch v rodine, sociálny pracovník spolupracuje aj s policajným zborom, prokuratúrou, súdmi, školou a školskými zariadeniami , a taktiež zdravotníkmi. Na rodinu sa v sociálnej práci možno pozeráť v dvoch rovinách:

- rodina ako sociálne prostredie klienta – jednotlivca. Sociálna práca s jednotlivcom je považovaná za jednu zo základných metód. Práca s jedným klientom znamená, že ide o sociálnu prácu s jednotlivcom. Je dôležité si uvedomiť, že počas práce s klientom môže vzniknúť potreba práce s rodinou, preto pri tejto forme práce môže v určitých prípadoch dôjsť k priamemu prechodu k sociálnej práci s rodinou
- celá rodina ako klient sociálnej práce. Zmena celého rodinného systému, ako aj jej fungovania, respektíve adaptovania celej rodiny a jej členov na nové podmienky je úloha sociálneho pracovníka (Hovanová, 2021).

Sociálna práca s rodinou predstavuje jednu zo základných foriem sociálnej práce. V tejto rovine poukážame na skutočnosť, že v tejto dobe reálne rozlišujeme medzi sociálnou prácou s rodinou a sociálnou prácou s jednotlivcom. V skutočnosti platí, že aj tento jedinec je súčasťou nejakého sociálneho prostredia. Rodina je prostredie, ktorá dáva pocit pomoci a opori, ale taktiež je prameňom

konfliktov. Na základe tejto skutočnosti môžeme tieto dve základné formy sociálnej práce medzi sebou prepojiť, pričom sa môžu v niektorých prípadoch dokonca prelínať. (Csikósová, 2016).

Referáty poradensko-psychologických služieb (RPPS) poskytujúce poradenstvo v oblasti výchovy

Referáty poradensko-psychologických služieb (RPPS) oddelení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (OSPODaSK) úradov práce, sociálnych vecí a rodiny vykonávajú činnosti podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Sú to činnosti v nasledovných oblastiach:

- a) v oblasti rozvodovej a porozvodovej (podľa § 11 Z. z. č. 305/2005),
- b) v oblasti opatrení sociálnoprávnej ochrany detí na obmedzenie a odstraňovanie negatívnych vplyvov, ktoré obmedzujú psychický vývin, fyzický vývin alebo sociálny vývin dieťaťa a plnoletej fyzickej osoby (podľa § 11 Z. z. č. 305/2005),
- c) náhradná rodinná starostlivosť (NRS) (podľa § 38 Z. z. č. 305/2005),
- d) ústavná starostlivosť, predbežné opatrenie a výchovné opatrenie v profesionálnej rodine (podľa § 53 Z. z. č. 305/2005).

Výchovné opatrenia podľa zákona 36/2005 §37 Z.z o rodine

Nevhodné správanie sa detí, ako aj porušovanie povinností rodičov, vyplývajúcich z ich rodičovských práv a povinností, alebo zneužívanie ich práv môže každý oznámiť orgánu sociálnoprávnej ochrany detí, obci alebo súdu. Ak je potrebné v záujme maloletého dieťaťa, súd v tom prípade môže rozhodnúť o ďalších výchovných opatrení. Výchovné opatrenia, ktoré nevedú k náprave, súd môže dočasne odňať maloletému dieťaťu zo starostlivosti rodičov. Na zabezpečenie účelu výchovného opatrenia alebo zabezpečenie úpravy rodinných a sociálnych pomerov maloletého dieťaťa, súd môže uložiť povinnosti, ktoré musia byť dodržiavané. Súd hodnotí účinnosť výchovného opatrenia priebežne, pred uplynutím obdobia, ak je to v záujme maloletého dieťaťa, môže súd rozhodnúť o opakovanom uložení výchovného opatrenia alebo o uložení vhodného výchovného opatrenia (Zákon o rodine 36/2005 Z.z).

Najčastejšie dôvody, pre ktoré bolo dieťa odňaté zo starostlivosti rodičov a štatistika

Príčiny zlyhania rodiny, ktoré sa najčastejšie objavujú:

- Alkoholizmus a iné návykové látky – alkoholizmus je príčinou fyzického a psychického strádania členov rodiny, detí a rozpadu manželstva. Deti ktoré vyrástajú v rodine s alkoholikom majú tendenciu, že aj u nich sa môžu objaviť sklony k alkoholizmu.
- Zneužívanie a týranie detí – deti , ktoré sú týrane a zneužívané. Ide o prejav správania rodičov, ktoré dieťa duševne alebo telesne poškodzuje.V takomto prípade, treba konať veľmi rýchle, aby dieťa nebolo ešte viac poškodené a narušené.
- Prostitúcia – je ďalšou príčinou, pričom motívy k prostitúcii sú rôzne. Väčšinou sú to zlé sociálne podmienky, chudoba a morálny rozvrat rodiny.
- Nezávládnutá výchova – jedná sa o deti s nižšou sociálnou úrovňou. Rodičia sú pohltení svojou prácou a budovaním kariéry, ktorá im pohlcuje čas krorý by mali venovať svojim vlastným deťom.Ich záujem o dieťa nastáva až vtedy, keď je u dieťaťa prejavy asociálneho alebo antisociálneho správania

Ďalšími dôvodmi môžu byť aj úmrtie rodičov, neschopnosť starostlivost' o dieťa z dôvodu zlých rodičovských zručností, trestná činnosť rodičov, opustenie dieťaťa, odloženie dieťaťa do Hniezda záchrany (Gažiková,2014).

Záver

Rodina patrí k najstarším inštitúciám a v spoločnosti má nezastupiteľné miesto. Uvedomujeme si, že je dôležité správne fungovanie rodiny. Neodmysliteľnou súčasťou muža

a ženy, teda nielen manželov, sú ich spoločné deti. Úloha matky a otca je v dnešnej dobe veľmi dôležitá a podstatná pri výchove ich ratolestí, a koniec koncov sme zistili, že dnes už majú rovnaký podiel na správnej výchove obaja rodičia, v minulosti tomu tak nebolo. Je jasné, že to ako vychováva matka a otec svoje deti, a či bolo ich pôsobenie a výchovné metódy správne, ukáže až čas. Zistili sme aj to, že často problémy, ktoré vznikajú v rodinách a súvisia práve s deťmi sú odrazom nesprávnej výchovy. Dieťa v podstatnej miere opakuje chyby, ktoré vidí okolo seba napríklad ak je otec alkoholik, tak aj dieťa sa bude uberať tým smerom, lebo má pocit, že ak to robí otec, tak je to správne. Na Slovensku je každý maloletý jedinec pod ochranou štátu, z toho vyplýva, že ak sú v rodine problémy, tak štát môže a vie zasiahnuť niekoľkými spôsobmi. Najneprijemnejšia je situácia, keď je dieťa odobraté z osobnej starostlivosti rodičov natrvalo a je umiestnené v náhradnej rodine, prípadne v detskom domove alebo inej organizácii. Vieme, že toto upravuje zákon, ktorým sa riadia príslušní pracovníci pri riešení takýchto situácií. Rôznymi štúdiami odbornej literatúry sme prišli

k záveru, že v súčasnosti je čoraz viac nutné a potrebné, aby zasiahli v rodinách pracovníci Úradu práce sociálnych vecí a rodiny, polícia, v podstatnej miere aj súdy, pretože mnohé deti žijú v nevyhovujúcich podmienkach, v rodinách závislých rodičov, v rodinách, kde sú jednotlivci týraní, zanedbávaní a podobne. Toto sú hlavné dôvody, pre ktoré sú odobratí maloletí zo starostlivosti svojich rodičov. Pri dopísaní práce sme si uvedomili, že najdôležitejšie je to, aby bola rodina kompletná a funkčná, a aby v rodinách prevládala láska, vzájomná podpora a tolerancia, porozumenie, v prvom rade medzi rodičmi. Musíme si pamätať, že to čo naše deti robia je naším zrkadlom, ako jeho rodičov. Ak zlyháme my, tak zlyhá aj naša ratolesť.

Zoznam bibliografických odkazov

FABIAN, A a kol. 2014. *Svet sociálnej práce*. 1. vyd. Košice : Univerzita Pavla Jozefa

Šafárika, 2014. 292s. ISBN 978-80-81-52-097-6

HARDY, M. – DUDÁŠOVÁ, T. – VRANKOVÁ, E. – HRAŠKOVÁ, A. 2011. *Sociálna patológia rodiny*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.

Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 365 s. ISBN 978-80-8132-000-2.

GABURA, J. 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. 1. vyd. Bratislava : IRIS,

2012. 320s. ISBN 978-80-89256-95-2

GAŽIKOVÁ, E. 2014. *Rizikové správanie detí v detských domovoch*. 1. vyd. Nitra:

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa, 2014.

136s. ISBN 978-80-558-0686-0

KAFKA, J. 2015. *Správanie (chcenie) človeka a poruchy správania*. Košice :

EQUILIBRIA, s. r. o., 150 s. ISBN 978-80-8152-232-1.

MATOUŠEK, O. – PAZLAROVÁ, H. 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*.

1.vyd. Praha : Portál, 2010. 184s. ISBN 978-80-7367-739-8

MENDELOVÁ, E. 2015. *Vybrané kapitoly o rodine a rodičovstve*. 1. vyd. Nitra : PF UKF,

2015. 104s. ISBN 978-80-558-0781-2

MINAROVÍČOVÁ, K. 2018. *Sociálna práca s ohrozenými a dysfunkčnými rodinami*. 1.

vyd. Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2018. 92s. ISBN 978-80-558-

1347-9

SCHAVEL, M a kol. 2012. *Sociálna prevencia*. 4. vyd. Liptovský Ján : Prohu s.r.o., 2012.

266s. ISBN 978-80-89535-06-4

SCHAVEL, M a kol. 2016. *Sociálna prevencia teória a prax*. 1. vyd. Liptovský Ján :

Prohu s.r.o., 2016. 268s. ISBN 978-80-89535-21-7

SPOLOK SVATÉHO VOJTECHA, 2007. *Sväté písmo*. 1. vyd. Bratislava :

KASICO, a.s. 2007. 1614s. ISBN 978-80-7162-683-1

TRABALÍKOVÁ, J. – MACHÁČIK, D. – ZEMANČÍKOVÁ, V. 2014. *Výchova*

v utváraní osobnosti. 1. vyd. Žilina : Žilinská univerzita, 2014. 195s. ISBN 978-80-554-0904-7

Internetové zdroje

CSIKÓSOVÁ, T. 2021. *Sociálna práca s rodinou*. [online]. [citované 2021-01-29].

Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/content/socialna-praca-s-rodinou>

DULA, P. 2015. *Rola matky a otca*. [online]. Dostupné na internete: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Dur2SzU_00J:cloud7z.edupage.org/cloud%3Fz%253A5fiW2cVSBNpIOM3xPZL4UL%252BXA6YHJYM4Oo2FKOr3zNQj71K701V0fylQRGz4tpjo+&cd=4&hl=sk&ct=clnk&gl=sk

HOVANOVÁ, M. 2021. *Rodina ako priestor sociálnej práce*. [online]. [citované 2021-02-

04]. Dostupné na internete: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2021/FF/rodina-ako-priestor-socialnej-prace.pdf>

MIRKA. 2020. *Rodinná výchova*. [online]. [citované 2020-04-28]. Dostupné na internete:

<https://www.zones.sk/studentske-prace/pedagogika/20101-rodinna-vychova/>

MS SR. 2014. *Uzavretie manželstva/ rozvod manželstva*. [online]. [citované 2014-07-01].

Dostupné na internete: https://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_uzavretie-manzelstva-rozvod-m

ODBORNÝ LIEČEBNÝ ÚSTAV PSYCHIATRICKÝ. 2017. *Závislosť príručka pre*

odbornú verejnosť. [online]. [citované 2017-08-22]. Dostupné na internete:

https://olup-prednahora.sk/wp-content/uploads/2019/05/Zavislost_Brozura-A5-2017_OLUP_final.pdf

POPOVIČ, J. 2013. *Manželský súhlas a aktuálne výzvy*. [online]. Dostupné na internete:

<http://spcp.prf.cuni.cz/rcp/80/rcp80-manzelsky%20suhlas-a-aktualne-vyzvy.pdf>

TOMŠIK, R. – RAJČÁNIOVÁ, E. – FERENČÍKOVÁ, P. – KOPÁNYIOVÁ, A. *Pohľad*

rodičov na vzdelávanie počas pandémie covid-19 na Slovensku – porovnanie rodičov detí

bez identifikovaných špeciálnych potrieb. [online]. [citované 2020-12-23].

Dostupné na

internet: <https://journals.muni.cz/pedor/article/viewFile/14137/>

UNESCO. 2020. COVID – 19 impact on education.data [online]. [citované 2020-05-19]. Dostupné na internete: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>

ÚPSVaR. 2012. *Činnosť referátov poradensko-psychologických služieb*. [online]. [citované 2012-02-21]. Dostupné na internete: https://www.upsvr.gov.sk/buxus/generate_page.php?page_id=135

Zákon č. 36/2005 Z. z. Zákon o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2005-36>

MLADISTVÍ A ICH DELIKVENCIA JUVENILES AND THEIR DELINQUENCY

Marek Novacký

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

Abstrakt

Práca je obsahovo zameraná na špecifiká delikvencie mladistvých a na zdôraznenie potreby vyššej informovanosti verejnosti o aktuálnosti predchádzania delikvencii ako sociálno-patologického javu už v rannom detstve jedinca. Zo sociálneho aspektu práca poukazuje na nevyhnutnosť prevencie kriminality mládeže, nakoľko ide o vývojové štádium jedinca, od ktorého je do značnej miery závislé jeho ďalšie pôsobenie v spoločnosti a na spoločnosť. V príspevku sú rozpracované jednotlivé faktory ovplyvňujúce patologické správanie mládeže, vplyv rodiny, školy a okolia na samostatný rozvoj osobnosti mladého človeka. Postoj štátnych orgánov a spoločnosti je charakterizovaný zákonnými ustanoveniami, ktoré sú rozpracované v samostatnej podkapitole práce. Práca svojim rozsahom popisuje najdôležitejšie príčiny delikvencie mládeže a jej nosnou myšlienkou je vytvorenie všeobecného tlaku prostredníctvom odbornej a verejnej diskusie na elimináciu delikvencie mladistvých.

Kľúčové slová

Mladiství. Delikvencia. Prevencia. Sociálne prostredie. Rodina.

Abstract

The content of the work is focused on the specifics of juvenile delinquency and on emphasizing the need for greater public awareness of the topicality of delinquency prevention as a socio-pathological phenomenon in the early childhood of an individual. From the social aspect, the work points to the need to prevent juvenile delinquency, as it is the developmental stage of the individual, on which his further involvement in society and society depends to a large extent. The work elaborates on individual factors influencing the pathological behavior of young people, the influence of the family, school and surroundings on the independent development of a young person's personality. The position of state bodies and society is characterized by legal provisions, which are elaborated in a separate subchapter of the work. The scope of the work describes the most important causes of juvenile delinquency and its main idea is to create general pressure through professional and public discussion on the elimination of juvenile delinquency.

Keywords

Juvenile. Delinquency. Prevention. Social environment. Family

Úvod

Dynamika rozvoja spoločnosti, vzrast materiálnej úrovne, čoraz rýchlejšia a intenzívnejšia aplikácia vedeckých a technických poznatkov vo všetkých oblastiach spoločenskej praxe, to všetko vplýva aj na systém výchovy, vzdelávania a nastoľuje nové kvalitatívne aspekty. Tento problém delikvencie zamestnáva už niekoľko desaťročí mnohých psychológov, sociológov, psychiatrov, lekárov, právnikov a sociálnych pracovníkov. Na celom svete má vzostupnú tendenciu. Konanie mladistvých, resp. maloletých osôb negatívne ovplyvňuje dlhodobé ako i krátkodobé špecifické podmienky, ktoré ak sa v dostatočnom predstihu neriešia, vedú k páchaniu spoločensky nebezpečnej činnosti. V procese formovania sa mladého človeka na osobnosť zohráva dôležitú úlohu výchovná väzba na rodinu, školu i spoločnosť.

Nezastupiteľné miesto vo výchovnom procese majú rodičia, sociálni a pedagogickí pracovníci, spoločenské organizácie, ako aj charitatívne spoločenstvá. Pôsobenie tohto súboru faktorov spravidla pôsobí preventívne a pomáha sa orientovať mladému človeku v zložitých životných situáciách. Absencia, čo aj jedného článku výchovného pôsobenia môže viesť k zneužitiu mladého neskúseného človeka k páchaniu trestnej činnosti. Cieľom príspevku bolo analyzovať problematiku delikvencie u mladistvých.

Delikvencia

Delikvencia patrí medzi veľmi závažné problémy súčasnosti. Pokiaľ chceme vystihnúť problematiku delikvencie, najvhodnejším východiskom bude oprieť sa o vedecké vyjadrenie jej významu v slovníkoch. Pri charakteristike základného terminologického aparátu danej oblasti vychádzame z primárnych teoretických zdrojov. V slovníku cudzích slov sa uvádza, že delikvencia sú asociálne až antisociálne činy, ktoré vedú ku konfliktu so zákonom (Ivanová, Maniková, 1983). Podrobnejšiu a zároveň výstižnejšiu definíciu nachádzame v Sociologickom slovníku: „*DELIKVENCIA* (z *lat. delinquere = chybovať, proviníť se, páchať*) – *správanie, ktoré odporuje sociálne prijatým a uznávaným sociálnym, slovným normám príslušného sociálneho útvaru, a je považované za nezákonné, za antisociálne, sociálno-patologické alebo nemorálne*“ (Geist, 1992, s. 58) V oboch uvedených definíciách sa vyskytujú pojmy „asociálny“ a „antisociálny“, ku ktorým priradíme ďalší termín sociológie – „disociálny“. Všetky tri pojmy nám slúžia na označenie porúch správania jedinca v spoločnosti. Bude teda vhodné ujasniť si bližšie ich význam. Za disociálneho označujeme

jedinca, ktorého správanie sa pohybuje na hraniciach normy, alebo sa s normami rozchádza. Jediniec však nie je agresívny. Toto nežiaduce správanie sa dá odstrániť bežnými pedagogickými prostriedkami a metódami. Zaradujeme sem: detskú lož, detskú krádež, zlozvyky, neposlušnosť a nedisciplinovanosť, vzdorovitosť, afektívne poruchy atď.

Asociálne správanie sa vyznačuje tým, že nezodpovedá spoločenskej morálke. Typickým znakom je narušený vzťah jedinca k spoločnosti, ktorá ho zároveň zo svojho spoločenského prostredia vylučuje. Jediným pozitívnym javom je, že pri tomto type správania nedochádza k ničeniu spoločenských hodnôt. Patria sem: záškoláctvo, úteky a potulovanie, negativizmus (psychologická forma úniku z náročnej situácie), napr. nevšímavosť, ľahostajnosť, sebapoškodzovanie, toxikománia atď.

Asociálny typ správania je varovným signálom a priamou cestou ku správaniu antisociálnemu. Tu už nastáva porušovanie všetkých spoločenských i právnych noriem, pretože dochádza nielen k ničeniu spoločenských hodnôt, no častokrát aj ľudských životov. Špecifickou črtou takéhoto jedinca je pozitívne prežívanie tejto činnosti – využíva jej psychický i materiálny prospech. Až pri tomto druhu porušenia správania hovoríme o delikvencii.

Za delikventné správanie teda označujeme správanie antisociálne. Disociálne a antisociálne typy porúch správania sú iba cestou k porušovaniu právnych i spoločenských noriem. Delikvencia je predovšetkým sociálnym javom v spoločnosti, a tak nemožno obísť dve odvetvia sociológie, ktoré jej pomáhajú pri podrobnejšom skúmaní nežiaducich javov v spoločnosti: sociálna deviácia a sociálna patológia. Vďaka definíciám odborníkov z oblasti sociológie si vysvetlíme, aký je medzi nimi základný rozdiel. Sociálna deviácia je definovaná ako „*porušenie alebo podstatná odchýlka od niektorej sociálnej normy správania alebo od skupiny noriem, nerešpektovanie požiadaviek, ktoré na individuum alebo skupinu kladie určitá norma alebo súbor noriem, alternatívna forma správania k predpísanej, prípadne všeobecne akceptovanej norme*“. (Tkáč, 2017, s. 31) Z predchádzajúceho vyplýva, že delikvent môže pochádzať z ktorejkoľvek sociálnej skupiny. Sociálna deviácia je: „*odchýlka od kultúrne očakávaných pravidiel chovania. To znamená, že každé chovanie, ktoré s normou nesúhlasí, nie je deviantné, ale iba také, ktoré je z hľadiska očakávania celého sociálneho útvaru neprípustné, pričom môže byť z hľadiska podcelku, (napr. skupiny) žiaduce*“. (Geist, 1992, s. 61) Bližšie vysvetlenie nám opäť ponúka Ondrejko (1995, s. 90) „*Za deviantné správanie možno považovať napr. prehrešok proti dobrým zvykom, etikete. Deviantné správanie však nemusí byť považované za deviantné (napr. aktivita na čiernom trhu v čase núdze). Najčastejšie je však delikventné správanie súčasne aj deviantným správaním (napr. lúpež)*“.

Dospelí, podľa názoru Pasternákovej (2021) majú zas tendenciu konať s nimi stále ako s malými deťmi, nepriznávajú im práva, ktoré by adolescenti chceli mať, obmedzujú ich samostatnosť, kontrolujú ich, neberú na ohľad ich postoje a záujmy. Naopak, pokiaľ ide o povinnosti, často vyžadujú od adolescenta ich plnenie ako dospelého. Adolescencia nadväzuje na pubertu a všeobecné učenie jej hornej hranice je prakticky nemožné. Záleží od toho, aké kritérium pre dospelosť považujeme za relevantné. Väčšinou sa považuje za kritérium úplné rozvinutie telesnej a psychickej kapacity a predpokladá sa, že tejto úrovne sa dosahuje u väčšiny indivíduí okolo 20. – 22. r. V období adolescencie sa mení kvalita i kvantita sociálnych vzťahov. Nadalej pretrváva potreba porozumenia, ktorá sa prejavuje hľadaním priateľov. Priateľstvá sú v adolescencii hlbšie a trvalejšie ako v puberte. Podmienkou pre utvorenie priateľských vzťahov je vzájomná dôvera a porozumenie vo všetkých pre adolescenta dôležitých otázkach. Nároky na priateľa sú veľké a týkajú sa skôr psychických znakov. Najväčšie požiadavky sú kladené na vernosť a úprimnosť. Sú to však absolutizované požiadavky, čo so sebou prináša mnohé rozpory. V mene pravdy sa adolescenti často dopúšťajú netaktností a v mene úprimnosti sú schopní raniť. Vo vzťahu k inému pohlaviu dochádza takisto k zmenám. Utvárajú sa ľúbostné vzťahy, vznikajú prvé lásky. Je to obdobie poznávania a stretávania sa s viacerými mladými ľuďmi bez akýchkoľvek záväzkov. Študentské „chodenia“ poskytujú najlepšiu školu poznávania a budúceho inteligentného výberu životného partnera. Adolescent sa učí poznávať sám seba a svoje reakcie v partnerských situáciách.

Ak konflikty medzi dospievajúcimi a dospelými vyúsťujú v neplodné a nepriateľské napätie generačného sporu, je nepochybne chyba na oboch stranách. Pre optimálny vývin vzťahov sa teda musia so svojimi vývinovými zmenami vypridať dospievajúci, ale aj dospelí. Takisto sa musia meniť aj vzájomné postoje k sebe. Aj dospelí potrebujú v súvisi so svojimi vlastnými zmenami určitý stupeň pochopenia zo strany mladých. Dospievajúci teda potrebujú na jednej strane priestor pre rast nezávislosti a samostatnosti, na druhej strane však potrebujú praktickú a účinnú pomoc dospelých, aby získali istotu, najmä v sociálnych situáciách.

Vzťah k rodičom sa u dospievajúcich mení zo základu. Dospievajúci začína milovať rodičov nielen preto, že sú jeho rodičia, ale aj preto, že reprezentujú určité vlastnosti a charakterové črty, ktoré sú podľa názoru dospievajúcich hodné nasledovania. Rodičia však často tieto zmeny nepostrehnú. A keď aj nechcú zrevidovať ani svoje konanie, ani svoje výchovné metódy a spôsoby. Neprisposobujú ich psychickej vyspelosti svojich detí. Prirodzeným dôsledkom sú potom konflikty, ale najmä strata dôvery.

Príčiny delikvencie mladistvých

Názory na vznik a príčiny delikvencie sú rôzne. Nedajú sa vysvetliť jednou príčinou. Na vývin a formovanie osobnosti človeka má nesporne vplyv sociálne prostredie, v ktorom žije, výchovné pôsobenie, ktoré sa mu dostáva. V priebehu vývoja sa vonkajšie vplyvy podmieňujú vnútornými dispozíciami organizmu. Ani jeden činiteľ nepôsobí individuálne a sám o sebe nemá význam, ale vždy pôsobí viacero činiteľov vo vzájomnej interakcii. Za každým deliktom stojí človek so svojimi konštitučnými danosťami, získanými skúsenosťami a svojim vzťahom k ľuďom, k spoločnosti v ktorej žije. Chýba však nosná teória, ktorá by presne vystihla všetky príčinné vzťahy a súvislosti, ktoré určujú rozvoj delikvencie detí a kriminality mladistvých. Pri skúmaní vzniku a príčin delikvencie mládeže treba rozlišovať medzi príčinami ako hromadným javom a príčinami ako javom spoločenským. Ak sa v určitých alebo obdobných vonkajších podmienkach pri tých istých alebo obdobných potrebách jedinec rozhodne uspokojiť svoju potrebu spáchaním trestného činu, je nevyhnutné hľadať príčiny nie iba vo vonkajších vzťahoch, ale aj v osobnosti páchatel'a, brať do úvahy maximum konkrétnych osobitostí jeho psychiky, fyzických a fyziologických dispozícií, sociálneho prostredia a procesu výchovy, vrátane jej nedostatku. (Krucichová, 2020)

Podľa Juhásovej (2016), a tiež už aj Faltina (1972) a Heretika (1999) delikvencia je ovplyvňovaná dvomi druhmi faktorov. Vnútornými - endogénnymi komponentmi (napr. poškodenia mozgu, psychopatie, fyzické nedostatky a ostatnými vnútornými faktormi) a vonkajšími - exogénnymi faktormi (napr. vplyv rodinného prostredia, školy, rovesníkov, životosprávy apod.). Najviac sa už podľa Faltina (1972) na vzniku delikvencie podieľa neúplné a disharmonické rodinné prostredie, kde sa vyskytuje alkoholizmus a antisociálne správanie. Ak sa stretnú endogénne anomálie s nevyhovujúcim rodinným prostredím, dieťa alebo mladistvý sa citovo a charakterovo narúša, osvojuje si asociálne správanie a následne sa stáva ťažko vychovateľným, maladaptívnym. Na problém delikvencie mladistvých možno nazerať z viacerých aspektov.

K vnútorným príčinám zaraďujeme tie, ktoré sa vytvorili pod vplyvom určitých vrodenných dispozícií, a ktoré ovplyvňujú osobnosť mladistvého. Je mnoho teórií, ktoré charakterizujú osobnosť. Niektoré ju chápu ako výsledok spoločensko-historického vývoja, ďalšie ako jednotu jeho duševných vlastností a dejov založenú na jednote tela, iné ako súbor vlastností biologických a psychických.

Medzi impulzívne poruchy zaraďujeme: patologické hráčstvo, patologické zakladanie požiarov, patologické krádeže. Disponujúcim konštitučným faktorom je aj pohlavie jedinca, pretože muži sa častejšie dopúšťajú trestnej činnosti ako ženy, a to vo všetkých spoločnostiach, vo všetkých dobách, nezávisle na etnickej

skupine, z ktorej pochádzajú. Rozdiel medzi mužskou a ženskou kriminalitou, či chlapčenskou a dievčenskou, môže byť vo väčšej agresivite mužov, ktorá je ovplyvňovaná pohlavným hormónom testosterónom, ktorý pôsobí nielen na fungovanie mozgu, ale aj na stavbu tela. Poznatky z kriminologických výskumov i skúsenosti z praxe dokazujú, podľa názoru Krulichovej (2020) že asociálne či antisociálne zameranie mladého páchatel'a určujú aj sociálne faktory.

Rodina je jednou z najstarších inštitúcií, ktorá pre zachovanie ľudskej spoločnosti plní veľmi dôležité funkcie. Z rodiny vychádzajú prvé výchovné podnety, rodina sprostredkováva prvú sociálnu skúsenosť. Je elementárnym článkom, ktorý spája jednotlivca so spoločnosťou.

Rodina je väčšinou považovaná za nosného činiteľa, ktorý v prípade zlyhania umožňuje deťom kriminálne správanie. Rodina je prvým prostredím, v ktorom sa utvárajú spoločenské vzťahy každého človeka. Názory a myslenie, ktoré prevládajú v rodinnom prostredí, veľmi často zohrávajú rozhodujúcu úlohu pri formovaní osobnosti mladého človeka. Najväčšiu váhu pri analyzovaní príčin delikvencie mladistvých má rodina. Rodina predstavuje východiskový terén sociálnej adaptácie dieťaťa a spojovací článok so širšou verejnosťou. Stabilita rodiny je predpokladom zdravej a primerane správnej výchovy detí. Rodinné vzťahy, celkové rodinné prostredie vo veľkej miere utvárajú osobnosť dospievajúceho človeka, jeho návyky, záujmy, morálne postoje.

Dysfunkčná rodina je považovaná za dominantný kriminogénny činiteľ pri vzniku delikventného správania mladistvých. V starších prameňoch bol často zvyrazňovaný faktor neúplnosti rodiny, ale tiež narušenie emocionálnych vzťahov v rodine, prípadne iné činitele. V súčasnosti sa už kladie dôraz na kombináciu viacerých príčin v rodinnom prostredí ale i mimo neho.

Vekové osobitosti mládeže hrajú dôležitú úlohu v jej sociálnom správaní. Spôsobujú, že rýchlo, bezprostredne a oveľa citlivejšie reaguje na ideologické, sociálne, morálne a iné zmeny v spoločnosti. Niektorí výskumníci tvrdia, že *„jednou z biologicky determinovaných črt mladosti je, že mladí ľudia si radi doprajú „vyhládávanie senzácií“ vďaka osobitným biochemickým a hormonálnym podmienkam, na ktorých je založené toto vývojové štádium.“*(Regoli, Hewitt, 1991, s. 211)

Problémom mnohých mladých ľudí je ich sociálna závislosť, pretože do skončenia školskej dochádzky, teda aspoň do 16., resp. 17. roku, nezarábajú, okrem azda letných brigád. Nebolo by však správne z tejto materiálnej závislosti mladých vyvodzovať ich morálnu závislosť a riadiť sa heslom „Kým si pod mojou strechou, budeš robiť, čo ja chcem!“. Mnohí dospievajúci veľmi ťažko znášajú rozpory medzi dosiahnutým stavom svojho duševného a telesného vývinu a medzi obmedzenými sociálnymi možnosťami. Bránia sa, keď im rodičia, prípadne iní

dospelí, tento rozpor ustavične pripomínajú. Vonkajším znakom tejto reakcie je potom túžba uplatniť sa, neústupčivosť, v niektorých prípadoch dokonca opúšťajú rodičovský dom a jednoznačne sa priklonia k parte rovesníkov. Štatisticky najčastejšie sa dopúšťajú trestných činov dospievajúci a mladí ľudia. To však zďaleka neplatí len v civilizovaných krajinách. Sociálno-kultúrni teoretici spochybňujú názor podľa ktorého možno utvoriť akékoľvek všeobecne platné závery o adolescentoch. Zdôrazňujú, akými spôsobmi sa rôzne kultúry dokážu vysporiadať s týmto obdobím.

Problematika spôsobu trávenia voľného času sa z hľadiska plnenia jednotlivých funkcií stala závažným sociologickým, pedagogickým, ekonomickým, ale aj kriminologickým problémom súčasného mladého človeka. Pre spôsob trávenia voľného času súčasnej mládeže sú typické nasledovné znaky: (Kouteková, 1999) vnútorná diferenciacia voľného času sa prejavuje v tom, že sa prehlbujú kontrasty v disponovaní s voľným časom - pribúdajú jedinci frustrovaní nedostatkom voľného času a naopak jedinci s nadbytkom voľného času, čo spôsobuje spoločenské problémy, ako sú drogy, „prázdnota ducha“, delikvencia, spôsob trávenia voľného času sa prejavuje na jednej strane pasívnym „nič nerobením“, ako aj aktivitami na hranici vypätia fyzických a psychických síl, komercializácia rozličných foriem trávenia voľného času navodzuje aj u mnohých mladých ľudí frustráciu z atraktívnosti ponúk a obmedzených finančných možností ich nasýtenia. Časť mládeže má snahy povyšovať voľný čas na najvyššiu hodnotu a zmysel života. V rámci možnosti rozvoja záujmov existujú v našej spoločnosti závažné nedostatky, chýbajú ihriská, štadióny a pod.

Osobnosť mladistvého delikventa

Skúmaním znakov osobnosti delikventov z psychologického hľadiska zistili autori odbornej literatúry nasledujúce intelektuálne, citové a vôľové - činnostné vlastnosti delikventnej mládeže. Porucha intelektu sa u nich vyskytuje častejšie ako v priemernej populácii (v priemere normálnej populácie sú takmer 2 % rozumovo chybných). Schopnosť a chápanie utvárania pojmov u slabomyselných je pomalšia, neistejšia, nechápu pojmy dobro, zlo, môžeš, nemôžeš. Sú impulzívní. bez zábran, ich morálno-vôľové vlastnosti sú slabé a ľahko ovplyvniteľné. Medzi emocionálne faktory patria také citové stavy osobnosti, ako nespokojnosť, úzkosť, neistota, pocit menejcennosti a agresivita. Emocionálny život u mladistvých delikventov sa prejavuje bez zábran, sú nedisciplinovaní a impulzívní. V dôsledku nedostatku rodičovskej lásky môže vzniknúť napr. pocit krivdy, hnevu, nenávisť k okoliu, čo môže viesť k vandalizmu, agresívnemu a antisociálnemu správaniu mladistvého.

Za príčiny agresívneho správania sa považujú:

- nadmerná osobná energia
- neistota, ktorú tlmí neprimeraným správaním
- frustrujúce činitele, ktoré jednotlivcovi bránia uspokojovať svoje potreby
- napodobňovanie nežiaducich vzorov.

Osobitosťou juvenilnej delikvencie je skutočnosť, že sa v nej prelínajú faktory typické pre poruchy správania detského veku s rysmi typickými pre dospelú kriminalitu. Vrcholí zmysel sociálno-psychologických faktorov delikvencie v partiách. Partie sa ideologicky členia podľa preferovaného druhu športu, hudby, atď. Výnimočne reprezentujú hnutie, politické postoje, alebo veľmi osobitné názory, ako sú u skinhedov, postoje k cudzincom a iným rasám. Skupiny sa odlišujú svojim oblečením a strihom vlasov, čím ukazujú príslušnosť a spoludržnosť s istým hnutím. Svojím výrokom „nedostáva sa im lásky od druhých, musia ju kompenzovať tým, že sa maznajú sami so sebou“ Jones tvrdí, že pozornosť, akú obetujú svojmu zovňajšku je prejavom infantilného narcizmu. Duševná zaostalosť nie je samotnou príčinou kriminálneho správania sa, keď sa však spojí s inými negatívnymi faktormi, môže vyústiť do kriminality. Výskumy dokazujú, že aj keď nie je zistená priama súvislosť medzi delikvenciou a duševnou zaostalosťou, medzi mladými páchatelmi je dosť veľká prítomnosť jedincov s týmto handicapom.

V prípade poruchy správania ide o výrazné odchýlky od správania priemerného mladistvého, ktoré majú dlhodobý charakter, alebo sa častejšie opakujú. Nimi jedinec upozorňuje na seba, na svoje okolie, a po čase sa stávajú predmetom záujmu prevýchovy. Novodobá kriminológia zdôrazňuje, že kriminalita mládeže je páchaná skoro vždy v skupinách. Neformálne skupiny pri tom väčšinou vznikajú vydelením z formálnych skupín. Najčastejšie ich tvoria spolužiaci zo škôl, členovia rovnakých pobytových zariadení pre rizikovú mládež.

Jednou z príčin skupinovej delikvencie je podľa názoru Vetešku a Fischera (2020) „mužné“ dominantné správanie, ktoré sa dostáva ku slovu práve v takejto skupine. Mladý človek cíti veľmi silnú potrebu realizovať sa, vyniknúť. Pokiaľ mu to nie je umožnené v školskom alebo v rodinnom prostredí, snaží sa o to medzi vrstovníkmi a zároveň má snahu vyplniť svoj voľný čas rôznymi záľubami. No ak ani tu nenájde priestor pre svoju realizáciu, stáva sa iba šedým priemerom alebo dokonca klesá pod priemer ostatných. Môže sa pokúsiť hľadať porozumenie u najbližších. Ak aj tu nenájde pomoc, môže sa ľahko stať, že sa uzavrie do seba a spolu s niekoľkými priateľmi začne konať podľa kréda: „Svet je proti nám, a tak my sa postavme proti nemu“. Skupinu zvyčajne tvorí 10 alebo i menej jednotlivcov, ktorí sa najčastejšie navzájom formujú podľa prevládajúcich spoločných záujmov. Uzatvárajú sa náhodne, veľmi často v blízkom susedstve.

Nasledujú prvé spoločné zážitky ako rozbité okno, uštipačné poznámky na okoloidúcich, a neskôr prvé súťaže a chvastavé vystúpenia „školy mužnosti“.

Napriek tomu, že sa mládež v týchto skupinách prejavuje surovo a necitlivo, neznamená to, že z nich vymizol akýkoľvek cit. V skutočnosti im veľmi chýba rodičovská láska a nežnosť, čo sa do modernej spoločnosti nehodí. Je však potrebné nahliadnuť aj na niektoré pozitívne stránky antisociálnych skupín. Veľmi často bývajú práve členovia partíí oduševnenými vyznávačmi populárnej hudby výstredného vyjadrenia (heavy metal, hip hop a pod.), s obľubou napodobňujú ich štýl reči, odievania, ba dokonca aj hry na hudobný nástroj. Veľmi často sa zaujímajú o tanec i orientálne bojové umenia. Do pozornosti vedomia mladých ľudí sa dostáva čosi zakázané.

Prevenca delikvencie mladistvých

Slovo prevencia, ktoré pochádza z latinského jazyka, znamená predchádzanie nežiaducim javom, napr. chorobám, úrazom a pod. A rovnako, ako i v našom prípade, znamená aj ochranné opatrenie. (Oberuč, 2019) Základným cieľom realizácie preventívnych aktivít je v čo najvyššej miere napomôcť znižovať rozsah a závažnosť trestnej a inej protispoločenskej činnosti, spolu s tým dosiahnuť adekvátne zvýšenie subjektívneho pocitu bezpečia občanov a zníženie pocitu ich ohrozenia kriminalitou a delikvenciou, a tak prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov, komunit a spoločnosti ako celku. (Krucichová, 2020) Prostriedkami sú preventívne opatrenia, ich súbory spracované do ucelených preventívnych programov. Opatrenia sú zamerané na jednotlivé druhy trestnej činnosti, situácie, cieľové skupiny alebo jednotlivcov, ktoré uskutočňujú subjekty prevencie samostatne, alebo v partnerstve s inými subjektmi.

Preventívne aktivity sa môžu uskutočňovať rôznymi spôsobmi v závislosti od cieľa, cieľového subjektu, realizátora, jeho možností a skúseností, podmienok a pod. V tomto zmysle sa hovorí aj o formách a metódach prevencie. Nižšie uvádzané formy a metódy prevencie nemajú normatívny charakter, ale treba ich považovať za námety, ktoré je potrebné v praxi prevencie uplatňovať tvorivo. Aké opatrenia možno zvolit' pre ochranu mládeže pred spáchaním trestného činu? Ktoré z nich sú najvhodnejšie? Pozrime sa, akým spôsobom môžu rodina, škola i verejné inštitúcie dbať na prevenciu mládeže pred delikvenciou.

Je nesporné, že predovšetkým rodinné zázemie a výchova v rodine dávajú základ zdravého duševného vývoja. A aj preto sa hovorí o rodine, ako o dôležitom predpoklade zdravej a primeranej výchove detí. Rodinné vzťahy, celkové rodinné prostredie vo veľkej miere utvára osobnosť dospelujúceho človeka, jeho návyky, záľuby, záujmy, morálne postoje, svetonázor. V období dospievania však častokrát prichádza k zmene vzťahov medzi dospelujúcim a rodinou. V

negatívnom zmysle sú tieto zmeny väčšinou vyvolávané nepružnosťou rodičov a nesprávnym prístupom v tomto období k mladým ľuďom.

Mnohí rodičia, uvádza Ondrušková (2016), si myslia, že dieťa veľmi ťažko znáša rozdiely v rodičovských postojoch. Nie je to pravda. Dieťa znáša tieto rozdiely bez problémov, čo však neznáša dobre nikdy - ani v priebehu dospievania – je nepriateľstvo medzi rodičmi - pretože neúplnosť a nestabilita rodiny sa v každej štatistike prejaví ako činiteľ, ktorý masívne ovplyvňuje protispoločenské správanie detí. Rodina by preto mala mať otca a rodičia by sa nemali rozvádzať po dobu, kým deti dovŕšia vek dospelosti.

Spôsob riešenia konfliktov v rodine má nepochybne vzťah k kriminálnemu chovaniu detí. Množstvom výskumov je potvrdené, že deti vyrastajúce v rodinách, kde je veľa otvorených sporov medzi otcom a matkou, majú väčší sklon ku delikventnému chovaniu, ako deti žijúce v kludnej rodine. Taktiež súrodenecké konflikty predpovedajú vyššie riziko delikvencie. Z takejto rodiny má dieťa veľkú tendenciu najčastejšie a čo najskôr a unikať, jednak sa v ňom učí konfrontačnému spôsobu riešenia ťažkostí. V interakcii rodín s delikventným potomkom nachádzajú pozorovatelia (pri porovnávaní s inými rodinami) veľa obviňovania, nevecné a emočné diskusie o problémoch, veľa agresívnych obrán vlastnej osoby, nepresné definície problémov, menšie prijímanie zodpovednosti, menej priateľských oznámení, menej snahy zhodnotiť, ako sa skúšané riešenie problému prakticky osvedčuje. (Matoušek, 1998)

Okrem školy a rodiny možnosti prevencie vidíme v školských zariadeniach a inštitúciách, ktoré zabezpečujú ovplyvnenie záujmov mládeže. V niektorých prípadoch je však nevyhnutná ich úzka spolupráca so školskými alebo mimoškolskými organizáciami. Mimoškolské organizácie už tradične vo veľkej miere podporujú a mnohokrát aj rozširujú záujmy študentov a v rámci rôznych zaujímavých súťaží v nich vzbudzujú prirodzenú túžbu realizovať sa, vyniknúť a „byť v niečom skutočne dobrý“. V tomto zmysle plnia veľmi dôležitú úlohu u mládeže v období dospievania. V centrách voľného času, v rozličných krúžkoch orientovaných na šport, kultúru, umenie i mnoho ďalších oblastí majú študenti nielen možnosti vzdelávania, ale i jedinečnú príležitosť pre spoznávanie mladých ľudí s rovnakými záujmami a uzatváranie nových priateľstiev. V nejednom prípade reprezentujú mimoškolskú organizáciu za svoj región, a tak majú možnosť cestovať po území Slovenska a niekedy i v zahraničí. (Veteška, Fischer, 2020)

K obmedzeniu delikvencie mládeže by mohli veľmi účinne prispieť aj médiá. Práve televízia a film sú však označované širokou verejnosťou za najčastejšiu príčinu delikvencie mládeže. Toto tvrdenie však možno vyvrátiť dôležitým faktom: pokiaľ by sa zakladalo na pravde, museli by byť všetci, ktorí

sledujú televíziu, delikventmi. Škodlivý vplyv médií sa však týka len jedincov, ktorí majú väčšie vrodené predpoklady a navyše i nevhodné sociálne prostredie, ktoré podporuje agresívne správanie. Možno teda pripustiť, že niektoré filmy alebo televízne programy majú obvykle vplyv na tých mladých ľudí, ktorí majú isté sklony k protispoločenskej činnosti. Rodičia by preto mali dbať na to, aby deti správne pochopili morálno-právne aspekty odvysielaného literárno-umeleckého žánru. Často sa totiž stáva, že deťom chýba správne vysvetlenie diela a potom si sami utvárajú vlastné subjektívne úsudky na pointu diela, pričom obvykle uprednostňujú hrdinov s negatívnymi morálno-vôľovými vlastnosťami. Jedným z navrhovaných riešení odstránenia (resp. zmiernenia) delikvencie mládeže je projekt „Za bezpečnú školu“ realizovaný vo Francúzsku. (Bubelíni, 1996) Cieľom projektu je osemdňový výcvik nezamestnanej a nekvalifikovanej mládeže zameraný na problematiku detí a dospievajúcich vrátane problematiky drog, deviantného správania a bezpečnosti v doprave, na základe zmluvy uzatvorenej s organizátormi projektu. Týmto spôsobom vyškolení mladí ľudia pomáhajú učiteľom pri zaistení dozoru nad deťmi počas obeda i po vyučovaní, pomáhajú riešiť problémy i konflikty žiakov. Inštitúcie teda môžu vo veľkej miere pomôcť v prevencii delikvencie mládeže, no nevyhnutným aspektom v tomto prípade bude úzka spolupráca s rodinou a školou.

Dôležitou súčasťou celospoločenskej prevencie je sociálna prevencia, ktorú tvorí ucelený systém previazanosti všetkých rezortov, samosprávy, štátnych i neštátnych subjektov ako aj mimovládnych organizácií, pričom jej hlavným zameraním je predchádzať vzniku a šíreniu sociálno-patologických javov vo všeobecnosti a postupným ustálením hladiny ich výskytu a následným znižovaním tejto hladiny. Znižovanie uvedenej hladiny je možné len za predpokladu úspešného preventívneho pôsobenia na mladistvých, znižovaním kriminality mladistvých, drogovej a inej závislosti a pomoci deťom s poruchami správania, ich vyňatie zo škodlivého prostredia a následnou integráciou do zdravej spoločnosti. Toto prioritné zameranie sociálnej prevencie má svoje opodstatnenie, nakoľko ide o najohrozenejšiu skupinu populácie, ktorá je náchylná hľadať riešenie svojich problémov neadekvátnymi spôsobmi, ktoré nemusia byť v súlade s normami a zákonmi spoločnosti.

V rámci primárnej sociálnej prevencie je potrebné zamerať sa na nenarušený sociálny terén, a to vytváraním podmienok pre zdravý psychický, fyzický a sociálny vývin jednotlivca, rodiny a prostredia, ktoré ich ovplyvňuje. Ak doterajšia výchova vážne ohrozuje ďalší vývin jednotlivca, alebo ak ide o jednotlivca s poruchami správania, ktorý sa dopúšťa priestupkov, trestných činov, alebo sa zúčastňuje na inom protispoločenskom dianí, ktoré negatívne ovplyvňuje jeho vývin (závislosti: drogová, hráčska) je obeťou takéhoto konania, musia prísť

na rad obranné mechanizmy spoločnosti v oblasti štátnej správy a zastaviť, alebo obmedziť vplyv tohto škodlivého pôsobenia. V tejto fáze sa sociálna prevencia uplatňuje prostredníctvom sociálnej kurately ako súboru opatrení na odstránenie, zmiernenie, zamedzenie prehlbovania alebo opakovania porúch psychického, fyzického alebo sociálneho vývinu dieťaťa a poskytovanie pomoci v závislosti od závažnej poruchy a situácie, v ktorej sa dieťa nachádza. Tieto opatrenia sa vykonávajú najmä prostredníctvom sociálnej práce, metódami, technikami, postupmi zodpovedajúcimi poznatkom spoločenských vied o stave a vývoji sociálno-patologických javov v spoločnosti. Pri ich voľbe a uplatňovaní sú uprednostňované opatrenia na zabezpečenie riadnej výchovy a všestranne zameraného vývinu dieťaťa v jeho vlastnom rodinnom prostredí, alebo v náhradnom prostredí. Všetky opatrenia sociálnej kurately sú úzko prepojené a navzájom sa podmieňujú.

Záver

Výrazným znakom súčasnej spoločnosti je výskyt a šírenie sociálno-patologických javov, od drobných problémov v správaní sa cez závažnejšie delikty až po delikvenciu, kriminalitu či toxikomániu. Ohrozovaná je najmä mládež, ktorá je menej odolná voči rôznym nežiaducim vplyvom a faktorom, ale i náchylná hľadať riešenia svojich problémov neadekvátnymi cestami. V nových demokratických podmienkach je našou morálnou povinnosťou s využitím progresívnych celoeurópskych skúseností aktívne modelovať a urýchlene inštalovať preventívny systém, ktorý by mohol ašpirovať na zmiernenie očakávaného nárastu sociálnej patológie v správaní sa mladej generácie. (Matula, 1995)

Výchovné formovanie detí a mládeže sa nedeje len v čase vyučovacom, ale aj v prirodzených podmienkach sociálneho a materiálneho prostredia, v ktorom žijú, teda v čase voľna. Nesmieme množstvo živelne pôsobiacich vplyvov v čase mimo vyučovania naznačuje, že sa formovanie osobností mladistvých môže uberať nesprávnym smerom. To znamená, že ak sa vo výchove mladých ľudí nebude venovať väčšia pozornosť, môže sa zvýšiť aj tak dosť vysoké percento mladistvých s poruchou vzťahu k výchove a vzdelaniu, k práci, ľuďom a spoločnosti.

Rodinný život, partnerské vzťahy zaberajú v živote adolescenta prvoradé miesto. Sú hodnotou, ktorú pokladajú za najdôležitejšiu, za podstatu svojej životnej existencie. Ak sa dospelí dokážu tešiť z ich úspechov a vytvoriť pre nich vzory emocionálne zrelej osobností, aj v stále zložitejších podmienkach prudkého technického a civilizačného rastu, môžu tak prispieť k udržiavaniu

duševného zdravia budúcich generácií. Čo dnes najviac potrebujú dospievajúce deti je, aby mali múdrejších a citovo zrelších rodičov a vychovávateľov.

Zoznam bibliografických odkazov

BUBELÍNY, J. 1996. *Prevenia kriminality a inej protispoločenskej činnosti*. Bratislava : SNP, 1996.

FALTIN, M. 1972. *Delikvencia detí a mladistvých*. Bratislava: SNP, 1972.

GEIST, B. 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publisking, 1992. 16, 58, 61s.

HERETIK, A. 1999. *Extrémna agresia I*. Nové Zámky: Psychotrof, 1999.

IVANOVÁ, M. a kol. 1983. *Slovník cudzích slov A/Z*. Bratislava: SNP, 1983. 193, 708 s.

JUHÁSOVÁ, A. 2016. *Školské prostredie ako priestor na prevenciu delikvencie*. Bratislava: UK, 2016.

KRULICHOVÁ, E. 2020. *Obavy ze zločinu: Mýty a realita*. Praha: Karolinum, 2020.

MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. 1998. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998.

MATULA Š. 1995. *Centrum výchovnej a psychologickkej prevencie a jeho možnosti v prevencii sociálnej patológie*. Mládež a spoločnosť. Roč. 1, č. 2/1995.

OBERUČ, J. 2019. *Teória výchovy v procese výchovy a vzdelávania*. Dubnica nad Váhom: Vysoká škola DTI, 2019.

ONDREJKOVIČ, P. 1995. *Úvod do sociológie výchovy*. Bratislava: VEDA, 1995. 90, 91, 95, 213 s.

ONDRUŠKOVÁ, E. 2016. *Rodina, voľný čas, psychoaktívne látky a delikvencia*. Bratislava: UK, 2016.

PASTERŇÁKOVÁ, L. 2021. *Methods of education*. Ostrava : KEY Publishing, 2021.

TKÁČ, B. 2017. Specifics of contemporary society. In *Acta educationis*, 2017, s. 107 - 111.

VETEŠKA, J., FISCHER, S. 2020. Psychologie kriminálního chování. Praha: Grada, 2020.

SYSTEM SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI V MESTE PREŠOV THE SOCIAL CARE IN THE CITY OF PREŠOV

Ján Eperieši

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

E:mail: eperiesi@post.sk

Školiteľ/scientific adviser: doc. RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

Abstrakt

Sociálne služby sú činnosti, ktoré sa poskytujú klientovi na riešenie jeho nepriaznivej sociálnej situácie a na rozvoj schopnosti osoby viesť samostatný život. Cieľom v starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb je koncept kvality a spokojnosti klienta. Sociálne služby ako verejné služby slúžia každému občanovi, ktorý sa z akéhokoľvek dôvodu ocitá v nepriaznivej sociálnej situácii. Stávajú sa ústredným pojmom sociálnej politiky a tým aj sociálnej práce na Slovensku a dopyt po nich na našom území v posledných rokoch rapídne stúpa. Sociálne služby v Prešove sú širokospektrálne. Cieľom príspevku bolo poskytnúť prehľad možností poskytovania sociálnych služieb, ich základnú charakteristiku v meste Prešov.

Kľúčové slová

Prešov. Financovanie. Sociálna starostlivosť. Sociálny systém.

Abstract

Social services are activities that are provided to the client to address his unfavorable social situation and to develop a person's ability to lead an independent life. The goal in the care in social services facilities is the concept of quality and client satisfaction. Social services as public services serve every citizen who, for whatever reason, finds himself in an unfavorable social situation. They are becoming a central concept of social policy and thus of social work in Slovakia, and the demand for them in our territory has been rising rapidly in recent years. Social services in Prešov are broad-based. The aim of this work was to provide an overview of the possibilities of providing social services, their basic characteristics in the city of Prešov.

Keywords

Prešov. Financing. Social care. Social system. Social Department.

Úvod

Kvalita života v sociálnom prostredí je determinovaná podmienkami kvality poskytovanej sociálnej služby. Svetová zdravotnícka organizácia definuje kvalitu života ako „*spôsob, ktorým jednotlivec vníma svoje postavenie v živote, v kontexte kultúrneho a hodnotového systému, v ktorom žije, ako aj vo vzťahu k svojim osobným cieľom a očakávaniam, normám a záujmom.*“ Kvalita života je závislá od osobných hodnôt, životných podmienok a osobnej spokojnosti. Vnímajúc tento aspekt osobnej kvality života je možné vo všeobecnosti zdefinovať kvalitu poskytovanej sociálnej služby ako súlad medzi ponukou sociálnych služieb v korelácii s potrebami a požiadavkami prijímateľa sociálnych služieb, ktorý sa nachádza v nepriaznivej sociálnej a životnej situácii. Odbornými a teoretickými východiskami pre stanovenie podmienok kvality sú prístupy orientované na človeka – prijímateľa sociálnych služieb. Kvalita života je široký pojem, ktorého obsah ovplyvňujú viaceré faktory ako sú telesné zdravie, psychický stav, osobné presvedčenie, sociálne vzťahy, ale aj prepojenie týchto faktorov s významnými prvkami prostredia.

Sociálne služby sú neodmysliteľnou súčasťou života spoločnosti. Každá spoločnosť sa snaží vyrovnáť so základnými snahami v tejto oblasti, pomôcť čo najväčšiemu počtu svojich členov, pomáhať spravodlivo a snažiť sa neukrátiť žiadneho človeka, odkázaného na pomoc. Je to úloha mimoriadne zložitá a nevdáčna z dôvodu, že nie je možné uspokojiť všetkých odkázaných. Sociálne služby patria medzi dôležité aktivity štátu, samosprávy a poskytovateľov sociálnych služieb. Ich existenciu a potrebu si uvedomíme často až vtedy, keď sme na ňu odkázaní my sami alebo pri potrebe riešenia problému našich rodinných príslušníkov.

Sociálna starostlivosť a jej ciele

Sociálna starostlivosť je činnosť, ktorá pomáha uspokojovať spoločnosťou uznané tzv. objektívne sociálne potreby občanov. Súčasná legislatíva používa v prípade sociálnej starostlivosti termín sociálne služby. V rámci DSZS sa aj slovenský systém pomoci rozdeľuje na dva hlavné spôsoby pomoci: neformálna starostlivosť, ktorá je podľa zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotné postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov a neskorších predpisov vykonávaná zväčša v domácom prostredí a je podporovaná opakovaným peňažným príspevkom na opatrovanie a na osobnú asistenciu. Fyzická osoba je odkázaná na oparovanie ak je stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby 5 alebo 6 podľa osobitného predpisu. Orgán zodpovedný za výkon vo veciach podpory tejto oblasti je samotný úrad práce sociálnych vecí a rodiny a formálna starostlivosť – tú zabezpečujú profesionálni

poskytovatelia sociálnych služieb, ktorí sú zapísaní v registri poskytovateľov sociálnych služieb. Tento register je vedený príslušným územným celkom. Poskytovateľ vykonáva sociálnu službu osobám, ktoré sú odkázané na pomoc inej osoby podľa stupňa odkázanosti a stupeň odkázanosti určuje buď príslušná obec alebo VUC vydaním rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu.

„Hlavným cieľom sociálnych služieb je prevencia, riešenie a zmiernenie nepriaznivej životnej situácie osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnova alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život a podpora jej inklúzie do spoločnosti. Spomedzi viacerých druhov zariadení sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“) sú z hľadiska škály klientov vyžadujúcich DSZS významné najmä - domovy sociálnych služieb (stupeň odkázanosti V. a VI., nevidiaci alebo prakticky nevidiaci III. až VI.), zariadenia pre seniorov (stupeň odkázanosti IV. až VI.), zariadenia opatrovateľskej služby (stupeň odkázanosti II. až VI.) a špecializované zariadenia (stupeň odkázanosti V. a VI.).“ (Mátel, Schavel, Kuzyšin, 2015, s. 25).

Sociálnou službou sa rozumie odborná aktivita, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na: prevenciu, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie konkrétnej osoby alebo komunity, vytvorenie a zachovanie zručností jedincov viesť samostatný život a začleniť sa do spoločnosti, vytvorenie a poskytnutie potrebných podmienok na vykonávanie základných životných potrieb jedinca, riešenie krízovej sociálnej situácie jedinca a rodiny, prevencia vylúčenia jedinca a rodiny zo spoločnosti. (Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách). Kľúčovým právnym dokumentom pre sociálne služby je zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (bez vykonávacích vyhlášok, ale niektoré úpravy cez VZN samospráv, MZ SR alebo RÚVZ či ÚVZ). Sociálna služba je v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. odborná činnosť, obslužná činnosť alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností. Tento zákon vymedzuje kompetencie štátnej, regionálnej aj miestnej samosprávy a upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, ich financovanie a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb. Hlavným cieľom sociálnych služieb je prevencia, riešenie a zmiernenie nepriaznivej životnej situácie osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnova alebo rozvoj schopností fyzickej osoby viesť samostatný život a podpora jej inklúzie do spoločnosti.

Koncepcia rozvoja sociálnych služieb

Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách sú upravované povinnosti vyšších územných celkov pri plánovaní kontrol financovaní

a poskytovani sociálnych služieb v príslušnom obvode. Medzi základné povinnosti patrí komunitné plánovanie rozvoja sociálnych služieb, kde je súčasťou aj vytvorenie koncepcie samostatného kraja. PSK (Prešovský samosprávny kraj) vytvára a schvaľuje koncepciu rozvoja sociálnych služieb podľa národných priorit rozvoja sociálnych služieb a komunitných plánov sociálnych služieb vo svojom územnom celku. Hlavným cieľom koncepcie je vytvorenie efektívneho, transparentného, ľahko dostupného a kvalitného nástroja na plánovanie, riadenie a poskytovania sociálnych služieb. Aktuálne platná koncepcia rozvoja sociálnych služieb PSK na roky 2020 - 2025 tvorí základný programový dokument, ktorý stanovuje regionálnu politiku PSK v oblasti sociálnych služieb. Opiera sa o dostupné komunitné plány PSK a rovnako tak národné a medzinárodné dokumenty v tejto oblasti. Význam sociálnych služieb vychádza z kontextu ľudsko-právnych dokumentov, Ústavy SR a národných priorit rozvoja sociálnych služieb na roky 2015 - 2020. (www.employment.gov.sk).

Myslenie a správanie ľudí má dôsledky na prostredie v ktorom človek žije. Štúdium vplyvu človeka na prostredie a opačne je obsahom významnej sociálnej teórie – sociálno-ekologickej koncepcie alebo modelu, známej ako PIE (Person – In – Environment t. j. Osoba v prostredí). Model rozvinuli Kirst Ashman a Hull (1999). Sociálno-ekologický model zdôrazňuje tie podmienky, ktoré spájajú jedinečnosť ľudskej existencie s prostredím. Platnosť sociálno-ekologického modelu v bežnom živote je bežne pozorovateľná.

V publikácii Kvalitné sociálne služby II. Krupa a kol. (2003) sa uvádzajú teoretické východiská kvality sociálnych služieb a ich zhodnotenie. Spomenuté metódy hodnotenia uvádzajú výsledky výskumu na základe monitoringu a supervízie ktoré bolo realizovaného v 73 zariadeniach sociálnych služieb v Slovenskej republike. Výsledky monitoringu pomohli sformovať základné metódy kvality (Krupa a kol., 2003), ktorými sú: procesuálna metóda hodnotenia kvality, sociálne poradenstvo a supervízia, identifikovanie subjektívnej spokojnosti odberateľa sociálnych služieb.

Podľa Bauera (2000) zákazníkova spokojnosť patrí k rozhodujúcim faktorom úspechu každej organizácie, pričom pojem spokojnosť vyjadruje ako stav označovaný pre blaho, zadosťučinenie, radosť alebo šťastie. Ako sme vyššie uviedli so spokojnosťou zákazníka úzko súvisí aj kvalita poskytovaných služieb. Benčo (2005) pod kvalitou služieb rozumie súhrn vlastností, ktoré im dávajú schopnosti uspokojovať vopred stanovené, alebo predpokladané potreby. Thicke (2006) uvádza, že kvalita je do značnej miery abstraktný pojem. Kotler a kol. (2008) vo svojej publikácii tvrdia, že zákazníkom najviac záleží na kvalite, obsluhu a poskytnutej hodnote. Berry a Parasuraman (1991) rozlišujú dve úrovne

očakávaní zákazníkov: žiaducu úroveň a akceptovateľnú úroveň. Žiaduca úroveň vyjadruje na akej úrovni by služba mala byť - v sociálnych službách sú to napr. zákonom stanovené štandardy kvality, vrátane merateľných indikátorov. Akceptovateľná úroveň predstavuje kvalitu, ktorú je zákazník ochotný akceptovať. Hranice týchto dvoch úrovní tvoria zónu tolerancie, ktorá je u zákazníkov individuálna.

Sociálnym službám je možné pripísať tri základné funkcie, ktoré ich odlišujú od ostatných verejných služieb. Týmito funkciami sú: „*podporná funkcia, ktorá má za úlohu napomáhať jedincom, aby mohli využiť zdroje, ktoré im spoločnosť ponúka; seba aktualizujúca funkcia pomáha jedincom viesť čo najnormálnejší spôsob života a posledná, tretia terapeutická funkcia, ktorá eliminuje hroziacu patológiu*“. (Majlingová a kol., 2002, s. 58).

Sociálne služby sú formou sociálnej pomoci pre ľudí, ktorí si vyžadujú pomoc. Štát a samosprávy prostredníctvom týchto služieb pomáhajú naplňať základné sociálne potreby ľudí. Pri podpore sociálneho začlenenia osôb je súčasťou aj problematika sociálne vylúčených spoločenských skupín. V súvislosti s tým ministerstvo vypracováva stratégie, koncepcie, analýzy a legislatívne úpravy v záujme sociálnej integrácie vylúčených spoločenských skupín. Navrhuje aj právne predpisy pre rozvoj životných podmienok sociálne vylúčených spoločenských skupín. (www.employment.gov.sk).

Princípy a metodika poskytovania sociálnych služieb

V súčasnosti sa metodika sociálnej práce chápe ako súbor postupov techník a metód, ktoré umožňujú vybrať sociálnemu pracovníkovi najvhodnejší spôsob pomoci pre jeho klienta. (Žilová, 2000). Pri vývoji metodiky môžeme rozlíšiť dva smery: praktické využité náhodne zvolených metód a ich prispôsobovanie, vedecké spracovanie použitých metodických postupov. (Levická, 2003).

Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách je poskytovateľ povinný plniť podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby. V spomínanom zákone v prílohe č. 2 písmeno a) sú uvedené presné štandardy kvality poskytovanej sociálnej služby. Tie sú rozdelené do štyroch základných oblastí: dodržanie základných ľudských práv a slobôd, procedurálne podmienky, personálne podmienky a prevádzkové podmienky. Pre nastavenie kvalitnej sociálnej služby je nevyhnutné, aby sa toto kritérium prenieslo aj do základných dokumentov poskytovateľa sociálnych služieb, ale aj samotného výkonu a poskytovania sociálnej služby v praxi. Brichtová (2015) uvádza, že z dokumentov poskytovateľa sociálnych služieb musí byť vždy jasné:

- komu sa sociálna služba poskytuje – nestačí len všeobecná formulácia, že služby sa poskytujú len osobám v nepriaznivej životnej situácii, je potrebné to viac špecifikovať,
- aký druh sociálnej služby je poskytovaný,
- akou formou je sociálna služba poskytovaná,
- kde je sociálna služba poskytovaná,
- aký je rozsah sociálnej služby.

Oproti tradičnému, zdravotno-medicínskemu modelu sociálnej práce, existuje „model služby“. V „modely služby“ sú kladené požiadavky, aby mal zamestnanec v sociálnych službách nie len rolu profesionálne kompetentného pracovníka, ale tiež, aby spĺňal osobnostné kritéria, aby disponoval ľudskými kvalitami. Preto sú v sociálnej práci významné nie len odborné schopnosti a zručnosti ale tiež osobnostné vlastnosti. Interakcia medzi sociálnym pracovníkom a prijímateľom sociálnej služby obohatená o ľudský rozmer pracovníka je základom pre kvalitatívne iný vzťah a realizáciu zmien v živote prijímateľa sociálnej služby ale tiež zmien v živote sociálneho pracovníka. „*Sociálna práca sa uskutočňuje na hranici medzi prispôsobením sa a službou*“ (Matoušek, 2003, s. 38). Myslíme, že práve tento typ flexibilných zmien vychádzajúcich z rovnovážneho vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a prijímateľom sociálnej služby pri zachovaní rozdielnych sociálnych rolí by mal byť prítomný v procese sociálnych služieb.

Samotné hodnotenie podmienok kvality patrí medzi dôležitý nástroj na zvyšovanie kvality života klientov sociálnych služieb. Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR v spolupráci s Inštitútom pre výskum práce a rodiny vypracovalo metodický dokument, ktorý slúži na zosúladenie implementácie podmienok hodnotenia kvality zo strany poskytovateľov sociálnych služieb a mechanizmu hodnotenia kvality zo strany ministerstva. Systém hodnotenia podmienok kvality je podporované Národným projektom Kvalita sociálnych služieb (NPKSS). Zameraním tohto projektu je podporiť začlenenie osôb odkázaných na sociálne služby do spoločnosti vďaka poskytovaniu kvalitných sociálnych služieb. Operačným cieľom projektu je pomôcť pri zavádzaní kvality sociálnych služieb prostredníctvom metodickej podpory poskytovateľov sociálnych služieb a zároveň použitím podmienok kvality účastne so zavádzaním systému hodnotenia podmienok kvality sociálnych služieb. Informácie o presných aktivitách tohto projektu je možné nájsť na stránkach Implementačnej agentúry MPSVR SR, ktorá je prijímateľom NP KSS (www.kvalitasocialnychsluzieb.gov.sk).

Kvalita v sociálnych službách a jej hodnotenie sa vymedzuje ako jedna z hodnôt na ktoré sú tieto služby v európskom sociálnom modeli postavené.

(Huber, 2006). Krupa (2007) tvrdí, že z pohľadu prijímateľa sociálnych služieb je indikáciou pre zvyšovanie kvality záujem na riešení svojej situácie, záujem o aktívnu participáciu, preberanie spoluzodpovednosti, záujem o self - management služieb a pevná sociálna sieť. Kontraindikáciu pre zvyšovanie kvality z pohľadu prijímateľa sociálnych služieb je fixácia na štandardný a v skutočnosti neodborný a nekvalifikovaný prístup personálu, nezáujem a negativizmus z jeho strany, nedostatočná alebo chýbajúca podpora kľúčového pracovníka resp. kontaktnej osoby a nezáujem sociálnej siete o zmenu kvality života prijímateľa.

Poskytovanie sociálnych služieb v Prešovskom kraji

Od 1.7.2002 prevzal Prešovský samosprávny kraj (PSK) kompetencie v oblasti sociálnej pomoci. PSK má vo svojej pôsobnosti 25 zariadení sociálnych služieb s právnou subjektivitou v ktorých sa poskytujú služby v zmysle zákona o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov. Konkrétne ide o tieto druhy: domov sociálnych služieb (DSS), zariadenie pre seniorov, špecializované zariadenie, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko, zariadenie núdzového bývania, útulok, domov na polceste. PSK zabezpečuje poskytovanie aj finančných príspevkov neverejným poskytovateľom sociálnych služieb, ktorými sú právnické a fyzické osoby, poskytujúce služby v zmysle zákona o sociálnych službách. Výkon kompetencií v oblasti sociálnych služieb PSK realizuje cez Odbor sociálneho Úradu PSK. Pre zefektívnenie výkonu týchto kompetencií predovšetkým v oblasti posudkových oblastí je pre občanov zriadená kancelária prvého kontaktu. Občan tak vie získať na jednom mieste komplexné informácie o možnostiach poskytovaných sociálnych služieb. Základnú právnú normu vytvára NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“). Tento zákon stanovuje poskytovanie sociálnych služieb, ich financovanie a kontrolu nad ich financovaním, nad ich poskytovaním z právneho rámca a zároveň upravuje podmienky poskytovania sociálnych služieb. Hlavným cieľom je podporiť začleňovanie jedincov do spoločnosti a uspokojiť ich základné sociálne potreby v čase nepriaznivej sociálnej situácie.

Nepriaznivá sociálna situácia znamená, že osobe hrozí sociálne vylúčenie alebo nedokáže samostatne riešiť svoje problémy alebo je obmedzená schopnosť spoločenského začlenenia sa a to z dôvodu že:

- pretože nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb,

- pre svoje životné návyky, spôsob života, závislosť od návykových látok,
- pre ohrozenie jej vývoja z dôvodu jej zdravotného postihnutia, ak ide o dieťa do 7 rokov veku,
- pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav,
- z dôvodu, že daná osoba dovŕšila vek potrebný na nárok na starobný dôchodok,
- pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím,
- pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb, alebo ak sa stala obeťou správania iných fyzických osôb,
- pre zotrúvanie v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generačnej reprodukovanej chudoby. (Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov na roky 2018 – 2025).

Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov

Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov vznikol na základe zákona o sociálnych službách podľa ktorého je v pôsobnosti obce vypracovať a schváliť uvedený dokument. Komunitný plán sa vypracováva na 8 ročné obdobie. Aktuálne je to na roky 2018 -2025. Jeho hlavným cieľom je: vytvoriť podmienky pre poskytovanie komplexných, adresných, kvalitných a dostupných sociálnych služieb pre jednotlivé sociálne skupiny, vytvoriť podmienky na podporu komunitného rozvoja za účelom predchádzania vzniku či zhoršovania nepriaznivých sociálnych situácií a riešenie miestnych sociálnych problémov, podporovať trvalo udržateľný rozvoj mesta s možnosťou budovania ďalších sociálnych zariadení. *„Podľa vízie mesta Prešov by mesto Prešov v roku 2025 malo poskytovať adresné, komplexné, kvalitné a dostupné sociálne služby pre jednotlivé skupiny obyvateľov prostredníctvom fungujúcej siete služieb založenej na skutočnom dopyte a uspokojení potrieb občanov“* (Komunitný plán sociálnych služieb mesta Prešov na roky 2018 – 2025 s. 105).

Záver z analytickej časti z tohto dokumentu poukazuje na potrebu zabezpečiť sociálne služby komplexne, dostupne a kvalitne. Pričom dôraz sa kladie na aktívny prístup občana, vlastnú pomoc rodiny a využite potenciálu komunity. Realizácia týchto aktivít je podmienená zabezpečením dostatočných finančných zdrojov v rozpočte mesta Prešov ako aj rozpočtu neverejných poskytovateľov sociálnych služieb a získanie dotácií z ministerstiev, grantových prostriedkov, EU fondov a iných zdrojov. Strategické ciele na obdobie do roku 2025 sú zhrnuté do troch rámcových okruhov poskytovaných sociálnych služieb: prvá cieľová skupina – rodiny s deťmi, druhá cieľová skupina – osoby so zdravotným postihnutím a seniori, tretia cieľová skupina – ohrozené skupiny

Hlavným cieľom je podporiť sociálnu inklúziu a zlepšiť sociálnu situáciu skupín sociálne vylúčených alebo ohrozených sociálnym vylúčením prostredníctvom poskytovania efektívnych a adresných sociálnych služieb ohrozeným skupinám občanov a jednotlivcom. Rozširovať a zriaďovať nové sociálne služby zamerané na riešenie ťažkých životných situácií ohrozených skupín žijúcich v meste, podporovať zamestnateľnosť a prístup na trh práce pre ohrozené skupiny, podporovať sociálne a prestupné bývanie pre ohrozené skupiny vrátane vybudovania prístreší, posilňovať sociálnu inklúziu ľudí z marginalizovaných komunit a ohrozených skupín.

Na základe dotazníkového zisťovania ktoré sa realizovalo v 12/2016 až 04/2017 z dôvodu prípravy komunitného plánu sociálnych služieb mesta Prešov sa zapojilo 473 respondentov a zo záverov vychádza, že respondenti v menšej polovici niektorú sociálnu službu využívajú a z tých, ktorí ju využívajú prevládajú ambulantné sociálne služby a bytové sociálne služby.

Tabuľka 1 Záujem o sociálne služby v meste Prešov – odpovede respondentov

Otázka: Ktorá z ďalej uvedených sociálnych služieb pre občanov je z Vášho pohľadu potrebná, resp. o ktorú uvedenú službu by ste mali záujem?	Počet respondentov (% podiel)	Poradie potrebnosti sociálnych služieb podľa respondentov
zariadenie pre seniorov	231 (48,83 %)	1.
opatrovateľská služba	187 (39,53 %)	2.
denný stacionár	122 (25,79 %)	3.
prepravná služba	105 (22,19 %)	4.
poradenstvo (sociálne, právne, krízové,...)	95 (20,08 %)	5.
jedáleň, resp. zabezpečenie stravy	81 (17,12 %)	6.
domov sociálnych služieb	75 (15,85 %)	7.
zariadenie opatrovateľskej služby	70 (14,79 %)	8.
zariadenie núdzového bývania	68 (14,37 %)	9.
rehabilitačné stredisko pre zdravotne ťažko postihnutých	64 (13,53 %)	10.

Zdroj: Komunitný plán mesta Prešov, 2021. s. 94

Medzi najčastejšie sociálne problémy respondenti uvádzajú problémy s vykonávaním sebaobsluhy a so starostlivosťou o domácnosť. Medzi sociálne služby a zariadenia, ktoré podľa respondentov v meste Prešov chýbajú, patrí:

vyššia dostupnosť zariadení pre seniorov a zvýšenie kapacity pre dlhodobo chorých.

Tabuľka 2 Postrehy a návrhy k poskytovaniu sociálnych služieb v Prešove

Podnety, postrehy, návrhy	Počet
navyšovať kapacitu v existujúcich zariadeniach poskytujúcich sociálne služby	8 respondentov
zriadiť nové zariadenia poskytujúce sociálne služby	6 respondentov
zvýšiť informovanosť o jednotlivých sociálnych službách v meste	6 respondentov
viac zariadení a pozornosti venovať seniorom	5 respondentov

Zdroj: Komunitný plán mesta Prešov, 2021. s. 95

Respondenti vo vekovej kategórii 35 – 60 rokov odpovedali, že viac pozornosti by si zaslúžili rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím, rodiny s malými deťmi, seniori a osoby so zdravotným postihnutím. V tejto vekovej kategórii respondentom chýbajú pracovné príležitosti, dostupné nájomné a sociálne byty, komplexné poradenské služby pod jednou strechou a pobytové zariadenia pre ohrozené skupiny. Respondenti nad 60 rokov odpovedali, že viac pozornosti by si zaslúžili seniori, rodiny s deťmi so zdravotným postihnutím, osoby so zdravotným postihnutím a najmä dlhodobo chorí. Podľa respondentov v tejto vekovej skupine chýba najmä dostatočná kapacita v zariadeniach a poskytovaní sociálnych služieb pre seniorov, ďalej absentuje dostatok pobytových zariadení pre seniorov, cenovo dostupná odľahčovacia služba. Návrhy, očakávania, potreby:

- sociálne služby v meste sú na vysokej úrovni, ale nepokrývajú dopyt,
- väčšiu pozornosť venovať osamelým rodičom a mladým rodinám,
- navýšiť kapacitu v existujúcich zariadeniach poskytujúcich sociálne služby,
- zabezpečiť lepšiu informovanosť o jednotlivých sociálnych službách v meste,
- zefektívniť rodinnú, sociálnu a bytovú politiku v meste (výstavba sociálnych a mestských bytov),
- znížiť príspevok za opatrovateľskú a odľahčovaciu službu,
- zlepšiť finančné ohodnotenie pracovníkov v sociálnych službách,
- zabezpečiť prístrešie a bývanie najnižšieho štandardu.

Ďalšie vyjadrenia a požiadavky:

- zriadiť hospic,
- zriadiť agentúru na sprostredkovanie zamestnania,
- zriadiť zariadenie pre dlhodobo chorých,

- zabezpečiť úložné priestory pre ľudí bez domova,
- poskytovať služby pre bezdomovcov 24 hodín denne,
- využívať oddychové zóny v meste aj na terapie,
- viac voľnočasových, športových a kultúrnych podujatí pre prijímateľov sociálnych služieb,
- zabezpečiť pre občanov v hmotnej núdzi zľavnené cestovanie v MHD.
(Komunitný plán mesta Prešov, s. 96).

Prehľad poskytovaných služieb

Podľa zákona o sociálnych službách je definovaná povinnosť VÚC vypracovávať a schvaľovať Koncepciu rozvoja sociálnych služieb na základe priorít rozvoja sociálnych služieb a komunitných plánov obcí v územnom obvode VÚC. Termín splnenia tejto povinnosti bol do 30. júna 2018 a z celkového počtu 23 miest PSK si splnilo povinnosť 21 miest (okrem Levoče a Stropkova) a z celkového počtu obcí 642 si povinnosť splnilo 110 obcí.

Prešovský samosprávny kraj je v zmysle zákona o sociálnych službách registračným orgánom vo svojom obvode. Prešovský samosprávny kraj vedie Register poskytovateľov sociálnych služieb Prešovského samosprávneho kraja, kde sú registrovaní všetci poskytovatelia sociálnych služieb v zmysle zákona o sociálnych službách v kraji. Aktuálny a kompletný register poskytovateľov sociálnych služieb je dostupný na webovom sídle Prešovského samosprávneho kraja. (www.pokraj.sk).

Tabuľka 3 Druhy sociálnych služieb v PSK s počtom miest

Druh sociálnej služby	Kompetencia v zmysle právnej legislatívy	Počet miest / zariadení v jednotlivých druhoch zariadení sociálnych služieb k 1. 1. 2019			
		Spolu počet miest	z toho		
			PSK	Obce a mestá	Neverejní poskytovatelia
Zariadenie pre seniorov	Obec	2.579	81	987	1.511
Domov sociálnych Služieb	PSK	1.813	1.209	3	601
z toho: celoročný pobyt		1.426	1.047	3	376
týždenný pobyt		57	54	0	3
ambulantný pobyt		330	108	0	222
Špecializované zariadenie	PSK	1.344	589	0	755
z toho: celoročný pobyt		1.311	588	0	723
týždenný pobyt		12	1	0	11
ambulantný pobyt		21	0	0	21
Zariadenie podporovaného bývania	PSK	87	43	0	44
Zariadenie opatrovateľskej služby	Obec	216	0	92	124
z toho: celoročný pobyt		210	0	86	124
týždenný pobyt		0	0	0	0
ambulantný pobyt		6	0	6	0
Rehabilitačné stredisko	PSK	73	44	0	29
z toho: celoročný pobyt		0	0	0	0
týždenný pobyt		0	0	0	0
ambulantný pobyt		73	44	0	29
Denný stacionár	Obec	2.991	0	594	2.397
Zariadenie núdzového bývania	PSK	103	3	20	80
Zariadenie starostlivosti o deti do troch rokov veku dieťaťa		267	0	60	207
Domov na polceste	PSK	132	13	0	119
Útulok	PSK	447	93	26	328
Nočľaháreň	Obec	91	0	69	22
Nízkoprahové denné centrum – ambulantná forma	Obec	24	0	0	24
Nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu – ambulantná forma	Obec	331	0	205	126
SPOLU:		10.498	2.075	2.056	6.397

Zdroj: Register poskytovateľov sociálnych služieb PSK ku dňu 01.01.2019

V Prešovskom samosprávnom kraji v súčasnosti pôsobí celkom 348 poskytovateľov sociálnych služieb. Z toho je 25 poskytovateľov v zriaďovateľskej pôsobnosti Prešovského samosprávneho kraja, 159 je v zriaďovateľskej pôsobnosti miest a obcí a 164 z nich sú neverejní poskytovatelia. Okrem toho je v Prešovskom samosprávnom kraji registrovaných 7 poskytovateľov sociálnych služieb ako fyzické osoby.

Na území mesta Prešov pôsobia títo poskytovatelia sociálnych služieb pre rodinu:

1. Sociálne poradenstvo - MyMamy, o.z. (základné a špecializované poradenstvo), Partneri pre sociálny rozvoj a pomoc (špecializované poradenstvo), Trojlístok, n.o. (základné a špecializované poradenstvo), PARTNERSTVO SOCIÁLNEJ INKLÚZIE SUBREGIÓNU ŠARIŠ (základné poradenstvo), Gréckokatolícka charita Prešov (špecializované poradenstvo)
2. Komunitné centrá - Rómsky inštitút - Roma Institute, n.o, Mesto Prešov, Trojlístok, n.o., Občianske združenie Tobiáš
3. Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladenia osobného a pracovného života – Mesto Prešov
4. nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu - Mesto Prešov, Návrat, Občianske združenie Tobiáš
5. terénna sociálna služba krízovej intervencie - Trojlístok, n.o.
6. útulok – gréckokatolícka charita Prešov
7. zariadenie núdzového bývania - MyMamy, o.z.
8. domov na polceste - Partneri pre sociálny rozvoj a pomoc (špecializované poradenstvo), RELEVANT, n.o.
9. nocľaháreň – gréckokatolícka charita Prešov
10. nízkoprahové denné centrum - gréckokatolícka charita Prešov
11. služba včasnej intervencie - Centrum včasnej intervencie Prešov, Bez bariér n.o. (Sociálne služby pre rodinu, 2021).

PSK chce byť nápomocný v situáciách, ktoré nie sú štandardne pokryté zákonnými možnosťami štátu, samosprávy alebo verejnoprávnej inštitúcie. Z tohto dôvodu bola na desiatom zasadnutí (10.12.2018) zastupiteľstvom PSK schválená nadácia PSK pre podporu rodiny. Tá pomáha jednotlivcom a rodinám, ktoré sa ocitli v nepriaznivej životnej situácii v dôsledku zlého zdravotného stavu dieťaťa, v dôsledku živeľnej pohromy, či závažného ochorenia alebo pri tragickej udalosti prišli o člena rodiny – živiteľa. Nadácia PSK je financovaná z rozpočtu PSK a finančných príspevkov a darov zo súkromných a verejných príspevkov. Pomáha jednotlivcom a rodinám:

- v sociálnej, zdravotnej, ekonomickej a existenciálnej núdzi,

- ktorí sa v dôsledku živeľnej pohromy, závažného a náhleho ochorenia alebo tragickej životnej udalosti nemôžu realizovať v riadnom sociálnom prostredí,
- kde živiteľ rodiny má zníženú pracovnú schopnosť (vplyvom chronického alebo akútneho ochorenia, či pracovného alebo mimopracovného úrazu), je fyzicky alebo psychicky hendikepovaný.

Nadácia PSK pre podporu rodiny bola dňa 14. marca 2019 zapísaná Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky do registra nadácií pod číslom 203/Na-2002/1206. Od tohto dňa spustila svoju činnosť.

Hlavnými zdrojmi nadácie sú finančné prostriedky z rozpočtu Prešovského samosprávneho kraja a finančné príspevky a dary zo súkromných a verejných zdrojov. Najvyšším orgánom nadácie je Správna rada, pozostávajúca z 5-tich členov, ktorí schvaľujú a usmerňujú činnosť nadácie.

Štatutárnym orgánom nadácie je správca, ktorý riadi jej činnosť a koná v jej mene. (O nadáciách, 2021).

Financovanie sociálnych služieb je založené na viaczdvojovom princípe, pričom spôsob a podmienky pri financovaní verejných a neverejných poskytovateľov je rozdielny:

Pri verejných poskytovateľoch sociálnych služieb ide predovšetkým o príjmy:

- rozpočet VÚC,
- úhrady prijímateľov sociálnej služby na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti 31,
- z úhrad za iné činnosti podľa § 15 ods. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (napr. manikúra, pedikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie),
- z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov (refundácia medzi VÚC),
- z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“,
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy,
- rozpočet obce, mesta,
- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou,
- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach krízovej intervencie (nocľaháreň, útulok, domov na pol ceste, zariadenie núdzového bývania),
- úhrady prijímateľov sociálnej služby na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti.

V prípade neverejných poskytovateľov sociálnych služieb ide predovšetkým o príjmy:

- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou,
- finančný príspevok MPSVR SR na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach krízovej intervencie (nocľaháreň),
- finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby (VÚC a obce),
- úhrady prijímateľov sociálnej služby na základe zmluvy o poskytovaní sociálnej služby za poskytované odborné, obslužné a ďalšie činnosti,
- z úhrad za iné činnosti podľa § 15, ods. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (napr. manikúra, pedikúra, kadernícke služby, liečebná rehabilitácia, sociálne terapie),
- z úhrad ekonomicky oprávnených nákladov – „samoplatca“,
- sponzorské finančné prostriedky a dary na základe darovacej zmluvy,
- príjmy z úhrad ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia. (www.health.gov).

Poskytovanie finančných príspevkov podľa zákona o sociálnych službách

MP SVR SR poskytuje finančné príspevky pre nasledovné sociálnej služby: finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach podmienených odkázanosťou podľa § 71 ods. 6 a § 78a zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“) sa poskytuje podľa formy sociálnej služby, štruktúry prijímateľov sociálnej služby podľa stupňa odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby a počtu miest v zariadení zapísaného v registri poskytovateľov sociálnych služieb v konkrétnom zariadení sociálnych služieb a je účelovo určený na pokrytie časti nákladov na mzdy a odvody zamestnancov poskytovateľa sociálnej služby v tomto konkrétnom zariadení. Nariadením vlády Slovenskej republiky č. 246/2021 Z. z. sa ustanovuje výška finančného príspevku v zariadeniach podmienených odkázanosťou na rok 2022 nasledovne:

Tabuľka 4 Výška príspevku podľa stupňa odkázanosti

Stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby	Výška finančného príspevku pri poskytovaní pobytovej sociálnej služby/mesiac/miesto	Výška finančného príspevku pri poskytovaní ambulantnej sociálnej služby/mesiac/miesto obsadené najmenej v rozsahu 8 hodín ambulantnej prevádzky počas pracovného dňa
II. stupeň	125 eur	83 eur
III. stupeň	280 eur	187 eur
IV. stupeň	374 eur	249 eur
V. stupeň	530 eur	353 eur
VI. stupeň	654 eur	436 eur

Zdroj: www.employment.gov.sk

Finančný príspevok na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach krízovej intervencie podľa § 71 ods. 7 a § 78aa zákona o sociálnych službách sa poskytuje podľa druhu sociálnej služby a počtu miest v zariadení zapísaného v registri poskytovateľov sociálnych služieb a je účelovo určený na spolufinancovanie bežných výdavkov v rozsahu ekonomicky oprávnených nákladov.“

Tabuľka 5 Výška príspevku podľa druhu poskytovanej sociálnej služby

Druh sociálnej služby	Výška finančného príspevku na jedno miesto v zariadení na mesiac	Výška finančného príspevku na jedno miesto v zariadení na rozpočtový rok
nocľaháreň	120 eur	1 440 eur
Útulok	150 eur	1 800 eur
domov na pol ceste	150 eur	1 800 eur
zariadenie núdzového bývania	150 eur	1 800 eur

Zdroj: www.employment.gov.sk

MP SVR SR môže poskytnúť finančný príspevok na spolufinancovanie výkonu sociálnych služieb:

- obci, ktorá zabezpečuje sociálne služby vo vybraných druhoch zariadení alebo obci, ktorá zriadila vybrané druhy sociálnych služieb (nocľaháreň, útulok, rehabilitačné stredisko,...),
- neverejnému poskytovateľovi sociálnych služieb vo vybraných druhoch sociálnych služieb. (www.employment.gov.sk).

Finančný príspevok na financovanie sociálnej služby v zariadení podľa § 71 ods. 6 a 7, § 78a a § 78aa zákona o sociálnych službách na príslušný rozpočtový rok sa poskytuje na základe písomnej žiadosti .

Obec a neverejný poskytovateľ vybraných druhov sociálnych služieb predkladá písomnú žiadosť spolu s povinnými prílohami podľa § 78b Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“) v termíne od 1. júla do 31. augusta predchádzajúceho rozpočtového roka.

Ministerstvo uzatvára s obcou a neverejným poskytovateľom zmluvu o poskytovaní finančného príspevku na spolufinancovanie sociálnej služby.

Okrem podstatných náležitostí zmluvy, ktoré sú upravené v ustanovení § 78d ods. 2 zákona o sociálnych službách, sú obsahom zmluvy aj podmienky vrátenia príspevku alebo jeho pomernej časti, ak poskytovateľ pobytovej sociálnej služby mal neobsadené miesto z dôvodu neuzatvorenia zmluvy o poskytovaní sociálnej služby počas viac ako 30 po sebe nasledujúcich dní a poskytovateľ ambulantom sociálnej služby mal neobsadené miesto z dôvodu neuzatvorenia zmluvy o poskytovaní sociálnej služby počas 20 a viac po sebe nasledujúcich pracovných dní“ (www.employment.gov.sk).

Záver

Sociálne služby sú verejné služby, a to znamená, že by mali byť dostupné každému občanovi v rovnakej miere v závislosti od jeho potreby. Na Slovensku potom, kedy došlo k presunu pôsobnosti v oblasti poskytovania sociálnych služieb môžeme zatiaľ negatívne hodnotiť túto skutočnosť, pretože obce nie sú dostatočne materiálne, profesionálne, personálne vybavené na výkon tejto svojej povinnosti. A z tohto dôvodu, mnohí odkázaní občania nemajú uspokojené svoje potreby alebo len čiastočne. Dostupnosť sociálnych služieb je ovplyvnená rozhodnutiami samosprávnych krajov a obci.

Štát má súčasne zabezpečiť kontrolu kvality poskytovaných služieb. Má vytvorenú celoslovenskú sieť okresných úradov Ústredia práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „ÚPSVR“) a štruktúru regionálnych pobočiek Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“). Štát má súčasne definovať oblasti kontroly pre jednotlivé úrady, frekvencie, súčinnosť a sankcie. Zásadné zmeny v budúcnosti by mali byť realizované súčasne tak, aby zjednodušili všetky procesy, jednoznačne definovali podmienky, nároky a termíny a odstránili administratívnu záťaž. Za otvorenú otázku pre budúcnosť považujeme rozhodnutie zaviesť majetkový cenový prístup pre príjemcov pomoci. Ak vychádzame z predpokladu, že sociálne dávky majú byť určené sociálne odkázaným, domnievame sa, že v prípade zavedenia tohto princípu do celého systému

sociálnych dávok sa toto musí premietnuť aj do oblasti sociálnych dávok pre odkázaných.

Na Slovensku dnes chýbajú stovky zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré sa budú neustále viac preferovať. Okrem nedostatku kvalifikovaných pracovníkov pre zariadenia sociálnych služieb je problém aj u tých, ktorí by majú o túto prácu záujem, nemajú dostatok finančných prostriedkov na rekvalifikáciu. Za kvalitnú sociálnu službu sa považuje to, keď sú výsledky zohľadnené v spokojnosti klienta, ktorý službu prijíma. Je nevyhnutné, aby boli splnené podmienky pre kvalitu poskytovanej sociálnej služby. Aj súčasná situácia s COVID-19 nám ukazuje dve veci. Prvá – ako veľmi sú nebezpečné veľkokapacitné inštitúcie, kde nedobrovoľne koncentrujeme veľa ľudí, ktorí sú z najviac ohrozených skupín vírusom – seniorov a ľudí so zdravotným postihnutím. Tieto boli ako prvé izolované a uzavreté bez možnosti návštev. Druhá – v bežnej komunite sa ukázalo ako funguje svojpomoc a podpora ohrozeným skupinám, ale aj celkovo svojpomoc v komunite. Obce a obyvatelia obcí sa vo veľkej miere vzopli a snažia sa podporovať navzájom a aj pre ohrozené skupiny ponúkajú zrealizovanie nákupov, viac sa zaujímajú o seba (niekedy aj v negatívnom zmysle), riešia potreby celej komunity – šitie rúšok pre susedov, dediny a pod. Ľudia sa viac o seba zaujímajú, a to je dobrý predpoklad pre podporu susedstiev a komunity.

Hlavným cieľom štátnej a regionálnej politiky v oblasti sociálnych služieb by malo byť zabezpečenie takého prostredia, ktoré sa čo do najväčšej miery snaží podporovať sebestačnosť klientov – prijímateľov sociálnej služby a zároveň poskytuje odborné a bezpečné služby, dosahuje vysokú kvalitu ponúkaných služieb prostredníctvom naplňovania štandardov kvality tak, aby sa kvalita týchto služieb stala prirodzenou súčasťou a hodnotou spoločnou pre všetkých prijímateľov a poskytovateľov sociálnej služby ako aj všetkých zainteresovaných strán.

Zoznam bibliografických odkazov

BAUER, M. 2000. Kundenzufriedenheit in industriellen Geschäftsbeziehungen – Kritische Ereignisse, nichtlineare Zufriedenheitsbildung und Zufriedenheitsdynamik. Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaftg. ISBN 3-8244-7128-0.

BENČO, J.: 2005. *Sociálne služby a neziskové organizácie*. Alfa print, 2005. ISBN 9788096922710.

BERRY, L.L., PARASURAMAN, A. 1991. *Marketing Services*. New York: The Free Press, 1991. ISBN 0-02-903079-X.

BRICHTOVÁ, L. 2015. *Podmienky kvality v sociálnych službách a ich realizácia v praxi*. Martin: Združenie obcí regionálne vzdelávacie centrum.

HUBER, M. (2006) Social and Health Services of General Interest in the European Union.

General Assembly of the European Centre for Social welfare Policy and research 2006. Vienna 2006.

KRIST-ASHMAN, K., HULL Jr., G.H. 1999. *Understanding Generalist Practice*. Belmont: Wadsworth Publishing Company ISBN: 0830414800.

KRUPA, S. a kol. *Kvalitné sociálne služby II.*; Košice: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2003. 136 s. ISBN 80-96855-5-3.

KRUPA, S. et al. 2007. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. ISBN: 978-80-970004-2-4.

MAJLINGOVÁ E. a kolektív. 2002. *Verejné služby*, Banská Bystrica: UMB Ekonomická fakulta. 2002. 314 s. ISBN 80-8055-754-3.

MÁTEL, A.- SCHAVEL, M.- KUZYŠIN, B. 2015. *Evaluácia dopadu národného projektu. Podpora opatrovateľskej služby*. [online]. Bratislava: Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR. [citované 2021-07-14]. Dostupné na internete: https://www.ia.gov.sk/nppos/data/files/np_pos2/Evaluacna%20sprava_NPPOS_KOMPLETNA%20FINALNA%20VERZIA.pdf

MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál. ISBN: 80- 71785-49-0.

Nadácia PSK pre podporu rodiny. 2020. *Nadácia Prešovského samosprávneho kraja pre podporu rodiny*. [online]. Prešov: Prešovský samosprávny kraj, 26.02.2019. 21.09.2020. [citované 2021-08-28]. Dostupné na internete: <https://ww.po-kraj.sk/sk/samosprava/udaje/organizacie/socialne-sluzby/nadacia-rodiny/o-nadacii/>

SHULMAN, L. The skills of helping individuals, families, groups and communities. Boston: Cengage Learning, 2016. ISBN 978-1305259003.

THICKE, L. 2006. *What is quality anyway?* Multi Lingual Jul/Aug. 2006. Vol. 17, Issue 5, 74s. ISBN 1523-0309.

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ŽILOVÁ, A. *Kapitoly z teórie sociálnej práce*. Žilina: Edis, 2000. ISBN 80-7100-783-8.

OŠETROVATELSTVO/ NURSING

**SOCIÁLNA INTELIGENCIA A EMPATIA AKO VÝZNAMNÉ
ATRIBÚTY PRÁCE SESTIER
SOCIAL INTELLIGENCE AND EMPATHY AS IMPORTANT
ATTRIBUTES OF NURSES' WORK**

Parová Valéria

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves - Prešov

E-mail: valeria.parova@upjs.sk

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD. mim.prof.

Abstrakt

Úvod: Sociálna inteligencia je veľmi dôležitým atribútom povolání ľudí, pre ktorých prácu je charakteristické vstupovanie do mnohých interpersonálnych situácií a ich následné zvládanie. Empatia prispieva k lepšiemu pochopeniu situácie druhého človeka. V predmetnej bakalárskej práci sa venujeme sociálnej inteligencii a empatii ako významným atribútom sesterského povolania. Špecifikujeme sociálnu inteligenciu, jej prvky, ako aj postavenie v sociálnom kontexte, definujeme pojem empatia, jej typy ako aj determinanty. V poslednej teoretickej kapitole upozorňujeme na dôležitosť týchto sociálnych kompetencií v práci sestry. Cieľom praktickej časti práce je zistiť a charakterizovať súvislosti medzi atribútmi sociálnej inteligencie a faktormi empatie u sestier. Ďalším cieľom je identifikácia rozdielov pri posúdení sociálnej inteligencie a empatie medzi sestrami na základe viacerých sociálno-demografických faktorov (vek, vzdelanie, dĺžka praxe).

Metódy: Údaje od respondentov budeme získavať prostredníctvom štandardizovaných meracích nástrojov MESI (Frankovský, Birknerová, 2014) a DE14 (Tišanská, Kožený, 2012), ktoré budú emitované online formou cez portál LimeSurvey. Získané údaje budú následne spracované a analyzované na základe viacerých matematicko-štatistických metód v programe SPSS. Metódy deskriptívnej štatistiky (smerodajné odchýlka a aritmetický priemer) použijeme pre popis vzorky. Pre spracovanie a interpretáciu ďalších analýz potrebných k naplneniu cieľa predmetnej práce budú použité metódy induktívnej štatistiky (korelačné koeficienty).

Výsledky: Výsledky analýz budú spracované a prezentované tabuľkami a grafmi v exceli a v štatistickom programe SPSS 20- Statistical Package for the Social Sciences a detailne popísané.

Záver: Sociálna inteligencia umožňuje múdro vystupovať v interpersonálnych situáciách a riešiť mnohé náročné interpersonálne problémy a dosahovať vopred naplánované ciele. Sociálna inteligencia a empatia sestier sú preto veľmi dôležitými atribútmi, nakoľko umožňujú naplňať ciele ošetrovateľskej starostlivosti a prispievať ku skvalitňovaniu ošetrovateľskej praxe. Rovnako tak zvyšujú spokojnosť pacientov, ako aj ich rodín a zlepšujú pracovnú klímu na pracovisku.

Kľúčové slová

Empatia. Interpersonálne situácie. Sestra. Sociálna inteligencia.

Abstract

Introduction: Social intelligence is a very important attribute of the professions of people whose work is characterized by entering into many interpersonal situations and then managing them. Empathy contributes to a better understanding of another person's situation. In the present bachelor's thesis, social intelligence and empathy are discussed as important attributes of the nursing profession. We specify social intelligence, its elements as well as its position in the social context, define the concept of empathy, its types as well as its determinants. In the last theoretical chapter, we highlight the importance of these social competencies in nursing work. The aim of the practical part of the thesis is to identify and characterize the associations between social intelligence attributes and empathy factors in nurses. Another aim is to identify differences in the assessment of social intelligence and empathy among nurses based on several socio-demographic factors (age, education, length of experience).

Methods: Data will be collected from respondents using standardized measurement instruments MESI (Frankovsky, Birknerova, 2014) and DE14 (Tišanská, Kožený, 2012), which will be emitted online via the LimeSurvey portal. The collected data will be subsequently processed and analyzed based on several mathematical and statistical methods in SPSS software. Descriptive statistics methods (standard deviation and arithmetic mean) will be used to describe the sample. Inductive statistics methods (correlation coefficients).

Results: Results will be used for processing and interpretation of further analyses necessary to fulfill the objective of the present work.

Conclusion: Social intelligence enables one to perform wisely in interpersonal situations and to solve many difficult interpersonal problems and achieve pre-planned goals. Therefore, social intelligence and empathy of nurses are very important attributes as they enable nurses to meet the goals of nursing care and

contribute to the improvement of nursing practice. They also increase the satisfaction of patients as well as their families and improve the working climate in the workplace.

Keywords

Empathy. Interpersonal situations. Nurse. Social intelligence.

Úvod

Náročnosť sesterského povolania a rozsah zodpovednosti za chod zmeny vyžadujú, aby bola sestra výnimočnou osobnosťou. Denne vstupujeme do rôznorodých sociálnych interakcií, kedy častokrát musíme zmanažovať všetky sily k tomu, aby sme dokázali efektívne vykonávať svoju prácu a naplňovať vopred stanovené ciele. Povolanie sestry si vyžaduje denne vstúpiť do mnohých rolí a fungovať v nich tak, aby jej práca bola efektívna, ale predovšetkým aby boli uspokojené pacientove potreby. Sestra spolupracuje s mnohými odborníkmi z praxe, komunikuje s pacientom, s rodinnými príslušníkmi s lekármi, s kolegyňami atď. V rámci práce sestry sa jedná o komunikáciu, ktorá musí byť presná, efektívna jej výsledkom má byť spokojnosť na všetkých stranách. Sestra musí byť preto sociálne inteligentná, aby dokázala efektívne komunikovať, zaujať, usmerniť a aby jej fungovanie bolo prínosom pre spoločnosť. Sestra je počas svojej práce okrem iných rolí aj manažérka. Ako uvádza Beltz a Siegrist (2001) medzi kľúčové schopnosti a predpoklady naplňovať túto rolu patrí kreativita, kooperácia, komunikácia, schopnosť riešiť problémové situácie, schopnosť rýchlo a adekvátne rozhodnúť, a rovnako tak aj prijať zodpovednosť za svoje rozhodnutia. Sestra okrem svojich spolupracovníkov pracuje predovšetkým s pacientom a jeho rodinou. S ľuďmi utrápenými chorobou, bolesťou, strachom neistotou atď. Je preto nutné aby sestra bola schopná vidieť všetky tieto problémy inými očami – pacientovými, očami ich rodinných príslušníkov. Aby sestra dokázala precítiť stav pacienta a jeho rodiny musí disponovať veľkou dávkou empatie, ktorá jej pomôže vidieť, cítiť a prežívať situáciu toho druhého.

Veľmi dôležitú oblasť pri predikcii správania sa ľudí predstavujú interpersonálne situácie, prežívanie a ich správanie sa v situáciách, v rámci ktorých podstatnú úlohu predstavuje faktor sociálneho kontaktu. Jednou z kľúčových charakteristík človeka, ktorú je možné použiť pri vysvetľovaní správania sa v sociálnych situáciách, je sociálna inteligencia. V rámci jej vymedzenia sa predovšetkým zameriavame na to, ako človek chápe a interpretuje tak vlastné správanie, ako aj správanie iných ľudí, ich myslenie, prežívanie, pocity a rovnako aj to, ako v súvislosti s touto situáciou dokáže efektívne usmerňovať svoje vlastné konanie a správanie a konanie a správanie iných ľudí (Birknerová,

Vávrová a kol., 2013). Sociálnu inteligenciu ako prvý zadefinoval Thorndike (1920), ktorý ju definuje „ako schopnosť chápať a zvládať iných ľudí a konať múdro v medziľudských vzťahoch.“ Spomínaný autor v rámci sociálnej inteligencie zadefinoval dvoj-faktorovú štruktúru tohto konceptu. Táto dvojfaktorová štruktúra prezentuje kognitívne prvky (porozumenie iným ľuďom) a behaviorálne prvky (múdre správanie a vystupovanie v medziľudských vzťahoch) sociálnej inteligencie. Sociálna inteligencia teda zahŕňa naše schopnosti porozumieť správaniu iných ľudí. Znamená to, pochopiť myšlienky, správanie jedinca, jeho priania, túžby, zámery, ako aj jeho interakcie s prostredím, v ktorom žije. Sociálne inteligentný človek dokáže rozpoznať priania a reakcie iných, ale dokáže aj predvídať ako budú reagovať ostatní, ako sa budú správať a myslieť. Sociálna inteligencia je vlastne individuálna banka vedomostí a schopnosti jednotlivca smerom k sociálnym záležitostiam spoločnosti (Sternberg, 2004, Habib, Saleem, Mahmood, 2013).

Ako už bolo spomínané sociálnu inteligenciu zadefinoval už v roku 1920 Thorndike, ako schopnosť múdreho jednania a vystupovania v medziľudských vzťahoch. Znamená to, že je teda veľmi dôležité venovať pozornosť kontextu sociálnej inteligencie ako prediktora efektívneho a úspešného zvládania sociálnych interakcií v ošetrovateľskej praxi. Sestry sa do problémových a náročných situácií dostávajú takmer denne, čo znamená, že na ich zvládnutie musia mnoho krát využiť všetky svoje schopnosti a sily, raz s väčším inokedy s menším úspechom ich zvládnutia (Frankovksý, Birkenerová, 2017). V rámci vymedzenia sociálnej inteligencie v ošetrovateľskej praxi, v kontexte interpersonálnych situácií sa dôraz a akcent kladie na porozumenie, interpretáciu prežívania, myslenia a správania sa iných ľudí, predovšetkým pacientov. Orosová, Gajdošová (2009) uvádza, že rozvoj sociálne inteligentného správania jedinca – sestier je predpokladom zdokonalenia sebareflexie, reflexie sociálnych procesov, subjektívneho zmyšľania a interpretácií správania, ako aj nácviku sociálnych spôsobilostí. Pre ošetrovateľskú starostlivosť je charakteristická realizácia praktických výkonov odvíjajúcich sa od teoretického základu. Frankovský a Birknerová (2017) upozorňujú, že aj sociálna inteligencia je identifikovateľná skôr na úrovni praktických zručností, ako na teoretickom vymedzení. V praxi sa stretávame s ľuďmi, ktorí sa vedú dobre orientovať v sociálnom prostredí, vedú dobre, zmysluplne a efektívne vychádzať s ľuďmi, orientovať sa v sociálnych interakciách, ovplyvňovať iných, byť vzorom a motiváciou. Naopak, stretávame aj takých, pre ktorých je sociálny kontakt, komunikácia a interakcia s druhými nepríjemná, znamená to, že títo ľudia nedisponujú takým sociálne inteligentným správaním, ktoré by ich predurčovalo na prácu s ľuďmi. Keď sa opierame o Thorndikeovu (1920) definíciu sociálnej inteligencie ako schopnosti chápať

a zvládať iných ľudí a múdro jednať v medziľudských vzťahoch, vidíme, že táto definícia zastrešuje prácu sestry, nakoľko dotvára integritu osobnosti sestry.

Výkon a úspešnosť práce sestry sa veľmi ťažko meria a klasifikuje. Podľa Hrbáčkovej (2011) je v týchto profesiách zadefinovanie kritérií úspešnosti veľmi ťažké. Sestry riešia úlohy mnohokrát psychicky a emocionálne náročné. Kopřiva (2006) uvádza, že v pomáhajúcich profesiách, ktorou profesia sestry bezpochyby je, zohrávajú veľmi dôležitú úlohu medziľudské vzťahy, tak medzi sestrou a pacientom, ako aj medzi sestrou a ostatnými spolupracovníkmi. Autor ďalej uvádza, že tento druh profesie – sestra, sa stretáva prevažne s ľuďmi v závislej pomoci, ktorí sú na ňu odkázaní a vo väčšine prípadov potrebujú viac než len prijatie, starostlivosť, komunikáciu alebo porozumenie. Na druhej strane aj sestra, potrebuje vedieť viac, než len prakticky zvládať svoju prácu, vypočuť pacienta, prijať ho a akceptovať. Potrebuje byť sociálne inteligentná, aby dokázala byť nápomocná pri riešení aj neštandardných problémov pacienta, aby ho dokázala motivovať, usmerniť, ovplyvniť, a tým pripraviť na ďalšie fungovanie mnoho krát s dlhodobou, ťažkou, chronickou diagnózou.

V predmetnej práci venujeme pozornosť aj empatii, ktorá predstavuje významný atribút v práci sestry. Pojem empatia bol prvý krát spomenutý v roku 1897 E. B. Titchenerom. Mlčák (2010) uvádza, že dnešnému pojmu empatia predchádzali pojmy sympatia a vcítenie. Výskumy v predmetnej oblasti preukázali, že empatia je zložitejší pojem než vyššie dva spomínané. Viacero autorov (Deligianni, et al, 2017, Ouzouni, Nakakis, 2012, Stanley, Sethuramalingam, 2015) sa zhodujú v názore, že empatia je spoločným menovateľom viacerých profesií v zdravotníctve. Prístup zameraný na človeka, ako aj empatia už niekoľko rokov predstavujú základné hodnoty vo vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov a v implementácii klinickej praxe (Wickmann, Campel, 2003, Deligianni, et al, 2017). V rámci ošetrovateľstva záujem o empatiu môžeme nájsť v práci Carla Rogersa, ktorý predniesol v roku 1957 v Americkej asociácii sestier (ANA) koncept zameraný na človeka – pacienta, ale obohatený o koncept empatie. Tento koncept bol následne rýchlo premietnutý do ošetrovateľskej literatúry (Fernandez, Zahavi, 2020). Vcítiť sa do sveta pacienta akoby to bol Váš vlastný svet. Viaceré štúdie poukazujú na dôležitú úlohu empatie v zdravotníctve a spájajú ju s pozitívnym konaním sestier, s kvalitou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, spokojnosťou pacientov a dobrými a pozitívnymi vzťahmi na pracovisku (Decety, 2020). Podľa Decetyho (2020) a Hojata (2016) bola empatia v rámci klinickej praxe definovaná ako prevažne kognitívna spôsobilosť. Spomínaní autori uvádzajú tri komponenty ako dôležité súčasti empatie v zdravotníctve:

- pochopenie skúseností a obáv pacientov,

- efektívna a zrozumiteľná komunikácia s pacientom,
- úmysel pomôcť s cieľom starostlivosti o osobu, ktorá ju potrebuje.

Prvé dva komponenty empatie, zvyčajne prezentované ako „vidieť myslou“ (pochopenie) a „počuť tretím ušom“ (počúvanie) sú regulované zložitými kognitívnymi a nervovými procesmi. Tieto procesy boli v posledných rokoch spájané s mnohými sociálno-emocionálnymi procesmi, vrátane sociálneho poznávania, vnímania ako aj rozhodovania (Wilson et. al., 2020). Efektívna a zrozumiteľná komunikácia s pacientom popisovaná ako počúvanie tretím ušom je v rámci zdravotníctva chápaná ako schopnosť počúvať nie len to, čo pacient reálne rozpráva, ale aj to čo je povedané tzv. „medzi riadkami.“ Tretí komponent - úmysel pomôcť s cieľom starostlivosti o osobu, ktorá ju potrebuje, niektorí autori chápu ako hlavnú zložku, ktorá zodpovedá za reguláciu emócií a označujú ju emocionálna inteligencia (Goleman, 2011). Znamená to, že záujem pomôcť ľuďom v núdzi, ako hlavná osobná motivácia, umožňuje sestram spoznať pacienta natoľko, že sa dokážu vžiť do jeho situácie, pochopiť jeho problémy a zámery a následne realizovať také ošetrovateľské intervencie, ktoré pomôžu pri uspokojovaní všetkých pacientových potrieb (Smith et. al., 2018, Kogler et al., 2020).

Ľudia pracujúci v zdravotníctve, obzvlášť sestry, sa stretávajú s pacientami s rôznymi diagnózami a v rôznom stupni ochorenia. Empatia a empatický prístup sú obzvlášť dôležité pri starostlivosti o chronicky chorých pacientov, o ťažko chorých, o pacientov s poruchami správania a umierajúcich pacientov. A práve pri ošetrovaní týchto skupín pacientov, je základným predpokladom úspešnosti ošetrovateľskej starostlivosti ochota, holistický, asertívny, iniciatívny a profesionálny prístup k pacientovi, ale predovšetkým hlboký empatický prístup, ktorý dáva pacientom istotu, že im niekto rozumie, dáva im pocit istoty, pochopenia a nádeje. Keďže ošetrovateľstvo je jedinečná a špecifická profesia, ktorá je popretkávaná mnohými vzťahmi či už s pacientami, rodinnými príslušníkmi alebo kolegami, môžeme empatiu považovať za základnú podmienku realizácie efektívnej ošetrovateľskej praxe a napĺňania mnohých cieľov v ošetrovateľstve (Reynolds, Scott, 2000). Kim et al. (2004) uvádza, že sestra by mala empatickým správaním vzbudiť u pacienta pocit pochopenia a akceptácie. Podľa Gonzaleza Gutierrez et al. (2006) môžeme teda skonštatovať, že empatia poskytuje vysvetlenie toho, čo je prosociálne správanie a pomáhanie, ktoré je charakteristické prevažne pre oblasť zdravotníctva.

Cieľom nášho výskumu je zistiť a charakterizovať súvislosti medzi atribútmi sociálnej inteligencie a faktormi empatie u sestier. Ďalším cieľom je identifikácia rozdielov pri posúdení sociálnej inteligencie a empatie medzi sestrami na základe

viacerých sociálno-demografických faktorov (vek, vzdelanie, pohlavie, dĺžka praxe).

Charakteristika súboru a metodika

V rámci realizácie výskumu bakalárskej práce plánujeme osloviť sestry, pracujúce v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.

Údaje od respondentov budeme získavať prostredníctvom štandardizovaných meracích nástrojov, ktoré budú emitované online spôsobom cez portál LimeSurvey. Získané údaje budú následne spracované a analyzované na základe viacerých matematicko-štatistických metód. Metódy deskriptívnej štatistiky (smerodajné odchýlka a aritmetický priemer) použijeme pre popis vzorky. Pre spracovanie a interpretáciu ďalších analýz potrebných k naplneniu cieľa predmetnej práce budú použité metódy induktívnej štatistiky (korelačné koeficienty). Výsledky analýz budú spracované a prezentované tabuľkami a grafmi. V rámci realizácie výskumu predmetnej bakalárskej práce použijeme dva štandardizované meracie nástroje. **MESI – štandardizovaný merací nástroj** (Frankovský, Birknerová, 2014) - tento merací nástroj bol zostavený pre meranie sociálnej inteligencie na základe psychometrického prístupu. Predchodcom tohto dotazníka bol dotazník EMESI, ktorý obsahoval 27 položiek. Frankovský a Birknerová (2014) na základe výskumov, v rámci ktorých boli zisťované aj psychometrické parametre tohto nástroja zadefinovali do výslednej podoby 21 položiek a názov zostavili na základe začiatočných písmen vyextrahovaných faktorov MESI – manipulácia, empatia a sociálna iritabilita. Respondenti na jednotlivé tvrdenia odpovedajú na päť bodovej škále (0 – nikdy, 4 – veľmi často).

DE14 – štandardizovaný merací nástroj (Tišanská, Kožený, 2012) - tento nástroj bol prvý krát použitý v akademickom roku 2010/2011 za účelom skúmania empatie u študentov medicíny na Lekárskej fakulte Univerzity Palackého v Olomouci. Tento nástroj sa zameriava na odhad empatického správania vo všeobecnom kontexte. Tento nástroj obsahuje tri relatívne nezávislé domény: vnímavosť (VN) – čo predstavuje jedincovu potrebu stále sa vzdelávať a rozširovať svoj intelektový a citový potenciál, nielen na základe inštitucionalizovaných foriem, ale aj prostredníctvom iných, dostupných možností, vrátane pozorovania. Druhou dimenziou je otvorenosť (OT) – predstavuje ochotu a snahu meniť vlastné stereotypy v myslení a správaní. Ide tu o vedomie, že naše skúsenosti sú veľmi limitované, a teda, že nie je možné hodnotiť ostatných iba na základe svojich, doteraz naučených a osvedčených postupov a postojov. Táto dimenzia predstavuje ústretovosť a schopnosť adekvátne reagovať na nové podnety zo sociálne odlišného prostredia. Treťou dimenziou je rešpekt (RE) – prezentuje presvedčenie a vnímanie toho, že človek

nie je na tejto planéte jedinou bytosťou, ktorá myslí a cíti. Respondenti na jednotlivé tvrdenia odpovedajú prostredníctvom Likertovej škály od 1 – rozhodne nesúhlasím po 7 rozhodne súhlasím.

Záver

Práca sestry je okrem teoretických vedomostí založená na sociálnych interakciách, ktoré častokrát determinujú naplnenie cieľa poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra svojim prístupom a múdрым jednaním by mala byť schopná pozitívne ovplyvniť pacienta v zmysle napr. zmeny životného štýlu, zlepšenia adherencie k liečbe atď. Znamená to, že sociálna inteligencia sestier je dôležitým atribútom, ktorý napomáha realizovať ošetrovateľskú starostlivosť, zvládať náročné situácie a vytvárať tak sociálne prospešné vzťahy. K tvorbe týchto vzťahov prispieva aj empatia, ktorá umožňuje vidieť celú situáciu očami pacienta alebo jeho rodiny. Pokiaľ bude sestra schopná sa odosobniť od svojich stereotypov a vlastných pohľadov na dané situácie a keď dokáže prijať pacientovu situáciu a dívať a pacientovými očami, jedine vtedy dokáže uspokojiť nielen fyzické, ale aj psychické, sociálne a duchovné potreby pacienta. A práve preto si myslíme si, že je potrebné tejto oblasti výskumu venovať väčšiu pozornosť. To bol práve dôvod výberu témy záverečnej práce.

Zoznam bibliografických odkazov

BELZ, H. - SIEGRIST, M. 2001. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál, 2001. 376 s. ISBN 978-80-2620-846-4.

BIRKNEROVÁ, Z. - VÁVROVÁ, S. a kol. 2013. *Vybrané sociální jevy v kulturních souvislostech: Výzkumná sonda mezi české a slovenské vysokoškolské studenty*. Praha: Hnutí R, 2013. 158 s. ISBN 978-80-86798-45-5.

DECETY, J. 2020. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. In *American Journal of Medicine*. ISSN 0002-9343, 2020, vol. 133, p. 561–566.

DELIGIANNI, A. – KYRIAKIDOU, M. – KABA, E. – KELESI, M. – ROVITHIS, M. –

FASOI, G. – RIKOS, N. – STAVROPOULOU, A. 2017. Empathy equals: the meaning of empathy as it perceived by Greek nurse students—a qualitative study. In *Glob. J. Health Sci*. ISSN 1916-9744, 2017, vol. 9, p. 171–180.

FERNANDEZ, A. V. - ZAHAVI, D. 2020. Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. In *International Journal of Nursing Studies*. ISSN 0020-7489, 2020, vol. 110.

FRANKOVSKÝ, M. - BIRKNEROVÁ, Z. 2017. *Sociálna inteligencia – významná osobnostná charakteristika manažéra a coping*. Prešov: Bookman, s.r.o. 2017. 206 s. ISBN 978-80-8165-172-4.

FRANKOVSKÝ, M. - BIRKNEROVÁ, Z. 2014. *Rodové diferencie v prejavoch sociálnej, emocionálnej inteligencie a machiavellizmu v manažérskej práci*. Praha: Radix, spol. s.r.o., 2014. 100 s. ISBN 978-80-87573-12-9.

GOLEMAN, D. 2011. *Emoční intelligence*. Praha: Metafora, 2011. 336 s. ISBN 978-80-7359-334-6.

GONZÁLES GUTIERREZ, J. L. et al. 2006. Nursing motives for Helping Scale (N-MHS): Reliability and Validity. In *The Spanish Journal of Psychology*. ISSN 1138-7416, 2006, vol. 9, no. 1, p. 103-112.

HABIB, S. - SALEEM, S. - MAHMOOD, Z. 2013. Development and validation of social intelligence scale for university students. In *Pakistan Journal of Psychological Research*. ISSN 1016-0604, 2013, vol. 28(1), p.65-8.

HOJAT, M. 2016. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. New York: Springer International Publishing, 2016. 450 s. ISBN 9783319276243.

HRBÁČKOVÁ, K. 2011. *Rozvoj autoregulace učení studentů*. Praha: Hnutí R, 2011. 76 s. ISBN 978-80-86798-18-9.

KOGLER, L. - MÜLLER, V. I. - WERMINGHAUSEN, E. - EICKHOFF, S. B. - DERNTL, B. 2020. Do I feel or do I know? Neuroimaging meta-analyses on the multiple facets of empathy. In *Elsevier Journal Cortex*. ISSN 0010-9452, 2020, vol. 129, p. 341–355.

KOPŘIVA, K. 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. 148 s. ISBN 8073671816.

LASCU, C. E. 2013. The Empathic Management Of Human Resources [online]. [cit. 2016-01-02]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk:2139/docview/1537389689/ea95701c6d134dfdpq>.

MLČÁK, Z. 2010. *Prosociální chování v kontextu dispozičních aspektů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010. 237 s. ISBN 978-80-7368-857-8.

OROSOVÁ, O. - GAJDOŠOVÁ, B. 2009. The Association of Social Intelligence Factors, Normative Expectations, and Perceived Accessibility with Legal Drug. In *Adiktologie*. ISSN 1213-3841, 2009, roč. 4, s. 204 - 211.

OUZOUNI, C. – NAKAKIS, K. 2012. An exploratory study of student nurse's empathy. In *Glob. J. Health Sci*. ISSN 1916-9744, 2012, vol. 6, p. 534–552.

REYNOLDS, W. J. - SCOTT, B. 2000. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648, 2000, vol. 31, no. 1, p. 226-235.

SMITH, R. - KILLGORE, W. - ALKOZEI, A. - LANE, R. D. 2018. A neuro-cognitive process model of emotional intelligence. In *Biological Psychology Journal*. ISSN 0301-0511., 2018, vol. 139, p. 131–151.

STANLEY, S. – SETHURAMALINGAM, V. 2015. Empathy in social work: implications for practice. In *International Journal of Production Research*. ISSN 0020-7543, 2015, vol. 20, p. 51–61.

STERNBERG, R. J. 2004. *Handbook of intelligence*. UK: Cambridge univerzity Press, 2004. 692 p. ISBN 9780511807947.

THORNDIKE, E. L. 1920. Intelligence and its use. In *Harper s Magazine*. ISSN 0017-789X, 1920, vol.140, p. 227-235.

TIŠANSKÁ, L., KOŽENÝ, J. 2012. Vývoj a psychometrická analýza dotazníku empatie – DE14. [online]. [cit. 2021-10-27]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk:2139/docview/1019445361/2e07f9675d884aa3pq>

WICKMAN S, A. – CAMPELL, C. 2003. An analysis of how Carl Rogers enacted client- centered conversation with Gloria. In *Journal of Counseling and Development*. ISSN 1556-6676, 2003, vol. 8, p. 178–189.

VZŤAH SPÁNKOVEJ DEPRIVÁCIE A VÝKONNOSTI SESTIER THE RELATIONSHIP BETWEEN SLEEP DEPRIVATION AND NURSES' PERFORMANCE

Repaská Eva

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves - Prešov

E:mail: erepaska23@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD. mim.prof.

Abstrakt

Úvod: Práca sestry je náročná tak po fyzickej ako aj po psychickej stránke. Spánok teda predstavuje jeden z najdôležitejších spôsobov relaxácie, oddychu a načerpania síl. Nedostatok spánku sa vo veľmi veľkej miere podpisuje na fungovaní v práci a teda na celkovej výkonnosti. V bakalárskej práci sa venujeme spánku, jeho typom, ako aj determinantom. V druhej kapitole definujeme pracovný výkon a výkonnosť, pracovnú a výkonovú motiváciu. V poslednej teoretickej časti práce analyzujeme vplyv spánkovej deprivácie na výkonnosť sestier. Cieľom práce je zistiť výskyt spánkovej deprivácie u sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach a jej vplyv na výkonnosť sestier. Ďalej chceme zistiť vzťah medzi spánkovou depriváciou a výkonnosťou sestier, spokojnosť sestier s ich spánkom a intenzitu spánkovej deprivácie. **Metódy:** Výskum bude realizovaný dotazníkovou metódou. Dotazníky budú sestram emitované prostredníctvom online dotazníkového portálu za pomoci databázy SKSaPAV práci použijeme štandardizované meracie nástroje: Index pracovnej schopnosti (IPS, Work Ability Index (WAI) (Tuomi et al., 1998) je nástroj na zameraný na zisťovanie pracovnej schopnosti zamestnancov. Jeho obsah tvorí 7 sekcií zameraných na hodnotenie: súčasnej a budúcej pracovnej schopnosti; počtu diagnostikovaných ochorení, počtu dní práceneschopnosti za posledný rok; predpokladaného zníženia pracovnej schopnosti na základe choroby; duševných zdrojov. K vyhodnoteniu dotazníka slúži vyhodnocovací kľúč. Skóre je od minimálne 7 do maximálne 49 a následne je kategorizované. Bergenská škála - obsahom Bergenskej škály insomnie (BSI) (Pallesen et al., 2008) je šesť otázok, orientovaných na spánok a únavu. Respondenti krúžkujú na 8-položkovej Likertovej škále od 0 do 7 tú možnosť (počet dní počas týždňa), ktorá najlepšie vystihuje ich spánok. Položka 0 predstavuje žiadny deň v priebehu týždňa, položka 7 znamená každý deň v priebehu týždňa. Celkové skóre BSI sa získava súčtom odpovedí zo všetkých položiek. Celkové skóre sa pohybuje v rozmedzí 0 – 42. BSI je validný a reliabilný nástroj.

Výsledky: Výsledky výskumu budú následne spracované v exceli a v štatistickom programe SPSS 20- Statistical Package for the Social Sciences. Budú použité štatistické metódy deskriptívnej a induktívnej štatistiky (absolútny počet, percentá, aritmetický priemer, smerodajná odchýlka, minimálne a maximálne hodnoty, Pearsonov korelačný koeficient).

Záver: Pracujem ako sestra už 20 rokov. Počas svojej dlhoročnej praxe som bojovala s mnohými problémami či už v pracovnom alebo osobnom živote. Jedným z mnohých ale veľmi dôležitých problémov bola a je spánková deprivácia. Je to fenomén sesterského povolania, ktorý determinuje mnohé oblasti či už pracovného, osobného alebo spoločenského života sestier. Spánková deprivácia je problémom siahajúcim do širších spoločenských vrstiev, a preto je potrebné jej venovať náležitú pozornosť. To bol aj dôvod výberu témy záverečnej práce, ktorou chceme poukázať na aktuálnosť a veľkú potrebu a venovať tejto oblasti.

Kľúčové slová

Sestra. Spánok. Spánková deprivácia. Výkonnosť.

Abstract

Introduction: The work of a nurse is demanding both physically and psychologically. Sleep is therefore one of the most important ways to relax, rest and recharge. Lack of sleep has a very large impact on functioning at work and hence on overall performance. In the bachelor thesis we will discuss sleep, its types as well as its determinants. In the second chapter, we define job performance and performance, work and performance motivation. In the last theoretical part of the thesis, we analyze the impact of sleep deprivation on nurses' performance. The aim of this thesis is to investigate the prevalence of sleep deprivation among nurses working in health care settings and its impact on nurses' performance. Further, we want to find out the relationship between sleep deprivation and nurses' performance, nurses' satisfaction with their sleep and the intensity of sleep deprivation.

Methods: The research will be conducted by questionnaire method. The questionnaires will be issued to nurses through an online questionnaire portal using the SKSaPAV database. The work will use standardized measurement tools: the Work Ability Index (WAI) (IPS) (Tuomi et al., 1998) is an instrument to measure the work ability of employees. Its content consists of 7 sections aimed at assessing: current and future work ability; number of diagnosed illnesses, number of sick days in the last year; predicted reduction in work ability due to illness; mental resources. An evaluation key is used to evaluate the questionnaire. Scores

range from a minimum of 7 to a maximum of 49 and are then categorised. Bergen Scale - The content of the Bergen Scale of Insomnia (BSI) (Pallesen et al., 2008) is six questions oriented to sleep and fatigue. Respondents circle the option (number of days during the week) that best describes their sleep on an 8-item Likert scale from 0 to 7. Item 0 represents no day during the week, item 7 represents every day during the week. The total BSI score is obtained by summing the responses from all items. The total score ranges from 0 to 42. The BSI is a valid and reliable instrument.

Results: The results of the research will be subsequently processed in excel and SPSS 20- Statistical Package for the Social Sciences. Statistical methods of descriptive and inductive statistics (absolute number, percentages, arithmetic mean, standard deviation, minimum and maximum values, Pearson correlation coefficient) will be used.

Conclusion: I have been working as a nurse for 20 years. During my many years of practice I have struggled with many problems either in my professional or personal life. One of the many but very important problems was and is sleep deprivation. It is a phenomenon of the nursing profession that determines many areas of either the work, personal or social life of nurses. Sleep deprivation is a problem that extends to wider social strata and therefore needs to be given due attention. This was the reason for the choice of the topic of the thesis, by which we want to highlight the relevance and great need and dedication to this area.

Keywords Nurse. Sleep. Sleep deprivation. Performance.

Úvod

Sesterské povolanie nie je len profesiou s mechanicky vykonávanými činnosťami, ale predovšetkým je to poslanie, prostredníctvom ktorého sestra poskytuje odbornú ošetrovateľskú starostlivosť o chorých aj zdravých ľudí (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995).

Pod pojmom spánková deprivácia je chápaný nedostatok spánku. Odporúčaná doba spánku u dospelého človeka je 7 – 9 hodín. Ak čas trávený spánkom je denne menej než 7 hodín, tak dochádza k spánkovej deprivácii (Walker, 2017). Matějček a Langmeier (1974) zadefinovali depriváciu ako stav, ktorý vzniká na základe takých životných situácií, v ktorých jedincovi nie je umožnené uspokojiť základnú psychickú potrebu v dostatočnej miere a v dostatočnom čase. Vágnerová (2000) pod pojmom deprivácia označuje stav, keď niektorá z dôležitých potrieb, či už fyzických alebo psychických, nie je v dostatočne uspokojovaná, primeraným spôsobom a dostatočne dlhú dobu. V profesii sestra je kvalita spánku

rozhodujúcim faktorom pri poskytovaní optimálnej starostlivosti pacientom. Sestry sú vzhľadom na povahu ich práce vystavené vyššiemu riziku zhoršenia kvality spánku a vzniku spánkovej deprivácie (Zhang, Ghaziri, Dugan, Castro, 2019). Únava spôsobená zlou kvalitou spánku u sestier znižuje ich schopnosť sústrediť sa a robiť správne rozhodnutia, čo sa odzrkadlí v náraste chybovosti, ako aj zranení. (Pérez-Fuentes, et al., 2019). Kunzweiler, et al., (2016) na základe jeho výskumov uvádza, že únava sestier spôsobená zlou kvalitou spánku súvisí aj so zhoršením kvality života. Autor uvádza, že u sestier, ktoré dosahovali dobrú kvalitu života bola zistená aj dobrá kvalita spánku v porovnaní so sestrami. Zhang, Ghaziri, Dugan, Castro (2019) uvádzajú, že zlý a nekvalitný spánok sestier spôsobuje aj nadmerná pracovná záťaž a všetky tieto aspekty sa následne odzrkadlia nie len v ich pracovnom, ale aj v osobnom živote (rodina, priatelia, ekonomický status, atď.). Farnsworth a Kim (2015) uvádzajú, že problémy so spánkom súvisia aj s faktormi starostlivosti o seba, čo znamená, že kvôli únave majú sestry nedostatok fyzickej aktivity, čo sa následne premieta do ďalších chronických ochorení ako je obezita, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus a bolesti kĺbov a svalov.

Je teda nesporné, že základom dobrého zdravia je kvalitný a dostatočne dlhý fyziologický spánok. Práve takýto spánok výraznou mierou ovplyvňuje výkonnosť, pohodu a podieľa sa na hodnotení kvality života (Adamik, 2010). Málo spánku a nekvalitný spánok sa pospisuje na zníženej schopnosti učiť sa, pamätať si, používať zdravý úsudok, sústrediť sa ako aj na schopnosti bezpečne vykonávať pracovné úlohy, predovšetkým tie, ktoré si vyžadujú plnú koncentráciu a intenzívnu, dlhodobú pozornosť (Eanes, 2011). Spánková deprivácia sa podpisuje aj na komunikačných schopnostiach sestry. Čím je spánková deprivácia väčšia, tým narastajú aj problémy v oblasti komunikácie. Sestra môže mať problém nájsť vhodné slová, prípadne správne interpretovať čo povedali alebo napísali iní. To môže viesť k nesprávnemu posúdeniu situácie sestrou, čo sa odzrkadlí vyhýbaním sa komunikácie alebo neadekvátnou komunikáciou (Caruso, Hitchcock, 2010). Autori Scott, Arslanian-Engoren, Engoren (2014) v nadväznosti na vyššie spomínané skutočnosti upozorňujú, že spánková deprivácia sestier je príčinou chýb v liečbe, nedbanlivosti starostlivosti o pacienta, ako aj výskytu úrazov. Spomínaní autori na základe realizovaných výskumov uvádzajú, že u sestier pracujúcich v 12 hodinových pracovných zmenách v porovnaní so sestrami pracujúcimi v 8 hodinových smenách je takmer trojnásobne väčšia šanca realizácie chýb. Bjørnevatn a kol. (2012) v nadväznosti na výskumy Scotta a kol. (2014) uvádzajú zistenia výskumu realizovaného v Spojených štátoch medzi sestrami pracujúcimi na jednotke intenzívnej starostlivosti, kde počas 28-dňového obdobia pozorovaní bolo zistené, že až 27% sestier zlyhalo a spravilo chybu,

u 38% sestier došlo takmer k chybe a 20% sestier počas tohto obdobia aspoň raz zaspalo. A preto bdelosť, koncentrácia a opatrnosť sú zásadnou a dôležitou podmienkou poskytovania bezpečnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Spomínaní autori upozorňujú na dôležitosť problému spánkovej deprivácie sestier aj v širšom meradle, ako je samotné pracovisko, poukazujú teda aj na dôsledky spánkovej deprivácie sestier na verejné zdravie. Uvádzajú, že prepracovanosť a únava sestier zvyšuje riziko nehodovosti aj na cestách. V súvislosti s ďalšou štúdiou realizovanou v Spojených štátoch počas obdobia 4 týždňov, zistili, že až 67% sestier malo aspoň raz mikrosprávok počas cesty domov z práce a 2,4 % uviedlo mikrosprávok po každej smene.

Spánková deprivácia sestier sa podpisuje aj na ich výkonnosti a výkone. Koubek (2004) uvádza, že v minulosti sa za pracovný výkon považovali výsledky, výstupy jednotlivca, skupiny alebo celých spoločností. V súčasnosti sa viacerí autori (Armstrong, 2007, 2015, Kociánová, 2012) zhodujú v názore, že výkon nie je možné hodnotiť len na základe merateľných výsledkov práce, ale je nutné zohľadňovať aj spôsob, akým bola práca vykonaná, správanie jednotlivca. Znamená to, že správanie jednotlivca nemožno považovať len za nástroj dosiahnutia výkonu a splnenia cieľa, ale je potrebné ho vnímať ako výsledok celej práce, a ako produkt fyzického a psychického snaženia sa jednotlivca, ktorý plní určitú pracovnú úlohu. Javorka (2009, s. 627) definuje výkon ako „prácu vykonanú za určitý čas.“ Neintelektové faktory – momentálne stavy ako únava, nálada, motivačné faktory. Veľmi výstižne pracovný výkon definuje Koubek (2004, s. 23), ktorý uvádza, že pracovný výkon je náplňou práce pracovníkov s presne zadefinovaným množstvom a kvalitou práce, ale autor tu upozorňuje aj na skutočnosť, že pracovný výkon zahŕňa taktiež snahu, úsilie, prístup k práci, ochotu, správanie v práci, množstvo pracovných úrazov, meškanie do práce, absencie, striedanie povolání, interpersonálne vzťahy na pracovisku a iné aspekty, ktoré sú uplatňované pri výkone práce. Mnoho autorov (Pauknerová, 2012, Bedrnová, Nový, 1998) vyjadrujú výkon prostredníctvom vzorca : $V = f(K.M.P)$, čo znamená $V =$ výkon, $f =$ znak funkcie, $K =$ kvalifikačné predpoklady, $M =$ motivácia, $P =$ pracovné prostredie a pracovné podmienky. Zo spomínaného vzorca vyplýva, že výkon jedinca je podmienený od jeho schopností, jeho motivácie, a rovnako tak aj od celého prostredia. Ak výsledky práce jednotlivca majú byť efektívne a prispievať k napĺňaniu všetkých cieľov, tak ju jedinec musí chcieť robiť ($M =$ motivácia), musí je vedieť robiť ($K =$ kvalifikačné predpoklady), a rovnako tak musí mať na výkon danej práce aj požadované materiálne vybavenie ($P =$ pracovné prostredie a pracovné podmienky) (Sedlák, 2001). V oblasti zdravotníctva sestry sú pracovnou silou, ktorá je v silnej

interakcii s pacientom. Ich pracovný výkon je teda nevyhnutný pre dosahovanie cieľov organizácie, v ktorej pracujú (Mehmet, 2013).

Pracovný výkon a pracovná výkonnosť sú dlhé roky predmetom skúmania viacerých odborov. Častokrát sa tieto dva pojmy zamieňajú a sú považované za synonymá, čo nie je správne. Z vyššie spomínaných skutočností vieme, že výkon je vykonaná práca za určitý čas, determinovaná mnohými faktormi. Zatiaľ čo pracovná výkonnosť je vyjadrenie pracovného výkonu z dlhodobejšieho hľadiska. V tejto súvislosti Pauknerová (2012) pracovnú výkonnosť definuje ako konkrétny komplex vlastností, schopností a zručností, ktoré pracovník využíva na plnenie svojich pracovných úloh. Pracovnú výkonnosť môžeme teda chápať ako najvyššie dosiahnuteľný výkon, alebo najlepší požadovaný výkon, ktorý je ale meraný za dlhšie časové obdobie. Čo je podstatný rozdiel od pracovného výkonu, ktorý je len momentálnym prejavom pracovnej činnosti (Murphy, 2019).

Podľa Altindis (2011), Kolawole, Ali (2013) a Muogbo (2013) jedným z faktorov, ktoré ovplyvňujú výkon sestier je práve výkonová motivácia. Pracovný výkon je v každom prípade nevyhnutný, nakoľko je jedným z ukazovateľov produktivity a úspešnosti organizácií. Ako už bolo spomínané podľa Fritzena (2007) sestry sú veľmi dôležitou súčasťou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a majú silný vplyv na celkovú úroveň poskytovania zdravotníckych služieb a ich prístup sa odzrkadľuje aj v názoroch spoločnosti na zdravotníctvo. Preto je motivácia k výkonu sestier nesmierne dôležitá pre oblasť zdravotníctva. Je známa skutočnosť, že existujú dva typy motivácie. Vnútoraná a vonkajšia motivácia. Vyššie spomínaná výkonová motivácia, je vnútornou motiváciou, nakoľko predstavuje relatívne stabilnú charakteristiku človeka, čo sa samozrejme vyznačuje rôznou silou motívu výkonu, ktorý sa odzrkadlí na intenzite a spôsobe vykonávania pracovných činností (Nakonečný, 1992).

Vnútoraná motivácia je vlastne vnútorná hnacia sila človeka, ktorá vedie pracovníkov k dosiahnutiu tak osobných, ako aj organizačných cieľov. Ľudia, vnútorne motivovaní, majú vnútornú motiváciu, ktorá determinuje ich správanie a inšpiráciu, ktorá im napomáha vykonávanie pracovných činností bez akýchkoľvek vonkajších stimulov. Vnútoraná motivácia človeka vzniká z potešenia pracovníka v zamestnaní samotnom alebo z vlastného záujmu o výkon danej práce a bez nátlaku ostatných. (Hee, Kamaludin, Ping, 2016).

Vonkajšia motivácia predstavuje vonkajšiu hnaciu silu, ktorá vedie pracovníkov k plneniu osobných a organizačných cieľov (Hee, Kamaludin, Ping, 2016). Okrem toho tento typ motivácie vedie pracovníkov k plneniu pracovných povinností na základe nátlaku alebo na základe splnenia určitých podmienok potrebných na získanie platového ohodnotenia (Ryan, Deci, 2000). Vonkajšou motiváciou rozumieme ocenenia, bonusy, výšku platov a nefinančné výhody

(Muogbo, 2013). Rovnako tak vonkajšia motivácia môže to mať formu dobrých vzťahov medzi pracovníkmi, lepšieho vybavenia, dobrých pracovných podmienok a vyššej kvality vzťahov s vedením v pracovnej oblasti (Kamanzi, Nkosi, 2011).

Pracovná motivácia sestier má pozitívny vplyv na dobré a pokojné vzťahy na pracovisku, na výkonnosť sestier, ako aj celej organizácie, na spokojnosť, zníženie fluktuácie, angažovanosť a zaviazanosť voči organizácii (Gagné, Deci, 2005). Sestry, ktoré boli skutočne motivované, zistili, že ich práca je zaujímavá, síce náročná, ale krásna (Hee, Kamaludin, Ping, 2016).

Cieľom nášho výskumu je zistiť výskyt spánkovej deprivácie u sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach a jej vplyv na výkonnosť sestier.

Ďalšie ciele:

- zistiť vzťah medzi spánkovou depriváciou a výkonnosťou sestier
- je zistiť ako sú sestry spokojné so svojim spánkom
- zistiť intenzitu spánkovej deprivácie

Charakteristika súboru a metodika

Výskumnú vzorku budú tvoriť sestry pracujúce v nemocniciach.

Výskum bude realizovaný dotazníkovou metódou. Dotazníky budú sestrám emitované prostredníctvom online dotazníkového portálu za pomoci databázy SKSaPA. Dáta budú následne spracované v exceli a v štatistickom programe SPSS 20- Statistical Package for the Social Sciences. Budú použité štatistické metódy deskriptívnej a induktívnej štatistiky (absolútny počet, percentá, aritmetický priemer, smerodajná odchýlka, minimálne a maximálne hodnoty, Pearsonov korelačný koeficient). Údaje budeme analyzovať prostredníctvom štandardizovaných dotazníkov.

Index pracovnej schopnosti (IPS, Work Ability Index (WAI)) (Tuomi et al., 1998) je nástroj na zameraný na zisťovanie pracovnej schopnosti zamestnancov. Zameriava sa na identifikáciu skorých štádií zdravotných rizík zamestnancov, rizík predčasného odchodu do dôchodku a možnosť ich riešenia. Dotazník sa zameriava na sebahodnotenie pracovnej schopnosti. Jeho obsah tvorí 7 sekcií zameraných na hodnotenie: súčasnej a budúcej pracovnej schopnosti; počtu diagnostikovaných ochorení, počtu dní práceneschopnosti za posledný rok; predpokladaného zníženia pracovnej schopnosti na základe choroby; duševných zdrojov. K vyhodnoteniu dotazníka slúži vyhodnocovací kľúč. Skóre je od minimálne 7 do maximálne 49 a následne je kategorizované (tabuľka).

Tab. 1 Kategórie pracovnej schopnosti

Výsledok	Kategória pracovnej schopnosti	Aktivita zameraná na pracovnú schopnosť
7-27	„zlá“	Obnoviť pracovnú schopnosť.
28-36	„stredná“	Zlepšiť pracovnú schopnosť.
37-43	„dobrá“	Podporiť pracovnú schopnosť.
44-49	„výborná“	Udržiavať pracovnú schopnosť.

Bergenská škála - Obsahom Bergenskej škály insomnie (BSI) (Pallesen et al., 2008) je šesť otázok, orientovaných na spánok a únavu. Respondenti krúžkujú na 8-položkovej Likertovej škále od 0 do 7 tú možnosť (počet dní počas týždňa), ktorá najlepšie vystihuje ich spánok. Položka 0 predstavuje žiadny deň v priebehu týždňa, položka 7 znamená každý deň v priebehu týždňa. Prvé štyri položky zisťujú iniciálne poruchy spánku, problémy s udrжанím spánku, skorým ranným vstávaním a pocitom nedostatočného odpočinku po prebudení. Ďalšími položkami sa zisťuje vplyv na každodenný život a spokojnosť so spánkom. Celkové skóre BSI sa získava súčtom odpovedí zo všetkých položiek. Celkové skóre sa pohybuje v rozmedzí 0 – 42. BSI je validný a reliabilný nástroj.

Záver

Pracujem ako sestra už 24 rokov. Počas svojej dlhoročnej praxe som bojovala s mnohými problémami či už v pracovnom alebo osobnom živote. Jedným z mnohých ale veľmi dôležitých problémov bola a je spánková deprivácia. Je to fenomén sesterského povolania, ktorý determinuje mnohé oblasti či už pracovného, osobného alebo spoločenského života sestier. Spánková deprivácia je problémom siahajúcim do širších spoločenských vrstiev, a preto je potrebné jej venovať náležitú pozornosť. To bol aj dôvod výberu témy záverečnej práce, ktorou chceme poukázať na aktuálnosť a veľkú potrebu venovať sa tejto oblasti.

Zoznam bibliografických odkazov

ADAMÍK, P. a kol. 2010. Poruchy spánku a bdenia a ich hodnotenie. In *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*. ISSN 1338-7030, 2010, vol. 17, no. 2, p. 95-102.

ALTINDIS, S. 2011. Job motivation and organizational commitment among the health professionals: A questionnaire survey. In *African Journal of Business Management*. ISSN 1993-8233, 2011, vol. 5(21), p. 8601-8609.

ARMSTRONG, M. 2007. *Personální management*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 800 s. ISBN 8024714073.

BEDRNOVÁ, E. - NOVÝ, I. 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 2007. 592 s. ISBN 978-80-7261-169-0.

BJORVATN, B - DALE, S. - HOGSTAD-ERIKSTEIN, R. – FISKE, E. – PALLESEN, S. – WAAGE, S. 2012. Self-reported sleep and health among Norwegian hospital nurses in intensive care units. In *Nursing in Critical Care*. ISSN 1478-5153, 2012, vol. 17(4), p. 180-188.

CARUSO, C.C. – HITCHCOCK, E.M. 2010. Strategies for nurses to prevent sleep-related injuries and errors. In *Rehabilitation Nursing Journal*. ISSN 2048-7940, 2010, vol. 35(5), p. 192-197.

FARNSWORTH, J.L. - KIM, Y. - KANG, M. 2015. Sleep Disorders, Physical Activity, and Sedentary Behavior among U.S. Adults: National Health and Nutrition Examination Survey. In *Journal Physical Activity and Health*. ISSN 1543-5474, 2015, vol. 12, p. 1567–1575.

FRITZEN, S. 2007. Strategic management of the health workforce in developing countries: What have we learned? In *Human Resources for Health*. ISSN 14784491, 2007, vol. 5, p. 1-9.

GAGNÉ, M. – DECI, E.L. 2005. Self-determination theory and work motivation. In *Journal of Organizational behavior*. ISSN 1099-1379, 2005, vol. 26, p. 331-362.

JAVORKA, K. 2009. *Lekárska fyziológia*. Osveta, 2009. 742 s. ISBN 9788080632915.

KAMANZI, J. – NKOSI, Z. 2011. Motivation levels among nurses working at Butare University teaching hospital, Rwanda. In *Africa Journal of Nursing and Midwifery*. ISSN 1682-5055, 2011, vol. 13, p. 119-131.

KOCIÁNOVÁ, R. 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 224 s. ISBN 9788024724973.

KOLAWOLE, J. O. - ALI, O. 2013. Motivational Factor of Hospital Employee : Evidence from North Cyprus. In *Interdisciplinary Journal of Ciontemporary Researh in Business*. ISSN 2073-7122, 2013, vol.4(12), p. 106-123.

KOUBEK, J. 2015. *Řízení lidských zdroju: Základy moderní personalistiky*. Praha: Management Press, 2002. 400 s. ISBN 9788072612888.

KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. 2004. *Ošetrovatel'stvo 1,2*. Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 8021705280.

KUNZWEILER, K. - VOIGT, K. - KUGLER, J. - HIRSCH, K. - BERGMANN, A. - RIEMENSCHNEIDER, H. 2016. Factors Influencing Sleep Quality among Nursing Staff: Results of a Cross Sectional Study. In *Applied Nursing Research*. ISSN 0987-1897, 2016, vol. 32, p. 241–244.

MATĚJČEK, Z.- LANGMEIER, J. 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Karolinum, 2011. 577 s. ISBN 9788024619835.

MEHMET, T. 2013. Organizational Variables on Nurses' Job Performance in Turkey: Nursing Assessments. In *Iran Journal of Public Health*. ISSN 2251-6085, 2013, vol. 42(3), p. 261–271.

MUOGBO, U. S. 2013. The Influence of Motivation on Employees' Performance: A Study of Some Selected Firms in Anambra State. In *An International Journal of Arts and Humanities Bahir Dar, Ethiopia*. ISSN 2225-8590, 2013, vol. 2(3), p. 134- 151.

MURPHY, K.R. 2008. Explaining the weak relationship between job performance and ratings of job performance. In *Industrial and Organizational Psychology*. ISSN 1754-9426, 2008, vol. 1(2), p.148-160.

NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Akademie věd České republiky, 2009. 498s. ISBN 978-80-200-1679-9.

PALLESEN, S. et al. 2008. A new scale for measuring insomnia: the Bergen Insomnia Scale. In *Perceptual and Motor Skills*. ISSN, 2008, vol. 107(3), p. 691-706.

PAUKNEROVÁ, D. 2012. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 259 s. ISBN 9788024738093.

PÉREZ-FUENTES, M.D.C. - JURADO, M.D.M.M. - MÁRQUEZ, M.D.M.S. - LINARES, J.J.G. 2019. Analysis of Sociodemographic and Psychological Variables Involved in Sleep Quality in Nurses. In *Int. J. Environ. Res. Public Health*. ISSN 1660-4601, 2019, vol.16, p. 3846.

RYAN, R.M. – DECI, E.L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. In *American psychologist*. ISSN 1935-990X, 2000, vol. 55, p. 68-78.

SEDLÁK, M. 2012. *Základy manažmentu*. Bratislava: Iura edition, 2012. 310 s. ISBN 978-80-8078-455-3.

TUOMI, K. - ILMARINEN, J. - JAHKOLA, A. – KATAJARINNE, L. – TULKKI, A. 1998. *Work Ability Index*. 2nd ed. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1998.

VÁGNEROVÁ, M. 2010. *Vývojová Psychologie. II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2010. 461 s. ISBN 9788024613185.

WALKER, R. M. - BOYNE, G. A. - BREWER, G. eds. 2010. *Public Management and Performance: Research Directions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. 288 s. ISBN 9780511931338.

ZHANG, Y. - EL GHAZIRI, M. - DUGAN, A.G. - CASTRO, M.E. 2019. Work and Health Correlates of Sleep Quantity and Quality among Correctional Nurses. In *Journal Forensic Nursing*. ISSN 15563693, 2019, vol.15, p. 42-51.

VEREJNE ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

(м. Ужгород, Україна)

**РЕАЛІЗАЦІЯ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ В УКРАЇНІ ЯК ВАЖЛИВИЙ
ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОФІЗИЧНИМИ
ПОРУШЕННЯМИ**

**THE IMPLEMENTATION OF EARLY INTERVENTION AS AN
IMPORTANT TOOL FOR CORRECTION OF DEVELOPMENT OF
CHILDREN WITH PSYCHOPHYSICAL DISABILITIES IN THE UKRAINE**

Беца А.М.

Студентка 2-го курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта

(Олігофренопедагогіка. Здоров'я людини)

Науковий керівник: канд. пед. наук, доцент **Кляп М.І.**

Betsa Alina,

bachelor 2nd year, speciality 016 "Special Education"

Scientific adviser: associate professor **Klyap Maryanna Ivanivna**

Резюме. Стаття висвітлює проблему реалізації послуги раннього втручання в Україні, зокрема практичне втілення цієї послуги в різних регіонах держави. На основі статистичних даних підкреслено важливість запровадження раннього втручання для попередження інвалідизації та інституалізації дитячого населення. Проаналізовано нормативну базу щодо запровадження і функціонування раннього втручання в Україні.

Ключові слова: діти з порушеннями психофізичного розвитку, раннє втручання, ранній період розвитку, рання діагностика, абілітація, реабілітація.

Abstract. The article deals the problem of implementing the service of early intervention in Ukraine, in particular the practical implementation of this service in different regions of the country. Based on statistics, the importance of introducing early intervention to prevent disability and institutionalization of children is emphasized. The normative base on the introduction and functioning of early intervention in Ukraine is analyzed.

Key words: children with psychophysical development disorders, early intervention, early period of development, early diagnosis, habilitation, rehabilitation

Ключові слова: раннє втручання, діти раннього віку, порушення психофізического розвитку

Вступ. Ранні роки життя є найбільш сприятливими для розвитку дитини і те, що відбувається у цей період, істотно впливає на її

подальший розвиток, навчання та соціалізацію у суспільстві. Важко переоцінити значення ранньої психолого-педагогічної допомоги та ранньої діагностики порушень дітям з особливостями психофізичного розвитку. Ранній період розвитку дитини (від народження – до трьох років) виділяється в онтогенезі людини як найбільш значущий етап у становленні основних нервово-психічних функцій. Відомий вчений, автор книги «Після трьох уже пізно» Масару Ібука, на підставі комплексних досліджень різних фахівців (лікарів, психологів, педагогів та ін.) зробив висновок, що те, що дитина здатна засвоїти до трьох років, потім їй вдається з труднощами або й не вдається зовсім. Отже, правильний підхід до виховання і розвитку дитини раннього віку є основою її подальшого фізичного і психічного благополуччя [5].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми ранньої діагностики дітей із порушеннями розвитку розкрито в низці праць (Н.Авдеєва, Н. Бастун, Л. Виготський, О. Гвоздев, А.Запорожець, В. Лубовський, В. Тарасун, Т. Філічева та інші). Багато дослідників (О. Роговська, Г. Кукуруза, С. Хоменко) розглядали важливість ранньої корекції, як вона впливає на особистість дитини й аналізували систему раннього втручання, яка існує тепер в Україні. Проблеми сімей, у яких виховуються діти з особливими потребами, розглядаються сучасними зарубіжними й вітчизняними дослідниками з позиції різних наук і підходів. Зокрема, вивчаються особливості функціонування таких сімей, аналізуються найрізноманітніші аспекти життя дітей у сім'ях, способи правового забезпечення соціального захисту і надання дітям з особливими потребами та їхнім родинам різних видів допомоги, реабілітаційних послуг (О. Безпалько, О. Дікова-Фаворська, А. Капська, А. Колупаєва, Т. Комар, В. Тарасенко, А. Шевцов та інші). Всі дослідження містять багато інформації про можливості реалізації процесу раннього втручання в Україні, однак реалізація в окремих регіонах є не достатньо представленою в науковій літературі.

Мета дослідження: узагальнити інформацію про роль та реалізацію раннього втручання як одного із важливих засобів корекції розвитку дітей із психофізичними порушеннями, проаналізувати функціонування системи раннього втручання, зокрема, на Закарпатті.

Матеріали та методи. Використано теоретичні методи дослідження – аналіз, порівняння, систематизація інформації науково-методичних видань та синтез, узагальнення, моделювання на основі відомостей науково-педагогічної літератури.

Виклад основного матеріалу дослідження.

1. Поняття «раннє втручання», принципи, на яких базується система раннього втручання (РВ).

Дослідження підтверджують, що перші роки життя дитини є визначальними для її подальшого росту та розвитку і впливають на її майбутнє. При цьому кожна дитина пізнає світ у своєму темпі і потребує різного обсягу зусиль з боку дорослих, особливо, якщо мова йде про дітей із порушеннями психофізичного розвитку.

Важливо інвестувати у розвиток таких дітей у ранньому віці, адже це допомагає уникнути більш серйозних проблем у майбутньому. Реалізувати право дитини на найкращий старт у житті допомагає рання діагностика та раннє втручання [15].

Раннє втручання, як система надання допомоги дітям раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку, з'явилась у світі ще з 60-х років ХХ ст. В Україні раннє втручання було започатковане у кінці 90-х років і продовжує розвиток досі. Старт вітчизняних практик надання послуги раннього втручання розпочався з 2005-2007 рр. На замовлення українського уряду реалізовано проєкт Європейського Союзу «Розвиток інтегрованих соціальних служб для вразливих сімей і дітей», що й поклало початок розбудові допомоги людям з інвалідністю, зокрема дітям [16].

Поняття «послуга раннього втручання» у науковій літературі розкривається як послуга, що поєднує медичну, психологічну, педагогічну та соціальну складові і надається мультидисциплінарною командою фахівців. Вона спрямована на забезпечення розвитку дітей з порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень віком від народження до 4-х років, зростання та виховання їх у середовищі, природньому для дітей відповідного віку без порушень або максимально наближеному до нього, підтримку та розвиток компетентності батьків з метою створення умов для підвищення рівня участі дітей у повсякденному житті та їх соціальної інклюзії [3].

Раннє втручання включає:

- супровід сімей, які виховують малюків із порушенням розвитку;
- підтримку родини в подоланні кризи;
- допомогу родині у розвитку життєво необхідних умінь та навичок у дитини;
- сприяння покращенню взаємодії малюка із членами родини та соціуму [15].

Г. Кукуруза вказує, що клієнтами послуги раннього втручання можуть бути сім'ї, які виховують дітей до 4-х років:

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

За міжнародного співтовариства раннього втручання (International Society on Early Intervention, 1997), раннього втручання потребують діти з порушеннями інтелекту, зору та слуху, руху, з комунікаційними та мовленнєвими проблемами, аутизмом, порушеннями поведінки, а також діти біологічного та соціального ризику: недоношені та з малою вагою, після внутрішньоутробних інфекцій або тяжких пологових травм; діти, батьки яких не можуть забезпечити їм необхідних умов розвитку: діти матерів-підлітків, діти неграмотних бідних батьків, діти психічно хворих матерів, діти, які піддавалися насильству в сім'ї [1].

За наказом Міністерства соціальної політики України від 18.02.2021р. № 92 послугу раннього втручання рекомендується надавати на основі інтегрованого, комплексного та міжвідомчого підходів за таким алгоритмом:

- первинне оцінювання труднощів, що виникають у житті дитини;
- оцінювання індивідуальних потреб та визначення пріоритетів сім'ї дитини;
- оцінювання активності та участі дитини, а саме наявних у неї здібностей до виконання будь-яких дій, навичок у щоденній активності;
- оцінювання труднощів, які постають перед дитиною при виконанні дій, визначення ступеня складності дій у її щоденній активності;
- вивчення порушень функцій і систем організму, які потенційно можуть впливати на формування умінь та виконання дій в цілому;
- дослідження та оцінювання впливу на стан функціональних обмежень життєдіяльності та здоров'я дитини зовнішніх та особистісних факторів [7].

Доведено, що ефективність розроблених прийомів корекційно-педагогічної роботи можливе лише при систематичному і ранньому їх застосуванні з урахуванням диференційованого підходу в залежності від структури порушення, характеру провідного відхилення, особливостей вторинної патології.

Своєчасна допомога і корекція дають виключну можливість пом'якшити ті недоліки і проблеми, які наявні в розвитку дитини, а в деяких випадках подолати їх, забезпечивши тим самим повноцінний розвиток дитини.

Результати наукових досліджень і практики показують, що раннє виявлення і рання комплексна корекція відхилень в розвитку з перших років життя дозволяють попередити появу подальших відхилень в розвитку вторинної і третинної природи, скоригувати ті труднощі, що вже наявні в дитини і, в результаті, знизити ступінь соціальної недостатності дітей з відхиленнями в розвитку, досягнути максимально можливого для кожної дитини рівня освіти, загального розвитку, ступеня інтеграції в суспільство. Як наслідок, такий комплекс робіт сприяє тому, що в ранньому віці до 20 % дітей біля 18 місяців досягають показників вікової норми, а у 90% дітей спостерігається позитивний ефект в розвитку [14].

Раннє втручання є всесвітньо визнаною комплексною послугою, яка максимально збільшує шанси дітей на реалізацію власного потенціалу, дає змогу максимально ефективно використовувати потенціал сім'ї для розвитку дитини та її підготовки до інклюзивного навчання в закладах дошкільної освіти. Крім того, цією послугою забезпечуються потреби сім'ї у професійній психологічній допомозі, а також повноцінна участь членів сім'ї в житті суспільства.

Міжнародні дослідження та світова практика свідчать про те, що раннє втручання найбільш ефективно забезпечує організацію допомоги дітям раннього віку і їхнім сім'ям, запобігає інвалідизації та інституалізації дітей, сприяє соціальній інклюзії сімей. Послуга раннього втручання є економічно ефективною для суспільства. Відповідно до міжнародних досліджень 1 долар, який вкладено в послугу раннього втручання, дає змогу державі економити до 17 доларів у майбутньому [13].

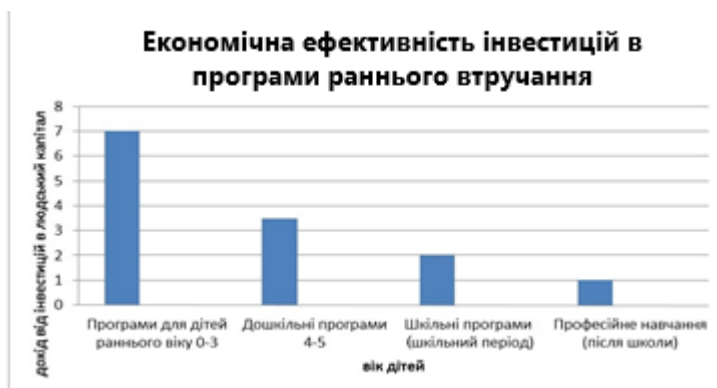


Рис. 1 Економічна ефективність інвестицій в програми раннього втручання

Міністр охорони здоров'я України (2014-2016 рр.) зауважував, що розвиток системи раннього втручання є актуальним у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я, посиленням первинної ланки надання допомоги, зміни моделі педіатричної допомоги на модель сімейного лікаря та ефективною формою забезпечення доступності комплексних, тривалих у часі послуг дітям раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку, а також допомоги родинам, що виховують таких дітей [17].

Виділяють низку принципів, на яких базується система раннього втручання:

1) Сімейноцентрованість – взаємозв'язок з родиною вихованця. В технології раннього втручання (РВ) батьки дитини є членами команди та беруть активну участь на всіх етапах реалізації технології. Програма РВ будується, спираючись на запит, узгоджений батьками та фахівцями. Батьки беруть активну участь в процесі оцінки, обговорення профіля розвитку дитини, узгоджують з фахівцями ціль роботи, загальний план та план дій, у виконанні якого мають власну частину.

2) Міждисциплінарність та командність. Послугу раннього втручання надає команда фахівців, що складається з психолога, логопеда, фізичного терапевта й лікаря (педіатра або невролога). Кожен член команди володіє певним об'ємом знань суміжних областей, що формує загальну мову в команді та розширює можливості кожного спеціаліста у вирішенні своїх професійних задач. Батьки дитини є повноправними членами команди й приймають активну участь у всіх етапах реалізації послуги.

3) Функціональний підхід. Метою оцінки й предметом роботи є те, як дитина справляється з повсякденними життєвими ситуаціями, спираючись на те, що вона хоче, що вона вже вміє робити, як реалізує свої можливості, як різні фактори впливають на її здатність справлятися з повсякденними справами. Під час планування роботи в ранньому втручанні фахівці разом з сім'єю відразу визначають ті зони, в яких участь дитини обмежена й визначають, чому необхідно навчити дитину та дорослих, що піклуються про неї, щоб підвищити якість участі дитини.

4) Реалізація програм раннього втручання в природньому середовищі з використанням повсякденних рутин – принцип, що базується на практикуванні нових навичок в межах ситуацій, які не відображають для дитини реальної життєвої проблеми. Природні ситуації сприяють розвитку та розширенню різноманітних можливостей дитини (в соціальній, комунікативній, руховій та інших сферах), які, в свою чергу, покращують її здатність навчатися [3].

Основним принципом діяльності програми раннього втручання фахівці вважають концепцію абілітації. У статті 26 «Абілітація та реабілітація» Конвенції про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 р. метою абілітаційних і реабілітаційних послуг та програм визначено надання особам з інвалідністю можливості досягнення і збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. Зазначено також, що абілітаційні та реабілітаційні послуги і програми мають починатися якомога раніше, ґрунтуватися на багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда [9].

Термін «абілітація» походить від латинського «habilis», який означає «бути спроможним». У Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 №2961- IV зазначено, що абілітація – це система заходів, спрямованих на опанування особою знань і навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування. Реабілітація осіб з інвалідністю визначається в документі як система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення й підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [12].

Процес абілітації спрямований на розвиток несформованих функцій і навичок; реабілітація ж, в свою чергу, забезпечує відновлення втрачених через травму чи захворювання функцій. Отже, поняття абілітації є ширшим, оскільки зосереджує увагу не тільки на функціональному обмеженні як відхиленні від нормального розвитку, охоплює не тільки процес лікування або модифікації фізичних чи розумових розладів, а включає й навчання дитини досягати важливих функціональних цілей альтернативними способами, якщо звичайні неможливі, адаптувати навколишнє середовище задля компенсації відсутніх функцій.

Найбільш загально абілітацію розглядають як процес багатостороннього лікування, у якому одночасно враховано різноманітні аспекти допомоги з метою надання дитині з порушеннями психофізичного розвитку можливості вести життя, максимально наближене до нормального, яке вона б мала за умови відсутності наявного функціонального обмеження.

Важливою складовою соціально-педагогічного підходу в абілітації дитини є включення в активну діяльність із нею всіх членів сім'ї, насамперед батьків або осіб, які їх замінюють. Надзвичайної ваги набуває участь сім'ї на початковому етапі абілітації дитини в найбільш ранньому віці. У цей період життя дитини саме батьки зможуть приділити їй найбільше уваги, значною мірою задовольняти природні потреби дитини з порушеннями психофізичного розвитку в середовищі життєдіяльності [9].

2. Статистичні дані щодо чисельності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в Україні.

У розпорядженні Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції створення та розвитку системи раннього втручання» від 26 травня 2021р. №517-р йдеться про те, що за роки незалежності чисельність дитячого населення в Україні зменшилася на 57,6 відсотка, при цьому чисельність дітей з інвалідністю зросла більш як у два рази, тобто питома вага цієї категорії дітей збільшилася з 0,5 відсотка до 1,98 відсотка [12].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), за останні 25 років дитяча смертність у світі знизилася більше, ніж удвічі. При цьому в Україні смертність немовлят у разі перевищує такий показник не лише в найбільш розвинутих країнах, але і в сусідніх країнах центральної та східної Європи - членах ЄС (порівняно з Чехією - майже втричі; з Польщею - майже вдвічі; з Угорщиною - більше ніж удвічі). Основними причинами смерті немовлят в Україні є стани, що виникають у перинатальний період, а також вроджені порушення та спадкова патологія. Особливе занепокоєння викликає смертність дітей (не лише немовлят, а й дітей віком до чотирьох років), спричинена зовнішніми чинниками, які можуть бути усунуті за умови якісного догляду за дітьми в сім'ї [13].

При цьому в Україні немає офіційних статистичних даних щодо чисельності дітей з порушеннями розвитку або ризиком виникнення таких порушень. Багато джерел повідомляє різну статистику.

Згідно звіту Державної служби статистики України у 2017 році коефіцієнт кількості дітей з інвалідністю становив 209,0 на 10 000 тис. дитячого населення, на противагу, у 2000р. цей коефіцієнт становив 162,9 особи на 10 000 тис. дітей відповідної категорії [16].

Відповідно до результатів міжнародних досліджень у перші роки життя у 13-18 відсотків дітей з психофізичними порушеннями виявляються затримки розвитку та ризики їх виникнення. Отже, в Україні більше ніж 250 тис. сімей з дітьми віком до чотирьох років потенційно потребують послуги раннього втручання, яка повинна надаватися відповідно до новітніх науково обґрунтованих методик і забезпечувати підвищення рівня компетентності та

посилення здатності батьків сприяти розвитку дітей та їх щоденній активності [12].

3. Створення системи раннього втручання

На сучасному етапі в Україні існує чимало закладів охорони здоров'я, освіти та соціального захисту різних форм власності, які надають послуги для дітей із порушеннями психофізичного розвитку. Водночас, такі послуги мають фрагментарний характер порівняно з потребами дітей, їхніх батьків і вимогами системи раннього втручання, а також не повною мірою спрямовані на комплексне вирішення проблем відхилень у розвитку дітей раннього віку та профілактику різних захворювань й інвалідності.

Із метою створення повноцінної системи раннього втручання для допомоги дітям із порушеннями розвитку в Україні підписано Меморандум взаєморозуміння між різними інституціями (квітень 2017р.), що будуть залучені до її побудови: Міністерством соціальної політики, Міністерством освіти і науки, Міністерством фінансів, Міністерством юстиції, Міністерством закордонних справ, Дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ, Всеукраїнським ГО «Національна Асамблея людей з інвалідністю України», Благодійним фондом «Інститут раннього втручання» для дітей із порушеннями розвитку та дітей з інвалідністю, Всеукраїнською фундацією «Захист прав дітей», Фундацією Soft Tulip (Нідерланди), Європейською асоціацією раннього втручання EURLY AID [11].

У Меморандумі передбачено не лише об'єднання зусиль усіх інституцій, які підписали документ, а й створення єдиної національної платформи раннього втручання, яка координуватиме роботу різних органів влади, міжнародних і національних організацій для формування єдиних підходів до створення та функціонування системи раннього втручання в Україні. Національна платформа має також забезпечити інформування громадян України про діяльність із раннього втручання. Зокрема, це має допомогти батькам дитини з проблемами розвитку отримувати актуальну інформацію про те, як забезпечити повноцінний розвиток дитини та які засоби вони можуть для цього використовувати.

Кабінет Міністрів України розпорядженням від 14 грудня 2016 року № 948-р «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» підтримав ініціативу Міністерства охорони здоров'я та затвердив план заходів із виконання у 2017-2020 роках пілотного проекту щодо практики надання послуг раннього втручання для дітей.

Створення системи раннього втручання визнається однією з актуальних складових реформування системи охорони здоров'я. Це дозволить

покращити доступ до комплексних, тривалих у часі послуг дітям раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку, уникнення їх виникнення та супровід родин, які виховують таких дітей; сприятиме зміцненню сімей, які виховують дітей з особливими потребами, запобіганню реінтеграції дітей, проведенню планомірних превентивних заходів для попередження дитячої інвалідності. У довгостроковій перспективі така діяльність дозволить соціально максимально включити дитину з особливими потребами та її родину до суспільного життя, знизити витрати на спеціальну освіту й догляд [9].

Одним із прикладів успішного співробітництва у сфері раннього втручання є ініційоване Міністерством соціальної політики перед Європейським союзом залучення технічної допомоги в рамках програми Twinning та розпочатий з травня 2017 року проєкт «Підтримка органів влади України в розробці законодавчих та адміністративних засад для запровадження системи раннього втручання та реабілітації дітей, які мають ризик отримати інвалідність». Проєкт спрямовано на розроблення й упровадження законодавчих та адміністративних засад раннього втручання в нашій державі. Ця програма є надзвичайно важливою, оскільки раннє втручання є інноваційним напрямом для України в аспекті покращення життя дітей із порушеннями психофізичного розвитку та їхніх родин. Досвід європейських країн (зокрема, Нідерландів та Франції), показав, що раннє втручання допомагає суттєво знизити відсоток інвалідності серед дітей.

У розпорядженні Кабінету Міністрів України від 26 травня 2021р. № 517-р «Про схвалення Концепції створення та розвитку системи раннього втручання» повідомляється, що в результаті реалізації протягом 2017-2019 років пілотного проєкту «Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» (далі - пілотний проєкт) відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 грудня 2016 р. № 948 у Закарпатській, Львівській, Одеській та Харківській областях, що визначені для участі в пілотному проєкті, понад 79 відсотків закладів, де надаються послуги раннього втручання незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування, станом на кінець 2018 року надавали послугу раннього втручання. Згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 350 «Деякі питання створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» до реалізації пілотного проєкту долучено також Вінницьку, Донецьку, Дніпропетровську, Запорізьку, Кіровоградську, Луганську області.

Станом на 1 січня 2021 р. у десяти пілотних областях послугу раннього втручання надавали 43 заклади, що належать до сфери управління Міністерства соціальної політики, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), Міністерства освіти і науки (МОН), та організації недержавного сектору. Послугу раннього втручання в пілотних областях отримували 1642 сім'ї, в тому числі 1671 дитина. При цьому потенційно потребують надання зазначеної послуги 18181 сім'я та 18328 дітей, що свідчить про більшу потребу населення пілотних областей [12].

Важливим кроком до популяризації послуги раннього втручання та її упровадження на рівні адміністративно-територіальних одиниць у закладах охорони здоров'я, соціального захисту, дошкільної освіти є розроблення Концепції створення та розвитку системи раннього втручання відповідно до Указу Президента України від 13 грудня 2016 р. № 553 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю», Указу Президента України від 3 грудня 2019 р. № 875 «Про підвищення ефективності заходів у сфері прав осіб з інвалідністю» та з урахуванням положень Конвенції про права осіб з інвалідністю, ратифікованої Законом України від 16 грудня 2009 р. № 1767-VI [12].

4. Центри та організації, у яких втілюється модель раннього втручання. Стан розвитку РВ в різних регіонах України (Одеська, Закарпатська, Харківська, Львівська області)

За даними Міністерства соціальної політики, станом на 01.01.2018р., модель раннього втручання або її елементи запроваджені в роботу 147 реабілітаційних центрів/організацій для дітей з інвалідністю в Україні. Провідною установою, яка найбільш послідовно втілює модель раннього втручання, є благодійний фонд (БФ) «Інститут раннього втручання» та «Центр раннього втручання» (м. Харків). Програма раннього втручання існує в Навчально-реабілітаційному центрі «Джерело» у Львові, елементи раннього втручання застосовуються в Інституті реабілітації осіб з вадами психофізичного розвитку імені Я. Корчака (м. Одеса), Медико-соціальному реабілітаційному центрі «Дорога життя» (м. Ужгород), Державному комплексі ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв) та інших.

В Одеській області системна робота в напрямку впровадження програми раннього втручання розпочалася з 2016 р. З того часу на базі Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я працює відділення раннього втручання, у якому діти можуть отримати послугу РВ, яку надає мультидисциплінарна команда, що складається із психологів, реабілітологів та логопедів. А з 2018 р. організовано кабінет раннього

втручання на базі Міської дитячої поліклініки № 6. Одеська область стала однією з тих, де налагоджена співпраця міської та обласної адміністрацій. Фінансове забезпечення РВ здійснюється як з обласного бюджету, так і з бюджету міста. Крім того, у 2018 р. створено регіональну консультативну раду з питань реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання». До цієї ради увійшли представники профільних департаментів та громадськості.

У рамках впровадження РВ в Одеській області організована Літня школа раннього втручання, де проводяться тренінги для фахівців із різних регіонів України. Навчання пройшли представники Одеської, Львівської, Харківської областей та Закарпаття (власне, пілотні області в рамках реалізації проекту) [17].

Закарпаття – один з небагатьох регіонів України, де працює система надання послуг раннього втручання – комплексна допомога родині з дитиною раннього віку з порушеннями здоров'я та розвитку [6].

Закарпатська область – один із чотирьох регіонів України, де відповідно до затвердженого Урядом плану заходів передбачається реалізація у 2017-2020 рр. пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя».

10-11 грудня 2018р. у рамках реалізації проекту Twinning «Підтримка органів влади України в розробці законодавчих та адміністративних засад для запровадження системи раннього втручання та реабілітації дітей з інвалідністю і дітей, які мають ризик отримати інвалідність» відбулася місія експертної групи проекту Twinning до Закарпатської області. До складу експертної групи увійшли постійний радник проекту Жан-Елі Малкін, експерт проекту Женев'єва Семпер Бріан, експерт проекту Сільві Ванкейсель та перекладач проекту Катерина Киричок.

Також у грудні 2018р. в рамках візиту французької делегації було проведено засідання регіональної консультативної ради з питань реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя», яка утворена в області відповідно до розпорядження голови Закарпатської обласної державної адміністрації. Метою Ради є надання підтримки родинам, які виховують дітей з порушеннями розвитку, запобігання відмові батьків від дітей із психофізичними порушеннями та потраплянню їх в інтернатні заклади, а також інвалідизації дитячого населення Закарпатської області. На черговому засіданні представили актуальний стан впровадження послуги раннього втручання у Закарпатській області у 2018 році та

перспективи цієї послуги у наступні роки. Французькі експерти презентували проект Стандарту надання послуги раннього втручання [18].

Участь у зустрічі взяли експерти проекту Twinning в Україні, директор департаменту соціального захисту населення обласної державної адміністрації (2017-2021pp.) Михайло Петрішка, керівник Обласного центру комплексної реабілітації осіб з інвалідністю Олег Кириленко, завідувач відділенням раннього втручання Ірина Рошкович, представники Товариства захисту прав людей з особливими потребами «Надія», члени вищевказаної регіональної консультативної ради та інші учасники.

За результатами засідання, вирішено продовжити реалізацію проекту в Ужгородському, Свалявському районах області та з 1 січня 2019 року долучити до пілотного проекту найбільший район України – Тячівський – на базі Комунальної установи «Тячівський соціально-реабілітаційний (абілітаційний) центр для осіб з інвалідністю» Закарпатської обласної ради з подальшим наданням таких послуг мешканцям Рахівського та Хустського районів [6].

Зараз послуга раннього втручання отримала в Ужгороді додатковий важливий розвиток – створено відділення раннього втручання в Обласному центрі комплексної реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів (далі – Центр), директором якого є **Кириленко О. П.** Центр заснований ще з 2008 року. Метою діяльності Центру є забезпечення реалізації соціально-економічних, медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, професійних та інших заходів відновлювального характеру, спрямованих на попередження прогресування патологічного процесу, усунення чи максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення здоров'я та трудових навичок людей з інвалідністю та дітей-інвалідів, корекцію психічних процесів, здобуття ними освіти, їх трудову зайнятість незалежно від категорії і причин інвалідності. Координація роботи Центру, організаційно-методичне забезпечення його діяльності здійснюються департаментом соціального захисту населення облдержадміністрації. Центр взаємодіє з місцевими органами охорони здоров'я, освіти та науки, а також іншими організаціями, діяльність яких спрямована на людей з інвалідністю та дітей-інвалідів [10]. Тож, разом із медико-соціальним реабілітаційним центром «Дорога життя», родини, які виховують дитину з порушенням здоров'я, можуть отримати фахову допомогу і тут. Центр «Дорога життя» відкрито в Ужгороді 3 жовтня 1999 року. Це благодійна, неурядова, недержавна, неприбуткова організація, яка займається комплексною реабілітацією дітей та молоді з обмеженими можливостями, здійснює соціальний захист прав, інтересів клієнтів та їх сімей. Вікова категорія від 0 до 35 років. Сьогодні в

«Дорозі життя» працює 5 груп для дітей з особливими потребами, із січня 2006 року відкрито відділення раннього втручання. Центр реалізує програми інтеграції дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я через культурно-мистецькі проекти, співпрацюючи з Ужгородським Палацом дітей та юнацтва «ПАДІЮН», спортивно-хореографічною студією «Вікторія» (керівник – відмінник освіти України В. Данчин-Брежинська), коледжем мистецтв ім. А. Ерделі Закарпатського художнього інституту [4].

У березні 2018р. створенню системи надання послуг раннього втручання на всій території Закарпатської області було присвячене засідання робочої групи в Закарпатській обласній державній адміністрації (ОДА). Участь в зустрічі взяли представник Мінсоцполітики Маргарита Кропивницька, директор департаменту соціального захисту населення ОДА Михайло Петрішка, керівник Обласного центру комплексної реабілітації осіб з інвалідністю Олег Кириленко, зав. відділення раннього втручання Ірина Рошкович, голова правління товариства захисту прав людей з особливими потребами „Надія” Ольга Принцовська, а також експерти з Європи, відповідальні за координацію проекту Twinning – Андрій Третяк (лідер проекту), Дімітріс Нікольській, Клара Леймоні, Женев'єв Семпер-Бріан, Жозе Боавіда та інші.

У результаті засідання, було вирішено збільшити кількість представників громадських, волонтерських організацій у складі обласної робочої групи з питань впровадження в медичну практику послуг з раннього втручання. У подальшому в області провели анкетування, за результатами якого визначили установи та адміністративні одиниці, які будуть задіяні в системі надання послуг раннього втручання. Протягом року також провели ряд тренінгів для відповідних фахівців та спеціалістів для підвищення якості надання цієї соціальної послуги [6].

Благодійна установа Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» у м. Львів заснована 1993 року батьками дітей з церебральним паралічем товариства «Надія» та волонтерами з Канади. У 2008 році, за підтримки Львівської міської ради та у партнерстві з управлінням соціального захисту ЛМР, на базі «Джерела» створено Львівський міський центр реабілітації.

За 27 років роботи Центру допомогу отримали понад 7000 дітей та молоді, віком від кількох тижнів до 45 років. Центр «Джерело» фінансується з комунального бюджету міста Львова (80%) та за рахунок благодійних надходжень (20%). У цьому Центрі уже 20 років функціонує програма раннього втручання для дітей віком від 0 до 4 років, яка здійснює раннє виявлення, профілактику порушень розвитку дитини та функціонування її сім'ї.

У Львові також відкрито Центр раннього втручання для дітей з порушеннями розвитку на базі міської клінічної лікарні. У центрі діти з порушеннями розвитку віком до 3 років отримують допомогу фахівців. Для дітей є спеціальне крісло, гірка, щоб вчити їх робити кроки, ігровий матрац для вправ, реабілітаційний столик. У Центрі раннього втручання працює невролог, психолог, логопед і два фізіотерапевти (ерготерапевти), лікар лікувальної фізкультури і консультативний лікар - ортопед, окуліст та ін. [8].

5. Порівняльні характеристики «традиційної» медико-реабілітаційної моделі надання послуг та раннього втручання [1]

Характеристика	«Традиційна» реабілітаційна модель	Послуга раннього втручання
Цільова група	Діти з порушеннями здоров'я або встановленою інвалідністю.	Діти з порушеннями здоров'я та встановленими ознаками порушень розвитку, а також ризиком їх виникнення (біологічними або соціальними).
Раннє виявлення	Часто відтермінується виявлення порушень, не пов'язаних з важкими фізичними або моторними порушеннями (ранні порушення комунікації, мислення, когнітивної сфери, мови, тонкої моторики).	Раннє виявлення (від перших днів) з використанням скринінгів, опитувальників для батьків, педіатричного скерування, тощо. Ранній початок втручання.
Класифікація	Описує дитину за діагнозом. Констатує вади (з використанням МКХ).	Описує можливості дитини з порушеннями, її участь в житті родини та суспільства (з використанням МКФ).
Фокус	Дитина в контексті «вад».	Дитина в контексті повсякденного життя сім'ї.
Мета	«Нормалізація» дитини, усунення вад.	Участь дитини в повсякденному житті, нормалізація життя родини, адаптація (в тому числі з використанням допоміжних засобів пересування, комунікації тощо).
Взаємодія «фахівці-батьки»	Ієрархічні відносини по типу «спеціаліст-педагог», батьки мають виконувати завдання та рекомендації фахівців.	Партнерські відносини між батьками і спеціалістами. Експертами є і батьки, і професіонали. Сумісно робиться обстеження та узгодження, реалізація і оцінка ефективності індивідуального плану втручання.
Взаємодія «фахівці-фахівці»	Індивідуальна («кабінетна», окрема) робота фахівців. Роз'єднані, взаємодія «через папери».	Скоординована взаємодія фахівців різних спеціальностей. Спільна оцінка, мета роботи та спільний план втручання. Командна робота.

Тривалість та періодичність послуг	Короткотривалі курси.	Послуга надається регулярно впродовж перших років життя дитини (від 0 до 4 років).
Надання послуг	Залежить від установи, стандартний пакет.	Індивідуальний підхід, що базується на аналізі актуальних потреб дитини та батьків в контексті життя родини.
Вихід з програми	Закінчення терміну реабілітаційного курсу залежно від правил закладу. Не передбачається супровід переходу в інші програми.	Планування виходу сім'ї з програми раннього втручання, супровід під час переходу в наступну програму.

6. Проблеми реалізації раннього втручання в Україні.

Своєчасна допомога і корекція дають виключну можливість пом'якшити ті недоліки і проблеми, які наявні в розвитку дитини, а в деяких випадках подолати їх, забезпечивши тим самим повноцінний розвиток дитини. Результати наукових досліджень і практики показують, що раннє виявлення і рання комплексна корекція відхилень в розвитку з перших років життя дозволяють попередити появу подальших відхилень в розвитку вторинної і третинної природи, скоригувати ті труднощі, що вже наявні в дитини і, в результаті, знизити ступінь соціальної недостатності дітей з відхиленнями в розвитку, досягнути максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку, освіти, ступеня інтеграції в суспільство.

Але, незважаючи на це, існуючий порядок допомоги дітям з проблемами в розвитку не відповідає в повній мірі потребам сім'ї і не забезпечує комплексної допомоги, оскільки зосереджує свою увагу в основному на дітях старшого дошкільного і молодшого шкільного віку. Першопричиною такого стану на думку доктора педагогічних наук, професора, головного наукового співробітника Лабораторії корекції розвитку дитини з аутизмом Інституту спеціальної педагогіки НАПН України Валентини Тарасун є те, що на сьогодні допомога дітям раннього віку з обмеженими можливостями здоров'я знаходиться у відомстві декількох міністерств України: Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства соціальної політики України, у зв'язку з чим у цій сфері відмічаються певні негативні тенденції:

- 1) недостатня взаємодія зазначених структур;
- 2) недостатня кількість кваліфікованих педагогічних кадрів, підготовлених до роботи з дітьми раннього віку;
- 3) недостатній обсяг знань з проблем спеціальної психології і спеціальної педагогіки в системі підготовки педагогічних кадрів для

дитячих садків (недостатнє знання педагогами особливостей розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров'я; не володіння адекватними методами їх виховання і навчання; невміння забезпечити необхідні умови для успішної адаптації дитини в колективі);

4) недосконалість нормативно-правової бази інтеграції й інклюзії, внаслідок чого прийом дитини в дитячий садок часто залежить від особистої позиції керівника і педагогічного персоналу;

5) варіативне вирішення питань організації і змісту роботи, без достатнього забезпечення її методичною і нормативною літературою, що відображає сучасні погляди на мету і завдання спеціальної дошкільної освіти;

6) не закріпленість в нормативних правових документах і недостатня усвідомленість соціумом ролі соціального педагога як ланки в системі взаємодії сім'ї і різних відомств;

7) недостатній розвиток інформаційної бази для населення в соціальних інститутах, що надають допомогу дітям з особливостями в розвитку.

Науковцями і практиками на сьогодні визнається, що серед найважливіших напрямів реконструкції вітчизняної системи спеціальної освіти є створення її нового структурного елемента, а саме: служби ранньої допомоги дітям з різними відхиленнями в розвитку, оскільки при ранньому втручанні вдається значно знизити ступінь соціальної недостатності дітей, досягнути максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку, освіти, інтеграції в суспільство.

У результаті здійснених вітчизняних і зарубіжних досліджень встановлено, що для реалізації цієї мети необхідно [14]:

1) максимально раннє виявлення особливостей в розвитку дитини;

2) максимальне скорочення розриву між моментом визначення первинного порушення і початком цілеспрямованого навчання дитини, що включає як специфічні (загальноосвітні), так і не специфічні (корекційні) компоненти;

3) обов'язкове включення батьків у процес ранньої освіти і їхня відповідна підготовка силами спеціалістів.

Таким чином, важливим завданням сучасної освіти є побудова гнучкої державної системи ранньої комплексної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку і сім'ям, в яких вони виховуються.

Висновки. Отже можна зробити висновки, що:

- Організація роботи, спрямована на раннє виявлення особливостей в розвитку дітей, виступає як один з напрямів системи ранньої комплексної

психолого-медико-педагогічної корекції різних відхилень в розвитку малюків, починаючи з першого місяця життя.

- Унікальність послуги раннього втручання в тому, що різні фахівці не є розкидані в різних місцях з різними думками, а зібрані в одній локації. Тому батьки, які звертаються за допомогою, отримують концентровану суміш знань і підтримки від експертів. Не втрачається час у пошуках різних фахівців, і акцент роботи цих фахівців — покращення щоденного життя сім'ї, в якій є дитина з труднощами у розвитку.

- Своєчасна допомога і корекція дають виключну можливість пом'якшити ті недоліки і проблеми, які наявні в розвитку дитини, а в деяких випадках подолати їх, забезпечивши тим самим повноцінний розвиток дитини.

- Раннє втручання відрізняється від уже існуючих на сьогодні послуг, де основним завданням є встановлення діагнозу та здійснення лікувальних і реабілітаційних заходів. Послуга раннього втручання заснована на біо-психосоціальной моделі, що враховує стан здоров'я, але зосереджена на можливостях дитини, її самостійності та активній участі в житті своєї сім'ї, суспільства, а також на покращенні якості життя сім'ї в цілому.

- В Україні впровадження послуги раннього втручання, на відміну від багатьох зарубіжних країн, лише розпочинається. Український уряд, у свою чергу, усвідомив необхідність цілком нового підходу допомоги сім'ям, які виховують дітей з особливими потребами, затверджено реалізацію у 2019–2021 рр. пілотного проєкту «Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя». Водночас, Міністерством соціальної політики України ще ведеться робота з розробки Державного стандарту послуги раннього втручання.

- У всіх пілотних регіонах здійснено важливі кроки щодо розвитку послуги раннього втручання, а саме:

- в усіх областях утворено регіональні ради щодо реалізації Пілотного проєкту з впровадження практики надання послуг раннього втручання, визначені керівники, відбуваються засідання регіональних рад;

- в усіх областях затверджені регіональні плани щодо реалізації Пілотного проєкту з впровадження практики надання послуг раннього втручання;

- в усіх областях визначено перелік установ (закладів) та організацій, що беруть участь у наданні послуги раннього втручання;
- в усіх областях проводяться тренінги міждисциплінарних команд раннього втручання;
- в усіх областях визначено установу, що є методичним центром для реалізації Пілотного проєкту;
- в усіх областях (крім Львівської) визначено джерела фінансування надання послуги раннього втручання на регіональному (місцевому) рівні: у Закарпатській та Одеській областях послуги громадянам надаються безкоштовно за рахунок коштів обласного бюджету; у Харківській області фінансування здійснюється в межах фінансування закладів охорони здоров'я та із залученням позабюджетних коштів [2].

Задля створення якісної системи РВ в Україні до першочергових питань необхідно відносити аспекти, пов'язані із забезпеченням такої системи професійними кадрами. Фахівці, задіяні в цьому процесі, мають постійно навчатися, підвищувати свою кваліфікацію шляхом проходження тренінгів (індивідуальних, командних та між командами), як це відбувається, наприклад, у Нідерландах. Крім того, необхідно підвищувати рівень знання англійської мови. Не лише на вербальному рівні. Важливо, щоби фахівці могли говорити з колегами мовою науки. Адже лише так можна забезпечити впровадження інновацій, здійснювати якісну адаптацію документів для національного рівня тощо. Це дуже важливо для прийняття зважених рішень.

До подальших напрямів дослідження проблеми раннього втручання ми відносимо вивчення та узагальнення інформації щодо конкретних методик роботи з дітьми раннього віку, що мають психофізичні порушення різної нозології.

Список використаних джерел

1. Байда Л.Ю., Павлова Є.Б., Іванова О.Л., Кукуруза Г.В. Формування політики раннього втручання : тренінговий модуль. URL:<https://rvua.com.ua/media/399/887f6cc572ca029233d9533cb90bfa78.pdf>
2. Кропівницька М.І. Впровадження послуги раннього втручання на рівні пілотних областей в Україні. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/6_2019/26.pdf
3. Кукуруза Г. В., Близнюк О. О. [та ін.] Технологія раннього втручання: принципи, алгоритм, зміст. URL: https://iozdp.org.ua/Downloads/Methodichki/kukuruza_2017.pdf
4. Медико-соціальний реабілітаційний центр ДОРОГА ЖИТТЯ URL: <http://cf-social.org.ua/regions/zakarpatska/item/mediko-soc%D1%96alnijreab%D1%96%D1%96tac%D1%96jni-centr-dorogazhitty>
5. Миронова С. П. Методика корекційної роботи при порушеннях пізнавальної діяльності: підручник / . – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2014. – 260с.
6. На Закарпатті працюють над вдосконаленням системи раннього втручання URL: <https://zakarpattya.net.ua/News/179369--Na-Zakarpatti-pratsiuiut-nad-vdoskonalenniam-systemy-rannoho-vtruchannia-FOTO>
7. Наказ Міністерства соціальної політики України від 18.02.2021 р. № 92 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя URL: <https://www.msp.gov.ua/documents/5948.html?PrintVersion>
8. Оріся Шиян У Львові відкрили третій Центр раннього втручання для дітей з порушеннями розвитку. URL:https://zaxid.net/u_lvovi_vidkrili_tretiy_tsentr_rannogo_vtruchannya_dlya_ditey_z_porushennyami_rozvitku_n1509975
9. Панченко Т. Л., Заплатинська А. Б. Раннє втручання як система комплексної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=5463
10. Положення про Обласний центр комплексної реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів у новій редакції. Рішення Закарпатської обласної ради від 21.03.2013 р. № 686. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/ZA180104>

11. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. – Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2019. – 300с. URL: <file:///C:/Users/alina/Desktop/inklyuziyavnz.pdf>
12. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
13. Про схвалення Концепції створення та розвитку системи послуг раннього втручання в Україні: Проект розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 травня 2021р. URL : <https://www.msp.gov.ua/projects/679/>
14. Психолого-педагогічна допомога дітям переддошкільного віку з особливостями в розвитку: напрями реалізації. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/23364>
15. Раннє втручання. Міждисциплінарна допомога сім'ям з дітьми раннього віку
URL: <https://www.unicef.org/ukraine/child-protection/early-intervention>
16. Роговська О. О., Линник К. Д. Послуга раннього втручання як комплексний сімейно-центрований підхід з надання соціальної допомоги. URL: http://eir.pstu.edu/bitstream/handle/123456789/27053/%D0%92%D1%96%D1%81%D0%92%D0%B8%D0%BF5_p58-63.pdf?sequence=1
17. Стасенко Т. Раннє втручання: для якісної послуги необхідна ефективніша міжвідомча координація URL: <https://www.umj.com.ua/article/129279/rannye-vtruchannya-dlya-yakisnoyi-poslugi-neobhidna-efektivnisha-mizhvidomcha-koordinatsiya>
18. Французькі експерти ділилися досвідом щодо запровадження системи раннього втручання та реабілітації дітей з інвалідністю із закарпатськими колегами URL: <https://rakhiv-rda.gov.ua/node/14280>

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

УДК 615.8-057.875:616-036.21:796

**ОЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ
ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У СТУДЕНТІВ УНІВЕРСИТЕТУ В
УМОВАХ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ У ЗВ'ЯЗКУ З ПАНДЕМІЄЮ
COVID-19**

Красна Вікторія

Науковий керівник: **Мелега Ксенія**

**HEALTH-REHABILITATION MEASURES FOR THE CORRECTION OF
AUTONOMIC DYSFUNCTION IN THE STUDENTS OF UNIVERSITY IN
THE CONDITIONS OF QUARANTINE RESTRICTIONS IN
CONNECTION
WITH THE COVID-19 PANDEMIC
Krasna Viktoriya**

**Красна Вікторія – бакалавр спеціальності 227 Фізична терапія,
ерготерапія факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ
«Ужгородський національний університет»**

Email: krasna.viktoriya@student.uzhnu.edu.ua

Scientific advisor: Meleha Kseniia

Анотація. Метою дослідження було встановити групу ризику серед студентів-бакалаврів щодо розвитку вегетативної дисфункції в умовах карантинних обмежень у зв'язку з пандемією COVID-19 та розробити оздоровчо-реабілітаційні заходи корекції порушень функціонального стану організму. В рамках дослідження було обстежено 46 студентів-бакалаврів факультету здоров'я та фізичного виховання (ФЗФВ) ДВНЗ «УЖНУ» денної форми навчання, серед яких 22 юнаків (47,8%) і 24 дівчат (52,2%). Дослідження проводили у весняному семестрі навчання, в період карантину у зв'язку з пандемією COVID-19, в умовах дистанційного навчання. Встановлено, що у студентів університету, які перебувають в умовах карантинних обмежувальних заходів під час пандемії COVID-19, виявляється достатньо високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, а також значна поширеність симптомів вегетативної дисфункції - у 47,8% студентів, яка особливо часто виявляється у дівчат-студенток. Під впливом розробленої програми оздоровчо-реабілітаційних заходів, яка включає оптимізацію способу життя, гідропроцедури, комплекс дихальної гімнастики та вправ на розслаблення, дозовану ходьбу на повітрі, у більшості студентів з ознаками вегетативних порушень спостерігається зменшення рівня ситуативної та особистісної тривожності, симптомів

вегетативної дисфункції, нормалізація стану ВНС, покращення функціональних можливостей ССС, що є наслідком зниження психологічного стресу і обмежень рухової активності в умовах вимушених карантинних обмежень та дистанційного навчання під час пандемії COVID-19.

Ключові слова: вегетативна дисфункція, студенти, тривожність, фізичні вправи, оздоровчо-реабілітаційна програма

Abstract. The aim of the study was to identify the risk group among undergraduate students for the development of autonomic dysfunction in quarantine restrictions in connection with the pandemic COVID-19 and to develop health and rehabilitation measures to correct functional disorders. There were examined 46 full-time bachelor students of the Faculty of health and physical education (FHPhE) studying at State Higher Educational Establishment “Uzhgorod National University” among which 22 young men (47,8 %) and 24 young women (52,2%) are numbered. The investigations have been held during spring semester of the study, in a quarantine period due to the COVID-19 in the conditions of distance learning. It has been established that a sufficiently high level of situational and personal anxiety is being turned out in the students of university who are in the conditions of quarantine restrictive measures during the COVID-19 pandemic and also significant prevalence of symptoms of vegetative dysfunction is being revealed in 47,8 % of students, which is particularly often found in female students. Under the influence of a developed programme of sanative and rehabilitation measures which includes optimization of lifestyle, water procedures, a complex of respiratory gymnastics and relaxation exercises, dosed walking in the open air there is observed a decrease in the level of situational and personal anxiety, symptoms of vegetative dysfunction, normalization of autonomic nervous system's state, improvement of the functional capabilities of cardiovascular system in most students with signs of vegetative disorders what results in a reduction of psychological stress and limitations of motor activity in the conditions of forced quarantine restrictions and distance learning during the COVID-19 pandemic.

Key words: autonomic dysfunction, students, anxiety, physical exercises, health and rehabilitation program

Вступ. З моменту оголошення Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) 11 березня 2020 року пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19) весь світ почав жити за новими правилами. Для зменшення швидкості поширення COVID-19 в Україні, як і в різних країнах світу, були

запроваджені численні карантинні обмежувальні заходи, включаючи перехід на дистанційне навчання школярів і студентів, перебування вдома більшу частину часу, соціальне дистанціювання, закриття закладів громадського харчування, заборону відвідувати спортивні зали, обмеження громадських та спортивних заходів. Завдяки проведенню протиепідемічних заходів, зокрема, впровадження карантинних обмежень та дотримання правил протиепідемічної безпеки – дистанціювання людей, носіння масок та користування антисептиками, вдається стримувати поширення коронавірусної інфекції, однак проблема боротьби з коронавірусом та його наслідками залишається актуальною і на сьогоднішній день. Незважаючи на те, що вжиті карантинні заходи дозволили суттєво скоротити поширеність коронавірусу серед населення та зменшити навантаження на державні системи охорони здоров'я, ізоляція людей негативно позначилась на їх фізичному і психічному стані. Особливо вразливою групою є студентська молодь, якій доводиться витримувати значні розумові та стресові навантаження під час дистанційного навчання.

Теоретичні підґрунтя дослідження. Численними дослідженнями встановлено, що коронавірусна хвороба (COVID-19) має різні негативні наслідки для здоров'я, часто приводить до серцево-судинної або дихальної недостатності, а в деяких випадках і до смерті [4, 9]. Непередбачуваність пандемії в поєднанні з наслідками для здоров'я та зміна способу життя призвела до посилення психологічного стресу у жителів різних країн по всьому світу [19, 22]. Психологічний стрес пов'язаний з різними супутніми захворюваннями, включаючи серцево-судинні захворювання, шлунково-кишкові проблеми та депресію [11, 16]. Особливо вразливою групою є студенти закладів вищої освіти, для яких радикальна зміна способу життя та навчання в умовах пандемії і карантинних обмежень стала суттєвим стресовим фактором, який може загрожувати здоров'ю. З огляду на це, актуальними є питання визначення факторів, що погіршують психофізичний стан студентів університету в умовах тривалих протиепідемічних заходів та розробка ефективних оздоровчо-реабілітаційних заходів.

Сучасний стан проблеми. За даними нещодавніх досліджень виявлено, що молодші люди мають більш високий рівень стресу під час пандемії, ніж літні люди [19, 22]. Особливо вразливими до стресу, пов'язаного з COVID-19, як виявилось, були студенти університетів [5, 18, 20]. У міру того, як університетські заняття переходили на дистанційну форму, студенти повідомляли про низку проблем, у тому числі утруднення концентрації уваги, проведення надто багато часу перед екраном, занепокоєння з приводу оцінок та труднощі у спілкуванні з професорами

[10, 15]. Таким чином, пандемія COVID-19 стала значним стресом для студентської молоді, як з огляду на суттєві зміни у організації навчального процесу, так і можливості дотримання здорового способу життя. Найбільш негативні зміни пов'язані з неможливістю виконання регулярних фізичних навантажень, забезпечення повноцінного сну та спілкування з друзями та родиною. Під час пандемії COVID-19 спостерігається суттєве зниження рівня фізичної активності студентів [7, 17]. Також пандемія призвела до значного зниження якості сну серед університетських студентів [23]. Встановлено, що погана якість сну та зниження тривалість сну негативно впливає на навчальні досягнення, якість життя та психічне здоров'я студентів коледжу [12], так само, фізична бездіяльність асоціюється з поганими результатами психічного здоров'я [8]. Натомість, фізична активність може призвести до цілого ряду позитивних результатів для здоров'я, включаючи втрату ваги, поліпшення сну та зміцнення імунної системи [6, 13]. Таким чином, закономірно виявляється, що більша фізична активність під час пандемії COVID-19 пов'язана з кращими результатами психічного здоров'я, такими як зниження рівня стресу, депресії, та тривожності [14, 21]. Відповідно, застосування різноманітних оздоровчо-реабілітаційних заходів, спрямованих на зменшення стресу, тривожності та пов'язаних з ними вегетативних порушень у студентів вишу, може сприяти зменшенню негативних наслідків пандемії та вимушеної самоізоляції молодих людей, що стало метою даної роботи.

Мета роботи - визначити групу ризику серед студентів-бакалаврів щодо розвитку вегетативної дисфункції в умовах карантинних обмежень у зв'язку з пандемією COVID-19 та розробити оздоровчо-реабілітаційні заходи корекції порушень функціонального стану організму.

Матеріали і методи. В рамках дослідження було обстежено 46 студентів-бакалаврів факультету здоров'я та фізичного виховання (ФЗФВ) ДВНЗ «УжНУ» денної форми навчання. Дослідження проводили у весняному семестрі навчання, в період карантину у зв'язку з пандемією COVID-19, в умовах дистанційного навчання. Серед них 22 юнаків (47,8%) і 24 дівчат (52,2%). Середній вік обстежених $20,3 \pm 0,2$ років.

Методи дослідження, використані в роботі: теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел; анкетне опитування студентів для визначення реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності за «Шкалою самооцінки тривожності» Ч. Д. Спілбергера, адаптованої в Ю. Л. Ханіним [2]; визначення симптомів вегетативної дисфункції за допомогою «Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін» О.М. Вейна [1]; пульсометрія; тонометрія; ортостатична функціональна проба для оцінки

стану ВНС [3]; визначення вегетативного індексу Кердо [1]; методи математичної статистики. Дослідження проводили у весняному семестрі навчання, в період карантину у зв'язку з пандемією COVID-19, в умовах дистанційного навчання.

Ортостатична функціональна проба для оцінки стану вегетативної нервової системи (ВНС) заснована на визначенні зміни ЧСС при переході з горизонтального у вертикальне положення [3]. Дана проба характеризує збудливість симпатичного відділу ВНС. Використовували варіант проведення проби з оцінкою змін ЧСС за перші 15-20 секунд після переходу у вертикальне положення. Нормальною реакцією на пробу є збільшення ЧСС на 12-18 ударів за 1 хвилину відразу після підйому. Більш сильна реакція свідчить про підвищення реактивності симпатичного відділу ВНС. Більш слабка реакція спостерігається у разі зниженої реактивності симпатичного відділу і підвищеного тону парасимпатичного відділу ВНС. Вегетативний індекс Кердо, який визначається для кількісної оцінки взаємозв'язку між симпатичною й парасимпатичною ланками ВНС, розраховується за формулою [1]:

$$\text{Індекс Кердо} = \left(1 - \frac{\text{АТ діаст.}}{\text{ЧСС}} \right) \times 100 ,$$

де АТ діаст. — величина діастолічного АТ; ЧСС — частота серцевих скорочень в уд/хв.

Оцінка: при повній вегетативній рівновазі (ейтонія) в серцево-судинній системі індекс Кердо = 0. Якщо коефіцієнт позитивний, то переважають симпатичні впливи; якщо цифрове значення коефіцієнта одержують зі знаком мінус, те підвищений парасимпатичний тонус.

Статистична обробка результатів досліджень виконувалася з використанням пакета прикладних програм Microsoft Excell 2003 для визначення достовірності відмінностей (p) між показниками за t-критерієм Стьюдента; результати вважали достовірними в тому випадку, коли коефіцієнт достовірності був меншим 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі було проведено анкетне опитування для виявлення рівня тривожності студентів з використанням опитувальника Спілбергера [2]. Тривожність – це багатозначний психологічний термін, яким описують як певний стан індивіда в обмежений момент часу, так і стійку властивість будь-якої людини. Розрізняють тривожність як емоційний стан, що характеризується напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю (ситуативна тривожність) і як стійку рису, індивідуальну психологічну особливість, що

проявляється в схильності до частих та інтенсивних переживань стану тривоги (особистісна тривожність). Підвищений рівень тривожності є суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості та загрожує розвитком дезадапційних станів у студентів. При оцінці ситуативної (реактивної) і особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна розрізняють: низький рівень тривожності – менше 30 балів, середній – 30-45 балів, високий — 45 балів і вище [2].

За результатами проведеного анкетування студентів встановлено, що у більшості з них виявляється середній рівень тривожності, як ситуативної, так і особистісної. Середні показники ситуативної тривожності: низький рівень – у 7 (15,2%), середній – у 26 (56,5%), високий – у 13 (28,3%); показники особистісної тривожності: низький рівень - 19,4%, середній - 58,2%, високий – 22,4%. Було виявлено відмінності між студентами, юнаками та дівчатами, за рівнями тривожності. Так, у більшості юнаків встановлено середній рівень ситуативної та особистісної тривожності (77,2% і 68,1%, відповідно). Для значно меншої кількості студентів характерні низький (9,0% і 13,6%, відповідно) та високий (13,8% і 18,3%, відповідно) рівні тривожності. У дівчат виявлено дещо інший розподіл студенток за рівнями тривожності: найбільше студенток – 45,8% мали високий рівень ситуативної тривожності, 37,5% – середній і 16,7% – низький. За показниками особистісної тривожності для 54,2% дівчат характерний середній рівень, 29,0% – високий і 16,8% – низький. Середні показники тривожності у групі юнаків-студентів та дівчат-студенток вірогідно не відрізнялись: $34,8 \pm 2,4$ проти $37,4 \pm 2,3$ балів ($p > 0,05$) – для ситуативної тривожності; і $37,2 \pm 1,4$ проти $38,2 \pm 1,6$ балів ($p > 0,05$) – для особистісної тривожності, що може розцінюватись в обох випадках як середній рівень. Таким чином, серед дівчат частіше виявляються особи з високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності, ніж серед юнаків, що негативно відображається на показниках їх психофізіологічного стану.

Наступний етап передбачав визначення наявності симптомів вегетативної дисфункції (ВД) за «Опитувальником для виявлення ознак вегетативних змін» О.М. Вейна [1]. Даний метод дозволяє виявити наявність вегетативних порушень навіть у тих осіб, хто не пред'являє активних скарг та оцінити фактор ризику, що, на наш погляд, є актуальним під час проведення скринінгових обстежень для виявлення груп ризику. Загальна сума балів, отримана при вивченні ознак за опитувальником, у здорових осіб не повинна перевищувати 15, у випадку ж перевищення можна говорити про наявність симптомів ВД.

Загалом ознаки ВД на основі опрацювання даних анкетування були виявлені у 22 (47,8%) студентів, серед яких - 6 (13,0%) юнаків і 16 (34,7%) дівчат (тобто частота ознак ВД серед дівчат була майже в 3 рази більшою). Таким чином, частка осіб з ознаками ВД серед юнаків склала 27,3%, відповідно 72,7% не мали ознак ВД. Натомість вегетативна дисфункція виявлена у 66,7% опитаних дівчат-студенток, і лише у 33,3% не виявлено ознак такого порушення. Прояви ВД у студентів були досить вираженими: її бальна оцінка в середньому становила $22,7 \pm 1,3$ балів, причому у юнаків $18,3 \pm 1,2$ балів, а у дівчат – $26,5 \pm 1,3$ ($p < 0,001$) при нормі до 15 [1], що свідчило про значну частоту і вираженість вегетативних змін у обстежених студентів, які у майбутньому можуть стати причиною значного погіршення здоров'я. У таблиці 1 наведені показники, які відображають вегетативний статус студентів.

При аналізі даних таблиці 1 виявлено, що у студентів з ознаками ВД спостерігаються численні порушення вегетативної регуляції функцій, на які вони звернули увагу при заповненні опитувальника О.М. Вейна, тоді як для студентів без ознак ВД такі порушення майже не характерні.

Вихідний вегетативний статус студентів за «Опитувальником
для виявлення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна

Ознаки вегетативної дисфункції	З наявністю ознак ВД (n = 22)		Без ознак ВД (n = 24)	
	Абс.	%	Абс.	%
Схильність до почервоніння або збліднення обличчя при хвилюванні	13	59,1	4	16,7
Оніміння і похолодання пальців кистей чи стоп	7	31,8	0	0
Зміна забарвлення пальців кистей чи/або стоп	5	22,7	0	0
Підвищена пітливість («постійна» або «при хвилюванні»)	19	86,4	3	12,5
Відчуття серцебиття, зупинки серця	14	63,6	0	0
Відчуття утруднення дихання («недостатня кількість повітря», прискорене дихання)	15	68,1	2	8,3
Порушення функції травної системи (схильність до запорів, проносів, здуття живота, біль)	10	45,5	2	8,3
Випадки втрати свідомості (непритомність) або відчуття, що може втратити свідомість	5	22,7	0	0
Напади головного болю (дифузний біль або біль «половини» голови, «вся голова», біль стискаючого або пульсуючого характеру)	16	72,7	3	12,5
Зниження працездатності, швидка втомлюваність	18	81,8	0	0
Порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон, неглибокий сон із частими пробудження, відчуття «недостатності сну»), втома при пробудженні вранці	20	90,1	6	25,0

Провідними симптомами ВД у обстежених студентів були: порушення сну та втома при пробудженні вранці, зниження працездатності, швидка втомлюваність, напади головного болю, підвищена пітливість, відчуття серцебиття, зупинки серця, утруднення дихання. Близько ½ респондентів вказали на такі ознаки як: схильність до почервоніння або збліднення обличчя при хвилюванні, порушення функції травної системи, та

близько 1/3 відмічали зміну забарвлення, оніміння та похолодання пальців кистей чи стоп, випадки непритомності або відчуття втрати свідомості. При опитуванні студентів з проявами ВД було встановлено, що наявні ознаки вони пов'язують з перевтомою, фізичним та психоемоційним перевантаженням у зв'язку з дистанційним навчанням, тривалим перебуванням у статичному положенні перед екранами комп'ютерів, напруженням м'язів спини, плечового поясу та шиї, нестачею сну.

При дослідженні пульсу у обстежених студентів з ВД виявляється виражена лабільність пульсу і схильність до тахікардії: показники ЧСС у спокої в середньому – $82,4 \pm 2,3$ уд/хв. Показники АТ: систолічний АТ (САТ) – в середньому $115,7 \pm 2,3$ мм. рт.ст., діастолічний (ДАТ) - $72,4 \pm 2,4$ мм. рт.ст., що можна розцінювати як нормальні показники АТ у спокої. Частота дихання (ЧД) у спокої не виходила за межі норми і визначалась в середньому – $17,8 \pm 0,2$ подихів за хвилину. При проведенні ортостатичної проби у студентів з проявами ВД було виявлено, що у 14 (63,6%) обстежених виявлено переважання тонузу симпатичного відділу ВНС (гіперсимпатикотонія), у 4 (18,2%) - переважання тонузу парасимпатичного відділу ВНС (ваготонія), у решти 4 (18,2%) студентів – вегетативний тонус був нормальним. При зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне приріст ЧСС у середньому по групі становив $22,5 \pm 1,5$ уд/хв, що значно перевищує загальноприйнятую норму (12-18 уд/хв) і свідчить про підвищений тонус симпатичного відділу ВНС. У обстежених студенток індекс Кердо становив у середньому $6,8 \pm 1,3$ у.о., і вказував на гіперсимпатикотонію у більшості обстежених.

З метою корекції порушень психоемоційного стану і симптомів ВД у студентів було розроблено програму оздоровчо-реабілітаційних заходів. Студенти були розподілені на дві групи, зіставні за досліджуваними показниками - основну групу (ОГ, n=12) і групу порівняння (ГП, n=10). Студентам ГП додаткових заходів, крім корекції режиму праці та відпочинку, не призначали. Важлива роль у корекції проявів ВД належить гігієнічним заходам, причому усім студентам насамперед радили здійснити оптимізацію способу життя: нормалізувати режим праці та відпочинку, удосконалити планування робочого часу, в нормувати розумове та фізичне навантаження, забезпечити достатню кількість (7-8 год.) та умови сну, прогулянки на свіжому повітрі. Обов'язковою рекомендацією було введення ранкової гігієнічної гімнастики (РГГ) у режим дня, після якої слід зробити обливання холодною водою. Дія процедури обливання обумовлена температурою води, яку поступово знижують і зменшують час процедур, та механічними подразненнями, що виникають за рахунок інтенсивного розтирання

тіла чи його окремої ділянки. Процедури обливання корисні при функціональних порушеннях нервової системи та для загартовування організму. Перші процедури обливання починають з води температурою $+36-34^{\circ}\text{C}$, поступово знижуючи температуру води до холодної (менше 20°C).

Дихальна гімнастика – важлива складова оздоровчого-реабілітаційного комплексу для зменшення тривожності, проявів ВД та нормалізації сну студентів. Комплекс вправ та методику дихальної гімнастики студенти освоювали для виконання у домашніх умовах. Важливим завданням було навчитись свідомо контролювати своє дихання, освоїти правильне і природне дихання, розслабитись і досягти заспокоєння. Виконували статичні і динамічні дихальні вправи (діафрагмальне, грудне, повне дихання, ритмічне дихання з подовженим видихом, поєднання дихання з гімнастичними вправами, ходьбою в повільному темпі) 2 рази в день.

Дозована ходьба – призначалась у вигляді пішохідних прогулянок на відкритому повітрі. Спочатку темп ходьби був повільним, 80-90 кроків на хвилину, дистанція ходьби – до 3 км з відпочинком через кожні 1000 м. При хорошій переносимості навантажень можна перейти до теренкуру з крутістю підйому $5-10^{\circ}$. Через 1,5 – 2 тижні тренувань збільшували дистанцію ходьби до 5-6 км у швидкому темпі (100-120 кроків на хвилину), яку можна долати в 2-3 прийоми. Рекомендували здійснювати ходьбу зранку і ввечері.

Тривалість курсу оздоровчої програми для студентів з ознаками ВД становила в середньому 6 тижнів. По закінченні курсу визначали динаміку рівня тривожності, показників пульсу і АТ, стан вегетативної регуляції організму.

Після проведення 6-ти тижневого курсу оздоровчо-реабілітаційних заходів для студентів, які мали ознаки ВД, було проведено повторне анкетування для визначення рівня тривожності. Було встановлено, що у більшості обстежених студентів ОГ знизився рівень тривожності, як ситуативної, так і особистісної. Так, спостерігалось вірогідне зменшення показника ситуативної тривожності у середньому з $42,3\pm 2,3$ (середній) до $26,8\pm 2,4$ балів (низький) ($p<0,001$); особистісної тривожності – у середньому з $38,5\pm 1,8$ (середній) до $25,2\pm 2,0$ ($p<0,001$), що відповідає низькому рівню. Відповідно У ГП, де застосовували лише заходи для нормалізації режиму праці і відпочинку, показники ситуативної тривожності зменшились вірогідно у середньому з $40,5\pm 2,1$ до $31,4\pm 2,3$ балів ($p<0,05$), однак залишилися на рівні середнього, як і на початку; показники особистісної

тривожності змінилися несуттєво – у середньому з $38,4 \pm 1,9$ (середній) до $34,8 \pm 2,0$ (середній) ($p > 0,05$).

Також було проведено повторне опитування за «Опитувальником для виявлення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна. Результати анкетування, отримані в ОГ під впливом оздоровчих заходів наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Динаміка вегетативного статусу студентів за «Опитувальником для виявлення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна

Ознаки вегетативної дисфункції	Основна група (n = 12)		Група порівняння (n = 10)	
	На початок курсу	На кінець курсу	На початок курсу	На кінець курсу
Схильність до почервоніння або збліднення обличчя при хвилюванні	7 (58,3%)	4 (33,3%)	6 (60%)	4 (40%)
Оніміння і похолодання пальців кистей чи стоп	4 (33,3%)	0	3 (30%)	3 (30%)
Зміна забарвлення пальців кистей чи/або стоп	3 (25%)	0	2 (20%)	2 (20%)
Підвищена пітливість («постійна» або «при хвилюванні»)	10 (83,3%)	3 (25%)	9 (90%)	5 (50%)
Відчуття серцебиття, зупинки серця	8 (66,7%)	0	6 (60%)	4 (40%)
Відчуття утруднення дихання («недостатня кількість повітря», прискорене дихання)	8 (66,7%)	0	7 (70%)	4 (40%)
Порушення функції травної системи (схильність до запорів, проносів, здуття живота, біль)	6 (46,5%)	2 (16,7%)	4 (40%)	3 (30%)
Випадки втрати свідомості (непритомність) або відчуття, що може втратити свідомість	3 (25%)	0	2 (20%)	0
Напади головного болю (дифузний біль або біль «половини» голови, «вся голова», біль стискаючого або пульсуючого характеру)	9 (75%)	2 (16,7%)	7 (70%)	3 (30%)
Зниження працездатності, швидка втомлюваність	10 (83,3%)	1 (8,3%)	8 (80%)	5 (50%)
Порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон, неглибокий сон із частими пробудження, відчуття «недостатності сну», втома при пробудженні вранці	11 (9,7%)	2 (16,7%)	9 (90%)	5 (50%)

При аналізі даних таблиці 2 виявлено, що під впливом проведеної оздоровчо-реабілітаційної програми у більшості студентів ОГ з ознаками ВД спостерігаються виражені позитивні зміни: повністю зникли оніміння і

похолодання та зміна забарвлення пальців кистей чи стоп, відчуття серцебиття та утруднення дихання, випадки втрати свідомості. У незначній кількості студентів залишались такі скарги як порушення функції травної системи, зниження працездатності та деяке порушення сну. Однак у 1/3 студентів залишались схильність до почервоніння або збліднення обличчя при хвилюванні та підвищена пітливість у 1/4 студентів, особливо, при переживанні стресових ситуацій, напруженні під час навчання та хвилюванні з приводу різних ситуацій. Середній показник бальної оцінки симптомів у ОГ після курсу проведених оздоровчих заходів вірогідно зменшився у середньому з $22,5 \pm 1,3$ балів до $14,6 \pm 1,4$ балів (на 33%, $p < 0,01$), що свідчить про суттєве зменшення симптомів ВД під впливом проведених заходів у обстежених студентів.

На відміну від цього, у значній кількості (від 20% до 50%) студентів ГП навіть після корекції ними режиму праці та відпочинку виявлялись різноманітні ознаки ВД (див. табл. 2). Середній показник бальної оцінки симптомів у ГП після 6 тижнів спостереження мав лише тенденцію до зменшення - у середньому з $22,4 \pm 1,3$ балів до $17,8 \pm 1,8$ балів (на 20,5%, $p < 0,2$).

Також було оцінено динаміку показників пульсу і АТ у студентів під впливом курсу оздоровчо-реабілітаційних заходів (результати наведені у таблиці 3). На основі аналізу результатів повторного дослідження пульсу і АТ встановлено (див. табл. 3), що під впливом застосованих заходів у студентів ОГ ЧСС у спокої вірогідно знизилась у середньому на 11,7 уд/хв (на 14,2% від вихідного рівня, $p < 0,05$), проте систолічний та діастолічний АТ майже не змінились. Натомість у ГП ЧСС у спокої зменшилась невірогідно, подібним чином незначно змінились показники АТ.

Таблиця 3

Динаміка частоти серцевих скорочень та артеріального тиску у студентів під впливом оздоровчо-реабілітаційних заходів

Показник	Основна група n=12		Група порівняння n=10	
	На початку курсу M±m	По завершенню курсу M±m	На початку курсу M±m	По завершенню курсу M±m
ЧСС, уд/хв	82,2±2,4	70,5±2,7 p<0,05	81,6±2,4	76,5±2,5 p>0,05
АТ сист. мм рт.ст.	115,8±2,4	120,6±2,7 p>0,05	115,6±2,5	118,3±2,3 p>0,05
АТ діаст., мм рт.ст.	72,5±2,5	75,7±2,6 p>0,05	70,6±2,5	72,3±2,4 p>0,05

Примітка. p – вірогідність відмінностей між показниками до та після курсу реабілітації.

Враховуючи провідну роль порушення тонузу відділів ВНС у виникненні ВД, у динаміці спостереження було проведено ортостатичну пробу зі зміною положення тіла (з горизонтального на вертикальне) для визначення тонузу симпатичного і парасимпатичного відділів ВНС [3]. Результати ортостатичної проби у динаміці спостереження представлені в таблиці 4. Як видно з наведеної таблиці 4, на початку проведення оздоровчо-реабілітаційної програми приріст ЧСС при зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне у ОГ становив у середньому 21,3±0,23 уд/хв., що свідчить про підвищення тонузу симпатичного відділу ВНС у більшості студентів. Наприкінці курсу показники ортостатичної проби у переважній більшості обстежених вірогідно покращились або нормалізувались: приріст ЧСС становив в середньому – 14,5±1,62 уд/хв, тобто зменшився на 6,8 уд/хв (на 32%, p<0,05), що свідчить про зниження тонузу симпатичного відділу ВНС і нормалізацію вегетативного статусу.

Таблиця 4

Результати ортостатичної проби у студентів під впливом оздоровчо-реабілітаційних заходів

Група	Вихідний рівень ЧСС, уд/хв			ЧСС наприкінці курсу, уд/хв		
	Горизонт положен ня	Вертик. положен ня	Приріст ЧСС, уд/хв	Горизонт положен ня	Вертик. положен ня	Приріст ЧСС, уд/хв
Основна група	74,2±1,65	95,5±1,82	21,3±0,23	65,4±1,48	79,9±1,53	14,5±1,62 p<0,05
Група порівняння	73,5±1,75	93,8±1,58	20,3±0,18	69,2±3,3	88,9±1,82	19,7±1,57 p>0,05

Примітка. p – достовірність відмінностей між показниками приросту ЧСС на початку та наприкінці курсу

Також відмічено суттєве зниження індексу Кердо в ОГ у середньому з 6,8±1,3 у.о. до 1,7±1,23 (p<0,001), що свідчить про суттєве зниження симпатикотонії у більшості студентів ОГ. Під впливом проведених заходів у студентів ОГ частота гіперсимпатикотонії зменшилась з 66,7% до 33,3% випадків, ваготонії – з 16,6% до 8,3%, відповідно нормалізація тонуусу симпатичного і парасимпатичного відділів ВНС спостерігалась у 41,7% обстежених, що вказує на ефективність проведених заходів. Натомість у студентів ГП не спостерігалось вірогідної зміни приросту показників ЧСС в ортостатичній пробі при зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне (див. табл. 4); індекс Кердо також змінився не суттєво (у середньому з 6,5±1,4 у.о. до 4,6±1,2 (p>0,05), що свідчить про незначне зниження симпатикотонії у більшості студентів ОГ. Наприкінці періоду спостереження у ГП було встановлено, що частота гіперсимпатикотонії зменшилась з 60% до 40% випадків; ваготонія залишилась у 20% студентів, як і на початку; відповідно, рівновага симпатичного та парасимпатичного відділів ВНС відновились лише у 20% студентів.

Висновки. У студентів університету, які перебувають в умовах карантинних обмежувальних заходів під час пандемії COVID-19, виявляється достатньо високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, а також значна поширеність симптомів вегетативної дисфункції - у 47,8% студентів, яка особливо часто виявляється у дівчат-студенток. Під впливом розробленої програми оздоровчо-реабілітаційних заходів, яка включає оптимізацію способу життя, гідропроцедури, комплекс дихальної гімнастики та вправ на

розслаблення, дозовану ходьбу на повітрі, у більшості студентів з ознаками вегетативних порушень спостерігається зменшення рівня ситуаційної та особистісної тривожності, симптомів вегетативної дисфункції, нормалізація стану ВНС, покращення функціональних можливостей ССС, що є наслідком зниження психологічного стресу і обмежень рухової активності в умовах вимушених карантинних обмежень та дистанційного навчання під час пандемії COVID-19.

Список літератури

1. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / Под ред. А. М. Вейна. 2003. 752 с.
2. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.
3. Спортивна медицина : Підручник для студентів і лікарів / За заг. ред. В.М.Сокрута. Донецьк: «Каштан», 2013. 472 с.
4. Chen N., Zhou M., Dong, X. et. al. Epidemiological and Clinical Characteristics of 99 Cases of 2019 Novel Coronavirus Pneumonia in Wuhan, China: A Descriptive Study. *Lancet*. 2020. 395. P. 507–513.
5. Elmer T., Mepham K., Stadtfeld C. Students under Lockdown: Comparisons of Students' Social Networks and Mental Health before and during the COVID-19 Crisis in Switzerland. *PLoS ONE*. 2020. Vol. 15. e0236337.
6. Engeseth K., Prestgaard E.E., Mariampillai J.E. et al. Physical Fitness Is a Modifiable Predictor of Early Cardiovascular Death: A 35-Year Follow-up Study of 2014 Healthy Middle-Aged Men. *Eur. J. Prev. Cardiol*. 2018. Vol. 25. P. 1655–1663.
7. Gallè F., Sabella E.A., Ferracuti S. et al. Sedentary Behaviors and Physical Activity of Italian Undergraduate Students during Lockdown at the Time of CoViD-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17. P. 6171.
8. Galper D.I., Trivedi M.H., Barlow C.E., Dunn A.L., Kampert J.B. Inverse Association between Physical Inactivity and Mental Health in Men and Women. *Med. Sci. Sport. Exerc*. 2006. Vol. 38. P. 173–178.
9. Huang, C., Wang, Y., Li X. et. al. Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020. Vol. 395. 3. 497–506.
10. Kecojevic A., Basch C.H., Sullivan M., Davi N.K. The Impact of the COVID-19 Epidemic on Mental Health of Undergraduate Students in New Jersey, Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*. 2020. Vol. 15. e0239696.
11. Konturek P.C., Brzozowski T., Konturek S.J. Stress and the Gut: Pathophysiology, Clinical Consequences, Diagnostic Approach and Treatment Options. *J. Physiol. Pharmacol*. 2011. Vol. 62. P. 591–599.
12. Okano K., Kaczmarzyk J.R., Dave N., Gabrieli J.D.E., Grossman J.C. Sleep Quality, Duration, and Consistency Are Associated with Better Academic Performance in College Students. *NPJ Sci. Learn*. 2019. Vol. 4. P. 1–5.
13. Pedersen B.K., Saltin B. Exercise as Medicine—evidence for Prescribing Exercise as Therapy in 26 Different Chronic Diseases. *Scand. J. Med. Sci. Sports*. 2015. Vol. 25. P. 1–72.
14. Qi M., Li P., Moyle W., Weeks B., Jones C. Physical Activity, Health-Related Quality of Life, and Stress among the Chinese Adult Population during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17. P. 6494.
15. Radu M.-C., Schnakovszky C., Herghelegiu E., Ciubotariu V.-A., Cristea I. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Quality of Educational

- Process: A Student Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17. P. 7770.
16. Richardson S., Shaffer J.A., Falzon, L. et al. Meta-Analysis of Perceived Stress and Its Association with Incident Coronary Heart Disease. *Am. J. Cardiol.* 2012. Vol. 110, P. 1711–1716.
 17. Rogowska A.M.; Pavlova, I.; Kuśnierz, C. et al. Does Physical Activity Matter for the Mental Health of University Students during the COVID-19 Pandemic? *J. Clin. Med.* 2020. Vol. 9. P. 3494.
 18. Rogowska A.M., Kuśnierz C., Bokszezanin A. Examining Anxiety, Life Satisfaction, General Health, Stress and Coping Styles during COVID-19 Pandemic in Polish Sample of University Students. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2020. Vol. 13. P. 797.
 19. Salari, N., Hosseinian-Far A., Jalali R. et. al. Prevalence of Stress, Anxiety, Depression among the General Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Global. Health.* 2020. Vol. 16. P. 1–11.
 20. Saraswathi I., Saikarthik J., Kumar K.S. et al. Impact of COVID-19 Outbreak on the Mental Health Status of Undergraduate Medical Students in a COVID-19 Treating Medical College: A Prospective Longitudinal Study. *Peer J.* 2020. Vol. 8. e10164.
 21. Stanton R., To Q.G., Khalesi S. et al. Depression, Anxiety and Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020. Vol. 17 (11). P. 4065.
 22. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F. et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health in the General Population: A Systematic Review. *J. Affect. Disord.* 2020. Vol. 227. P. 55–64.
 23. Zhou S.-J., Wang L.-L., Yang R. et al. Sleep Problems among Chinese Adolescents and Young Adults during the Coronavirus-2019 Pandemic. *Sleep Med.* 2020. Vol. 74. P. 39–47.

ŠTUDENTI MAGISTERSKÉHO STUPŇA ŠTÚDIA

VEREJNE ZDRAVOTNÍCTVO/ PUBLIC HEALTH

**THE ROLE OF HEALTH TECHNOLOGIES IN THE CORRECTIONAL
WORK WITH CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES**

BUDONAZIKateryna

**РОЛЬ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У КОРЕКЦІЙНІЙ
РОБОТІ З ДІТЬМИ, ЩО МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУ**

БУДОГАЗІ Катерина

Scientific adviser: Candidate of Pedagogical Sciences Gayash Oksana V.

Науковий керівник: кандидат педагогічних наук Гаяш Оксана
Володимирівна

ABSTRACT.

Introduction. One of the main directions of educational development is the technology of the educational process. The use of various educational techniques allows the teacher to increase the motivation of students, better build the learning process and achieve more solid results. One of the technologies that helps a child not only to acquire certain knowledge, skills and abilities, but also promotes the development of his personal qualities, is health technologies. The realization of the task of student health is impossible without the teacher's awareness of technologies, the results of which are the development of positive motivation for a healthy lifestyle of the pupil and the formation of health competencies. They, on the one hand, strengthen their health, and on the other - provide opportunities for independent attempts at self-improvement, work on the development of communication skills, cultivate a humane attitude towards themselves and others.

Methods. The study used the analysis and generalization of theoretical sources, questionnaires, observations, analysis of school documents, quantitative and qualitative processing of research results.

Results: It was found that 100% of respondents correctly defined the definition of health technologies. 42 people, or 84%, use health technologies in their work. Partially used - 8 people (18% of respondents). According to the completed questionnaires, teachers use both traditional (67%) and non-traditional (33%) methods of health care. The result of the study were generalized guidelines for more effective use in both lessons and extracurricular activities.

Conclusions: Research has shown that health technologies are an important component of the development of children with special educational needs, including children with intellectual disabilities.

Keywords: health technologies, children with special educational needs, intellectual disabilities, correctional work.

Вступ. Одним із основних напрямків розвитку освіти є технологія навчального процесу. Використання різних освітніх прийомів дозволяє вчителю підвищити мотивацію учнів, краще побудувати процес навчання і досягти більш ґрунтовних результатів. Однією з таких технологій, що допомагає дитині не тільки здобути певні знання, уміння та навички, але й сприяє розвитку її особистих якостей, є здоров'язберігаюча технологія.

Якщо раніше, говорячи про здоров'язберігаючі технології, робили акцент саме на фізичному стані здоров'я дитини, то тепер більше уваги приділяється загальному здоров'ю: фізичному, психічному, моральному, соціальному. І тепер завдання учителя – не просто проводити уроки в чистому кабінеті, стежити за поставою і проводити фізкультхвилинки. Важливіше створювати психологічно і емоційно сприятливу атмосферу в школі, формуючу здорову особистість.

Реалізація завдання здоров'язбереження учнів неможлива без обізнаності вчителя з технологіями, результатами застосування яких є вироблення позитивної мотивації на здоровий спосіб життя особистості вихованця та формування здоров'язбережувальних компетентностей.

Ці технології з одного боку, мають сформувані у дітей спеціальні знання, уміння, навички збереження і зміцнення свого здоров'я, а з іншого – передбачати можливості здійснення самостійних спроб удосконалення себе, працювати над розвитком комунікативних здібностей, виховувати гуманне ставлення до самого себе та оточуючих.

Теоретичне підґрунтя дослідження. Важливим фактором, який сприяє гармонійному розвитку дитини з інтелектуальними порушеннями є запровадження в освітніх закладах не лише технологій, які вирішують навчальні завдання, але й є здоров'язберігаючими, тобто такими, що об'єднують в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів [5, с. 163].

Проблема впровадження прийомів здоров'язберігаючих технологій у загальній педагогіці широко представлена у ряді досліджень багатьох вчених. Зокрема, К. Петрова, М. Смирнова, Н. Богодухової, Н. Ленартович, О. Єременко, О. Козлової, О. Нагорної, С.Гуменюка, С. Свириденко, Т. Мазур та інших. У роботах дослідників аналізувалися такі проблеми, як поняття, сутність, принципи та види здоров'язберігаючих технологій. У спеціальній педагогіці вченими вивчалось питання використання здоров'язберігаючих технологій в корекційній роботі вчителя-логопеда і

вчителя-дефектолога у закладі дошкільної освіти: І. Горобець, Л. Волинська, М. Забара, Н. Селіна, С. Назарова. Проте питання про роль здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі з дітьми, що мають порушення інтелекту не було предметом вивчення науковців і практиків спеціальної освіти.

Узагальнюючи дослідження вчених (В. Сонькин, М. Смирнов, О. Петров, С. Свириденко, Т. Бойченко), визначимо, що «здоров'язбережувальна технологія» – це єдина система, що об'єднує в собі усі напрями діяльності закладу освіти щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів.

Мета здоров'язберігаючих технологій навчання – забезпечити школяра можливістю збереження здоров'я за період навчання в школі, сформувати у нього необхідні знання, вміння і навички, щодо здорового способу життя, навчити використовувати отримані знання в повсякденному житті [3].

О. Єременко виділила такі завдання здоров'язберігаючих технологій:

1) створення психолого-педагогічних і організаційно-педагогічних умов, які забезпечують психічне здоров'я і комфорт учнів за допомогою гуманізації і демократизації навчально-виховного процесу;

2) створення максимально можливих санітарно-гігієнічних умов;

3) включення учнів до свідомої діяльності з формування культури здорового способу життя, забезпечення цього процесу навчально-методичними посібниками;

4) формування культури здорового способу життя учнів як у навчальний, так і позаурочний час;

5) створення системи підтримки ідеї здоров'язбережувальної технології; агітації і пропаганди; об'єднання зусиль усіх підрозділів навчального закладу, закладів медицини та лікувально-фізичної культури та інші [4, с. 19-21].

Сучасний стан проблеми. Тема збереження і зміцнення здоров'я школярів та формування в них мотивації до здорового способу життя посідає важливе місце у роботі вчителя. Кожен учень має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в майбутньому. Здійснення означеної мети можливе за умови запровадження технологій здоров'язберігаючої педагогіки.

Дитина з особливими освітніми потребами на сучасному етапі розвитку суспільства розглядається як особистість, яка має такі ж права, що й інші члени спільноти, що зазначено в ряді правових документів України. Але через особливості індивідуального розвитку діти з порушеннями

інтелекту потребують особливих освітніх послуг з урахуванням специфіки захворювання. О. Козлова зазначає, що лише за умови надання комплексної допомоги, яка включає навчально-виховну та корекційно-розвивальну роботу, особа з порушеннями може досягнути максимально оптимального рівня розвитку [6, с. 26].

Однією з основних умов, які сприяють гармонійному розвитку дитини з інтелектуальними порушеннями є запровадження в освітніх закладах не лише технологій, які вирішують навчальні завдання, але й є здоров'язберігаючими, тобто такими, що об'єднують в собі всі напрями діяльності закладу загальної середньої освіти щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів. Кожний вчитель повинен планувати та організовувати свою діяльність з урахуванням пріоритетів збереження та зміцнення здоров'я всіх суб'єктів педагогічного процесу, за умови постійної взаємодії з учнями, батьками, медичними працівниками та шкільними психологами.

Отже, формування здоров'язберігаючого освітнього простору дитини з особливими освітніми потребами, у тому числі й дитини з інтелектуальними порушеннями, є обов'язковим елементом якісного корекційно-відновлюваного процесу.

Це і зумовило вибір теми дослідження «Роль здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі вчителя-дефектолога з дітьми з порушеннями інтелекту».

Метою дослідження було проаналізувати найпоширеніші види здоров'язберігаючих технологій у психолого-педагогічній літературі; дослідити особливості та роль використання прийомів здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі вчителя-дефектолога з дітьми з порушеннями інтелекту.

Відповідно до мети дослідження реалізовували такі **завдання**:

- 1) здійснити теоретичний аналіз проблеми дослідження;
- 2) розробити анкету;
- 3) дослідити особливості та роль використання прийомів здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі вчителя-дефектолога з дітьми з порушеннями інтелекту в сучасних освітніх умовах.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення теоретичних джерел, анкетування, спостереження, аналіз шкільної документації, кількісна та якісна обробка результатів дослідження.

Аналіз літературних джерел показав, що найпоширенішими видами здоров'язберігаючих технологій є дихальна гімнастика, пальчикова гімнастика, фізкультхвилинки, артикуляційна гімнастика, казкотерапія, музикотерапія, кольоротерапія. Опишемо їх.

1. Дихальна гімнастика. Дихальна гімнастика починається з загальних вправ. Простіше кажучи, необхідно навчити дітей правильно дихати. Мета цих вправ - збільшити обсяг дихання і нормалізувати їх ритм [9]. Перед початком дихальної гімнастики необхідно провітрити приміщення. Під час виконання вправ стежити, щоб дитина правильно дихала. Під час вдиху живіт випинається вперед, під час видиху – втягується.

Щоб дітям було цікаво, вправи краще проводити в ігровій формі. Наприклад:

Вправа «Квіти»

Як духмяно пахнуть квіти!

Задоволені всі діти.

Кожен з них відчути рад,

Цей чудовий аромат.

(глибоко вдихнути через ніс, видихнути через рот)

Вправа «Бульбашки»

Через трубочку подую,

Мильну бульбашку надую.

(зробити вдих через ніс, видихнути через рот, склавши губи «трубочкою»)

Вправа «У лікаря»

Сьогодні разом з мамою

У лікаря я був.

Сказав мені: «Не дихай» - він.

А «Дихай вже!» - забув!

(вдихнути через ніс, затримати дихання, видихнути через рот) [7].

2. Пальчикова гімнастика. Дослідження М. Кольцової свідчать, що кожен з пальців руки має своє представництво у корі великих півкуль головного мозку [6].

Тому мовлення перебуває у прямій залежності від розвитку дрібної моторики пальців рук. Вони наділені великою кількістю рецепторів, що посиляють імпульси в центральну нервову систему.

Відзначимо очевидну користь таких занять, яка полягає в наступному:

- крім тренування пальців, гімнастика сприяє розвитку дрібної моторики, пам'яті, мислення, уважності, синхронізації роботи півкуль мозку;
- здійснюється підготовка руки дошкільника до письма;
- пальчикові ігри – це ще й своєрідний точковий масаж, який корисний сам по собі;

- і, звичайно, головне – вдосконалення мовленнєвих навичок.

Усі вправи необхідно робити, починаючи з найпростіших, і лише поступово ускладнювати завдання. Фізичне навантаження на пальці також необхідно дозувати: наприклад, спочатку вибирати ігри для однієї руки, потім – для другої, а потім для обох одночасно. Нерідко в такі заняття додаються елементи кінезіологічних вправ – крім пальчикової, використовується дихальна і артикуляційна гімнастика, тілесні рухи, розвиваючі велику моторику, а також розслаблення і релаксація.

Наведемо приклади пальчикової гімнастики, які можна використовувати на уроках.

«Сім'я»

Перший пальчик – наш дідусь,
 Другий пальчик – то бабуся,
 Третій пальчик – наш татусь,
 А четвертий – то матуся,
 А мізинчик – наш малюк,
 Він сховався – тут.

(Показуємо на пальчик, починаючи з великого, та кажемо: «Перший...», і продовжуємо гру, загинаючи кожен пальчик)

«Дві сестрички»

Дві сестрички посварились, посварились, посварились (стискаємо кулачки)

Потім знову помирились, помирились, помирились, помирились (плескаємо в долоні)

Обійнялись, обійнялись, обійнялись (потискаємо руки)

Подружились, подружились, подружились (руки в замочок).

3. Фізкультхвилинки. Фізкультхвилинка є обов'язковим елементом кожного уроку при роботі з дітьми з особливими потребами. Основне призначення фізкультхвилинки, які проводяться під час заняття, – підвищити працездатність, зняти втому, дати відпочинок організму, в першу чергу – нервовій системі та м'язам.

Можна проводити віршовані фізкультхвилинки. Наприклад:

Щоб ніколи не хворіти,
 Треба вправи нам робити.
 Із-за парт швиденько встали,
 Спинки гарно розрівняли,
 На носочки піднялись
 І до сонця потяглись.
 Руки разом опустили
 І швидесенько присіли.

Потім встали, руки в боки,
Всі красиво робим кроки.
Назад-вперед прогнулись добре.
Не будем мати ми хвороби.

Крім того, можна **поєднати вивчений матеріал з фізкультхвилиною**. Наприклад, під час повторення відомостей про частини мови можна провести таку вправу:

Фізкультхвилинка «Осінній листопад»

Вчитель: а тепер проведемо фізкультхвилинку. Візьміть у руки свої листочки. Я читатиму поетичні рядки, а ви піднімайте руки догори, якщо звучатиме слово – самостійна частина мови, а якщо службова – опускайте їх донизу [8, с. 47].

4. Артикуляційна гімнастика. Артикуляційна гімнастика є сукупністю спеціально підібраних вправ, які сприяють зміцненню м'язів артикуляційного апарату дитини, а також розвитку спритності, диференційованості і сили рухів цього органу.

Користь артикуляційної гімнастики:

- поліпшення кровопостачання, нервової провідності і рухливості артикуляційних органів;
- зміцнення м'язової системи щік, губ і язика;
- навички, що дозволяють утримувати потрібне артикуляційне положення;
- збільшення амплітуди рухів;
- зниження напруженості артикуляційних органів;
- постановка правильної вимови звуків.

Для досягнення максимального ефекту артикуляційна гімнастика повинна проводитися регулярно, інакше отримані навички можуть не закріпитися. У процесі вправ необхідно постійно контролювати якість їх виконання і не допускати надмірного стомлення дитини. Їх слід виконувати повільно, плавно і точно, інакше вони не матимуть сенсу [1].

Чітка звуковимова та дикція необхідна не тільки для результативного спілкування, але і для успішного оволодіння письмом.

Можна використовувати такі артикуляційні вправи:

«Голочка». Рот відкрити. Язик висунути далеко вперед, напружити його, зробити вузьким. Утримувати утакому положення 15 секунд.

«Годинничок». Висунути вузький язик. Тягнутися язиком попеременно то до правого, то до лівого вуха. Рухати язиком із кутка в куток повільно, під рахунок. Виконувати 15-20 разів.

«*Конячка*». Присмоктати язик до піднебіння, клацнути язиком. Клацати повільно, сильно. Тягнути під'язиковий м'яз. Виконувати 10-15 разів.

«*Гойдалка*». Висунути вузький язик. Тягнутися язиком поперемінно то до носа, то до підборіддя. Рот при цьому не закривати. Вправу виконувати під рахунок 10-15 разів [1].

5. Казкотерапія. Казкотерапія передбачає не тільки читання казок, а їх придумування, програвання (інсценізація), малювання, ліплення, виготовлення декорацій і ляльок (театралізація), а головне – отримання величезного задоволення від спільного творчого процесу дітей, вчителів, батьків. Психологи вказують на позитивний вплив методів казкотерапії на дитину: казка допомагає пізнати оточуючий світ; торкаючись емоційного життя малюка, казка полегшує розуміння і висловлювання своїх почуттів; моделює ситуації, над якими варто подумати [10, с. 295].

Дійсно, такі заходи допомагають подолати почуття страху темряви, боротися з проблемами хвастошів, відчуження, забіяцтва. Під час діалогічного обговорення виникає ситуація, коли учні, опираючись, на власний досвід, створюють усні роздуми над проблемами персонажів і ситуацій, іде активний процес розвитку зв'язного мовлення. Для кожного віку існують свої казки, а тому цей вид діяльності має майже необмежені можливості. Для казкотерапії казки підбираються різні: народні, авторські, сучасні, психокорекційні, притчі, міфи, легенди, філософські казки та багато інших. Можливий варіант – придумати казку самостійно, або колективно разом із дітьми. Загальна ідея цього прийому полягає в тому, що дитина бачить себе на місці головного героя, живе разом із ним, вчиться на його помилках. Тобто людина з раннього віку за допомогою казок навчається приміряти на себе різні ролі: поганих та добрих героїв, творців та знищувачів, бідняків та багатих [2, с. 50].

6. Музикотерапія. Музикотерапія – це психотерапевтичний метод, що використовує музику як лікувальний засіб. Правильно підібрана музика здатна поліпшити обмін речовин, привести в норм ритм дихання, тиск, пульс, і в цілому зробити благотворний вплив на весь організм.

О. Созонік довів, що кожен музичний інструмент має свій особливий ритм і цілющі властивості [11]. Наприклад: барабани покращують сердечний ритм, а фортепіано покращує роботу щитоподібної залози.

Суть музикотерапії полягає у тому, що учні прослуховують спеціально підібрані музичні твори, а потім обговорюють власні переживання, спогади, думки, асоціації, фантазії, що виникають у них під

час прослухування. На одному занятті прослуховують, як правило, декілька музичних творів чи їх уривків (по 10-15 хв. кожен).

Музичні твори обирають відповідно до емоційного стану учнів.

Зазвичай музикотерапію поєднують з іншими видами здоров'язберігаючих технологій, зокрема з фітотерапією чи ароматерапією [11].

7. Кольоротерапія. Із народження кожного з нас оточують кольори, що виявляють вплив на організм, нервову систему та психіку людини, налаштовуючи його в унісон з оточуючим світом. Колір значно впливає на нас: притягує нас і до нас, змушує робити покупки та викликає різноманітні емоції. Зумовлює раптові почуття і навіть фізіологічні реакції, від припливу крові до почуття холоду.

Колір може навіть лікувати. Наприклад, біль знімають відтінки блакитного. А сил надає помаранчевий. Зелений заспокоює. Недарма ми так намагаємось хоча б не на довго вирватись із міста - ближче до природи і її зеленого кольору.

Доктор Макс Люшер, психолог та дослідник в галузі кольору, прийшов до висновку, що вибір кольору дуже тісно зв'язаний із психологічними особливостями людини, із станом її здоров'я. Діти використовують в основному 5-6 кольорів. У цьому випадку можна розмовляти про нормальний емоційний розвиток школяра. Більш широка палітра кольору говорить про натуру чуттєву, багату емоціями. Якщо дитина використовує тільки 1-2 олівці, це скоріш за все вказує на негативний стан у цю хвилину: тривога (синій), агресія (червоний), депресія (чорний). Використання простого олівця іноді трактується як «відсутність» кольору, таким чином дитина повідомляє про те, що у її житті не вистачає яскравих фарб та добрих емоцій [2, с.49-50].

Зазначені технології можна використовувати у різних організаційних видах роботи, протягом дня, інтегруючи їх у різні види діяльності дітей.

Варто пам'ятати, що ефект застосування здоров'язберігаючих технологій залежить від професійної компетентності педагога, вміння використовувати нові можливості, включати дієві методи в систему корекційно-розвивального процесу.

Результати.3 метою дослідження використання прийомів здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі вчителя-дефектолога нами було проведено анкетування вчителів і спостереження на уроках.

Для проведення анкетування ми розробили анкету. У анкетуванні взяло участь 50 вчителів-дефектологів.

Проаналізувавши анкетні дані ми зрозуміли, що не виявилось жодного вчителя, який би не знав, що таке здоров'язберігаючі технології. 100% опитаних правильно зазначили визначення здоров'язберігаючих технологій – це система, що об'єднує в собі всі напрями діяльності закладу освіти щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів.

На 2-е запитання – «Чи використовуєте Ви здоров'язберігаючі технології у своїй роботі?» – вчителі-дефектологи дали відповідь, що технології збереження здоров'я використовують у своїй роботі 42 людей, тобто 84%. Частково використовують – 8 осіб (18% опитаних).

Згідно заповнених анкет педагоги використовують, як **традиційні** (67%) (фізкультхвилинки; виховні бесіди з батьками і дітьми; рухливі, спортивні, розвиваючі ігри; пальчикову, дихальну, артикуляційну, звукову гімнастику; гімнастику для очей, психогімнастику, ранкову гімнастику; релаксацію; вправи з правильної постави; охоронно-педагогічний режим, дотримання режиму дня, чергування різних видів діяльності; уроки на свіжому повітрі; лікувальну фізкультуру; ритміку), так і **нетрадиційні** (33%) (іпотерапію; вітамінізацію; дотикотерапію «Гудзики Попелюшки»; технологію «Письмо мішечками»; «Дні здоров'я»; туристичні походи; курс термальних ван, басейнів; казко-, ароматерапію; використання засобів мультимедіа; інтерактивне навчання) прийоми збереження здоров'я.

Спостереження відбувалося під час практики у Тур'я Бистрянській ЗОШ I-II ступенів Ужгородського району Закарпатської області.

Спостереження показало, що на уроках вчителі використовували такі здоров'язберігаючі технології: фізкультхвилинки, артикуляційну, пальчикову, звукову гімнастику, музичний супровід уроку, охоронно-педагогічний режим, дотримання режиму дня, чергування різних видів діяльності, релаксацію, лікувальну фізкультуру, використання засобів мультимедіа. Покажемо це на окремих прикладах.

Під час уроків навчання грамоти (письмо) у 1 класі вчителька проводила «Звукову гімнастику». Наприклад: сядьте зручно. Розслабтеся, заспокойтеся. Рівно, протяжно, на одній висоті вимовляйте звук [а]. Вимова звука [и] в таких самих умовах активізує роботу мозку, нормалізує функцію нирок. Промовляння звука [о] нормалізує стан середньої частини грудної клітки. Чергування звуків [о], [и] масажує серце. Такі вправи були пов'язані з вивченням теми «Голосні та приголосні звуки».

На уроках української мови у 5 класі для формування правильного мовленнєвого дихання діти виконували рухові вправи з назвами: «Задуй свічку», «Зігрій руки», «Злови комара» тощо.

Гімнастика на уроці дозволяє знімати стан втомленості, ослабити психологічну напруженість, викликану інтенсивністю занять і просто дати дитині можливість порухатися. Для зняття втоми очей у 2 класі вчитель проводила таку вправу:

- вертикальні рухи очей «вгору-вниз»;
- горизонтальні рухи «вправо-вліво»;
- повести очима за годинниковою стрілкою і проти неї;
- заплющивши очі, уявити по черзі кольори веселки якомога виразніше;
- на дошці написати будь-яку букву, слово й запропонувати дітям очима «написати» її.

На уроках навчання грамоти (читання) вчитель-дефектолог у 1 класі застосовувала розминку для очей «Совенята».

Сплять маленькі совенята. (очі у дітей заплющені)

Раз – розкрили оченята. (швидко відкривають очі)

Подивилися навколо, (кругові рухи очима)

Потім вгору і додола. (піднімати очі вгору вниз, головою не рухати)

Оченята – блим, блим, блим! (покліпати очима)

Відпочити треба їм!

Вправо, вліво оченята (очі вправо-вліво)

Повертали совенята.

По-перше, ці вправи для очей є профілактикою порушень зору, а по-друге, на уроках школярі мають можливість змінити форму роботи і трохи відпочити.

Для створення учнями власних висловлювань на уроках української мови застосовувалася вправа «Релаксація». Вона заспокоює нервову систему, знімає напруження. У цьому випадку особливо важливим є голос учителя та його внутрішній спокій. Надається максимум уваги забарвленню голосу й темпу вимови слів. Такі вправи можна проводити під музичний супровід або з використанням відеоролика.

Наприклад, вправа «Після грози»: *Заплющіть очі. Ви в лісі. Відгриміла гроза. Пройшов дощ, виблискує мокре листя на березі. На траві – срібні краплі. Як гарно пахне в лісі! Як легко дихається. Ось конвалії – вдихніть їхній чудовий аромат. Вдихайте повільно, рівно, глибоко. Ви ступаєте босоніж по мокрій траві... (А далі учні із заплющеними очима можуть продовжити розповідь).*

Крім того, поєднувався вивчений матеріал з фізкультхвилинками. Наприклад, у 3 класі під час вивчення слів-дій (дієслів) проводилася така

імітаційна вправа «Пташки», де діти замінювали ці слова рухами. Учитель декілька разів читав вірш з дієсловами (згодом роль учителя може замінювати учень), а потім читав без дієслів, і діти виконували рухи по пам'яті. Наприклад:

Крильця пташки розправляють.(учні розводять руки в сторони)

Їх до сонця підіймають.(руки вгору, потягнутись)

Потім можна політати.(покрутитися навколо своєї осі, махаючи руками, вгору-вниз)

І комашок поганяти.(виконуючи рухи вгору-вниз)

На галявину злетілись.(присісти)

Там зернят вони наїлись.(головою покачали, імітуючи дзьобання зерна)

Потім знову полетіли.(покрутитися)

У гніздечко хутко сіли.(сісти на місце)

Щоб відвернути увагу від матеріалу й сконцентрувати увагу на зміні діяльності школярів на уроках української мови, вчителька у 2 класі застосовувала таку фізкультхвилинку: нахиляються вперед ті, у кого день народження взимку та весною, а назад усі, хто народився влітку та восени. Або: піднімають руки вгору і потягуються ті, у кого ім'я починається на голосний звук, і руки вперед – у кого на приголосний звук.

Не лише цікавою, а й корисною для збереження здоров'я є вправа «Світлофор»: учні рухаються, а вчитель віддає команди, називаючи кольори світлофору. Якщо він каже: «Червоний!», учні мають швидко присісти; якщо «Зелений!» учасники продовжують іти на місці й плескають у долоні; якщо вони чують «Жовтий!», то мають зупинитися й підняти руки вгору. Вправа виконується швидко. Її можна застосувати при вивченні слів-ознак предметів (прикметника), і учні, які помилялися, повинні були підібрати слова, які б асоціювалися з цими кольорами-прикметниками; разом із тим, учні повторюють правила дорожнього руху, що забезпечить міжпредметний зв'язок.

За сприятливих погодних умов деякі уроки в початковій школі проходилися на природі.

Здоров'язберігаючі технології були відображені у конспектах вчителів-дефектологів та застосовувалися під час проходження педагогічної практики у школі, де були спеціальні класи.

Педагогами школи розроблені та використовуються на кожному уроці оздоровчі динамічні паузи, які допомагають поновити розумову та фізичну працездатність. Також є вправи для психологічного розвантаження учнів на кожному уроці.

Педагогами розроблена та використовується на уроках пам'ятка «Гігієнічні показники, які характеризують урок».

У кожному навчальному кабінеті силами учнів створені «Куточки здоров'я», що відображають здоров'язберігаючу діяльність класних колективів.

На засіданнях методичних об'єднань розглядалися такі питання: «Виховання в учнів початкових класів відповідального ставлення до свого здоров'я», «Індивідуальна робота на уроках», «Перевірка знань без стресів», «Виховання бережливого ставлення до життя – на кожному уроці», «Як запобігти перевантаженню навчального процесу», «Застосування різнорівневого навчання», «Використання інтерактивних методів навчання», методичне об'єднання класних керівників працює над проблемою «Виховання стійкого неприйняття шкідливих звичок».

У школі розроблено низку профілактичних заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, постійно впроваджуються інтерактивні форми роботи з учнями та батьками.

Оздоровчий процес в навчальному закладі являє собою чітку науково-обґрунтовану систему, згідно з якою на основі національного і міжнародного досвіду здорового способу життя в практику навчального закладу впроваджуються валеологічна освіта та просвіта дітей та батьків.

Проаналізувавши результати досліджень, нами були узагальнені методичні рекомендації для ефективнішого використання їх як в урочний, так і в позаурочний час. А саме:

- 1) дотримуватися правил гігієни в класі та охоронно-педагогічного режиму;
- 2) створювати сприятливий психологічний клімат, відносини взаємної довіри та поваги між педагогом і учнем;
- 3) створювати позитивний психологічний настрій на початку занять;
- 4) чергувати різні види навчальної діяльності;
- 5) забезпечувати позитивну емоційну підтримку;
- 6) використовувати на уроках запитання, пов'язані зі здоров'ям та способами його збереження;
- 7) враховувати швидкість втомлюваності та зниження навчальної активності осіб з особливими освітніми потребами;
- 8) не перенасичувати заняття здоров'язберігаючими технологіями та інші.

Обговорення. Результати дослідження показали, що прийоми здоров'язберігаючих технологій є важливою складовою для розвитку дітей з особливими освітніми потребами, зокрема дітей з порушеннями інтелекту.

Позитивним моментом стало те, що прийоми збереження здоров'я використовують усі опитані вчителі-дефектологи. Вирішення проблеми збереження здоров'я дітей з інтелектуальними порушеннями потребує уваги всіх зацікавлених у цьому: педагогів, медиків, батьків. Підсумком дослідження стали узагальнені методичні рекомендації для ефективнішого використання їх як в урочний, так і в позаурочний час.

Безумовно проведене дослідження не вичерпує всіх проблем особливостей використання здоров'язберігаючих технологій в корекційній роботі вчителя-дефектолога з дітьми з порушеннями інтелекту. А тому може знайти свою подальшу реалізацію при вивченні інших видів здоров'язберігаючих технологій у корекційно-розвиваючому середовищі для дітей з інтелектуальними порушеннями, а також дослідження питання про впровадження прийомів збереження здоров'я у корекційній роботі вчителя-дефектолога у зарубіжних країнах.

Список використаної літератури:

1. Артикуляційна гімнастика. Поради для ефективнішої роботи з дітьми. URL: <https://www.logoclub.com.ua/zvukovimova/artikulyatsijna-gimnastika> (дата звернення: 13.09.2021).
2. Богодухова Н. В. Впровадження здоров'язберігальних технологій у школі. *Сучасні технології збереження здоров'я учнів: кращий досвід [Електронні дані]* / авт. кол. ; уклад. А. Г. Обухівська, І. І. Цушко. – К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015. – С. 45-58.
3. Бондар Г.А. Здоров'язбережувальні технології в системі роботи класного керівника як один із методів реалізації хорошого ставлення до себе. URL: <https://dorobok.edu.vn.ua/article/view/798>(дата звернення: 15.09.2021).
4. Єременко О. Є. Використання здоров'язберігаючих технологій на уроках фізичної культури та в позаурочний час. *Педагогічний досвід: Фастівський лицей-інтернат*, URL: http://www.fastiv-lyceum.edukit.kiev.ua/Files/downloads_2015.pdf (дата звернення: 12.09.2021).
5. Забара М. В., Волинська Л. О. Застосування здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі учителя-логопеда. *The 9 th International scientific and practica lconference “Modernscience: problems and innovations”*. SSPG Publish, Stockholm, Sweden. November 15-17, 2020. – 162-165.
6. Козлова О. Здоров'язберігаючі технології в навчально-виховному процесі. URL: <http://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2014/7/6.pdf> (дата звернення: 15.09.2021).
7. Медведєва В. В. Дихальні вправи корисні та цікаві. URL: <https://www.slideshare.net/ssuser73fd82/ss-78590924>(дата звернення: 12.09.2021).
8. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник/ О. Б. Нагорна – Рівне (дата звернення: 12.09. 2021).
9. Роль дихальної гімнастики, як метод оздоровлення дошкільнят. URL: <https://sumskij-sanatornij-dnz-24.webnode.com.ua/news/rol-dikhalnojigimnastiki-ya-metod-ozdorovlennya-doshkilnyat/> (дата звернення: 12.09.2021).
10. Садова І. Казкотерапія – сучасний метод роботи з дітьми, які мають особливі потреби. *Актуальні питання гуманітарних наук*. Вип. 11. (дата звернення: 12.09. 2021).
11. Созонік О. Музикотерапія або музика, яка лікує. URL: <http://www.volynpost.com/blogs/1201-muzykoterapiia-abo-muzyka-iaka-likuie>(дата звернення: 13.09.2021).

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я
CURRENT ISSUES OF ANTIBIOTIC RESISTANCE PREVENTION IN
THE PUBLIC HEALTH SYSTEM**

Kupar Ivanna

student of the master's program «Public Health» of the Faculty of Health and Physical Education Uzhhorod National University

Email: ivanna.kupar@gmail.com

Supervisor: Korolchuk Olena, Ph.D. of Public Management
Department of Health Sciences, Uzhhorod National University

SUMMARY

Introduction: Today, the problem of antibiotic resistance is extremely relevant around the world. The emergence of resilience significantly reduces the effectiveness of therapy and, as a consequence, increases mortality and increases the cost of treatment, which puts a significant economic burden on national budgets. In the absence of progress in the fight against antibiotic resistance of microorganisms, the loss of the working population in the world by 2050 will reach 11-14 million people a year, the cost in monetary terms will be 3 trillion. For the WHO, resistance to antibiotics is rapidly gaining momentum due to their improper, excessive, uncontrolled use and use, which requires a lack of public awareness.

Methods: Sociological, statistical and graphic methods were used in the research process. A special online questionnaire on 26 questions was created for the sociological survey, which included general data and questions related to public awareness of the correct prescription of doctors and the use of antibacterial drugs by the population. 206 people living in the Transcarpathian region were interviewed.

Results: Surveys show that almost half of the respondents. (49.5%) do not know what antibiotic resistance is and how it affects, 14.1% said they first heard about antibiotic resistance. The majority of respondents (42.2%) do not know the mechanism of action of antibiotics and do not know that it is advisable to use antibiotics with their help. Many respondents took antibiotics to reduce the symptoms that affect viral diseases: fever (35.9%), cough (25.2%), not living (22.8%). Also, the majority of respondents (49.5%) stated that they bought

antibacterial drugs without a prescription or on the advice of friends or acquaintances. It should also be noted that most of those described gave positive answers to the question "Have you been prescribed antibiotics in hospitals without microbiological analysis?" (37.4% of respondents) and "Have you been prescribed antibiotics to avoid avoidance associated with viral diseases?" (47.1% of respondents).

Conclusions: In the course of the study, a relatively low level of public awareness on antibiotic resistance was found. Raising awareness on this issue is the leading technique and the main task of the modern public health system to prevent the progression of antibiotic resistance. Wide introduction of the approach to the installation of public technologies for medicines.

Key words: antibiotic resistance, antibacterial drugs, prevention, awareness.

АНОТАЦІЯ

Вступ: На сьогоднішній день проблема антибіотикорезистентності надзвичайно актуальна у всьому світі. Виникнення стійкості значно знижує ефективність терапії і, як наслідок, підвищується смертність, а також збільшуються витрати на лікування, що завдає значного економічного навантаження на бюджети країн. У разі відсутності прогресу у боротьбі з антибіотикорезистентністю мікроорганізмів, втрати працездатного населення в світі до 2050 року будуть сягати 11-14 мільйонів осіб на рік, витрати у грошовому вимірі будуть складати 3 трильйони на рік. За інформацією ВООЗ стійкість до антибіотиків стрімко набирає темпи саме через їх неправильне, надмірне, безконтрольне використання та призначення, що пов'язано з недостатньою інформованістю населення.

Методи: В процесі дослідження використані соціологічний, статистичний та графічний методи. Для соціологічного дослідження було створено спеціальний онлайн опитувальник з 26 питань, який включав загальні дані та питання, які стосуються обізнаності населення щодо правильного призначення лікарями і застосування населенням антибактеріальних лікарських засобів. Було опитано 206 осіб, що проживають на території Закарпатської області.

Результати: Проведене дослідження показує, що майже половина респондентів. (49,5%) не знають, що таке антибіотикорезистентність та як вона виникає, 14,1% засвідчили, що вперше чують про антибіотикорезистентність. Велика частка респондентів (42,2%), не знайомі з механізмом дії антибіотиків та не знають при яких захворюваннях доцільно використовувати антибіотики. Багато респондентів приймали антибіотики для зменшення симптомів що притаманні вірусним захворюванням:

температура(35,9%),кашель (25,2%), нежить (22,8%). Також велика частина респондентів (49,5%) зазначили те, що вони купували антибактеріальні лікарські засоби без рецепту лікаря або за порадою друзів чи знайомих. Слід також відмітити те,що більшість опитуваних дали позитивні відповіді на питання « Чи призначали вам антибіотики в лікарні без мікробіологічного аналізу?» (37,4% респондентів) та «Чи призначали вам антибіотики з метою уникнення ускладнень при вірусних захворюваннях?» (47,1% респондентів).

Висновки: В ході проведеного дослідження, був виявлений досить низький рівень обізнаності громадськості з питань антибіотикорезистентності. Підвищення обізнаності з даної проблематики є провідною методикою та головним завданням сучасної системи громадського здоров'я щодо профілактики прогресу антибіотикорезистентності. Широке впровадження заходів з підвищення обізнаності громадськості щодо питань стійкості до протимікробних препаратів є актуальним завданням системи громадського здоров'я.

Ключові слова: антибіотикорезистентність, антибактеріальні лікарські засоби,профілактика,поінформованість.

Вступ. Відкриття пеніциліну та успіхи антибіотикотерапії після його впровадження в клінічну практику сформували у науковій сфері та у суспільстві ілюзорну думку про перемогу над інфекційними захворюваннями. Але, на зміну ейфорії 1940-1950 років прийшов скепсис (1960-2000 рр.), а після – розчарування. На сьогодні в світі настільки гостро стоїть проблема резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів, що XXI століття по праву можна назвати «ерою антибіотикорезистентності» [8].

На сьогоднішній день проблема антибіотикорезистентності надзвичайно актуальна у всьому світі. Виникнення стійкості значно знижує ефективність терапії і, як наслідок, підвищується тривалість лікування, а також збільшуються витрати на реабілітацію,що завдає значного економічного навантаження на бюджети країн.

Згідно з даними Всесвітньої глобальної системи моніторингу антимікробної стійкості (GLASS), приблизно 500 тис. людей з підозрою на бактеріальну інфекцію у 22 країнах, в яких проведено дослідження, стикаються з резистентністю до антибіотиків [7].

У випадках захворювання на антибіотикорезистентні інфекції значно зростає вартість лікування. У країнах Євросоюзу щорічно реєструється майже 400 тисяч інфекцій, викликаних антибіотикорезистентними збудниками, від яких гинуть близько 25 тисяч чоловік, а фінансові витрати

на лікування перевищують 1,5 млрд. євро. В США, за даними центру з контролю та профілактики захворювань (CDC), щонайменш 2 мільйони людей щорічно інфікуються стійкими до антибіотиків бактеріями, число летальних випадків внаслідок неефективної антибіотикотерапії наближується до 23 тисяч чоловік, а економічні збитки, пов'язані з цією проблемою, оцінюються у суму від 21 до 32 млрд. доларів на рік [5].

Згідно досліджених прогнозів у разі відсутності прогресу у боротьбі з антибіотикорезистентністю мікроорганізмів, втрати працездатного населення в світі до 2050 року будуть сягати 11-14 мільйонів осіб на рік, витрати у грошовому вимірі будуть складати 3 трлн. на рік [5].

Сьогодні ситуація в Україні, як у світі в цілому, невтішна. За офіційною статистикою, щороку в Україні реєструється декілька тисяч випадків внутрішньолікарняних інфекцій, викликаних збудниками з високою стійкістю до протимікробних препаратів, проте реальна їх кількість значно більша та може сягати кілька десятків тисяч випадків на рік [9]. Це може бути пов'язано з недосконалою системою моніторингу інфекцій, обумовлених поліантибіотикорезистентними штамми збудників.

Таким чином, проблема резистентності мікроорганізмів до антибіотиків набуває ознаки глобальності, потребує всебічного аналізу причин виникнення, заходів профілактики та пошуку шляхів подолання.

Теоретична основа дослідження. Антибіотикорезистентність визначається як стійкість бактерій до одного або кількох антибіотиків, що виникає внаслідок змін або мутацій у ДНК бактерій, набуття ними генів стійкості до антибіотиків від інших видів бактерій [10].

Стійкість мікроорганізмів до антибіотиків може розвиватися в результаті природного відбору за допомогою випадкових мутацій та завдяки впливу антибіотиків. Крім того, мікроорганізми здатні переносити генетичну інформацію стійкості шляхом горизонтального переносу генів. Антибіотикорезистентність може бути створено штучно методом генетичної трансформації.

Основними механізмами утворення антибіотикорезистентності за антибіотикотерапії є:

- відсутність у мікроорганізмів структури, на яку діє антибіотик;
- мікроорганізм непроникний для антибіотика;
- мікроорганізм здатний переводити антибіотик в неактивну форму;
- в результаті генних мутацій обмін речовин мікроорганізму може бути змінений. В такому випадку біохімічні реакції, що блокувалися антибіотиком, більше не є критичними (життєвоважливими) для життєдіяльності даного мікроорганізму [4].

За результатами чисельних досліджень, що проводились у багатьох країнах світу, визначено, що до основних причин антибіотикорезистентності можна віднести надмірне та неправильне використання антибактеріальних лікарських засобів населенням, а також у тваринництві та рибництві, неналежний інфекційний контроль у лікарнях та відсутність розробок нових антибіотиків.

У європейському дослідженні з тих, хто приймав антибіотики протягом року, близько 20% стверджували, що брали їх проти грипу, вірусної хвороби, і тільки близько 36% опитаних правильно відповіли, що антибіотики не ефективні проти вірусних інфекцій. Ця проблема неправильного використання особливо проблематична в країнах, де антибіотики можна отримати без рецепта лікаря[10].

Хоча безвідповідальне застосування лікарських засобів є основною причиною розвитку резистентності, існують й інші важливі чинники, які необхідно враховувати. Такими є, наприклад, недоцільне призначення антибіотиків, що тягне за собою зростання антибіотикорезистентності мікроорганізмів призводить до неефективності стартової антибактеріальної терапії, різкого збільшення захворюваності внутрішньолікарняними інфекціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги.

Одним з факторів, що збільшують стійкість до антибіотиків, є еволюція і поширення факторів стійкості всередині бактеріальних популяцій. Надмірне призначення антибіотиків лікарями для лікування симптомів, які в багатьох випадках можуть бути викликані не бактеріями, є однією з таких проблем. Надмірно тривалі або неправильні схеми лікування можуть також надавати непотрібне еволюційний тиск на бактерії. Все це може привести до придбаної лікарської стійкості[10].

Проблема надмірного призначення антибіотиків існує у всьому світі і сьогодні вона активізувалась у зв'язку з поширенням коронавірусної інфекції та ускладненнями, які вона викликає.

Важливо зазначити, що антибіотики широко використовуються у тваринному господарстві, перш за все для сприяння росту худоби та профілактики інфекції. Передача стійких бактерій людям від сільськогосподарських тварин була відзначена більше ніж 35 років тому, коли у кишковій флорі сільськогосподарських тварин були виявлені високі рівні резистентних до антибіотиків бактерій. Методи молекулярного виявлення підтвердили, що стійкі бактерії, які знаходяться в організмі сільськогосподарських тварин досягають споживачів через м'ясопродукти. За даними Державного науково-дослідного інституту антибіотики

виявляються в 40% зразків м'яса і м'ясних продуктів і в 25% зразків молока[7].

Зауважимо, що можливості боротьби з патогенними мікроорганізмами з використанням антибіотиків на сьогодні обмежені. Це підтверджується наступними фактами. За останні кілька десятиліть не було розроблено жодної нової молекули антибіотика. Фармацевтичні компанії не зацікавлені у виробництві нових антибіотиків, оскільки це потребує значних матеріальних ресурсів, які в подальшому не є рентабельними внаслідок швидкого формування антибіотикорезистентності[4].

Наразі весь світ бореться з проблемою антибіотикорезистентності застосовуючи різноманітні заходи.

У травні 2015 р. ВООЗ було прийнято Глобальний план дій зі стійкості до протимікробних препаратів (Global Action Plan On Antimicrobial Resistance). Ним визначено 5 стратегічних завдань, головне з яких: підвищення інформованості і розуміння проблеми стійкості до антимікробних препаратів за рахунок ефективної комунікації, освіти та навчання (в тому числі проведення Всесвітнього тижня правильного використання антибіотиків (World Antibiotic Awareness Week))[1].

У 2016 р. Міжнародна фармацевтична федерація (International Pharmaceutical Federation — FIP) видала довідник «Боротьба з антибіотикорезистентністю: внесок фармацевтів» (Fighting antimicrobial resistance: The contribution of pharmacists)[2]. В даному документі висвітлені питання поширення стійкості до протимікробних препаратів у різних країнах, обсяги застосування таких лікарських засобів, розглянуті програми з боротьби з антибіотикорезистентністю, досягнення і досвід різних країн світу з цього питання.

Сьогодні розбудована Європейська система епіднадзора за антибіотикорезистентністю (The European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS) - державна система епіднадзора за стійкістю до антибактеріальних лікарських засобів в Європі, що була заснована у 1998 р. і на сьогодні об'єднує 29 країн. У рамках цієї системи епіднадгляд включає дані щодо резистентності збудників інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги.

У 2019 р. Урядом України затверджено «Національний план дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів» (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 06.03.2019 р. № 116-р). Даний план дозволить поліпшити ефективність профілактики та лікування інфекційних і паразитарних хвороб, знизити тяжкість та тривалість перебігу цих хвороб, знизити смертність, пов'язану з поширенням мікроорганізмів, стійких до

антибактеріальних лікарських засобів. Також Міністерство охорони здоров'я України продовжує впроваджувати принцип «єдине здоров'я», що передбачає, окрім контролю використання антибактеріальних лікарських засобів у медицині, об'єднання зусиль для контролю обігу антибіотиків у ветеринарії[6].

Як ми вище вказали, за інформацією ВООЗ, стійкість до антибіотиків стрімко набирає темпи саме через їх неправильне, надмірне використання та призначення, що пов'язано з непоінформованістю населення щодо даної проблематики.

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати сучасний стан проблеми антибіотикорезистентності та виділити основні напрями її профілактики.

Матеріали та методи дослідження. В процесі дослідження використані соціологічний, статистичний та графічний методи. Для соціологічного дослідження було створено спеціальний онлайн опитувальник з 26 питань, який включав загальні дані та питання, які стосуються обізнаності громадськості щодо правильного призначення лікарями і застосування населенням антибактеріальних лікарських засобів. Було опитано 206 осіб, що проживають на території Закарпатської області.

Результати дослідження.

В дослідженні взяли участь 206 осіб, з яких більшу частку (59,7 %) склали жінки, меншу частку (40,3%) - чоловіки. Розподіл за місцем проживання виглядає наступним чином: 52,9% - жителі села, 44,7% - жителі міста, 2,4% - жителі селища міського типу. В опитуванні взяли участь 43,2% осіб з вищою освітою, 22,3% - повною середньою освітою, 13,6% - професійно-технічною, 12,6% респондентів мають базову середню освіту та 8,3% - незакінчену вищу освіту. Це, на наше переконання, має особливе значення при аналізі відповідей респондентів на окремі питання. Також слід зазначити, що в дослідженні брали участь особи віком від 14 до 60 + років (рис. 1.)

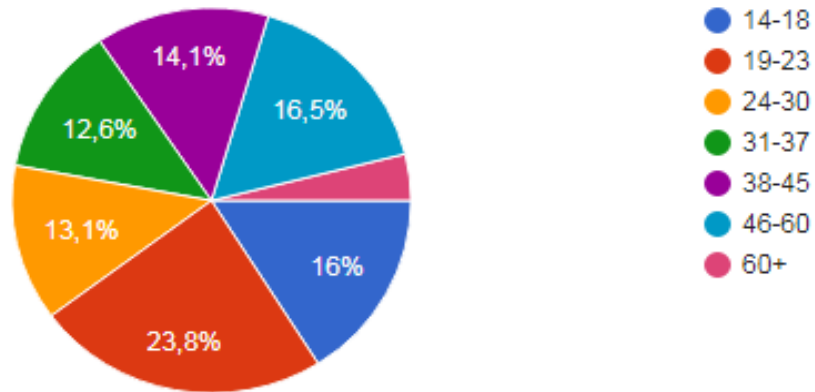


Рис. 1. Розподіл учасників дослідження за віком

Першим етапом дослідження став аналіз відповідей опитаних осіб відносно ставлення до вживання антибіотиків.

При аналізі відповідей на питання «Чи є Ви противником вживання антибіотиків?», більша частина респондентів (89,3%) вказали відповідь «Ні», 10,7% - «Так».

На прохання пояснити у вигляді розгорнутої відповіді, чому саме опитуваний проти вживання антибіотиків, багато респондентів (47,6 %) відповіли, що антибіотики послаблюють імунну систему або шкодять здоров'ю, 26,5 % відзначили, що організм повинен сам боротись з інфекцією і приймати антибіотики потрібно в крайніх випадках, 15,9 % вказали причинами можливі побічні ефекти і алергії, 10% вказали інші різноманітні причини, через які вони є противниками вживання антибіотиків.

Результати аналізу відповідей респондентів щодо знань механізму дії антибіотиків: 57,8 % вказали, що вони знають який механізм дії антибіотиків, 42,2 % вибрали відповідь «Ні».

На питання «Чи знаєте Ви, які є види антибіотиків?» відповіді розподілились наступним чином: 51,9% - «Ні», 38,8 % - «Так», 9,2% респондентів відповіли «Взагалі не чув/чула, що вони поділяються на види».

Особливої уваги заслуговує аналіз відповідей про думку опитуваних щодо захворювань при яких призначають антибіотикотерапію. Встановлено, що більшість респондентів (54,9%) вважають, що антибіотики призначають при бактеріальних захворюваннях. В той же час трохи менше половини вказали варіант - при вірусних захворюваннях - 45,1%, 25,7% - вибрали варіант при «будь-яких» захворюваннях, менша кількість (5,3%) вважають, що антибіотикотерапію призначають при грибкових захворюваннях. Результати представлені на Рис.2.

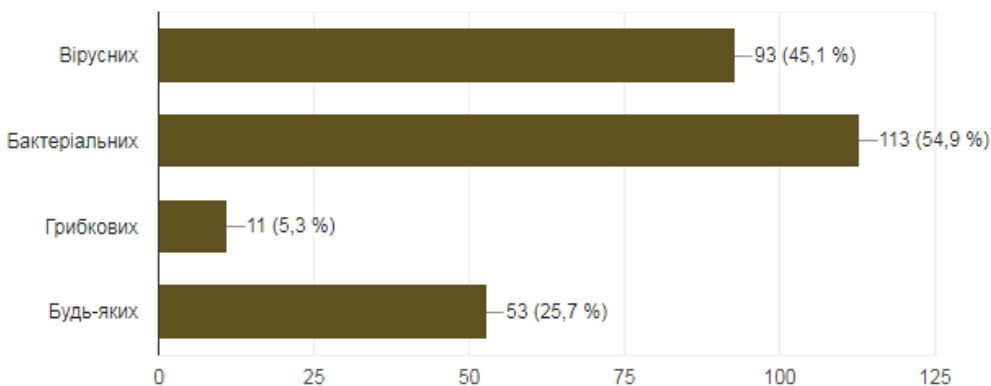


Рис.2. Розподіл відповідей респондентів щодо думки при яких захворюваннях призначають антибіотики

Наступний етап дослідження полягав в аналізі знань і думок опитуваних осіб щодо правильності прийому антибіотиків.

При дослідженні частоти прийому антибіотиків була виявлена досить позитивна статистика: більшість (56,6 %) респондентів вказали, що приймають антибіотики рідко і тільки за призначення лікаря. Проте 27,7% опитуваних вживають антибіотики іноді за порадою друзів/знайомих ,фармацевта в аптеці чи інтернету, 11,7% - кожного разу, як тільки з'являються температура, нежить, кашель і т.д., інші 4,3% - взагалі не приймають антибіотики. (рис.3.)

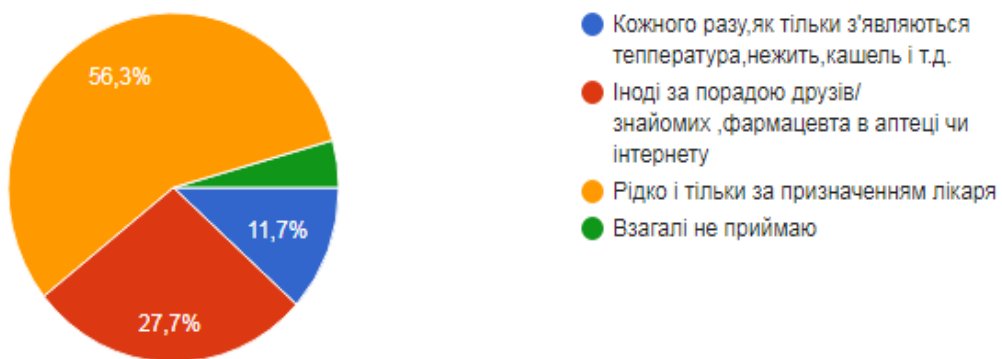


Рис. 3. Розподіл відповідей опитуваних щодо частоти прийому антибіотиків

При аналізі відповідей щодо останнього прийому антибактеріальних лікарських засобів, більша частина респондентів (34,5%) вказали, що востаннє приймали антибіотики більше року тому, 32% - 2-6 місяців тому, 21,4% - 1-5 тижнів тому, 5,8% - приймали антибіотики під час проведення

дослідження, 3,4% - 7-12 місяців тому, 2,9% - взагалі не приймали антибіотики.

Також респондентам було запропоновано вказати причини останнього прийому антибіотиків. Серед переліку причин були присутні симптоми, що притаманні як вірусним так і бактеріальним захворюванням, а також була надана можливість вказати свій варіант. Результати представлені на діаграмі (рис. 4.).

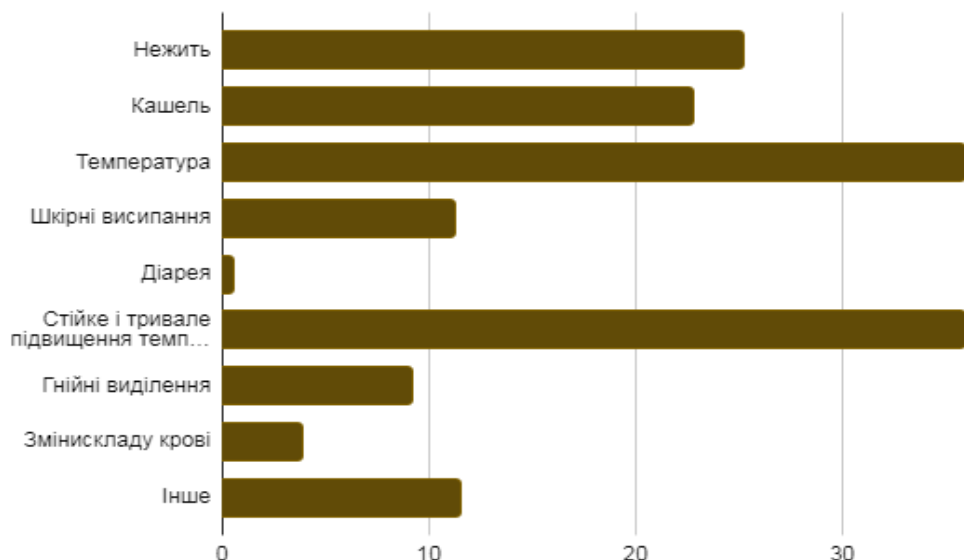


Рис. 4. Розподіл відповідей респондентів щодо причин прийому антибіотиків (%)

Найбільша частка (35,9%) опитаних вказали, що причинами прийому антибіотиків стали як стійке і тривале підвищення температура так і просто температура. Друге місце розділили причини «кашель» та «нежить» – їх назвали 25,2% та 22,8% респондентів відповідно. Третє місце (11,2%) зайняла причина «шкірні висипання». Далі в порядку зниження розмістились такі причини: «гнійні виділення» (9,2%), «зміни складу крові» (3,9%), «діарея» (0,5%).

Інші 11,5% зайняли розгорнуті відповіді опитуваних, серед яких найпоширенішими причинами респонденти вказали «інфекційне захворювання», «приймали для уникнення ускладнень при коронавірусній інфекції», «вживали антибіотики щоб уникнути ускладнень та зменшити болі після видалення зубів», також опитувані вказали такі причини, як «гінеколог виписав після бакпосіву», «приймали антибіотики для уникнення ускладнень після операційного втручання» та інші причини.

Для детальної оцінки рівня поінформованості населення щодо правильного прийому антибіотиків ми проаналізували відповіді на

питання, що стосуються дотримання курсу антибіотикотерапії, прийому антибіотиків в профілактичних цілях та купівлі антибіотиків без рецепту лікаря.

На питання «Яка, на вашу думку, тривалість курсу прийому антибіотиків» трохи менше половини опитаних (41,7%) вказали 5-7 днів, проте 20,9 % вибрали варіант-поки є симптоми захворювання, 19,9% зазначили варіант 3-4 дні, 12,6%-10-15 днів, менша частина (4,9%) вибрали варіант 1-2 дні.

Відповіді на питання «Чи переривали Ви курс антибіотиків?» розподілились наступним чином: більшість (56,3%) ніколи не переривали курс антибіотиків, 25,2% іноді все таки переривали курс і 18,4% респондентів вибрали відповідь «Так».

Щодо застосування антибіотиків, які залишаються після курсу, значна частина (62,6%) відповіли, що не застосовують антибактеріальні лікарські засоби, що залишаються після курсу прийому, а 24,3% - дали відповідь «іноді» і тільки 13,1% респондентів повторно використовують лікарські засоби, що залишаються після курсу антибіотикотерапії.

В ході опитування було представлено питання «Чи дотримувались Ви дози та кратності прийому антибіотиків?». Так, 63,6% респондентів зазначили, що вони завжди дотримувались дози та кратності прийому антибіотиків. При цьому, 25,7% опитуваних вказали варіант «не пам'ятаю». Слід зазначити, що тільки 10,7% опитаних вказали, що вони не дотримувались інструкції щодо правильного дозування та кратності прийому антибіотиків.

Особливої уваги та настороження заслуговують результати які показали, що майже половина опитаних (49,5%) купували антибіотики без рецепту або за рекомендацією друзів, знайомих, 33,5% - так не робили, 17% – робили іноді (рис.5.).

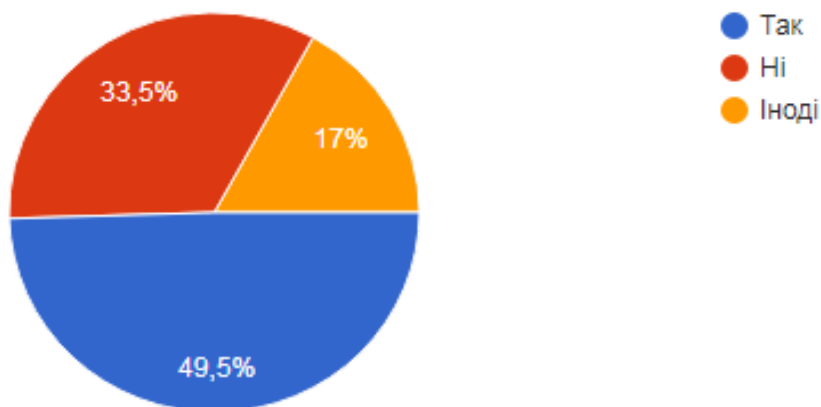


Рис. 5. Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи купували Ви антибіотики без рецепту або за рекомендацією друзів /знайомих?»

Важливо і позитивно, що 60,2% опитуваних не приймали антибіотики в профілактичних цілях, 25,2% - приймали, 14,6% - іноді приймали.

Для визначення поінформованості населення щодо правильності призначення антибактеріальних лікарських засобів нами були розроблені окремі питання, як-то:

«Чи рекомендували вам антибіотики в аптеці?»: (60,2%)- відповіли «Ні», 21,8% - «Не пам'ятаю», 21,4%- «Так».

«Чи призначали Вам антибіотики в лікарні без мікробіологічного аналізу?»: 38,3% опитуваних осіб дали відповідь - «Не пам'ятаю», 37,4% - «Так», 24,3% респондентів вказали відповідь «Ні».

На питання «Чи призначали вам антибіотики з метою уникнення ускладнень при вірусних захворюваннях?» результати виглядають наступним чином: 47,1% респондентів відповіли «призначали», 32,5% - не знають, 20,4% зазначили, що їм ніколи не призначали антибіотики з метою уникнення ускладнень при вірусних захворюваннях.

На останок, з метою визначення загального знання про антибіотикорезистентність, було поставлено питання «Чи знаєте ви, що таке антибіотикорезистентність і як вона виникає?» Результати відповідей на питання представлено коловій діаграмі (рис. 6.).

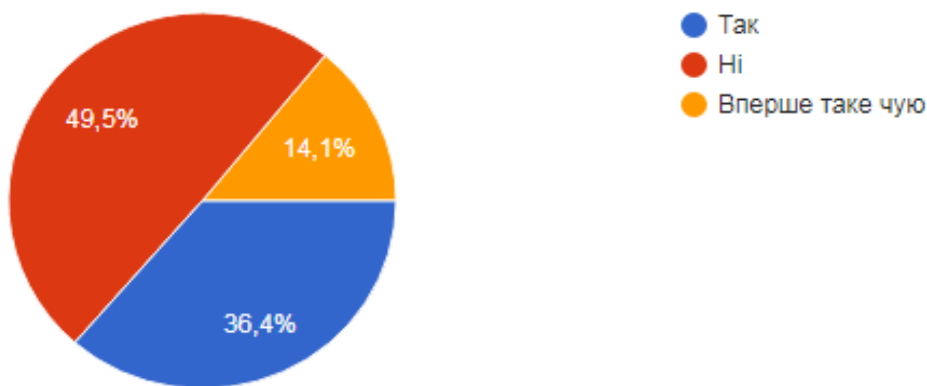


Рис.6. Розподіл відповідей щодо знання антибіотикорезистентності та механізму її виникнення

Аналіз відповідей дозволив встановити, що найбільша частка учасників (49,5%) не знають що таке антибіотикорезистентність та як вона виникає, трохи менше (36,4%) –знають. Вперше дізнались про антибіотикорезистентність -14,1% респондентів. Слід зазначити ,що серед тих хто відповів «Ні» та «Вперше таке чую» переважна більшість – жителі села та особи,що мають повну середню та вищу освітою.

Дискусія.

За інформацією ВООЗ стійкість до антибіотиків стрімко набирає темпи саме через їх безвідповідальне вживання та призначення, що пов'язано з низьким рівнем поінформованості населення. Саме тому ВООЗ було прийнято рішення щороку з 16 по 22 листопада проводити Всесвітній тиждень правильного використання антибіотиків, метою якого є підвищення обізнаності громадськості про проблему стійкості до протимікробних препаратів.

Наше дослідження виявило загрозливі, насторожуючі моменти, що майже половина респондентів(49,5%) не знають,що таке «антибіотикорезистентність» та як вона виникає,14,1% засвідчили,що вперше чують про «антибіотикорезистентність». Велика частка респондентів(42,2%),не знайомі з механізмом дії антибіотиків,57,8 % - знайомі. Недосконалість знань щодо умов призначення антибіотиків:45,1% - респондентів вважають доцільним використання антибіотиків при вірусних захворюваннях,25,7%- при "будь-яких". Це все може негативно впливати на прогресування антибіотикорезистентності.

Важливим є те, що багато респондентів причинами прийому антибіотиків вказали: 35,9% - підвищення температури,25,5% - кашель , 22,8%- нежить,11,2% - шкірні висипання. Ці симптоми притаманні в більшій

мірі вірусним захворюванням, що вкотре підтверджує низьку обізнаність населення щодо раціонального прийому антибактеріальних лікарських засобів.

Також наше дослідження дало змогу виявити, що майже половина респондентів (49,5%) купували антибіотики без рецепту або за рекомендацією друзів /знайомих, це відноситься до безвідповідального вживання, що пов'язане з проблемою безрецептурного доступу до ліків, а також в свою чергу може бути пов'язане з низькою обізнаністю.

Відмітимо, що на питання «Чи призначали вам антибіотики в лікарні без мікробіологічного аналізу?» 38,3% опитаних осіб дали відповідь «Не пам'ятаю», 37,4% - відповідь «Так». Заслужують уваги результати щодо такого актуального зараз питання, як призначення антибіотиків з метою уникнення ускладнень при вірусних захворюваннях. Так більшість респондентів (47,1%) дали відповідь «Так» на дане питання, а 32,5% - відповідь «Не знаю». Дані показники свідчать про необґрунтоване та неправильне призначення лікарями антибактеріальних лікарських засобів.

Проведене дослідження показує, що обізнаність населення щодо питань антибіотикорезистентності знаходиться на незадовільному рівні. Відповідно, актуальним постає питання профілактики антибіотикорезистентності, яка загрожує людству, шляхом розробки і впровадження системного підходу із застосуванням комплексу державних, управлінських та навчальних заходів, і, зокрема, перегляду підходів щодо підвищення інформованості з питань раціонального призначення лікарями і застосування населенням антибактеріальних лікарських засобів.

Висновки.

Проведений аналіз літературних наукових джерел з проблеми формування резистентності до антибактеріальних препаратів дозволив зробити висновок, що проблема є актуальною - поширенням антибіотикорезистентності сьогодні занепокоєні у багатьох країнах світу. Швидкий темп розвитку стійкості до антибіотиків найбільше пов'язують із неправильним застосуванням та призначенням, що в більшості випадків пов'язано з низькою поінформованістю громадськості - це підтвердило і проведене нами дослідження.

В ході проведеного дослідження, виявлено низький рівень обізнаності населення щодо питань антибіотикорезистентності: мало хто знає взагалі про антибіотикорезистентність, мало хто чітко усвідомлює, як діють антибіотики та коли їх доцільно використовувати, багато хто використовує антибіотики безвідповідально і безконтрольно тощо. Також виявлено, що

процес призначення антибактеріальних лікарських засобів не завжди є коректним та потребує уваги.

Відтак, необхідно активно впроваджувати просвітницькі заходи та інформаційні кампанії серед всіх верст населення, у тому числі й працівників системи громадського здоров'я, лікарів, медичного персоналу, працівників фармацевтичного сектору і т. д. щодо удосконалення знань з даної проблематики з метою профілактики розвитку антибіотикорезистентності та підвищення якості і результативності використання антибактеріальних лікарських засобів.

Вкрай важливим також вважаємо активізацію заходів щодо підвищення обізнаності населення про небезпеку неправильного використання антибіотиків. Наприклад, у першу чергу, навчити людей як можна запобігти інфекціям, щоб не доводилося використовувати антибіотики; з іншого боку - як допомагати організму зберігати здоров'я у період після вживання антибактеріальних лікарських засобів.

Слід наголосити, що підвищення рівня обізнаності щодо відповідального та контрольованого вживання антибіотиків є особливо важливим в сучасних умовах пандемії (COVID-19).

Ми переконані, що питання антибіотикорезистентності є важливим для всього сучасного світу та має бути ретельно дослідженим з метою формування науково обґрунтованих результатів та розробки і впровадження ефективних превентивних заходів. Ми вважаємо, що підвищення рівня інформованості населення щодо вживання антибіотиків є провідним інструментом та головним завданням сучасної системи громадського здоров'я щодо профілактики розвитку резистентності до антибактеріальних препаратів.

Список використаної літератури:

- 1.Global Action Plan On Antimicrobial Resistance. Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>
- 2.Namazova-Baranova L.S., Baranov A.A. Antibiotic Resistance in Modern World.Pediatricska Farmakologia, Vol. 14. N 5. 2017. P. 341–354. Режим доступу:<https://www.fip.org/files/fip/publications/2015-11-Fighting-antimicrobial-resistance.pdf>
- 3.Белая Я.С. Проблема антибиотикорезистентности микроорганизмов в современном мире/ Я.С Белая, В.О Лемешевский// Сахаровские чтения 2020 года: экологические проблемы XXI века:материалы 20-й международной научной конференции, 21–22 мая 2020 г., г. Минск, Республика Беларусь : в 2 ч. Г. Герменчук. – Минск : ИВЦ Минфина, 2020. – Ч. 2. – С. 24-26
- 4.Крицька К.В. Антибіотикорезистентність – виклик для медицини/ К.В.Крицька ,Козій Н.В.// Актуальні проблеми ветеринарної медицини: матеріали наук. практ. конф.студентів. 18 квітня 2019 р. - Біла Церква – С.111-113
- 5.Попов М. М. Антибіотикорезистентність бактерій: причини, механізми розвитку, наслідки / М. М. Попов, О. Г. Перетятко, Ю. А. Ягнюк. // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2018. – №20. – С. 92.
- 6.Про затвердження Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів.2019.Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/116-2019-%D1%80#Text>
- 7.Райлян М. В. Основні причини зростання антибіотикорезистентності та шляхи вирішення проблеми/ М. В. Райлян, В. М. Васюра, І. С.Делікатна //Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 22–23 червня 2018 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2018. – С. 80
- 8.Широбоков В. П. Антибіотики в медицині: вчора, сьогодні і завтра [Текст] / В. П. Широбоков, В. Г. Войцеховський, А. І. Якименко // Сучасні проблеми антибіотикотерапії та формування антибіотикорезистентності: матеріали

міжнародної науково-практичної конференції, 29 січня 2018. – Чернівці. – С. 102-103

9.Широбоков В. П. Сучасні уявлення про формування механізмів та поширення резистентності мікроорганізмів до антибіотиків [Текст] / В. П. Широбоков, В. Г. Войцеховський, Л. В. Авдєєва, А. І. Якименко // Сучасні проблеми антибіотикотерапії та формування антибіотикорезистентності: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, 29 січня 2018. – Чернівці. – С. 103-108.

10.Яхно, ТА Аналіз підходів у попередженні антибіотикорезистентності у сучасному суспільстві/ТФ Яхно, АВ Вокова//Topical issues of new medicines development: матеріали XXVIII Міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів присвяченої 150-річчю з дня народження МО Валяшка, м. Харків, 18-19 берез. 2021 р.–Харків: НФаУ, 2021.–С. 499-501.

SOCIÁLNA PRÁCA/SOCIAL WORK

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

(м. Ужгород, Україна)

**АДАПТАЦІЯ ФАХІВЦІВ КОМАНДИ ПЕДАГОГІЧНОГО
СУПРОВОДУ ДО НОВИХ УМОВ ПРАЦІ В КОНТЕКСТІ ОСВІТНЬОЇ
РЕФОРМИ**

**ADAPTATION OF PEDAGOGICAL SUPPORT TEAM SPECIALISTS TO
NEW WORKING CONDITIONS IN THE CONTEXT OF THE
EDUCATIONAL REFORM**

Голінка Євгенія,

студентка-магістрантка I курсу
спеціальності 016 Спеціальна освіта.

Науковий керівник: д. пед. н. **Стеблюк Світлана Василівна**

Holinka Yevheniia,

MA 1st year, speciality 016 «Special education»

Scientific advisor: Ph.D. Prof. **Stebliuk Svitlana Vasylivna**

The article reveals the peculiarities of adaptation of the specialists of the pedagogical support team to the new working conditions. It is noted that the latest philosophy of education is aimed at the formation of key and subject competencies, the establishment of universal values, ensuring the implementation of partnership pedagogy. The aim of the study is to determine the role of teamwork to achieve goals in the education, upbringing and development of children with SEN. The task of the research: to study the theoretical aspects of the problem, to generalize the pedagogical observation of the activity of specialists, to determine the priority directions of further improvement of team interaction.

In accordance with the purpose and objectives of the study, the following methods were used: analysis, synthesis, comparison, generalization, observation. They allow to reveal the problem of the approach to teaching students with SEN; bibliographic method was also used in order to systematize the source base on the research question.

It is noted that the problem of team interaction was studied on the theoretical and practical levels. Observations of the learning activities of students with SEN and the practice of working as an assistant teacher gave the opportunity to indicate certain types of interaction within the support team: social and domestic (cooperation with parents, which provides a comprehensive approach to overcoming problems arising in the learning process); professionally-oriented (interaction of teachers with specialists); pedagogical interaction "teacher-assistant teacher" (cooperation of teachers; compliance with the correctional component in the educational process). Emphasis is placed on the features of team

interaction while working with a child with SEN in the process of distance learning.

Key words: inclusive education, child with SEN, team of psychological and pedagogical support, adaptation, modification.

Вступ. Україна стала на шлях оновлення системи освіти. Новітня її філософія спрямована на формування ключових та предметних компетентностей, утвердження загальнолюдських цінностей, забезпечення реалізації педагогіки партнерства. Розроблено низку нормативно-правових документів (Закони України «Про освіту», «Про повну загальну середню освіту», «Про вищу освіту», «Про фахову передвищу освіту» та ін.), що визначають сучасні підходи до трактування основних дефініцій, правові, організаційні аспекти функціонування вітчизняної системи освіти. Відтак, зазначено, що «з метою належної організації освітнього процесу у закладах загальної середньої освіти формуються класи та/або групи, у тому числі спеціальні, інклюзивні, з дистанційною, вечірньою формою здобуття освіти, з навчанням мовою корінного народу чи національної меншини України поряд із державною мовою» [10, Розділ III, ст.12]. Зміна усталеної парадигми призводить до пошуку оновлених підходів до освітнього процесу, навчання, виховання й розвитку здобувачів освіти, у тому числі з особливими освітніми потребами (далі – ООП).

Теоретичне підґрунтя дослідження. Проблема організації освітнього процесу за участю дітей з особливими освітніми потребами стала центром дослідження низки науковців. А. Колупаєва, О. Таранченко є авторами посібника [5], в якому окреслено новітні підходи до навчання таких учнів та стратегії успішного впровадження інклюзивної практики, розкрито ефективні технології навчання дітей в інклюзивному класі; методичні рекомендації щодо адаптації навчального середовища; методичні прийоми, що уможливають забезпечення навчальних потреб учнів в інклюзивних умовах закладу загальної середньої освіти; поради, що сприятимуть удосконаленню інклюзивної практики.

У монографії «Феноменологія аутизму» [12] систематизовано світовий досвід вивчення аутизму як у теоретичному, так і в експериментальному аспектах; подано змістовний виклад дієвих корекційних стратегій, які застосовують у роботі з такими дітьми; встановлено зв'язок між діагностичними висновками й корекційними програмами. І. Дмитрієва наголошує, що «для досягнення суспільно й індивідуально значущих результатів у цій галузі дуже важливими на сьогодні є питання залучення міцного кадрового потенціалу системи як спеціальної, так і загальної освіти,

та розробки моделей взаємодії між фахівцями загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів для ефективного використання такого потужного ресурсу, що сприятиме розвитку інклюзії в Україні» [3]. Мова йде про гуманістичне спрямування вітчизняної освіти. Поняття «гуманістична педагогічна взаємодія» знайшло своє відображення у дослідженні Е. Данілавічюте, С. Литовченко, А. Колупаєвої. Закцентовано увагу на інклюзії як одній «з найбільш гуманістичних ідей сьогодення, вона водночас є найскладнішою для вирішення проблемою, з якою стикаються системи освіти в усьому світі, оскільки передбачає залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл, а це, своєю чергою, вимагає від усіх учасників навчально-виховного процесу суттєвого перегляду традиційних поглядів щодо мети, функцій, організації роботи закладу нового типу» [2, с.34]. Фокус нашого дослідження спрямований на вивчення специфіки взаємодії фахівців команди педагогічного супроводу, в основі якої гуманістичні засади.

Студіювання наукових доробок учених, методистів, практичних працівників показало, що назріла потреба у подальшому дослідженні питання щодо роботи з дітьми з особливими освітніми потребами.

Метою дослідження стала проблема з'ясування ролі командної співпраці для досягненні цілей у навчанні, вихованні й розвитку дітей з ООП. Завдання дослідження: вивчити теоретичні аспекти проблеми, узагальнити педагогічне спостереження за діяльністю фахівців, визначити пріоритетні напрями подальшого удосконалення командної взаємодії. Результативністю такої діяльності вважаємо позитивну динаміку в когнітивному, мотиваційному, комунікативному, ціннісному показниках розвитку дитини з ООП.

Методи дослідження. Відповідно до мети та завдань дослідження нами були використані такі методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, спостереження, що дають змогу розкрити проблему підходу до навчання учнів із ООП; бібліографічний – з метою систематизації джерельної бази з досліджуваного питання.

Результати дослідження. У Законі України «Про освіту» [9, Розділ II, с.19, пп. 1, 2] зазначено загальні підходи держави до організації освіти: «органи державної влади та органи місцевого самоврядування створюють умови для забезпечення прав і можливостей осіб з особливими освітніми потребами для здобуття ними освіти на всіх рівнях освіти з урахуванням їхніх індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів. Держава забезпечує підготовку фахівців для роботи з особами з особливими освітніми потребами на всіх рівнях освіти». Виходячи з цього, активізовано

роботу за всіма напрямками з метою виконання вимог нормативно-законодавчої бази. Нами вивчалася проблема командної взаємодії на теоретичному та практичному рівнях.

Теоретичне дослідження дало змогу з'ясувати що:

1. Удосконалюються, приймаються Постанови, які регламентують діяльність роботи закладів освіти. Відтак, Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти» від 15 вересня 2021 р. №957 визначено чіткі орієнтири щодо командної взаємодії. «Для учнів, які потребують підтримки в освітньому процесі, керівник закладу освіти формує команду психолого-педагогічного супроводу та забезпечує її роботу в закладі освіти. Для учнів, у яких виникають труднощі під час навчання та які потребують додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі, за рішенням закладу освіти надається підтримка першого рівня. Рішення закладу освіти про надання підтримки першого рівня приймається на основі рішення команди, яка проводила оцінку та визначила потребу у наданні підтримки першого рівня, що відображається у протоколі її засідання або висновку інклюзивно-ресурсного центру. Команда проводить оцінку на основі відповідної письмової заяви одного з батьків (іншого законного представника) учня, що складається у довільній формі. Припинення надання підтримки першого рівня здійснюється за рішенням команди та/або письмовою заявою одного з батьків (іншого законного представника) учня» [8].

Відповідно до нормативно-законодавчої бази розробляються Методичні рекомендації щодо організації освітнього процесу. Відтак, у Методичних рекомендаціях щодо організації навчання осіб із особливими освітніми потребами у закладах загальної середньої освіти у 2021/2022 навчальному році окреслено зміст та сутність педагогічної діяльності. Освітній процес має розпочатися з визначення кожним педагогічним працівником прогалин у знаннях учнів з урахуванням вивченого навчального матеріалу. З огляду на виявлені труднощі, вчитель обирає доцільні форми і методи роботи з метою активізації, коригування та закріплення набутих знань, умінь і навичок. Відповідно скоригована корекційно-розвиткова робота забезпечить підвищення корекційної спрямованості освітнього процесу [6].

2. Уточнюється команда педагогічного супроводу в роботі з дітьми з ООП. Увага акцентується на важливості уведення посад помічника вихователя, асистента учителя.

3. Упроваджуються провідні ідеї Концепції Нової української школи, Державні освітні стандарти, адаптуються та модифікуються навчальні програми для здійснення освітньої діяльності дітей з ООП. Адаптовані програми не передбачають зміни змісту навчання, а модифіковані спрямовані на оновлення навчальних планів і програм відповідно до очікуваного від них результату.

4. Добираються, розробляються, апробуються інноваційні методи навчання. Поширені у практиці роботи у групах, класах із інклюзивним навчанням такі методи, як: традиційні (словесні, наочні, практичні), інноваційні (інтерактивні, арт-терапія, методика М. Монтесорі та ін.).

5. Залучаються до роботи з дітьми не тільки педагоги, медичні працівники, психологи, логопеди, а й батьки. Відтак, у посібнику [4] розкрито проблему щодо налагодження партнерських стосунків з родинами. Зазначено, що для педагогів практика, орієнтована на сім'ю, означає: визначення цілей і шляхів їх досягнення, погоджених із родинами. Це підвищує вірогідність отримання бажаних результатів, впевненість і компетентність, здатність батьків і родичів ухвалювати рішення стосовно їхньої дитини та всієї родини упродовж усього життя. Педагоги мають бути підготовлені до роботи з членами родини. Водночас, і батьки мають бути готовими до співпраці зі школою. Доведено: батьки беруть участь в освіті своїх дітей, коли переконані, що можуть бути залученими до цієї важливої роботи; коли відчувають, що можуть бути корисними для своєї дитини; коли усвідомлюють, що школа спонукає їх до залучення. Саме ці фактори найважливіші в усвідомленні батьками своєї ролі та власної ефективності. Так, наприклад, ступінь задоволення батьків включенням їхніх дітей у загальноосвітній простір безпосередньо пов'язаний із розумінням школою особливостей порушень розвитку дітей та їхніх потреб, а також із мірою здійснення пристосувань середовища, з готовністю школи працювати з батьками.

6. Створюється безперечне освітнє середовище та осередки класної кімнати з метою комфортного навчання і виховання дітей з ООП.

Практичний аспект дослідження був спрямований на спостереження за командною роботою з дітьми з ООП. Проведено бесіду щодо ефективності командної взаємодії у навчанні дітей у закладі загальної середньої освіти, де здійснювалася професійна діяльність автором. Респондентами стало 11 осіб (заступник директора школи, 3 вчителів, 3 асистентів учителя, логопед, психолог, 2 батьків). Запропоновано питання: Чи є ефективним командний підхід у роботі з дітьми? Які проблеми, на Ваш погляд, мають місце у

процесі проведення занять, уроків? На перше питання відповідь була позитивною – 100% вважають, що командний підхід є вкрай важливим і ефективним. Відповідь на друге питання показала, що у закладах освіти створені умови для навчання та виховання дітей з ООП, проте 42% опитаних акцентують увагу на необхідності розробки методичних рекомендацій щодо проведення уроків у інклюзивних класах, а, надто, – засобів навчання, візуалізованих із компетентнісними завданнями.

Особливістю освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами є його корекційна спрямованість. Мультидисциплінарний підхід у роботі команди психолого-педагогічного супроводу передбачає тісну взаємодію фахівців різних галузей. Спостереження за навчальною діяльністю учнів з ООП та практика роботи на посаді асистента вчителя дали можливість вказати окремі види взаємодії всередині команди супроводу:

1. *Соціально-побутова* – це співпраця з батьками, яка забезпечує комплексний підхід до подолання проблем, що виникають у процесі навчання. Слід знати умови проживання сім'ї, коло їх інтересів, зайнятість чи незайнятість у виробничій сфері. З метою з'ясування комфорту проживання в родині варто запропонувати дитині завдання «Улюблені кольори навколо мене». Як показує практика, у одних малюнках переважають червоні, у інших – сірі, сині й навіть чорні кольори. Членам команди взаємодії упродовж певного періоду рекомендуємо для уточнення й узагальнення результатів провести тест за методикою «Кінетичний малюнок сім'ї» (КМС) [11, с.501-508].

Тест КМС допомагає виявити ставлення дитини до членів своєї родини, сімейні взаємини, які викликають тривогу або конфлікти, виявляє, як дитина сприймає взаємини з іншими членами сім'ї і своє місце у ній.

Інструкція. Будь ласка, намалюйте свою сім'ю так, щоб її члени були чимось зайняті.

Процедура дослідження. Тест складається з двох частин: малювання родини й бесіда після малювання. На всі уточнювальні запитання слід відповідати без будь-яких вказівок, наприклад: «Можеш малювати, як хочеш». Під час малювання слід записувати всі спонтанні висловлювання дитини, відмічати її міміку, жести, а також фіксувати послідовність малювання. Після виконання завдання для отримання максимуму інформації вербальним шляхом проводиться бесіда.

Зазвичай дитині ставлять запитання:

1. Скажи, хто тут намальований?
2. Де вони знаходяться?
3. Що вони роблять, чим зайняті? Хто це придумав?

4. Їм весело чи нудно? Чому?
5. Хто з намальованих людей найщасливіший? Чому?
6. Хто з намальованих людей найнещасніший? Чому?

Під час бесіди з'ясовується сенс намальованого дитиною, тобто ставлення до окремих членів сім'ї, чому дитина не намалювала когось із членів родини (якщо так сталося), що означають для дитини окремі деталі малюнка. Слід уникати прямих запитань, наполягаючи на відповіді, оскільки це може індукувати тривогу, захисні реакції. Доцільніше ставити продуктивні запитання, наприклад: «Якщо замість пташки була б намальована дитина, то хто б це був?»

Під час інтерпретації КМС увагу звертають на такі аспекти:

- 1) аналіз структури малюнка (порівняння складу реальної та намальованої сім'ї, розміщення і взаємодія її членів на малюнку);
- 2) аналіз особливостей зображення окремих членів родини (відмінності в стилі малювання, кількість деталей, схема тіл окремих членів сім'ї);
- 3) аналіз процесу малювання (послідовність малюнка, коментарі, паузи, емоційні реакції під час малювання).

Головну роль у цьому процесі має відіграти такт педагогів, їх повага до дитини та батьків. Як результат, це дасть можливість дізнатися про умови проживання у сім'ї, коло їх інтересів. Співпраця з батьками передбачає, що педагог має ставитись до них, як до рівноправних партнерів у вихованні дитини; долається відстань між ними, усувається недовіра з метою отримання підтримки, виконання порад.

Нами пропонуються кілька форм взаємодії з батьками.

1. Запрошення батьків до школи. Заздалегідь до початку навчального року батьки, вчителі, асистенти здійснюють екскурсію у закладі освіти (клас, бібліотека, їдальня, спортивна зала, вбиральні тощо). У класній кімнаті знайомляться з осередками, пропонують поповнити їх улюбленою книжкою, іграми. Дитині дають можливість оглянути місце для навчання, користуватися крейдою, намалювавши лінії чи кружечки. Завдання шкільного колективу – забезпечити мотиваційну сторону навчальної діяльності, переваги у колективній співпраці з однолітками. Окрім того, слід залучати батьків безпосередньою участю у дитячих ранках, новорічних святах та ін.

2. День відкритих дверей. Ця форма роботи передбачає проведення просвітницьких семінарів щодо виховання дітей з ООП у сім'ї, психологічних тренінгів, презентацій дитячих робіт. Це сприяє покращенню адаптації команди супроводу дитини, створенню позитивного емоційного фону, встановленню довіри та співпраці один з одним.

3. Класні батьківські збори. Вони повинні стати центром у взаємодії команди супроводу. З'ясовуються проблеми дитини у навчанні, вихованні та розвиткові й пропонуються батькам окремі завдання для покращення результатів освітньої діяльності, аналізується виконання індивідуальної програми розвитку. Звертають увагу батьків на позитивних, збережених якостях їхньої дитини, перспективних можливостях її розвитку. Це допомагає підтримати віру батьків у розвиток дитини, заохочує їх організовувати навчальну діяльність. Збори сприяють формуванню громадської думки у батьків, об'єднанню їх в єдиний шкільний колектив, дають можливість з'ясувати думку дитини, її відношення до навколишнього шкільного світу через довірливу розмову в сім'ї.

4. Індивідуальні зустрічі з батьками. Це форма роботи, що передбачення зворотній зв'язок у суб'єкт-суб'єктних відносинах членів команди. Сьогодні рекомендовано [7, с.138] перелік питань для батьків:

Що Ви хотіли б, аби Ваша дитина отримала з цього річного шкільного досвіду?

Що Ви могли б робити разом із вашою дитиною?

Чи були у житті Вашої дитини якісь особливі події, про які Ви б хотіли нас поінформувати?

Чим Ви найбільше пишаєтеся у Вашій дитині?

Які у Вашої дитини улюблені ігри й заняття?

Що робить Ваша дитина, коли вона засмучена?

Як найкраще її заспокоїти?

Що ще Ви хотіли б розповісти про Вашу дитину?

Яким чином Ви хотіли б бути залучені до життя класу цього року?

Портфоліо вчителя повинно містити не тільки перелік питань, а й рекомендації батькам для покращення комфорту дитини в освітньому процесі школи та виконанні індивідуальних завдань вдома.

2. *Професійно-орієнтована*, що передбачає взаємодію педагогів зі спеціалістами. У створенні індивідуальної програми розвитку ключовою є думка інклюзивно-ресурсного центру щодо «входження» дитини в освітній процес. Відповідно до Листа МОН України [6] за результатами проведеної фахівцями ІРЦ комплексної оцінки визначаються:

наявність чи відсутність у дитини особливих освітніх потреб та у разі їх наявності вказується категорія(ї) (тип(и)) особливих освітніх потреб (труднощів);

напрями, рівень та обсяг підтримки особи з ООП в освітньому процесі, у тому числі обсяг психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, які надаються особам з ООП в закладах освіти;

рекомендації щодо складання, виконання, коригування індивідуальної програми розвитку в частині надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, змісту, форм та методів навчання відповідно до потенційних можливостей дитини, створення належних умов для навчання залежно від порушення розвитку дітей з ООП (доступність приміщень, особливості облаштування робочого місця, використання технічних засобів);

визначається термін повторної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи тощо.

Єдність діагностики й корекції полягає у тому, що спеціалісти закладу освіти мають продовжити вивчення дитини, розпочате в ІРЦ, визначити методи, форми, засоби навчання, що забезпечать виконання індивідуальної програми розвитку дитини. Фахівці можуть багато в чому допомогти педагогам у консультативному порядку, роз'яснюючи причини поведінки дитини з психофізичними порушеннями, механізми впливу для встановлення контакту з дитиною. Відбувається спільний пошук найближчої зони розвитку в тій чи іншій пізнавальній сфері.

Дефектологи, сімейні лікарі, психологи, соціальні працівники спрямовують педагогічний колектив для надання якісних корекційно-розвиткових послуг. Формулювання терміну подано Законом України «Про освіту»: «корекційно-розвиткові послуги (допомога) – комплексна система заходів супроводження особи з особливими освітніми потребами у процесі навчання, спрямованих на корекцію порушень шляхом розвитку особистості, її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та мовлення» [9]. Корекційно-розвиткова робота є підґрунтям організації освітнього процесу в інклюзивному класі, забезпечує оволодіння ключовими та предметними компетентностями, визначеними Державним стандартами початкової освіти, Державним стандартом базової середньої освіти.

Важливим є саме спільне обговорення, обмін ідеями щодо особливостей навчання конкретних учнів. Результати досягаються за рахунок поєднання знань педагога щодо обсягу навчального матеріалу, відповідно до програми, загальних підходів роботи з класом та фахівців спеціальної освіти, які можуть запропонувати спеціальні методики, адаптацію викладання відповідно до певного порушення розвитку в конкретної дитини, наприклад, при порушенні слуху, зору тощо.

Відмітимо, що проблемою для учнів-першокласників із особливими освітніми потребами є адаптація дитини до навчального середовища. Роль психолога та учасників освітнього процесу стає визначальною. Під час вивчення психічного розвитку дитини практичний психолог виявляє

чинники, що ускладнюють її адаптаційний період та пізнавальний розвиток, і, опираючись на сильні сторони, розробляє рекомендації для корекційно-розвиткової роботи.

До сфери професійних обов'язків соціального педагога входить робота з налагодження контакту та спілкування між учнями й школою, між учнями та батьками, між учнями й фахівцями. Він проводить безпосередню роботу з дітьми, що мають проблеми з соціалізацією, опираючись на взаємодію з психологом, заступником директора з виховної роботи та класним керівником. Визначальними напрямками діяльності соціального педагога є створення у закладі освіти сприятливих умов соціалізації дитини, її саморозвитку; досягнення єдності у розв'язанні соціально-педагогічних завдань; сприяння контакту та взаємодії з усіма учнями у класі.

3. Педагогічна взаємодія «вчитель-асистент учителя». Вчитель і асистент учителя дотримуються корекційної складової в освітньому процесі, що проявляється у дотриманні правил та технологій роботи з учнями із ООП. Вчитель розробляє, трансформує завдання з підручника, а також обирає шлях оцінювання виконання завдань, асистент вчителя вже безпосередньо реалізує в процесі уроку розроблені й адаптовані заходи. Визначення спільних підходів у колективній та індивідуальній роботі з учнем є важливою організаційною умовою досягнення позитивних результатів. Вчитель і асистент разом працюють над плануванням навчальних занять, обговорюють необхідні адаптації/модифікації згідно індивідуальних програм розвитку.

Дотримуємося Порадника Н. Бібік щодо використання спільних форм сумісного викладання, задля реалізації Концепції «Нова українська школа»:

Один викладає, інший допомагає. Цей підхід також відомий як «основний і допоміжний вчитель», застосовується досить часто, оскільки є відносно простим і не потребує багато часу для спільного планування. Ця форма викладання передбачає, що основний учитель визначає навчальний зміст, методи навчання, навчальні види діяльності для усіх учнів, у тому числі й учнів з особливими освітніми потребами. Допоміжний вчитель (асистент вчителя) надає підтримку окремим учням, проводить навчальні заняття з малими групами тощо.

Паралельне викладання. Ця форма спільного викладання передбачає сумісну відповідальність за процеси планування й викладання, що проводяться обома вчителями паралельно з половиною класу – навчальний зміст залишається одним, хоча методи викладання можуть бути різними.

Диференційоване викладання. При цьому підході більшість учнів працює у складі великої групи, а окремі учні працюють у малих групах (для отримання індивідуальної підтримки).

Викладання в команді. У процесі командної роботи обидва вчителі спільно планують навчальний час, визначають зміст, організацію уроків, стратегії навчання та управління класом. Основний учитель й асистент вчителя одночасно проводять навчання з усім класом – у той час, як один вчитель пояснює або представляє навчальний матеріал, інший може демонструвати слайди чи інші навчальні матеріали [7, с.157-158].

Нами досліджено функції асистента вчителя, так як означена посада у шкільній практиці є новою.

Організаційна: допомагає при організації навчально-виховного процесу у класі з інклюзивним навчанням; надає допомогу учням з особливими освітніми потребами при організації робочого місця; спостерігає за дитиною з метою вивчення її індивідуальних особливостей, схильностей, інтересів і потреб; допомагає концентрувати увагу, сприяє формуванню саморегуляції та самоконтролю учня; співпрацює з фахівцями, які безпосередньо працюють з дитиною з особливими освітніми потребами та беруть участь у розробці індивідуальної програми розвитку. Асистент учителя забезпечує разом з іншими працівниками здорові та безпечні умови навчання, виховання та праці. Веде встановлену педагогічну документацію.

Навчально-розвивальна: асистент вчителя, співпрацюючи з учителем класу, надає освітні послуги, спрямовані на задоволення освітніх потреб учнів; здійснює соціально-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами, дбає про професійне самовизначення та соціальну адаптацію учнів. Сприяє розвитку дітей з особливими освітніми потребами, покращенню їхнього психоемоційного стану. Стимулює розвиток соціальної активності дітей, сприяє виявленню та розкриттю їхніх здібностей, талантів, обдарувань шляхом їх участі в науковій, технічній, художній творчості. Створює навчально-виховні ситуації, обстановку оптимізму та впевненості у своїх силах і майбутньому.

Діагностична: разом із групою фахівців, які розробляють індивідуальну програму розвитку дітей з особливими освітніми потребами, оцінює навчальні досягнення учнів; оцінює виконання індивідуальної програми розвитку, вивчає та аналізує динаміку розвитку учня.

Прогностична: на основі вивчення актуального та потенційного розвитку дитини бере участь у розробці індивідуальної програми розвитку.

Консультативна: постійно спілкується з батьками, надаючи їм необхідну консультативну допомогу; інформує вчителя класу та батьків про

досягнення учня. Дотримується педагогічної етики, поважає гідність особистості дитини, захищає її від будь-яких форм фізичного або психічного насильства. Постійно підвищує свій професійний рівень, педагогічну майстерність, загальну культуру [1, с.42-43].

Не залишаємо поза увагою особливості командної взаємодії у роботі з дитиною з ООП у процесі дистанційного навчання. Перехід до такої форми навчання не сприяє повній взаємодії із вчителем, можливостей для спілкування, обговорення, контролю діяльності учнів порівняно із класно-урочною формою. Для ефективної співпраці всіх учасників дистанційного навчання необхідно розробити певні правила поведінки під час онлайн-уроків. Слід пам'ятати що кожна дитина з ООП потребує часу для адаптації – хтось адаптується одразу, а інші не можуть цілий урок висидіти перед монітором, потребують додаткових перерв, можуть ходити по кімнаті, відволікатися на сторонні речі, навіть вимикати зв'язок.

Слід дотримуватись загального підходу до роботи з учнівським колективом, не виокремлюючи дитину з освітніми потребами. Ця робота потребує додержання організаційно-педагогічних умов:

1. Доступ до комунікації (Інтернет платформи ZOOM, Google Meet).
2. Спільна праця учня з асистентом вчителя, організація навчання.
3. Посилення індивідуалізації навчання, в якому роль батьків та асистента вчителя є визначальною.
4. Диференціація завдань, відповідність їх змісту темі.
5. Залучення всіх членів команди психолого-педагогічного супроводу дитини з ООП, які реалізують індивідуальну програму розвитку учня.

Необхідно визначити труднощі, з якими стикається дитина під час дистанційного навчання, чого вона не може зробити, а також окреслити сильні сторони. Наприклад, є учень, який не може висловити думку письмово чи усно, але з легкістю виконує тестові завдання.

Часто трапляється, що дитина залишається без нагляду або контролю батьків, тоді учень може взагалі не виконувати ніяких навчальних завдань.

У процесі практичної діяльності нами проводилася робота з батьками учнів з ООП, щоб дізнатися думку про те, чи вдалось засвоїти пройдений матеріал, як діти переносять розрив вже налагодженого контакту з їх однокласниками; велось обговорення проблем, що виникали вдома у виконанні домашнього чи індивідуального завдання. У проведенні бесід, індивідуальної роботи з учнем провідна роль належить сім'ї, яка налаштовує засіб навчання до співпраці.

В умовах дистанційного навчання командна взаємодія (практичні психологи, вчителі-дефектологи, логопеди, вчителі лікувальної фізкультури)

спрямована на подальшу реалізацію корекційної складової інклюзивного навчання. Особливістю проведення корекційної роботи практичного психолога одного із закладів освіти з учнями з ООП стали онлайн-заняття та зустрічі з дітьми, що проходили у формі «годин психолога». До більшості занять батьки отримували попередні прохання, наприклад, підготувати матеріали для роботи, намалювати тематичний малюнок разом з дітками, дати відповіді на питання, переглянувши запропонований мультфільм, прочитати казку тощо. Наприклад: онлайн-заняття з учнями на тему «Будь слухняним. Чого навчає казка» були проведені на основі перегляду та обговорення анімаційного твору «Котик і півник». Обговорювались якості головних героїв казки, виконувались вправи на розвиток пам'яті, уваги, мислення. З допомогою батьків учні брали участь у вправах «Казка з хорошим завершенням» та «Гарне побажання».

Таким чином, нами вивчено теоретичні аспекти проблеми, узагальнено педагогічне спостереження за діяльністю фахівців, визначено пріоритетні напрями подальшого удосконалення командної взаємодії.

Список використаної літератури:

1. Асистент учителя в інклюзивному класі: навчально-методичний посібник / Н. М. Дятленко, Н. З. Софій., О. В. Мартинчук, Ю. М. Найда, під заг. ред. М. Ф. Войцехівського. К.: ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2015. 172 с.
2. Данілавічюте Е. А., Литовченко С. В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник / За ред. А. А. Колупаєвої. К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. 360 с.
3. Дмитрієва І. В. Командна взаємодія фахівців у процесі індивідуального супроводу дитини в умовах інклюзивного навчання. Актуальні питання корекційної освіти, (7), 2016. URL: <http://aqce.com.ua/vypusk-7-t-1-t-2/dmitrijeva-iv-komandna-vzajemodija-fahivciv-u-procesi-individualnogo-suprovodu-ditini-v-umovah-inkluzivnogo-navchannja.html>
4. Єфімова С. М. Налагодження партнерських стосунків з родинами / Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник/Кол.:авторів: Колупаєва А. А., Найда Ю. М., Софій Н. З. та ін. За заг. ред. Даниленко Л. І., К.:2007. 128 с.
5. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва, О. М. Таранченко. Харків: Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.
6. Методичні рекомендації щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами. Лист МОН від 30 серпня 2021 р. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/shodo-organizaciyi-navchannya-osib-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-u-zakladah-zagalnoyi-serednoyi-osviti-u-20212022-navchalnomu-rosi>
7. Нова українська школа: порадник для вчителя / Під заг. ред. Бібік Н. М. К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.
8. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 вересня 2021 р. № 957. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-poryadku-organi-a957>
9. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2017. № 38–39. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
10. Про повну загальну середню освіту. Закон України від 16.01.2020 №463-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>

11. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник [Текст]
Уклад. М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. Вид. 2-ге, виправл., Ужгород:
Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.

12. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: Монографія. К.:
Видавництво «Фенікс», 2010. 320 с.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
РОБОТА З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ
ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОГО ЦЕНТРУ
МАРГОЛИЧ Марина Степанівна

**WORK WITH PARENTS OF CHILDREN WITH SPECIAL
EDUCATIONAL NEEDS IN COMDITION OF THE INCLUSIVE
RESOURCE CENTER
MARHOLYCH Maryna**

Scientific adviser: candidate of pedagogical Sciences Gaiash Oksana V.

Науковий керівник: кандидат педагогічних наук Гаяш Оксана

Володимирівна

ABSTRACT.

Introduction. One of the most pressing problems of the 21st century is the growing number of children with SEN. At the present stage of development of education in Ukraine, a new approach to the implementation of the system of special and general education is widely developed, due to the change in attitudes towards children with SEN. To this end, inclusive groups in preschool institutions and inclusive classes in general secondary education institutions are organized and function, as well as inclusive resource centers (IRC).

Methods. Methods of analysis, generalization, synthesis, systematization of scientific data; study and analysis of psychological and pedagogical literature.

Results: The issues of joint work of specialists of the inclusive resource center and parents of children with special educational needs were identified; the principles and stages of joint work of specialists of the inclusive resource center with parents of children are considered; conditions, research methods, tasks and techniques at each stage of cooperation with parents; ways and forms of cooperation of teachers with parents; steps to involve parents in joint work. It is noted that the importance of cooperation of specialists of the inclusive resource center with parents in the process of correction of children's development is difficult to overestimate, because thanks to them this process of harmonious development of the child is much faster and more efficient.

Conclusions: The results of the study indicate that the partnership with the family is especially important for successful correctional work in an inclusive resource center. It is noted that the importance of cooperation of specialists of the inclusive resource center with parents in the process of correction of children's

development is difficult to overestimate, because due to this the process of harmonious development of the child will be much faster and more efficient.

Keywords: joint work, children with special educational needs, parents of children with special educational needs, specialists, inclusive resource center

Вступ. Співпраця фахівців та батьків дітей з особливими освітніми потребами (ООП) в межах інклюзивно-ресурсного центру та поза ним на сучасному етапі розвитку інклюзивної освіти є об'єктом ряду наукових досліджень.

Питанню успішної реалізації співпраці з батьками та формування ефективних способів взаємодії закладів освіти з сім'ями дітей з ООП, які навчаються у закладах спеціальної освіти, а також у межах інтегрованого та інклюзивного освітнього простору, присвятили свої праці: В. Бондар, Л. Вавіна, Т. Дегтяренко, Дж. Демплер, Т. Ілляшенко, В.Єрмаков, В. Засенко, А. Колупаєва, Т. Лорман, І. Луценко, С. Миронова, А. Обухівська, В.Феокистова, С. Хорош, Л. Шипіцина, та інші дослідники.

Аналізуючи праці таких авторів, як І. Бех, А. Захарова, Д. Ісаєв, Д. Петровська, Т.Пироженко, можна виділити, що вирішальним фактором, який впливає на формування та розвиток особистості, поведінку дітей з ООП є тісна співпраця між родиною і педагогами.

Одночасно з цим аналіз психолого-педагогічної та дидактичної літератури свідчить про недостатню розробленість питання спільної роботи фахівців та батьків дітей з ООП, що зумовлює актуальність цього дослідження.

Однією із найактуальніших проблем ХХІ століття є зростання кількості дітей з ООП. На сучасному етапі розвитку освіти в Україні широко розвивається новий підхід до реалізації системи спеціальної та загальної освіти, що обумовлено зміною ставлення до дітей з ООП. З цією метою організовуються та функціонують інклюзивні групи в закладах дошкільної освіти та інклюзивні класи в закладах загальної середньої освіти, а також створені інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ).

Успіх адаптації дітей з ООП в інклюзивне освітнє середовище залежить також від готовності батьків до співпраці з педагогами та реального сприйняття можливостей і потреб своєї дитини.

Проблема співпраці сім'ї та фахівців (ІРЦ) займає важливе місце у сучасній освітній системі.

Важливість вивчення співпраці педагогів з батьками дітей з ООП в умовах ІРЦ полягає у тому, що переважна більшість джерел вивчають процес взаємодії батьків з педагогами в умовах загальної і спеціальної

освіти, без урахування умов інклюзії та особливостей порушень розвитку дитини.

Мета дослідження: на основі аналізу психолого-педагогічної літератури вивчити та описати зміст, завдання і форми співпраці фахівців ІРЦ з батьками дітей з ООП з урахуванням специфіки актуальних життєвих обставин.

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

Завдання дослідження: проаналізувати психолого-педагогічну літературу з проблеми спільної роботи фахівців ІРЦ з батьками дітей з ООП.

Результати. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 545, ІРЦ є установою, що утворюється з метою забезпечення права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, в тому числі у закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу.

Серед завдань роботи інклюзивно-ресурсного центру є:

- консультування батьків або законних представників дітей з особливими освітніми потребами стосовно мережі закладів дошкільної, загальної середньої, професійної (професійно-технічної) освіти, інших закладів освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, та зарахування до цих закладів;
- співпраця із батьками у команді психолого-педагогічного супроводу дитини;
- надання консультативної та психологічної допомоги, проведення бесід з батьками (законними представниками) дітей з особливими освітніми потребами у формуванні позитивної мотивації щодо розвитку таких дітей [9].

Як зазначає С. Єфімова, одне з найважливіших завдань фахівців інклюзивно-ресурсного центру – це допомога батькам повірити в себе, у свої власні сили для подолання проблем. Педагоги повинні здійснювати індивідуальний підхід до кожної сім'ї, оскільки кожна сім'я має свої потреби, можливості та пріоритети [5].

С. Бернацька зауважує, що для успішної реалізації права на освіту дітей з особливими потребами надзвичайно важлива ефективна співпраця

ІРЦ та родин дітей з порушеннями в розвитку. Фахівці ІРЦ є фасилітатором у налагодженні стосунків між спеціалістами, педагогами та батьками. Існує три фактори, які допомагають інклюзивно-ресурсному центру залучати батьків до активної участі в ухваленні всіх рішень, що стосуються дитини:

- сприятлива психологічна атмосфера педагогічного колективу центру;
- постійне двостороннє спілкування між родиною дітей та установою;
- сприйняття батьків як колег [1].

Кизимович О. стверджує, що в умовах ІРЦ проводиться комплексна оцінка розвитку дитини та корекційно-розвиткова допомога дітям; спеціалісти здійснюють просвітницьку роботу з батьками та психолого-педагогічний супровід сімей. Досвід роботи показує, що консультивати необхідно обох батьків. Перші бесіди треба проводити спільно, потім працювати з кожним із батьків окремо. Слова підтримки потрібні всім, але мама і тато по-різному бачать проблему, по-різному знаходять вихід зі сформованої ситуації [6, с. 107].

Виходячи з цього, К. Островська стверджує, що однією з важливих умов успішної співпраці із батьками в умовах інклюзивно-ресурсного центру є їх вивчення. Під час консультивання фахівцям необхідно враховувати рівень освіченості, інформованості батьків, їх індивідуальні, психологічні особливості та знати інформацію про:

- склад сім'ї;
- соціальний статус сім'ї;
- освітній та культурний рівень батьків;
- умови виховання дитини у сім'ї;
- стосунки батьків з педагогами закладу освіти та батьками інших дітей (якщо дитина навчається);
- педагогічну компетентність батьків у вихованні дитини з особливими потребами.

Вчена зазначає, що відповідно до цього визначаються такі методи дослідження сім'ї:

Аналіз відповідної документації – вивчення медичних карток дітей, особових справ, характеристик, висновки психолога, олігофренопедагога тощо, продуктивних видів роботи дитини (зошитів, альбомів). Аналіз такої інформації дає змогу зробити висновок про склад сім'ї, ступінь розвитку дитини, умови життя родини.

Спостереження за стосунками між дітьми та батьками, реакцією батьків на одержані від фахівців поради, успіхи та невдачі дитини під час психолого-педагогічного вивчення чи проведення заняття.

Бесіда з дитиною (якщо дитина розмовляє та веде діалог) – запитання спрямовуються на з'ясування ставлення батьків до виконання з дитиною завдань, що дають фахівці, психологічної атмосфери у сім'ї.

Анкетування батьків - використовуються різні за змістом і характером анкети, які дають змогу одержати найбільш повні відомості про дитину, про сім'ю в цілому, інтереси та труднощі дитини. Результати анкетування дають змогу фахівцям спланувати роботу з батьками з урахуванням особливостей сімейних стосунків.

Співпраця фахівців між собою, що має на меті вироблення оптимального змісту та форм співпраці спеціалістів з батьками дітей в умовах комплексної корекційної роботи [8].

Спільна робота фахівців з батьками дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивно-ресурсного центру ґрунтується на таких принципах:

1. Особистісно-орієнтований підхід до дітей, до батьків. При такому підході в центрі уваги знаходиться врахування особистісних особливостей дитини, сім'ї; забезпечення комфортних, безпечних умов. Важливо, щоб сім'я дитини відчула увагу з боку педагогічних працівників, зацікавленість учителів у розвитку дитини, їхню готовність допомогти батькам у вихованні і розвитку дитини.

2. Гуманно-особистісний. Цей принцип являє собою різнобічну повагу і любов до дитини, до кожного члена сім'ї, віра в кожного з них. Найпершим кроком до співпраці сім'ї з будь-яким закладом освіти є сприяння соціальному та освітньому середовищу. Тут батьки відчують себе важливими, поважними, довіреними, почутими і необхідними. Готовність батьків прислухатися до слів учителя, прагнення виконати його рекомендації пов'язані не стільки з тим, що говорить вчитель, але як він це говорить.

3. Принцип комплексності. Базується на тому, що психолого-педагогічний супровід дитини в інклюзивно-ресурсному центрі та і поза його межами можна розглядати тільки в комплексі, у тісному контакті вчителя з психологом чи спеціальним психологом, олігофренопедагогом, логопедом, реабілітологом та батьками [3, с.4].

Сім'я є надійним фундаментом для побудови співпраці між батьками та педагогами. Взаємодія батьків дітей з ООП та фахівців (психолог, дефектолог, реабілітолог, логопед) базується на рівності всіх, хто залучені

до процесу навчання, виховання та корекції дитини з особливими освітніми потребами. Також взаємодія всіх учасників ґрунтується на досягненні єдиної мети, яка полягає у гармонійному розвитку дитини з особливими потребами. Вся діяльність та усі рішення педагогічних працівників та батьків мають бути спільними та включати в собі обмін інформацією про стан здоров'я, розвиток, інтереси дитини. Таким чином, О. Терещенко, орієнтуючись на інтереси сім'ї, радить педагогам керуватися такими принципами:

- Визнання того, що сім'я є стабільним елементом в житті дитини, а педагоги протягом всього часу можуть змінюватися.
- Ефективне співробітництво педагогів з батьками та іншими фахівцями.
- Регулярне обмінювання фахівців з сім'ями повною інформацією стосовно розвитку їхніх дітей.
- Запровадження в навчальному закладі системи послуг, які забезпечують сім'ям необхідну емоційну підтримку.
- Розуміння й урахування індивідуальних особливостей та інтересів дітей під час розробки навчально-корекційних програм і т. п.
- Створення умов для взаємної підтримки батьків.
- Розуміння унікальності кожної сім'ї, повага до різних методів навчання та виховання дітей, що застосовуються батьками.
- Турбота про те, щоб послуги, які надаються певним родинам, були комплексними, добре скоординованими, гнучкими, доступними та відповідали потребам кожної родини [13].

Сучасна психолого-педагогічна література стверджує, що спільна робота фахівців з батьками проходить декілька етапів. На кожному етапі реалізуються конкретизовані завдання і використовуються відповідні прийоми.

Завдання першого етапу – налагодити довірливі, відверті стосунки з батьками, особливо з тими, хто заперечує можливість і необхідність співпраці. На цьому етапі варто використовувати бесіду. Під час нетривалої первинної бесіди ні в якому разі не можна використовувати пряму або непряму критику дій батьків, висловлювати сумніви у їх педагогічній компетентності. Це доречно використовувати лише в тактовній формі після аналізу сукупності відомостей про дитину, зокрема результатів її обстеження. Адже на перших зустрічах будь-який натяк на несхвалення дій батьків може спровокувати у них сильні захисні реакції, що закриває шлях для відвертого обговорення всіх проблем, які є у дитини.

Другий етап проводиться на основі підсумків всебічного обстеження дитини і передбачає досягнення кількох цілей:

- детальний аналіз загального стану психічного розвитку і особистісних особливостей дитини, а також характеру, ступеня і причин виявлених труднощів, обережно обговорюються перспективи розвитку і навчання учня, а увага батьків зосереджується на їх можливостях надання допомоги дитині;

- роз'яснення чітких шляхів допомоги з урахуванням особливостей розвитку дитини, висвітлення важливості участі батьків у системі психолого-педагогічної підтримки;

- обговорення проблем батьків, їхнього ставлення до труднощів, наявних у поведінці, спілкуванні або навчанні дітей;

- планування подальших зустрічей для моніторингу динаміки просування дитини в умовах дії різнопланових чинників. Установлені висновки про потребу дитини в підтримці в тому або іншому виді психічної діяльності слід здійснювати на основі конкретних фактів, що яскраво відображають особливості порушень розвитку. Окрім того, батьків готують до консультацій профільних фахівців і/або до подальшої корегувальної роботи з дитиною.

На третьому етапі змінюються завдання супроводу, які включають формування у батьків педагогічної компетентності через розширення меж їх психолого-педагогічних знань і уявлень; залучення до конкретних корегувальних заходів з їхньою дитиною як активних учасників цього процесу. Найефективнішими формами дії на цьому етапі є:

- спільне обговорення з батьками плану і результатів корегувальної роботи;

- аналіз причин мінімальної позитивної зміни в розвитку окремих сторін психічної діяльності та спільне вироблення рекомендацій, що стосується подолання негативних тенденцій у розвитку особистості;

- індивідуальні практикуми з навчання батьків спільними формам діяльності з їхніми дітьми, що мають корекційну спрямованість. Рекомендується використовувати різні види продуктивної діяльності, артикуляційна гімнастика, психогімнастика, елементи арт-педагогіки, а також й інші ігри, завдання, що розвивають психічні функції [11, с. 38].

Загалом існують різні рівні взаємодії між батьками та спеціалістами. Згідно з інформацією, яка опублікована на сайті Небраського інституту (Омаха, США), розрізняють чотири рівні:

1. Рівень спільної діяльності (формальні бесіди про роботу та послуги, що надаються дитині).

2. Рівень кооперативної роботи (бесіди про наявні проблеми, надання застережень).

3. Рівень координаційної роботи (бесіди про конкретні проблеми дитини з особливими освітніми потребами, готовність надавати нові ідеї та пропозиції, розподілення на виконання певних ролей у процесі виховання дитини).

4. Рівень співпраці (партнерство, відкритість до втілення нових ідей щодо розвитку дитини, надання певної допомоги, наявність довіри та поваги між батьками та спеціалістами).

Батьки та фахівці мають різні рівні співпраці, адже вони по-різному взаємодіють та неоднаково довіряють один одному. Чим більше часу відводиться на таку взаємну працю, тим кращі результати. Для гармонійної взаємодії потрібні наступні умови:

1. Стати друзями, краще познайомитися з тими людьми, з якими будете працювати, домовитися про подальші зустрічі.

2. Обговорювати разом усі проблеми, які виникають у процесі розвитку дитини з особливими освітніми потребами, ділитися новими ідеями та пропозиціями, досвідом та добутими знаннями щодо виховання такої дитини.

3. Визначити спільні інтереси та бажання, розподілити ролі та обов'язки у процесі роботи з дитиною. Завдання фахівців полягає у підтримці та зміцненні компетентності батьків. Стосунки базуються на взаємній довірі, повазі та готовності до ведення діалогу [2].

Проаналізувавши організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів, варто сказати, що успішна співпраця фахівців інклюзивно-ресурсного центру та батьків дітей з ООП реалізується наступними шляхами:

- Налагодження ефективних відносин. Запорукою хороших стосунків між фахівцями інклюзивно-ресурсного центру і сім'єю є повага, некритичне ставлення і співчуття. Педагоги закладу можуть розпочати розмови на теми, про які сім'я говорити не наважується. Наприклад, чимало батьків дітей з особливими освітніми потребами спочатку приховують свій гнів, образу, розпач. Проте, коли вони помічають, що фахівець розуміє їхні відчуття, вони охоче йдуть з ним на контакт.

- Некритичне ставлення. Фахівці інклюзивно-ресурсного центру мають позитивно та відкрито ставитися до батьків дітей з особливими освітніми потребами, незалежно від їхніх людських якостей. Педагог закладу повинен не давати оцінку, не критикувати батьків, а делікатно, без будь-якого тиску заохочувати родину до прийняття власних рішень щодо освітнього маршруту дитини. Якщо ж фахівець центру не схвалює дії батьків щодо дитини, це може викликати відчуженість і опір з їхнього боку.

- Співчуття та мотивація батьків. Фахівці інклюзивно-ресурсного центру повинні враховувати будь-які сімейні обставини, співчувати родинам і відповідним чином демонструвати це під час спілкування, водночас мотивуючи на позитивний розвиток дитини.

- Комунікативні вміння. Для цього можна використовувати такі прийоми:

- застосовувати активне слухання. Фахівець інклюзивно-ресурсного центру має уважно вислуховувати батьків, братів, сестер та інших родичів дітей, з повагою ставитися до їхньої точки зору і пропонувати допомогу. Таким чином створюється можливість зрозуміти, як дивляться члени сім'ї на себе, своїх дітей та ситуацію;

- ставити запитання. Фахівець інклюзивно-ресурсного центру має заохочувати батьків до розмови, розпитувати їх, з'ясовувати незрозумілі моменти. Слід давати як і запитання, що мають конкретну відповідь, так і запитання, що спонукають до розгорнутих відповідей, дискусії. Наприклад, запитання «Які труднощі є у Вашої дитини?» або «Що любить Ваш малюк?» заохочують батьків до розповіді;

- реагувати на почуте та з'ясовувати незрозуміле. Під час бесіди фахівець інклюзивно-ресурсного центру повинен певним чином коментувати почуте. Це дає змогу батькам зрозуміти, що їх слухають і розуміють. Близьче до закінчення розмови треба знову коротко охарактеризувати ситуацію і вияснити незрозумілі питання;

- різносторонньо підходити до проблем. Фахівець інклюзивно-ресурсного центру повинен пропонувати батькам дивитися на ситуації з різних боків і розглядати різні шляхи розв'язання проблем. Наприклад, коли батьки скаржаться на погану поведінку дитини, можна допомогти їм зрозуміти, що проблема не в дитині, оскільки в цьому випадку вона просто не здатна виконати поставлене перед нею завдання.

- Стратегії ефективного спілкування. Сім'ї дітей з ООП часто занадто хвилюються за успіхи своїх дітей. Для цього можна застосовувати наступні форми спілкування з батьками:

- Бесіди на початку/наприкінці надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг. Фахівець ІРЦ є важливим джерело інформації для сімей, тому він має відверто розповісти про проблеми дітей, а також навчати батьків працювати і взаємодіяти з дітьми.

- Записки і записники. Записки передають додому через дитину. У них розповідається про конкретні досягнення дитини, її нові вміння чи поведінку. Також у них можна висловлювати подяку батькам за допомогу у процесі навчання. Для регулярного спілкування також доцільно передавати

додому і повертати записник. Такий записник гарантує безперервність спілкування та проінформованість батьків про досягнення дитини та зміни у її поведінці.

- Дошки оголошень. З інформації на дошках оголошень родини дітей дізнаються про заняття, які відбуваються в інклюзивно-ресурсних центрах. На них можна розмістити відомості загального характеру, наприклад, статті про розвиток дитини. На дошках оголошень можуть бути вивішені зразки дитячих малюнків, фотокартки досягнень дітей.

Важливо, щоб дошки оголошень були яскравими і привабливими. Також варто регулярно оновлювати на них інформацію.

Рекомендації щодо облаштування дошки оголошень:

- Розміщувати інформацію на висоті очей дорослої людини.
- Регулярно змінювати на ній хоча б деяку інформацію.
- Вивішувати дитячі роботи.
- Інформація має бути короткою.
- Запрошувати сім'ї брати участь в оформленні.
- Призначати двох людей, відповідальних за оформлення.
- Поширення інформації через мережу Інтернет. Все частіше сім'ї можуть отримувати інформацію про інклюзивну освіту через Інтернет. Тому, інклюзивно-ресурсні центри:

- створюють свій веб-сайт або блог і регулярно надавати інформацію про заходи і повідомляти новини. Дуже важливо, щоб ці сайти відповідали стандартам доступності;

- збирають пропозиції від фахівців та експертів, закликаючи їх надсилати свої коментарі та відгуки;

- створюють форуми та дискусійні групи для батьків з метою обміну думками з іншими батьками [7, с.190].

У ІРЦ, де отримують корекційно-розвиткові послуги діти з різними рівнями розвитку та здібностями, педагоги мають підтримувати один одного у застосуванні найефективніших стратегій навчання. Постійна соціальна взаємодія, діалог дозволять фахівцям допомогти батькам (надати інформацію про розвиток дитини з ООП, пояснити незрозумілі моменти, висловити свою точку зору з приводу розвитку дитини, разом спробувати вирішити наявні проблеми, оцінити успіхи дитини, вміти вислухати батьків та дитину).

Завдяки підтримці інклюзивно-ресурсного центру батьки отримують необхідний досвід, стають менш залежними від фахівців, приймають рішення стосовно догляду за дітьми з особливими освітніми потребами та їх розвитку. Важливо, щоб між ІРЦ та сім'ями було налагоджено постійне й відкрите спілкування та взаємодія. Батькам важливо надавати повну

інформацію стосовно розвитку їхніх дітей, нічого не приховувати, так як будь-які недомовки можуть в значній мірі вплинути на подальший розвиток дитини. Чесність повинна бути ключовою ланкою спілкування [4, с.54].

Провідними завданнями фахівців інклюзивно-ресурсного центру у спілкуванні з батьками є:

- розуміння важливості і корисності партнерських стосунків між членами родин дітей, педагогами та іншими фахівцями;
- розуміння, що для кожної родини характерні свої цінності, переконання, підходи та пріоритети;
- з'ясування, перешкод, що заважають членам родин брати участь у житті закладу освіти;
- ознайомлення з ефективними стратегіями налагодження партнерських стосунків з родинами;
- аналіз того, чому батьки хочуть, щоб їхні діти перебували в інклюзивному середовищі [10].

Аналіз навчально-методичних посібників дає змогу стверджувати, що досить часто, батьки, які дізналися про порушення психофізичного розвитку своєї дитини можуть стикатися з постійним переживанням гніву чи депресії. Тому тут вагомої ролі також набувають фахівці, які не лише вміють сприймати такий гнів, а й навчити батьків його висловлювати. Інколи сім'ї дітей можуть відчувати неприязнь до фахівців, які відводять таким проблемам лише свій робочий час. Також у батьків може виникати депресія, коли їхня дитина освоїла певні вміння протягом тривалого часу, проте вони розуміють, що це лише мала частина всього шляху до соціалізації. Фахівцям важливо вміти нормалізувати ці почуття, показати, що вони властиві всім людям у такій ситуації. Якщо фахівці не готові або бояться подібних негативних переживань, то батьки можуть уникати спілкування з ними.

Таким чином, психолого-педагогічний супровід сімей, де є дитина з ООП, спирається на принципи комплексності та взаємодії батьків зі спеціалістами.

Формування оптимальної позиції батьків дитини з ООП містить мету їх залучення до корекційно-розвивального процесу.

Для якісного корекційно-освітнього процесу в штаті ІРЦ є кваліфіковані вчителі-дефектологи, вчителі-логопеди, спеціальний психолог. Одна з найважливіших умов роботи з дітьми з ОПП - це створення спеціальних умов, які включають в себе надання дітям допомоги, матеріалів, тренажерів, технічних засобів навчання, створення умов в розвиваючому предметно-просторовому середовищі кожної групи і освітньому середовищі

установи, проведення групових та індивідуальних корекційних занять з фахівцями.

Активне включення батьків у процес корекційної роботи з дітьми з ООП повино здійснюватись покроково, поетапно, використовуючи для цього різні форми та шляхи співпраці фахівців з ними.

Корекційно-розвиткові заняття, які проводять учителі-дефектологи, психолог в ІРЦ, в основному, проводяться у присутності батьків, що являється важливим фактором у створенні простору партнерства і довіри між сім'єю і педагогом. Батьки краще розуміють стан дитини, її проблеми, цілі і завдання роботи. Розвивається батьківська компетентність, виробляється єдиний підхід до формування тих чи інших навичок. Батьки проходять своєрідний практикум – як правильно організувати заняття з дитиною вдома, одержують домашнє завдання, уточнюють зі спеціалістом найближчі завдання.

Досить дієвими є щоквартальна присутність і участь батьків на індивідуальних корекційних заняттях у вчителя-логопеда, учителя-дефектолога, педагога-психолога з метою відстеження батьками динаміки розвитку дитини і навчання батьків окремим прийомам і методам роботи з дітьми з ООП. Такі індивідуальні перегляди не тільки затребувані батьками, але і підвищують їх практичний досвід взаємодії з дитиною, які мають ті чи інші відхилення, небажання займатися, що не вміє включитися в освітню діяльність.

На наступному етапі роботи буде відбуватися формування у батьків інтересу до процесу розвитку дитини. Так варто показати щоденні досягнення дитини у подоланні специфічних труднощів. На третьому етапі можливий розвиток у батьків творчого підходу до навчання і розвитку дитини, тому важливо показати можливість особливих батьківських умінь у керуванні поведінкою, розвитку самостійності дитини у побуті тощо.

Таким чином, в сучасній літературі теорії і практики інклюзивної освіти для залучення батьків до спільної роботи з фахівцями пропонують наступні кроки:

Крок 1. Інформованість. На цьому основному рівні інклюзивно-ресурсний центр інформує батьків про чинні освітні програми, а батьки, в свою чергу, подають запит на інформацію.

Крок 2. Участь у діяльності. На цьому рівні батьки залучені в діяльність інклюзивно-ресурсного центру. Наприклад, їх запрошують у певні моменти діагностики, оголошення висновків експертної оцінки, навчального і позанавчального процесу.

Крок 3. Діалог і обмін думками. У цій ситуації батьків запрошують, щоб вони могли оцінювати різні варіанти освіти для їх дитини.

Крок 4. Участь у прийнятті рішень. У цій ситуації батьків запитують про їхню думку, коли варто прийняти рішення, яке вплине на їх дитину. Приклад такого рівня залучення – зустріч для ознайомлення із індивідуальним навчальним планом.

Крок 5. Достатня відповідальність батьків для свідомих дій. Це найвищий рівень, у якому батьки приймають рішення спільно з інклюзивно-ресурсним центром чи школою, залучені як до планування, так і до оцінювання індивідуальної чи шкільної програми. Демонстрація такого залучення батьків дитини з особливими освітніми потребами – активна участь в оцінюванні та корекції індивідуальної програми розвитку, шкільних правил і регламенту. Інший приклад залучення – роль, яку батьки можуть виконувати як репетитори для власних дітей [12, с. 59].

Висновки. Отже, співпраця педагогів і фахівців ІРЦ з сім'ями, які виховують дітей з ООП безпосередньо впливає на позитивний результат у вирішенні корекційних питань, соціалізації дитини і спілкування з дорослими і однолітками. Одна з проблем – це зацікавити батьків в активному партнерстві для корекційної роботи з усіма фахівцями ІРЦ.

Варто зазначити, щоб стати з батьками партнерами у вихованні дитини з ООП педагогам потрібно детально вивчити особливості кожної сім'ї, використовуючи різні методи дослідження, врахувати фактори залучення батьків до співпраці, дотримуватися всіх умов та принципів спільної роботи спеціалістів зі сім'ями. Таким чином, взаємодія з батьками (законними представниками) дітей з ООП проходить кілька етапів: недовіра, знайомство, включення в корекційний процес і співробітництво, коли батьки стають активними учасниками життя своєї дитини. Тільки розуміння потреб і можливостей дітей і батьків дає результат у вихованні, навчанні та корекції психофізичних порушень у дітей з ООП та розвитку дитини для його подальшого розкриття.

Опрацьована нами тема, є ще недостатньо вивчена, тому потребує подальшого розгляду, дослідження та аналізу. Тому хочемо зазначити, що перспективними напрямками дослідження стане практичне вивчення співпраці фахівців інклюзивно-ресурсного центру з батьками дітей з особливими освітніми потребами (анкетування, спостереження, аналіз веб-сайтів і т.п.).

Список використаної літератури:

1. Бернацька О.М. Психологічна безпека дитини: у пошуках «золотої середини» // Дефектологія. 2009. № 6. С.32-37.
2. Бойчук Ю.Д. Казачінер О.С. Форми, методи та прийоми співпраці фахівців із батьками, які виховують дітей з особливими освітніми потребами / Ю. Д. Бойчук, О. С. Казачінер // «Теоретичні та практичні аспекти розвитку педагогічної освіти в Україні». Херсон: Видавничий дім "Гельветика", 2020. 100 с.
3. Гаяш О.В. Взаємодія спеціалістів з батьками дітей з особливими освітніми потребами у процесі включення їх в інклюзивну освіту // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю присвяченої 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання УЖНУ "Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії" (17-18 жовтня 2019 р. м. Ужгород) // Україна. Здоров'я нації. № 3/1 (51), 2019. Науково-практичний журнал. С. 159-160.
4. Гуменюк В. О., Любченко Т. М. Організація співпраці педагогічних працівників ІРЦ з батьками дітей з особливими освітніми потребами / Психолого-педагогічні координати розвитку особистості : зб. наук. матеріалів ІІ Міжнар. наук.-практ. конф. Полтава, 2021. 268 с
5. Єфімова С.М. Налагодження партнерських стосунків з родинами / Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник / Кол. авторів: Колупаєва А.А., Найда Ю.М., Софій Н.З. та ін. За заг. ред. Даниленко Л.І. К.:2007.128 с.
6. Кизимович О. С. Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям і молоді з особливими потребами та їхнім батькам / О.С. Кизимович, І.О. Ніжаща, Н.М. Герасимов // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2003. № 33. С. 103-109.
7. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів. URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/posibniki/Inclusive_study_Sep17.pdf (дата звернення: 21.09.2021)
8. Островська К. Особливості психолого-педагогічної допомоги родині аутичної дитини / К. Островська // Дезадаптована дитина: напрямки психотерапевтичної та психокорекційної допомоги: матеріали обл. наук.-практ. конференції. Львів, 2004. 32 с.
9. Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.09.2021)

10. Співпраця працівників ІРЦ з командою психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами URL: <https://naurok.com.ua/spivprasya-pracivnikiv-irc-z-komandoyu-psihologo-pedagogichnogo-suprovodu-ditini-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-102435.html> (дата звернення: 23.09.2021)
11. Теорія і методика інклюзивного навчання URL: http://inclusion.org.ua/wp-content/uploads/2020/08/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97-%D0%BC%D0%BE%D0%B4%D1%83%D0%BB%D1%8C-4-6_1.pdf (дата звернення: 21.09.2021).
12. Теорія і практика інклюзивної освіти URL: <http://dano.dp.ua/attachments/article/1061/%D0%A2%D0%B5%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%8F%20%D1%96%20%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D0%B7%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%B8%20-%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf> (дата звернення: 19.09.2021)
13. Терещенко О. Родинні збори в дитячому садку / О.Терещенко // Дошкільне виховання. №2. 2007. С. 18-20.

POSTAVENIE SENIOROV V RODINE A V SPOLOČNOSTI

THE POSITION OF SENIORS IN FAMILY AND IN SOCIETY

Bc. Lucia Dudrová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Email: luciadudrova@azet.sk

Školiteľ/scientific adviser: prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Úvod: DUDROVÁ Lucia: Postavenie seniorov v rodine a v spoločnosti. | Diplomová práca |.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, detašované pracovisko Michalovce. Vedúci diplomovej práce: Prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Táto diplomová práca sa zaoberá postavením seniora v rodine a v spoločnosti podľa indexu aktívneho starnutia. Má teoreticko-empirický charakter a zasahuje do aktívneho života seniora.

V teoretickej časti práce sa budeme zaoberať vysvetlením pojmov účasti seniora v spoločnosti, starostlivosť o detí a vnúčatá a bežný život seniora. V empirickej časti práce sa budeme zaoberať analýze prieskumných údajov a ich interpretácií a záverom z prieskumu. Poukazovať budeme na kvalitu života seniora ich prípadné rozdiely a stálu potrebu seniorov v rodine a prosperite štátu.

Metódy: Hlavnou metódou overovania nášho výskumu, je kvantitatívny výskum na základe ktorého sme získali množstvo informácií o rôznych aktivít seniorov a aký je ich prínos pre dnešnú spoločnosť. Ako najlepší spôsob získavania údajov sme realizovali štandardizovaný dotazník, s konkrétnymi otázkami zameranými na seniora podľa indexu aktívneho starnutia. Dotazník obsahuje 20 otázok, kde úlohou seniora bude vyjadriť svoj postoj a aktuálny stav, v otázkach krúžkovaním. Vychádzať budeme z údajov približne 60 až 70 respondentov – seniorov vo vekovej skupine od 60 rokov a vyššie, ktorý sú ešte stále prínosom pre spoločnosť a svoju rodinu.

Výsledky: Z výsledkov prieskumu – dotazníka nám z údajov vyšlo, že žien – vdovy je viac ako mužov vo vzťahu manželstva najviac vo veku 65 -69 rokov. Ich vzdelanie je dosiahnuté stredoškolské a bývajú prevažne s rodinou v spoločnej domácnosti. Finančná situácia seniorov je dostatočne vyhovujúca, nakoľko najviac prispievajú na koncesionárske mesačné poplatky rodinného domu, čím

zároveň pomáhajú finančne svojej rodine. V poslednom rade prieskumu nám z údajov vyšli aktivity seniorov počas celého dňa, čo najviac tvoria domáce práce a počet veriacich prevažne zastupujú ženy, ktoré sú zároveň členmi klubu dôchodcov. Najviac nás prekvapilo nezaujím seniorov o účasť na kultúrno-spoločenských podujatiach, čo by prispelo k ich kvalite života a životného štýlu.

Záver: V našej diplomovej práci sme sa zamerali na zistenie poznatkov o postavení seniora v rodine a v spoločnosti, objasnenie úlohy rodiny a spoločnosti pri zabezpečovaní kvality života seniora podľa indexu aktívneho starnutia. Aktívne starnúť znamená zachovať si dobré zdravie, zapájať sa do spoločnosti, byť plnohodnotným členom a zachovať si nezávislosť v starobe.

Kľúčové slová: senior, spoločnosť, rodina, vzťahy, starostlivosť

Abstract

Introduction: This Diploma thesis deals with the position of Senior in Family and in the company according to the active aging index. It has a theoretical and empirical character and interferes with the active life of Senior. In the theoretical part of the thesis we will address the explanation of the participation of the Senior in society, care for children and grandchildren and the ordinary life of the Senior. We will address exploration data analysis and their interpretation and survey conclusions in the empirical part of the thesis. We will point to the quality of the life of the Seniority of their possible differences and constant use of seniors in the family and prosperity of the state.

Methods: The main method of verifying our research is quantitative research on the basis of which we have acquired a number of information about different senior activities and what is their contribution to today's company. As the best way to obtain data, we have implemented a standardized questionnaire, with specific issues focused on the senior according to the active aging index. The questionnaire contains 20 questions where the Senior's task will express their attitude and current status, on reversing issues. We will be based on a data of about 60 to 70 respondents - seniors in the age group from 60 years and above, which is still contributing to the company and its family.

Results: From the survey results - the questionnaire from the data was said that women - widows is more than men in marriage relationship at most 65 -69 years. Their education is achieved by high school and live mainly with family in a common household. The financial situation of seniors is sufficiently satisfactory as they contribute most to the concessionaire's monthly family house charges, thus helping financially their family. In the last row of the survey, the activities of seniors have come from the data throughout the day, as much as possible, and the number of believers are mostly represented by women who are also members of

the retirement club. We surprised us the most senior senior involvement in cultural-social events, which would contribute to their quality of life and lifestyle.

Conclusion: However, we focused on finding knowledge about the position of Senior in the family in our diploma thesis and in society, clarification of the role of family and society in ensuring the quality of life of Senior by an active aging index. Active aging means to maintain good health, engage in society, be a full-fledged member and preserve independence in old age.

Keywords:

senior, company, family, relationship, care

Úvod

Starnutie a staroba sa bezprostredne dotýka každého nás, každodenne sa s ňou stretávame tvárou v tvár v našich rodinách, v práci, v spoločnosti aj napriek tomu jej venujeme málo pozornosti. Staršia populácia je súčasť spoločnosti a zvykne byť dôležitá v sociálnej práci, jej cieľom subjektom, príjemcom, klientom, užívateľom ale i poskytovateľom v dobrovoľnej aj profesionálnej podobe. Spoločnosť to sme my všetci v každej fáze nášho neopakovateľného života a podpisuje sa pod kvalitu života seniora v jeho súčasnej dobe. Senior v dnešnej spoločnosti je charakterizovaný svojou príslušnosťou k vekovej skupine definovanej dosiahnutím určitých rokov a často krát býva všeobecne spájaný so sociálnym statusom seniora. Vo svojom živote sa často ocitne v neľahkej a preňho nezvládnuteľnej situácii, kedy nedokáže sám niesť dôsledky. Preto často nachádza pomoc či už v rodine, u blízkych, ako aj v širokej spoločnosti a v neposlednom rade očakáva ako občan aj pomoc zo strany štátu.

Rodinu charakterizujeme ako školu ľudského bohatstva, spoločenských úloh a nenahraditeľnou počas života v ktorej človek výrazne dáva najavo, že je spoločenská bytosť. Rodina a príbuzní hrajú najdôležitejšiu a najpodstatnejšiu úlohu života seniorov a ochrany pred úplným opustením.

Postavenie seniora v spoločnosti predovšetkým ovplyvňuje to, čo môže senior ponúknuť mladším generáciám, či rodine. Môže nás obohatiť svojimi skúsenosťami, informáciami, dobrými radami, ktoré nadobudol v priebehu svojho života. Sú stálou zárukou udržania tradícií, zvykov a hodnôt v spoločnosti.

Ciele nášho výskumu je: zistiť prínos seniora v spoločnosti a v rodine podľa indexu aktívneho starnutia. Hlavný cieľ výskumu smeruje k tomu, aby sme zistili aký má senior potenciál prispievať nielen k svojmu blahu, ale aj k zlepšeniu, a udržaniu rastúcej hospodárskej a sociálnej prosperity štátu. Zistiť konkrétne činnosti, ktorými sa zapája do aktívneho spoločenského a rodinného života.

Charakteristika súboru a metodika

Hlavným krokom kvantitatívneho výskumu bude spracovanie a vyhodnotenie uvedených otázok v dotazníku podľa indexu aktívneho starnutia. Získané výsledky budeme prezentovať v tabuľkách a grafoch, použijeme aj slovné vyjadrenia, ktoré budú slúžiť k lepšiemu pochopeniu názorov a postojov k danej problematike.

Potrebné informácie získavame od skúmaných seniorov, písomnou formou prostredníctvom odpovedí na uvedené otázky. Seniorov sme v úvode informovali, že sa jedná o anonymnú formu získavania údajov, ktoré budú použité len na výskumné účely diplomovej práce. V úvode dotazníka sú 2 položky, ktoré sme neočíslovali a uvádzajú pohlavie a vek seniorov. Dotazník obsahuje 20 uzavretých otázok s možnosťou výberu odpovedí. Prvé dve otázky sú zamerané na vzdelanie seniorov a rodinný stav. Otázka č. 3 a 4 popisuje či je senior ešte pracujúci a aké je jeho bývanie. Ďalšie otázky sú zamerané na finančný stav seniora, aké vzťahy má so svojou rodinou, či sa stará o deti/ vnúčatá a či ho zdravotný stav obmedzuje v činnostiach. V ďalšej časti dotazníka sú otázky zamerané na aktivity seniora počas dňa, ako sa zapája do kultúrno- spoločenských aktivít obce, poprípade na vzdelávanie seniora. V týchto otázkach mohli odpovedať s výberom možností krúžkovaním. Pri príprave výskumu sme použili náhodný výber seniorov vo veku od 60 rokov, rôzneho bývania a rodinného stavu. Prieskumu sa zúčastnilo 64 seniorov žijúcich na vidieku, obce v okolí môjho bydliska. Posledným krokom výskumu bolo kvantitatívne spracovanie a vyhodnotenie uvedených otázok v dotazníku.

Tab. 1 Charakteristika respondentov podľa veku a pohlavia

Vek seniorov						
Pohlavie	60-64 r.	65-69 r.	70-74 r.	75- a viac	Spolu	percentá
Muži	6	8	6	3	23	36%
Ženy	11	14	10	6	41	64%
Spolu	17	22	16	9	64	100%

Z výsledkov prieskumu vyplýva, že najväčšie zastúpenie tvoria ženy vo veku 65 – 69 rokov. Celkovo bolo zapojených 64 seniorov vo veku od 60 rokov a viac, z toho 23 mužov čo je 36% a 41 žien čo predstavovalo 64%. Mužov bolo najviac

v zastúpení vo veku 65- 69 rokov s celkovým počtom 8 a žien tiež najviac vo veku 65 – 69 rokov s celkovým počtom 14. Najmenšie zastúpenie mužov bolo vo veku 75 a viac rokov s počtom 3 a žien tiež vo veku 75 a viac rokov s počtom 6. Z výsledkov prieskumu pohlavia a veku vyplýva, že žien žijúcich na vidieku je viac ako mužov.

Tab. 2 Štatistika respondentov podľa rodinného stavu a bývania

Stav		Ženy	Spolu	%	Bývanie	Muži	Ženy	Spolu	%
Vydatá/ženatý	21	14	35	54,7	sám/sama	2	7	9	14,1
Vdova/vdovec	0	24	24	37,5	s rodinou	13	26	39	60,9
Iné	2	3	5	7,8	manželom/manželkou	8	8	16	25
Spolu	23	41	64	100%	Spolu	23	41	64	100%

Ďalšími položkami sme zisťovali u seniorov ich rodinný stav, kde sme zistili že najviac ich je v manželskom stave čo predstavovalo s počtom 35, čo tvorí 54,7%. Najmenšie zastúpenie seniorov tvorí stav pod položkou iné s celkovým počtom 5, čo tvorí 7,8%. To znamená, že najmenšie zastúpenie v prieskume tvoria muži a ženy v slobodnom stave žijúci sami v domácnosti. Zároveň sme zistili, že ženatých mužov je najviac s počtom 14, ako vdovec kde sme nezaznamenali žiaden počet. Naopak u žien sme zistili, že najväčší počet tvoria vdovy s celkovým počtom 24, ako v stave manželskom. Následne sme sa zamerali na bývanie seniorov na vidieku, kde sme zistili že najviac ich žije s rodinou to znamená s deťmi, vnúčatami popri prípade s jedným rodičom alebo s manželom a deťmi. Celkový počet či už u mužov alebo žien predstavoval 39, čo tvorí 60,9%. Naopak najmenej

seniorov na vidieku žije osamotene s počtom 9, čo predstavuje 14,1% z celkového počtu.

Tab. 3 Štatistika vzdelania respondentov pop. ich vzdelávania a zamestnanosti

Vzdelanie	Počt	%	Vzdelávanie	Počt	%	Zamestnanie	Počt	%
základné	12	18,8	áno	7	10,9	áno	7	10,9
stredoškolské	47	73,4	častočne	26	40,6	častočne	10	15,6
vysokoškolské	5	7,8	nie	31	48,5	nie	47	73,5
Spolu	64	100	Spolu	64	100	Spolu	64	100

Z celkového súboru 64 respondentov z hľadiska ich vzdelania tvoria najväčšiu časť seniori so stredoškolským vzdelaním s počtom 47, čo je 73,4% a najmenej seniori so vysokoškolským vzdelaním s počtom 5, čo je 7,8%. Z toho vyplýva, že niekedy keď boli seniori v mladom veku nebolo toľko možností štúdií na vysokej škole, či už z finančného hľadiska, alebo si to ich zamestnanie v minulosti nevyžadovalo ako dnes. Zároveň sme sa zamerali na ich aktuálne vzdelávanie, či už v nejakých činnostiach alebo vedomostiach. V danej otázke sme zistili, že seniori žijúci na vidieku najviac odpovedali na otázku nie s počtom 31, čo je 48,5% a najmenej odpovedalo na otázku áno s počtom 7, čo je 10,9%. Z toho vyplýva, že seniori žijúci na vidieku nemajú čas na vzdelávanie alebo nezaujímajú z dôvodu starostlivosti o vnúčatá, prácach v domácnosti alebo zo zdravotného dôvodu. V nasledujúcej otázke sme zistili ich zamestnanie, nakoľko sme realizovali dotazník od veku 60 rokov a viac, čo predstavuje u niektorých respondentov ešte ich práceschopnosť až do odchodu na starobný dôchodok. Zároveň sme zistili, že najviac respondentov je už nepracujúcich s počtom 47, čo tvorí 73,5% a najmenej je zamestnaných s počtom 7, čo je 10,9%, nakoľko sme najviac evidovali seniorov vo veku 65 -69 rokov, čo predstavuje dôchodcovský vek.

Tab. 4 Štatistika finančnej situácii seniorov, ich výpomoc a možnosti finančnej pomoci

Postačujúci príjem	Počet	%	Fin. výpomoc rodine	Počet	%	Možnosti fin. výpomoci	Počet	%
áno	18	28,1	áno	30	46,9	plyn, energie	37	57,8
skôr áno	22	34,4	skôr áno	15	23,4	potraviny	12	18,8
skôr nie	17	26,7	skôr nie	12	18,8	iné	15	23,4
nie	7	10,9	nie	7	10,9	x		
Spolu	64	100	Spolu	64	100	Spolu	64	100

V nasledujúcich otázkach dotazníka sme sa zamerali na finančnú situáciu seniora, na prispievanie financií do spoločnej domácnosti a na konkrétne položky najčastejšieho prispievania seniora v domácnosti žijúcich s rodinou. V prvom rade sme zistili finančný stav seniora, či dostatočne postačí na bežné výdavky a na kvalitu jeho života. V odpovediach áno, skôr áno, skôr nie a nie sme zaznamenali najväčší počet odpovedí, skôr áno a áno s celkovým počtom 40, čo predstavuje 62,5%. Z toho vyplýva, že seniori majú prevažne postačujúci finančný mesačný príjem či starobný dôchodok. Z počtu 24, čo je 37,6% seniorov má prevažne nízky finančný príjem, dôchodok ktorý bráni ich plnohodnotnému životu a potrebujú výpomoc od svojej rodiny. V otázke či prispievajú finančne svojej rodine seniori odpovedali najviac áno, skôr áno z počtom 45, čo je 70,3% z celkového počtu. Z toho vyplýva, že seniori prevažne žijúci s rodinou pravidelne pomáhajú finančne svojej rodine najviac prispievajú na plyn a energie z počtom 37, čo je 57,8%, na druhom mieste s počtom najviac prispievajú na položku iné, čo predstavuje buď pravidelný finančný príspevok rodine, kúpou drahších potrieb pre domácnosť, finančná podpora detí a vnúchat na krúžky, vzdelávanie a iné fin. podpory rodiny. Najmenej seniori prispievajú na položku potraviny z počtom 12, čo tvorí 18,8%.

Z toho vyplýva, že finančne prispievajú seniori najviac na plyn, energie a na iné položky nemôžu prispievať nakoľko ich starobný dôchodok je minimálny.

Tab. 5 Štatistika o stretávaní sa s rodinou a ich vzťahy

Stretávanie sa s rodinou	Počet	%	Dobré vzťahy v rodine	Počet	%
áno	42	65,6	áno	47	73,4
skôr áno	15	23,4	skôr áno	12	18,8
skôr nie	2	11,0	skôr nie	5	7,8
nie	0	0	nie	0	0
Spolu	64	100	Spolu	64	100

V otázkach zameraných na rodinu sme zistili ako často sa stretávajú seniori so svojou rodinou a aké vzťahy sú v ich rodine. Na otázku ako často sa stretávajú so svojou rodinou najviac respondentov odpovedalo kladne áno, skôr áno čo predstavovalo počet 57, to je celkovo 89% a dvaja respondenti odpovedali skôr nie čo predstavuje 11%. To znamená, že seniori majú veľmi dobré vzťahy so svojou rodinou, či už žijúcich v spoločnej domácnosti alebo oddelene, často sa spolu s nimi stretávajú a venujú veľa času starostlivosti o svoje vnúčatá.

Tab. 6 Štatistika najčastejších aktivít seniorov

Aktivity seniorov								
Počas dňa	Počet	%	Návšteva kostola/cerkvi	Počet	%	Kultúrne podujatia v obci	Počet	%
domáce práce	28	43,7	každý deň	2	3,1	raz týždenne	8	12,5
práca v záhrade	11	17,2	2-3 krát do týždňa	22	34,4	raz za mesiac	9	14,1
sledovanie televízie	17	26,6	nedele a sviatky	23	35,9	pár krát do roka	9	14,1
modlenie	8	12,5	vôbec	17	26,6	vôbec	38	59,3
Spolu	64	100	Spolu	64	100	Spolu	64	100

V posledných položkách dotazníka sme skúmali aktivity seniorov počas dňa, či sú veriaci ako často navštevujú kostol/cirkev, či sú členmi klubu dôchodcov a ako často sa zapájajú do spoločensko- kultúrnych podujatiach vo svojej obci. Z výsledkov respondentov sme zistili, akým činnostiam sa venujú počas dňa. Najviac seniorov sa venuje domácim prácam s počtom 28, čo predstavuje 43,7% a najmenej modleniu s počtom 8, čo je 12,5%. Z toho vyplýva, že seniori žijúci na vidieku s najväčším počtom žien sa venujú prácam v domácnosti, zároveň tým pomáhajú svojej rodine a udržiavajú čistotu a chod domácnosti. Veriacich seniorov predstavovalo s počtom 47, čo tvorí 73,4% z celkového počtu, to znamená že chodievajú do kostola/cirkvi najviac nedele a sviatky s počtom 23, čo je 35,9% a najmenej každý deň s počtom 2, čo je 3,1% z celkového počtu. Z toho taktiež vyplýva, že ženy tvoria najväčší počet návštevnosti kostola/cirkvi vo svojej obci a zároveň venujú svoj čas aj modlitbe. V poslednej položke sme zistili, či seniori sú členmi klubu dôchodcov a ako často sa stretávajú seniori na spoločensko- kultúrnych podujatiach v obci. Na základe tejto otázky sme zistili, že s počtom najviac 38, čo je 59,3% z celkového počtu nie sú členmi klubu dôchodcov

a s počtom 26, čo je 40,7% sú členmi klubu dôchodcov, z toho 18 respondentov, čo je 28,2% sa stretávajú pravidelne raz za mesiac alebo pár krát do roka. Na základe toho zistenia usudzujeme, že seniori nemajú záujem o členstvo klubu dôchodcov, alebo

im to nedovoľuje ich zdravotný stav poprípade obec neponúka takéto kultúrno-spoločenské podujatia.

Diskusia

Po vyhotovení dotazníka sme dospeli k nasledovným skutočnostiam, ktoré nám pomohli objasniť prieskumné otázky, ktoré sme si stanovili v úvode prieskumu. Podľa nášho názoru starí ľudia sú cenným prínosom nielen pre dnešnú spoločnosť ale hlavne v svojich rodinách veľkým darom, či už finančne, prácou ale hlavne láskou, milým slovom, starostlivosťou, cennými radami a hlavne uchovávaním tradícií v rodine. Sú súčasťou nás a preto potrebujú prežiť dôstojne svoj život. Nie sú ekonomickou záťažou pre svoje rodiny a svoju starobu by mali prežiť v kruhu svojich blízkych a aktívne sa zapájať do rôznych aktivít a dobrovoľných činnostiach, ktoré sú prínosom pre ich zdravie a blaho.

„ Chceme aby naše deti objavili, že staranie sa o druhých a prispievanie k spoločnému dobru je viacej uspokojujúce než bohatstvo, krása a osobný úspech“. (Happy now, 2011)

Záver

V našej diplomovej práci sme sa zamerali na zistenie poznatkov o postavení seniora v rodine a v spoločnosti, objasnenie úlohy rodiny a spoločnosti pri zabezpečovaní kvality života seniora podľa indexu aktívneho starnutia.

V slovenskom prostredí má problematika starnutia svoje nezastupiteľné miesto. V predmete sociálnej práce sa s ňou stretávame najčastejšie ako so zameraním na cieľovú skupinu. Je na nás všetkých, aby sme tento jav sledovali, poznali jeho predpokladaný smer vývoja a mali pripravené zásahy a progresívne riešenia. Na základe štúdia a realizovaného dotazníka si dovoľíme uviesť určité odporúčania, ktoré by v konečnom dôsledku mohli priniesť zvýšenie kvality života seniora v našej spoločnosti:

- zlepšiť medzigeneračné vzťahy v rodinách.
- rešpektovať potreby seniorov, venovať im patričnú pozornosť.
- zamerať sa viac na zdravotnú, pohybovú, mravnú a estetickú výchovu.
- zabezpečiť rôzne kultúrne, náboženské a iné aktivity pre seniorov.
- vhodne motivovať a podporovať využívanie ponúkaných služieb s cieľom skvalitniť život seniora.

Starnutie je hodnota, veľká hodnota kultivovaného daru života, ktorým môžeme obohatiť vlastný životný príbeh, aby sa dal pozitívne sprostredkovať budúcim generáciám. Aktívne starnúť znamená zachovať si dobré zdravie, zapájať sa do spoločnosti, byť plnohodnotným členom a zachovať si nezávislosť v starobe.

Zoznam bibliografických odkazov

BALOGOVIÁ, B. *Seniori*, Prešov: vydavateľstvo Akcent print, 2009
ISBN 978 – 80 – 89295 – 18 – 0

BALOGOVIÁ, B. *Seniori v spektre súčasného sveta*, Prešov: vydavateľstvo Akcent print, 2007, ISBN 978 – 80 -89295 – 03 - 6

BALOGOVIÁ, B. *Sociálne témy a dilemy seniorov*, Prešov: vydavateľstvo prešovská univerzita, 2016, ISBN 978 – 80 – 555 – 1687 – 5

HETTES, M. *Starnutie v spoločnosti*, Bratislava: vydavateľstvo Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011, ISBN 978 – 80 – 8132 – 031 – 6

KOVÁČ, D. *Umenie starnúť*, Bratislava: vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 2013
ISBN 978 – 80 – 224 – 1280 - 3

POSTAVENIE STARÝCH RODIČOV V RODINNOM SYSTÉME

POSITION OF GRANDPARENTS IN FAMILY SYSTEM

Petra Zjanová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

Email: sakovapetra@gmail.com

Školiteľ/scientific adviser: prof.. ThDr. Peter Vansač, PhD.

Abstrakt

Naša diplomová práca je zameraná na tému - Postavenie starých rodičov v rodinnom systéme. Cieľom výskumu je mapovať vplyv a význam starých rodičov pri výchove svojich vnúčat. Hlavný cieľ výskumu smeruje k tomu, aby bolo zistené, aké konkrétne pozitívne a negatívne vplyvy výchovy sa vyskytujú pri konaní starých rodičov vo výchovnej činnosti. Cieľom je tiež zistiť, aké je postavenie a úloha starých rodičov vo výchove detí v rodine v závislosti od miesta bydliska. Diplomová práca je rozdelená na teoretickú a empirickú časť. Teoretická časť sa delí na päť kapitol, ktoré ďalej členíme na podkapitoly. V jednotlivých podkapitolách analyzujeme rodinu ako spoločenskú jednotku, pozrieme sa na jej základné funkcie a tiež na jej postavenie v spoločnosti. Ďalej charakterizujeme prarodiča a jeho výchovné vplyvy. Poslednú kapitolu venujeme medzigeneračnej spolupráci, definujeme pojmy ako sú rodinný systém, prarodič, medzigeneračné vzťahy a medzigeneračné konflikty. Empirická časť práce je venovaná výskumu, ktorí sme realizovali formou pološtruktúrovaného rozhovoru. Svoje zistenia nakoniec opisujeme v poslednej kapitole tejto práce.

Kľúčové slová:

Medzigeneračné vzťahy. Spolužitie. Starí rodičia. Vnúčatá. Sociálna opora. Sociálna pomoc.

Abstract

My graduation theses is focused to theme – position of grandparents in family system. The main target of the research is to survey influence and meaning of grandparents' education of their grandchildren. This target goes towards to find out exact positive or negative influence of this education. We also try to find out what is the positions of grandparents' education in dependence on place of living. The graduation theses has two parts : theoretical and empirical part. Theoretical

part has five chapters divided to a few smaller sections. In every section we analyze the family as a social unit, its elementary function and community status. Then we focus to grandparents and their educational influence. The last section is about intergenerational cooperation, we define conceptions as – family system, grandparent, intergenerational relations and intergenerational conflicts. Empiric part is devoted to research which we have realized by halfstructural conversation – with questions prepared in advance. Our findings are described in the last chapter of this work.

Keywords : Intergenerational relations. Coexistence. Grandparents. Grandchildren. Social basis. Social assistance

Úvod

Kráľ Šalamúm napísal svojmu synovi knihu Príslovia napísal a o múdrosti v nej píše: Začiatkom múdrosti je toto: získaj múdrosť, za všetko, čo si nadobudol, kúp si rozumnosť.....Počúvaj a prijmi moje výroky, syn môj a znásobia sa ti roky života. Poučam ťa o ceste múdrosti , vediem ťa po chodníkoch počestnosti (Príslovia 4,7, 10 – 11). E.Ackermanová (2015) k týmto slovám uvádza, že Boh nám dal rodičov na to, aby nás učili svojej múdrosti a skúsenostiam, ale časom sa nám môže stať, že si ich prestaneme vážiť a tráviť s nimi čas. Naši rodičia podľa autorky nám stále majú čo odovzdať – či už pozitívny príklad, alebo vážne varovanie.

Nie každý človek sa v živote môže a stane starým rodičom, ale väčšina z nás má alebo mala starých rodičov, babičky a dedkov, ktorých sme mali možnosť poznať len chvíľu alebo nám osud doprial kráčať s nimi aj dlhší kus životnej cesty. Niektorí poznajú svojich starých rodičov len z rozprávania svojich rodičov či iných príbuzných alebo o nich možno nevedia takmer nič. Problematikou prarodičovstva sa zaujímajú výskumníci z rôznych odborov, pretože prarodičovstvo ako také je fenoménom, ktorý sa bytostne dotýka všetkých ľudí. V súvislosti s predlžujúcou sa dĺžkou života a zvyšovaním počtu osôb v seniorskom veku sa otvára celý rad otázok týkajúcich sa zdravotného stavu starnúcich ľudí, kvality ich života, postojov a hodnôt, spôsobu trávenia voľného času či vzťahov v rodine. Práve táto téma zaujala aj mňa, nakoľko je mnoho skúseností, mnoho názorov na spolužitie niekoľkých generácií spolu, na vplyv výchovy starých rodičov na vnúťatá či spolužitie mladšej a staršej generácie. Je veľa otázok a možno málo odpovedí, preto sa v našej diplomovej práci zaoberáme práve problematikou postavenia starých rodičov v súčasnom rodinnom systéme.

Ciele nášho výskumu

Cieľom výskumu je mapovať vplyv a význam starých rodičov pri výchove svojich vnúčat. Hlavný cieľ výskumu smeruje k zisteniu pozitívnych a negatívnych vplyvov výchovy vyskytujúcich sa pri konaní starých rodičov vo výchovnej činnosti. Cieľom je tiež zistiť, aké je postavenie a úloha starých rodičov vo výchove detí v rodine v závislosti od miesta bydliska.

Čiastkové ciele:

1. zistiť, či starí rodičia žijú v spoločnej domácnosti s deťmi a ich rodičmi alebo v samostatnej domácnosti, prípadne v inom mieste,
2. zistiť, aký vzťah majú starí rodičia k svojim deťom,
3. zistiť, aký vzťah majú starí rodičia k svojim vnúčatám,
4. zistiť, či miesto bydliska vplýva na formovanie medzigeneračných vzťahov v rodine,
5. zistiť, aké sú pozitívne vplyvy výchovy prarodičov u vnúčat mladšieho školského veku,
6. zistiť, aké sú negatívne vplyvy používané pri výchove vnúčat mladšieho školského veku,
7. zistiť, ako často prarodičia menia výchovný štýl pri výchove vnúčat v porovnaní s výchovným štýlom, ktorý uplatňovali pri výchove svojich detí,
8. zistiť, ako často preberajú rodičia výchovný štýl svojich rodičov pri výchove detí

Výskumné otázky

Otázka č.1: Majú starí rodičia žijúci samostatne lepší vzťah s rodičmi vnúčat aj s vnúchatami ako starí rodičia žijúci spolu so svojimi deťmi a vnúchatami v jednej domácnosti?

Otázka č.2: Vplýva miesto bydliska na formovanie názorov na výchovu vnúčat?

Otázka č.3: Menia starí rodičia výchovný štýl pri výchove vnúčat v porovnaní s výchovným štýlom, ktorý uplatňovali pri výchove svojich detí?

Charakteristika súboru a metodika

Výskumný súbor tvorí 10 rodín, ktoré sme rozdelili do dvoch skupín:

- 5 rodín, v ktorých žijú starí rodičia, rodičia a ich deti v jednej domácnosti.
- 5 rodín, ktorých starí rodičia nežijú v spoločnej domácnosti so svojimi deťmi a vnúchatami.

V každej rodine je oslovený starý rodič – babička, rodič a dieťa mladšieho školského veku. Dieťa mladšieho školského veku bolo zvolené zámerné, pretože

v tomto veku bývajú deti odkázané ešte stále na opateru zo strany dospelých a ak to nemôžu byť ich rodičia, prichádzajú na rad starí rodičia, prípadne starší súrodenci a podobne. Keďže si tieto deti zažili výchovný vplyv prarodičov len nedávno, pamätajú si ho preto veľmi jasne. V tomto veku je aj vnímanie a všímavosť žiakov podmienená tým, že sa rozvíja pozorovacia schopnosť, rozvíja sa synteticko-analytická činnosť. Pozornosť v tomto veku je charakteristická postupným narastaním schopnosti sústredenia sa, začínajú mať stálu pozornosť, ktorú prípadne vedú prenášať na inú činnosť, čoraz viac sa rozvíja aktívna úmyselná pozornosť (Štefanovič, et Greisinger, 1987). Dieťa počas aktívneho vnímania začína využívať skúsenosť, empiriu, dokáže rozoznávať rozdiely medzi dvoma podnetmi, predmetmi, a tiež postupne chápe pojmy časového rámca včera, dnes, zajtra, hneď, neskôr (Jakabčic, 2002).

Aj výber babičky ako respondenta pre výskum bol zámerný, nakoľko ako uvádza autorka Hasmanová Marhánková (2009) sú práve babičky tými, ktoré úlohe prarodiča prikladajú väčší význam. Do výchovy svojich vnúčat sa preto angažujú častokrát viac ako satrí otcovia.

Tabuľka č.1 - Prehľad respondentov žijúcich v spoločnej domácnosti

	Babička	Matka	Vnuk/vnučk
Rodina č.1	Anna – 59 r.	Mária - 36 r.	Julka – 10 r.
Rodina č.2	Mária – 48 r.	Petra – 29 r.	Alexandra – 6 r.
Rodina č.3	Jaroslava – 70 r.	Monika – 37 r.	Jakub – 10 r.
Rodina č.4	Irena - 49	Zuzana – 29 r.	Bianka – 8 r.
Rodina č.5	Daniela – 58 r.	Miroslava – 35 r.	Tomáš – 10 r.

Tabuľka č.1 - Prehľad respondentov žijúcich samostatne

	Babička	Matka	Vnuk/vnučk
Rodina č.1	Zuzana – 59 r.	Silvia - 36 r.	Vivien – 10 r.
Rodina č.2	Katarína – 48 r.	Petra – 29 r.	Ján – 6 r.
Rodina č.3	Mária – 76 r.	Lucia – 41 r.	Dominik – 9 r.
Rodina č.4	Magda – 68 r.	Marta – 37 r.	Silvia – 7 r.
Rodina č.5	Terézia – 60 r.	Danica – 34 r.	Tadeáš – 10 r.

Výskum bol realizovaný formou kvalitatívneho výskumu, ktorého výhodou je získanie hĺbkového popisu prípadu, ktorý poskytuje podrobné informácie o tom, prečo sa daný jav objavuje. Jeho hlavným cieľom je porozumieť človeku, na ktorého nazerá ako na jedinečnú bytosť, ktorá má určité vlastnosti, ktorými sa líši od iných ľudí alebo skupín ľudí a preto je potrebné ho vnímať ako celok aby mu bolo porozumené. Práve vďaka týmto charakteristikám je kvalitatívny výskum najlepšou voľbou pre splnenie cieľa tejto práce a získanie odpovedí na výskumné otázky.

Ako najlepšiu metódu pre získanie dát sme si zvolili metódu rozhovoru. Rozhovor (interview) patrí medzi najnáročnejšie a súčasne najvýhodnejšie a pomerne obľúbené nástroje kvalitatívneho výskumu. Je to spôsob získavania sociálno-psychologických informácií (Maříková et al. 1996). Pri jeho zvládnutí nejde len o získavanie potrebných sociálnych zručností, ale tiež o kultiváciu schopnosti pozorovať (introspektívne, extrospektívne) a umenie obidve metódy vzájomne previazat' a dokázat' z nich pre výskum vytážiť maximum (Miovský, 2006). Štruktúru rozhovoru si musí zvolit' výskumník sám, a to na základe skúmaného problému, podľa toho, aké informácie a v akom rozsahu chce získať. Hlavnou skupinou metód zberu dát v empirickom výskume je rozprávanie, kladenie otázok a získavanie odpovedí. Rozhovor sa môže požiť pri rôznych výskumných situáciách. Rozhovor má výhodu aj v tom, že respondent môže slobodne vyjadrovať svoje subjektívne názory a pohľady a sám si uvedomovať vzťahy a súvislosti medzi jednotlivými časťami. Pre elimináciu tohto javu sme sa rozhodli do pôvodnej vzorky starý rodič, vnúča pridať aj rozhovor rodiča dieťaťa, aby vznikol konzistentnejší pohľad z viacerých zdrojov.

Rozhovory prebiehali formou pološtruktúrovaného rozhovoru, kedy sme využili vopred pripravený zoznam otázok, ktorý slúžil ako pomôcka pri vedení rozhovoru. Ako uvádza Švaříček (2007), takáto štruktúra rozhovorov vytvára priestor pre možnosť dodatočného kladenia otázok a následne pre vysvetlenie nejasností, ktoré vedie k lepšiemu porozumeniu danej problematiky. Pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru som získala od respondentov potrebné informácie, vyplývajúce z ich pozície, výchovných dopadov u vnúchat, k prenášaniam výchovných štýlov, ale aj k popisu výchovných metód pri výchove vlastných detí.

Rozhovory prebiehali individuálne, dĺžka rozhovoru závisela od respondenta – dialóg so starým rodičom trval v priemere 30 minút, s rodičom 20 minút, s dieťaťom 10 minút. Nakoľko predmetom našej práce sú práve starí rodičia, od nich sme získavali najväčšie množstvo informácií. Prarodičia hrali vo výskume hlavnú úlohu a preto bolo potrebné od nich zistiť najväčšie množstvo informácií. Informácie získane od rodičov a vnúchat boli skôr doplnkové. Rozhovory boli nahrávané na mobilný telefón a následne písomne zaznamenané pre jednoduchšiu analýzu. Prebiehali po dohovore s respondentami v ich domácnostiach a o ich realizácii, téme a cieľoch rozhovorov boli respondenti vopred informovaní. Respondenti súhlasili s rozhovorom, audio nahrávkou a publikovaním týchto rozhovorov za podmienky zachovania ich anonymity.

Rozhovory prebiehali formou pološtruktúrovaného rozhovoru, v ktorom využijeme vopred pripravený zoznam otázok, ktorý slúžil ako pomôcka pri vedení rozhovoru. Pomocou pološtruktúrovaného rozhovoru získame od respondentov potrebné informácie, vyplývajúce z ich pozície, výchovných dopadov u vnúchat, k prenášaniam výchovných štýlov, ale aj k popisu výchovných metód pri výchove vlastných detí. Rozhovory budú prebiehať individuálne, dĺžka rozhovoru závisí od respondenta. Vyhodnotenie získaných informácií z rozhovorov sme realizovali formou analýzy a následnej interpretácie.

Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Táto kapitola nám prinesie zistenia, ktoré sa nám podarilo získať vďaka pološtruktúrovaným rozhovorom. V nasledujúcej časti si zanalyzujeme výskumné otázky pomocou tabuliek a zistíme, ktoré výskumné otázky a čiastkové ciele sa nám potvrdili resp. nepotvrdili.

Naš výskum sme rozdelili na dve oblasti:

1. Vnímanie medzigeneračných vzťahov z pohľadu starých rodičov, rodičov aj vnúchat
2. Medzigeneračná solidarita a poskytovanie starostlivosti vo viacgeneračnej rodine z pohľadu starých rodičov a rodičov

Tabuľka č.3 Vnímanie medzigeneračných vzťahov z pohľadu starých rodičov

	Starí rodičia žijúci spolu s rodičmi a deťmi	Starí rodičia žijúci samostatne
Otázka č. 1	<i>Ako vnímate spolužitie s rodinou dcéry/syna a vnúčatami?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Veľmi dobré 40% - Podľa situácie 40% - Nie dobré 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Veľmi dobré 60% - Skôr dobré 20% - Nie dobré 20%
Otázka č.2	<i>Čo je zdrojom Vašich fungujúcich vzťahov? („Vzájomné pochopenie, porozumenie, úcta, rešpekt, vzájomná pomoc,-)</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - 100% 	Porozumenie, vzájomná pomoc a rešpekt 100%
Otázka č.3	<i>Zakladáte svoju budúcu existenciu, pomoc a starostlivosť o Vás na pomoci svojich detí, resp. vnúčat?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno – 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 100%
Otázka č.4	<i>Majú Vaše vnúčatá voči vám rešpekt? Opíšte Váš vzájomný vzťah.</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno – 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 100%
Otázka č.5	<i>Myslíte si, že rodinný trojuholník starí rodičia – rodičia – vnúčatá je vo Vašej rodine rovnomerne vyvážený? Ak nie, čo by sa podľa Vás malo zmeniť?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 20% - Niekedy áno, niekedy nie 20% - Nie 60% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 60% - Niekedy áno, niekedy nie 20% - Nie 20%

Medzigeneračné vzťahy sme skúmali prostredníctvom piatich otázok. Z uvedenej tabuľky vyplýva, že len 40% starých rodičov žijúcich v spoločnej domácnosti vníma vzájomné spolužitie ako veľmi dobré a 20% ako nie dobré. Avšak samostatne žijúci starí rodičia to vnímajú inak, 60% starých rodičov považuje vzájomné spolužitie za dobré a len 20% za veľmi dobré. Babičky v spoločných domácnostiach sa vyjadrili, že u nich má každý svoje poslanie, mladí chodia do

práce, deti do škôl a aj keď je ešte jedna babička aj zamestnaná, má dostatok času aj na domácnosť aj na pomoc vnúčatám, ak je to potrebné: „*Naše vzájomné vzťahy sú veľmi dobré, každý máme svoje záujmy, svoj program, mladí chodia do práce, deti do školy, spoločne sa staráme o okolie domu, mladí o dom a vieme sa dohodnúť na všetkom, nemáme medzi sebou nezhody*“ Ďalšia babička sa vyjadrila v tom zmysle, že ich vzájomné spolužitie vidí skôr v tom, že majú spoločnú kuchyňu, kde sa stretávajú asi najviac, občas si spoločne posedia pri televízii a popoludní sa ona venuje deťom, keďže rodičia sú v práci. Ďalšia babka dopĺňa tie predchádzajúce: „*Vzájomne si pomáhame, keď mladí potrebujú pomoc, sme tu vždy, pomôžeme postarať sa o vnučku, vyzdvihneme ju zo školy, staráme sa o ňu, keď sú jej rodičia v práci alebo nie sú práve doma a naopak, aj oni nám pomáhajú, hlavne, keď potrebujeme niekde zaviezt' a podobne.*“ Jedna babička zo spoločnej domácnosti sa vyjadrila v tom zmysle, že niekedy by bolo lepšie bývať oddelene, pretože sa s mladými nevedia dohodnúť mnohokrát ani na základných veciach, napr. čo as bude variť, nakoľko sa stravujú na spoločnej kuchyni a to je ako uviedla: „*Hotová katastrofa tá naša mladá nevesta, všetko mi okomentuje, hento nechce, tamto nechce, no keď sa jej nepáči, nech chodí domov skôr z práce a nech varí ona. Ja sa nechcem hádať, predsa sú tu deti, takže to zakaždým necháme prejsť časom a ideme ďalej.* Naopak babičky zo samostatných domácností vidia vzájomné vzťahy lepšie v tom význame, že každý si žije samostatne svoj život, ak je príležitosť, navštevujú sa a pomáhajú si ak je to potrebné: „*Každý máme svoju domácnosť, svoje potreby aj povinnosti. Ak je potrebné, prídem k deťom, alebo ich vezmem k sebe, tiež nám občas pomôžu pri dome, takže asi tak vzájomne sa snážíme vychádzať si v ústrety a vzťahy medzi nami nie sú napäté, lebo nie je prečo.*“ Babička z tejto skupiny porovnala spolunažívanie s rodičmi vnúchat a vnúchatami takto: „*Pred istým časom sme bývali všetci v našom dome. Teraz majú mladí samostatné bývanie a je to oveľa lepšie, také krajšie. Nikto sa nikomu do ničomu nemieša, nikto nikomu nič nevyčíta, nesnaží sa meniť to, čo má zaužívané. Sme si akoby vzácnejší. Keď sa stretneme, tešíme sa, že sme spolu.*“ Tieto odpovede sú ďaleko odlišné od tých z prvej skupiny, nakoľko z nich vyplýva aj akási súdržnosť s emocionálnym podkladom. Zdrojom fungujúcich vzťahov je vo všetkých rodinách porozumenie, vzájomná pomoc a rešpekt, v konečnom dôsledku sa tak zhodli všetky babičky a aj podľa ich vyjadrení prichádzame k tomu, že či spoločná či oddelená domácnosť, všetkých členov rodiny niečo spája, niečo, čo ich doslova núti vážiť si jeden druhého, rešpektovať sa navzájom a pomáhať si. Babička zo spoločnej domácnosti hovorí: „*Nieko by povedal, že nie je dobre, keď mladí žijú so svojimi rodičmi, že vzťahy nevesta – svokra alebo aj dcéra – svokra neplodia nič dobré, ale opak je pravdou. Nehovorím, že je u nás vždy všetko ideálne,*

kdežeeee. Neraz mi nevesta povie, že sa nemám do všetkého starať, najmä nie do výchovy vnúčat, aj keď ja sa snažím len pomôcť. Niekedy mi to príde nespravodlivé, že keď sa s deťmi hrám, keď ich viem zabaviť a zamestnať som im dobrá, ale keď poviem, že sa mi nepáči, keď nemajú poriadok v izbe, veci a hračky majú rozhádzané, nevesta povie, že si to upracú a ja sa tým nemusím zaoberať. Ale ako sa hovorí, po každej búrke slnko výjde, aj keď u nás ešte naozajstná búrka nebola. Podobne sa vyjadrili aj babky z oddelených domácností, no s tým rozdielom, že jednoducho povedané, kde platí, že „čo si sám navariš, to si aj zješ“, tam nemôžu byť veľké nezhody a rodiny sa snažia vychádzať spolu tak, aby vzťahy medzi nimi boli fungujúce.

Na fungujúce vzťahy nadväzuje hneď prieskum toho, či starí rodičia počítajú v budúcnosti s pomocou svojich detí, resp. vnúčat. Aj tu sa staré mamy z oboch skupín zhodli v tom, že ich vzťahy sú dobré natoľko, že si nevedia predstaviť, aby mali zostať na staré kolená v nejakom zariadení. Všetky babičky sa rozhovorili o tom, že aj napriek tomu, že občas príde ku konfliktom, zo strany svojich detí ale a aj vnúčat, aj keď sú ešte malé cítia lásku.

V otázke rešpektu detí voči starým rodičom boli staré mamy tiež jednotné, veď nepochybne každá, ako sa vyjadrili, ľúbia svoje vnúčatá. Babky žijúce v spoločnej domácnosti vyzdvihli aktivity, ktorými vyplňajú vnúčatám voľný čas: „Keď príde vnuk zo školy, prekontrolujeme si ešte úlohy a veci do školy na ďalší deň, ak chce porozpráva mi zážitky zo školy, ja sa ho samozrejme vypytujem na všetky podrobnosti (smiech, keďže poznám tunajších ľudí, som občas zvedavá aj na deti mojich známych). Zahráme si spoločenskú hru alebo sa len tak rozprávame pri pozieraní televízie.“ Ďalšia babička si s vnučkou kreslí, ďalšia tú svoju učí vyšívať, či prišívvať gombíky. Aj babičky z oddelených domácností venujú čas s vnúčatami užitočným aktivitám, aby im nikto nemohol v budúcnosti vytknúť, že svoje vnúčatá ničomu nenaučili: *Netrávime spolu veľa času, nie som s nimi pravidelne každý deň, ale snažím si ich vziať aj k nám, vtedy si urobíme prechádzku, zjídeme do parku, do cukrárne, ale chodievame aj do knižnice a tam si spolu obzeráme detské knižky a doma mi z nich vnučka vždy rada prečíta.*

V otázke vyváženia rodinného trojuholníka, ako vidíme v tabuľke máme pri porovnaní oboch skupín rozdielne, resp. opačné výsledky. Babičky v spoločnej domácnosti síce vidia rešpekt zo strany detí aj vnúčat, vidia fungujúce vzťahy aj dobré spolunažívanie všetkých členov, avšak rodinný trojuholník by si predstavovali trochu inak. Len 20% babičiek z prvej skupiny považuje rodinný trojuholník za vyvážený, pretože to majú doma veštko zorganizované podľa pravidiel, ktoré platia a každý je spokojný. Avšak u ďalších respondentov nie je spokojnosť v tejto oblasti. Babičky sa cítia ukrivdené: „Ak by podľa mňa mal fungovať trojuholník, hovorí jedna babička, mala by som tráviť ešte viac času so

svojimi vnúcatami, ale bez obmedzovaní a kritiky. Snažím sa ako viem, varím, periem, starám sa aj o domácnosť, veď mladí chodia do práce, chcem im uľahčiť domáce práce, venujem sa deťom, keď sú doma, no niekedy mám pocit, že to berú ako samozrejmosť, veď sme s mužom doma, tak čo iné by sme mali robiť. Preto si myslím, že do dobre fungujúceho trojuholníka by sme mali zahrnúť viac spoločne stráveného času, nielen starostlivosť o dom a deti.“ V druhej skupine je to naopak. Vzhľadom na to, že každý má svoju domácnosť, svoj program dňa, povinnosti atď...väčšina babičiek vidí vyváženosť rodinných vzťahov dobre. Stretávajú sa v rámci možností, telefonujú si a keď sú spolu, vedia si tie chvíle užiť pracovne aj spoločensky.

Tabuľka č.4 Vnímanie medzigeneračných vzťahov z pohľadu rodičov

	Rodičia žijúci spolu so starými rodičmi a deťmi	Rodičia žijúci samostatne
Otázka č.1	<i>Ako vnímate spolužitie so starými rodičmi?</i>	
	- Dobré 60% - Nie celkom dobré 40%	- Veľmi dobré 40% - Skôr dobré 40% - Nie veľmi dobré 20%
Otázka č.2	<i>Čo je zdrojom Vašich fungujúcich vzťahov? („Vzájomné pochopenie, porozumenie, úcta, rešpekt, vzájomná pomoc.)-</i>	
	- Porozumenie, vzájomná pomoc a rešpekt 100%	Porozumenie, vzájomná pomoc a rešpekt 100%
Otázka č.3	<i>Plánujete v budúcnosti zabezpečenie existencie, pomoci a starostlivosti o starých rodičov?</i>	
	- Áno – 100%	- Áno - 100%
Otázka č.4	<i>Myslíte, že majú Vaše deti rešpekt voči starým rodičom? Opíšte ich vzájomný vzťah.</i>	
	- Áno – 100%	- Áno - 100%
Otázka č.5	<i>Myslíte si, že rodinný trojuholník starí rodičia – rodičia – vnúcatá je vo Vašej rodine rovnomerne vyvážený? Ak nie, čo by sa podľa Vás malo zmeniť?</i>	

- Áno 60%	- Áno - 100%
- Nekedy áno, niekedy nie 20%	
- Nie 20%	

Ak sa pozrieme na výsledky vnímania medzigeneračných vzťahov z pohľadu rodičov, aj tu sa rodičia podobne ako starí rodičia v oboch skupinách rozchádzajú v názoroch v otázke č. 1 a v otázke č. 5. Avšak v porovnaní so starými rodičmi si až 40% rodičov žijúcich v spoločnej domácnosti myslí, že spolužitie všetkých členov nie je celkom dobré. Mamičky v rodinách sa viac menej vyjadrovali v tom zmysle, že im vadí, že nemajú samostatnú domácnosť len z toho dôvodu, že sa im starí rodičia miešajú do výchovy, že občas deti rozmaznávajú: „*Niekedy mám pocit, že čím je náš syn viac so staru mamou, tým je „múdrejší“, avšak v tom zmysle, že mi oponuje slovami....“ale babka povedala, že....“*. Vime, že na jednej strane nám maximálne pomáhajú so všetkým, ale niekedy by som si už rada vychutnávala aj samostatnú domácnosť“, vajdrila sa mamička v jednej rodine. V tejto otázke sa však rozchádzajú aj názory starých rodičov a rodičov v rámci oboch skupín. Podľa výsledkov sú starí rodičia tí, ktorí sú trpezlivejší a aj tolerantnejší lebo len 20% babičiek vníma spolužitie členov rodiny či už v jednej domácnosti alebo v domácnostiach oddelených ako zlé. U rodičov je to 40%.

Tabuľka č. 5 Vnímanie medzigeneračných vzťahov z pohľadu vnúchat

	Vnúčatá žijúce spolu s rodičmi a starými rodičmi	Vnúčatá žijúce len s rodičmi
Otázka č. 1	<i>Na čom je založený Tvoj vzťah k starým rodičom? Je niečo čo ho robí jedinečným, nenahradiateľným?</i>	
	- Úcta a láska 100%	- Úcta a láska 100%
Otázka č.2	<i>Zasahuje starý rodič do Tvojej výchovy? Ako to vnímaš , snažíš sa to akceptovať, alebo to odmietaš?</i>	
	- Áno, zasahujú, ale snažím sa to rešpektovať 60% - Áno a nepáči sa mi to 20% - Nie, nezasahujú 20%	- Myslím, že ani nie 80% - Niekedy áno 20%
Otázka č.3	<i>Pomáhajú Ti starí rodičia s prípravou na vyučovanie, prípadne sa Ti od nich dostáva inej pomoci?</i>	
	- Áno 80% - Nie 20%	- Nie 80% - Áno 20%
Otázka č.4	<i>Koľko času tráviš so svojimi starými rodičmi? Opíš Váš spoločne strávený čas</i>	
	- Veľa 80% - Skôr menej 20%	- Skôr málo 80% - Tak akurát 20%
Otázka č.5	<i>Myslíš, že toho spoločného času je až priveľa, akurát alebo málo?</i>	
	- Tak akurát 100%	- Málo 80% - Tak akurát 20%

Ak sa pozrieme na vnímanie medzigeneračných vzťahov z pohľadu vnúchat, vidíme tu takmer vo všetkých otázkach výrazné rozdiely, čo svedčí naozaj o tom,

že medzigeneračné vzťahy sa naozaj líšia v súvislosti s miestom bydliska, teda veľký význam má v tejto oblasti to, či starí rodičia žijú v spoločnej domácnosti s rodičmi a deťmi alebo majú samostatné domácnosti. Len v otázke na čom je založený vnúchat vzťah k starým rodičom sa vnúchatá z oboch skupín zhodli na úcte, rešpekte, všetci sa vyjadrovali v tom zmysle, že svojich starých rodičov ľúbia a sú radi, že ich majú. Jeden chapek sa krásne vyznal z lásky ku svojim starým: *„Mám dve babky a dvoch dedkov, ale nebývajú s nami. Keď mi je smutno, zavolám im a poviem, aby prišli k nám a oni prídu. V lete k nim chodievam na prázdniny. Jedna babka má psíka aj mačičku aj zajačiky a ja ich s ňou kŕmim. Chodíme spolu do lesa a keď náhodou prší, babka stále vymyslí nejakú srandovnú hru, ktorú nepoznám. Alebo mi raz vymyslela hračku z nitky a gombika, takú ktorá sa natočí a tá šnurka potom vŕzga. Ukázal som to chlapcom v škole, závideli mi, že mám babku, ktorá vie takéto veci. Mám kamaráta, ktorý už nemá ani babku ani dedka. Bol by som veľmi smutný, keby som ich stratil.“* Vnúchatá rad radom opisovali svoje aktivity, hry, činnosti, ktoré robia so svojimi starými rodičmi keď sú spolu. Od čítania rozprávok, cez prípravu úloh do školy, kreslenie, modelovanie z plastelíny, vyrábanie figúrok z gaštanov, bicyklovanie sa deti rozrečnili o všetkých možných aktivitách, ktorými trávajú spoločný čas so starými rodičmi. V tomto si boli všetky deti podobné a ich odpovede tiež. Rozdiely však prišli v pohľade na to, či starí rodičia zasahujú do ich výchovy. V spoločnej domácnosti je to len 20% starých rodičov, ktorí im do výchovy nezasahujú, 20-tim% to nevadí a 60% vnúchat sa vyjadrilo, že im to vadí, ale snažia sa to akceptovať. Na otázku, čo im najviac vadí odpovedali deti v tom zmysle, že nemajú rady, keď im starí rodičia hovoria čo a kedy majú robiť. *„Mám svoju babku veľmi rád a aj dedka, ale niekedy prídem zo školy, chem si zahrať mobil alebo počítač a babka mi hneď povie, aby som si najprv urobil úlohy, komanduje ma, že „chod' sa hneď prezliecť, umy si ruky,...“ a všetko musí byť hneď pod minúťou tak ako ona chce“* Väčšine detí vadí práve to, že ak ich chcú aj starí rodičia vychovávať, vnímajú to ako komandovanie a to aj napriek tomu, že sú deti mladšieho školského. Avšak deti z oddelených domácností to takto nevidia. Nie sú tak často pod výchovným vplyvom starých rodičov a ak aj sú, toho spoločne stráveného času je tak málo, že nevnímajú nejaké negatívne vplyvy či zásahy do ich výchovy. Svedčia o tom aj ďalšie vzájomne súvisiace otázky, v ktorých sú pri porovnaní oboch skupín opäť viditeľné rozdiely. 80% vnúchat so spoločnej domácnosti trávi so svojimi starými rodičmi veľa času a zároveň sa rovnaké percento vnúchat vyjadrilo, že im starí rodičia pomáhajú s prípravou na vyučovanie. Píšu spolu diktáty, počítajú príklady, čítajú čítanky, dokonca sa deti priznali, že keď prídu rodičia z práce už na to nemajú čas. *„Keď prídem zo školy babka sa ma vždy opýta, či mám už urobené úlohy. Ak nemám,*

urobíme si ich spoločne alebo si ich urobím sama a babka mi ich len skontroluje. Ak už úlohy mám, niečo jej prečítam alebo mi nadiktuje diktát. Babka mi však pomáha aj s projektami, vystrihujeme si spolu obrázky alebo mi poradí čo mám nakresliť alebo napísať. Mamina s ocinom už na to večer nemajú čas“, hovorí vnučka z prvej skupiny. Tieto deti podľa vyjadrení trávia so starými rodičmi pomerne dost času, vraj tak akurát. V druhej skupine však vzhľadom na to, že deti nemajú starých rodičov pri sebe, nevnímajú ani neagatívne vplyvy vo výchove z ich strany ale nemajú ani toľko možností na spoločné učenie či na hry. Až 80% detí nemá pri sebe starých rodičov pri príprave na vyučovanie a spoločného času majú málo. „*Chodím do školského klubu a ak sa popoludni v ten deň stretnem s babkou alebo dedkom už si úlohy nerobíme. Radšej pozeráme spolu telku a rozprávame sa alebo ideme spolu vonku. Babka býva na druhom konci dediny. Keď sú naši dlhšie v práci, vezme ma k sebe domov, tam som aj s dedom v dielni a ukazuje mi rôzne náradia a stroje. Potom keď sa naši vrátia z práce aj my sa vrátíme k nám domov. Chcel by som, aby takých dní bolo viac.*“ „*Len 20% detí z druhej skupiny si myslí, že so svojimi starými rodičmi trávia spoločného času tak akurát. Väčšina z nich si teda sa aj napriek tomu, že trávia čas so starými rodičmi aktívne myslí, že sú ako rodina spolu so starými rodičmi veľmi málo. Jedna vnučka sa vyjadrila nasledovne: „Babka k nám chodievala málo, väčšinou vtedy, ak ju mamka poprosí aby prišla. Lebo ona bude dlhšie v práci. Ak ide mamina pracovne preč z domu, babka k nám príde aj na noc. Vtedy je to super. Je to akoby s nami bývala, no je to naozaj len niekedy. Vyberie ma zo školy a viem, že nemusí v ten deň odísť. Večer mi uvarí puding, pozeráme telku alebo nám babka rozpráva o tom aké to bolo, keď mala toľko rokov ako my. Pred spaním nám číta rozprávky a potom sa modlíme k anjeličkovi strážničkovi, to ma naučila babka a ráno nás vychystá do školy. Bolo by fajn, keby u nás bola každý deň.“*“ Tému modlitby spomínali viaceré deti z oboch skupín, že práve babky ich vedú k modleniu.

Tabuľka č. 6 Medzigeneračná solidarita a poskytovanie starostlivosti vo viacgeneračnej rodine z pohľadu starých rodičov.

	Starí rodičia žijúci spolu s rodičmi a deťmi	Starí rodičia žijúci samostatne
Otázka č. 1	<i>Podieľate sa na financovaní domácnosti? Ak áno, akým spôsobom? (nemáme na mysli konkrétne finančné položky).</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 60% - Áno, ak potrebujú pomoc 20% - Nie 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Nie, keďže žijeme oddelene 60% - Vieme pomôcť - 20% - Áno - 20%
Otázka č.2	<i>Ste spokojný/spokojná s výchovou Vašich vnúčat? Je niečo, čo by ste radi zmenili, zlepšili na základe Vašich životných skúseností?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Aj áno, záleží od situácie 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno, sme spokojní 60% - Určite je čo zmeniť, zlepšiť 40%
Otázka č.3	<i>Ak vyjadrite svoj názor na chod domácnosti alebo na výchovu detí, je Váš názor akceptovaný? Viete nachádzať kompromisy pri rozdielnych názoroch?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 80% - Nie vždy 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno - 100%
Otázka č.4	<i>Hovorí sa, že vlastné deti sú na starosť, no vnúčatá na radosť. Stotožňujete sa s týmto názorom? Mali by rodičia vychovávať a starí rodičia rozmaznávať?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Určite áno, do istej miery 80% - Nie 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno - 100%
Otázka č.5	<i>Niektorí rodičia si radi a často pýtajú pomoc u starých rodičov, platí to aj vo Vašej rodine? Ak áno, nie je to potom vo výchove na škodu? V tom zmysle, že niektorí rodičia napr. opakujú chyby svojich rodičov?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno, pýtajú si pomoc 60% - Len niekedy 20% - Nie 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 80% - Nie 20%

Druhou oblasťou nášho skúmania bola medzigeneračná solidarita a poskytovanie starostlivosti vo viacgeneračnej rodine z pohľadu starých rodičov a aj rodičov. Opäť sme respondentom v obch skupinách položili päť otázok, v ktorých sa ako vidíme v tabuľke č.7 ich názory značne rozchádzajú. Kým sa 60% starých rodičov v spoločnej domácnosti podieľa na financovaní domácnosti a ďalších 20% vtedy, ak to potrebujú – ide väčšinou o prispievanie na energie a potravinové nákupy, resp. o rôzne jednorázové položky – či už ide o opravu domu, investície do domu a podobne, tých istých 60% starých rodičov sa na financovaní domácnosti svojich detí nepodieľa, nakoľko žijú oddelene a každý si financuje to svoje, 20% starých rodičov v jednej aj druhej skupine prispievajú vtedy, ak to mladí potrebujú a len 20% starých rodičov v oddelených domácnostiach prispieva mladým pravidelne.

Zaujímavé boli odpovede na otázku, či sú starí rodičia spokojní s výchovou vnúchat. V prvej skupine viac menej odznel súhlas u všetkých respondentov aj keď s tým, že záleží od situácie: „*Naše vnúchatá sú vychovávané rodičmi ale aj nami, keďže sme tu všetci v jednom dome a staráme sa o ne, keď ich rodičia nie sú v práci. Avšak naozaj záleží od situácie, lebo stáva sa aj to, že ja by som isté veci riešila inak. Napríklad vnuk príde s požiadavkou, že chce niečo nové, niečo, čo nemusí hneď byť, chcel takto nový bicykel, a netvrším, že na to mladí nemajú, ale povedala by som, že by bolo vhodné ho najprv niečím motivovať. Chcem tým povedať, že sa mi nepáči to, že len čo si deti zmyslia, to hneď majú. Takto sa však nenaučia tomu, že v živote im nepríde všetko čo budú chcieť len tak.*“ V druhej skupine si však 40% starých rodičov myslí, že je čo vo výchove zmeniť, zlepšiť. Nakoľko títo starí rodičia dochádzajú za svojimi vnúchatami alebo vnúchatá za nimi, vidia štýl výchovy, pretože ich nemajú dennodenne na očiach, preto im občas niečo aj udrie do očí. Väčšina z nich sa vyjadrila, že sa im nepáči, keď počujú ako deti odvrávajú rodičom, ako si odmietajú plniť svoje povinnosti, trucujú a aj keď niektoré tieto prejavy patria k detskému veku, rodičov akoby to ani nezaujímalo a nevšímajú si to. Deti sa občas prídu požalovať babkám, než aby to, čo ich trápi porozprávali svojim rodičom. Ak vyjadrí svoj názor na výchovu alebo na chod domácnosti, sú ich názory zväčša akceptované. V samostatných domácnostiach na 100%, aspoň si to babky myslia, keďže nedochádza ku konfliktom kvôli výchove detí. V spoločnej domácnosti si 20% starých rodičov myslí, že to, čo povedia mladým na adresu výchovy nie je akceptované, pretože ich mladí považujú za staromódnych.

Na otázku o spokojnosti s výchovou úzko súvisí aj ďalšia otázka zameraná na výchovu vnúchat zo strany starých rodičov. Analýzou rozhovorov sa ukázalo, že babičky síce svoje vnúchatá veľmi rady vychovávajú ale aj rozmaznávajú a vo výchove vnúchat bývajú aj nedôsledné. Aj keď si starí rodičia uvedomujú, že dieťa

musí poslúchať v prvom rade rodičov a nemalo by dochádzať k rozdielnym výchovným pôsobeniam, napriek tomu si uvedomujú že deti rozmaznávajú tým, že im dovoľujú oveľa viac ako ich rodičia. Babička z prvej skupiny sa k tejto otázke vyjadrila takto: „*Obaja rodičia pracujú, po práci utekajú na nákup, doma ich čaká tiež nejaká práca a na deti im zostáva čas len počas víkendov. My sme s nimi každý deň a chceli by sme im dopriať všetko. Viem, že svojim prístupom podrývam autoritu matky, ale občas to vidím aj u otca, že si chce získať vnuka na svoju stranu. Nie je to správne, ale verím, že časom sa to urovná*“ Babka z druhej skupiny sa vyjadrila jednoducho: „*Deti majú len jedno detstvo, tak nech si užívajú. My sme tu preto, aby sme ich rozmaznávali, tešíme sa, že nás vnúčatá chcú a preto my im chceme dať čo najviac.*“ Najčastejším spôsobom rozmaznávania v oboch skupinách je kupovanie sladkostí, hračiek, oblečenia, hranie sa s mobilom, pozeranie televízie, starí rodičia veľmi radi plnia svojim vnúčatám ich želania a dokonca akceptujú aj porušovanie pravidiel, najmä ak sú nastavené rodičmi. Na druhej strane sa však babky hneď bránili tým, že si nemyslia, že ich rozmaznávajú až tak veľmi, pretože ak si zaslúžia, vedia im aj na zadok capnúť. Vnúčatá ich však vždy berú z rešpektom a bez dlhých hnevov.

Poslednou otázkou v rámci medzigeneračnej solidarity sme zisťovali či si rodičia pýtajú a ako často pomoc v oblasti výchovy u starých rodičov a tiež či to nie je na škodu. Z uvedenj tabuľky vyplýva, že v spoločnej domácnosti si 60% rodičov pýta pomoc od starých rodičov, čo však ako uvádzajú nie je na škodu, pretože ako uvádza respondentka: „*Áno, potrebujú našu pomoc a vždy nás aj poprosia. Ved' kto by bol s tými malými, keby sme tu neboli?*“ – hovorí a usmieva sa babička z prvej skupiny. Starí rodičia sa vyjadrili, že odovzdávajú síce svojim deťom výchovné rady a pomáhajú im s deťmi ako vedia, pričom sa snažia vyhýbať sa vlastných chýb z výchovy svojich detí. Na vnúčatá su podľa viacerých výpovedí babičky menej prísne ako boli v detstve na ich rodičov, sú ochotné vnúčatám viac ponúknuť, splniť im viac želaní, venovať im viac pozornosti a rozmaznávať ich. Chcú svojim vnúčatám vynahradiť to, čo nedali ich rodičom aj keď sa im to možno nie vždy darí. Podobne to bolo aj v skupine oddelených domácností.: „*Nevesta mi často zavolá, že ma potrebujú, či už zostať s vnučkou doma po škole, alebo aj večer. Stáva sa, že som s ňou doma, keď je chorá a nevesta chodí do práce. Aj doma mám čo robiť. Mm dom, záhradu, ešte nejakú hydinu, ale ešte máme dedka, ktorý ma v tomto rád zastúpi a povie: „Chod', keď Ťa potrebujú“ A nemyslím, že je to na škodu. Ved' kedy inokedy by som bola s vnučkou?*“ – hovorí babka z druhej skupiny.

Tabuľka č. 7 Medzigeneračná solidarita a poskytovanie starostlivosti vo viacgeneračnej rodine z pohľadu rodičov.

	Rodičia žijúci spolu so starými rodičmi a deťmi	Rodičia žijúci samostatne
Otázka č. 1	<i>Podieľajú sa starí rodičia na financovaní domácnosti? Ak áno, akým spôsobom? (nemáme na mysli konkrétne finančné položky)</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno, máme to rozdelené 60% - Skôr prispievajú deťom 20% - Nie, nechceme ich zaťažovať 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Nie, keďže žijeme oddelene 60% - Pomôžu nám, keď to potrebujeme – 20% - Skôr podporujú deti - 20%
Otázka č.2	<i>Ste stotožnený/á s tým, keď starí rodičia zasahujú do výchovy Vašich detí? Je niečo, čo by ste radi zmenili, resp. využívate pri výchove detí aj životné skúsenosti starých rodičov.</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Nemáme radi, ak zasahujú do výchovy 60% - Niekedy si necháme poradiť 20% - Môžu zasahovať do výchovy 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Nesúhlasíme s tým, ak menia náš štýl výchovy 80% - Nemáme problém s tým, ak nám občas poradia 20%
Otázka č.3	<i>Akceptujete názory starých rodičov na chod domácnosti alebo na výchovu detí? Viete nachádzať kompromisy pri rozdielnych názoroch?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno, názory akceptujeme a vieme nachádzať aj kompromisy 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno, aj keď žijeme každý samostatne 100%
Otázka č.4	<i>Hovorí sa, že vlastné deti sú na starosť, no vnučatá na radosť. Stotožňujete sa s týmto názorom? Mali by rodičia vychovávať a starí rodičia rozmaznávať?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno, ale v rámci istých hraníc 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno, ale do určitej miery 80% - Nie 20%
Otázka č.5	<i>Niektorí rodičia si radi a často pýtajú pomoc u starých rodičov, platí to aj vo Vašej rodine? Ak áno, nie je to potom vo výchove na škodu? V tom zmysle, že niektorí rodičia napr. opakujú chyby svojich rodičov?</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 60% - Niekedy áno, niekedy nie 20% - Nie 20% 	<ul style="list-style-type: none"> - Áno 80% - Nie 20%

Podobné otázky aké dostali starí rodičia sme položili aj rodičom. Vo financovaní domácnosti sa zhodli ako rodičia obch skupín tak aj rodičia a starí rodičia navzájom. Rozdiely je však vidieť v zásahu do rodiny. 40% rodičov v spoločnej domácnosti nechce aby starí rodičia zasahovali do výchovy ich detí, aby menili to, čo budujú oni sami. V skupine samostatne žijúcich rodičov a detí až 80% z nich nesúhlasí s tým, ak im starí rodičia menia štýl výchovy, resp. ak sa o to snažia. Vo väčšine prípadov je dôvodom to, že staré mamy pristupujú k vnúčatám presne tým istým spôsobom a štýlom ako kedysi pristupovali k nim samotným. „ *Moja mama bola na mňa kedysi veľmi prísna, otec rovnako. Kontrolovali ma, nikam ma nepúšťali, mala som neskôr problémy v kolektíve, ťažko som nadvzovala kamarátske vzťahy. Nechcem, aby sa niečo z toho prenieslo aj na moje deti. Aj keď vidím, že sa moja mama snaží byť k nim rovnaká ako bola ku mne, predsa si len chcem svoje deti vychovať sama. Nebránim jej aby mi poradila ako veci vylepšiť.* “ – hovorí respondentka z druhej skupiny. Podobne rozprávali aj ďalšie mamy z oboch skupín v tom zmysle, že ak mali oni v detstve prísne mamy, snažia sa byť ku svojim deťom benevolentnejšie ale aj opačne. Boja sa, aby staré mamy nezaviedli ten istý výchovný štýl aj pri ich deťoch. Rodičia v oboch skupinách sú presvedčení že vychovávať majú oni, pretože len oni sú zodpovední za svoje deti. Samozrejme, že výchovný vplyv na deti majú aj starí rodičia, veď im majú čo odovzdať a majú aj ich povolenie, no ak sa ich vedenie rozchádza je potrebné hľadať kompromis a s tým nemajú problém ani v jednej rodine. V otázke výchovy versus rozmaznávania sa takmer zhodli starí rodičia s rodičmi detí aj respondenti v oboch skupinách. Aj rodičia si myslia, že kto môže viac rozmaznávať sú babičky a dedkovia. Uznávajú, že ich deti sú pre ne radosťou. Rovnako sa zhodli respondenti aj v otázke prijímania pomoci vo výchove. Aj keď na jednej strane rodičia v oboch skupinách odmietajú výchovný zásah starých rodičov, na druhej strane ich pomoc potrebujú a dokonca o ňu aj požiadajú. Väčšie percento je v skupine oddelených domácností, pretože ako hovorí respondentka: „ *Starí rodičia sú najbližší ľudia po mne a manželovi, kto sa dokáže o naše deti postarať najlepšie, keď my s manželom kvôli práci nemôžeme. Sme vždy radi, keď babka môže prísť. Mám mamu aj svokru a obe sa striedajú keď to potrebujeme a sme im za to vždy veľmi vďační. Veď tie decká sa s nimi aj učia aj hrajú aj bláznia a sú šťastné, keď s nimi môžu byť.* “

Diskusia

V metodologickej časti svojej práce sme uviedli tri výskumné otázky, na ktoré som sa prostredníctvom výskumu snažila nájsť odpovede. Obsahom tejto kapitoly je stručné zhrnutie výsledkov výskumu v nadväznosti na stanovené výskumné otázky.

Prvou otázkou bolo zistenie či majú starí rodičia žijúci samostatne lepší vzťah s rodičmi vnúcat aj s vnúcatami ako starí rodičia žijúci spolu so svojimi deťmi a vnúcatami v jednej domácnosti. Výsledky výskumu zhrnuté v tabuľkách č.3, 4 a 5 zamerané na zisťovanie medzigeneračných vzťahov poukazujú na to, že starí rodičia žijúci oddelene majú so svojimi deťmi, teda rodičmi vnúcat a aj so svojimi vnúcatami lepšie vzťahy ako ich majú starí rodičia žijúci v spoločnej domácnosti. Asi najväčším a najkrajším dôkazom toho je vyjdenie babičky, ktorá sa vyznala z toho, že keď nie sú všetci spolu, sú si oveľa vzácnejší a bližší, že vzdialenosť medzi nimi nie je diaľka v láske.

Druhou výskumnou otázkou sme zisťovali, či miesto bydliska vplýva na formovanie názorov na výchovu vnúcat? Výsledky rozhovorov však ukazujú, že v tejto oblasti spoločné alebo oddelené bývanie nehrá rolu. Starí rodičia sú viac menej spokojní s výchovou ich vnúcat. Ak dôjde k výchovnému zásahu z ich strany, je rodičmi akceptovaný, resp. to takto starí rodičia vnímajú. Rodičia v oboch skupinách síce nie sú veľmi naklonení zmenám vo výchove zo strany starých rodičov, ale vedia nachádzať kompromisy, pretože sú si vedomí toho, že starých rodičov potrebujú. Stále máme na mysli, že pokiaľ ide o starostlivosť o vnúcatá, jej predmetom sú deti mladšieho školského veku.

Tretou výskumnou otázkou sme zisťovali, či starí rodičia menia starí rodičia výchovný štýl pri výchove vnúcat v porovnaní s výchovným štýlom, ktorý uplatňovali pri výchove svojich detí. Z tabuľky č.6 vyplýva, že bez ohľadu na to, či starí rodičia žijú v spoločnej domácnosti alebo oddelene, svoje vnúcatá radi rozmaznávajú, radi porušujú pravidlá a napokon ich radi aj prevychovávajú, hlavne ak majú pocit, že ich rodičia to robia zle alebo niečo zanedbali. Avšak si to mnohí aj priznávajú, že to občas s rozmaznávaním preháňajú. S tým súvisí aj odpoveď na tretiu výskumnú otázku. Z výskumu vyplýva, že rodičia menia výchovné štýly pri výchove svojich vnúcat. Väčšina z respondentov sa vyjadrila, že sa snažia neopakovať chyby, ktorých sa dopustili pri výchove svojich detí. V rámci výskumu sme sa stretli aj s rodinou, v ktorej sa výchovný štýl nemenil a to práve preto, lebo išlo o prísnu babku, ktorá rozmaznávanie vnúcat nepovažuje za vhodné. V prvom rade kládla dôraz na dodržiavanie pravidiel a tie musia platiť aj dnes. Dôležitým faktorom pri zmene výchovných štýlov je podľa starých rodičov aj to, aby boli s ich vplyvom na deti spokojní najmä ich rodičia. Súčasťou výskumu medzigeneračnej solidarity a poskytovania starostlivosti vo viacgeneračnej rodine bolo aj zisťovanie ako často preberajú rodičia výchovný štýl svojich rodičov pri výchove detí. Výsledkom môjho výskumu bolo zistenie, že rodičia, ktorí prežili spokojné a radostné detstvo, v ktorom však vládli aj pravidlá, prenášali výchovný štýl svojich rodičov aj na svoje deti. V týchto rodinách si respondentky na základe rôznych skúseností uvedomovali podobnosť

svojho výchovného pôsobenia na dieťa s tým, ako sa k nim chovali ich rodičia v detstve.

Ak zhrnieme výskumné otázky a čiastkové ciele, dopracujeme sa vyhodnoteniu hlavného cieľa a môžeme konštatovať, že sa kompletnou analýzou rozhovorov zistilo, že vo všetkých prípadoch dochádzalo k pozitívnemu vplyvu aj k negatívnemu vplyvu na vnúčatá zo strany starých rodičov nezávisle od miesta bydliska. V žiadnom z prípadov sa nedalo povedať, že by staré mamy mali jednoznačne pozitívny vplyv alebo vyslovene negatívny vplyv. Ak zhrnieme pozitívne vplyvy, máme tu predovšetkým oblasť budovania identity dieťaťa - rozprávanie príbehov z detstva, vlastný vzor správania, učenie k priateľskosti, budovanie hodnotového rebríčka, rozvoj kreativity a tvorivosti – to všetko má podiel na budovaní identity dieťaťa. Autorka knihy Naše milované vnúča, M. Stoppard (2013) tvrdí, že prarodičia sú tými osobami, ktoré majú ideálne postavenie na to, aby podporovali a narábali s osobnostnými črtami vnúčaťa, pretože vedia všetko potrebné k tomu, ako pomáhať dieťaťu vytvárať jeho identitu. Za negatívne vplyvy, na ktoré môžeme na základe výskumu poukázať považujeme najmä nedôslednosť vo výchove a smerovanie výchovy k tzv. rozdvojenej výchove. Nedôslednosť vo výchove občas podľa výsledkov rozhovorov smerovala aj ku konfliktom medzi babičkami a matkami vnúčať. Avšak babičky si v kútiku duše priznávali, že sú si svojich chýb vedomé a pre dobro rodiny sa snažia o to, aby k takýmto konfliktom nedochádzalo kvôli ich výchovným chybám. Napokon aj keď majú prarodičia veľké množstvo jedinečných skúseností, ktoré sú pre nich určujúcimi pri rozdielnych názoroch na výchovu, veľa prarodičov sa mení (Rogge, 2005).

Záver

V predloženej diplomovej práci sme sa zaoberali otázkou vplyvu starých rodičov na výchovu vnúčaťa. Cieľom výskumu bolo mapovať vplyv a význam starých rodičov pri výchove svojich vnúčať. Hlavný cieľ výskumu smeroval k zisťovaniu pozitívnych a negatívnych vplyvov výchovy vyskytujúcich sa pri konaní starých rodičov vo výchovnej činnosti. Zamerali sme sa tiež na zistenie postavenia a úlohy starých rodičov vo výchove detí v rodine v závislosti od miesta bydliska.

V teoretickej časti sme definovali základné pojmy potrebné na riešenie výskumnej problematiky. Po definovaní základných pojmov sme v praktickej časti popísali metodológiu výskumu a analýzu získaných dát. Na základe analýzy získaných dát môžeme dospieť k záveru, že naše výskumné otázky boli zodpovedané. Naším výskumom sme dokázali, že starí rodičia žijúci oddelene od svojich detí a vnúčať majú lepšie vzťahy s rodičmi vnúčať aj s vnúčaťami. Naš

výskum tiež dokázal, že pozitívne výchovné vplyvy starých rodičov vedú k rozvoju komunikačných schopností a kreativity dieťaťa. Ako sa vo všeobecnosti tvrdí, že starí rodičia sú na rozmaznávanie a rodičia na výchovu – v našom výskume sa to viac menej potvrdilo. Rozmaznávanie u prarodičov prevyšovalo, avšak sú aj starí rodičia, ktorí dieťa vychovávali prísne a nepodporovali rozmaznávanie

V otázke zmeny výchovného štýlu prarodičov uplatňovaného pri výchove svojich detí došlo k zmenám tohto štýlu hlavne v prípadoch, kedy sa prarodičia snažili napraviť svoje chyby pri výchove vlastných detí a chceli tak vnúčaťu ponúknuť viac, ako to bolo v prípade výchovy vlastných detí.

Kvalita života v akejkolvek spoločnosti je priamo závislá od kvality rodinného života. Premeny, ktoré sprevádzajú transformáciu našej spoločnosti, sa bezprostredne týkajú aj rodiny. Rodina, ale i rodinné prostredie, prechádza mnohými kvantitatívnymi ale aj kvalitatívnymi zmenami, ktoré v období v súvislosti so spoločenským vývojom, zmenami v medzigeneračných zmenami, zrýchľujúcim sa tempom života sa rodina v poslednom období sa stáva jemnejšou, krehkejšou a veľakrát potrebuje viac podpory ako kedykoľvek predtým. Preto môžeme konštatovať, že vytvorenie priaznivého rodinného prostredia a schopnosť realizovať kvalitný rodinný život alebo rodinný trojuholník je jedna z najťažších úloh človeka. Harmonická rodina, harmonické rodinné prostredie s dobrými citovými väzbami, s atmosférou vzájomnej dôvery a úcty, vzbudzujúca u členov rodiny pocit istoty a bezpečia má priaznivý vplyv na celé výchovné pôsobenie rodiny. Najvhodnejšie podmienky pre celkový rozvoj dieťaťa má úplná rodina. Každá funkcia matky a otca je nezastupiteľná, pričom vzájomný vzťah rodičov formuje dynamiku rodinného života. Rodičia by mali byť pre dieťa autoritou, mali by pre neho stelesňovať prirodzenú ochranu a zároveň byť pre neho vzorom a modelom správania. K tomu všetkému by však mali prispievať aj starí rodičia ako neodmysliteľná súčasť rodiny ako spoločenskej jednotky.

Zoznam bibliografických odkazov

ACKERMANOVÁ, E., 2015, *Tretí groš.*, Posta libri. 168 s. ISBN 978-80-8156-055-2

HASMANOVÁ, MARHÁNKOVÁ., J. (2013). *Aktivita jako projekt*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2013. 171 s. ISBN 978-80-7419-152-7.

JAKABČIČ, I. (2002). *Základy vývinovej psychológie*. Bratislava: IRIS, 2002. 84 s. ISBN 80- 89018-34-3.

MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, M., et al. 1996. *Velký sociologický slovník I*. Karolinum, Praha, 747 s. ISBN 80-7184-310-5.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA Publishing, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

ROGGE, J. – U. 2005. *Rodiče určují hranice*. Praha: Portál. ISBN 8071789909

STOPPARD, M. (2013). *Naše milované vnůča*. Bratislava: SLOVART.

ŠTEFANOVIČ, J., GREISINGER, J. (1987). *Psychológia*. 2. vydanie. Martin: Osveta, 1987. 325 s. ISBN 70-038-87

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 386 s. ISBN: 978-80-262-0644-6

OŠETROVATEĽSTVO/ NURSING

DOM OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI Z POHĽADU LAICKEJ VEREJNOSTI

NURSING HOME FROM THE POINT OF VIEW OF THE LAY PUBLIC

Marianna Bruňová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.

Detašované pracovisko bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku Spišská Nová Ves - Prešov

E-mail: Curmova.m@zoznam.sk

Školiteľ/scientific adviser: doc. PhDr. Anna Murgová, PhD. mim.prof.

Abstrakt

Úvod: Dom ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu laickej verejnosti. Identifikácia poznatkov laickej verejnosti o umiestnení príbuzného či blízkeho člena rodiny v Dome ošetrovateľskej starostlivosti a úroveň vedomosti laickej populácie súvisiace so službami poskytovaných v Dome ošetrovateľskej starostlivosti.

Súbor a cieľ výskumu: Cieľom výskumnej analýzy bolo zistiť postoje laickej verejnosti o existencii Domu ošetrovateľskej starostlivosti. Výskumný súbor tvorilo 130 respondentov, pohybujúcich sa v okolí nemocnice Svet zdravia Trebišov, ale aj náhodne vyskytujúcich sa v meste Michalovce a Trebišov.

Metódy: Súbor tvorilo 130 (100,00 %) respondentov rôzneho veku a pohlavia, s rôznou úrovňou dosiahnutého vzdelania, vyskytujúcej sa v okolí nemocnice, ale aj mimo nej. Empirickú časť našej práce bude tvoriť výskum, realizovaný metódou dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník pozostáva z 25 otázok, jednotlivé položky sú hodnotené 5 bodovým rozsahom Likertovej škály.

Výsledky: Výsledky ukázali, že priemerné skóre postojov sestier k starostlivosti o umierajúceho a jeho rodinu bolo 98,76 bodov. Signifikantná rozdielnosť bola zistená medzi praxou sestier a subškálami odhaľujúcimi strach a malátnosť zo smrti a vzťah s umierajúcim. Zároveň sa signifikantná rozdielnosť prejavila medzi vekom sestier a subškálou odhaľujúcou rodinu ako starostlivosť.

Záver: Laická verejnosť nemá dostatočné vedomosti o možnostiach využitia umiestnenia v Dome ošetrovateľskej starostlivosti a súvisiacich poskytovaných službách. Starší respondenti prejavujú väčší záujem o starnúcu populáciu, výsledky poukazujú, že mladšia populácia nejaví dostatočný záujem a nejaví pozornosť starnúcej populácie vo svojom okolí.

Kľúčové slová

Starnutie. Pomoc. Rodina. Sestry. Starostlivosť.

ABSTRACT

Introduction: Nursing home from the point of view of the lay public. Identification of knowledge lay public on the location of a relative or close family member in the nursing home and the level of knowledge of the lay population related to the services provided in the Nursing Care House.

Research file and objective: The aim of the research was to find out the positions of the lay public and the existence of the Nursing home. The research file consisted of 130 respondents moving around the hospital World health Trebišov but also randomly occurring in the city Michalovce and Trebišov

Methods: The file consisted of 130 respondents different ages and sex, with different levels of educational attainment occurring around the hospital or outside it. Empirical part of our work will consist of research, realized methods of the questionnaire of its own structure. Questionnaire consists of 25 questions, individual items are evaluated by a 5-point range Likert scale.

Result: The result showed that the lay public do not have sufficient information about the provision of nursing home services. Other results prove that the general unprofessional public does not sufficient interest in the ageing generation and there is no interest in the overall health development of the population.

Inference: The lay public does not have sufficient knowledge of the possibilities of using the placement in the Nursing Home and related services. Older respondents are more interested in an ageing population, the results show that the younger population has not shown sufficient interest and does not attract the attention of the ageing population around it.

Key words:

Aging. Help. Sisters. Care.

Úvod

V súčasnej uponáhľanej dobe sa často krát v praxi stretávame s problémom pri starostlivosti o našich príbuzných. Členovia rodín, známi, či členovia istých komunit potrebujú často pomoc iných. V mnohých prípadoch môžeme hovoriť o dlhodobej a širokospektrálnej pomoci, nakoľko narastá počet chronických pacientov. Medzi chronických a dlhodobu chorých pacientov patrí zväčša naša najstaršia populácia, ktorá je bezbranná a bezmocná, bez pomoci iných.

Práve postoje členov rodiny a príbuzných vedú k neustálemu hľadaniu nových možností pri pomoci pri starostlivosti o chronicky chorých pacientov. Veľmi podstatné je zdôraznenie možnosti dlhodobej starostlivosti v ústavnej a v domácej starostlivosti. Výrazným faktorom je dosiahnutie najefektívnejšej spolupráce príbuzných so zdravotníckym personálom. Súlad profesionálnych odborných vzťahov medzi sestrou, pacientom a blízkou osobou, ktorá je súčinná pri starostlivosti má význam pri rýchlejšom prinavrátení zdravia, či zvyšovaní sebestačnosti pacienta.

Diplomová práca sa zaoberá problematikou, ktorá je spomínaná. Zaoberá sa podrobnejšou analýzou paliatívnej starostlivosťou a možnosťami s poskytovanými službami v Dome ošetrovateľskej starostlivosti. V práci sa zameriavame na pohľad laickej verejnosti na Dom ošetrovateľskej starostlivosti. V prvej kapitole sme sa zamerali na teoretické východiská týkajúce sa paliatívnej starostlivosti. Vymedzili sme samotný pojem paliatívnej starostlivosti, so zameraním aj na historický vývoj danej problematiky. Zameriavame sa na etické aspekty ošetrovania seniorov a kvalitou života v paliatívnej starostlivosti. Ďalej charakterizujeme roly sestier, ktoré sú využívané v paliatívnej starostlivosti a zameriavame sa aj na významný vzťah medzi sestrou a pacientom. Domu ošetrovateľskej starostlivosti sme sa venovali v závere teoretickej časti.

Druhá kapitola práce je metodologická časť práce, teda kvantitatívny výskum. V tejto časti sa rozobrali výskumné metódy, výskumné otázky, výskumný súbor, výskumný problém, výskumné ciele a hypotézy. Hlavný cieľ výskumnej analýzy bol zameraný na zistenie všeobecných vedomostí respondentov o poskytovaní služieb v Dome ošetrovateľskej starostlivosti. Výskumný súbor tvorila laická verejnosť, vyskytujúca sa v priestoroch NsP Trebišov, ale aj mimo nej v meste Trebišov a Michalovce. Informácie kvantitatívneho výskumu sme získavali prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie, so zameraním sa postoje širokej laickej verejnosti nielen na služby týkajúce sa s Domom ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj so všeobecnými postojmi s našou starnúcou populáciou a službami a pomocou našim seniorom.

Tretia kapitola sa zameriava na interpretáciu údajov kvantitatívneho výskumu z vyhotovených dotazníkov. V tejto kapitole sme sa venovali aj overeniu stanovených hypotéz, ktoré boli zamerané na úroveň informovanosti laikov o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti v súvislosti s osobnými skúsenosťami, v súvislosti s vekom a dosiahnutým vzdelaním respondentov, ďalej v súvislosti so získanými informáciami respondentov, a v súvislosti s členom rodiny, ktorý vyžaduje odbornú pomoc.

Štvrtá kapitola popisuje výsledky kvantitatívneho výskumu. V tejto kapitole sa zameriavame aj na porovnávanie s podobnými štúdiami. A v závere štvrtej kapitoly navrhujeme odporúčania a návrhy pre ošetrovateľskú prax.

Ciele nášho výskumu

Zistiť všeobecné vedomosti respondentov o poskytovaní služieb v Dome ošetrovateľskej starostlivosti. Čiastkové ciele práce sú: Zistiť úroveň vedomostí u respondentov v starostlivosti o starnúci populáciu. Zistiť úroveň vedomostí o možnostiach využitia rôznych zdrojov pomoci. Zistiť, aké sú postoje respondentov pri starostlivosti o svojich blízkych v domácom prostredí. Zistiť, aké sú postoje respondentov k umiestneniu svojich blízkych v sociálnych zariadeniach. Zistiť úroveň vedomostí respondentov o dôležitosti a úlohách sestry pri poskytovaní starostlivosti o starnúcu populáciu.

Charakteristika súboru a metodika

Sledovaný súbor tvorili náhodne vybratí respondenti. V prieskume sme skúmali vedomosti laickej verejnosti. Dotazník bol poskytnutý náhodným respondentom v nemocnici v Trebišove, v meste Trebišov a Michalovce. Údaje boli zbierané v období od 1.2.2021 do 31.10.2021. Do prieskumu bolo zapojených 130 respondentov. Zaraďovacím kritériom bolo mesto Trebišov a Michalovce. Vyradovacím kritériom bolo vzdelanie v oblasti ošetrovateľstva.

Potrebné údaje na dosiahnutie nami stanovených cieľov sme získavali prostredníctvom dotazníka. Nami vytvorený dotazník sme pilotne otestovali. Pilotná štúdia pozostávala z náhodne vybraných desiatich zamestnancov nemocnice v Trebišove podľa stanovených kritérií.

Dotazník pozostáva z 25 otázok zatvoreného typu. Prvá časť dotazníka sa zameriava na získanie základných informácií o respondentovi, ako je napríklad vek, či pohlavie respondenta. Ďalšia časť dotazníka sa zameriava na získanie informácií o vedomostiach respondentov týkajúcich sa starostlivosti o seniorov.

Výskumný problém je formulovaný v rámci výskumnej témy, ktorý je ústrednou témou celého výskumu. Výskumný problém je zväčša široko vymedzený a málo konkrétny (Žiaková, 2009).

Výskumné ciele musia vychádzať z výskumného problému a špecifických otázok. Majú byť jasné, presné a konkrétne (Farkašová a kol., 2006).

Tabuľka 1 vyjadruje zastúpenie respondentov v sledovanom súbore z hľadiska ich pohlavia. Z tabuľky 1 nám vyplýva, že najväčšie zastúpenie v sledovanom súbore

majú ženy, a to až 92% (n=60) zo všetkých respondentov. Muži predstavujú iba 8% (n=5) z celkového počtu respondentov.

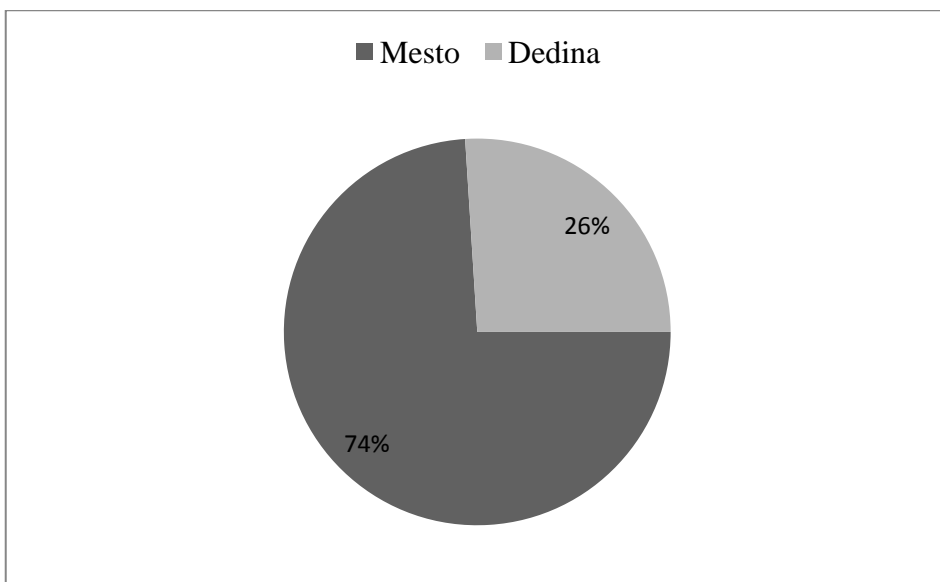
Tabuľka 1 Zastúpenie respondentov podľa pohlavia, 2021/2022, n=130

POHLAVIE	POČET	%
MUŽ	70	53%
ŽENA	60	47%
Celkom	130	100%

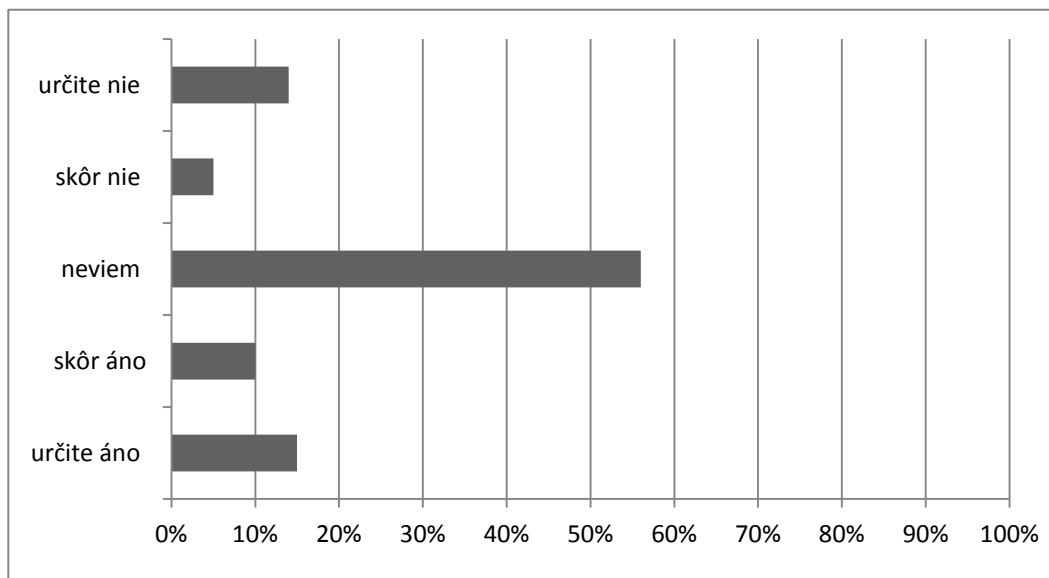
Tabuľka 2 Zastúpenie respondentov podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania, 2021/2022, n=130

VZDELANIE	POČET	%
Základné vzdelanie	24	11%
Stredoškolské bez maturity	8	12%
Stredoškolské s maturitou	45	31%
Vysokoškolské I. a II. Stupňa	46	40%
Iné	7	6%
Celkom	130	100%

Graf 1 Zastúpenie respondentov podľa bydliska, 2021/2022, n=130

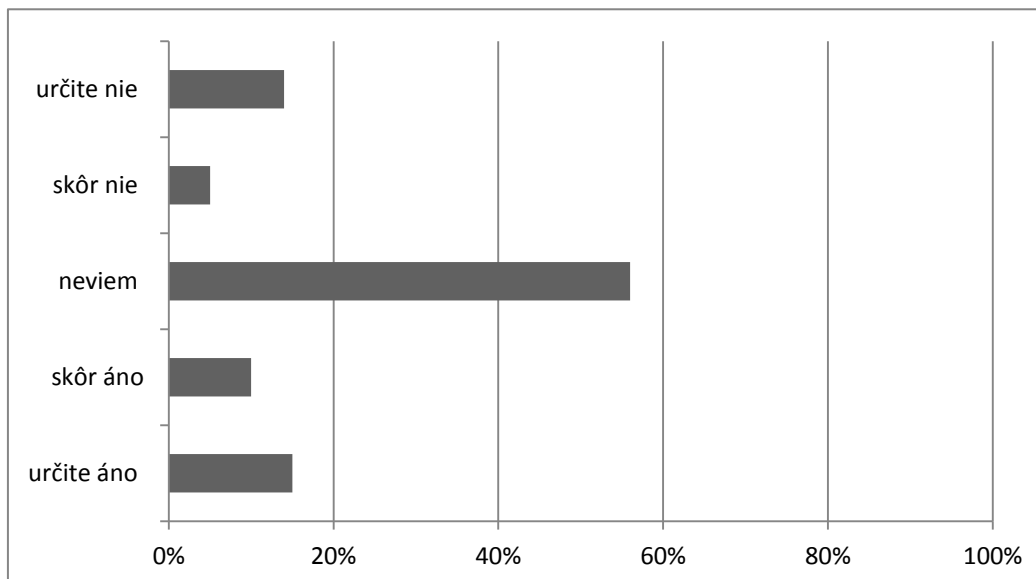


Graf 2 Zastúpenie dôchodcov v okolí respondentov, 2021/2022, n=130



Graf 2 vyjadruje skutočnosť, koľko dôchodcov sa nachádza v okolí respondentov. Najviac respondentov označilo odpoveď, neviem až (53%). Odpoveď skôr áno označilo len 22% opýtaných.

Graf 3 Zastúpenie dôchodcov v okolí respondentov, ktorí potrebujú pomoc druhých, 2021/2022, n=130

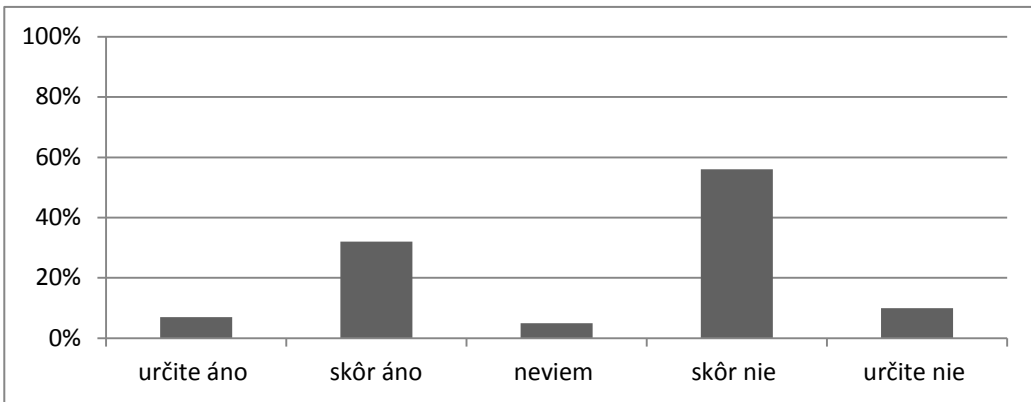


Graf 3 vyjadruje informovanosť našich respondentov o skutočnosti, že v ich okolí sa nachádzajú dôchodcovia, ktorí potrebujú pomoc. Najviac respondentov označilo odpoveď, že nevedia, či sa v okolí nachádzajú dôchodcovia, ktorí sú odkázaní na pomoc druhých. Druhou najčastejšie vyskytujúcou odpoveďou v našom sledovanom súbore označili respondenti skutočnosť, že je veľa dôchodcov, ktorí určite potrebujú pomoc druhých.

Graf 4 vyjadruje názor respondentov, či by svojich blízkych v prípade potreby umiestnili do zariadenia sociálnych služieb. Najviac sa respondenti zhodli pri odpovedi skôr nie, a to konkrétne 56% respondentov. 32% respondentov uviedlo, že by svojich blízkych skôr umiestnili do zariadenia sociálnych služieb.

Graf 4 Umiestnenie blízkych do zariadenia sociálnych služieb, 2021/2022,

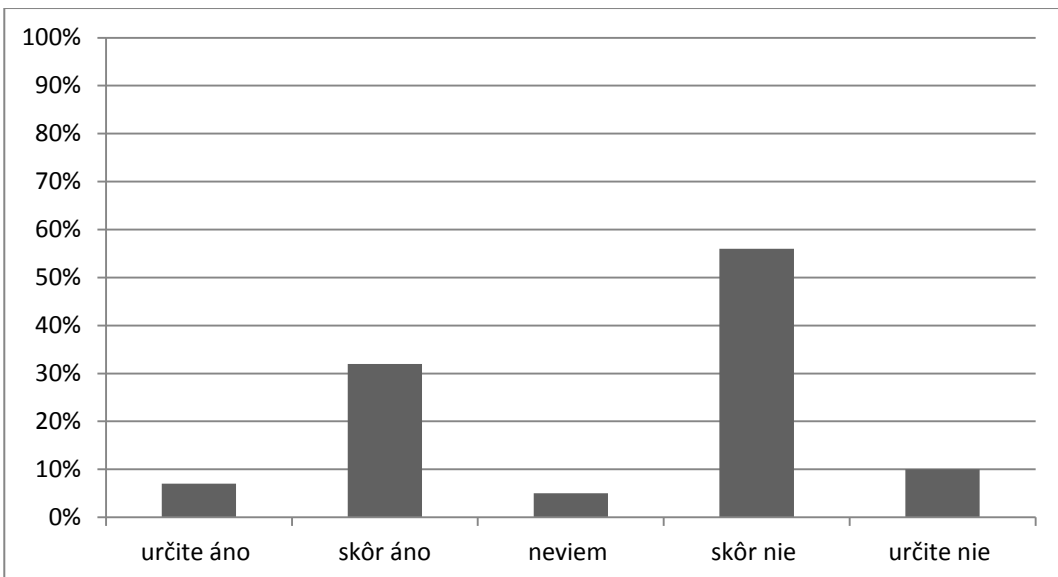
n=130



V ďalšej otázke dotazníku sme sa zameriavali na skutočnosť, či respondenti majú informácie o existencii Domu ošetrovateľskej starostlivosti v ich okolí. Najviac respondentov uviedlo, že nemajú informácie o Dome ošetrovateľskej starostlivosti v ich okolí.

Graf 5 znázorňuje povedomie laikov o výskyte Domoch ošetrovateľskej starostlivosti. Najviac respondentov uviedlo, že nevedia o možnosti Domoch ošetrovateľskej starostlivosti pre seniorov (56%).

Graf 5 Existencia Domova ošetrovateľskej starostlivosti, 2021/2022, n=130



Analýza a komparácia výsledkov výskumu

Hypotéza je výskumný predpoklad. Je to podmienený pravdivý výrok o vzťahu medzi dvoma alebo viacerými javmi, o príčinách, existencii alebo o zmene nejakého javu čo objektu. Hypotéza je dôležitou súčasťou práce. Na základe našich stanovených cieľov môžeme hypotézy potvrdiť alebo vyvrátiť. Hypotézy súvisia s výskumnými otázkami (Orendáč, Vránková, 2013).

Hypotézu 1 analyzujeme na základe údajov dotazníka získaných v položkách 24 a 15. Štatistickú analýzu realizujeme na hladine významnosti 0,05 a pre analýzu sme zvolili Chí kvadrát test nezávislosti pre kontingenčnú tabuľku. Na základe zvoleného štatistického testu sme formulovali nasledovné štatistické hypotézy:

H₀: Neexistuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a osobnou skúsenosťou s Domovom ošetrovateľskej starostlivosti.

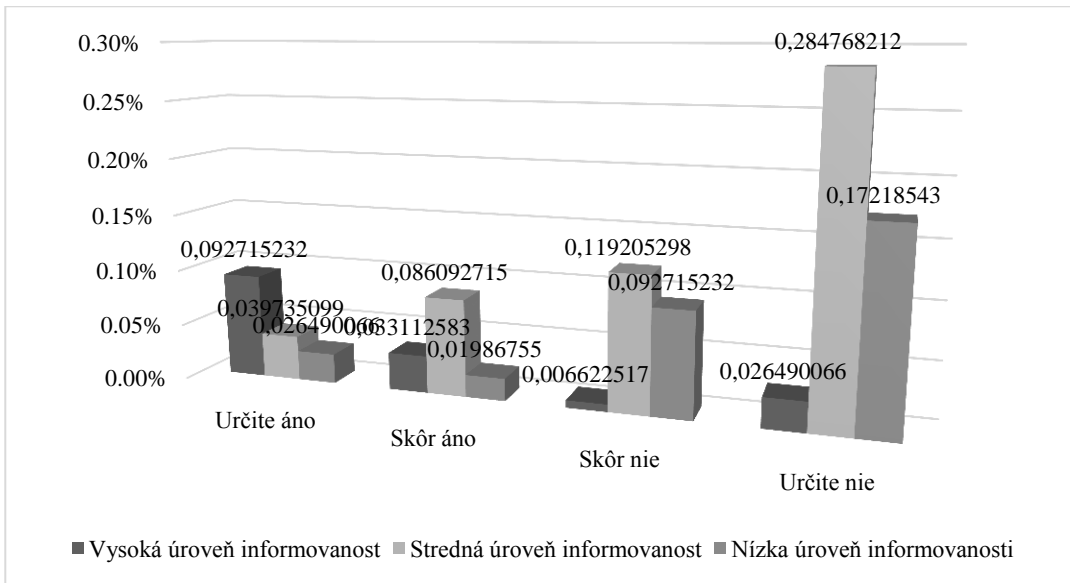
H₁: Existuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a osobnou skúsenosťou s Domovom ošetrovateľskej starostlivosti.

Tabuľka 1 Verifikácia H1

Úroveň informácií/	p	f	$\chi^2_{\text{tab.}}$	$\chi^2_{\text{vyp.}}$	Hypotéza
Osobná skúsenosť	000*	6	12,592	46,154	H ₁

*hodnota menšia ako 0,0001

Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 1 ($p < 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 12,592 < \chi^2_{\text{vyp.}} = 46,154$) vidíme, že zamietame nulovú hypotézu (H_0) a prijímame alternatívnu (H_1). Zistili sme, že existuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a osobnou skúsenosťou s Domovom ošetrovateľskej starostlivosti. Preukázané signifikantné rozdiely zobrazujeme nižšie na grafe.



Graf 1 Súvislosť úrovne informovanosti a osobnej skúsenosti

Hypotézu 2 analyzujeme na základe údajov dotazníka získaných v položkách 24 a demografickej položky zameranej na vek respondentov. Štatistickú analýzu realizujeme na hladine významnosti 0,05 a pre analýzu sme zvolili Chí kvadrát test nezávislosti pre kontingenčnú tabuľku. Na základe zvoleného štatistického testu sme formulovali nasledovné štatistické hypotézy:

H₀: Neexistuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vekom respondenta.

H₁: Existuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vekom respondenta.

Tabuľka 2 Verifikácia H2

Úroveň informácií/	p	f	$\chi^2_{\text{tab.}}$	$\chi^2_{\text{vyp.}}$	Hypotéza
Vek	0,0345	6	12,592	13,596	H ₁

Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 2 ($p < 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 12,592 < \chi^2_{\text{vyp.}} = 13,596$) vidíme, že zamietame nulovú hypotézu (H_0) a prijímame alternatívnu (H_1). Zistili sme, že existuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vekom respondenta. Preukázané signifikantné rozdiely zobrazujeme nižšie na grafe.

Hypotézu 3 analyzujeme na základe údajov dotazníka získaných v položkách 24 a demografickej položky zameranej na vzdelanie respondentov. Štatistickú analýzu realizujeme na hladine významnosti 0,05 a pre analýzu sme zvolili Chí kvadrát test nezávislosti pre kontingenčnú tabuľku. Na základe zvoleného štatistického testu sme formulovali nasledovné štatistické hypotézy:

H_0 : Neexistuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vzdelaním respondenta.

H_1 : Existuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vzdelaním respondenta.

Tabuľka 3 Verifikácia H_3

Úroveň informácií/	p	f	$\chi^2_{\text{tab.}}$	$\chi^2_{\text{vyp.}}$	Hypotéza
Vzdelanie	0,251	8	15,507	10,198	H_0

Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 3 ($p > 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 15,507 > \chi^2_{\text{vyp.}} = 10,198$) vidíme, že prijímame nulovú hypotézu (H_0). Zistili sme, že neexistuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vzdelaním respondenta. Rozdiely zobrazené nižšie na grafe nie sú signifikantné.

Hypotézu 4 analyzujeme na základe údajov dotazníka získaných v položkách 24 a 14. Štatistickú analýzu realizujeme na hladine významnosti 0,05 a pre analýzu sme zvolili Chí kvadrát test nezávislosti pre kontingenčnú tabuľku. Na základe zvoleného štatistického testu sme formulovali nasledovné štatistické hypotézy:

H_0 : Neexistuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a zdrojom získaných informácií.

H_1 : Existuje významná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a zdrojom získaných informácií.

Tabuľka 4 Verifikácia H_4

Úroveň informácií/	p	f	$\chi^2_{\text{tab.}}$	$\chi^2_{\text{vyp.}}$	Hypotéza
Zdroj informácií	0,293	8	15,507	10,961	H_0

Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 4 ($p > 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 15,507 > \chi^2_{\text{vyp.}} = 10,961$) vidíme, že prijímame nulovú hypotézu (H_0). Zistili sme, že neexistuje významná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a zdrojom získaných informácií. Rozdiely zobrazené nižšie na grafe nie sú významné.

Hypotézu 5 analyzujeme na základe údajov dotazníka získaných v položkách 25 a 10. Štatistickú analýzu realizujeme na hladine významnosti 0,05 a pre analýzu sme zvolili Chí kvadrát test nezávislosti pre kontingenčnú tabuľku. Na základe zvoleného štatistického testu sme formulovali nasledovné štatistické hypotézy:

H_0 : Neexistuje významná súvislosť medzi záujmom laika o spoluprácu so sestrou a prítomnosťou člena rodiny vyžadujúceho si pravidelnú, či dlhodobú odbornú pomoc.

H_1 : Existuje významná súvislosť medzi záujmom laika o spoluprácu so sestrou a prítomnosťou člena rodiny vyžadujúceho si pravidelnú, či dlhodobú odbornú pomoc.

Tabuľka 5 Verifikácia H_5

Záujem o spoluprácu/	p	f	$\chi^2_{\text{tab.}}$	$\chi^2_{\text{vyp.}}$	Hypotéza
Člen rodiny vyžaduje pomoc	0,0013	8	15,507	32,075	H_1

Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 5 ($p < 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 15,507 < \chi^2_{\text{vyp.}} = 32,075$) vidíme, že zamietame nulovú hypotézu (H_0) a prijímame alternatívnu (H_1). Zistili sme, že existuje signifikantná súvislosť medzi záujmom laika o spoluprácu so sestrou a prítomnosťou člena rodiny vyžadujúceho si pravidelnú, či dlhodobú odbornú pomoc. Preukázané signifikantné rozdiely zobrazujeme nižšie na grafe.

Diskusia

Domy ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú v rámci zdravotníctva pomerne mladé zariadenia. Vznik domov ošetrovateľskej starostlivosti sa spája s prijatím zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve. Aj napriek času, ktorý od prijatia tohto zákona prešiel je ešte stále v našej krajine s prepočtom na počet obyvateľov počet týchto zariadení veľmi nízky. Ciele a charakteristiku domov ošetrovateľskej starostlivosti odborníci zakomponovali do Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti z februára 2006 (Bláhová, 2015).

Domy ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú univerzálne zariadenia, kde by mala byť zabezpečená starostlivosť vysokého štandardu. Tieto zariadenia v súčasnosti sú nepostrádateľné z dôvodu vysokej incidencie chronicky chorých pacientov, čím pomáhajú riešiť tento aktuálny závažný problém s umiestnením týchto pacientov z dôvodu potreby dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti (Fabiánová, 2006, Žiaková, 2013).

Domy ošetrovateľskej starostlivosti ako uvádza Bláhová (2015) sú veľmi prínosné nielen pre samotného pacienta, ale aj pre jeho rodinu, ktorí vyžadujú starostlivosť, ale nie je možná v prirodzenom prostredí pacienta a to z rôznych dôvodov. Ako uvádza autorka domy ošetrovateľskej starostlivosti a ich vývoj na Slovensku nie je limitovaný kvalifikáciou personálu alebo jeho nedostatkom, najväčšou bariérou. Na tieto benefity poukazujú aj výsledky štúdie Kieslich (2011), ktorá uvádza, že význam domov ošetrovateľskej starostlivosti je nesporný, pretože výsledky ich výskumu deklarujú zlepšenie v denných zručnostiach u pacientov na úrovni 53%, pričom až 68 % pacientov vďaka starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti mohlo opustiť toto zariadenie a vrátiť sa do domáceho prostredia. Z výsledkov tiež vyplýva, že iba 1/3 pacientov z domov ošetrovateľskej starostlivosti musela byť následne hospitalizovaná v zdravotnom zariadení.

Nami realizovaný výskum sa zaoberal zistením všeobecných vedomostí respondentov o poskytovaní služieb v Dome ošetrovateľskej starostlivosti. Skúmali sme úroveň vedomostí u respondentov v starostlivosti o starúci

populáciu a mapovali úroveň vedomostí laickej verejnosti o možnostiach využitia rôznych zdrojov pomoci.

Výskumnú vzorku nášho výskumu tvorilo 130 respondentov náhodne oslovených v meste Trebišov a v meste Michalovce, vylučujúcim kritériom účasti na výskume bolo zdravotnícke povolanie. Najväčšie zastúpenie mali respondenti vo veku 46-59 rokov, respondenti s vysokoškolským vzdelaním 40%, a obdobne 40% teda vrámci hodnotenia zamestnanosti to boli zamestnaní jedinci. Prevažná väčšina respondentov 74% je z mesta a vo svojej blízkosti má 53% respondentov viacerých dôchodcov.

Informovanosť našich respondentov o skutočnosti, že v ich okolí sa nachádzajú dôchodcovia, ktorí potrebujú pomoc sme skúmali jednou z položiek dotazníka. Najviac respondentov označilo odpoveď, že nevedia, či sa v okolí nachádzajú dôchodcovia, ktorí sú odkázaní na pomoc druhých. Druhou najčastejšie vyskytujúcou odpoveďou v našom sledovanom súbore označili respondenti skutočnosť, že je veľa dôchodcov, ktorí určite potrebujú pomoc druhých.

Zaujímavým zistením je, že takmer polovica súboru respondentov - 45% respondentov si myslí, že zdravotný stav starších ľudí nie je v dobrom stave, čo z nášho pohľadu nemusí byť pravidlom, nakoľko je veľa seniorov, ktorí sú do dlhého veku aktívni a pestujú nielen pohybové ale aj športové aktivity, nemajú závažnejšie zdravotné komplikácie a kvalita ich života je na vysokej úrovni. Zo všetkých opýtaných 10% uviedlo, že zdravotný stav staršej populácie je určite dobrý.

Povedomie oslovených respondentov o skutočnosti, či sa v ich blízkosti vyskytujú dôchodcovia, ktorí potrebujú pravidelnú alebo dlhodobú starostlivosť je nasledovné. Najviac respondentov označilo odpoveď, že v ich okolí sa vyskytujú ľudia, ktorí potrebujú pravidelnú a dlhodobú starostlivosť (60%). Ďalej sme sa zameriavali na skutočnosť, či si nami oslovení respondenti myslia, či je v ich okolí dostatok možností umiestnenia seniorov v sociálnych zariadeniach. Najväčšie zastúpenie mali respondenti, ktorí nevedia a nemajú informácie o tom, aké možnosti umiestnenia seniorov majú (38%), čo je z nášho pohľadu veľmi zarážajúce vzhľadom k súčasným možnostiam médií, reklám, internetovej spoločnosti a tiež je to prekvapujúce k rozloženiu respondentov z hľadiska veku, kde bolo vekové rozloženie vysoké aj v nižších vekových kategóriách, ktoré na dennej báze pracujú s internetom, sledujú televíziu a médiá.

Skúmali sme aj postoje laickej verejnosti na otázku umiestnenia príbuzného do zariadenia typu domu ošetrovateľskej starostlivosti alebo sociálneho zariadenia, Najviac sa respondenti zhodli pri odpovedi skôr nie, a to konkrétne 56% respondentov. 32% respondentov uviedlo, že by svojich blízkych skôr umiestnili do zariadenia sociálnych služieb.

V ďalšej otázke dotazníku sme sa zameriavali na skutočnosť, či respondenti majú informácie o existencii Domu ošetrovateľskej starostlivosti v ich okolí. Najviac respondentov uviedlo, že nemajú informácie o Dome ošetrovateľskej starostlivosti v ich okolí, čo uvádzalo až 68% respondentov. Tento výsledok nás nemilo prekvapil.

Zisťovali sme aj osobnú skúsenosť respondentov s umiestnením dôchodcov do Domu ošetrovateľskej starostlivosti. Najviac respondentov uviedlo, že nemajú osobnú skúsenosť s Domom ošetrovateľskej starostlivosti (56%).

Skutočnosť, od koho sa respondenti dozvedeli o možnosti využívania Domoch ošetrovateľskej starostlivosti pre seniorov bola očakávaná. Najviac respondentov ako zdroj informácií uviedlo, lekára (48%), za nimi nasledoval ako zdroj informácií sestra u praktického lekára (32%). Najmenej informácií naši respondenti získavali od sociálneho pracovníka (5%).

Výskum Nečedovej (2017) preukázal, že významným informačným zdrojom o dome ošetrovateľskej starostlivosti sú poväčšine iné zdroje ako zdravotnícki pracovníci, skúsenosti verejnosti so službami domu ošetrovateľskej starostlivosti sú skôr pozitívne než negatívne. Služby domu ošetrovateľskej starostlivosti sú podľa výsledkov tohto výskumu využívané za iným účelom ako je účel doliečenia. Inými slovami, sú skôr využívané za účelom respitnej starostlivosti.

Ďalej sme sa v našom výskume zameriavali na informovanosť, kto by mal podľa našich respondentov navrhnúť alebo odporučiť umiestnenie seniora v Dome ošetrovateľskej starostlivosti. Najčastejšie vyskytujúcou odpoveďou bola možnosť lekár (48%), nasledovala sestra (32%). Ako najmenej vyskytujúcou odpoveďou bola možnosť člen rodiny (5%).

V našom výskume sme zisťovali, či by laická verejnosť využila služby Domova ošetrovateľskej starostlivosti. Najviac respondentov označilo odpoveď neviem (56%). Tento výsledok podľa nás úzko súvisí s tým, že laici majú malé množstvo informácií o tomto type poskytovanej starostlivosti, preto k nej nedokážu zaujať jasný a jednoznačný postoj.

Na otázku aký majú laici názor na informovanosť ohľadne Domoch sociálnej starostlivosti uviedli respondenti, že je úroveň informovanie laickej verejnosti nízka (53%). Vysokú úroveň informovanosti laickej verejnosti označilo iba 10% respondentov.

Ako uvádza Bláhová (2015) cieľom ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti je poskytnutie komplexnej individuálnej holistickej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti osobe so zdravotným problémom metódou ošetrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, pooperačné a post hospitalizačné obdobie, predchádzanie zdravotným komplikáciám a rehabilitáciu. To komu je táto starostlivosť určená by mali poznať

blízky človeka odkázané na takúto starostlivosť, preto je treba vyvíjať snahy dostať domy ošetrovateľskej starostlivosti do popredia.

V ďalšej otázke sme sa zameriavali na názor respondentov, či by im pri starostlivosti o príbuzného pomohla konzultácia so sestrou. Najčastejšou odpoveďou bola možnosť neviem (56%). Skôr nie označilo celkovo 5% respondentov.

V práci sme mali stanovené 5 hypotézy, ktoré sme verifikovali štatistickým testom. V hypotéze 1 sme predpokladali, že úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti bude súvisieť s osobnou skúsenosťou s Domom ošetrovateľskej starostlivosti. Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 1 ($p < 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 12,592 < \chi^2_{\text{vyp.}} = 46,154$) vidíme, že zamietame nulovú hypotézu (H_0) a prijímame alternatívnu (H_1). Zistili sme, že existuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a osobnou skúsenosťou s Domovom ošetrovateľskej starostlivosti. Platí, že úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti súvisí s osobnou skúsenosťou s Domom ošetrovateľskej starostlivosti.

Hypotéza 2 skúmala či úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti bude súvisieť s jeho vekom. Štatistickú analýzu realizujeme na hladine významnosti 0,05 a pre analýzu sme zvolili Chí kvadrát test nezávislosti pre kontingenčnú tabuľku. Na základe zvoleného štatistického testu sme formulovali nasledovné štatistické hypotézy: Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 2 ($p < 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 12,592 < \chi^2_{\text{vyp.}} = 13,596$) vidíme, že zamietame nulovú hypotézu (H_0) a prijímame alternatívnu (H_1). Zistili sme, že existuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vekom respondenta. Platí, že úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti nesúvisí s vekom laika.

Hypotéza 3 predpokladala že úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti bude súvisieť s jeho vzdelaním. Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 3 ($p > 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 15,507 > \chi^2_{\text{vyp.}} = 10,198$) vidíme, že prijímame nulovú hypotézu (H_0). Zistili sme, že neexistuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a vzdelaním respondenta. Platí, že úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti nesúvisí so vzdelaním laika.

Hypotéza 4 či úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti bude súvisieť so zdrojom získaných informácií. Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 4 ($p > 0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}} = 15,507 >$

$\chi^2_{\text{vyp.}}=10,961$) vidíme, že prijímame nulovú hypotézu (H_0). Zistili sme, že neexistuje signifikantná súvislosť medzi úrovňou informovanosti laika o Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti a zdrojom získaných informácií. Rozdiely zobrazené nižšie na grafe nie sú signifikantné. Hypotéza 5 Predpokladáme, že záujem laika o spoluprácu so sestrou, bude súvisieť s prítomnosťou člena rodiny laika, ktorý vyžaduje pravidelnú či dlhodobú odbornú pomoc. Z výsledkov štatistickej analýzy platných pre hypotézu 5 ($p<0,05$; $\chi^2_{\text{tab.}}=15,507 < \chi^2_{\text{vyp.}}=32,075$) vidíme, že zamietame nulovú hypotézu (H_0) a prijímame alternatívnu (H_1). Zistili sme, že existuje signifikantná súvislosť medzi záujmom laika o spoluprácu so sestrou a prítomnosťou člena rodiny vyžadujúceho si pravidelnú, či dlhodobú odbornú pomoc. Zo štatistického spracovania platí, že záujem laika o spoluprácu so sestrou, súvisí s prítomnosťou člena rodiny laika, ktorý vyžaduje pravidelnú či dlhodobú odbornú pomoc.

Starostlivosť o dlhodobo chorých pacientov a seniorov má byť založená na princípe komplexnosti a súhry zdravotnej aj sociálnej starostlivosti. Skracovanie dĺžky hospitalizácie, nárast chronických ochorení aj spektrum ľudí s ochorením so zlou prognózou narastá, preto je značný trend rozvoja nových služieb a foriem poskytovanej nielen zdravotnej ale aj ošetrovateľskej starostlivosti (Krajčík, 2015).

Tradičnou hodnotou zdravotnej starostlivosti je kvalita ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá narastá s vývojom ľudských možností, potrieb, poznania a tiež aj dopytu. Najvýznamnejším faktorom očakávaného štandardu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v akomkoľvek type zariadenia je v prvom rade odbornosť a následne takt a empatia k pacientovi (Dúbrava, 2015).

Výsledky nášho výskumu preukázali nízku informovanosť laikov o možnostiach umiestnenia príbuzného v zariadeniach následnej starostlivosti – domoch ošetrovateľskej starostlivosti. Snahou zdravotníkov by malo byť upriamovať pozornosť laikov na ich možnosti najmä v prípade potreby pomoci, podpory, rady a informácii o takýchto službách.

Záver

Celková problematika okolo pomoci príbuzným dlhodobo chorých členov rodín, či už reálnou odbornou ošetrovateľskou pomocou v domácom prostredí, v ústavnej starostlivosti, či formou edukácie príbuzných o špecifikách ošetrovateľskej starostlivosti je veľmi rozmanitý. Uvedomujeme si, že rôzne špecifiká starostlivosti sú priamo úmerné individuálnym potrebám jednotlivcov. Postoje ošetrovateľských členov rodiny ovplyvňujú samotný liečebný proces pacienta. Efektívny odborný vzťah ošetrovateľského zdravotníckeho personálu a jednotlivých členov rodiny taktiež kladne ovplyvňuje prácu s chronicky chorým pacientom.

Sestry sú významné osoby pri starostlivosti o chronicky chorých pacientov v paliatívnej starostlivosti. Kvalita vhodne poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti zo strany príbuzných, súvisí so správnou a účinnou edukáciou príbuzných sestrou.

Prácou sa nám podarilo zistiť nielen všeobecné poznatky laickej verejnosti ohľadom našej starnúcej populácie, ale dať do povedomia rôzne možnosti poskytnutia pomoci o chronicky chorých pacientov zo strany sestier, a zároveň dostať do povedomia aj Dom ošetrovateľskej starostlivosti a služby, ktoré sa v ňom poskytujú.

Výsledky výskumu našej diplomovej práce potvrdili väčší počet nami stanovených hypotéz. Platí, že úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti súvisí s osobnou skúsenosťou s Domom ošetrovateľskej starostlivosti. Ďalej sme tiež správne predpokladali, že úroveň informovanosti laika o Domoch ošetrovateľskej starostlivosti nesúvisí s vekom laika. Potvrdil sa nám aj predpoklad, že záujem laika o spoluprácu so sestrou, súvisí s prítomnosťou člena rodiny laika, ktorý vyžaduje pravidelnú či dlhodobú odbornú pomoc.

Celkový cieľ nášho kvantitatívneho výskumu sa nám v diplomovej práci podarilo splniť. Zistili sme všeobecné vedomosti respondentov o poskytovaní služieb v Dome ošetrovateľskej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

BLAHOVÁ, G. 2015. Spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou u klientov v Dome ošetrovateľskej starostlivosti. Bratislava. VŠZ a SP. Diplomová práca. 73 s

DÚBRAVA, M. 2015. Indikátory kvality zdravotnej starostlivosti – Môžu sa týkať aj geriatrickej?. In Geriatria. ISSN 1335-1850, 2015, 3/2015, roč. XXI., s.104-111.

FABIANOVÁ, Z. 2009. Osobnostný ošetrovateľský prístup. In: Sestra. ISSN 1335- 9444, 2009, roč. 8, č. 7-8, s. 40-41

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Výskumy v ošetrovateľstve*. Vydavateľstvo Osveta, Martin. 2006. 88 s. ISBN 80-8063-228-6.

HRISENKOVÁ, G. FABIANOVÁ, Z. 2006. Zhrnutie skúseností s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti. In Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia. ISSN 1336183X, 2006, roč. 4, č. 5, s. 3 a 8

KIESLICH, B. 2011. Pflegeheim-Einbahnstraße? 138s. [online]. Dostupné na internete: <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/frontdoor/index/index/docId/1699>

KRAJČÍK, Š. 2013. Etika zdravotnej starostlivosti o starých ľuďoch. In Geriatria. ISSN 1995-1850, 2013, 3/2013, roč. XIX., s. 116-119.

ORENDAČ, P. – VRÁNKOVÁ, E. 2013. *Školské a záverečné práce*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2013. 108 s. ISBN 978-80-89535-11-8.

NEČEDOVÁ, M. 2017. Informovanosť verejnosti o dome ošetrovateľskej starostlivosti ako forme zdravotnej starostlivosti. Vysoká škola sv. Alžbety v Bratislave. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky. 68 s. Diplomová práca

ŽIAKOVÁ, K. a kol., 2009. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

ŽIAKOVÁ, V. 2013. Dom ošetrovateľskej starostlivosti a jeho úloha v systéme zdravotnej starostlivosti. TUAD. Trenčín, 2013. 78s. [online]. Citované dňa [8.11.2021]. Dostupné na internete: <http://www.crzp.sk/crzpopacxe/openURL?crzpID=25d2f922-594e-4f7c-baae-27299ef211f1&crzpSigla=tuadtrenci>.

FYZIOTERAPIA/ PHYSIOTHERAPY

**PHYSICAL EXERCISES IN THE PREVENTION OF
MUSCULOSKELETAL PAIN OF OFFICE WORKERS**

CHIK Vadym, ZUBAK Andriana

**ФІЗИЧНІ ВПРАВИ У ПРОФІЛАКТИЦІ М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНОГО
БОЛЮ ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

ЧИК Вадим Михайлович, ЗУБАК Андріана Василівна

Scientific adviser: associate professor Brych Valeriya V.

Науковий керівник: доцент Брич Валерія Володимирівна

ABSTRACT.

Introduction. Modern world generates new professions. The majority of them are not physical but mostly related to working at a computer in a sitting position, so that becoming the risk formation factor for human health. Among the large population of Ukraine, which is negatively affected by environmental factors and sedentary lifestyle, there are a lot of office workers. Studies have shown that physical activity reduces the intensity of pain, improves physical function and the quality of life. Thus, physical exercise is an integral part of office workers' musculoskeletal pain treatment.

Methods. Methods of system approach and system analysis, bibliosemantic, clinical-sociological methods were used to determine the mobility of experimentals' spines. A screening questionnaire has been developed and applied to identify the presence and causes of musculoskeletal pain in office workers.

Results: It was found that the interviewed office workers are used to prolonged stay in a sitting position (66.6% - more than 4 hours a day) and the presence of musculoskeletal pain of different localization, duration and intensity (average pain intensity - 4.9 ± 1 , 4 points). A program of two sets of physical exercises during and after the working day was formed for the participants as well as the instruction on improving the ergonomics of the workplace. After performing the recommended exercise program in the study group, the following results were determined: reduction of the average intensity of musculoskeletal pain by 2.3 times (from 4.9 ± 1.4 to 2.1 ± 0.7 points), an increase in the number of people who avoid using medicines to reduce pain (from 63.9% to 86.1%).

Conclusions: The results of the study indicate the feasibility of physical exercise in prevention of musculoskeletal pain of office workers and recommendation of the established sets of exercises as effective.

Keywords: musculoskeletal pain, physical exercises, office workers, hypokinesia.

Вступ. Сучасність породжує нові професії, які в основному не потребують фізичної роботи. Найчастіше всі вони пов'язані з роботою за комп'ютером в сидячому положенні, що є однією з причин формування факторів ризику для здоров'я. Серед великої кількості населення України, яке зазнає негативного впливу факторів зовнішнього середовища та малорухомого способу життя досить велика частина офісних працівників. Зараз Україні їх нараховується близько 2 млн осіб, а рівень захворюваності серед них у 1,4-1,6 рази перевищує середній показник по всій країні. Саме у цієї групи з розвитком інформаційних технологій, автоматизації праці, гіподинамії і все більшої стереотипності рухів офісних служб з'явився новий симптомокомплекс, етіологічно пов'язаний з факторами ризику на робочому місці [1].

Враховуючи епідемічну ситуацію поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, гіпокінезія та перебування у вимушеному положенні тіла під час виконання професійних обов'язків за минулий рік збільшилася, а відповідно частіше зустрічаються негативні наслідки у вигляді порушення здоров'я.

Різні вчені та лікарі вже більше 30 років попереджують про шкоду сидячої роботи, зараз в сучасному світі це одна з основних причин різних порушень в людей працездатного віку. Ненормований робочий день, вплив несприятливих факторів екології офісу (різні шуми, пил, магнітне випромінювання), стресові фактори, гіпокінезія, нерегулярне чи неякісне харчування, вимушене положення голови і шиї, все це призводить до розвитку «офісного синдрому», який включає в себе ряд характерних ознак: м'язово-скелетні болі (в ділянці спини, шиї, верхніх кінцівок), головний біль, тунельний синдром верхньої кінцівки, захворювання серцево-судинної системи, синдром «сухого ока», захворювання шлунково-кишкового тракту, геморой, ожиріння, варикозне розширення вен нижніх кінцівок і т.д. [2].

В нашому тілі наявно близько 600 м'язів, з них скелетні м'язи займають приблизно 40% від загальної маси тіла. Тому проблема м'язово-скелетного болю відіграє таку велику роль у повсякденній діяльності кожної людини [3].

Найбільш поширеною скаргою у офісних працівників є м'язово-скелетний біль, який, як правило, пов'язаний з одноманітністю та монотонністю роботи [4]. Актуальність проблеми посилюється ураженням переважно осіб молодого віку. Для того щоб зберегти своє здоров'я, потрібно займатися фізичними вправами, які стимулюватимуть покращення нашого загального фізичного стану. Як стверджують дослідники, організм тих людей, які ведуть сидячий спосіб життя, старіє на 5-10 років раніше, на відміну від тих людей, які включають в свій розпорядок дня фізичні вправи. Але який же тип тренування найбільш ефективний? Перед нами постає питання – які програми фізичних вправ мають максимальний оздоровчий ефект на пацієнта, а також їх профілактичний та лікувальний вплив [5]. Більшість пацієнтів негативно ставляться до цього та висловлюють побоювання з приводу того, що фізичні вправи можуть посилити вже існуючий біль. Ефективність фізичних вправ на робочому місці з профілактичною і лікувальною метою щодо м'язово-скелетного болю досліджувалася і була доведена науковцями та практиками різних країн [6, 7, 8].

Так ефективність фізичних вправ на робочому місці з профілактичною і лікувальною метою продемонстровано в дослідженні 384 офісних працівників міста Турина, де застосовувалася програма з вправами для релаксації м'язів шиї на робочому місці протягом 6 місяців, що дозволило значно зменшити біль у ділянці голови та шиї [6]. Можливості виконання фізичних вправ на робочому місці охарактеризовані також у мета-аналізі Хіаоці Чен та співавторів, в якому проаналізовано 27 рандомізованих досліджень ефективності фізичних вправ, що виконуються на робочому місці при болях в шиї у офісних працівників [7].

Особливо цікавим є однорічне рандомізоване дослідження 549 офісних службовців (Blangsted A.K. та співавтори), яке показало незначний ефект від загального фітнес-тренування (біг і скандинавська ходьба протягом 1 години 1 раз на тиждень) [8]. Хоча з іншого боку доведено покращення працездатності, що дозволяє рекомендувати фітнес офісним працівникам для покращення працездатності.

Про необхідність оптимізації ергономіки робочого місця особам з м'язово-скелетним болем доводиться у рандомізованому дослідженні Tsang S. та співавторів [9]. У досліджуваній групі проводилося комплексне лікування м'язово-скелетних болів у вигляді фізіотерапевтичного лікування, «домашніх завдань» на м'язові групи у відповідності з індивідуальними

специфічними вимогами роботи з обов'язковою ергономічною корекцією робочого місця [5].

Також, вивчення можливості профілактики м'язово-скелетного болю у офісних працівників (567 здорових осіб) було проведено Sihawong R. та співавт. у 12-місячному проспективному нерандомізованому контрольованому дослідженні [10]. У досліджуваній групі учасники отримали програму, яка включала щоденні вправи на розтяжку і тренування м'язової витривалості два рази в тиждень. У контрольній групі фізичні вправи не проводились. В результаті – через 12 місяців спостереження біль в шії спостерігався тільки у 12,1% учасників в досліджуваній групі і у 26,7% в контрольній групі.

Пошук ефективної профілактики м'язово-скелетного болю у офісних працівників проведено Galinsky T. та співавторами шляхом вивчення впливу перерв на відпочинок та вправ на розтяжку на прояви болю у працівників [11].

В дослідженнях було доведено, що фізична активність зменшує інтенсивність болю, поліпшує фізичні функції і якість життя. Таким чином, фізичні вправи являються невід'ємною частиною лікування м'язово-скелетного болю у офісних працівників.

В чому ж взагалі полягає мета лікування м'язово-скелетного болю? Основна ціль – це тривала релаксація ураженого м'яза та усунення тригерних точок. Досягти релаксації можна за допомогою надання спокою ураженим м'язам із запобіганням тривалих перенапруг, що виникають при неправильній поставі під час робочого процесу.

З огляду на наведений вище перелік проведених досліджень щодо пошуку ефективної профілактики м'язово-скелетного болю у офісних працівників, збільшення гіпокінезії та перебування у вимушеному положенні тіла під час виконання професійних обов'язків, можемо визначити те, що дана тема є важливою та вимагає подальшого вивчення.

Потреба у формуванні комплексу простих та ефективних фізичних вправ як засобу профілактики м'язово-скелетного болю і зумовило актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження: дослідити роль фізичних вправ у профілактиці м'язово-скелетного болю офісних працівників.

Матеріали та методи дослідження. В процесі дослідження використані методи системного підходу і системного аналізу, бібліосемантичний, клініко-соціологічний. Розроблена та застосована скринінгова анкета, призначена для виявлення наявності та причин м'язово-скелетного болю у офісних працівників. Загалом анкета включала 18

запитань: загальні дані (вік, стать), антропометричні дані (зріст, маса тіла), питання щодо виявлення болю та його локалізації, питання щодо фізичної активності та використання медичних препаратів. Присутня в опитуванні також візуально-аналогова шкала (ВАШ) болю – для оцінки інтенсивності больових відчуттів в уражених ділянках. Загалом у дослідженні взяли участь 36 офісних працівників з симптомами м'язово-скелетного болю (25% чоловіків, 75% жінок). Підбір респондентів відбувався за критеріями: тривале перебування в сидячому положенні та робота з паперами чи за комп'ютером протягом робочого дня. Вік обстежуваних коливався від 18 до 49 років. Анкетування проводилося в середньому 10-15 хвилин. Були розроблені комплекси фізичних вправ, які рекомендувались учасникам дослідження, після чого проводилось повторне дослідження.

Результати. Результати проведеного анкетування показали, що в більшості опитаних наявні ознаки м'язово-скелетного болю, які пов'язані з професійною гіпокінезією. Визначено, що серед 36 опитаних 91,7% вказали про наявність у них м'язово-скелетного болю.

Запитання про масу тіла та зріст дали змогу оцінити індекс маси тіла кожного окремого працівника для діагностики можливої надлишкової маси тіла, викликаній монотонною роботою. За результатами дослідження індексу маси тіла було встановлено, що в переважній більшості працівників (63,9%, 23 особи) нормальна маса тіла, у 13,9% (5 осіб) – недостатня маса тіла, у 19,4% (7 осіб) – надлишкова маса тіла і тільки у 1 особи – ожиріння (рис. 1).

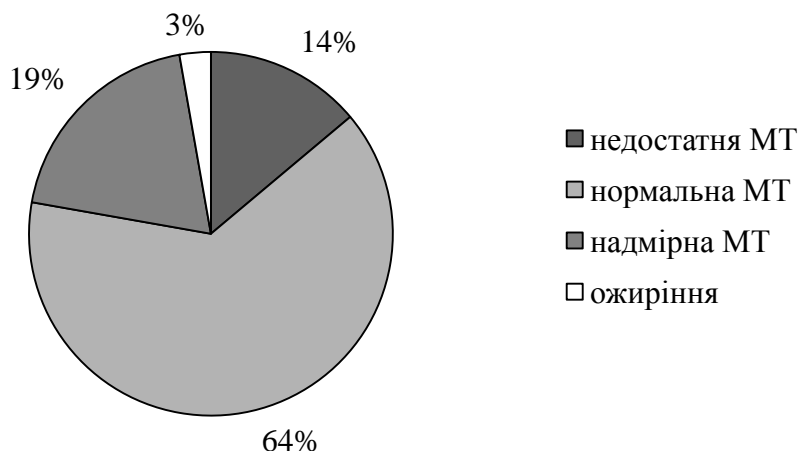


Рис.1. Розподіл учасників дослідження за ІМТ

Наступним визначений час перебування учасників дослідження у стані професійної гіпокінезії: більша частина опитаних (44,4%) вказала, що проводить в сидячому положенні 7-8 годин протягом робочого дня, 30,6%

працівників – 4-6 годин, 22,2% зазначили, що проводять у вказаному положенні 9 і більше годин (рис. 2).

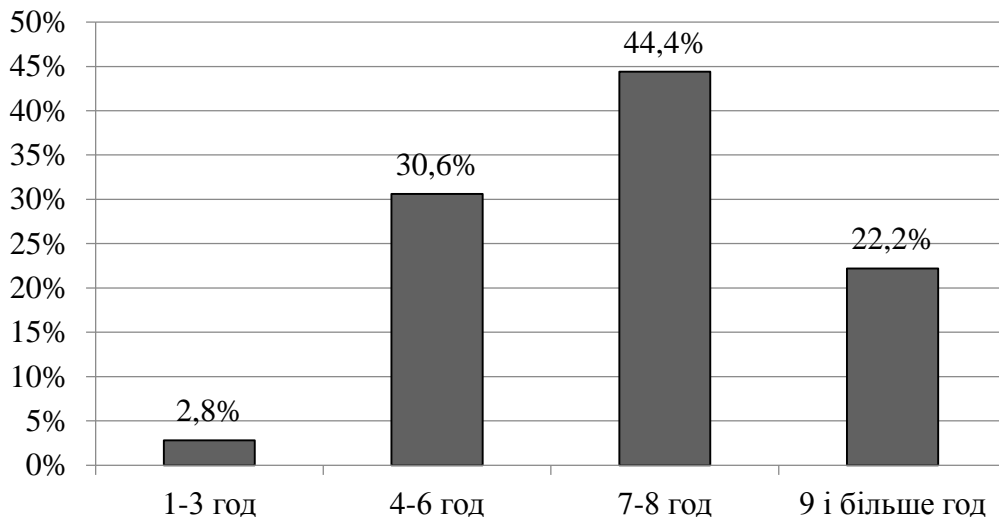


Рис.2. Розподіл відповідей респондентів щодо перебування в сидячому положенні протягом дня

Також встановлено, що більшість (77,8%) опитаних офісних працівників працюють з електронними засобами (смартфон, планшет, комп'ютер і тд.), а решта, 22,2%, – з паперами. Слід зазначити, що робота з електронікою так само, як і робота з паперами, вимагає тривалого перебування в сидячому положенні, та включає в себе монотонну роботу. Важливо пам'ятати, що робота за комп'ютером може викликати значно більше різних ускладнень, наприклад синдром «сухого ока» або тунельний синдром.

З метою визначення основних характеристик м'язово-скелетного болю визначався час його відчуття протягом доби. Так, встановлено, що болі турбували в основному під час роботи та після роботи, на що вказали однакові частки учасників дослідження – 52,8% (рис.3).

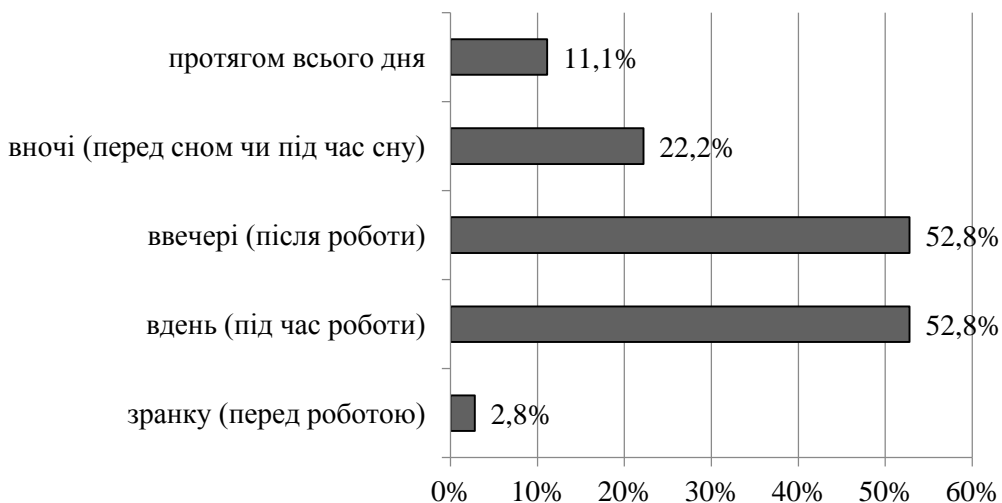


Рис.3. Розподіл відповідей учасників дослідження щодо часу відчуття болю

В той же час 22,2% відмічали болі вночі, а десята частина (11,1%) опитаних офісних працівників вказали, що болі турбують їх протягом всього дня.

Наступним кроком став аналіз відповідей учасників дослідження щодо локалізації вказаних болів (табл. 1).

Таблиця 1

Відповіді учасників дослідження щодо локалізації м'язово-скелетного болю

Локалізація	Абс.	%
Шийний відділ хребта	21	58,3
Грудний відділ хребта	5	13,9
Поперековий відділ хребта	19	52,8
Крижовий відділ хребта	0	0
Куприковий відділ хребта	3	8,3
Верхні кінцівки (передпліччя, кисті, лікті, плечі)	9	25
Нижні кінцівки (стегна, коліна, гомілки, стопи)	12	33,3

З метою наочного представлення результатів створена гістограма, на якій можна спостерігати, що найчастішими локалізаціями болів учасники дослідження зазначили шийний (58,3%) та поперековий (52,8%) відділи хребта (рис.4).

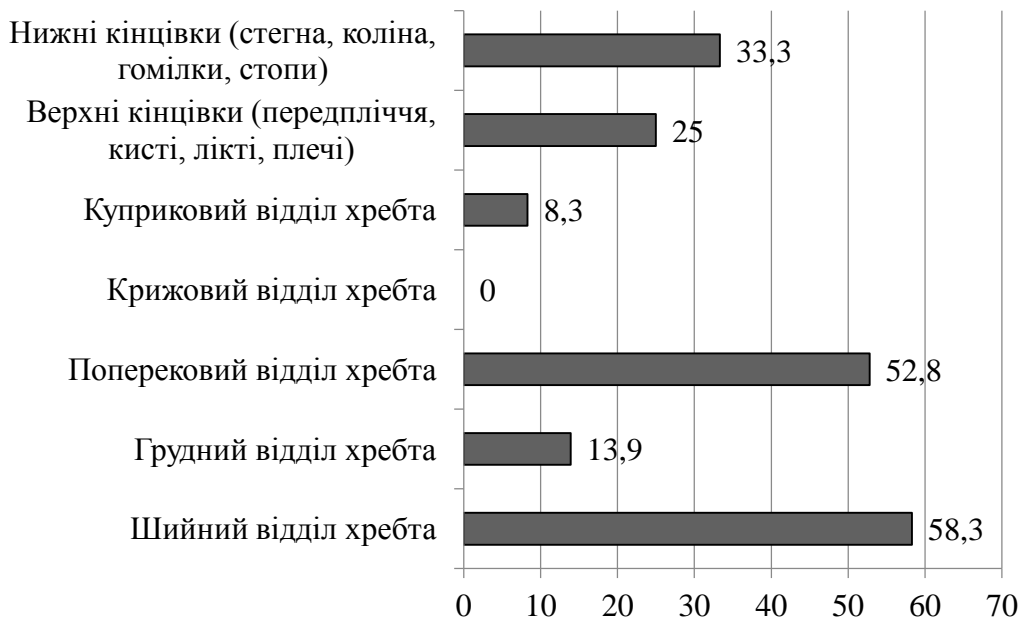


Рис.4. Локалізація болю за відповідями учасників дослідження (%)

Для оцінки сили болю використовувалась візуально-аналогова шкала, яка була зображена в формі рангової шкали від 0 до 10 з примітками стосовно інтенсивності больових відчуттів, а також візуально зображеними емоційними смайлами/обличчями. Визначено, для опитаних офісних працівників характерний середньостатистичний прояв больового синдрому, який дорівнював $4,9 \pm 1,4$ бали, при максимально можливому – 10 балів, що відповідає середньому рівню інтенсивності больових відчуттів. Всі учасники дослідження визначили інтенсивність болю в межах 2-8 балів (рис. 5).

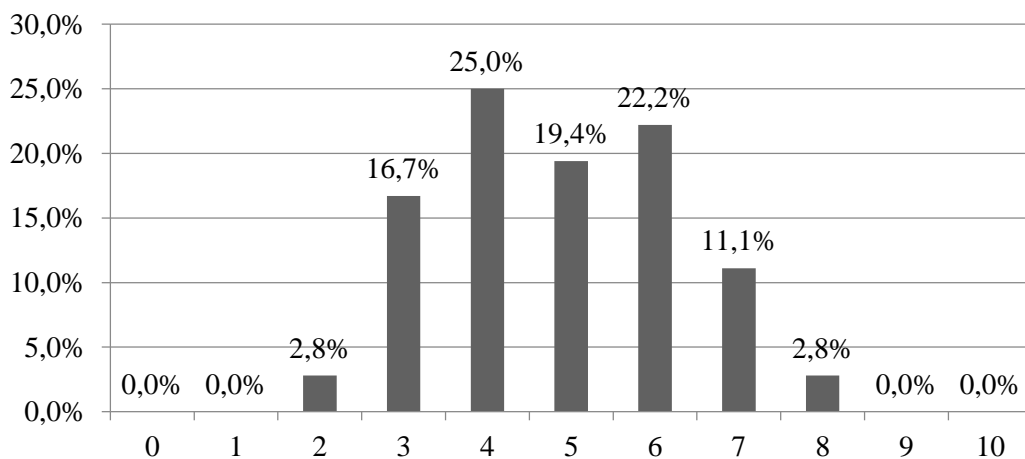


Рис.5. Розподіл відповідей учасників дослідження щодо інтенсивності болю

Також було визначено суб'єктивне оцінювання опитаними офісними працівниками характеру болю за запропонованими варіантами. Встановлено, що 50% респондентів оцінили біль як постійний ниючий, 47,2% – відмічали відчуття оніміння, 27,8% – поколювання та пощипування. В той же час майже п'ята частина учасників дослідження (19,4%) вказали на спазмуючий біль, а 13,9% офісних працівників – на пекучий біль.

Наступним кроком стало визначення кількості опитаних офісних працівників щодо використання ліків для усунення болю. Встановлено, що 36,1% учасників дослідження вживають медикаменти з вказаною метою: дуже рідко – 19,4%, іноді – 13,9%, щодня – 2,8%.

Аналіз результатів опитування показав, що 66,7% учасників ніколи не зверталися за допомогою до фахівців. Натомість, 25% опитаних офісних працівників відвідували масажиста з проблемою м'язово-скелетного болю, 8,3% – лікаря. Жоден з опитаних не звертався до фізичного терапевта чи фахівця з реабілітації.

З метою розуміння використання учасниками дослідження фізичних вправ та додаткового фізичного навантаження нами було ініційовано їх опитування щодо цього. Третина групи дослідження (33,3%) вказали, що не виконують фізичних вправ протягом дня, 19,4% виконують зранку до роботи, 52,8% намагаються виконувати вправи після роботи. Про виконання фізичних вправ під час робочого часу вказали тільки 5,6% опитаних офісних працівників. Про додаткові заняття спортом зазначили 30,6% учасників дослідження. Пішки до та з місця роботи добираються 36,1% респондентів. Інші використовують особистий (47,2%) чи громадський транспорт (16,7%). Велосипед для пересування учасники дослідження не використовують. Отримані результати свідчать про недостатній рівень фізичної активності опитаних офісних працівників, що в сполученні з професійною гіпокінезією може спонукати до появи м'язово-скелетного болю та призвести до погіршення працездатності.

Під час об'єктивного огляду в опитаних працівників були виявлені порушення постави під час ходьби та сидіння за робочим місцем, а також присутність гіпокінезії в результаті тривалого перебування в одному положенні.

Результати проведеного дослідження показали негативний вплив тривалого перебування у сидячому положенні, що тягне за собою ряд порушень для здоров'я. Враховуючи це було розроблено комплекс фізичних вправ для учасників дослідження з метою визначення впливу фізичних вправ у профілактиці та лікуванні м'язово-скелетного болю.

Програма профілактики м'язово-скелетного болю включала 2 комплекси фізичних вправ:

1. Комплекс фізичних вправ для виконання безпосередньо на робочому місці.

2. Комплекс фізичних вправ в позаробочий час – розподілявся на 2 повноцінні етапи, кожен з яких займав 2 тижні, і включав загально-розвиваючі та спеціальні вправи для осіб з м'язово-скелетним болем.

В першій половині першого етапу тривав адаптаційний період, на якому заняття проводились в щадному режимі (5-7 днів), а в другій половині першого етапу ми розпочали тренувальний період в щадно-тренуючому режимі (3-5 днів). В першій половині другого етапу ми завершили тренувальний період і перейшли до стабілізаційного періоду, який проходив в тренуючому режимі (5-7 днів). Кожен етап передбачав мету та завдання.

Комплекс вправ проводився за розробленою методикою, застосовувались спеціальні вправи для розтягування м'язів уражених частин тіла, який з кожним наступним етапом ускладнювався шляхом збільшення кількості повторень, амплітуди рухів, швидкості виконання і т.д.

Проводились заняття дистанційно у зв'язку з епідемічною ситуацією поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. Контроль виконання вправ проводився за допомогою Google Meet (сервіс компанії Google).

Після проведення сформованого комплексу фізичних вправ для учасників дослідження відповідно до розробленої нами програми для визначення ефективності проведено порівняльний аналіз показників за допомогою зібраних даних.

При повторному дослідженні визначено, що учасники дослідження рідше відчувають біль: частка осіб з болем під час роботи зменшилась в 1,7 разів і склала 30,6%, частка осіб з болем після роботи – зменшилась в 1,6 разів і склала 33,3% (рис.6).

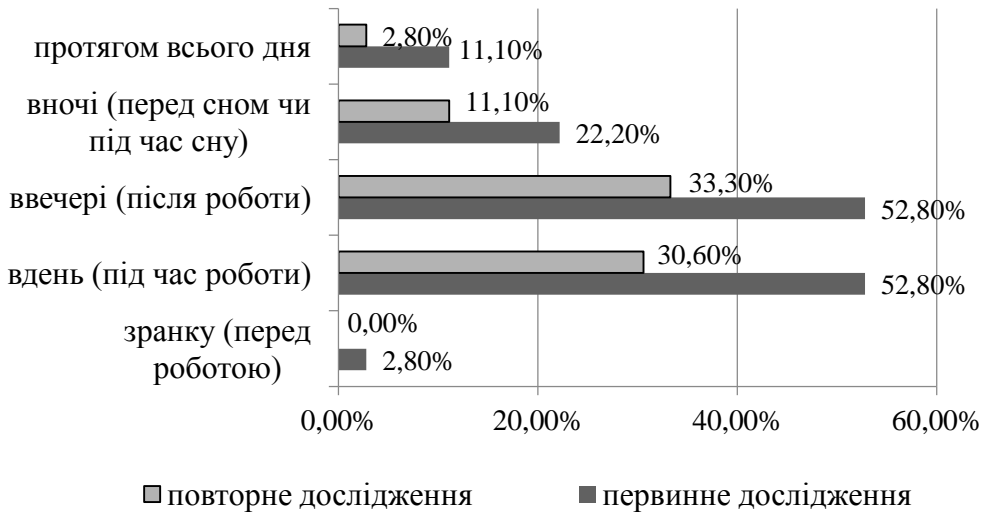


Рис.6. Порівняльна характеристика часу болю до та після використання комплексу вправ (%)

Середній показник інтенсивності болю за шкалою ВАШ зменшився з $4,9 \pm 1,4$ балів до $2,1 \pm 0,7$ балів. Також прослідковується позитивна динаміка показників рівня мінімальної і максимальної болі. (рис.7).

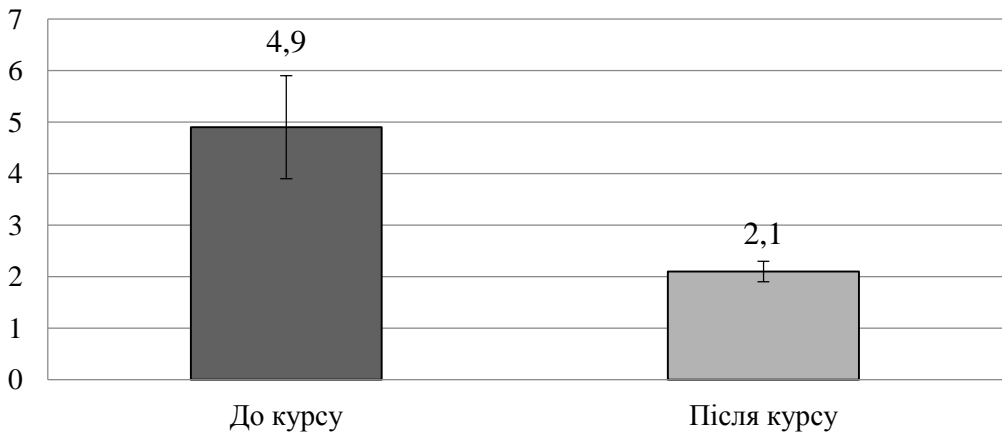


Рис.7. Динаміка показників середнього рівня болю серед обстежуваних осіб за шкалою ВАШ.

Ще одним показником оцінки ефективності ми визначили відповіді респондентів щодо вживання медичних препаратів для усунення болю (рис.8). Встановлено, частка учасників дослідження, які не вживають медикаменти з вказаною метою збільшилась з 63,9% до 86,1% (рис. 1.9). Також зменшилися частки осіб, які вживають ліки іноді та дуже рідко.

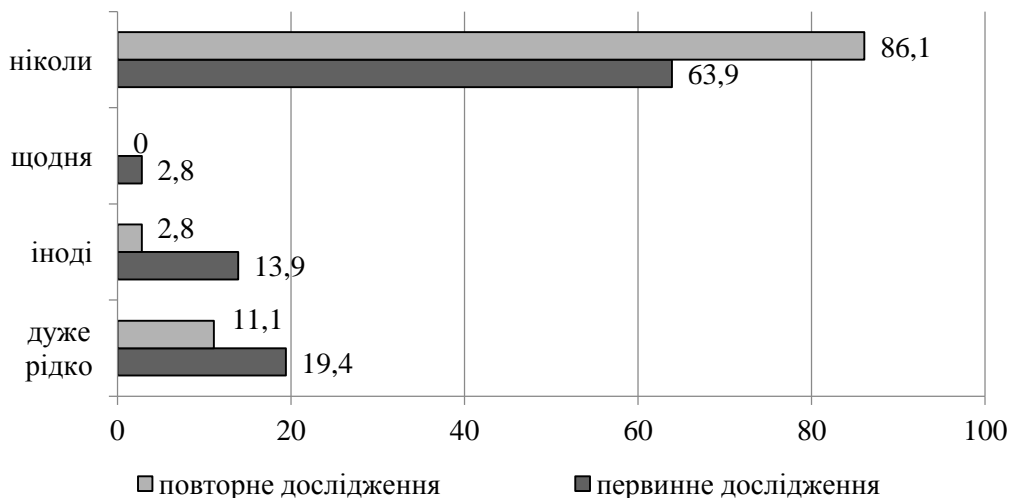


Рис.8. Порівняльна характеристика відповідей щодо вживання ліків (%)

Результати дослідження показали, що застосування сформованого нами комплексу фізичних вправ має позитивний вплив на стан пацієнтів, яких турбує м'язово-скелетний біль.

Результати проведеного дослідження, а також аналіз літературних джерел вітчизняних та закордонних науковців показав, що майже всі офісні працівники відчувають негативний вплив сидячого способу життя пов'язаного з професійною діяльністю. Тому нами були запропоновані деякі рекомендації для офісних працівників, які хочуть запобігти виникненню порушень та для тих кого вже турбує м'язово-скелетний біль.

1. Поінформованість про заходи безпеки і збереження здоров'я на робочому місці, а також про заходи, які застосовують із метою зменшення або усунення будь-якого ризику.

2. Рання діагностика. Маючи якісь підозри або симптоми потрібно звертатись за консультацією до спеціалістів.

3. Оволодіти навичками правильного сидіння. Обов'язкові паузи під час роботи (на кожні 2—3 годин роботи необхідно робити 10— 15-хвилинні перерви).

4. Обладняйте робоче місце відповідно до гігієнічних норм. Робочий стілець має бути зручним, можна придбати різні спеціальні спинки для стільців, які допомагають підтримувати правильну осанку.

5. Ходіть на роботу та з роботи пішки, а при можливості відвідувати плавальний басейн. На робочому місці робіть вправи для ніг, які можна виконувати не встаючи з крісла, також під час сидіння тримати ноги разом та зігнутими під кутом 90°, бажано використовувати підставку для ніг. Ще

один з важливих факторів підтримки здоров'я офісного працівника є достатній рівень вживання чистої негазованої води.

Обговорення. В теперішніх умовах сучасного світу кількість офісних працівників збільшується, зараз їх нараховується близько 2 млн осіб в Україні, а рівень захворюваності серед них у 1,4-1,6 рази перевищує середній показник по всій країні. При такій кількості проблема м'язово-скелетного болю набуває все більшої актуальності та поширеності. Чимала частка населення України, яка піддається негативному впливу гіподинамії та факторів зовнішнього середовища, складається саме з офісних працівників. Найбільший відсоток захворюваності припадає на патологію опорно-рухового апарату.

Дане твердження підтвердили і результати проведеного дослідження, адже визначено, що серед 36 опитаних 91,7% вказали про наявність у них м'язово-скелетного болю. Половину офісних працівників (52,8%) болі турбують в основному під час роботи та після роботи, в той же час 22,2% відмічають болі вночі, а десята частина (11,1%) опитаних офісних працівників вказують, що болі турбують їх протягом всього дня. Найчастішими локалізаціями болів учасники дослідження зазначили шийний (58,3%) та поперековий (52,8%) відділи хребта. Для опитаних офісних працівників характерний середньостатистичний прояв больового синдрому, який дорівнював $4,9 \pm 1,4$ бали, при максимально можливому – 10 балів, що відповідає середньому рівню інтенсивності больових відчуттів.

Зазначимо, що 52,8% опитаних офісних працівників відмітили, що намагаються виконувати вправи після роботи, третина групи дослідження (33,3%) вказали, що не виконують фізичних вправ протягом дня, 19,4% виконують зранку до роботи. На жаль, тільки 5,6% опитаних офісних працівників виконують фізичні вправи під час робочого часу.

З огляду на особливості життєдіяльності офісного працівника і той позитивний потенціал, який несе в собі фізична активність, був розроблений та застосований комплекс фізичних вправ, а також ряд рекомендацій для офісних працівників, які хочуть запобігти виникненню порушень та для тих кого вже турбує м'язово-скелетний біль.

В результаті застосований комплекс фізичних вправ мав позитивний вплив на стан пацієнтів, яких турбує м'язово-скелетний біль. Так частка осіб з болем під час роботи зменшилась в 1,7 разів і склала 30,6%, частка осіб з болем після роботи – зменшилась в 1,6 разів і склала 33,3%. Середній показник інтенсивності болю за шкалою ВАШ також зменшився з $4,9 \pm 1,4$ балів до $2,1 \pm 0,7$ балів.

Висновки. В результаті проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Встановлено, що для опитаних офісних працівників характерне тривале перебування в сидячому положенні (66,6% – більше 4 годин в день) та наявність м'язово-скелетного болю різної локалізації, тривалості та інтенсивності (середній показник інтенсивності болю – $4,9 \pm 1,4$ бали).

2. Сформовано програму з двох комплексів фізичних вправ для виконання учасниками дослідження під час та після робочого дня, яку доповнено інструктажем щодо підвищення ергономічності робочого місця.

3. Визначено після виконання рекомендованої програми фізичних вправ у групі дослідження: зниження середнього показника інтенсивності м'язово-скелетного болю в 2,3 рази (з $4,9 \pm 1,4$ до $2,1 \pm 0,7$ балів), збільшення частки осіб, які не використовують ліки для усунення болю, з 63,9% до 86,1%.

4. Результати дослідження дають підставу рекомендувати сформовані комплекси фізичних вправ для профілактики та лікування м'язово-скелетного болю у офісних працівників.

Список використаної літератури:

1. Онопрієнко І. В., Маханов Б. Є. Аналіз поширеності та фактори ризику виникнення «офісного синдрому». *Молодь та олімпійський рух: збірник тез доповідей XII Міжнародної конференції молодих вчених (17 травня 2019 р.)*. К., 2019. URL: http://reposit.uni-sport.edu.ua:8080/xmlui/bitstream/handle/787878787/2028/zbirnyk_tez_0.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=253
2. Савицька І.Б. Місце фізичних вправ у лікуванні та профілактиці м'язово-скелетного болю у офісних працівників (огляд літератури). *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2020. № 13. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-12>
3. Куцериб Т. М. Анатомія з основами спортивної морфології. 2019. URL: <https://cutt.ly/cEwRqpx>
4. Rota E.E., Ceccarelli A., Ferrero M. Efficacy of a workplace relaxation exercise program on muscle tenderness in a working community with headache and neck pain: A longitudinal, controlled study. *Eur. J. of Phys. and Rehabilit. Medicine*. 2016. Vol. 52(4). P. 457-465.
5. Савицька І.Б. Особливості діагностики головного болю у офісних працівників. 2020. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-029-2-9>
6. Rota E.E., Ceccarelli A., Ferrero M. Efficacy of a workplace relaxation exercise program on muscle tenderness in a working community with headache and neck pain: A longitudinal, controlled study. *Eur. J. of Phys. and Rehabilit. Medicine*. 2016. Vol. 52(4). P. 457-465.
7. Xiaoqi C., Coombes B.K., Sjøgaard G. et al. Workplace-Based Interventions for Neck Pain in Office Workers: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys. Therapy*. 2018. Vol. 98, Issue 1. P. 40–62. DOI:10.1093/ptj/pzx101
8. Blangsted A.K., Sogaard K., Hansen E.A. One-year randomized controlled trial with different physical-activity programs to reduce musculoskeletal symptoms in the neck and shoulders among office workers. *Scand. J. Work Environ. Health*. 2008. Vol. 34(1). P. 55-65. DOI:10.5271/sjweh.1192
9. Skovlund S.V., Blafoss R., Sundstrup E. et al. Association between physical work demands and work ability in workers with musculoskeletal pain: cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Dis*. 2020. №21. P. 166. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03191-8>

10. Sihawong R., Janwantanakul P., Jiamjarasrangsi W. Effects of an exercise programme on preventing neck pain among office workers: a 12-month cluster-randomised controlled trial. *Occup. Environ. Med.* 2014. Vol. 71(1). P. 63–70. DOI:10.1136/oemed-2013-101561

11. Galinsky T., Swanson N., Sauter S. Supplementary breaks and stretching exercises for data entry operators: a follow-up field study. *Am. J. Ind. Med.* 2007. Vol. 50(7). P. 519–527. DOI:10.1002/ajim.20472

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СКОЛІОЗОМ І
СТУПЕНЯ**
Корсак Марія

**PHYSICAL THERAPY OF SCHOOL-AGED CHILDREN WITH
SCOLIOSIS AND DEGREE**
Korsak Maria

студентка-магістрантка I курсу, спеціальності 227 Фізична терапія
ерготерапія

Науковий керівник: к.н.ф.в.і с., доц. Філак Ярослав Феліксович
MA 1st year, speciality 227 Physical therapy occupational therapy

Scientific adviser: Ph.D., Associate Professor Filak Yaroslav Feliksovych

Вступ. Вчення про сколіоз розвивалось тривалий час. Ще Амбруаз Паре в 1570 р. дав перше клінічне описання сколіозу, яке довго вважалось вичерпним. Етіологія і патогенез сколіозу вивчається і дискутується по сьогоднішній день. Середній шкільний вік (11-15 років) характеризується значними змінами в енергетичному рості організму і посиленням процесу окостеніння хребців. До 14-15 років хребет нестійкий і легко піддається всіляким викривленням залежно від ряду несприятливих чинників, що і пояснює легкість розвитку у дітей різних викривлень, зокрема, сколіотичної хвороби [2].

За оцінками фахівців, сколіоз і сколіотична постава спостерігаються в 60% дітей шкільного віку, як наслідок дії різноманітних негативних факторів, спостерігається тенденція до зростання захворюваності дітей, особливо в шкільному віці. Незважаючи на високий рівень сучасних діагностичних технологій, багато аспектів уражень хребта залишаються невиявленими. На сучасному етапі проблема лікування і реабілітації даної категорії хворих залишається невирішеною до теперішнього часу тому розробка комплексних програм реабілітації залишається актуальною. Сколіоз I-го ступеня зустрічається у 30 – 40 % дітей, причому у дівчат частіше, ніж у хлопців, тому що вони ведуть менш рухливий спосіб життя. Найбільш небезпечним для розвитку порушень постави вважається вік від 9 до 14 років, коли скелет ще не сформувався, а дитині доводиться частіше сидіти за уроками тощо. Цьому сприяють надлишок ваги, носіння в одній руці важких сумок. Друга велика проблема полягає у тривалому часі, який діти проводять перед екраном комп'ютера.

Нормальна ж постава забезпечує оптимальні умови для функціонування всіх органів і систем організму. На позу впливають багато причин: емоції, ступінь розвитку мускулатури і форма хребта. Одним з можливих шляхів вирішення цієї проблеми є профілактика порушень постави та захворювань хребта, відновлення його функцій при наявних відхиленнях на початкових стадіях [3, 4].

В період навчання у середніх школах, середніх та вищих навчальних закладах ця проблема набуває особливого значення в зв'язку з малорухливим способом життя, слабкістю м'язового корсету, з тривалим сидінням на заняттях, утриманням вимушених поз. Послаблення м'язів, які оточують хребет, призводить до порушень постави та деформацій хребта, що врешті, приймають дегенеративний характер. Ці порушення потребують особливої уваги, так як при швидкому темпі їх розвитку існує загроза порушення функціонування внутрішніх органів, систем організму [5].

Аналіз спеціальної літератури свідчить, що у школярів молодших і середніх класів зустрічаються порушення у поставі, які з віком мають тенденцію до прогресування. На думку авторів дана проблема з одного боку пов'язана з пристосувальною реакцією організму на утримання вимушених поз, які викликають морфологічні зміни опорно-рухового апарату, а з другого боку - відсутністю диференційованого підходу до профілактики і корекції порушень постави.

У сучасній науково-методичній літературі детально розроблені методики профілактики та корекції сколіотичних порушень постави. Разом з тим, проблема диференційованого підходу до проблеми профілактики та реабілітації сколіозу школярів 10 - 12 років, залишається недостатньо вивченою, що й зумовило тему даної роботи. Власне, сучасні автори передусім звертають увагу на особливості виявлення порушень постави у дітей певного віку, а також матеріали досліджень різних видів порушень постави та способів їх корекції і профілактики засобами фізичної культури та методами масажу.

Передбачається, що розробка диференційованої методики корекції та профілактики сколіозу I-го ступеня у школярів 10 - 12 років буде більш ефективною, ніж загальноприйнята.

Мета та завдання дослідження – науково обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії для дітей шкільного віку з сколіозом грудного відділу I –го ступеня.

1. Вивчити етіологію і патогенез сколіотичної хвороби у дітей середнього шкільного віку.

Скласти програму фізичної терапії для школярів, які страждають сколіотичною хворобою I-го ступеня та оцінити її ефективність.

Методи дослідження. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів на сколіоз I-ступеня та оцінки ефективності курсу фізичної реабілітації нами були використані наступні методи дослідження: клінічні показники, оцінка функціонального стану дихальної системи, тести для визначення стану постави, визначення сили м'язів спини. Об'єктом дослідження були 20 дітей віком 12 – 14 років (12 хлопчиків і 8 дівчат), у яких було виявлено сколіоз I-го ступеня. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів на сколіоз I-го ступеня та оцінки ефективності курсу фізичної реабілітації нами були використані наступні методи дослідження: клінічні показники, оцінка функціонального стану кардіореспіраторної системи, визначення сили м'язів тулуба, тести для визначення стану постави.

При поступленні на відновне лікування в поліклінічне відділення міської клінічної дитячої лікарні, м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені. Функціональні проби серцево-судинної і дихальної систем визначали пробами Штанге і Гечі.

а) Проба Штанге — функціональна проба з затримкою дихання під час вдиху, для оцінки дихальної функції. Методика: виконується в положенні сидячи. Досліджуваний повинен зробити глибокий (але не максимальний) вдих і затримати дихання якомога довше (стискаючи ніс пальцями). Тривалість часу перерви у диханні відлічують секундоміром. В момент видиху секундомір зупиняють. У здорових, але нетренованих осіб шкільного віку час затримки дихання коливається у межах 40-50 сек. у хлопців і 30-40 сек. у дівчат.

Проба Генчі виконується із затримкою дихання на видиху. Методика: обстежуваний відпочиває 3-5 хв, далі проводиться легенева вентиляція за схемою: видих - вдих - видих - затримка дихання. Фіксується чистий час затримки дихання. Норма становить більше 20 сек. незадовільно менше – 20 сек.

б) Для вимірювання силової витривалості м'язів тулуба використовувався тест «піднімання, із положення лежачи на спині, тулуба в сід, ноги зігнуті в колінах і опускання його у вихідне положення на протязі 30 с». Експериментатор фіксував час виконання вправи. В нормі середній показник для хлопців 14 років становить 15 – 20 повторень, для 15-ти років – 16 - 22 разів. Для дівчат відповідно 12– 17 і 13 – 18 разів.

в) Тести для оцінки стану хребта у дітей:

Нормальна постава характеризується шістьма ознаками:

- 1) розташування остистих відростків хребців на одній лінії;
- 2) розташування надпліч, плечей на одному рівні;
- 3) розташування кутів обох лопаток на одному рівні;
- 4) рівні між собою трикутники талії, що утворюються боковою поверхнею тіла і вільно опущеними руками;
- 5) розташування сідничних складок на одному рівні;
- 6) правильні вигини хребта в сагітальній площині (глибина поперекового лордозу – до 5 см, шийного – до 2 см).

Результати дослідження. За даними опитування, практично всі пацієнти скаржилися на дискомфорт і болі в грудному відділі хребта, які відзначали 90,0% хворих, болі в попереку відзначали відповідно 70,0% пацієнтів. Обмеження рухливості хребта відзначали 80,0 % пацієнтів. Задишку при фізичному навантаженні та погіршення зору відзначали відповідно 80,0% і 60,0% пацієнтів. Болі в верхніх кінцівках, особливо після фізичного навантаження і при тривалій ходьбі відзначали 70,0% хворих.

При проведенні курсу фізичної реабілітації проводилось спостереження за показниками функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем. При визначенні пульсу на променевої артерії у дітей з сколіозом показники пульсу мають розбіжність від 78 до 84 ударів на 1 хв, середній показник становить $79,8 \pm 1,74$ уд/хв., За нашими даними, максимальний артеріальний систолічний тиск становить 115 мм рт.ст. і мінімальний 60 мм рт.ст., середній $100,0 \pm 2,43$ мм рт.ст. У обстежених дітей діастолічний тиск коливається від 60 до 70 мм рт.ст., що загалом відповідає показникам норми, в середньому становить $65,0 \pm 1,80$. У пацієнтів хворих на сколіоз I ступеня визначені проби Штанге – затримка дихання на вдиху отриманий середній показник становив $35,6 \pm 1,15$ с. Проба Генчі - затримка дихання на видиху становить для дітей з сколіозом I ступеня $16,8 \pm 1,26$ с, що нижче від норми (норма вище 20 с). Таким чином у школярів хворих на сколіоз I ступеня характерним є зниження показників функціонального стану дихальної системи через обмеження рухливості грудної клітини.

Порівняльний аналіз результатів силової витривалості свідчить, що у дітей з сколіотичною поставою показники силової витривалості м'язів тулуба вірогідно ($P > 0,05$) нижчі за аналогічні показники здорових дітей. У хлопців 12-ти років середня різниця між показниками силової витривалості м'язів тулуба становила 4,4 разів, а у дівчат 5,2 кг. (табл. 1).

**Середні показники силової витривалості м'язів тулуба
школярів 12 - 14 років (к-сть разів)**

Віко ві груп и	Показники сили м'язів - розгиначів спини					
	Хлопці			Дівчата		
	Сколіоз I- го ступеня	Здорові діти	Різниця	Сколіоз I- го ступеня	Здорові діти	Різниця
12	10,5±0,7	14,9±0,6	- 4,4	8,4±0,2	13,6±0,3	- 5,2
13	11,3±0,5	16,6±0,3	- 5,3	9,2±8,2	15,5±10,7	- 6,3
14	12,9±0,8	18,7±0,4	- 6,8	10,3±4,7	18,2±8,3	- 7,9

У дітей 14 років спостерігається збільшення різниці між показниками силової витривалості м'язів тулуба дітей зі сколіозом та здоровими. У хлопців середня різниця між показниками силової витривалості становила 6,8 раза, а у дівчат 7,9 раза. Отже, зважаючи на результати, отримані під час констатуючого експерименту, можна зробити висновок, що у дітей шкільного віку, які мають сколіоз I-го ступеня, силова витривалість м'язів тулуба оцінюється як низька. У дітей практично здорових показники середні.

Всім дітям, хворим на сколіоз проводили 5 тестів. У обстежених хворих школярів виявлено відхилення від норми у сагітальній і фронтальній площинах. Тест на розташування кутів обох лопаток на одній горизонтальній лінії: сильний ступінь виявлений у 20,0% школярів, середній – 50,0%. Сильний ступінь змін симетричності трикутників талії виявляли у 20,0% хворих, середній відповідно у 50,0% пацієнтів. Таким чином, проведене соматоскопічне обстеження школярів хворих на сколіоз I ступеня показало, що у більшості дітей виявляються порушення у фронтальній площині, а саме: тести на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії і на симетричність трикутників талії сильний ступінь відзначали 20,0% пацієнтів, середній – 50,0%. Тест на розташування кутів обох лопаток на одній горизонтальній лінії: сильний ступінь виявлений у 20,0% школярів, середній – 40,0%.

Програма реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), лікувальну гімнастику, сегментарно-рефлекторний масаж, який виконувався на фоні класичного масажу, ультразвукова терапія паравертебрально, загартовування організму, плавання.

Лікувальна гімнастика була направлена на зміцнення м'язів спини, черевного пресу, грудей задньої і передньої поверхні стегон. Залежно від вихідного стану порушень постави, ми розробили індивідуальні комплекси

спеціальних вправ. При виборі вправ обережно ставилися до вправ із збільшенням рухливості хребта. При виконанні вправ особливу увагу звертали на симетричне положення тіла.

Заняття складається з трьох обов'язкових частин - ввідна (розминка), основна і заключна. Під час розминки (5-10 хвилин) необхідно настроїтись на заняття, підготуватись до виконання основних вправ. Навантаження у ввідній частині невеликі: легкі загально розвиваючі, дихальні вправи, вправи для вироблення навичку правильної осанки, на розслаблення м'язів.

До загально розвиваючих відносяться, в тому числі, вправи на розвиток координації рухів і почуття рівноваги. При лікуванні порушення осанки вони відіграють особливу роль. Такі вправи дуже добре допомагають перемогти дітям з поганою осанкою незграбність, сформувані правильний рухливий стереотип, пристосуватись до зміни схеми тіла при зміні осанки.

У основній частині (20-40 хвилин) виконують спеціальні вправи - для розтягнення і укріплення м'язів, для тренування рівноваги і координації рухів, загально розвиваючі вправи з підвищеним навантаженням і т.п. Вправи слід підбирати у співвідношенні з індивідуальними особливостями порушень осанки і загального фізичного розвитку.

В заключній частині (5-10 хвилин) навантаження постійно знижується, організм переходить в спокійний стан. Проводити заняття слід по можливості в один і той же час, починати обов'язково не раніше чим через годину після їди і закінчувати не пізніше чим за годину від сну.

При проведенні лікувального масажу на довгих і широких м'язах спини застосовували такі види розминання: колоподібні подушечкою великого пальця, колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне бугром великого пальця, щипоподібне подвійне кільцьове стиснення. На широких м'язах застосовують такі види прийомів розминання: ординарне, подвійне кільцьове, комбіноване, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне основою долоні або бугром великого пальця. На міжреберних проміжках виконували прийоми розтирання: прямолінійне подушечками чотирьох пальців, колоподібне подушечками чотирьох пальців, прямолінійне і колоподібне подушечкою великого пальця, прямолінійне і колоподібне подушечкою середнього пальця.

При виконанні масажу у між лопатковій і лопатковій ділянках, де розташовані ромбовидні м'язи і м'яз, що піднімає лопатку, застосовували прийоми розминання: прямолінійне подушечкою і бугром великого пальця, колоподібне подушечкою великого пальця, колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців, щитоподібне.

На шиї і трапецієвидному м'язі робили розминання: одинарне, подвійне кільцьове, колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне променевою стороною кисті. Особливу увагу приділити масажу нижнього краю трапецієвидного і ромбовидного м'язів (навпроти випуклості дуги згину), який дає можливість у найбільшій степені їх розслабити, тому, що вони розтягнуті. Чередувати прийоми слід з елементами прогладжування і потрушування. Потім виконували масаж на випуклій частині. Для цього масажист приводить лопатку до середньої лінії, трохи відводить плече назад, підклавши під нього валик, і м'якими рухами надавлюють на виступаючі ребра. Проводячи ці маніпуляції і утримуючи однією рукою відведене плече назад, другою рукою масажують м'язи між лопаткової і лопаткової ділянок.

Ультразвукова терапія – лікувальний метод, при якому на тканини хворого впливають енергією механічних коливань часток пружного середовища більше 20 кГц. Особливості дії: розм'якшувача, регенеративна, знеболююча, рефлекторно-сегментарна. Використовували апарат УЗТ-101. Призначали на ділянки викривлення паравертебрально. Режим безперервний, мала потужність 0.2-0.4 Вт/см², по 3-4 хв. з кожного боку, кожен день. На курс лікування 8 процедур.

Плавання. Для занять лікувальним плаванням найбільш комфортно є температура води 28-32°C. При призначенні процедур особам з захворюваннями опорно-рухового апарату і деякими захворюваннями нервової системи температура води може бути і більш високою (35-37°C). Вода в басейнах повинна задовольняти вимогам. пред'являються до питної води. Фільтр слід промивати не рідше 1 разу на добу. Повністю воду зливають кожні 5-7 днів.

При відновному лікуванні сколіозу I ступеня плавання проводили за наступною схемою:

- У положенні стоячи розташувати руки на бортику. Зробіть вдих із затримкою дихання і опустіть голову у воду. На видиху потягніть ноги назад і опустіть голову вниз. При цьому підборіддя повинен стосуватися тіла. Поверніться у вихідну позицію. Число повторів - 20 разів;
- Плавати на спині з гребком 2 руками. Перед виконанням ознайомтеся з методикою. Відстань для подолання на спині - 200 метрів;
 - Плавати 25-50 метрів на спині аналогічно попередньому кроці, але зі зміною рук;
- При плаванні брасом кожен гребок слід здійснювати на вдиху, але при цьому робота ніг і рук повинна здійснюватися окремо. На вдиху опустіть голову в воду, а після цього попрацюйте ногами. На видиху підтискайте

коліна до живота і тримайте спину рівно. Тренування слід закінчувати дихальними вправами. Якщо заключний етап закінчується раніше, до заняття слід додати використання пластикової дошки. Руки розмістіть на ній, а ногами слід імітувати стиль кроль. При підйомі голови необхідно здійснити вдих, а тіло розташувати у воді горизонтально.

Після проведення курсу реабілітації захворювань у дітей шкільного віку, який тривав 3 місяці визначається позитивна динаміка клінічних та рухових показників (табл. 2).

Таблиця 2.

Динаміка клінічних показників дітей, хворих на сколіоз І-го ступеня

№ п/п	Показники	До реабілітації, %	Після реабілітації, %
1.	Біль в грудному відділі хребта	8 (80,0%.)	3 (30,0%.)
2.	Біль в поперековому відділі	6 (60,0%)	2 (20,0%)
3.	Біль в області грудної клітки	6 (60,0%)	3 (30,0%)
4.	Обмеженість рухливості хребта	9(90,0%)	4 (40,0%.)
5.	Біль при нахилі вліво та вправо	6 (60,0%)	4 (40,0%)
6.	Слабкість при фізичному навантаженні	7 (70,0%)	3 (30,0%)
7.	Дратівливість, поганий сон	6 (60,0%)	2 (20,0%)

Таким чином після проведення комплексу реабілітаційних заходів відзначається позитивна динаміка клінічних проявів захворювання. Найбільш виразним є зменшення больового симптому в грудному відділі хребта яке відзначали після реабілітації 30,0% школярів. Обмеження рухливості хребта після реабілітації відзначали лише 40,0% дітей. Біль при нахилі тулуба вліво або вправо відзначали 40,0% пацієнтів.

Для визначення ефективності впливу програми фізичної реабілітації на функціональний стан серцево-судинної, дихальної систем усім пацієнтам проведено в кінці курсу реабілітації функціональні проби Штанге і Генчі. Проба Штанге – після реабілітації у дітей з сколіозом І ступеня підвищилась з $35,6 \pm 1,15$ до $40,3 \pm 1,24$, що становить нижчу межу норми. Проба Генчі – затримка дихання на видиху, після реабілітації підвищилась з $16,8 \pm 1,26$ до $21,4 \pm 1,32$, що відповідає нормі. Аналіз динаміки частоти серцевих скорочень у дітей з сколіозом знизилась з $77,6 \pm 1,96$ уд/хв. до

75,42 ± 1,54 уд/хв. Систолічний та діастолічний АТ перебували в межах норми.

Після проведеного курсу фізичної реабілітації відзначається також позитивна динаміка тесту силової витривалості м'язів тулуба «піднімання, із положення лежачи на спині, тулуба в сід, ноги зігнуті в колінах і опускання його у вихідне положення на протязі 30 с» (табл.3).

Таблиця 3.

**Динаміка показників силової витривалості м'язів тулуба
школярів 12 - 14 років після реабілітації**

Віко ві груп и	Показники сили м'язів - розгиначів спини					
	Хлопці			Дівчата		
	Сколіоз I- го ступеня	Після реабіліта ції	Різниця	Сколіоз I- го ступеня	Після роеабіліта ції	Різниця
12	10,5±0,7	13,2±0,3	2,7	8,4±0,2	12,4±0,3	- 4,0
13	11,3±0,5	15,4±0,2	- 4,1	9,2±8,2	14,3± 0,5	- 5,1
14	12,9±0,8	17,5±0,6	- 4,6	10,3±4,7	16,1±4,7	-5,8

У хлопців 13 років після проведеного курсу фізичної реабілітації середні показники силової витривалості м'язів тулуба дітей зі сколіозом збільшилися у 4,1 рази. У дівчат даного віку цей показник становить 5,1 рази. У хлопців і дівчат 14-ти років ці показники становлять відповідно 4,6 і 5, 8 разів.

Після завершеного курсу фізичної реабілітації усім пацієнтам також повторно проведені тестові обстеження постави, які засвідчили, про ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації (табл.4.).

**Динаміка показників сколіозу I ступеня
після реабілітації**

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

Проведені дослідження показали, що застосування засобів фізичної реабілітації за показниками соматоскопічного обстеження сприяють виправленню дефектів хребта і виховує та закріплює навички правильного положення тіла. Кількість дітей, які мали сильний і середній ступінь сколіозу зменшилися з 6 (60,0%) школярів до 4 (40,0%). Проте збільшилася кількість дітей з легким ступенем сколіозу 5 (50,0%), у одного пацієнта нормалізувалася постава. Таким чином, даними соматоскопічного

обстеження можна судити про ефективність застосування засобів фізичної реабілітації.

Висновки.

1. Аналіз спеціальної літератури дозволяє зробити висновок, що у дітей 10-12 років серед функціональних порушень опорно-рухового апарату у 70,0% випадків спостерігаються різні види порушень постави. У 27,0% сколіоз I-го ступеня. В той же час програми з фізичної реабілітації для дітей зі сколіозом I ступеня у спеціалізованих дошкільних закладах в достатній мірі ще не розроблені.

2. У дітей, хворих на сколіоз I ступеня виявлено зниження показників, які характеризують сили м'язів тулуба та стан дихальної системи та через обмеження рухливості грудної клітини, про що свідчать проби Штанге і Генчі. Сила силова витривалість м'язів тулуба оцінюється як низька. У більшості дітей виявляються порушення постави, у фронтальній площині, а саме: тести на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії і на симетричність трикутників талії при якому сильний ступінь відзначали 20,0% пацієнтів, середній – 50,0%.

3. Під впливом програми комплексної реабілітації, що включала лікувальну гімнастику, реабілітаційний масаж, ультразвукову терапію відмічено більш виражену позитивну динаміку клінічних показників, підвищення м'язової сили верхніх кінцівок, зменшення викривлень хребта. Кількість дітей, які мали сильний і середній ступінь сколіозу зменшилися з 60,0% школярів до 40,0%. Проте збільшилася кількість дітей з легким ступенем сколіозу 50,0%, у одного пацієнта нормалізувалася постава.

Список використаної літератури:

1. Котешеква И.А. Нарушение осанки. Лечение и профилактика. – М.: Узд-во Эксмо, 2004. – 208с.
2. Лукаш А., Шубина Е., Белянчикова Н. Сколиоз излечим. Профилактика и лечение ортопедических проблем у детей, СПб.: Наука и Техника, 2008. – 272с.
3. Лук'яненко Т.В. Здоровый позвоночник. Рецепты и рекомендации.- Харьков: Книжный клуб, 2008. – 320с.
4. Системная коррекция последствий сколиоза у детей и подростков средствами адаптивной физической культуры: Программно-методический комплекс/ Н.А. Потапова, Л.М. Кротова, Р.Р. Гатиатулин. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2006. – 216 с.
5. Язловецкий В.С. Физическое воспитание подростков с ослаблением здоровьем. – К.: Здоров'я, 1987. – 136с.

SUMMARY

According to experts, scoliosis and scoliotic posture are observed in 60% of school-age children, as a result of various negative factors, there is a tendency to increase the incidence of children, especially at school age. Despite the high level of modern diagnostic technology, many aspects of spinal lesions remain undetected. At the present stage, the problem of treatment and rehabilitation of this category of patients remains unresolved to this day, so the development of comprehensive rehabilitation programs remains relevant. Grade I scoliosis occurs in 30 - 40% of children, and girls more often than boys, because they lead a less active lifestyle.

An analysis of the special literature shows that junior and middle school students have postural disorders that tend to progress with age. According to the authors, this problem on the one hand is associated with the adaptive response of the body to the maintenance of forced postures that cause morphological changes in the musculoskeletal system, and on the other hand - the lack of a differentiated approach to prevention and correction of posture disorders.

The purpose and objectives of the study - to scientifically substantiate and develop a comprehensive program of physical therapy for school-age children with thoracic scoliosis of the first degree.

Objectives of the study: 1. To study the etiology and pathogenesis of scoliotic disease in middle school children. 2. To make the program of rehabilitation of teenagers suffering from scoliotic disease of the I degree and to estimate efficiency of a technique of physical therapy.

The study was conducted in 20 children aged 12 - 14 years (12 boys and 8 girls), who were diagnosed with first-degree scoliosis. The rehabilitation program included: morning hygienic gymnastics (WGG), therapeutic gymnastics, segmental-reflex massage, which was performed on the background of classical massage, paravertebral ultrasound therapy, hardening of the body, swimming.

Under the influence of the program of complex rehabilitation, which included therapeutic gymnastics, rehabilitation massage, ultrasound therapy, more pronounced positive dynamics of clinical indicators, increase of muscular strength of the upper extremities, reduction of curvatures of the spine were noted. The number of children with severe and moderate scoliosis decreased from 60.0% of schoolchildren to 40.0%. However, the number of children with mild scoliosis increased by 50.0%, one patient normalized posture.

Key words: scoliosis of the I degree, medical gymnastics, physical therapy.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**РОБОТА З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ
ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНОГО ЦЕНТРУ**

МАРГОЛИЧ Марина Степанівна

**WORK WITH PARENTS OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL
NEEDS IN COMDITION OF THE INCLUSIVE RESOURCE CENTER**

MARHOLYCH Maryna

Scientific adviser: candidate of pedagogical Sciences Gaiash Oksana V.

Науковий керівник: кандидат педагогічних наук Гаяш Оксана
Володимирівна

ABSTRACT.

Introduction. One of the most pressing problems of the 21st century is the growing number of children with SEN. At the present stage of development of education in Ukraine, a new approach to the implementation of the system of special and general education is widely developed, due to the change in attitudes towards children with SEN. To this end, inclusive groups in preschool institutions and inclusive classes in general secondary education institutions are organized and function, as well as inclusive resource centers (IRC).

Methods. Methods of analysis, generalization, synthesis, systematization of scientific data; study and analysis of psychological and pedagogical literature.

Results: The issues of joint work of specialists of the inclusive resource center and parents of children with special educational needs were identified; the principles and stages of joint work of specialists of the inclusive resource center with parents of children are considered; conditions, research methods, tasks and techniques at each stage of cooperation with parents; ways and forms of cooperation of teachers with parents; steps to involve parents in joint work. It is noted that the importance of cooperation of specialists of the inclusive resource center with parents in the process of correction of children's development is difficult to overestimate, because thanks to them this process of harmonious development of the child is much faster and more efficient.

Conclusions: The results of the study indicate that the partnership with the family is especially important for successful correctional work in an inclusive resource center. It is noted that the importance of cooperation of specialists of the inclusive resource center with parents in the process of correction of children's development is difficult to overestimate, because due to this the process of harmonious development of the child will be much faster and more efficient.

Keywords: joint work, children with special educational needs, parents of children with special educational needs, specialists, inclusive resource center

Вступ. Співпраця фахівців та батьків дітей з особливими освітніми потребами (ООП) в межах інклюзивно-ресурсного центру та поза ним на сучасному етапі розвитку інклюзивної освіти є об'єктом ряду наукових досліджень.

Питанню успішної реалізації співпраці з батьками та формування ефективних способів взаємодії закладів освіти з сім'ями дітей з ООП, які навчаються у закладах спеціальної освіти, а також у межах інтегрованого та інклюзивного освітнього простору, присвятили свої праці: В. Бондар, Л. Вавіна, Т. Дегтяренко, Дж. Демплер, Т. Ілляшенко, В.Єрмаков, В. Засенко, А. Колупаєва, Т. Лорман, І. Луценко, С. Миронова, А. Обухівська, В.Феокистова, С. Хорош, Л. Шипіцина, та інші дослідники.

Аналізуючи праці таких авторів, як І. Бех, А. Захарова, Д. Ісаєв, Д. Петровська, Т.Пироженко, можна виділити, що вирішальним фактором, який впливає на формування та розвиток особистості, поведінку дітей з ООП є тісна співпраця між родиною і педагогами.

Одночасно з цим аналіз психолого-педагогічної та дидактичної літератури свідчить про недостатню розробленість питання спільної роботи фахівців та батьків дітей з ООП, що зумовлює актуальність цього дослідження.

Однією із найактуальніших проблем ХХІ століття є зростання кількості дітей з ООП. На сучасному етапі розвитку освіти в Україні широко розвивається новий підхід до реалізації системи спеціальної та загальної освіти, що обумовлено зміною ставлення до дітей з ООП. З цією метою організовуються та функціонують інклюзивні групи в закладах дошкільної освіти та інклюзивні класи в закладах загальної середньої освіти, а також створені інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ).

Успіх адаптації дітей з ООП в інклюзивне освітнє середовище залежить також від готовності батьків до співпраці з педагогами та реального сприйняття можливостей і потреб своєї дитини.

Проблема співпраці сім'ї та фахівців (ІРЦ) займає важливе місце у сучасній освітній системі.

Важливість вивчення співпраці педагогів з батьками дітей з ООП в умовах ІРЦ полягає у тому, що переважна більшість джерел вивчають процес взаємодії батьків з педагогами в умовах загальної і спеціальної освіти, без урахування умов інклюзії та особливостей порушень розвитку дитини.

Мета дослідження: на основі аналізу психолого-педагогічної літератури вивчити та описати зміст, завдання і форми співпраці фахівців ІРЦ з батьками дітей з ООП з урахуванням специфіки актуальних життєвих обставин.

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

Завдання дослідження: проаналізувати психолого-педагогічну літературу з проблеми спільної роботи фахівців ІРЦ з батьками дітей з ООП.

Результати. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 545, ІРЦ є установою, що утворюється з метою забезпечення права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, в тому числі у закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу.

Серед завдань роботи інклюзивно-ресурсного центру є:

- консультування батьків або законних представників дітей з особливими освітніми потребами стосовно мережі закладів дошкільної, загальної середньої, професійної (професійно-технічної) освіти, інших закладів освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, та зарахування до цих закладів;
- співпраця із батьками у команді психолого-педагогічного супроводу дитини;
- надання консультативної та психологічної допомоги, проведення бесід з батьками (законними представниками) дітей з особливими освітніми потребами у формуванні позитивної мотивації щодо розвитку таких дітей [9].

Як зазначає С. Єфімова, одне з найважливіших завдань фахівців інклюзивно-ресурсного центру – це допомога батькам повірити в себе, у свої власні сили для подолання проблем. Педагоги повинні здійснювати індивідуальний підхід до кожної сім'ї, оскільки кожна сім'я має свої потреби, можливості та пріоритети [5].

С. Бернацька зауважує, що для успішної реалізації права на освіту дітей з особливими потребами надзвичайно важлива ефективна співпраця ІРЦ та родин дітей з порушеннями в розвитку. Фахівці ІРЦ є фасилітатором у налагодженні стосунків між спеціалістами, педагогами та батьками. Існує

три фактори, які допомагають інклюзивно-ресурсному центру залучати батьків до активної участі в ухваленні всіх рішень, що стосуються дитини:

- сприятлива психологічна атмосфера педагогічного колективу центру;
- постійне двостороннє спілкування між родиною дітей та установою;
- сприйняття батьків як колег [1].

Кизимович О. стверджує, що в умовах ІРЦ проводиться комплексна оцінка розвитку дитини та корекційно-розвиткова допомога дітям; спеціалісти здійснюють просвітницьку роботу з батьками та психолого-педагогічний супровід сімей. Досвід роботи показує, що консультивати необхідно обох батьків. Перші бесіди треба проводити спільно, потім працювати з кожним із батьків окремо. Слова підтримки потрібні всім, але мама і тато по-різному бачать проблему, по-різному знаходять вихід зі сформованої ситуації [6, с. 107].

Виходячи з цього, К. Островська стверджує, що однією з важливих умов успішної співпраці із батьками в умовах інклюзивно-ресурсного центру є їх вивчення. Під час консультивання фахівцям необхідно враховувати рівень освіченості, інформованості батьків, їх індивідуальні, психологічні особливості та знати інформацію про:

- склад сім'ї;
- соціальний статус сім'ї;
- освітній та культурний рівень батьків;
- умови виховання дитини у сім'ї;
- стосунки батьків з педагогами закладу освіти та батьками інших дітей (якщо дитина навчається);
- педагогічну компетентність батьків у вихованні дитини з особливими потребами.

Вчена зазначає, що відповідно до цього визначаються такі методи дослідження сім'ї:

Аналіз відповідної документації – вивчення медичних карток дітей, особових справ, характеристик, висновки психолога, олігофренопедагога тощо, продуктивних видів роботи дитини (зошитів, альбомів). Аналіз такої

інформації дає змогу зробити висновок про склад сім'ї, ступінь розвитку дитини, умови життя родини.

Спостереження за стосунками між дітьми та батьками, реакцією батьків на одержані від фахівців поради, успіхи та невдачі дитини під час психолого-педагогічного вивчення чи проведення заняття.

Бесіда з дитиною (якщо дитина розмовляє та веде діалог) – запитання спрямовуються на з'ясування ставлення батьків до виконання з дитиною завдань, що дають фахівці, психологічної атмосфери у сім'ї.

Анкетування батьків - використовуються різні за змістом і характером анкети, які дають змогу одержати найбільш повні відомості про дитину, про сім'ю в цілому, інтереси та труднощі дитини. Результати анкетування дають змогу фахівцям спланувати роботу з батьками з урахуванням особливостей сімейних стосунків.

Співпраця фахівців між собою, що має на меті вироблення оптимального змісту та форм співпраці спеціалістів з батьками дітей в умовах комплексної корекційної роботи [8].

Спільна робота фахівців з батьками дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивно-ресурсного центру ґрунтується на таких принципах:

1. Особистісно-орієнтований підхід до дітей, до батьків. При такому підході в центрі уваги знаходиться врахування особистісних особливостей дитини, сім'ї; забезпечення комфортних, безпечних умов. Важливо, щоб сім'я дитини відчула увагу з боку педагогічних працівників, зацікавленість учителів у розвитку дитини, їхню готовність допомогти батькам у вихованні і розвитку дитини.

2. Гуманно-особистісний. Цей принцип являє собою різнобічну повагу і любов до дитини, до кожного члена сім'ї, віра в кожного з них. Найпершим кроком до співпраці сім'ї з будь-яким закладом освіти є сприяння соціальному та освітньому середовищу. Тут батьки відчують себе важливими, поважними, довіреними, почутими і необхідними. Готовність батьків прислухатися до слів учителя, прагнення виконати його рекомендації пов'язані не стільки з тим, що говорить вчитель, але як він це говорить.

3. Принцип комплексності. Базується на тому, що психолого-педагогічний супровід дитини в інклюзивно-ресурсному центрі та і поза його межами можна розглядати тільки в комплексі, у тісному контакті вчителя з психологом чи спеціальним психологом, олігофренопедагогом, логопедом, реабілітологом та батьками [3, с.4].

Сім'я є надійним фундаментом для побудови співпраці між батьками та педагогами. Взаємодія батьків дітей з ООП та фахівців (психолог, дефектолог, реабілітолог, логопед) базується на рівності всіх, хто залучені до процесу навчання, виховання та корекції дитини з особливими освітніми потребами. Також взаємодія всіх учасників ґрунтується на досягненні єдиної мети, яка полягає у гармонійному розвитку дитини з особливими потребами. Вся діяльність та усі рішення педагогічних працівників та батьків мають бути спільними та включати в собі обмін інформацією про стан здоров'я, розвиток, інтереси дитини. Таким чином, О. Терещенко, орієнтуючись на інтереси сім'ї, радить педагогам керуватися такими принципами:

- Визнання того, що сім'я є стабільним елементом в житті дитини, а педагоги протягом всього часу можуть змінюватися.
- Ефективне співробітництво педагогів з батьками та іншими фахівцями.
- Регулярне обмінювання фахівців з сім'ями повною інформацією стосовно розвитку їхніх дітей.
- Запровадження в навчальному закладі системи послуг, які забезпечують сім'ям необхідну емоційну підтримку.
- Розуміння й урахування індивідуальних особливостей та інтересів дітей під час розробки навчально-корекційних програм і т. п.
- Створення умов для взаємної підтримки батьків.
- Розуміння унікальності кожної сім'ї, повага до різних методів навчання та виховання дітей, що застосовуються батьками.
- Турбота про те, щоб послуги, які надаються певним родинам, були комплексними, добре скоординованими, гнучкими, доступними та відповідали потребам кожної родини [13].

Сучасна психолого-педагогічна література стверджує, що спільна робота фахівців з батьками проходить декілька етапів. На кожному етапі реалізуються конкретизовані завдання і використовуються відповідні прийоми.

Завдання першого етапу – налагодити довірливі, відверті стосунки з батьками, особливо з тими, хто заперечує можливість і необхідність співпраці. На цьому етапі варто використовувати бесіду. Під час нетривалої первинної бесіди ні в якому разі не можна використовувати пряму або

непряму критику дій батьків, висловлювати сумніви у їх педагогічній компетентності. Це доречно використовувати лише в тактовній формі після аналізу сукупності відомостей про дитину, зокрема результатів її обстеження. Адже на перших зустрічах будь-який натяк на несхвалення дій батьків може спровокувати у них сильні захисні реакції, що закриває шлях для відвертого обговорення всіх проблем, які є у дитини.

Другий етап проводиться на основі підсумків всебічного обстеження дитини і передбачає досягнення кількох цілей:

- детальний аналіз загального стану психічного розвитку і особистісних особливостей дитини, а також характеру, ступеня і причин виявлених труднощів, обережно обговорюються перспективи розвитку і навчання учня, а увага батьків зосереджується на їх можливостях надання допомоги дитині;
- роз'яснення чітких шляхів допомоги з урахуванням особливостей розвитку дитини, висвітлення важливості участі батьків у системі психолого-педагогічної підтримки;
- обговорення проблем батьків, їхнього ставлення до труднощів, наявних у поведінці, спілкуванні або навчанні дітей;
- планування подальших зустрічей для моніторингу динаміки просування дитини в умовах дії різнопланових чинників. Установлені висновки про потребу дитини в підтримці в тому або іншому виді психічної діяльності слід здійснювати на основі конкретних фактів, що яскраво відображають особливості порушень розвитку. Окрім того, батьків готують до консультацій профільних фахівців і/або до подальшої корегувальної роботи з дитиною.

На третьому етапі змінюються завдання супроводу, які включають формування у батьків педагогічної компетентності через розширення меж їх психолого-педагогічних знань і уявлень; залучення до конкретних корегувальних заходів з їхньою дитиною як активних учасників цього процесу. Найефективнішими формами дії на цьому етапі є:

- спільне обговорення з батьками плану і результатів корегувальної роботи;
- аналіз причин мінімальної позитивної зміни в розвитку окремих сторін психічної діяльності та спільне вироблення рекомендацій, що стосується подолання негативних тенденцій у розвитку особистості;
- індивідуальні практикуми з навчання батьків спільними формами діяльності з їхніми дітьми, що мають корекційну спрямованість.

Рекомендується використовувати різні види продуктивної діяльності, артикуляційна гімнастика, психогімнастика, елементи арт-педагогіки, а також й інші ігри, завдання, що розвивають психічні функції [11, с. 38].

Загалом існують різні рівні взаємодії між батьками та спеціалістами. Згідно з інформацією, яка опублікована на сайті Небраського інституту (Омаха, США), розрізняють чотири рівні:

1. Рівень спільної діяльності (формальні бесіди про роботу та послуги, що надаються дитині).

2. Рівень кооперативної роботи (бесіди про наявні проблеми, надання застережень).

3. Рівень координаційної роботи (бесіди про конкретні проблеми дитини з особливими освітніми потребами, готовність надавати нові ідеї та пропозиції, розподілення на виконання певних ролей у процесі виховання дитини).

4. Рівень співпраці (партнерство, відкритість до втілення нових ідей щодо розвитку дитини, надання певної допомоги, наявність довіри та поваги між батьками та спеціалістами).

Батьки та фахівці мають різні рівні співпраці, адже вони по-різному взаємодіють та неоднаково довіряють один одному. Чим більше часу відводиться на таку взаємну працю, тим кращі результати. Для гармонійної взаємодії потрібні наступні умови:

1. Стати друзями, краще познайомитися з тими людьми, з якими будете працювати, домовитися про подальші зустрічі.

2. Обговорювати разом усі проблеми, які виникають у процесі розвитку дитини з особливими освітніми потребами, ділитися новими ідеями та пропозиціями, досвідом та добутими знаннями щодо виховання такої дитини.

3. Визначити спільні інтереси та бажання, розподілити ролі та обов'язки у процесі роботи з дитиною. Завдання фахівців полягає у підтримці та зміцненні компетентності батьків. Стосунки базуються на взаємній довірі, повазі та готовності до ведення діалогу [2].

Проаналізувавши організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів, варто сказати, що успішна співпраця фахівців інклюзивно-ресурсного центру та батьків дітей з ООП реалізується наступними шляхами:

- Налагодження ефективних відносин. Запорукою хороших стосунків між фахівцями інклюзивно-ресурсного центру і сім'єю є повага, некритичне ставлення і співчуття. Педагоги закладу можуть розпочати розмови на теми, про які сім'я говорити не наважується. Наприклад, чимало

батьків дітей з особливими освітніми потребами спочатку приховують свій гнів, образу, розпач. Проте, коли вони помічають, що фахівець розуміє їхні відчуття, вони охоче йдуть з ним на контакт.

- Некритичне ставлення. Фахівці інклюзивно-ресурсного центру мають позитивно та відкрито ставитися до батьків дітей з особливими освітніми потребами, незалежно від їхніх людських якостей. Педагог закладу повинен не давати оцінку, не критикувати батьків, а делікатно, без будь-якого тиску заохочувати родину до прийняття власних рішень щодо освітнього маршруту дитини. Якщо ж фахівець центру не схвалює дії батьків щодо дитини, це може викликати відчуженість і опір з їхнього боку.

- Співчуття та мотивація батьків. Фахівці інклюзивно-ресурсного центру повинні враховувати будь-які сімейні обставини, співчувати родинам і відповідним чином демонструвати це під час спілкування, водночас мотивуючи на позитивний розвиток дитини.

- Комунікативні вміння. Для цього можна використовувати такі прийоми:

- застосовувати активне слухання. Фахівець інклюзивно-ресурсного центру має уважно вислуховувати батьків, братів, сестер та інших родичів дітей, з повагою ставитися до їхньої точки зору і пропонувати допомогу. Таким чином створюється можливість зрозуміти, як дивляться члени сім'ї на себе, своїх дітей та ситуацію;

- ставити запитання. Фахівець інклюзивно-ресурсного центру має заохочувати батьків до розмови, розпитувати їх, з'ясовувати незрозумілі моменти. Слід давати як і запитання, що мають конкретну відповідь, так і запитання, що спонукають до розгорнутих відповідей, дискусії. Наприклад, запитання «Які труднощі є у Вашої дитини?» або «Що любить Ваш малюк?» заохочують батьків до розповіді;

- реагувати на почуте та з'ясовувати незрозуміле. Під час бесіди фахівець інклюзивно-ресурсного центру повинен певним чином коментувати почуте. Це дає змогу батькам зрозуміти, що їх слухають і розуміють. Ближче до закінчення розмови треба знову коротко охарактеризувати ситуацію і вияснити незрозумілі питання;

- різносторонньо підходити до проблем. Фахівець інклюзивно-ресурсного центру повинен пропонувати батькам дивитися на ситуації з різних боків і розглядати різні шляхи розв'язання проблем. Наприклад, коли батьки скаржаться на погану поведінку дитини, можна допомогти їм зрозуміти, що проблема не в дитині, оскільки в цьому випадку вона просто не здатна виконати поставлене перед нею завдання.

- Стратегії ефективного спілкування. Сім'ї дітей з ООП часто занадто хвилюються за успіхи своїх дітей. Для цього можна застосовувати наступні форми спілкування з батьками:

- Бесіди на початку/наприкінці надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг. Фахівець ІРЦ є важливим джерело інформації для сімей, тому він має відверто розповідати про проблеми дітей, а також навчати батьків працювати і взаємодіяти з дітьми.

- Записки і записники. Записки передають додому через дитину. У них розповідається про конкретні досягнення дитини, її нові вміння чи поведінку. Також у них можна висловлювати подяку батькам за допомогу у процесі навчання. Для регулярного спілкування також доцільно передавати додому і повертати записник. Такий записник гарантує безперервність спілкування та проінформованість батьків про досягнення дитини та зміни у її поведінці.

- Дошки оголошень. З інформації на дошках оголошень родини дітей дізнаються про заняття, які відбуваються в інклюзивно-ресурсних центрах. На них можна розмістити відомості загального характеру, наприклад, статті про розвиток дитини. На дошках оголошень можуть бути вивішені зразки дитячих малюнків, фотокартки досягнень дітей.

Важливо, щоб дошки оголошень були яскравими і привабливими. Також варто регулярно оновлювати на них інформацію.

Рекомендації щодо облаштування дошки оголошень:

- Розміщувати інформацію на висоті очей дорослої людини.
- Регулярно змінювати на ній хоча б деяку інформацію.
- Вивішувати дитячі роботи.
- Інформація має бути короткою.
- Запрошувати сім'ї брати участь в оформленні.
- Призначати двох людей, відповідальних за оформлення.

- Поширення інформації через мережу Інтернет. Все частіше сім'ї можуть отримувати інформацію про інклюзивну освіту через Інтернет. Тому, інклюзивно-ресурсні центри:

- створюють свій веб-сайт або блог і регулярно надавати інформацію про заходи і повідомляти новини. Дуже важливо, щоб ці сайти відповідали стандартам доступності;

- збирають пропозиції від фахівців та експертів, закликаючи їх надсилати свої коментарі та відгуки;

- створюють форуми та дискусійні групи для батьків з метою обміну думками з іншими батьками [7, с.190].

У ІРЦ, де отримують корекційно-розвиткові послуги діти з різними рівнями розвитку та здібностями, педагоги мають підтримувати один одного у застосуванні найефективніших стратегій навчання. Постійна соціальна взаємодія, діалог дозволять фахівцям допомогти батькам (надати інформацію про розвиток дитини з ООП, пояснити незрозумілі моменти, висловити свою точку зору з приводу розвитку дитини, разом спробувати вирішити наявні проблеми, оцінити успіхи дитини, вміти вислухати батьків та дитину).

Завдяки підтримці інклюзивно-ресурсного центру батьки отримують необхідний досвід, стають менш залежними від фахівців, приймають рішення стосовно догляду за дітьми з особливими освітніми потребами та їх розвитку. Важливо, щоб між ІРЦ та сім'ями було налагоджено постійне й відкрите спілкування та взаємодія. Батькам важливо надавати повну інформацію стосовно розвитку їхніх дітей, нічого не приховувати, так як будь-які недомовки можуть в значній мірі вплинути на подальший розвиток дитини. Чесність повинна бути ключовою ланкою спілкування [4, с.54].

Провідними завданнями фахівців інклюзивно-ресурсного центру у спілкуванні з батьками є:

- розуміння важливості і корисності партнерських стосунків між членами родин дітей, педагогами та іншими фахівцями;
- розуміння, що для кожної родини характерні свої цінності, переконання, підходи та пріоритети;
- з'ясування, перешкод, що заважають членам родин брати участь у житті закладу освіти;
- ознайомлення з ефективними стратегіями налагодження партнерських стосунків з родинами;
- аналіз того, чому батьки хочуть, щоб їхні діти перебували в інклюзивному середовищі [10].

Аналіз навчально-методичних посібників дає змогу стверджувати, що досить часто, батьки, які дізналися про порушення психофізичного розвитку своєї дитини можуть стикатися з постійним переживанням гніву чи депресії. Тому тут вагомої ролі також набувають фахівці, які не лише вміють сприймати такий гнів, а й навчити батьків його висловлювати. Інколи сім'ї дітей можуть відчувати неприязнь до фахівців, які відводять таким проблемам лише свій робочий час. Також у батьків може виникати депресія, коли їхня дитина освоїла певні вміння протягом тривалого часу, проте вони

розуміють, що це лише мала частина всього шляху до соціалізації. Фахівцям важливо вміти нормалізувати ці почуття, показати, що вони властиві всім людям у такій ситуації. Якщо фахівці не готові або бояться подібних негативних переживань, то батьки можуть уникати спілкування з ними.

Таким чином, психолого-педагогічний супровід сімей, де є дитина з ООП, спирається на принципи комплексності та взаємодії батьків зі спеціалістами.

Формування оптимальної позиції батьків дитини з ООП містить мету їх залучення до корекційно-розвивального процесу.

Для якісного корекційно-освітнього процесу в штаті ІРЦ є кваліфіковані вчителі-дефектологи, вчителі-логопеди, спеціальний психолог. Одна з найважливіших умов роботи з дітьми з ОПП - це створення спеціальних умов, які включають в себе надання дітям допомоги, матеріалів, тренажерів, технічних засобів навчання, створення умов в розвиваючому предметно-просторовому середовищі кожної групи і освітньому середовищі установи, проведення групових та індивідуальних корекційних занять з фахівцями.

Активне включення батьків у процес корекційної роботи з дітьми з ООП повинно здійснюватись покроково, поетапно, використовуючи для цього різні форми та шляхи співпраці фахівців з ними.

Корекційно-розвиткові заняття, які проводять учителі-дефектологи, психолог в ІРЦ, в основному, проводяться у присутності батьків, що являється важливим фактором у створенні простору партнерства і довіри між сім'єю і педагогом. Батьки краще розуміють стан дитини, її проблеми, цілі і завдання роботи. Розвивається батьківська компетентність, виробляється єдиний підхід до формування тих чи інших навичок. Батьки проходять своєрідний практикум – як правильно організувати заняття з дитиною вдома, одержують домашнє завдання, уточнюють зі спеціалістом найближчі завдання.

Досить дієвими є щоквартальна присутність і участь батьків на індивідуальних корекційних заняттях у вчителя-логопеда, учителя-дефектолога, педагога-психолога з метою відстеження батьками динаміки розвитку дитини і навчання батьків окремим прийомам і методам роботи з дітьми з ООП. Такі індивідуальні перегляди не тільки затребувані батьками, але і підвищують їх практичний досвід взаємодії з дитиною, які мають ті чи інші відхилення, небажання займатися, що не вміє включитися в освітню діяльність.

На наступному етапі роботи буде відбуватися формування у батьків інтересу до процесу розвитку дитини. Так варто показати щоденні

досягнення дитини у подоланні специфічних труднощів. На третьому етапі можливий розвиток у батьків творчого підходу до навчання і розвитку дитини, тому важливо показати можливість особливих батьківських умінь у керуванні поведінкою, розвитку самостійності дитини у побуті тощо.

Таким чином, в сучасній літературі теорії і практики інклюзивної освіти для залучення батьків до спільної роботи з фахівцями пропонують наступні кроки:

Крок 1. Інформованість. На цьому основному рівні інклюзивно-ресурсний центр інформує батьків про чинні освітні програми, а батьки, в свою чергу, подають запит на інформацію.

Крок 2. Участь у діяльності. На цьому рівні батьки залучені в діяльність інклюзивно-ресурсного центру. Наприклад, їх запрошують у певні моменти діагностики, оголошення висновків експертної оцінки, навчального і позанавчального процесу.

Крок 3. Діалог і обмін думками. У цій ситуації батьків запрошують, щоб вони могли оцінювати різні варіанти освіти для їх дитини.

Крок 4. Участь у прийнятті рішень. У цій ситуації батьків запитують про їхню думку, коли варто прийняти рішення, яке вплине на їх дитину. Приклад такого рівня залучення – зустріч для ознайомлення із індивідуальним навчальним планом.

Крок 5. Достатня відповідальність батьків для свідомих дій. Це найвищий рівень, у якому батьки приймають рішення спільно з інклюзивно-ресурсним центром чи школою, залучені як до планування, так і до оцінювання індивідуальної чи шкільної програми. Демонстрація такого залучення батьків дитини з особливими освітніми потребами – активна участь в оцінюванні та корекції індивідуальної програми розвитку, шкільних правил і регламенту. Інший приклад залучення – роль, яку батьки можуть виконувати як репетитори для власних дітей [12, с. 59].

Висновки. Отже, співпраця педагогів і фахівців ІРЦ з сім'ями, які виховують дітей з ООП безпосередньо впливає на позитивний результат у вирішенні корекційних питань, соціалізації дитини і спілкування з дорослими і однолітками. Одна з проблем – це зацікавити батьків в активному партнерстві для корекційної роботи з усіма фахівцями ІРЦ.

Варто зазначати, щоб стати з батьками партнерами у вихованні дитини з ООП педагогам потрібно детально вивчити особливості кожної сім'ї, використовуючи різні методи дослідження, врахувати фактори залучення батьків до співпраці, дотримуватися всіх умов та принципів спільної роботи спеціалістів зі сім'ями. Таким чином, взаємодія з батьками (законними представниками) дітей з ООП проходить кілька етапів: недовіра,

знайомство, включення в корекційний процес і співробітництво, коли батьки стають активними учасниками життя своєї дитини. Тільки розуміння потреб і можливостей дітей і батьків дає результат у вихованні, навчанні та корекції психофізичних порушень у дітей з ОПП та розвитку дитини для його подальшого розкриття.

Опрацьована нами тема, є ще недостатньо вивчена, тому потребує подальшого розгляду, дослідження та аналізу. Тому хочемо зазначити, що перспективними напрямками дослідження стане практичне вивчення співпраці фахівців інклюзивно-ресурсного центру з батьками дітей з особливими освітніми потребами (анкетування, спостереження, аналіз веб-сайтів і т.п.).

Список використаної літератури:

1. Бернацька О.М. Психологічна безпека дитини: у пошуках «золотої середини» // Дефектологія. 2009. № 6. С.32-37.
2. Бойчук Ю.Д. Казачінер О.С. Форми, методи та прийоми співпраці фахівців із батьками, які виховують дітей з особливими освітніми потребами / Ю. Д. Бойчук, О. С. Казачінер // «Теоретичні та практичні аспекти розвитку педагогічної освіти в Україні». Херсон: Видавничий дім "Гельветика", 2020. 100 с.
3. Гаяш О.В. Взаємодія спеціалістів з батьками дітей з особливими освітніми потребами у процесі включення їх в інклюзивну освіту // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю присвяченої 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання УЖНУ "Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії" (17-18 жовтня 2019 р. м. Ужгород) // Україна. Здоров'я нації. № 3/1 (51), 2019. Науково-практичний журнал. С. 159-160.
4. Гуменюк В. О., Любченко Т. М. Організація співпраці педагогічних працівників ІРЦ з батьками дітей з особливими освітніми потребами / Психолого-педагогічні координати розвитку особистості : зб. наук. матеріалів ІІ Міжнар. наук.-практ. конф. Полтава, 2021. 268 с
5. Єфімова С.М. Налагодження партнерських стосунків з родинами / Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник / Кол. авторів: Колупаєва А.А., Найда Ю.М., Софій Н.З. та ін. За заг. ред. Даниленко Л.І. К.:2007.128 с.
6. Кизимович О. С. Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям і молоді з особливими потребами та їхнім батькам / О.С. Кизимович, І.О. Ніжаща, Н.М. Герасимов // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2003. № 33. С. 103-109.
7. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів. URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/posibniki/Inclusive_study_Sep17.pdf (дата звернення: 21.09.2021)
8. Островська К. Особливості психолого-педагогічної допомоги родині аутичної дитини / К. Островська // Деадаптована дитина: напрямки

психотерапевтичної та психокорекційної допомоги: матеріали обл. наук.-практ. конференції. Львів, 2004. 32 с.

9. Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.09.2021)

10. Співпраця працівників ІРЦ з командою психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами URL: <https://naurok.com.ua/spivprasya-pracivnikiv-irc-z-komandoyu-psihologo-pedagogichnogo-suprovodu-ditini-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-102435.html> (дата звернення: 23.09.2021)

11. Теорія і методика інклюзивного навчання URL: http://inclusion.org.ua/wp-content/uploads/2020/08/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97-%D0%BC%D0%BE%D0%B4%D1%83%D0%BB%D1%8C-4-6_1.pdf (дата звернення: 21.09.2021).

12. Теорія і практика інклюзивної освіти URL: <http://dano.dp.ua/attachments/article/1061/%D0%A2%D0%B5%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%8F%20%D1%96%20%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D0%B7%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%B8%20-%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf> (дата звернення: 19.09.2021)

13. Терещенко О. Родинні збори в дитячому садку / О.Терещенко // Дошкільне виховання. №2. 2007. С. 18-20.

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З КАРПАЛЬНИМ ТУНЕЛЬНИМ
СИНДРОМОМ**

Готра Тетяна

PHYSICAL THERAPY OF PATIENTS WITH CARPAL TUNNEL SYNDROME

Gotra Tatiana

студентка-магістрантка I курсу

спеціальності 227 Фізична терапія ерготерапія

Науковий керівник: **к.н.ф.в.і с., доц. Філак Фелікс Георгійович**

MA 1st year, speciality 227 Physical therapy occupational therapy

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, **Filak Felix Georgievich**

Вступ. Карпальний тунельний синдром (КТС) — це поширена проблема, що впливає на роботу кисті руки і зап'ястя, спричинена стисканням нервів і судин в анатомічно сформованих кістками, м'язами, зв'язками каналах або тунелях. Будь-який стан, що зменшує розмір зап'ястного каналу або провокує зростання тканин усередині каналу, може викликати симптоми синдрому карпального каналу. Останнім часом цьому синдрому приділяється багато уваги у зв'язку з припущенням, що він може бути пов'язаний з професійною діяльністю працівників, що виконують монотонні дрібні згинально - розгинальні рухи кисті. Це найбільш поширений синдром, який виникає у працівників, робота яких пов'язана з тривалим напруженням кисті: оператори комп'ютерного набору, друкарки, швачки, перукарі, складальники, музиканти, працівники хлібокомбінатів і часто є причиною інвалідності у осіб молодого працездатного віку. У реальності даний стан розвивається у багатьох людей незалежно від типу виконуваної ними роботи. В основному хворіють жінки віком від 18 до 55 років. Дані останніх років свідчать, що кількість таких пацієнтів досягає 25 - 40% в структурі всіх захворювань периферійних нервів. [1, 3].

Карпальний канал - це отвір, що проходить від передпліччя через зап'ястя до кисті руки. Він утворений кістками зап'ястя в нижній його частині та поперечною зв'язкою зап'ястя у верхній частині. Тут проходить серединний нерв, що забезпечує чутливість великого пальця, вказівного пальця, середнього пальця та половини безіменного пальця. Від серединного нерва також відходить нервова гілка, що управляє м'язами великого пальця кисті. М'язи тенара допомагають великому пальцю рухатися і дозволяють подушечці великого пальця досягати кінчиків кожного пальця однієї руки, цей рух називається «протипоставленням великого пальця». Через

карпальний канал проходять і сухожилля згиначів. Серединний нерв лежить на верхній частині сухожилля, безпосередньо під поперечною зв'язкою зап'ястя. Будь-який стан, що звужує просвіт карпального каналу або збільшує розмір тканин усередині каналу, може призвести до появи симптомів синдрому карпального каналу (СКК). Один з перших симптомів КТС - це поступове оніміння в ділянках, чутливість яких визначає серединний нерв. Тому важливими засобами реабілітації таких хворих є лікувальна гімнастика, масаж, фізіотерапевтичні процедури які повинні відновити функціональну здатність кисті [2, 4].

Відновне лікування синдрому зап'ястного каналу необхідно починати якомога раніше і під наглядом лікаря або реабілітолога. Крім хірургічного підходу є й інші неінвазивні терапевтичні методи лікування. В першу чергу слід лікувати першопричини, такі як діабет або артрит, тендовагініти, тощо. Без лікування, перебіг захворювання, як правило, має тенденцію до прогресування. Різні лікарські засоби можуть полегшити біль і запалення, пов'язані з синдромом зап'ястного каналу на нетривалий час, потім симптоми з'являються знову, що викликані напруженою діяльністю. Немедикаментозна відновна терапія в цілому полягає в обмеженні навантаження ураженої руки і зап'ястя на 2 тижні як мінімум, уникаючи діяльності, яка може погіршити симптоми або іммобілізація зап'ястя за допомогою шини для запобігання подальшого пошкодження внаслідок скручування або згинання. Якщо присутня запальна реакція, то для зняття набряку можуть застосовуватися бульбашки з льодом. Деякі пацієнти підтверджують, що їм допомогли акупунктура, мануальна терапія, хіропрактика, проте ефективність цих методик залишається недоведеною науковими методами. Винятком є йога, для якої було показано наявність ефекту щодо зменшення болю і поліпшення сили захоплення серед пацієнтів з синдромом зап'ястного каналу. Фізичні вправи і масаж, які спрямовані на розтягування і зміцнення зап'ястка і всієї верхньої кінцівки у пацієнтів, у яких зменшилися гострі прояви хвороби можуть виявитися корисними і підвищити працездатність. Такі вправи можна проводити під контролем реабілітолога, який має підготовку по застосуванню вправ для відновлення фізичних ушкоджень та наданні їм допомоги в придбанні навичок поліпшення власного здоров'я і самопочуття. Нам не відомі праці, у яких би наводилися приклади спеціальних вправ та інших засобів фізичної реабілітації для осіб з карпальним тунельним синдромом [1, 3].

Мета дослідження – розробити та апробувати комплексну програму фізичної терапії хворих працездатного віку з карпальним тунельним синдромом.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати і узагальнити сучасні науково-методичні знання, вітчизняний та світовий досвід використання засобів і методів реабілітації хворих молодого віку з карпальним тунельним синдромом.

2. Розробити та використати комплексну програму фізичної терапії для хворих з карпальним тунельним синдромом.

3. Оцінка впливу комплексної програми реабілітації на клінічний стан і функціональні показники хворих молодого віку з карпальним тунельним синдромом.

Методи дослідження. З цією метою дослідження проведені у 20 хворих з карпальним тунельним синдромом. Усі пацієнтки - жінки віком від 37 до 45 років. Це робітниці швейної фабрики, які працюють на підприємстві $20,2 \pm 0,60$ років. Тривалість захворювання становила 2 – 4 роки. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. Діагноз підтверджений лікарем-невропатологом. Підбір індивідуальної програми реабілітації здійснювався для кожної хворого з урахуванням клінічної картини та функціонального стану пацієнта.

Для рішення основних задач нашого дослідження із цілого ряду методик обстеження карпального тунельного синдрому нами були використані наступні методи дослідження:

- аналіз літературних джерел з обраної теми;
- аналіз історій хвороби і анкетування;
- вивчення показників фізичної сили кистьовим динамометром;
- сенсорні тести:

Аналіз літературних джерел включав вивчення медичної та спеціальної літератури про застосування різноманітних методик лікування хворих з карпальним тунельним синдромом; визначити питання, які потребують вирішення з метою підвищення ефективності відновного лікування, намітити шляхи досліджень. Програми реабілітації хворих з даною патологією не розроблено. Всього проаналізовано 38 літературних джерел. На підставі аналізу літератури розроблено структуру експериментального дослідження.

Визначення сили м'язів кисті ручним динамометром. М'язова сила рук характеризує ступінь розвитку мускулатури верхніх кінцівок і силу кисті. Проводять 2 – 3 вимірювання кожною рукою і записують найбільший показник. У практично здорових цей показник для чоловіків становить $34,5 \pm 1,23$ кг, для жінок - $22,6 \pm 1,12$ кг.

Сенсорні тести. Для верифікації діагнозу синдрому карпального каналу пропонуються наступні тести:

Тест Тінеля: постукування неврологічним молоточком по зап'ястку (над місцем проходження серединного нерва) викликає відчуття поколювання в пальцях або іррадіацію болю (електричний простріл) в пальці руки. Позитивний симптом Тінеля виявляється у 26-73% пацієнтів з синдромом карпального каналу. Легкий ступінь поколювання – 1 бал; середньої інтенсивності – 2 бали; сильний ступінь – 3 бали.

Тест Дуркало: здавлення зап'ястя в ділянці проходження серединного нерва викликає оніміння або біль у I-III, половині IV пальцях руки (як при симптомі Тінеля). Легкий ступінь білю – 1 бал; середньої інтенсивності – 2 бали; сильний ступінь – 3 бали.

Тест Фалена: згинання (або розгинання) кисті на 90 градусів призводить до оніміння, відчуття поколювання або болю менш ніж за 60 секунд. Це підтвердження карпального тунельного синдрому. Легкий ступінь прояву – до 60 сек.; середній – до 40 сек.; сильний ступінь прояву – до 30 сек.

Результати дослідження. За даними опитування практично всі хворі на карпальний тунельний синдром скаржилися на ниючі болі в зап'ясті кисті руки, який відзначали 90,0% хворих. Болі більше локалізувалися на долонній поверхні зап'ястя і в 1 - 3 або 1 - 4 пальцях кисті. Біль може поширюватися ("передаватися") в сторону долоні і пальців або в сторону долонній поверхні передпліччя. Скарги на оніміння і поколювання зап'ястя, які посилюються після незначного навантаження на кисть руки відзначали 100,0% пацієнтів. Онеміння і поколювання" на шкірі кисті, зазвичай локалізувались у великій, вказівному, середньому і, іноді, в безіменному пальцях кисті. Внаслідок оніміння і болю пацієнт часом не може триматися за верхні поручні в громадському транспорті; тривало розмовляти по телефону. Нічний появу симптомів у вигляді болів і онеміння, через які пацієнти прокидалися відзначали відповідно 80,0%. Болі і онеміння вдавалось полегшити при струшуванні кисті і зап'ястя та розтирання рук, розмахування ними в опущеному положенні. Відчуття здавлення і набухання кисті або зміни її температури на підвищену або знижену відзначали 100,0% пацієнтів. Слабкість і неточність рухів відзначали 80,0% досліджуваних пацієнтів Дратівливість, емоційну нестійкість визначали 60,0% хворих.

Для оцінки ефективності засобів фізичної реабілітації проводилось вимірювання сили окремих м'язових груп обох кистей рук, їх витривалості за допомогою ручного динамометра. Проводили 2-3 вимірювання, записували найбільший показник. Індекс сили кисті характеризує силу кисті

і обчислюється за формулою [сила кисті (кг) / маса тіла (кг)] x 100. Є певна залежність між масою тіла і м'язовою силою. Зазвичай чим більша м'язова маса, тим більша сила кисті. Динамометрія кисті в середньому складає у жінок 45 – 50% від маси тіла. При проведенні динамометрії відзначається різниця в силі здорової і ураженої кисті рук. У жінок сила м'язів кисті зі сторони ураження в середньому становила $15,3 \pm 0,4$ кг, в той же час зі здорової сторони цей показник становив $21,8 \pm 0,5$ кг, що складає 44,5% від маси тіла для здорової кисті і 28,4% для ураженої кисті.

Діагностичними критеріями карпального тунельного синдрому є тести, які дають можливість діагностувати дане захворювання і оцінити ступінь інтенсивності його перебігу (табл.1).

Таблиця 1.

**Оцінка ступеня порушень хворих на КТС
методом сенсорних тестів**

№ п/п	Тести	Основна група (%)			Контрольна група (%)		
		Легкий	Середній	Сильний	Легкий	Середній	Сильний
1	Тест Тінеля	40,0	40,0	20,0	30,0	50,0	20,0
2	Тест Дуркало	30,0	40,0	30,0	30,0	40,0	30,0
3	Тест Фалена	30,0	50,0	20,0	30,0	40,0	30,0

Таким чином проведені дослідження шляхом тестування показали, що у пацієнтів з карпальним тунельним синдромом найбільш характерними в основній (40,0%) так і контрольній (50,0%) групі були середній і легкий ступінь ураження серединного нерва, що підтверджується тестом Тінеля. За даними тесту Дуркало частіше виявляли середній ступінь ураження нерва (40,0%) в обох групах. За даними тесту Фалена середній ступінь порушення виявляли у 50,0% пацієнтів основної групи і в 40,0% контрольної групи, що свідчить про середню інтенсивність болю або оніміння при згинанні кисті на 90°.

У комплекс засобів фізичної реабілітації хворих з карпальним тунельним синдромом застосовувалися: лікувальна гімнастика для верхньої кінцівки, реабілітаційний масаж, гідрокінезотерапія для кисті руки, озокеритотерапія. Тривалість відновного лікування становила три місяці.

Комплекс лікувальної фізкультури хворих становили вправи, спрямовані на зменшення болю, відчуття важкості і неточності рухів кисті ураженої руки, оніміння і поколювання зап'ястка та зміцнення м'язів верхньої кінцівки. Розроблений нами комплекс спеціальних вправ лікувальної гімнастики включав вправи для великих і середніх м'язових груп ураженої верхньої кінцівки з метою покращення провідності серединного нерва в напрямі від центру до периферії. Це вправи: пронація, супінація, згинання і розгинання, відведення і приведення в плечовому, ліктьовому, променево-зап'ястковому суглобах ураженої верхньої кінцівки, а також здорової кінцівки з вихідного положення лежачи, сидячи за столом. Застосовані нами вправи дадуть можливість зменшити оніміння, поколювання, скарги на "відключення" ураженої руки, що призводить до випадіння мимо волі предметів з рук. В комплекс вправ входили вправи для м'язів долонної поверхні зап'ястя особливо ураженої кисті руки, вправи для першого-четвертого пальців і прилеглої до них долоні (що відповідає зоні іннервації долоні серединним нервом), вправи на координацію рухів і сила кисті. Використовують вправи з вихідного положення сидячи за столом. Це вправи згинання і розгинання пальців, відведення і приведення пальців за допомогою здорової руки, утримування дрібних предметів, стиснення пальців кисті в кулак. Звертають увагу на згинання великого, вказівного пальців і мізинця. Можуть виявитися корисними вправи, спрямовані на розтягування і зміцнення кисті. Спеціальні вправи мають на меті вирішення таких завдань: загальне зміцнення організму, вплив на нервово-психічну сферу і нейрогуморальну регуляцію зміцнення м'язів ураженої кисті. Вправи виконували на фоні загально розвиваючих вправ для всього організму. Дозування кожної вправи – 6 - 8 разів, тривалість занять – 35 - 40 хвилин.

Реабілітаційний масаж починали з комірцевої зони, плечового суглоба від центру до периферії по ходу серединного нерва і в напрямі пахвових лімфатичних вузлів. Плече, що масажують, відводять на 15 – 20° від тулуба і на 60° уперед. Передпліччя зігнуте в ліктьовому суглобі під тупим кутом. Це забезпечує найкращий крово- і лімфообіг у судинах. Використовують в основному прийоми площинного прогладжування, прямолінійного розтирання, пересічення, стругання по ходу нерва, поздовжнього і поперечного розминання, подвійний гриф, надавлювання, накочування. Потім масажують ліктьовий суглоб, передпліччя, використовуючи тіж самі прийоми. При проведенні масажу променево-зап'ясткового суглоба найбільш ефективним є вплив на тильну його поверхню, де є можливість ефективніше вплинути на суглоб і отримати результат від масажу. Використовують обхоплююче і щипцеоподібне погладжування, граблеподібне,

гребенеподібне, гладження. Розтирання – прямолінійне, колове, а також пиляння, пересічення, штрихування, при необхідності стругання. Розминання - щипцеподібне натискування, зсування, розтягування *Масаж кисті*. На кисті багато дрібних суглобів, що обмежує застосування багатьох масажних прийомів. Масажні рухи на *пальцях* і кисті виконують подушечками I, II і III пальців одночасно на долонній, бокових частинах фаланг за ходом судин і лімфатичних шляхів, починаючи з кінчиків пальців, масуючи окремо кожен палець у напрямку до основ фаланг. Потім переходять на тильну поверхню фаланг пальців. Проводять площинне, щипцеподібне погладжування, кругове та спіралевидне розтирання, штрихування, щипцеподібне розминання, надавлювання, зсування. При масажі міжфалангових і п'ястно-фалангових суглобів розтягується шкіра, що покриває суглоб з тильної, долонної і бічних поверхонь. Після погладжування переходять до розтирання з подальшим погладжуванням. Після масажу пальців виконують рухи в суглобах кожного пальця.

Озокеритотерапія – продукт із суміші твердих високо плавких вуглеводів з домішками рідких і газоподібних вуглеводів парафінового ряду., тобто це природна гірська тверда порода становить собою суміш високомолекулярних вуглеводів. Має чорний колір і відносно щільну консистенцію. Він має саму високу теплоємність, малу теплопровідність і найбільшу теплоутримуючу здатність. Особливості дії: протибольова, протизапальна, антиспастична, десенсибілізуюча, стимулююче впливає на регенеративну здатність тканин. Призначали аплікації озокериту у вигляді «рукавиць» температури 45°C, тривалість 30 хвилин, 15 процедур через день.

Після проведеного комплексу реабілітаційних заходів покращилась клінічні показники (талбл.2).

Динаміка клінічних показники хворих на КТС основної групи

№ п/п	Клінічні показники	Основна група	
		До реабілітації	Після реабілітації
1	Болі в зап'ясті кисті	90,0%	40,0%
2	Онеміння і поколювання зап'ястя	100,0%	60,0%
3	Нічні симптоми (болі, онеміння, поколювання)	80,0%	30,0%
4	Відчуття здавлення і набухання кисті	100,0%	35,0%
5	Втрата м'язевої сили кисті	90,0%	50,0%
6	Симптоми КТС при роботі за комп'ютером	70,0%	20,0%
7	Дратівливість, емоційну нестійкість	60,0%	20,0%
8	Порушення сну, загальна слабкість	40,0%	10,0%

У результаті проведених реабілітаційних заходів болі в зап'ясті кисті зникли або зменшилися у 50,0% хворих (табл. 2). Онеміння і поколювання зап'ястя а також ураженої верхньої кінцівки зменшилась у 40,0% пацієнтів з карпальним тунельним синдромом Нічні симптоми (болі, онеміння, поколювання) після розробленої нами програми фізичної терапії відзначали лише 30,0% хворих. Відчуття здавлення і набухання кисті зменшилося з 100,0% до 70,0% пацієнтів, тобто лише у 30,0% хворих. Втрата м'язевої сили кисті зменшилася у 40,0% хворих.

Сила м'язів кисті у досліджуваних чоловіківхлопців основної групи з КТС зі сторони ураження вірогідно збільшилась з $22,6 \pm 0,9$ кг, до $28,03 \pm 0,7$ кг ($p < 0,05$). У жінок сила м'язів кисті зі сторони ураження також вірогідно підвищилася з $15,3 \pm 0,4$ кг до $18,02 \pm 0,6$ кг ($p < 0,05$), що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації.

Для оцінки ефективності запропонованої програми фізичної реабілітації нами проведено тестування, що дають можливість оцінити ступінь порушення і динаміку інтенсивності перебігу захворювання При повторному тестуванні у хворих з карпальним тунельним синдромом

основної групи відзначається позитивна динаміка клінічних і рухових показників, які вказують на відновлення функціональних можливостей зап'ястя та відновлення функції нерва. (табл. 3).

Таблиця 3.

Динаміка ступеня порушень хворих основної групи на КТС методом сенсорних тестів

№ п/п	Тести	До реабілітації (%)			Після реабілітації (%)		
		Легкий	Середній	Сильний	Легкий	Середній	Сильний
1	Тест Тінеля	40,0	40,0	20,0	70,0	20,0	10,0
2	Тест Дуркало	30,0	40,0	30,0	50,0	30,0	20,0
3	Тест Фалена	30,0	50,0	20,0	70,0	20,0	10,0

Таким чином проведені дослідження шляхом тестування показали, що у пацієнтів з карпальним тунельним синдромом основної групи відзначається позитивна динаміка тесту Тінеля. Сильний і середній ступінь болю при постукуванні молоточком над місцем проходження серединного нерва зменшилися відповідно на 10,0% і 20,0%, натомість легкий ступінь збільшився на 30,0%. Показники тесту Дуркало – здавлення зап'ястя в ділянці проходження серединного нерва змінилися недостатньо. Легкий ступінь збільшився на 20,0%, середній і сильний відповідно на 10,0%. При згинанні кисті на 90° (тест Фалена) сильний ступінь збільшився на 40,0%, середній і важкий відповідно на 30,0% і 10,0%.

Висновки. 1. Таким чином, встановлено, що у більшості хворих на карпальний тунельний синдром відзначаються: ниючі болі в зап'ясті, які відзначали 90,0% пацієнтів, нічні симптоми: оніміння, поколювання кисті, який відзначали 100,0% хворих, відчуття здавлення і набухання кисті, втрата м'язевої сили кисті, особливо при роботі за комп'ютером. Найбільш характерним були тести Тінеля, Фалена.

2. Використання комплексної програми фізичної терапії позитивно впливає на клінічні показники та функціональний стан кисті, психоемоційний стан хворих на карпальний тунельний синдром. В

результаті проведення реабілітаційних заходів у 50,0% хворих зникли або зменшилися болі в зап'ясті, оніміння і поколювання. Відновлення м'язової сили кисті відзначали відповідно 40,0% хворих. Цим і підтверджено ефективність відновного лікування хворих з карпальним тунельним синдромом.

Список використаної літератури:

1. Жулев Н.М. Невропатии: руководство для врачей. – Спб: Издательский дом СпБмапо. – 2005. – 416 с.
2. Одинак М.М., Живолупов С.А. Заболевания и травмы периферической нервной системы (обобщение клинического и экспериментального опыта). СПб.: СпецЛит, 2009.- 367 с.
3. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: руководство для врачей /Я.Ю. Попелянский – 20 изд. – М.: МЕДпресс – информ, 2009. – 352 с.
4. Цементис С.А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии. Пер. сангл. М.: Гэотар-Медиа, 2005. - 368 с.
5. Чуловская И.Г., Скороглядоев А.В., Еськин Н.А. и др. Возможности методов лучевой диагностики в визуализации периферических нервов предплечья и кисти // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2008. № 2. С. 64–68.

Summary

Carpal tunnel syndrome (CTS) is the most common problem affecting the operation of the hand and wrist. is the most common of all types of neuropathies. It is the most common syndrome that occurs in workers whose work is associated with prolonged strain of the brush: computer typing operators, printers, seamstresses, hairdressers, assemblers, musicians, bakery workers, and are often the cause of disability in young able-bodied people. This syndrome is defined by the signs and symptoms that result from the compression of the median nerve in the wrist. The results of the CCC are largely manifested by discomfort, weakness of the hand, limitation of activities in daily life, loss of sleep and disability. Pain occurs in 80.0% of patients.

The purpose of the study is to develop and test a comprehensive program of physical therapy for patients of working age with carpal tunnel syndrome. Objectives of the study:

1. To analyze and summarize modern scientific and methodological knowledge, national and world experience of using the means and methods of physical therapy of patients of working age with carpal tunnel syndrome.

2. To develop and evaluate the effectiveness of the impact of a comprehensive program of physical therapy for patients with carpal tunnel syndrome.

The study subject was a group of persons of working age who suffered from trauma to the wrist joint and the muscles of the right hand, and who worked for a long time with seamstresses and with a computer using a mouse and keyboard. Patients were between 35 and 45 years of age diagnosed with carpal tunnel syndrome. A group of 20 patients (4 men and 16 women) was selected for physical therapy.

The following research methods were used: analysis of literature on a selected topic, conversation with doctors, instructors of therapeutic physical training, questionnaires, objective indicators: the study of physical strength with a wrist dynamometer, sensory tests, a method of mathematical statistics.

The complex of the program of physical therapy for patients with carpal tunnel syndrome included: WGG, therapeutic gymnastics, segmental reflex massage, darsonvalization of the affected upper extremity, ozokeritotherapy on the hand in the form of "gloves".

It is established that the majority of patients with carpal tunnel syndrome have: aching wrist pain, which was noted by 90.0% of patients, nocturnal symptoms: numbness, tingling of the hand, which was noted by 100.0% of patients, feeling of compression and swelling of the brush, loss muscle strength of the hand, especially when working at the computer. The most characteristic tests were Tinel, Falen and Fromm.

The use of a comprehensive program of physical therapy has a positive effect on the clinical parameters and functional state of the hand, psycho-emotional state of patients with carpal tunnel syndrome. As a result of rehabilitation measures, 50.0% of the patients in the main group and 30.0% of the control groups had wrist pain, numbness and tingling pain decreased or decreased. Repeated diagnostic tests in patients have shown that we have proposed a comprehensive program of physical therapy is effective in the rehabilitation of patients with carpal tunnel syndrome.

Key words: Carpal tunnel syndrome, sensory tests, physical therapy

**ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ 12-
ПАЛОЇ КИШКИ В САНАТОРНИХ УМОВАХ**

Антал Наталія

**MEANS OF PHYSICAL THERAPY OF PATIENTS WITH PURIFIC
DISEASE OF THE DUAL REGION IN SANATORIUM CONDITIONS**

Antal Natalia

студентка-магістрантка I курсу

спеціальності 227 Фізична терапія ерготерапія

Науковий керівник: **к.н.ф.в.і с.**, доц. **Філак Ярослав Феліксович**

MA 1st year, speciality 227 Physical therapy occupational therapy

Scientific adviser: Ph.D., Associate Professor **Filak Yaroslav Feliksovych**

Вступ. Інтерес до проблеми виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки зумовлений не тільки широким поширенням даної патології органів травлення, але й відсутністю достатньо надійних методів лікування, які зводять до мінімуму можливість рецидиву захворювання. Епідеміологічні дослідження показують, що виразкова хвороба шлунка і 12 - палої кишки займає одне з провідних місць серед хвороб органів травлення і є однією з розповсюджених форм гастроентерологічної патології у лікарській практиці. Протягом всього цього життя виразковою хворобою страждає до 20% дорослого населення. В Україні число виявлених хворих на ПВ перевищує 4 мільйони. Загальновідомо, що в основному на виразкову хворобу хворіють люди працездатного віку і звичайно, серед хворих з виразками дванадцятипалої кишки чоловіки значно переважають над жінками, тоді як серед пацієнтів, які мають виразками шлунка співвідношення чоловіків і жінок однакове [2, 3].

За статистичними даними різних авторів виразковою хворобою страждають від 10 до 15% населення, останніми роками виявлена тенденція до зростання. В Україні частота виникнення даного захворювання складає 70 випадків на 10000 населення і хворіють переважно особи працездатного віку, що наносить великий медико-соціальний і економічний збиток. Значна поширеність виразкової хвороби, важкий і прогресуючий перебіг часто призводять до передчасної інвалідності і не дивлячись на появу нових медикаментів та методів лікування, ситуація принципово не змінюється [4, 5].

Відкриття інфекції *Нр* дало могутній поштовх для подальших наукових і клінічних досліджень. Великих успіхів в діагностиці гелікобактеріозу було досягнуто завдяки впровадженню ендоскопічних методів дослідження, які дали можливість забирати біопсійний матеріал із вогнища уражень. На сьогодні вивчені і продовжуються вивчатись різні властивості цього мікроорганізму як у хворих, так і в чистій культурі, визначено декілька його штамів. Обов'язкові умови існування бактерій *Н. pylori* – певний оптимальний рівень рН /3 – 6/, наявність сечовини в шлунковому соку і наявність шлункового епітелію. В даний час виділено 8 видів бактерій роду *Helicobacter*, який паразитує на слизовій оболонці шлунка, 3 кишечних і 2 вида, що локалізуються у жовчовивідних шляхах. Основне значення в етіології виразкової хвороби мають два види: *Н. pylori* і *Н. helmanii*. Перший паразитує на слизовій оболонці антрального відділу шлунка, другий – виключно на його парієтальних клітинах. Всі штами *Н. pylori* продукують велику кількість фермента уреази, який гідролізує сечовину шлункового соку, в результаті чого утворюється вуглекислий газ і аміак, котрий нейтралізує хлористоводневу кислоту в місцях скопичення бактерій. Вважається, що в більшості випадків зараження трапляється в дитячому і підлітковому віці, а частота інфікування з віком збільшується у всіх групах. Інфікування дітей частіше відбувається після трьох років, а антитіла до *Н. pylori* інколи виявляють навіть у новонароджених, що напевно, пов'язано з проникненням їх в плід через плацентарний бар'єр [3].

У зв'язку з рецидивуючим характером захворювання в системі лікувально-профілактичних заходів велике значення має реабілітаційні процеси в профілактиці рецидивів. Літературні дані свідчать про те, що в останні роки велика увага приділяється етапному лікуванню та реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, при цьому важливе значення надається лікувальній фізичній культурі, що є важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування.

Мета та завдання дослідження – удосконалити та науково обґрунтувати комплексну програму фізичної терапії з використанням лікувальної гімнастики, курортних факторів у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.

У завдання дослідження входило:

1. Аналіз літературних джерел з проблем фізичної терапії хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.
2. Розробка і проведення комплексної програми реабілітації для хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки на санаторному етапі лікування.

3. Оцінка впливу комплексної програми реабілітації на клінічний стан і функціональні показники організму у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.

Методи дослідження. З цією обстежено 20 хворих віком від 35 до 50 років, з них 14 чоловіків і 6 жінок, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. При поступленні в санаторій «Сонячне Закарпаття» хворі на виразкову хворобу були детально обстежені. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби.

З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та оцінки ефективності комплексу санаторно-курортної реабілітації у поєднанні з засобами фізичної реабілітації використовували методи дослідження на початку і у кінці реабілітації:

- аналіз науково-методичної літератури;
- суб'єктивні дані на основі опитування пацієнтів:
- функціональні проби серцево-судинної системи: пульсометрія - визначення пульсу та його властивостей в спокої і після фізичних навантажень, в процесі занять лікувальної гімнастики;
- езофагогастодуоденоскопія. ЕФГДС виконувалась гнучким зондом лікарем-ендоскопістом на початку і в кінці програми реабілітації. Ендоскопічні дослідження дозволяють виявити у хворих на ВХ у стадії ремісії або неповної ремісії вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та різні моторно-евакуаторні порушення. Таким чином, використовуючи ЕФГДС можна судити про інтенсивність запального процесу стінок шлунка й, особливо дванадцятипалої кишки у хворих на ВХДК у стадії ремісії, виявити їх функціональний стан (перистальтику) та оцінити ефективність застосованих реабілітаційних заходів.

Результати дослідження. На лікування в санаторій «Сонячне Закарпаття» хворі поступали в стадії ремісії або неповної ремісії. Детальне опитування хворих до лікування дозволило виявити скарги, анамнез захворювання та встановити причини захворювання. За даними опитування, 16 (80%) пацієнтів скаржились на голодні болі в епігастральній ділянці, які зменшуються або зникають після прийому їжі.

Із них у 8 (40%) хворих відзначали іррадіацію болів в спину на рівні D₅ - D₉. Печію відзначали 18 (90%) пацієнтів, відрижку кислим або повітрям – 12 (50%) хворих на ВХДК. Печія в деяких випадках стає еквівалентом болю,

особливо при пілородуоденальних виразках. Крім болю пацієнти скаржились на нудоту, яку відзначали 7 (35%) хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Блювання виявляли у 2 (10%) хворих на ВХДК. Ці симптоми свідчать про порушення евакуації шлункового вмісту внаслідок тривалого спазму, порушення перистальтики і вираженого запального набряку пілоруса або цибулини дванадцятипалої кишки та рубцевих змін. Здуття живота відзначали 6 (30%) хворих, запори – 9 (45%). Загальну слабкість визначали 11 (55%) пацієнтів, підвищену подразливість, збудливість – 10 (50%) хворих. При об'єктивному обстеженні відзначається локальне м'язове напруження, позитивний симптом Менделя, тобто біль у епігастральній ділянці, який відзначали 18 (90%) пацієнтів.

З анамнезу життя хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки стало відомо, що більша частина із них порушує режим харчування, а саме їжа нашвидкоруч, вживання міцних алкогольних напоїв, зловживання деякими лікарськими препаратами, куріння і не займаються спортом. Генетична схильність виявлена у 3 (15%) пацієнтів, нервово-емоційні перенапруження відзначали всі хворі на ВХДК.

При визначенні пульсу на променевої артерії у хворих на ВХДК розбіжність показників пульсу становлять від 68 до 88 ударів на 1 хв, середній показник становить $79,3 \pm 2,03$ уд/хв., у 1-го пацієнта виходило за межі норми. За нашими даними, максимальний артеріальний систолічний тиск становить 155 мм рт.ст. і мінімальний 110 мм рт.ст., середній $130,2 \pm 2,15$ мм рт.ст. У обстежених пацієнтів діастолічний тиск коливається від 65 до 95 мм рт.ст., що загалом відповідає показникам норми, в середньому становить $85,2 \pm 1,38$.

Ендоскопічне обстеження дозволило виявити вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки гастродуоденальної зони у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. При ендоскопічному обстеженні гастродуоденальної зони ерозивний гастродуоденіт виявлений у 3 (15%) пацієнтів, дуоденіт помірно виражений у 12 (60%) пацієнтів, виражений дуоденіт – у 5 (25%). Гастрит помірно виражений виявлений у 13 (65%) хворих на ВХДК, виражений гастрит - відповідно у 7 (35 %) хворих. У 9 (45%) хворих констатовано рубцеву деформацію цибулин дванадцятипалої кишки. Тобто до початку відновного лікування вираженість супутнього гастриту та дуоденіту, виявлених при ФГДС мали місце у всіх хворих на ВХДК.

Всім хворим на ВХДК після проведеного обстеження призначали комплексну програму реабілітації, яка включала: внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, вуглекислі мінеральні ванни, лікувальну

гімнастику, сегментарно-рефлекторний масаж, який виконувався на фоні класичного масажу, теренкур, кліматотерапія.

1. Внутрішній прийом мінеральних вод - є одним із основних методів відновного лікування. Мінеральні води показані хворим на виразкову хворобу шлунка і 12-палої кишки в фазі затухаючого загострення, повній і неповній ремісії. Найбільш показані гідрокарбонатні води, а також мінеральні води, які містять сульфати, кальцій. Найбільш ефективним є вуглекислі гідрокарбонатні натрієві мінеральні води "Поляна Купіль", "Поляна Квасова", "Лужанська", "Шаянська", "Боржомі". На курорті «Сонячне Закарпаття» призначали середньої мінералізації вуглекислу гідрокарбонатну, натрієву мінеральну воду Поляна Квасова. Призначають мінеральна вода температури 42° С за 30 хвилин до прийому їжі по 150 мл три рази на день і через 60 хвилин після прийому їжі по 100 мл. теж три рази на день.

2. Хворим на ВХДК призначались вуглекислі мінеральні ванни температури 36° С тривалістю 12-15 хвилин, на курс 10 - 12 процедур. Мінеральні ванни мають легку тонізуючу і імуномодулюючу дію на центральну нервову систему організм в цілому, підвищують проникність судин, покращують капілярний кровоток, активізують обмінні процеси в організмі, підвищують утилізацію тканинами кисню, що підвищує захисні сили організму.

3. Лікувальна гімнастика. На санаторно-курортному відновному лікуванні комплекс лікувальної гімнастики направлений на відновлення адаптації до навантажень, врегулювання процесів збудження і гальмування в ЦНС, нормалізація вегетативних функцій, зміцнення м'язів живота та промежини, покращення регенеративних процесів, зменшенню запального процесу гастродуоденальної зони, нормалізації тонуусу і перистальтики тонкого кишечника, відновлення психічного стану і фізичної працездатності. В комплекс лікувальної гімнастики тривалістю 35 – 40 хв. включали вправи для всіх м'язових груп, з різних вихідних положень, вправи для м'язів черевного пресу і промежини, повороти і нахили тулуба, вправи на координацію, в чергуванні з дихальними вправами і вправами на розслаблення. Таким чином, "спеціальними" вправами при захворюваннях шлунка і дванадцятипалої кишки можна вважати вправи з участю м'язів ший, трапецевидних, м'язів, які піднімають лопатку, діафрагми, міжреберних м'язів, передньої черевної стінки, клубово-поперекового і грушовидного м'язів. Скорочення і розслаблення цих м'язів періодично змінює внутрішньочеревний тиск і мають масуючу дію на внутрішні органи, покращують кровообіг в черевній порожнині. Однак, слід врахувати, що

вправи для м'язів черевного пресу є дуже сильним подразником і викликають різке підвищення внутрішньочеревного тиску.

4. Масаж показаний при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії ремісії при відсутності болючості при пальпації і інших симптомів загострення. При гіперсекреції і виразковій хворобі потрібно діяти на ділянку тулуба лише після усунення напруги на задній поверхні тіла, в першу чергу в максимальних точках на спині у хребта в ділянці сегментів D₇ – D₈ і у нижнього кута лопатки і в ділянці сегментів D₄ – D₅. Якщо цього не дотримуватися, може наступити погіршення стану пацієнта. Метою його є дія на рефлекторні зони спини і грудної клітини, ділянку шийних симпатичних вузлів і шлунка. Проводять площинне глибоке погладжування, розтирання ліктьовим краєм долоні, пиляння стругання, продольне і поперечне розминання, м'язів спини. На паравертебральні зони спинномозкових сегментів T₉ – T₅, C₃ – C₇ діють прийомами пиляння, стругання, надавлювання. При масажі надчеревної ділянки проводять погладжування і розтирання не оказуючи енергетичної дії. Закінчують масаж живота круговим площинним погладжуванням навколо пупка. Тривалість масажу 20 – 25 хвилин. На курс 12 – 15 процедур.

5. Теренкур - дозована ходьба за спеціальними маршрутами. Нами використано маршрут № 2 – крутизна схилу від 5 до 10°, довжина 1000 м., швидкість ходьби до 3 км. на год. з поступовим зменшенням паузи для відпочинку. Кожен день № 15. Призначення лікувальної ходьби, теренкуру – адаптація до психологічних і фізичних навантажень, відновлення працездатності й покращання психоемоційного стану.

Завданням програми реабілітації було нормалізація тонусу ЦНС та кортико-вісцеральних взаємовідносин, усунення або зменшення болю, зменшення запального процесу в слизовій гастродуоденальній зоні, нормалізація секреторної і моторної функції шлунка і кишечника, трофічних процесів у шлунку і в дванадцятипалій кишці, зміцнення м'язів живота, адаптація організму до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру. Програм фізичної реабілітації проводились протягом 21-го дня.

У пацієнтів на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в результаті проведених реабілітаційних заходів відзначається покращення динаміки клінічних показників (табл. 1).

Динаміка клінічних проявів у хворих на виразкову хворобу
дванадцятипалої кишки

№ п/п	ПОКАЗНИКИ	Виразкова хвороба			
		До реабілітації		Після реабілітації	
		К-сть	%	К-сть	%
1	Голодні болів в епігастральній ділянці	16	80	5	25
2	Іррадіація болів в спину	8	40	1	5
3	Печія	18	90	7	35
4	Нудота	7	35	-	-
5	Блювота	2	10	-	-
6	Здуття живота	6	30	2	10
7	Загальна слабкість	11	55	4	20
8	Підвищена подразливість	18	90	8	40
8	Запори	9	45	1	5
9	Симптом Менделя	17	85	8	40

Призначений нами комплекс реабілітаційних заходів сприяв покращенню клінічної картини у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Достовірно після розробленої програми реабілітації у пацієнтів з ВХДК зменшилися голодні болі в епігастрії з 80% до 25%, іррадіація болів в спину з 40% до 5%. Печія зменшилися з 90% до 35%. нудота відповідно з 75% до 5%. Позитивна клінічна динаміка відзначається також по такому показнику, як запори які до реабілітації відзначали 45% пацієнтів, після реабілітації лише 5%. Загальна слабкість зменшилася з 55% до 20%. Підвищена подразливість, збудливість під впливом реабілітаційних заходів зменшилася з 90% до 40% . Симптоми пальпації, а саме симптом Менделя, який виявляли у 85% пацієнтів знизився вірогідно і після реабілітації його визначали у 40% пацієнтів. Таким чином, після реабілітації виявлена позитивна динаміка клінічних показників, що відображає ефективність застосування комплексної програми реабілітації.

Аналіз динаміки частоти серцевих скорочень у хворих на хронічний холецистит показує, що після проведення реабілітаційної програми показники пульсу знизились з $79,3 \pm 2,03$ уд/хв. до $73,15 \pm 1,46$ уд/хв. (таблиця 2).

Таблиця 2

Динаміка показників серцево-судинної і дихальної систем у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки після комплексної реабілітації

ПОКАЗНИКИ	Хворі на виразкову хворобу	
	До реабілітації	Після реабілітації
Частота серцевих скорочень, уд/хв	79,3 ± 2,03 P < 0,05	73,15 ± 1,46 P < 0,05
Артеріальний тиск:		
- систолічний тиск, мм.рт.ст.	130,2 ± 2,15 P < 0,05	118,5 ± 2,94 P < 0,05
-діастолічний тиск, мм.рт.ст.	85,2 ± 1,38 P < 0,05	78,5 ± 1,83 P < 0,05

Систолічний та діастолічний тиск в середньому у хворих на ВХДК був в межах норми. До кінця курсу лікування відзначалось незначне його зниження в межах норми. Таким чином, застосування комплексної програми реабілітації для хворих на ВХДК залежно від динаміки клінічних і функціональних показників, є ефективною.

Також важливо, що у пацієнтів крім покращення клінічних показників, змінилися дані ендоскопічного обстеження. Підсумки ендоскопічних спостережень за ходом і наслідками курортної та фізичної реабілітації представлені в таблиці 3.

Результати ФГДС у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки на початку і в кінці курсу реабілітації

Діагноз	Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки			
	До реабілітації		Після реабілітації	
	Кількість	%	Кількість	%
Ерозивний гастродуоденіт	3	15	1	5
Гастрит помірно виражений	13	65	9	45
Гастрит виражений	7	35	2	10
Дуоденіт помірно виражений	12	60	6	30
Дуоденіт виражений	5	25	3	15

В результаті проведених реабілітаційних заходів вираженість супутніх виразковій хворобі дванадцятипалої кишки гастриту, дуоденіту вірогідно знизилась. Прояв ерозивного гастро дуоденіту ендоскопічно знизився з 15% до 5%. Помірно виражений гастрит з 65% до 45%, дуоденіт відповідно – з 60% до 30%. Таким чином проведені дослідження свідчать що запропонована комплексна програма реабілітації є ефективною у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в стадії ремісії і неповної ремісії свідчить.

Висновки. 1. Провівши аналіз літературних джерел та обстеження хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у стадії ремісії або неповної ремісії можна стверджувати, що ВХДК займає одне з провідних місць серед захворювань органів травлення і найбільш характерною клінічною ознакою є голодні нічні болі та печія, яку відзначали відповідно 90,0% і 80,0% пацієнтів в обидвох групах та наявність супутнього гастриту, дуоденіту, рубцевої деформації 12-палої кишки, виявлених при ФГДС.

2. Ефективність призначення лікувальної фізичної культури в комплексній санаторно-курортній реабілітації підтверджує динаміка клінічних показників, результати ендоскопічного обстеження після проведеного курсу відновного лікування.

Список використаної літератури:

1. Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»/ За ред. Е.О.Колесника.- К.: «Купріянова», 2004.- 304 с.
2. Стародуб Є.М., Самогальська О.Е., Шостак С.Е. Алгоритми діагностики і лікування захворювань органів травлення. - Т.: Укрмедкнига, 2004. - 164 с.
3. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування): Б-ка практичного лікаря. Суттєві питання внутрішньої медицини /П.Я. Григор'єв, Є.М. Стародуб, Е.П. Яковенко, М.Є. Гаврилюк, С.Є. Шостак. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448с
4. Язловецький В.С. Основи фізичної реабілітації / В.С. Язловецький – Кіровоград.: КПДУ, 2004. – 326 с.
5. Язвенная болезнь или пептическая язва? Современные представления о причинах возникновения, новых подходах в лечении и возможностях вылечивания язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. проф. В.Г. Передерия. - К., 1997. – 158 с.

SUMMARY

The study was conducted in 20 patients with VHDK who were on rehabilitation in the sanatorium "Solar Valley". Of these 18 men, 2 women aged 35 to 50 years. The disease duration was 2 - 16 years. The average age of patients was $42,3 \pm 1,42$ years. The method of randomization, patients were divided into two groups and the main control for 10 people on the main level indicators.

The aim - to improve the impact and scientifically justify a comprehensive rehabilitation program with the use of physical rehabilitation for persons duodenal ulcer in terms of the resort.

For the purpose of detailed survey and control the functional status of patients with duodenal ulcer and evaluation of complex sanatorium rehabilitation combined with physical rehabilitation methods used at the beginning and at the end of rehabilitation: the analysis of scientific and methodological literature on subjective data based on a survey of patients, complaints, especially the history of life and disease, establishing the causes of the disease. Conducted an objective survey, which measured the heart rate (HR), blood pressure (BP), functional tests, instrumental and laboratory methods.

Ezofahohastoduodenoskopiya. EFHDS performed flexible probe endoscopist at the beginning and end of the rehabilitation program. Intra gastric pH measuring

dvohelektroodnoho performed using pH-probe at the body and antrum, to judge according to acid formation.

As a result of complex rehabilitation program positive dynamics of clinical, laboratory and instrumental methods in patients of the main group. Authentically designed after the rehabilitation program in patients with decreased VHDK hungry epigastric pain and their irradiation, heartburn, fatigue, improved psycho-emotional state of patients. Symptom Mendel showed that in 80.0% of patients decreased significantly after his rehabilitation was determined in 40.0% of patients. As a result of rehabilitation vyrazhennist related ulcer duodenum gastritis, duodenitis patients control based group significantly decreased. The manifestation of erosive gastroduodenitis endoscopically after rehabilitation did not shine. Mild gastritis with 60.0% and 30.0%, respectively duodenitis - from 40.0% to 20.0%.

So studies show that the proposed comprehensive rehabilitation program that includes domestic mineral water "Polyana Kvasova", physiotherapy, massage, carbonic mineral baths, amplipulse health path is effective in patients with duodenal ulcer in remission and partial remission.

Key words: peptic ulcer, physical rehabilitation, therapeutic exercises.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
(м.Ужгород, Україна)

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА СПАСТИЧНУ
ФОРМУ ДЦП**

Паламарчук Марина

**PHYSICAL THERAPY OF CHILDREN OF PATIENTS WITH
SPASTIC
FORM OF COPD**

Palamarchuk Marina

студентка-магістрантка I курсу

спеціальності 227 Фізична терапія ерготерапія

Науковий керівник: **канд.мед.наук, доц. Філак Фелікс Георгійович**

MA 1st year, speciality 227 Physical therapy occupational therapy

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, **Filak Felix Georgievich**

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА СПАСТИЧНУ
ФОРМУ ДЦП**

Вступ. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) за останні роки став одним з найбільш поширених захворювань нервової системи в дитячому віці в усіх країнах світу. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, церебральні паралічі залишаються важливою проблемою. Це патологія не має властивості до прогресу, проте, деякі прояви здатні змінюватись впродовж життя. Вона не передається у спадок, але визначити її причину часто є дуже складно. Проте наразі відомо, що більшість випадків захворювань (80 %) виникає внаслідок внутрішньоутробного ураження нервової системи дитини, і тільки у 20 % малюків захворювання діагностується після народження. Розвиток ДЦП може виникати у пренатальному, інтранатальному та ранньому неонатальному періоді [1, 5].

Дитячий церебральний параліч є найбільш поширеною причиною появи фізичної Дитячий церебральний параліч (аббревіатура — ДЦП) — це узагальнений термін для групи стійких не прогресуючих рухових синдромів (гіперкінези, атаксія, парези, паралічі), часто поєднаних з психічним розладом та порушенням мовлення, рідше — епілептичними нападами, можливі патології слуху, зору, органів і систем, внаслідком органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС). В пренатальному та інтранатальному періоді причинами виникнення церебрального паралічу є порушення розвитку мозку або пошкодження одного чи декількох його відділів, що контролюють м'язовий тонус і рухову активність тіла. Під час

неонатального періоду, тобто протягом першого місяця життя, виникає частіше після інфекційних захворювань, таких як менінгіт та енцефаліт. Простіше трактують як поєднання порушень, які впливають на можливість людини адекватно рухатися, зберігати рівновагу і поставу. Термін «церебральний» означає стан, який виникає на рівні головного мозку, а «параліч» — блокування контролю м'язів. Основним фактором, що провокує появу цієї хвороби, є пошкодження клітин мозку дитини через кисневе голодування і травми, отримані до або після пологів [3, 4].

Спастична форма захворювання притаманна понад 50 % інвалідів із ЦП. За характером рухових порушень спастична диплегія є тетрапарезом (тобто вражені руки та ноги), але ноги уражуються більшою мірою. Головна ознака — спастичний параліч або парез обох нижніх кінцівок, можлива функціональна недостатність рук. Дитина частково або повністю не рухається. Спостерігаються затримки у фізичному розвитку, ходити починає пізно, водночас інтелектуальний розвиток та мовлення відбувається без явних відхилень. У таких дітей у 70 % випадків спостерігаються мовні порушення у формі дизартрії і у 60-80% - розумові. У залежності від міри вираженості рухових порушень розрізняють важкий, середній та легкий ступінь ураження. Діти з важким ступенем самостійно не пересуваються або пересуваються з допомогою. У 70-80 % дітей спостерігаються мовні порушення, психічний розвиток затриманий у 50-60 % та у 25-35 % спостерігається олігофренія. Діти з середнім ступенем ураження пересуваються самостійно, хоч і з дефектною статуєю. Мовні порушення спостерігаються у 65-75 % дітей, психічний розвиток затримано у 45-55 %, у 15-25 % виявлено олігофренію. Діти з легким ступенем ураження самостійно пересуваються, але хода їх залишається дещо дефектною. Мовні порушення спостерігаються у 40-50 % дітей, затримка психічного розвитку - у 20-30 %, олігофренія - у 5 % [2].

В даний час в Україні склалася складна демографічна ситуація - на тлі зниження народжуваності збільшується інвалідність дітей внаслідок вроджених вад розвитку, психічних захворювань і хвороб нервової системи. За останні десятиліття показник загальної інвалідності дітей в Україні в порівнянні з 1962 роком зріс майже на 78%. Пошуки ефективних шляхів відновлення порушених функцій при ДЦП ведуть фахівці різних країн. На Закарпатті проживає 702 дітей хворих на ДЦП [5].

Поширеність дитячого церебрального паралічу в країні складає 2-3 дитини на 1000 дитячого населення. Ця недуга входить у розряд невиліковних хвороб, але проведення своєчасної і правильної корекції

ушкоджених систем організму дітей, за допомогою корекційних фізичних вправ, масажу, ЛГ, застосування спеціальних рухових режимів, масажу, кінезотерапії є передумовою для успішної побутової, навчальної, трудової і соціальної адаптації до реальних умов життя, їхньої інтеграції в суспільстві [1, 3].

Візуально можна оцінити ступінь ураження організму кожного виду спастичною формою за допомогою малюнку, що нище розташований.



Мета дослідження. Науково обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії з врахуванням рухових порушень у дітей дошкільного віку хворих на дитячий церебральний параліч в умовах реабілітаційного центру.

Завдання дослідження:

1. Провести системний аналіз науково-методичної літератури вітчизняного та зарубіжного досвіду реабілітації дітей з ДЦП.
2. Вивчити функціональний стан організму і силу м'язів кінцівок у дітей з спастичною формою ДЦП.
3. Скласти комплексну програму фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку хворих ДЦП та оцінити її ефективність.

Методи дослідження. З цією метою обстежено 10 дітей віком від 5 - 6 років, з них 7 хлопців і 3 дівчат у яких підтверджено спастичну форму ДЦП. Клінічні дослідження проводилися в дитячому медико-соціальному центрі «Дорога життя» м. Ужгород на протязі 4-ох місяців. При поступленні на відновне лікування в реабілітаційний центр пацієнти були детально обстежені. Для контролю за ефективністю реабілітаційних заходів використовувалися об'єктивні і суб'єктивні обстеження, а саме клінічні спостереження, рухові тести для виявлення наявних порушень у дітей хворих на ДЦП, шкала оцінки психомоторного вміння, мануальне тестування за методикою Ловета, які проводились на початку і в кінці курсу реабілітації.

Застосовували шкалу рухових можливостей дітей з ДЦП, а саме:

- можливість приймати позу з допомогою, але не можливість утримувати її;
- можливість приймати потрібну позу тільки з допомогою і деякий час утримувати її з допомогою;
- можливість самому приймати потрібну позу, але неможливість утримувати її;
- самостійно приймати і деякий час утримувати позу;
- абсолютно точно виконувати завдання.

П'ятибальна система оцінки ґрунтується на факторах полегшення рухової функції. Разом із тим пропонується використовувати шкали оцінки рухового вміння й оцінки психомоторного рухового уміння.

Для оцінки м'язової сили та рухових можливостей дітей хворих на ДЦП використовували мануальне тестування за методикою Ловета. За цією методикою мануальне тестування дозволяє уточнити стан сухожильно-м'язового і кістково-суглобового апарату .

Характеристика сили в балах:

5 балів - рух в повному обсязі при дії сили тяжіння і максимального зовнішнього протидії немає. Оцінюється в 100,0%

4 бали - рух в повному обсязі при дії сили тяжіння і при невеликій зовнішній протидії

Оцінюється в 75,0%. Легкий ступінь.

3 бали - рух в повному обсязі при дії сили тяжіння. Оцінюється рух в -50,0%. Помірний ступінь.

2 бали - рух в повному обсязі в умовах розвантаження (при виключенні гравітаційних сил і тиску). Оцінюється в 25,0%. Ступінь виражений.

1 бал - відчуття напруги при спробі довільного руху (пальпується скорочення м'яза). Оцінюється в 10,0%. Ступінь грубий.

0 балів - відсутність ознак руху при спробі довільного напруги м'язи. Рух оцінюється в 0%. Плегія.

Результати дослідження. За даними опитування практично всі діти скаржилися на помірну загальну слабкість, дискомфорт в грудному відділі хребта, скованість в рухах, який відзначали 100% дітей. Були наявні мовні розлади, а також інтелектуальні відхилення, зміни виявляли у 100% хворих. Діти нездатні також до адаптації, що обумовило термін «неадаптовані діти». Відсутність можливості зосереджувати увагу при обстеженні виявлено у 100,0% хворих дітей на ДЦП. Відсутність зосереджувати увагу виявляли у 100,% пацієнтів. Зниження пам'яті відзначали 90,0% хворих на спастичну форму ДЦП. Нездатність виконання конкретної роботи відзначали 80,0%

пацієнтів. Однак, по нашим спостереженням в певній мірі затримка розвитку інтелектуальних функцій відзначали у 7 (70,0%) хворих із спастичною формою ДЦП. Порушення ходи виявляли у 100,0% пацієнтів.

Оцінка рухових можливостей дітей хворих на ДЦП оцінювалася за п'ятибальною системою. Більшість дітей в 40,0% здатні приймати позу з допомогою, і можуть деякий час утримувати її з допомогою, що відповідає 2 балам, а також 30,0% хворих на ДЦП дітей можуть самостійно приймати потрібну позу, але не можуть утримувати її самостійно, що відповідає 3 балам. Лише 20,0% дітей хворих на ДЦП здатні приймати позу з допомогою, але не можуть утримувати її самостійно, що відповідає 1 балу. Середній бал рухових можливостей низький і становить 2 - 3 бали.

При оцінці психомоторного розвитку у більшості дітей 40,0% слабке розуміння завдання і виконання його з великими помилками, що відповідає 1 балу. Розуміли завдання, але сплутане його виконання відзначали також 40,0% дітей 2 балам із 5-ти можливих. 20,0% дітей не змогли виконати завдання в зв'язку з його нерозумінням.

Функціональний стан і силу м'язів кінцівок і тулуба ми оцінювали за методикою Ловетта (шестибальною шкалою оцінки сили м'язів). М'язові групи, які тестувалися були обрані нами самостійно. Проведені дослідження показали, що у 60,0% пацієнтів основної і контрольної груп м'язова сила в кінцівках оцінювалась у 2 і 3 бали. Тобто рухи в кінцівках виконуються не в повному обсязі з зусиллям. Амплітуда рухів оцінюється на 50,0%. Помірний ступінь. У 40,0% хворих обох груп м'язова сила в кінцівках оцінювалась у 2 бали - рух в повному обсязі в умовах розвантаження (при виключенні гравітаційних сил і тиску)

Комплексна програма реабілітації включала – лікувальну гімнастику, масаж, загартування, пасивна гімнастика (мануальна терапія), кінезотерапія (за методами Кебота, Бобат, Семенової та Козьявкіна) гідрокінезотерапія, кліматотерапія, рухливі ігри.

Використовували гімнастичні вправи для зміцнення м'язів спини, верхніх і нижніх кінцівок, живота, бічних м'язів тулуба переважно з положення лежачи на животі, спині, стоячи. Це дало змогу підвищити силову витривалість м'язів тулуба у найвигідніших умовах формування м'язового корсета і підвищити тонус м'язів кінцівок. В заняттях лікувальної гімнастики використовували спеціальні вправи — симетричні і асиметричні. Під впливом тренувань м'язи на опуклій стороні зміцнюються, а на ввігнутій розтягуються і спостерігається зниження їх гіпертонусу. Це сприяє усуненню або зменшенню асиметрії м'язової тяги і створенню

рівномірного м'язового корсета. Симетричні вправи нескладні, виконання їх не викликає у хворих тривалих незручностей і навантажень і, що особливо важливо, вони зрівноважують тонус м'язів з обидвох сторін тулуба.

У рамках аналізу цих проблем значна увага приділяється питанням вироблення здорового способу життя і фізичного виховання інвалідів, організації та проведення ігор для розумово відсталих та фізично обмежених дітей. Розглядаються питання спортивного тренування людей з фізичними вадами, їх пристосовування до того чи іншого спортивного обладнання. Значну увагу фахівців привертає проблема розробки засобів реабілітації інвалідів, у тому числі на основі використання фізичних вправ і спорту. Також вивчається питання організації їх дозвілля в рамках цього процесу. Фізичні вправи як метод реабілітації осіб із ЦП займають у комплексній терапії одне з провідних місць і є природньо-біологічним засобом терапії, що сприяє більш швидкому відновленню порушених функцій опорно-рухового апарату.

Лікувальний масаж - допомагає відновити сили та зберегти хорошу форму. Це відмінна профілактика серйозних захворювань. Розпочинається з комірної зони і далі фахівець сходить вниз по тілу, дотримуючись основного правила - по ходу лімфатичних шляхів. Застосовується найчастіше, сприяє усуненню больового синдрому, набряків, спайок, для швидкого відновлення травмованих тканин.;

Застосовували також сегментарно-рефлекторний масаж. Принцип сегментарний полягає в тому, що будь-який патологічний процес викликає рефлекторні зміни в функціонально пов'язаних з ним органах і тканинах, які іннервуються тими ж сегментами спинного мозку. При сегментарному масажі використовують класичні прийоми - погладження, розтирання, розминання, вібрація. Рефлекторний масаж оснований на пророблені анатомічних зв'язок спинного мозку з його сегментарними нервами і прилеглими тканинами. Тобто ті зони, на яких знаходиться найбільша кількість життєво важливих точок акупунктури.

Кінезотерапія (за методами Кебота, Бобат, Семенової та Козьякіна).

Досить цікаву методику розробили *брати К. і Б. Бобат*. На думку цих авторів, патологічні механізми рухових порушень при захворюванні ДЦП пов'язані з наявністю не редукованих тонічних рефлексів стовбура мозку, патології антигравітації. Вони вважали, що перш ніж навчати хворого нормальним рухам, необхідно змінити патологічний руховий стереотип. При цьому основним прийомом є укладання дітей у позу ембріона, в якій виробляється правильна реакція опори. Це велике значення для нормалізації схеми тіла і рухів. Додатково необхідно включати в комплекс вправи з

розвитку реакції рівноваги й опори. Ця методика використовується в усьому світі, бо вона унікальна в застосуванні. Автори підкреслюють, що нормальному рухові повинен передувати нормальний м'язовий тонус. Для досягнення цієї мети, терапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на релаксацію, зниження м'язового тону, приглушення активності ненормальних примітивних рефлексів та полегшення автоматичних реакцій: випрямлення, рівноваги й захисної екстензії (чому сприяє попереднє зниження м'язового тону) і корекцію ненормальних примітивних рефлексів.

Методика Кебота ставить за мету вироблення масових рухів за допомогою певних прийомів активізації мотоневронів спинного мозку (вони здійснюють скорочення м'язів), що базується на досягненні максимальної рухової реакції шляхом:

- полегшення пропріоцепції (підвищення відчуття руху);
- скорочення м'язів з наданням максимального опору рухові;
- залучення до руху якнайбільшої кількості м'язових груп;
- використання рефлексу на розтягування для збільшення подальшого довільного скорочення;
- послідовної зміни роботи м'язів-антагоністів.

Вироблення вихідних положень тіла лежить в основі методики

Методика К.А. Семенової заснована на знаннях про закономірності рухового розвитку здорової дитини і механізмів формування рухової патології у дітей із ЦП. Важливим, на її думку, є розвиток мовної, зорової й слухової функції в процесі занять. Використовують спеціальний пристрій «Гравістат» та спеціальні костюми. Як ортопедичний апарат він сприяє одномоментній корекції пози тулуба і нижніх кінцівок, виведенню суглобів в максимально можливе фізіологічне положення, виконуючи функції еластичного фіксуючого костюма. Костюм допомагає гасити патологічні рефлекси і дозволяє дати дозоване навантаження на необхідні м'язи, підсилюючи вплив лікувальних гімнастичних вправ.

Козявкін В.І. представив світу безперервний метод, що нормалізує тонус м'язів за допомогою терапевтичного впливу та стимуляції компенсаторних можливостей й активної пластичності мозку. Основним компонентом методики є біомеханічна корекція хребта та великих суглобів, у поєднанні з комплексом лікувальних заходів. Для формування правильного стереотипу рухів використовується розроблена нами програма біодинамічної корекції рухів з застосуванням костюму "Спіраль". Шляхом стимуляції компенсаторних можливостей дитячого організму та активування пластичності мозку ця система створює в організмі дитини новий

функціональний стан, який відкриває можливості для швидшого моторного та психічного розвитку дитини.

Поряд з медичним і технічним напрямками розробляються також педагогічні- та психологічні аспекти проблеми. З початку ХХ століття почала розвиватися спеціальна наукова дисципліна - психомоторика (поділяється на мотопедагогіку і мототерапію), основною ділянкою застосування якої є педагогічна робота з дітьми, що мають вади фізичного чи розумового розвитку.

Гідрокінезотерапія поєднує в собі користь силових тренувань і лікувальні ефекти від впливу води. Високий рівень ефективності застосування методів гідрокінезотерапії пояснюється властивим їй дією на нервову систему і виконання комплекс вправ на опорно-руховий апарат.

Кліматотерапія - використання різних кліматичних чинників і особливостей того чи іншого клімату з лікувальною метою. Завдяки такому влучному географічному розміщенні, можна використовувати всі багатства Закарпаття, а саме, прогулянки у лісах, гірській місцевості, річки та озера, бальнеотерапія та лікування термальними водами. Рекомендовано поїздки на море (Україна має вихід до Чорного або Азовського моря, або за межами нашої країни). Це сприяє розвитку не тільки реабілітації на опорно-руховий апарат, але й розумового розвитку, що супроводжується насолодою, що має неабиякий позитивний вплив на ЦНС.

Рухливі ігри застосовувались як із елементами спортивних ігор, так й не складні інтелектуальні враховуючи їхній вік. Перевага рухливих *ігор* перед суворо дозованими вправами полягає в тому, що гра завжди пов'язана з ініціативою, фантазією, творчістю, протікає емоційно, стимулює рухову активність, єднання, співпрацю та командний дух, мотивацію і підтримку водночас. Такі розваги розвивають якості як самовдосконалення, самовизначення, лідерство, орієнтує учасників на різнобічний вияв і розвиток здібностей у різних видах діяльності. Головне, дає відчуття себе не хворою людиною, а рівними серед інших. Гра значною мірою сприяє тренуванню природних рухів у розважальній ненав'язливій формі. Відзначається їх ефективність при лікуванні захворювань опорно-рухового апарату та порушень ЦНС.

Робота в групах – один з найважливіших видів роботи реабілітологів у подібних закладах. Основні завдання – навчити та слідкувати за правильністю рухів дитини у повсякденному житті: самообслуговування, пересування, маніпуляція кистю тощо.

Хочу зазначити, що в основному всі методи реабілітації, які застосовувались діткам, виконувались у ігровій формі. Враховуючи їхній вік,

були вжиті спеціальні методичні, психологічні та педагогічні навички для зменшення стресу в маленьких пацієнтів. Працівники у «Дорога життя» чудово володіють такими навичками й успішно їх застосовують. Лише розроблений комплекс ефективних засобів фізичної реабілітації здатний допомогти даній категорії важкохворих дітей з ДЦП. Засоби фізичної реабілітації, особливо ЛФК при ранньому тривалому, систематичному і поетапному застосуванні повинні оптимізувати функціональний стан організму і інтелектуальні можливості дітей з таким діагнозом. Тривалість курсу реабілітації тривав 4 місяці.

Результати дослідження. У результаті проведених реабілітаційних заходів у відзначається позитивна динаміка клінічних показників. Початково знижені показники затримки розвитку інтелектуальних функцій, які відзначали 70,0% пацієнтів знизилась до 40,0%. Відсутність зосередження уваги зменшилась у 50,0% пацієнтів. Покращення пам'яті та засвоєння нових навичок відзначали відповідно 40,0% і 30,0% хворих. Порушення ходи покращилась у 50,0% пацієнтів. Динаміка клінічних показників дітей з спастичною формою відображена у таблиці 1.

Таблиця 1.

Динаміка клінічних показників дітей з спастичною формою

Клінічні показники	До реабілітації (к-сть дітей, %)	Після реабілітації (к-сть дітей, %)
Затримка розвитку інтелектуальних функцій	7 (70,0%)	4 (50,0%)
Відсутність зосереджувати увагу	10 (100,0%)	5 (50,0%)
Зниження пам'яті	9 (90,0%)	5 (50,0%)
Засвоєння нових навичок і слів	3 (30,0%)	6 (60,0%)
Нездатність виконання конкретної роботи	8 (80,0%)	3 (30,0%)
Загальна слабкість, дратівливість	5 (50,0%)	2 (20,0%)
Порушення ходи і координації рухів	10 (100,0%)	5 (50,0%).

Після проведення комплексу реабілітаційних заходів повторно проведено оцінювання рухових можливостей дітей хворих на ДЦП за п'ятибальною шкалою.

Як видно із таблиці 2, після проведення комплексу реабілітаційних заходів у дітей основної групи відзначається позитивна динаміка рухових можливостей. Кількість дітей, які здатні приймати позу з допомогою, і могли утримувати її деякий час з допомогою, зменшились з 40,0% до 20,0%. Проте збільшилась кількість пацієнтів до 40,0% в основній групі, які самостійно приймати потрібну позу, наприклад переходили з положення лежачи в сидячи, але важко його нетривало утримували. Також з 10,0% до 40,0% збільшилась кількість дітей, які самостійно приймали і деякий час утримувати позу. Середній бал рухових можливостей становить збільшився з 2 до 3- 4 балів.

Таблиця 2.

Динаміка оцінки рухових можливостей дітей хворих на дитячий церебральний параліч

Стан	Бали	До реабілітації, %	Після реабілітації, %
Повна неможливість приймати потрібну позу, навіть за допомогою інших людей	0	-	-
Можливість приймати позу з допомогою, але неможливість утримувати її	1	20,0	-
Можливість приймати потрібну позу тільки з допомогою інших й деякий час утримувати її з допомогою	2	40,0	20,0
Можливість самому приймати потрібну позу,але не можливість утримувати її	3	30,0	40,0
Можливість самому приймати й деякий час утримувати позу	4	10,0	40,0
Абсолютно точно виконувати завдання	5	-	-

Після проведених реабілітаційних заходів покращились показники психомоторного розвитку дітей дошкільного віку в якому визначали можливості розуміння і виконання завдань за системою балів від 0 до 3, що можна побачити на відображеній таблиці (табл.3.).

Динаміка оцінки психомоторного розвитку дітей хворих на ДЦП

Рухові можливості	Стан	Бали	До реабілітації, %	Після реабілітації, %
Неможливість	Неможливість виконання завдання у зв'язку з його нерозумінням	0	20,0	-
Труднощі	Слабке розуміння завдання і виконання його із великими помилками	1	40,0	20,0
Практично нормально	Розуміння завдання, але іноді плутане його виконання	2	40,0	50,0
Самостійно	Абсолютне розуміння і виконання завдання	3	-	30,0

Як видно із таблиці 3. після проведених реабілітаційних заходів покращились показники психомоторного розвитку дітей дошкільного віку в якому визначали можливості розуміння і виконання завдань. У дітей хворих на ДЦП збільшилась кількість дітей, які розуміли завдання з 40,0% до 50,0%, але виконання його було сплутане, натомість появилась група дітей, які розуміли завдання і його правильно виконували. Тобто більшість дітей відповідали балам 2 і 3.

Дослідження і оцінка м'язової сили ключових м'язів в усіх досліджуваних ми оцінювали за методикою Ловетта (шестибальною шкалою оцінки сили м'язів). Для того, щоб оцінка сили м'язів була більш точною та зручною для нас ми вирішили модифікувати шкалу Ловетта., розширивши її, та додали оцінку 2,5 бали - рух до половини амплітуди проти сили тяжіння; 3,5 бали - рух по всій амплітуді проти сили тяжіння з мінімальним зовнішнім навантаженням; 4,5 бали - рух по повній амплітуді з середнім або максимальним навантаженням. М'язові групи, які тестувалися були обрані нами самостійно. Ми вибрали ключові м'язи, сила яких була знижена у всіх досліджуваних. Відзначається позитивна динаміка оцінки м'язової сили і амплітуди рухів в кінцівках (табл.4).

Таблиця.4.

**Динаміка змін показників у хворих із спастичною формою ДЦП
під впливом засобів фізичної реабілітації:**

Тестовані м'язи	ПЦП	До реаб. М±m	Після реаб. М±m	P
Середній дельтоподібний м'яз		2,66 ± 0,93	2,75± 0,26	>0,05
		3,01 ± 0,04	3,00 ± 0,27	>0,05
Триголовий м'яз плеча		2,52± 0,15	2,67 ±0,25	>0,05
		3,02 ± 0,15	2,96± 0,27	>0,05
Розгиначі кисті		2,58 ±0,13	2,67 ± 0,25	>0,05
		3,15± 0,14	2,92± 0,27	>0,05
Розгиначі пальців		2,55 ±0,12	2,71 ± 0,25	>0,05
		3,14 ± 0,14	2,88± 0,27	>0,05
Клубово-поперековий м'яз		2,39 ± 0,67	2,46 ±0,23	>0,05
		3,03 ± 0,20	2,58± 0,25	>0,05

Великий сідничний м'яз		2,43 ± 0,06	2,38 ±0,22	>0,05
		2,95 ± 0,18	2,50 ± 0,36	>0,05
Середній сідничний м'яз		2,31 ± 0,07	2,42± 0,23	>0,05
		2,85 ± 0,15	2,50± 0,25	>0,05
Чотириголовий м'яз стегна		2,42 ± 0,11	2,50 ± 0,36	>0,05
		3,00 ± 0,17	2,71 ± 0,26	>0,05
Малогомілкові м'язи		2,54 ± 0,12	2,54± 0,23	>0,05
		3,08 ± 0,18	2,67± 0,26	>0,05
Передній великогомілковий		2,54 ± 0,10	2,54± 0,08	>0,05
		3,21 ± 0,15*	2,83 ± 0,09*	<0,05

Висновки

1. Провівши аналіз літературних джерел та обстеження хворих із спастичною формою ДЦП можна стверджувати, що ця хвороба, нажаль, важка. і істину причину виникнення важко встановити та запобігти розвитку дитячого церебрального паралічу практично неможливо, адже чіткі гарантії,

що це не станеться, відсутні. Це захворювання займає одне з провідних місць серед захворювань дитячого організму.

2. Під впливом проведення комплексу реабілітаційних заходів та клінічних показників відзначається позитивна динаміка рухових можливостей. Порушення ходи і координація рухів у пацієнтів основної групи зменшились на 40,0%. Також з 10,0% до 40,0% збільшилась кількість маленьких пацієнтів, які навчились самостійно підійматись і утримуватись без допомоги деякий час. Середній бал рухових можливостей збільшився з 2 до 4 балів.

3. Призначення комплексної програми фізичної реабілітації, що включала лікувальну гімнастику, сегментарно-рефлекторний масаж, кінезіотерапію, гідрокінезіотерапію, рухливі ігри є обґрунтованим і доцільним.

Список використаної літератури:

1. Волошін П.В. «Реабілітація хворих на ДЦП.». - М.: Медицина .-2018 .- 60 с.
2. Вільчіковській Е. С. «Формування основних рухових навичок у дітей в процесі фізичного виховання.». - М.: Медицина.- 2012 .- 208 с.
3. Мошков В.Н. «Лікувальна фізкультура в клініці нервових захворювань.» 2016 р. - 224 с
4. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи: навч.-метод. посібн. / За ред. В.Ю. Мартинюка, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с
5. Сологубов Е. Г., Система оцінки розвитку опорно-рухового апарату хворих дитячим церебральним паралічем і засобу фізичної корекції виявлених порушень. Посібник для лікарів./ Сологубов Е. Г., Поляків С. Д., Смирнов И. Е., Кожевникова В. Т./ під ред.. Сологубов Е. Г./ М.: Медицина 2004. – 403 с.

Summary

The prevalence of cerebral palsy in the country is 2.3 child per 1000 child population. This disease is included in the category of incurable diseases, but the provision of timely and proper correction of damaged systems of the children using *korrektsiynyh* exercise, massage, LH, using special motor mode, massage, kinesitherapy is a prerequisite for success household, educational, employment and social adaptation to real conditions of life, their integration in society.

The aim - to prove scientifically and develop a program of physical rehabilitation with regard to movement disorders in preschool children suffering from cerebral palsy in terms of the rehabilitation center.

The study involved 20 children aged 5 - 6 years, 13 boys and 7 girls who confirmed spastic form of cerebral palsy. At admission to rehabilitation treatment in a rehabilitation center patients were examined in detail. To monitor the effectiveness of rehabilitation measures used objective and subjective survey research data, conducted at the beginning and end of the course of rehabilitation, namely subjective study (complaints, health, general) pulsometry (alone before and after exercise), motor tests available to detect disorders in children with cerebral palsy, the scale of assessment of psychomotor skills, determining muscle strength brush.

The survey of patients with spastic cerebral palsy made it possible to detect changes in gait and coordination, muscle spasticity of the lower limbs. Delay intellectual functions, noted respectively 100.0% of the patients and the main control groups. Also found deviations, characterized by memory loss, inability to perform a specific job.

Under the influence of complex rehabilitation, along with improvement of clinical indicators of positive dynamics of motor abilities. Gait and coordination in patients of the main group decreased by 40.0%. Also from 10.0% to 40.0% increase in the number of children on their own and took some time to maintain posture. Average score motor capacity is increased from 2 to 4 points. A comparison of functional status and muscle strength investigated by the method of Lovett in the study and control groups, the performance evaluation of muscle strength in the group who performed We have developed a program of physical rehabilitation were significantly higher and amounted to an average of 3 - 4 points. Appointment of a comprehensive program of physical rehabilitation that included physiotherapy, segmental-reflex massage, kinesitherapy, climate, costume "Adele" is reasonable and appropriate.

Key words: cerebral palsy, physiotherapy, physical rehabilitation, physi

**ВПЛИВ НЕЙРОКОРЕКЦІЇ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ З РАС
БРУСЬО Михайло Васильович**

**THE INFLUENCE OF NEUROCORRECTION ON THE DEVELOPMENT
OF RAS CHILDREN
BRUSO Mikhailo**

Scientific adviser: associate professor Sabadosh Maryana V.

Науковий керівник: доцент Сабадош Мар'яна Володимирівна

Email: bruso00@ukr.net

ABSTRACT

Introduction: to determine the impact of neuropsychological diagnosis and correction on the development of children with autism spectrum disorders.

Methods: analysis of special and scientific-methodical literature; content analysis of medical records (results of objective research, observation letters); survey methods (according to a specially developed questionnaire). The materials obtained were processed by adequate mathematical and statistical methods.

Results: Neuropsychological correction is aimed at stimulating the development and formation of a coordinated, coordinated activity of various brain structures. With the help of specially designed motor exercises and developing games, the formation of certain components of mental activity is stimulated:

- regulation and control of mental activity;
- motor skills, visual, auditory;
- spatial perception and many others.

Conclusions: neurocorrection program, aimed at the development of children with ASD, allows you to actively improve the quality of life of children.

Key words: neurocorrection, autism spectrum disorders, levels of development of the psyche.

Вступ.

Сучасний етап практики корекційної педагогіки та розвитку теорії, психології та психіатрії характеризується посиленою увагою до поглибленого вивчення особливостей психічного розвитку аномальних дітей, їх когнітивних можливостей, виявлення особливостей формування пізнавальних, психічних функцій, соціальних відносин, комунікативної

поведінки, розвитку емоційно-вольової сфери, що має велике науковопрактичне значення [5].

Діти з РАС багато років були позбавлені форм медико-психологопедагогічної допомоги, які доступні для інших осіб, оскільки аутизм є дуже складною проблемою як у теоретичному, так і в практичному аспектах [6].

Проблема аутизму висвітлювалася та вивчалась і в науковій, і в медичній, і в психологічній та педагогічній літературі протягом багатьох століть. В основному це були зарубіжні дослідження (H. Asperger, L. Bender, M. Bristol, S. Harris, B. Hermelin, L. Kanner etc.) [5]. Наукова розробка проблеми аутизму в пострадянському просторі, пов'язана з іменами видатних російських психіатрів, педагогів-дефектологів, психологів (Е. Блейлер, Д.Гіляровський, К. Лебединська, О. Нікольська, Н. Озерецький). В останнє десятиріччя в Україні спостерігається зацікавленість цією проблемою як науковцями, так і практиками (Т.Ілляшенко, С.Конопляста, К. Острівська, М. Рождественська, М. Химко, Д. Шульженко) [1,10].

Поширеність розладів спектра аутизму коливається в межах 4-8 випадків на 10 тис. дітей, тобто приблизно 0,04-0,08% дитячої популяції, а поєднання аутизму з розумовою відсталістю – до 20 на 10000 [2]. Показник поширеності цієї патології в Україні, за офіційними статистичними даними, становить 2 на 10 тис. осіб (0,2%), що може свідчити про недосконалу організацію роботи системи надання медичної допомоги дітям із психічними захворюваннями. Слід зазначити, що наведені цифри відбивають лише випадки так званого типового аутизму, відомого як синдром Каннера. Переважає цей розлад у хлопчиків, у співвідношенні 4:1 [4].

Мета роботи - визначення впливу нейропсихологічної діагностики і корекції на розвиток дітей з розладами аутистичного спектру.

Практичне значення одержаних результатів.

Дане дослідження може широко застосовуватись у лікувальних установах різного профілю для дітей з розладами аутистичного спектру для визначення впливу нейрокорекції на їхній розвиток. Крім того, дана робота дає змогу ширше ознайомитись із методом нейропсихологічної діагностики та корекції для студентів які вивчають природу РАС та батьків діток з особливими потребами.

Матеріали та методи дослідження.

Матеріали роботи були отримані під час проведення дослідження на базі центру розвитку дитини «Янголятко» (місто Мукачево, Закарпатської області). У дослідженні взяли участь 16 дітей, які хворіють розладами аутистичного спектру, із них 10 – синдром Каннера, 3 – синдром Ретта, 3 – синдром Аспергера. Вік обстежуваних від 1,5 до 5 років. Із них 81% - хлопчики (13 дітей) і 19% - дівчатка (3 дитини). Середній вік склав $2,93 \pm 0,24 (\bar{x} \pm S)$ років.

У формульованому експерименті було проведено тестування щодо визначення впливу нейрокорекції на розвиток дітей з розладами аутистичного спектру до впровадження програми нейрокорекції та після лікувального курсу (12 занять). На питання тестування відповідали батьки дітей, оскільки самі діти ще не в змозі відповідати на питання опитувальника зважаючи на їх вік.

Результати вивчення медичної документації (паспорт новонародженого, амбулаторна карта, виписка з історії розвитку) з'ясувалили на яких рівнях розвитку психіки знаходяться діти: на сенсорному рівні знаходяться 6 дітей (37,5%), характерною особливістю для них є те, що їхня поведінка зумовлюється дією на організм окремих властивостей предметів, в оточенні яких вони живуть, — хімічних, світлових, температурних тощо. Діти не реагують на тактильний та зоровий контакт, нема реакції на емоції [3]. На перцептивному рівні розвитку знаходяться 5 дітей (31,25%), для них вже характерне відображення предметів як цілого, а не окремих їх властивостей, як це спостерігається на сенсорному етапі розвитку психіки. Вони можуть показувати і називати предмети, але навик не є узагальненим і не генералізований. Осмислення навчання навіть на елементарному рівні неможливе для них [3]. На рівні тілесно-просторового аналізу знаходяться 2 дитини (12,5%), для них характерне цілісне оволодіння як внутрішнім, так і зовнішнім простором. Вони відповідають на ініціативу контакту, швидко формують соціальні ритуали. У них добре і швидко виходить навчатися через запам'ятовування з опорою на підказки [3]. На емоційно-вольовому рівні розвитку психіки перебувають 3 дитини (18,75%), вони характеризуються можливістю до різноманітних почуттів, емоцій, переживання, вольових якостей. У них не спостерігаються ніякі очевидні труднощі або їх поява в спілкуванні дитини зі знайомими людьми [3].

Родини отримували допомогу в центрі розвитку дитини. Програма нейрокорекції формувалась згідно належності до певного рівня розвитку

психіки, потреб дитини та родини. Включала індивідуальний план, який реалізовувався спеціалістом з нейрокорекції.

Для вирішення завдань дослідження були використані наступні методи:

- аналіз спеціальної та науково-методичної літератури;
- системне спостереження за досліджуваними для виявлення їхніх вподобань та інтересів, враховуючі які ми будемо складати програму нейрокорекції;
- аналіз медичних карт, за допомогою якого ми визначили на яких рівнях розвитку психіки знаходяться досліджувані;
- методи математичної статистики, за якими ми визначали результати дослідження;
- анкетування, за спеціально створеним опитувальником.

Результати дослідження та їх обговорення.

Отже, I блок опитувальника призначений для оцінювання загальних показників здоров'я, які є проблемними сферами для дітей з розладами аутистичного спектру, а отже впливають на розвиток дитини.

Максимальний бал який можна отримати за I блок опитувальника – 36.

Результати аналізу загальних проблемних сфер життя дітей з РАС до та після проходження інтенсиву нейрокорекції показано на рисунку 1.

Відзначаємо позитивні зміни у середньому балі I блоку опитувальника. До інтенсиву середній бал становив $35,23 \pm 2,44$ що є дуже поганий показник загальних проблемних сфер життя дитини з РАС. А після інтенсиву – $23,46 \pm 2,44$ що є показник, який є нижче середнього для проблемних сфер життя дитини з РАС.

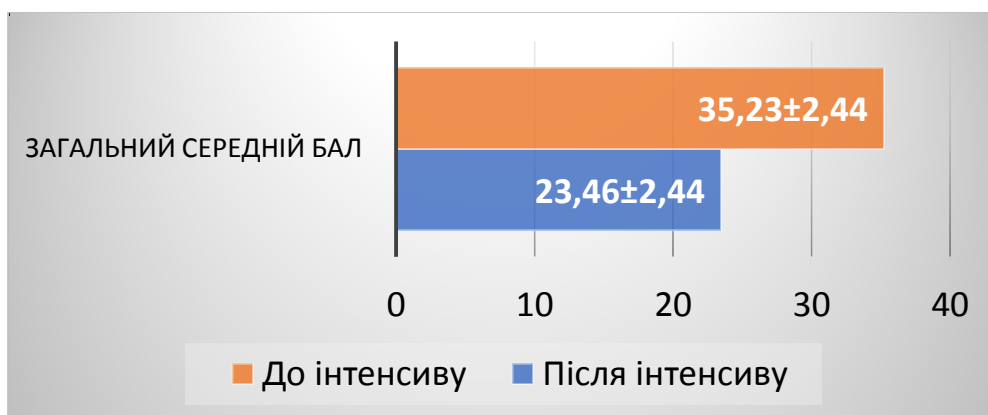


Рис. 1. Результати аналізу загальних проблемних сфер життя дітей з РАС до та проходження інтенсиву нейрокорекції

II блок опитувальника призначений для визначення стану моторного розвитку дитини з РАС.

Максимальний бал, який можна отримати за II блок опитувальника – 16.

Результати аналізу стану моторного розвитку дитини до та після проходження інтенсиву нейрокорекції показано на рисунку 2.

Відзначаємо позитивні зміни у середньому балі II блоку опитувальника. До інтенсиву середній бал становив $13,24 \pm 1,46$ що є дуже поганий показник стану моторного розвитку дитини. А після інтенсиву – $10,54 \pm 1,46$ що є показник, який є нижче середнього для стану моторного розвитку дитини.

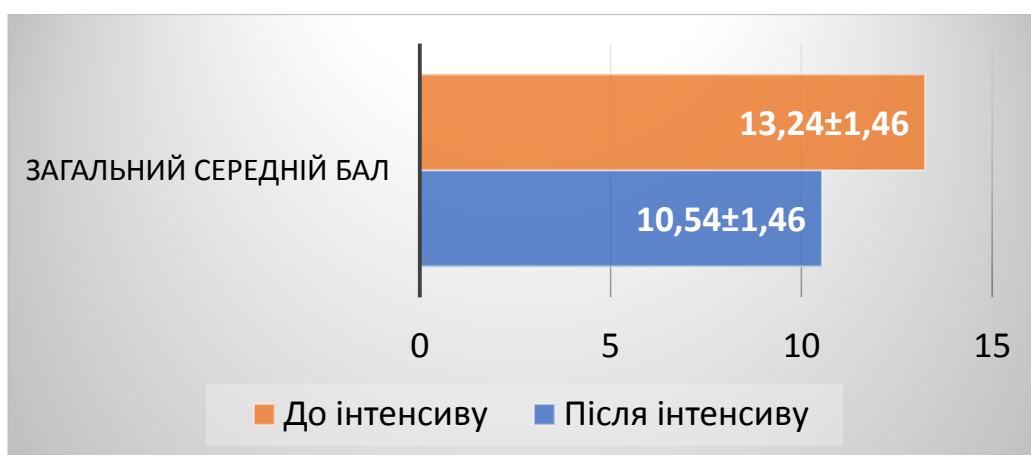


Рис. 2. Результати аналізу стану моторного розвитку дитини до та після проходження інтенсиву нейрокорекції

III блок опитувальника призначений для визначення окремих побутових показників якості життя дитини. Він складається з 9 питань.

Результати аналізу визначення окремих побутових показників якості життя дитини до та після інтенсиву нейрокорекції показано на рисунку 3.

Відзначаємо позитивні зміни у середньому значення III блоку опитувальника. До інтенсиву середній бал становив $1,98 \pm 0,98$ що є дуже низький рівень якості життя. Після інтенсиву $3,14 \pm 0,98$ що є низький рівень якості життя.

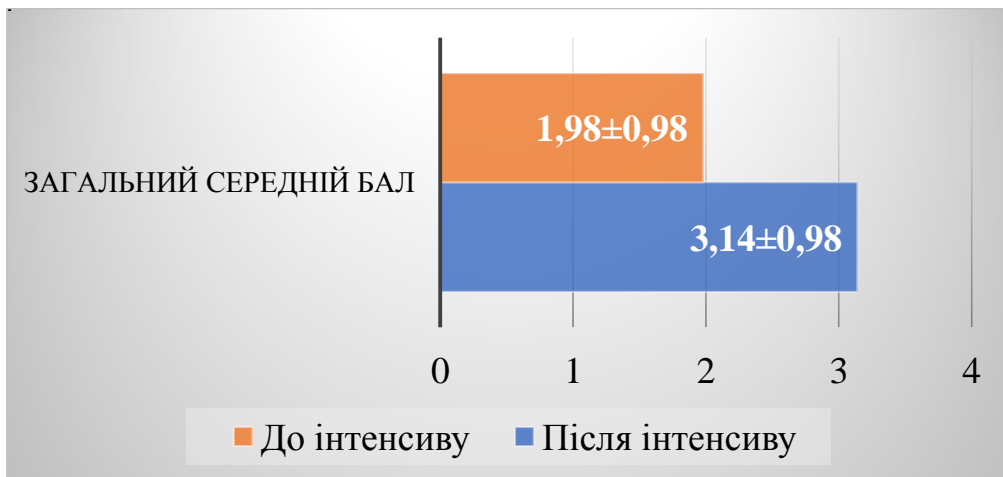


Рис 3. Результати аналізу визначення окремих побутових показників якості життя дитини до та після інтенсиву нейрокорекції

Окремі результати показників, які зазнали найбільше позитивних змін.

Окрім зазначених вище середніх значень кожного окремого блока опитувальника потрібно відзначити показники які зазнали найбільше позитивних змін після проходження курсу нейрокорекції. Результати зображені на рис. 4.

До показників які зазнали найкращих змін входять:

- Схильність агресії до навколишніх/аутоагресії.
До курсу нейрокорекції нами було зафіксовано 4 особи (25%), які проявляли агресію. Після – їхня кількість зменшилась до 2 (12,5%).
- Підтримка контакту з однолітками.
До курсу нейрокорекції нами було зафіксовано 4 особи (25%), які могли підтримувати певний контакт з однолітками. Після – їхня кількість збільшилась до 6 (37,5%).
- Самостійне підняття по сходах.
До курсу нейрокорекції нами було зафіксовано 9 осіб (56,25%), які могли підніматись по сходах. Після – їхня кількість збільшилась до 11 (68,75%).
- Самостійне вживання їжі.
До курсу нейрокорекції нами було зафіксовано лише 5 осіб (31,25%), які могли самостійно вживати вже приготовлену їжу звичайними столовими приборами. Після – їхня кількість збільшилась до 8 (50%).
- Самостійне одягання зранку.

До курсу нейрокорекції нами було зафіксовано 3 особи (18,75%), які могли самостійно одягатись зранку без допомоги інших. Після – їхня кількість збільшилась до 6 (37,50%).

Варто зазначити, що після проходження програми нейрокорекційного втручання впродовж 12 днів батьки відзначали позитивну динаміку у тому що почала з'являтися можливість віддати дітей у садок. 9 із 16 батьків відповіли «Так» на питання «Чи відвідує Ваша дитина садок». Із них: 6 дітей (37,5%) – із асистентом, а 3 дітей (18,75%) – самостійно.



Рис. 4. Окремі результати показників, які зазнали найбільше позитивних змін до та після курсу нейрокорекції

Загальні результати дослідження зображені на рис. 5.

З рисунка можемо бачити, що загальний середній бал рівня розвитку всіх 16 досліджуваних покращився із $57,96 \pm 2,98$ (дуже низький рівень розвитку) до $41,29 \pm 2,98$ (середній рівень розвитку).

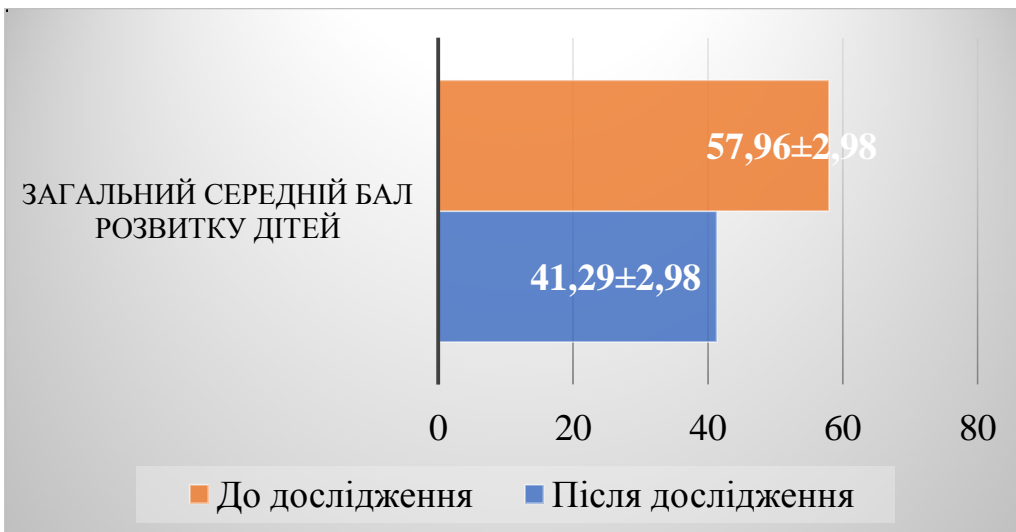


Рис. 5. Загальні результати опитувальника

Виходячи з результатів загального дослідження можна з впевненістю сказати, що програма нейрокорекції виявилась ефективною для розвитку досліджуваних, які хворіють розладами аутистичного спектру.

Висновки

1. Причини розладів спектру аутизму лежать у будові та функціонуванні мозку. Оскільки цих причин може бути багато, тому і таким широким є спектр розладів, але всі вони сходяться до спільного кінцевого нейробіологічного субстрату – порушення функцій та взаємодії певних структур мозку, що відповідають за інтеграцію та синтез інформації. Види РАС: високо функціональний аутизм, синдром Аспергера (F 84.5), атиповий аутизм (F 84.12) без РВ, синдром Каннера (F 84.0), атиповий аутизм з РВ (F 84.11), синдром Ретта (F 84.2), інші дезінтегративні розлади дитячого віку (Синдром Хеллера, і ін.) (F 84.3), гіперактивний розлад, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F 84.4).

2. У проведеному нами дослідженні ми дослідили медичні картки 16 дітей, у яких виявили наступні дані щодо рівнів розвитку психіки, на яких знаходяться досліджувані: на сенсорному рівні знаходяться 6 дітей (37,5%), на перцептивному рівні розвитку знаходяться 5 дітей (31,25%), на рівні тілесно-просторового аналізу знаходяться 2 дитини (12,5%), на емоційно-вольовому рівні розвитку психіки перебувають 3 дитини (18,75%).

3. Програма нейрокорекції складається індивідуально для кожної дитини залежно від її потреб та можливостей, зважаючи на вік, вид синдрому яким страждає, а також рівня розвитку психіки. Ми розробили програму нейрокорекції, яка підходила для всіх досліджуваних. Виконували її з дітьми кожен день в спеціальному кабінеті нейрокорекції та сенсорної інтеграції без батьків впродовж 12 днів, тривалістю заняття – 1 година.

4. Проведене дослідження доводить, що нейрокорекція позитивно впливає на рівень якості життя дітей з розладами аутистичного спектру. За середніми результатами всіх 16 досліджуваних за 1 інтенсив нейрокорекції діти перейшли із дуже низького у середній рівень якості життя.

Список використаної літератури:

1. Дедишина Л. Аутизм: інше життя / Л. Дедишина // Фармацевт Практик. 2014. № 4-5. С. 16-17.
2. Заплатинська А. Б. Становлення поняття "сенсорна інтеграція" у корекційній педагогіці / А. Б. Заплатинська // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2013. Вип. 23(1). С. 48-57.
3. Квас О. Періодизація розвитку психіки дитини у психолого-педагогічних дослідженнях С. Балея / О. Квас // Молодь і ринок. 2011. № 10. - С. 42-47.
4. Кирилова Л. Г. Розлади аутистичного спектра в дітей раннього віку: еволюція поглядів та можливості діагностики (частина 1) / Л. Г. Кирилова, О. О. Мірошников, О. О. Юзва // Міжнародний неврологічний журнал. 2020. Т. 16, № 4. С. 37-42.
5. Кирилова Л. Г. Розлади аутистичного спектра як ранні порушення нейророзвитку в дітей / Л. Г. Кирилова, О. О. Мірошников, І. О. Грабовенська // Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. 2017. Т. 5, № 1. С. 71-78.
6. Марценковський І. А. Розлади аутистичного спектра: фактори ризику, особливості діагностики й терапії / І. А. Марценковський, І. І. Марценковська // Міжнародний неврологічний журнал. 2018. № 4. С. 75-83.
7. Нафікова Л. А. Корекція й розвиток сенсорно-рухової сфери дітей дошкільного віку з порушеннями зору засобами інтеграційного комплексу рухових вправ / Л. А. Нафікова // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2012. Вип. 19(2). С. 368-377.
8. Островська К. О. Диференційна діагностика дітей з аутизмом: психологічний аспект / К. О. Островська // Вісник Львівського університету. Серія : Філософські науки. 2013. Вип. 16 С. 221-231.
9. Островська К. О. Методи діагностично-корекційної роботи з дітьми з аутизмом / К. О. Островська // Актуальні питання корекційної освіти. 2017. Вип. 9(1). С. 156-167.

10. Чудакова Л. Б. Тактика лечения раннего детского аутизма / Л. Б. Чудакова // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 3. С. 132-135.

ISBN 978 – 80 – 8132 – 240 – 2

