

**Міністерство освіти і науки України
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Департамент охорони здоров'я
Департамент освіти і науки, молоді та спорту Закарпатської ОДА
ДП Клінічний санаторій «Карпати»
Факультет здоров'я та фізичного виховання
Кафедра фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти**

**ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ
ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ:
ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ**

ЗБІРНИК ТЕЗ

**III Всеукраїнська науково-практична конференція
з міжнародною участю**

19-20 жовтня 2023 року

**Ужгород
2023**

Професійні компетентності фахівців фізичної терапії та ерготерапії: інноваційні підходи: збірник тез доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 19-20 жовтня 2023 р., Ужгород / Упорядник: д.пед.н. С.В. Стеблюк. – Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2023. – 186 с. ISBN 978-617-8321-13-0

Рекомендовано до друку та опублікування:

*Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
(протокол № 11 від 18 грудня 2023 року);*

*Редакційно-видавничою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
(протокол №7 від 14 грудня 2023 року).*

*Рекомендовано до друку науково-методичною комісією
факультету здоров'я та фізичного виховання
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
(протокол № 2 від «30» жовтня 2023 р.)*

Рецензенти:

Фабрі З.Й. – доктор біологічних наук, професор кафедри біохімії та фармакології медичного факультету, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»;

Ганич Т.М. – доктор медичних наук, професор кафедри факультетської терапії, ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

У збірнику вміщено тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Учасники конференції розкривають нові підходи до організації професійної підготовки майбутніх фахівців з терапії та реабілітації, ерготерапії; роль і місце фізичних терапевтів, реабілітологів, ерготерапевтів у системі громадського здоров'я; теоретико-методологічні засади фізичної культури і спорту у фізичній терапії; психолого-педагогічні підходи у навчанні, вихованні та розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Видання призначено для науково-педагогічних працівників, докторантів, аспірантів, здобувачів вищої освіти, медичних працівників та усіх зацікавлених.

Редакційна колегія: Володимир Смоланка, доктор медичних наук, професор, ректор ДВНЗ «Ужгородський національний університет» – голова організаційного комітету; Іван Миронюк, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи ДВНЗ «Ужгородський національний університет» – заступник голови оргкомітету; Едуард Сивохоп, кандидат педагогічних наук, доцент, декан факультету здоров'я та фізичного виховання; Ярослав Філак, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти; Фелікс Філак, кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини, голова науково-методичної комісії факультету здоров'я та фізичного виховання; Мар'яна Сабадош, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти.

Редакційна колегія не несе відповідальності за достовірність статистичної та іншої інформації, що надана в рукописах. Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за наведені факти, положення, інші відомості.

ЗМІСТ

стор.

Vansač Peter

Етичні принципи фізіотерапевта і пацієнта 7

БЛОГУР Влада, ІГНАТ Ольга

Національні види спорту як чинники української ідентичності..... 13

БЕРДНІКОВА Олеся, СТЕБЛЮК Світлана

Сучасні підходи до розвитку лінгвокреативних здібностей у дітей з інтелектуальними порушеннями 17

БОНДАРЧУК Наталія

Основи використання нетрадиційних методик оздоровлення дітей старшого дошкільного віку 20

ВАВДЮК Ганна

Пошкодження ротаторної манжети плеча 24

ГАКМАН Анна, ТІВЕЛІК Марина, ГАКМАН Антон

Синергія оздоровчо-рекреаційної рухової активності в похилому віці: концептуальний підхід 26

ГАЯШ Оксана

Проблема формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей з особливими освітніми потребами старшого дошкільного віку 30

ГЛАГОЛИЧ Олеся

До питання іменування розладів аутистичного спектра в українській науці 33

ГРИГОР'ЄВА Оксана, КЛЯП Маріанна

Раннє втручання як технологія комплексної допомоги сім'ям, що виховують дитину з особливими освітніми потребами 37

ГРИГУС Ігор, ГАММА Тетяна, ЖУК Михайло

Фізкультурно-спортивна реабілітація дітей шкільного віку з порушенням постави 42

ГУЗАК Олександра, БОБИЛЬОВ Дмитро

Історичний погляд на фізичну реабілітацію та її вплив на військовий сегмент від першої світової війни до наших днів 45

ДОМЧУК Андрій, ДЕЙКУН Ігор, ГЛУЩЕНКО Світлана

Сучасні уявлення про використання методів і засобів реабілітації жінок після мастектомії 49

ГАДЖЕГА Тетяна, ДУБ Мар'яна

Вплив кінезіотерапії на проблеми з рівновагою у пацієнтів після ЧМТ... 53

ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА Юлія, РУСИН Людмила,

САБАДОШ Мар'яна

Голкорексфлексотерапія у комплексному лікуванні хворих із ураженням лицевого нерва 55

ЄФІМЕНКО Павло, КАНІЩЕВА Оксана

Алгоритм проведення самомасажу та інших реабілітаційних засобів при судомах м'язів передпліч 59

ЗВІРЯКА Олександр, ПОЦЕЛУЄВ Володимир, ГОНЧАРЕНКО Тамара	
Особливості передопераційного та післяопераційного періодів реабілітації при ушкодженнях зв'язок колінного суглоба.....	63
ЗІНЧЕНКО Артем, СЛІПЧЕНКО Андрій	
Особливості використання фізичних вправ у відновному лікуванні пацієнтів з дегенеративно – дистрофічними захворюваннями попереково-крижового відділу хребта та дорсалгіями	67
ІВАНОВЧИК Тетяна	
Сучасні технології навчання дітей з розладами аутистичного спектру в закладі загальної середньої освіти	69
КЛЯП Маріанна	
Нові аспекти діяльності асистента вчителя в умовах війни	73
КОБИЛЮК Христина	
Теоретико-методологічні засади фізичної культури і спорту в фізичній терапії	77
КОЗАР Юрій, ДЕГТЯРЬОВ Олег	
Аналіз міжнародного досвіду щодо розвитку системи громадського здоров'я в умовах війни та післявоєнної відбудови	80
КОЗОВА Божена, МАЗЕПА Марія	
Остеоартрит, спричинений фізичним навантаженням: погляд на проблему	84
КЛЯП Маріанна, ЛЕНДЄЛ Олеся	
Формування та корекція пізнавальних процесів у дітей дошкільного віку з порушеннями інтелекту засобами дидактичних ігор	89
ЛАЗАРЄВА Олена, ПОМАЗУН Вікторія	
Аналіз ринку послуг фізичної терапії та реабілітації в Україні та світі ...	93
ЛЕВИЦЬКА Аміна, КЛЯП Маріанна	
Розвиток соціальних навичок у дітей з розладами спектру аутизму в дошкільних закладах з інклюзивним навчанням	96
ЛЯХОВЕЦЬ Лариса	
Сучасні підходи до використання фізичної терапії при неврологічних ускладненнях остеохондрозу поперекового відділу хребта	100
МАЗЕПА Марія, ВАСИЛЬКІВ Ярина	
Орієнтована на клієнта ерготерапія у пацієнтів з ревматоїдним артритом	104
МАЛЬЦЕВА Ольга, РЯШКО Євген	
Інноваційні підходи у формуванні професійної підготовки фахівців з фізичної терапії та ерготерапії	109
МАРГОЛИЧ Марина, СТЕБЛЮК Світлана	
Соціалізація учнів з інтелектуальними порушеннями як психолого-педагогічна проблема	112

МЕЛЕГА Ксенія, КІШ Віктор Програма комплексної фізичної терапії хворих на гіпертонічну хворобу II стадії в амбулаторних умовах	114
МИРОНЮК Іван, СЛАБКІЙ Геннадій, БЛАК-ЛУК'ЯНЧУК Вікторія, РЯБІНЧУК Михайло До питання формування компетенцій фахівців громадського здоров'я, здатних до подолання негативного впливу війни на здоров'я населення	118
МИХАЛКО Ярослав Можливості використання великих мовних моделей у навчанні студентів медичного спрямування	120
НЕМЕШ Неля, КЛЯП Маріанна Специфіка роботи інклюзивно-ресурсних центрів в Україні в умовах воєнного стану	124
ПЕТРУЛЯК Богдана, ДУБ Мар'яна Ефективність використання реабілітаційних заходів для дітей з церебральним паралічем	127
ПИШКА Ольга Ігрові вправи як основа здорового способу життя	129
ПЛОКІНГЕР Евеліна, СТЕБЛЮК Світлана Діагностичні методики комплексного вивчення дітей з розладами аутистичного спектру	131
ПОРТНА Оксана, ГАЯШ Оксана Формування елементарних математичних уявлень у дітей з інтелектуальними порушеннями в умовах сьогодення	133
РУДЕНКО Анна, ЗВІРЯКА Олександр, ВОЛОСАТОВ Микола Сучасні клініко-інструментальні методи дослідження при хворобі Бехтерева у практичній діяльності фізичного терапевта	136
РУСИН Людмила Роль засобів фізичної терапії у комплексному лікуванні хронічних запальних захворювань органів малого тазу у жінок репродуктивного віку	139
САБАДОШ Мар'яна, РАДЬ Ірина, СПІВАК Антоніна Роль ерготерапії при посттравматичних стресових розладах у осіб постраждалих внаслідок війни	143
САВЧЕНКО Валентин, БУРЯК Ольга, ХАРЧЕНКО Галина, КЕРЕСТЕЙ Вадим, ПОГРЕБНЯК Юлія Система оцінки доменів/категорій у формуванні компетентності фізичного терапевта з міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я	145
САМУСЄВА Людмила, ДУБ Мар'яна, БРИЧ Валерія Можливості використання терапевтичних вправ у реабілітації м'язево-скелетного болю	149

СВЕРИДА Володимир, СВЕРИДА Станіслав	
Санаторно курортна реабілітація хворих в умовах війни- мультидисциплінарний підхід	151
СИВОХОП Еріка, ХОМА Тетяна	
Розвиток рухової активності учнів молодшого шкільного віку методом фізичних вправ	154
СЕНДРЕЙ Христина, КЛЯП Маріанна	
Формування безпечного інклюзивного середовища для дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану	157
СЛАБКІЙ Геннадій, МИРОНЮК Іван, РЯБІНЧУК Михайло	
Стан та проблеми підготовки кадрів в сфері громадського здоров'я на додипломному рівні	161
СТЕБЛЮК Едуард, ДУБОВЕНКО Дмитро	
Сезонні інфекційні захворювання та їх профілактика	165
СТЕБЛЮК Світлана	
Актуальні питання розвитку інклюзивної освіти в Україні	168
УХАЛЬ Дарина, СТЕБЛЮК Світлана	
Корекційно-розвиткові послуги як складова навчання дітей з інтелектуальними порушеннями	170
ФІЛАК Ярослав, ФІЛАК Фелікс	
Комплексна реабілітація дітей шкільного віку, хворих на сколіоз І ступеня	173
ФІЛАК Ярослав, КІШ Вікторія	
Санаторно-курортна терапія осіб працездатного віку хворих на попереково-крижовий радикуліт	176
ФІЛАК Фелікс	
Засоби фізичної терапії у комплексному санаторному лікуванні хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом	179
ХОМА Тетяна, ЧИПРИЧ Наталія	
Теоретичні аспекти формування читацької компетентності в учнів із порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку	182

ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФІЗИОТЕРАПЕВТА І ПАЦІЄНТА

Vansač Peter,
*Professor, Head of Department of Social Work
St. Elizabeth University of health and social work Bratislava,
Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce; Michalovce, Slovakia*

Метою нашої статті є аналіз окремих етичних принципів з документу "Етичні обов'язки фізіотерапевтів та членів (WCPT) Всесвітньої конфедерації фізіотерапії". Серед цих етичних принципів ми проаналізуємо: повагу до гідності пацієнта та його прав, планування та реалізацію лікування пацієнта, захист персональних даних пацієнта, впровадження новітніх знань у практику, право фізіотерапевтів на належну заробітну плату, право фізіотерапевтів на відмову від лікування, надання достовірної інформації пацієнтам, участь фізіотерапевтів у забезпеченні потреб суспільства у сфері охорони здоров'я.

Етичні принципи фізіотерапевта базуються на принципі поваги до пацієнта та його/її прав. Всесвітня конфедерація фізичної терапії (The World Confederation for Physical Therapy WCPT) опублікувала етичні принципи для фізіотерапевтів.

З цих етичних принципів виділяють такі:

- Повага до гідності та прав пацієнта.
- Право фізіотерапевта відмовити в лікуванні.
- Планування та здійснення лікування пацієнта
- Конфіденційність
- Впровадження новітніх знань у практику
- Право фізіотерапевтів на належну заробітну плату
- Фізіотерапевти беруть участь у плануванні та розвитку послуг, спрямованих на задоволення потреб громади у сфері охорони здоров'я.

Етичний принцип 1: Фізіотерапевти поважають права та гідність усіх людей. Кожен, хто звертається до фізіотерапевта, має право на отримання послуг незалежно від віку, статі, раси, національності, релігії, етнічного походження, віросповідання, кольору шкіри, сексуальної орієнтації, інвалідності, стану здоров'я або політичної приналежності [1].

В етичному кодексі фізіотерапевтів у Словацькій Республіці цей принцип також поширюється на повагу до людського життя від його початку до смерті та до репутації пацієнта.

Професійний обов'язок лікаря-фізіотерапевта – піклуватися про здоров'я людини та суспільства відповідно до принципів гуманності, в дусі поваги до людського життя від його початку до кінця, поважаючи гідність людської особистості [1]. Обов'язком фізіотерапевта є збереження життя, захист,

зміцнення та відновлення здоров'я, запобігання захворюванням, полегшення страждань незалежно від національності, раси, релігії, сексуальної орієнтації, політичної приналежності, соціального статусу, морального чи інтелектуального рівня та репутації пацієнта. [1].

Етичний принцип 2: Фізичні терапевти дотримуються законів і правил, які регулюють практику фізичної терапії в країні, в якій вони здійснюють свою діяльність [3].

Фізіотерапевти повинні повністю розуміти закони та правила, що регулюють практику фізіотерапії. Вони мають право відмовити в лікуванні або іншим чином втрутитися, якщо, на їхню думку, послуга не відповідає найкращим інтересам пацієнта/клієнта [3].

Земан, Іштонова (2010) стверджують, що роль фізіотерапевта полягає в тому, щоб проінструктувати пацієнта в такій мірі і настільки чітко, щоб пацієнт міг прокоментувати технічні процедури, запропоновані терапевтом, погоджуючись або не погоджуючись з ними. Ця частина загальновизнаних прав пацієнтів призводить до багатьох цікавих питань, не тільки в таких добре відомих проблемах, як термінальна стадія хвороби або відмова від переливання крові у Свідків Єгови, але і в фізіотерапії [6].

Етичний принцип 3: У світлі діагнозу та іншої відповідної інформації про пацієнта/клієнта та його/її цілі, фізіотерапевти визначають прогноз/план догляду та здійснюють втручання/лікування. Коли цілі досягнуті або подальша користь більше не може бути отримана, фізіотерапевт інформує про це пацієнта/клієнта та виписує його/її[3].

Якщо діагноз не є чітким або необхідне втручання/лікування не є чітким в рамках фізіотерапевтичної практики, фізіотерапевт інформує про це пацієнта/клієнта та видає направлення до інших спеціалістів[3].

Стандарти фізіотерапевтичної практики в Чеській Республіці в статті 7 зазначають, що на основі отриманої інформації фізіотерапевт проводить аналіз, відповідно до якого розробляється план лікування.

На основі отриманої інформації та оцінки проводиться аналіз, відповідно до якого складається графік лікування.

Критерії: Фізіотерапевт проводить клінічну оцінку.

Примітка: при необхідності бажано звернутися до спеціаліста для контролю клінічного балансу. Результат клінічного балансу фіксуємо в документації.

Примітка: може використовуватися Міжнародна класифікація функціональних можливостей, інвалідності та здоров'я (МКФ) ВООЗ.

Ми з'ясуємо, запишемо та оцінимо суб'єктивні дані.

Примітка: ці дані можуть включати такі фактори, як болючість, ступінь, характер, локалізація та щоденні зміни дискомфорту, про який йдеться.

Ми встановимо, запишемо та оцінимо об'єктивні дані.

Примітка: ці дані включають кількісні фактори, такі як діапазон рухів та окружність кінцівки.

Ми зробимо запис фізіотерапевтичного діагнозу, включаючи відповідні ознаки та симптоми.

Примітка: термін "медичний діагноз" означає клінічне рішення, прийняте на основі оцінки ознак і симптомів пацієнта. Це загальна вказівка на наявну патологію без будь-яких припущень щодо впливу цієї патології на функції організму. Термін "фізіотерапевтичний діагноз" означає діагноз, який ставиться незалежно від медичного діагнозу або в поєднанні з ним. Фізіотерапевтичний діагноз стосується існуючої фізіотерапевтичної проблеми. Зазвичай він виражає, наскільки пацієнт обмежений цією проблемою.

Якщо пацієнт і фізіотерапевт погоджуються, що лікування не буде проводитися, цей висновок повідомляється особі, яка рекомендувала лікування (якщо така є).

Фізіотерапевт записує та оцінює відповідне клінічне обстеження/тести, які були використані для встановлення діагнозу [5].

Етичний принцип 4: Фізіотерапевти не повинні розкривати будь-яку інформацію про пацієнта/клієнта третім особам без згоди пацієнта/клієнта.

Кодекс етики фізіотерапевтів Словацької Республіки виражає цей принцип у пункті 10:

Фізіотерапевт зобов'язаний зберігати конфіденційність фактів, які він дізнався у зв'язку з виконанням своєї роботи в межах закону.

Стандарти фізіотерапевтичної практики в Чеській Республіці у статті 3 зазначають, що: Фізіотерапевт повинен зберігати медичну документацію пацієнта відповідно до чинного законодавства:

Фізіотерапевт веде медичну документацію пацієнта відповідно до чинних правових норм.

Примітка. Конфіденційна інформація залишається конфіденційною навіть після смерті пацієнта. У такому випадку необхідно отримати дозвіл виконавця заповіту або іншої уповноваженої особи (найближчого родича).

В окремих випадках інформація про пацієнта надається навіть без його письмової згоди

Примітка: наприклад, передбачені законом зобов'язання щодо звітності, недієздатність пацієнта, неповноліття тощо.

Фізіотерапевт безпечно обробляє ідентифікаційні дані пацієнта.

Примітка. У деяких випадках можна надати інформацію про пацієнта без його письмової згоди. Наприклад, рішення суду має більшу вагу, ніж особисте рішення. [5].

Етичний принцип 5:

Фізіотерапевти повинні: бути в курсі найкращих наявних методів доказової медицини та впроваджувати їх у своїй практиці [3].

У стандарті № 4 Фізіотерапевтична практика в Чеській Республіці зазначає, що: фізіотерапевт повинен переглянути та оцінити наявну інформацію, що має відношення до лікування пацієнта.

Фізіотерапевт фіксує в документації всі обстеження, які він проводить з пацієнтом, щоб отримати необхідні знання про його стан.

Примітка: обсяг обстеження залежить від клінічної специфікації проблеми або від суб'єктивних відчуттів пацієнта під час обстеження. Обстеження включає: а) огляд; б) використання спеціальних процедур обстеження, включаючи стандартизовані вимірювання; в) пальпація, обстеження суглобів[5].

Етичний принцип 6:

Фізіотерапевти мають право на належну заробітну плату за свої послуги. [1]. Працівник має право на оплату за виконання роботи. Однак це не просто матеріальна винагорода, вона може бути грошовою, пільговою або, можливо, в натуральній формі. Армстронг (2007, с. 222) зазначає важливий факт: на його думку, загальна винагорода за працю складається не лише з грошової винагороди, але й з моральної винагороди, почуття вдячності та задоволення, пов'язаного з соціальним визнанням або особистим розвитком, які виникають у працівників [1].

Етичний принцип 7:

Фізіотерапевти надають точну інформацію пацієнтам/клієнтам [3].

У стандарті № 4 фізіотерапевтичної практики в Чеській Республіці говорить, що: Фізіотерапевт інформує пацієнта про варіанти лікування, їх переваги та можливі ризики і побічні ефекти.

Примітка. Інформація надається у доступній для пацієнта формі та зрозумілій для нього мові. Пацієнт повинен мати можливість ставити запитання

Примітка: пацієнтам іноді потрібен певний час, щоб засвоїти інформацію, тому вони повинні мати можливість ставити запитання щодо лікування. Фізіотерапевт закликає пацієнта ставити запитання. Фізіотерапевт інформує пацієнта про його право припинити лікування в будь-який час, і це рішення не повинно негативно вплинути на подальше лікування. Якщо пацієнт відмовляється від фізіотерапевтичного лікування, це фіксується в історії хвороби разом із зазначенням причин відмови, якщо вони відомі. Фізіотерапевт

повинен поінформувати пацієнта про те, що в лікуванні може брати участь студент-фізіотерапевт. Якщо пацієнт не погоджується, він визнає за собою право відмовитися від лікування кваліфікованим фізіотерапевтом. Фізіотерапевт інформує пацієнта про те, що студент може бути присутнім під час його/її лікування. Пацієнт має право відмовитися. Згода пацієнта на план лікування фіксується в історії хвороби пацієнта.

Примітка. Отримання згоди – це тривалий процес, який триває протягом усього лікування. Фізіотерапевт вимагатиме від пацієнта письмової згоди на лікування відповідно до чинних правових стандартів. Якщо потрібна письмова згода пацієнта, копія зберігатиметься в історії пацієнта. Доцільно інформувати пацієнта також за допомогою інформаційних матеріалів, які можуть допомогти у прийнятті рішення щодо надання згоди. Лікар-фізіотерапевт повинен записати в картку пацієнта, які інформаційні матеріали йому були представлені [5].

Етичний принцип 8:

Фізіотерапевти беруть участь у плануванні та розвитку послуг, спрямованих на задоволення потреб громади у сфері охорони здоров'я.

Фізіотерапевти зобов'язані брати участь у процесі планування послуг, спрямованих на забезпечення оптимального здоров'я населення.

Фізіотерапевти зобов'язані працювати над досягненням рівноправ'я в наданні медичних послуг для всіх людей [3].

У вступі стандарти фізіотерапевтичної практики в Чеській Республіці торкаються теми спільноти, громадського здоров'я таким чином:

Важливість цих стандартів полягає в тому, що вони:

- демонструють громадськості, що фізіотерапевти піклуються про якість послуг, які вони надають і готові продовжувати навчання, щоб забезпечити якісне лікування;

- керують розвитком професійної освіти;

- показують фахівцям, як управляти своєю практикою та оцінювати її;

- надають уряду, керівним органам та іншим професійним групам базову інформацію про професійний характер фізіотерапії;

- стандарти повинні відображати принципи, умови та цілі, необхідні для постійного розвитку даної професії;

- стандарти повинні базуватися на дійсних принципах і бути вимірними;

- стандарти розроблені, щоб допомогти фізіотерапевтам реагувати на мінливі потреби громади;

- стандарти повинні служити засобом зв'язку між представниками галузі, персоналом, представниками інших медичних професій, урядом і громадськістю [5].

В рамках дискусії хочеться підкреслити, що етичні принципи для фізіотерапевтів є ключовими для забезпечення високої якості медичної допомоги та дотримання прав пацієнтів.

- Повага до гідності та прав пацієнта: цей принцип базується на тому факті, що кожна людина має цінність, незалежно від того, здорова вона чи хвора. Людська гідність - це, з одного боку, усвідомлення власної цінності (самооцінка), а з іншого - цінність людини як особистості та повага до неї в очах інших. Таким чином, людська гідність пов'язана з визнанням «статусу людини як особистості» (Бужгова, 2006) [2].

- Право фізіотерапевта відмовитися від лікування: це право є важливим для професійної етики. Експерти вважають, що фізіотерапевти повинні проінформувати пацієнта, щоб він зрозумів, що терапія швидше зашкодить, ніж допоможе йому/їй.

- Планувати і здійснювати лікування пацієнта: план лікування повинен бути індивідуальним, заснованим на потребах пацієнта та відповідно до найкращих наявних доказів. Фізіотерапевти повинні вміти гнучко адаптувати лікування в разі виявлення змін у стані пацієнта.

- Захист конфіденційності пацієнта: конфіденційна інформація, яку фізіотерапевт повинен зберігати та не розголошувати, має «конфіденційний» характер.

- Робота з новітніми науковими знаннями та найкращими доступними методами досліджень важлива для забезпечення ефективності та безпеки лікування. Фізіотерапевти повинні бути готові постійно навчатися та оновлювати свої знання.

- Справедлива винагорода: фізіотерапевти мають право на справедливу винагороду за свою роботу. Це важливо для того, щоб підтримувати мотивацію та рівень кваліфікації фахівців з фізичної терапії.

- Внесок у планування та розвиток послуг: фізіотерапевти володіють унікальними навичками, які можуть сприяти плануванню та розвитку медичних послуг та задоволенню потреб суспільства у сфері охорони здоров'я. Їх активна участь у цьому процесі є важливою.

Висновок

Відносини між фізіотерапевтом і пацієнтом є важливими для благополуччя обох сторін. Етичні принципи, видані Всесвітньою конфедерацією фізичної терапії (WCPT), роблять дуже гарне припущення, що, дотримуючись цих

принципів, і фізіотерапевт, і пацієнт розвинуть професійні взаємовідносини. Ці відносини будуть засновані на довірі, що фізіотерапевт хоче допомогти пацієнту, а пацієнт буде впевнений, що фізіотерапевт застосовує терапію відповідно до останніх досягнень науки.

Література

1. Armstrong M. 2007. Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání. 1. vyd. Praha: Grada. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-32.
2. Bužgová R. 2006. Respektování lidské důstojnosti při zdravotní asociální péči o seniory. In: Zdravotnictvo a sociální práce, ISSN 1336-9326, 2006, roč. 1, č.4, s. 10-12.
3. Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members, [online]. [cit. 2023-24-09]. Dostupné na internete: https://www.ipcb.pt/sites/default/files/upload/rh/files/concursos/WCPT%20%20Ethical%20responsibilities%20of%20physical%20therapists_0.pdf
4. Etický kódex fyzioterapeuta v Slovenskej republike, [online]. [cit. 2023-24-09]. Dostupné na internete: <https://komorafyzioterapeutov.sk/eticky-kodex/eticky-kodex-fyzioterapeuta/>
5. Standardy pro fyzioterapeutickou praxi, [online]. [cit. 2023-24-09]. Dostupné na internete: <https://www.unify-cr.cz/standardy-pro-fyzioterapeutickou-praxi>
6. Zeman M., Ištoňová, M. Etické přístupy ve fyzioterapii, [online]. [cit. 2023-24-09]. Dostupné na internete: <https://www.unipo.sk/public/media/12634/Zeman%20M.,%20Istonova%20M.%20%20Problematika%20pr%C3%A1v%20pacientu%20a%20etick%C3%A9%20p%C5%99istupy%20ve%20fyziterapii.pdf>

НАЦІОНАЛЬНІ ВИДИ СПОРТУ ЯК ЧИННИКИ УКРАЇНСЬКОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ

Влада Білогур,
доктор філософських наук, професор кафедри фізичного виховання
Ольга Ігнат,
студентка II курсу ОС магістра
спеціальності 017 Фізична культура і спорт,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Створення української суверенної національної держави викликало до життя багато наукових та політичних дискусій щодо української національної ідентичності. Багато уваги приділяється соціокультурним механізмам, здатним сприяти появі відчуття приналежності до національної спільноти. Чи не найменш розглянутою залишається сфера людської активності, про яку фахівці

стверджують, що саме вона не в останню чергу сприяє виникненню національних ідентичностей сучасних розвинених держав – націй.

У моїй доповіді мова йдеться про спорт, про висвітлення наших суто українських видів спорту, які є одними з потужних чинників формування національної ідентичності українців [1].

Спорт є одним з найяскравіших і найпопулярніших національних перформансів. Спорт, внесений у матрицю національної ідентичності, дозволяє транслювати локальні події в події внутрішньонаціонального і навіть глобального масштабу. До того ж саме спорт дозволяє виразити національну ідентичність на глобальному рівні. Крім цього спортивні змагання також закладають основу національної величі. Таким чином, до соціальних практик, що активно сприяють формуванню уявлень про націю (освіта, культура, медіа), та за допомогою яких люди конструюють уявлення, що впливають на їх самосприйняття та поведінку, додається спорт. Як зазначається в енциклопедії «Британіка»: «Спорт є засобом репрезентації індивідів та спільнот і він особливо важливий в процесі формування ідентичностей та традицій» [2].

Оскільки нація – категорія політична, то, безумовно, спорт не може бути відділений від політики. Після того, як відбулася спортивна революція, поняття «великий спорт» стало частиною поняття «велика політика». Політика національних урядів стала частково залежати від спорту. Безперечно, спортивні події світового рівня впливають на процеси конструювання національної ідентичності. В середині держави національні уряди використовують ці події для пропаганди таких цінностей, як мультикультуралізм, толерантність, солідарність, командний дух та дисципліна. Як зазначає Альберто Мартінелі, «поки що нація та національна держава залишаються найважливішим джерелом ідентифікації для особи» [3]. Потрібно визнати: як нація не може існувати без спорту та спортивних героїв, так і історія нації не може існувати без національної спортивної історії. Спортивна культура в нашій державі сягає глибини віків, тому історія українського спорту, як і історія української держави загалом, ще тільки має бути осмислена та написана. Постає також питання: що знає українська молодь про історію спорту своєї держави? Чи включена історія спорту в національний історичний наратив та історичну пам'ять? Оскільки ці перемоги належать конкретним спортсменам, саме вони відіграють неабияку роль у процесі створення національної ідентичності як національні спортивні герої. Вони втілюють надії цілої країни, а їх поразки насправді є уособленням поразок нації. Нація переживає їх разом з ними, а їх перемоги сприймаються як національні тріумфи [4]. Переможці спортивних змагань стають національними героями і улюбленцями спільноти та починають з подвійною силою уособлювати тріумфальну національну міфологію, єдність

нації, що здатна піднятися над соціальним, економічним та політичним поділом.

Український спорт може стати потужним чинником формування національної ідентичності, його можливості треба використовувати щонайповніше. Спорт залишається дзеркалом почуттів щодо нації, але одночасно він має геополітичний вимір. І в цьому вимірі спорт повинен працювати на Україну.

Важливою подією для становлення української ідентичності як чинника розвитку національних видів спорту стало прийняття Верховною Радою Закону 5324 про визнання українських національних видів спорту, які, окрім тренування тіла, зміцнюють в людині український національний дух. Це у першу чергу: Бойовий гопак, Спас, Рукопаш гопак, Козацька боротьба на поясах та багато інших.

Бойовий гопак – бойове мистецтво, що включає елементи козацького двобою, які збереглися в українських народних танцях. Наразі бойовий гопак є потужним рухом серед молоді та об'єднує українців по всьому світу. Відродження бойового гопака відбулося завдяки Володимиру Пилату – досліднику та знавцю бойових мистецтв. На початку 80-х років минулого століття Володимир почав вивчати бойову культуру українців. Під час дослідження народних танців він виявив, що вони містять багато елементів, яких немає в танцях інших народів світу. Елементи українських народних танців подібні до бойової техніки, наприклад, удари ногами у стрибку, відбивання, «повзунці» і т.д. Саме ці рухи були трансформовані до вимог сучасних бойових мистецтв і склали основу українського бойового гопака.

Крім фізичного розвитку, бойовий гопак орієнтований ще й на моральне виховання, повагу до українських традицій і патріотизм. Саме тому учні вивчають техніку двобою, українські національні обряди, вчать народним танцям і співу, грі на музичних інструментах. Це і є одним з аспектів національної ідентичності [5].

Після повномасштабного вторгнення росії в Україну, козацький гопак перекочував в окопи. Танцюристи виконують козацький вітряк з шаблями. Досконало володіти власним тілом і зброєю - ці вміння наші пращури розвивали в кожному, хто прагнув стати частиною вільного козацького руху. Замість шабел - у руках автомати або й Джавеліни. А решта, як і за часи запорожців: завзяття та драйв. Ось він - козацький гопак на передовій. Козацька кров і нині вирує у нащадках. Це видно на сцені та ... на полі бою!

Традиція «Спаса» призначена повернути систему патріотичного виховання в Україні до національного коріння і орієнтована на формування в молоді чіткої впевненості, заснованої на історії, позитивізмі української національної гідності

і через це – на любов до України, народу, української національної культури. Тренувальні заняття з українського рукопашу «Спас» мають суто національно-патріотичний характер, оскільки саме виконання вправ обов'язково супроводжуються історичними розповідями про вміння й досягнення українського козацтва. Основне завдання: підготовка козаків-воїнів і спортсменів високої кваліфікації – носіїв українського національного бойового мистецтва «Спас», стійких патріотів – захисників України.

Особливість українського Рукопаш гопаку відображена у самій назві виду, де «український рукопаш» є означенням суті поняття, а «гопак» – власною назвою. Різноманітна техніка українського Рукопаш гопака базується на єдиних принципах руху, генетично відповідних українцям. Техніка і методика тренувань базуються перш за все на традиціях української народної фізичної культури, збереженої у гопаку та інших військових танцях, народних іграх, тощо. Все це виконує виховну функцію у бойовому мистецтві і передбачає розвиток повноцінної особистості, здатної адекватно реагувати на зміни у суспільстві під кутом зору національних інтересів України. В українському рукопаш гопаку вирізняють такі елементи ритуальності як: шикування, вітання, молитва, пісня та прощання. Ритуальність в українському рукопаш гопаку забезпечена елементами, притаманними українським народним та військовим звичаям, які є елементами традиційної української культури, що є складовою української ідентичності.

Хортинг – це сучасне бойове мистецтво, створене в Україні. Бойовий хортинг – це спортивна дисципліна, яка поєднує в собі елементи бойових мистецтв, фітнесу та спортивного бою. Засновники цього єдиноборства пояснюють, що слово хортинг походить від назви острова Хортиця, де розташовувалася Запорозька Січ. Форми й методи виховання в системі бойового хортингу базуються на традиціях українського народу, родинного виховання, світовому та національному психолого-педагогічному досвіді [6]. Варто зауважити, що національна система виховання в бойовому хортингу формує духовно-моральні й патріотичні цінності, системну виховну діяльність сім'ї, державних і громадських організацій, центрів національно-патріотичного спрямування. В умовах сьогодення вона користується попитом серед дітей і молоді, особливо під час воєнного стану. Хортинг служить найважливішим чинником становлення активної життєвої позиції українця.

Література

1. Білогур В. Є. Світоглядні орієнтації сучасної студентської молоді в контексті вибору духовних пріоритетів. Гілея. Історичні науки. Філософські науки. Політичні науки. К.: Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2011. Вип. 49 (№ 7). С. 496-503.

2. <https://www.britannica.com/search?query=sport+Ukraina>

3. A. Martinelli. Ustainable governance and socially responsible corporations, *Politeia*, XXV, 3, 2009:273-289.

4. Білогур В., Корж Н., Сметанін С., Мазін В. Передумови формування ціннісного ставлення у студентів технічних спеціальностей ЗНТУ до самостійних занять фізичною культурою та спортом. *Молода спортивна наука України*: зб. наук. пр. Львів : ЛДУФК, 2011. Т. 2. 302 с.

5. Олексенко Р. Мовна ідентичність як засіб самовизначення та самоідентифікації в умовах посттоталітарного суспільства / Р. Олексенко, Ю. Ситник. *Ukrainian professional education* = Українська професійна освіта : науковий журнал. Полтав. нац. пед. ун-т імені В. Г. Короленка. Полтава, 2017. Вип. 1. – С. 16-23.

6. Воронкова В.Г. Місце і роль України в глобалізаційних процесах сучасності. *Гуманітарний вісн. ЗДА*. Вип. 37. 2009. С.16–32

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ ЛІНГВОКРЕАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Олеся Берднікова,
*студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта*
Світлана Стеблюк,
*доктор педагогічних наук, заступник декана з наукової роботи,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Актуальність проблеми. На сьогодні головним пріоритетом державної освітньої політики у сфері спеціальної освіти є створення сприятливого розвивального середовища та формування всебічно розвиненої національно-мовної особистості. Свідоме ставлення до рідної мови та здатність творчо самовиражатися нею визначається науковцями як лінгвокреативність. Питання розвитку лінгвокреативних здібностей у дітей з особливими освітніми потребами, зокрема, із порушеннями інтелектуального розвитку, не було окремим предметом дослідження науковцями, що визначає його актуальність.

Аналіз наукових досліджень. Дослідженню питання розвитку креативних здібностей у дітей із особливими освітніми потребами присвячена численна кількість наукових праць сучасних українських науковців, серед яких: Д.Левчук (вивчає особливості розвитку креативних здібностей у дітей з особливими освітніми потребами засобами театралізованої діяльності) [2], Н.Мирончук (працює над розробкою практичного інструментарію розвитку креативних здібностей у дітей) [3], І.Нечипорук (вивчає особливості розвитку творчих здібностей у дітей з особливостями розвитку) [4].

Метою дослідження є вивчення сучасних підходів до розвитку лінгвокреативних здібностей у дітей з інтелектуальними порушеннями.

Відповідно до мети, визначено наступні завдання:

1. Проаналізувати сучасні підходи до розвитку лінгвокреативних здібностей у дітей з інтелектуальними порушеннями.

2. Визначити особливості методів розвитку лінгвокреативних здібностей у дітей з особливими освітніми потребами.

Виклад основного матеріалу. Лінгвокреативні здібності відіграють важливу роль у формуванні мовної компетентності дітей з інтелектуальними порушеннями. Вони дозволяють дитині творчо самовиражатись, формулювати власні думки, використовуючи нетрадиційні мовленнєві засоби.

На сьогодні існує багато прийомів розвитку лінгвокреативних здібностей, найпоширеніші із яких К.Крутій зібрав в один комплекс. Відповідно до цього, науковець виділяє наступні прийоми розвитку лінгвокреативних здібностей у дітей з інтелектуальними порушеннями: підказування необхідної граматичної форми; антиципація під час читання текстів; аналіз проблемних мовленнєвих ситуацій; сприяння різним способам словотворення; використання аналогій; використання лінгвістичних казок чи віршів [1].

Підказування необхідної граматичної форми сприяє формуванню умінь оригінально користуватися різними граматичними формами слова. За допомогою підказування педагог збагачує словниковий запас дитини, вчить креативно виражати свої думки. Прийом реалізується за допомогою мовленнєвих ігор, граматичних завдань, асоціативних вправ, розігрування діалогів. Підказування спонукає дитину до вибору конкретної граматичної форми слова. Даний прийом є ефективним у роботі з дітьми, які мають інтелектуальні порушення через те, що педагог допомагає дитині, «підштовхує» її до вибору правильного варіанту.

Антиципація – це прийом розвитку лінгвокреативних здібностей у дитини з інтелектуальними порушеннями, сутність якого полягає у активній роботі із текстом. Завдання можуть мати різний характер: вставити пропущене слово, доповнити речення, придумати завершення історії. Антиципація впливає на розвиток лінгвокреативності наступним чином: прийом дозволяє дитині уявити себе учасником різних подій і відслідкувати власну реакцію на них; спонукає дитину до активізації пасивного словника та знаходження нових значень слів; залучає дитину до активної взаємодії та розвитку самостійності.

Аналіз проблемних мовленнєвих ситуацій розвиває критичне мислення у дитини з інтелектуальними порушеннями, формує здатність до мовленнєвого аналізу та синтезу. Вивчаючи сутність ситуації, дитина формулює власне уявлення про її учасників, порівнює умови зі своїм життєвим досвідом, вчиться

приймати рішення у нестандартних ситуаціях. Даний прийом сприяє розвитку уміння встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, приймати альтернативні рішення, аналізувати фактори впливу на ситуацію.

Сприяння різним способам словотворення є ефективним прийомом розвитку лінгвокреативних здібностей тільки у тому випадку, якщо дитина вже засвоїла елементарні навички словотворення та словозміни, поняття про рід, число і відмінок. Використання даного прийому передбачає завдання на підбір синонімів та антонімів, зміну різних частин мови (наприклад, утворення прикметника від іменника: мед – медовий), ігри із значенням слів (наприклад, скласти два речення із словами «замок» та «ключ», у яких вони виступають у різних значеннях).

Використання прийомів аналогій та лінгвістичних казок вимагає від дитини достатнього рівня розвитку творчого мислення. Вона вигадує власні казки, добирає аналогії до слів, створює власні метафори та епітети, аналізує текст казки.

Усі вищезазначені прийоми дозволяють комплексно впливати на формування мовної компетентності та розвиток лінгвокреативних здібностей.

Висновки. Таким чином, розвиток лінгвокреативних здібностей передбачає комплексний вплив на усі психічні процеси дитини з інтелектуальними порушеннями: мовлення, мислення, пам'ять, увагу, уяву, сприйняття та відчуття. Використання різноманітних прийомів дозволяє урізноманітнити навчально-виховний процес, викликати у дитини інтерес до навчання та створити оптимальні умови для всебічного та гармонійного розвитку особистості.

Література

1. Крутій К.Л. Розвиток лінгвокреативних здібностей дошкільника: огляд сучасних підходів. *Педагогічні науки*. Вип.48. 2014. С.12-17.
2. Левчук Д. Розвиток творчих здібностей дітей з особливими освітніми потребами у процесі театралізованої діяльності. С. 288-290. URL: <https://library.vspu.net/jspui/bitstream/123456789/6985/3/Levchuk%20Daria.pdf> (дата звернення: 04.10.2023).
3. Мирончук Н.М. Розвиток творчого мислення учнів початкової школи у процесі вивчення гуманітарних дисциплін. *Наукова думка сучасності і майбутнього*. Київ, 2020. С. 20-21.
4. Нечипорук Н.І., Ковальова С.В. Формування художньо-продуктивної компетенції дітей дошкільного віку: методичний посібник. КВНЗ КОР «Академія неперервної освіти». Біла Церква, 2016. 113 с.

ОСНОВИ ВИКОРИСТАННЯ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДИК ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Наталія Бондарчук,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

Актуальність проблеми. Закладений у дитинстві фундамент міцного здоров'я часто слугує людині протягом усіх років її життя, і з огляду на це доводиться з сумом констатувати, що завдання оздоровлення дошкільників через цілу низку причин сьогодні в Україні успішно не вирішується. Для покращення ситуації варто використовувати досвід країн цивілізованого світу, де система дошкільної освіти активно впроваджує розроблені вченими та педагогами-новаторами інноваційні технології фізичного виховання та оздоровлення. Оскільки використання традиційних методів і засобів оздоровлення дітей дошкільного віку часто виявляється неефективним, вони пропонують численні нетрадиційні оздоровчі методики, адаптуючи їх до відповідної вікової категорії.

Аналіз наукових досліджень. У тезах доповіді використано сучасні ідеї щодо виховання в дітях свідомого ставлення до свого здоров'я (Л. Лохвицька та ін., 2007), загальних системних основ фізичного виховання та оздоровлення дошкільників (Е. Вільчковський та ін., 2008), планування і проведення фізкультурно-оздоровчих занять у дошкільних закладах (О. Давиденко та ін., 2003), новітніх підходів до оздоровлення дітей і використання в цьому контексті нетрадиційних методик (Г. Григоренко та ін., 2006; Н. Деделюк та ін., 2014).

Метою доповіді є коротка характеристика нетрадиційних методик оздоровлення дітей старшого дошкільного віку та пропозиції щодо їх практичного використання. Для її досягнення вирішуються такі завдання: 1) охарактеризувати потенційні переваги нетрадиційних методів і засобів оздоровлення дошкільників, вимоги до них і принципи їх ефективного використання; 2) запропонувати теоретико-методичні основи відповідних методик.

Виклад основного матеріалу. У старшому дошкільному віці надзвичайно важливо сформулювати в кожній дитині базу практичних навичок здорового способу життя, усвідомлену потребу в оздоровленні різноманітними способами, руховій активності, загартуванні організму [5]. Зазвичай у дошкільних навчальних закладах для цього використовуються традиційні методи й засоби (ранкова гімнастика, гігієнічна гімнастика після денного сну, рухливі ігри, фізкультурні розваги, фізкультурні хвилинки, прогулянки, дні здоров'я, самостійна рухова активність дітей), але загальна ефективність їх використання свідчить про необхідність при програмуванні фізкультурно-

оздоровчих занять включати до них елементи, побудовані на використанні нетрадиційних методик [3]. Особливо важливо це для дітей з відносно низьким рівнем фізичного стану й певними вадами здоров'я [1].

Серед основних потенційних переваг нетрадиційних оздоровчих методик – простота, доступність для виконання вправ (проходження процедур) дітьми, ефективність, можливість органічного включення до оптимальних комплексних методик оздоровлення, виражена лікувально-оздоровча дія або виражений позитивний вплив на фізичний розвиток, стан нервової системи, рівень стомленості, комунікативні функції. Головними вимогами до їх використання є відсутність страху чи неприємних почуттів, відчуття в дошкільників задоволеності й насолоди, суворо індивідуальний підхід до кожної дитини, постійний контроль її морфологічних показників, самопочуття, стану збудливості, режиму харчування і сну [2, с. 54-72]. Ефективне використання нетрадиційних методик вимагає також дотримання принципів синкретичності (орієнтації на загальні витоки єдності у виборі методів і засобів педагогічного впливу), фасцинації (забезпечення позитивної психологічної атмосфери на заняттях), творчого залучення дітей до опанування своєю руховою діяльністю [4, с. 21].

Нетрадиційна методика *дихальної гімнастики* передбачає проведення занять тривалістю до 10 хвилин у першій половині дня на свіжому повітрі з включенням до змісту заняття одного з варіантів вправ чотирьох типів – загальної дихальної вправи, вправ на подовження видиху, на зміцнення м'язів верхніх дихальних шляхів і спеціальної дихальної вправи. Для додаткового оздоровчого ефекту пропонується виконувати комплекси ігрових дихальних вправ для горла («Коник», «Ворона», «Смішинка»), профілактичних вправ для зміцнення верхніх дихальних шляхів (з метою привчити дітей дихати через ніс), звукових дихальних вправ на розвиток артикуляції («Трактор», «Феєрверк», «Гудок пароплава»). Серед різних видів *оздоровчого масажу* рекомендуються процедури точкового масажу з елементами дихальної гімнастики, щіткового масажу і масажу вушних раковин.

Оригінальні комплекси *гімнастичних вправ* можуть виконуватися дітьми старшого дошкільного віку з різними цілями (наприклад, формування правильної постави). *Гімнастика Хатха-йоги* («Поза містка», «Поза кобри», «Поза чаплі», «Поза калача», «Поза доброї кішки», «Поза злої кішки») включає в себе елементи дихальної і коригуючої гімнастики, психогімнастики, точкового масажу, релаксації. Цікава нетрадиційна методика ґрунтується на заняттях *фїтбол-гімнастикою*, що проводяться з музичним супроводом у першій половині дня в приміщенні, тривають до 15 хвилин і передбачають

виконання близько 20 вправ зі спеціально підібраними за довжиною тіла м'ячами з різних вихідних положень.

Методика *пальчикової гімнастики* орієнтована на виконання вправ, де в роботі обов'язково беруть участь обидві руки дитини і забезпечено перехресний зв'язок руки з мозком (права рука пов'язана з лівою півкулею і навпаки). Заняття проводяться в приміщенні і тривають до 3 хвилин. Руховими діями можуть бути згинання і розгинання пальців, стискання і розгортання кисті, плавні рухи кистями, зведення пальців обох рук у певній послідовності тощо. Методика *психогімнастики в поєднанні з масажем* передбачає виконання комплексів вправ із погладжуванням живота чи натисканням на нього, приставлянням пальців обох рук до грудини, погладжуванням шиї від грудного відділу до підборіддя та іншими подібними руховими діями, що супроводжуються утриманням в уяві позитивних образів свого здорового тіла.

Музичні заняття з *логоритміки* пропонується проводити за участю вихователя, інструктора з фізичної культури, музичного керівника і логопеда. Їх зміст включає декілька частин: вступну (розучування елементів ходьби на носках, п'ятках, бігу, стрибків, танцювальних рухів), музично-ритмічні вправи на розвиток уваги зі змінами рухів відповідно до змін характеру музики, вправи на зміну розслаблення і напруження м'язів (для регуляції м'язового тону), на розвиток почуття темпу і ритму, координації рухів (статичні і динамічні), на розвиток тонких рухів кистей рук (розвивають тактильні відчуття, сприяють мовленнєвому розвитку), мимічної та артикуляційної моторики (розвивають тонкість і гнучкість мовленнєвих рухів). У рамках *фітотерапії* дітям індивідуально, залежно від їх психодинамічних властивостей, стану роботи тих чи інших органів і систем організму, призначаються настої різних лікарських рослин (наприклад, для неспокійних дітей пропонуються відвари з чортополоху). Результатами грамотного використання засобів фітотерапії є нормалізація сну, зняття стомленості, роздратованості, підвищення працездатності, покращення пам'яті, уваги, зменшення проявів можливих патологій (наприклад, зорової чи мовленнєвої).

Під час *міні-походів* старші дошкільники поділяються на команди, які виконують завдання дістатися певних пунктів на місцевості, після чого розповідають, що зустріли на своєму шляху, відгадують загадки на теми природи, діляться своїми враженнями. *Тижні здоров'я* включають певні фізкультурні заходи, які проводяться за певними тематичними схемами для кожного дня тижня (наприклад, перший день – ігри та естафети, «стрибки на м'ячах» і т. п., другий день – веселі розваги, самостійна рухова діяльність, і т. д.). Для організації *фізкультурних свят* необхідно розробляти сценарії з чергуванням заходів з високими навантаженнями та високим емоційним

напруженням і заходів, спрямованих на зняття напруження, масових та індивідуальних рухових завдань і рухливих ігор.

Загартування дошкільників повинно включати, як мінімум, процедури прийому повітряних ванн (ігри без одягу до 15 хвилин), загартування з елементами масажу у вигляді ігор, вологі розтирання, загартування носоглотки в різні способи (полоскання рота і горла часниковим розчином, промивання носу холодною водою). *Ігровий аутотренінг* проводиться у вигляді різних ігор з метою впливу на підсвідомість дитини за допомогою розслаблення м'язів і судин.

Висновки. Таким чином, у доповіді запропоновано використовувати з метою оздоровлення дітей старшого дошкільного віку різноманітні нетрадиційні методи й засоби дихальної гімнастики, різних видів масажу, оригінальні комплекси гімнастичних вправ, методики гімнастики Хатха-йоги, фітбол-гімнастики, психогімнастики в поєднанні з масажем, логоритміки, фітотерапії, проводити міні-походи, тижні здоров'я і фізкультурні свята, включати в систему оздоровлення дітей окремі процедури загартування та ігровий аутотренінг. Усі ці методики можуть бути впроваджені в навчально-виховний процес у типових українських дошкільних навчальних закладах.

Література

1. Вільчковський Е. С., Курок О. І. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку: навч. посібник. Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. 428 с.
2. Григоренко Г. І., Денисенко Н. Ф., Коваленко Ю. О., Маковецька Н. В. Нетрадиційні методи оздоровлення дітей дошкільного віку. Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2006. С. 54-74.
3. Давиденко О. В., Семененко В. П., Фандікова Л. О. Основи програмування фізкультурно-оздоровчих занять з дитячим контингентом. Тернопіль: Астон, 2003. 144 с.
4. Деделюк Н. А., Чеханюк Л. О., Овчаренко Т. Г. Сучасні підходи до оздоровлення дітей дошкільного віку. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*: зб. наук. праць. 2014. № 1 (25). С. 21-25.
5. Лохвицька Л. В., Андрущенко Т. К. Дошкільникам про основи здоров'я: навч.-метод. посібник. Тернопіль: Мандрівець, 2007. 176 с.

ПОШКОДЖЕННЯ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА

Ганна Вавдіюк,
аспірантка медичного факультету,
Волинський національний університет імені Лесі Українки,
м. Луцьк, Україна

Актуальність. Майже 65–70% усіх пошкоджень і захворювань м'яких тканин плечового суглоба пов'язані із м'язами ротаторної манжети плеча. Незважаючи на застосування різних методів та засобів фізичної терапії при порушенні ротаторної манжети плеча, інколи прогрес може бути відсутнім внаслідок попередньої неправильної діагностики типу порушення ротаторної манжети плеча[1].

Мета дослідження. Аналіз та узагальнення фахової наукової та медичної літератури щодо пошкодження ротаторної манжети плеча.

Результати дослідження. Встановити порушення ротаторної манжети плеча можна за методами діагностики. Для встановлення типу порушення ротаторної манжети плеча та вибору відповідних засобів фізичної терапії необхідно дотримуватись класифікації для подальшого практичного застосування[2].

Класифікація пошкодження ротаторної манжети плеча.

За генезом: травматичний, дегенеративний.

Травматичний генез пошкодження ротаторної манжети плеча полягає в одномоментній травмі з падінням на верхню кінцівку, внаслідок прямого удару в область плечового суглоба або вивиху плеча.

Дегенеративний генез пошкодження ротаторної манжети плеча полягає в зниженні механічної міцності сухожилля з порушенням кровопостачання та нейротрофіки. На фоні цих змін незначні навантаження призводять до пошкодження манжети[2].

За характером обхвату: часткове пошкодження, локальне пошкодження, обширне пошкодження, черезкісткове пошкодження.

Часткове пошкодження – позасуглобове або частіше внутрішньо-суглобове пошкодження частини сухожилля надостьового м'яза.

Локальне пошкодження - пошкодження проходить крізь всю товщину сухожилля надостьового м'яза.

Обширне пошкодження – пошкодження проходить крізь всю товщину сухожилля надостьового м'яза з частковим або суцільним пошкодженням сухожилля підостьового і малого круглого м'язів.

Черезкісткове пошкодження - відрив кісткового фрагмента великого горбка плечової кістки з прикріпленними сухожиллями м'язів ротаторної манжети плеча[1].

За захворюванням: тендіоз ротаторної манжети плеча, внутрішня компресія надостьового м'язу.

Тендіоз - втрата еластичних властивостей сухожилць з утворенням ділянок відкладення гідроксилапатиту кальцію.

Зовнішня компресія надостьового м'язу - повільно прогресуюче здавлення надостьового м'язу обумовлене анатомічною будовою плечового суглоба і розташуванням надостьового м'язу[3].

За клінічною формою: синдром псевдопаралічу; імпінджмент синдром; тунельний синдром; синдром замороженого плеча; синдром паралітичного плечового суглоба.

Синдром псевдопаралічу найчастіше проявляється локальним ушкодженням сухожилля надостьового м'язу.

Імпінджемент-синдром - посилення больового синдрому в плечовому суглобі в певних фазах руху верхньої кінцівки або в певних її положеннях.

Капсуліт або синдром “ замороженого плеча ”- захворювання, що несе за собою больове обмеження будь – яких рухів у плечовому суглобі.

Тунельний синдром – проявляється у вигляді больових відчуттів в області плечового суглоба і порушенні плече-лопаткового ритму.

Синдром паралітичного плечового суглоба - це пошкодження ротаторної манжети в основі якого лежить ушкодження нервових пучків, найчастіше виникає при механічній травматизації, тобто вивиху плеча[3].

Висновки. Отже, пошкодження ротаторної манжети плеча складає одну із найбільших частин усіх пошкоджень і захворювань м'яких тканин плечового суглоба. Ефективність фізичної терапії при такому порушенні залежить від попередньої правильної діагностики типу порушення ротаторної манжети плеча. Для встановлення типу порушення ротаторної манжети плеча та вибору відповідних засобів фізичної терапії необхідно дотримуватись класифікації.

Література

1. Адель М.А. Марайта. Обґрунтування програми фізичної реабілітації після артроскопічної реконструкції ротаторної манжети плеча / Адель М.А. Марайта, Ю.А. Попадюха, В.С. Назаренко. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*, 2015-№ 1. С.16 –21.

2. Адель М.А. Марайта. Особливості фізичної реабілітації при пошкодженнях ротаторів манжети плеча / Адель М.А. Марайта, Ю.А.Попадюха. *Науковий Часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)* : зб. наук. пр. К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. 21. С. 4 – 8.

3. Марченко О.К. Основи фізичної реабілітації: навч. для студентів вузів/О.К. Марченка. К.: Олімп. літ., 2012. 528 с. Бібліогр. : С. 519-527.

СИНЕРГІЯ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ: КОНЦЕПТУАЛЬНИЙ ПІДХІД

Анна Гакман,
доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор,
Марина Тівелік,
асистент кафедри торії та методики фізичного виховання і спорту,
Антон Гакман,
студент спеціальності 017 Фізична культура і спорт,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці, Україна

Постановка актуальності проблеми. На сьогодні, старіння населення є загальною демографічною проблемою для країн світу [1, 3, 6]. Сучасні дослідження підтверджують кризові ситуації у житті людей похилого віку, що впливають на їх свідомість і поведінку, створюючи серйозну соціальну небезпеку через загрозу фізичного та психічного здоров'я та ризик розвитку захворювань [2, 7].

Ефективним способом вирішення зазначеної проблеми є оздоровчо-рекреаційна діяльність [4]. Її позитивний вплив вирішальною мірою обумовлено узгодженістю між організаційно-змістовними аспектами діяльності та індивідуально-груповими особливостями учасників діяльності. Найбільш важливими особистісними характеристиками в цьому контексті виступають: вікові психофізіологічні показники, стан здоров'я, якість життя (ЯЖ), рівень рухової активності, рівень поінформованості щодо здорового способу життя, профілактика захворювань, дозвіллієві інтереси та пріоритети, інтеграція людей у соціальну спільність, формування емоційного стану, що виникає під впливом відчуття свободи, радості та внутрішнього задоволення, звільнення від напруги, стресу, формування позитивної реакції від сприймання краси свого тіла, довкілля, можливості його ширшого пізнання, сприяння фізичному, інтелектуальному, моральному, творчому розвитку особистості [6].

Аналіз наукових досліджень. Відомості із наукової літератури [1, 3, 5, 6, 7] свідчать про обмежений обсяг досліджень щодо активного старіння населення з використанням оздоровчо-рекреаційної рухової активності як предмету. Ця проблема залишається недостатньо вивченою вітчизняними та іноземними вченими.

Методи дослідження: теоретичні, емпіричні, математичної статистики.

Мета дослідження – обґрунтувати сумарний ефект впливу оздоровчо-рекреаційної рухової активності у похилому віці із висвітленням концепції активного старіння.

Виклад основного матеріалу. На основі аналізу науково-методичної літератури, власного досвіду та констатувального експерименту, нами була розроблена концепція активного старіння із використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Метою концепції стало визначення теоретико-методологічних і технологічних засад активного старіння в процесі занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю у похилому віці. До структури концепції включено такі складові: передумови розробки, концептуальні підходи та засади, які включали мету, завдання, принципи реалізації; технологію проектування, що дала можливість впроваджувати оздоровчо-рекреаційні програми у різних локаціях. Технологія містила етапи, умови реалізації, рівні впровадження, оздоровчо-рекреаційну програму, що складалася із трьох періодів, та критерії ефективності концепції.

Основними передумовами розробки концепції було визначено демографічні, соціальні, психологічні, особистісні, біологічні, економічні та інформаційні. Концептуальними підходами було встановлено трансцендентальний, діалектичний, парадигмальний, синергетичний, феноменологічний, герменевтичний, системний, соціокультурний, обистісний, діяльнісний, функціоналістський, конфліктологічний та аксіологічний.

Концептуальні принципи ми розглядали через їх об'єднання. Так, у групу загальнонаукових принципів увійшли пізнавальний, системний, цілісності, структурності та аксіологічний. До дидактичних ми віднесли принцип науковості, систематичності й поступовості, індивідуалізації, активності та усвідомлення, доступності й адекватності. Групу соціологічних принципів об'єднали у принципи соціальної справедливості, вільного вибору, добровільності та комунікативності. Принципи інноваційності, превентивності, інтересу (зацікавленості) та оздоровчої спрямованості становили групу спеціально-орієнтованих. Принципи рекреативності, адаптивності, регулярності, варіативності вибору засобів та відповідності місцевим умовам інтегрувала група принципів дозвілєвої діяльності.

Розроблено технологію проектування оздоровчо-рекреаційної рухової активності, яка реалізується поетапно. На першому етапі – концептуальному – розробляються концептуальні засади, орієнтовані на осіб похилого віку з урахуванням умов проведення (місця локації). На другому етапі – організаційному – здійснювався підбір засобів, методів оздоровчо-рекреаційної рухової активності. На наступному етапі (діагностичному) визначався контингент, рівень їхнього здоров'я, фізичної підготовленості, соціально-психологічних особливостей. На останньому етапі – програмно-методичному – розроблялася та впроваджувалася програма занять оздоровчо-рекреаційною

руховою активністю. Ця програма складається із підготовчого, основного та підтримуючого періодів.

Критеріями ефективності концепції запропоновано:

- 1) підвищення рівня рухової активності;
- 2) покращення показників фізичної та розумової працездатності;
- 3) покращення якості життя осіб похилого віку;

4) сформованість соціально-психологічної особистості осіб похилого віку, серед яких задоволеність життям, соціально-психологічна адаптація, психоемоційний стан, когнітивні функції.

Ефективність концепції перевірено у педагогічному перетворювальному експерименті, який здійснювався на чотирьох локаціях, а саме: в санаторно-курортному комплексі, фітнес-клубі, місцях масового відпочинку (парки) та університетах третього віку.

Незалежною змінною було визначено такий параметр, як зміст розроблених оздоровчо-рекреаційних технологій для осіб похилого віку. Залежною змінною були означені вище критерії ефективності.

Критерії ефективності запропонованої технології реалізації положень розробленої концепції активного старіння осіб похилого віку з використанням потенціалу оздоровчо-рекреаційної діяльності було визначено за допомогою статистичної обробки даних (факторного та кореляційного аналізу), експертної оцінки та підтверджено складовими активного старіння рекомендованих ВООЗ. Факторний аналіз якості життя засвідчив важливість фізичної та соціальної активності осіб похилого віку ($p=0,001$). Тісноту кореляційного взаємозв'язку рухової активності, якості життя, задоволеності життям, фізичної працездатності, рівня здоров'я виявлено на дуже високому рівні ($p=0,005$) для осіб 60-65 років.

Визначення рівнів рухової активності за Фремінгемською методикою дало можливість виявити позитивну динаміку в руховому режимі респондентів впродовж реалізації програми занять. Це передусім позитивно вплинуло на динаміку показників фізичної працездатності, що визначалася за методикою тесту PWC₁₅₀.

Встановлено, що у процесі долучення до реалізації запропонованої програми занять суттєво покращилися показники якості та задоволеності життям досліджуваних. Розумова працездатність та соціально-психологічна адаптація за методикою К. Роджерса – Р. Даймонда у результаті педагогічного впливу засвідчує позитивну динаміку на достовірному рівні ($p < 0,01$).

Висновки. Отже, розроблена концепція активного старіння розкриває синергічний ефект оздоровчо-рекреаційної рухової активності в похилому віці, через що при взаємодії складових концепції у поєднанні із вмотивованими

заняттями різними видами рухової активності у похилому віці суттєво переважає ефект кожного окремого компонента у вигляді простої їхньої суми.

Література

1. Андрєєва Олена. Вплив способу життя на показники психоемоційного стану осіб похилого віку. / Андрєєва О., Гакман А. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 3 (2022). С. 32-36.

2. Гакман А. В. Вплив фітнес-занять на психо-емоційний стан чоловіків похилого віку / Гакман А. В. // *Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура*. – 2023. – Вип. 39. – С. 32–36.

3. Григус І. М. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у профілактиці хронічних неінфекційних захворювань чоловіків похилого віку в умовах карантинних обмежень. / Григус І. М.; Хома О. В. *Rehabilitation and Recreation*, 2022, 11. С. 163-172.

4. Імас Є. Формування мотивації осіб зрілого віку до занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю / Імас Є., Андрєєва О., Кенсицька І., Хрипко І. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2019;7(26) С. 64-73.

5. Імас І.Є. Підвищення рівня залученості осіб зрілого віку до участі у оздоровчо-рекреаційних заходах. / Імас І.Є., Дутчак М.В., Андрєєва О.В., Кенсицька І.Л. *Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура*. 2019. 33. С. 3-10.

6. Томенко О. Особливості рекреаційно-оздоровчої діяльності у структурі дозвілля осіб похилого віку / Томенко О., Горюк П., Слобожанінов А. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2020;(17). С. 80-4.

7. Andrieieva O. Effects of physical activity on aging processes in elderly persons / Andrieieva O., Hakman A., Kashuba V., Vasylenko M., Patsaliuk K., Koshura A., Istyniuk I. *Journal of Physical Education and Sport*, 19(4), P. 1308-1314. <https://doi.org/10.7752/jpes.2019.s4190>

ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Оксана Гаяш,
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

У Національній доктрині розвитку освіти одним із пріоритетних завдань визначено «виховання людини в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих як до найвищої індивідуальної та суспільної цінності» [8].

Дослідження класиків педагогіки та сучасних дослідників доводять важливість заощадження та примноження здоров'я з дошкільного віку. Формувати уявлення в дитини про те, що таке здоровий спосіб життя, сприйняття свого здоров'я як головної людської цінності потрібно починати ще в дошкільному віці.

Ціннісне ставлення до власного здоров'я у Базовому компоненті дошкільної освіти – Державному стандарті початкової загальної освіти характеризується наявністю у дітей старшого дошкільного віку необхідних знань про основи здоров'я, мотивації щодо його збереження, усвідомлення цінності здоров'я, навичок здорового способу життя.

З точки зору науковців ціннісне ставлення виникає в тому випадку, коли у процесі пізнавальної і практичної діяльності якості цінності, яка засвоюється, починають збігатися з потребами та інтересами людини, впливають на її розвиток, стають обов'язковою умовою її життєдіяльності. Це визначення, на нашу думку, може стати підґрунтям для побудови методики формування ціннісного ставлення до власного здоров'я в дітей старшого дошкільного віку, у тому числі з особливими освітніми потребами (далі – ООП).

Основою методики проведення занять з формування ціннісного ставлення до здоров'я М. Ігнатенко вважає ігрову діяльність [2]. Першості М. Ігнатенко надає заняттям, які спрямовані на формування у дітей з ООП потреби в рухах, здорового способу життя, ціннісного ставлення до свого здоров'я, вміння визначити свій стан і відчуття. Водночас можуть і передбачатися й інші заходи: пізнавальні і евристичні бесіди, дидактичні, сюжетно-рольові та рухливі ігри, читання спеціально відібраної художньої літератури, трудові доручення, продуктивна діяльність, різні свята і дозвілля, проектна діяльність [2].

Л. Калуська, З. Калуський рекомендують широко використовувати пошуково-дослідницьку діяльність, яка зацікавлює дітей [6]. Діти із

задоволенням шукають відповіді на поставлені питання. (Що краще – бути здоровим чи хворим? Чому воду називають цілющою? Чому потрібно добре жувати їжу? тощо) [6].

Е. Казін, Н. Блінова, Н. Литвинова у своїй науковій роботі розкривають проблему формування ціннісного ставлення до здоров'я через культуру правильного харчування. Дослідники описують свою діяльність з формування ціннісного ставлення до здоров'я у дошкільнят: проведення бесід на теми «Правильне харчування», «Раціон харчування» та ін.; перегляд та читання казок про харчування, їжу; екскурсії до кабінету лікаря; інтегровані заняття [5].

Ряд практиків рекомендує формувати ціннісне ставлення до здоров'я шляхом включення дітей з ООП у художню самодіяльність. Вони вважають, що під час самостійної художньої діяльності бажано пропонувати дітям складати казки і створювати малюнки про те, що допомагає бути здоровим, про звички, які зберігають, і які руйнують здоров'я, про дружбу тощо. Малюнки дітей доцільно присвячувати таким темам: «Мій лікар», «Я і моя сім'я» тощо.

М. Корепанова та І. Липчанська акцентують увагу, що проводити роботу з формування в дітей з ООП ціннісного ставлення до власного здоров'я необхідно у тісній співпраці з батьками. Запрошувати їх до участі в батьківських зборах, дискусіях, консультаціях, бесідах, практичних заняттях; Днях здоров'я, спортивних розвагах тощо. Практиками зазначається, що вихователі у своїй роботі використовують папку-пересування «Ми за здоровий спосіб життя», в якій розміщують фотографії батьків із дітьми, які ведуть здоровий спосіб життя [7].

Аналіз праць вчених і практиків дозволив нам визначити сучасні підходи у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я:

1) системний підхід, сутність якого полягає в тому, що він є методологічною орієнтацією в діяльності, при якій об'єкт пізнання або перетворення розглядається як система [3]. Особливо цінним є системне бачення педагогічного процесу, що дозволяє чітко виділяти складові компоненти, проаналізувати всю різноманітність зв'язків і відносин між ними, кваліфіковано управляти педагогічним процесом.

2) Особистісно-орієнтований підхід передбачає врахування індивідуальних вікових, психологічних особливостей кожного учня, рівень їх фізичного й психічного розвитку, що дозволяє прогнозувати їх розвиток, здійснювати певну виховну програму і надавати учням можливість вибору [3, с. 33, 4, с. 19].

3) Діяльнісний підхід у вихованні виходить з уявлень про єдність особистості з її діяльністю [3]. Формування ціннісного ставлення до здоров'я можливе лише за умови залучення особистості до здоров'яспрямованої діяльності, адже саме в поведінці, діяльності людини реалізуються її ставлення,

коли учнем здійснюється певна система видів діяльності (В. Петрова, І. Харламов, А. Шпона, В. Ільїн) [4, с.19].

4) Комплексний підхід, який розглядає здоров'я як комплексну, інтегративну й цілісну характеристику особистості. Передбачає вплив одночасно на три боки особистості: на свідомість (пізнавальний світогляд), почуття (емоційно-вольовий бік) і поведінку вихованців (дієво-практичний аспект) [1, с. 116; 3, с. 33].

5) Середовищний підхід, застосування якого передбачає створення освітнього середовища, педагогічно доцільного виховного простору, сприятливого для формування ціннісного ставлення до здоров'я дітей [1, с. 116]

Для дієвості в заданому напрямку педагогічних факторів необхідно створити відповідні педагогічні здоров'яформуючі та здоров'язберігаючі умови: просторово-предметна достатність, здоров'яспрямований зміст освіти, адекватні методи освіти, гуманістичні взаємини між учасниками освітнього процесу [1].

Просторово-предметна достатність включає матеріально-технічну базу освітнього закладу та санітарно-гігієнічні умови навчально-виховного середовища [1].

При відборі вихователем змісту освітньої роботи обов'язково оцінюється його здоров'яформуючий потенціал, ефективність у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я. Великого значення набуває відповідність змісту потребам, інтересам та ціннісним орієнтаціям дітей дошкільного віку з ООП, що надає йому особистісної значущості. Тільки в цьому випадку зміст освіти має змогу викликати позитивний зворотній зв'язок та сприяти формуванню позитивної мотивації на здоровий спосіб життя [1].

Проведений аналіз наукових теоретичних і практичних досліджень щодо формування в дітей старшого дошкільного віку ціннісного ставлення до здоров'я дає змогу зробити такі висновки:

- ціннісне ставлення до здоров'я належить до пріоритетних ціннісних орієнтацій людини;

- основною умовою для формування ціннісного ставлення до здоров'я є наявність знань про зазначену цінність, мотивації до діяльності щодо збереження здоров'я і дотримання відповідної поведінки;

- формування ціннісного ставлення до здоров'я у дошкільнят з ООП носить цілісний систематичний характер із застосуванням різних способів, методів та засобів виховання. У процесі роботи над його формуванням мають бути задіяні всі учасники освітнього процесу, у тому числі і батьки чи законні представники дітей.

Таким чином, дотримуючись єдиних вимог до організації здоров'яформуючої роботи з дітьми ми можемо досягти високого коефіцієнту сформованості у кожної окремої дитини ціннісного ставлення до здоров'я, культури здорового способу життя, а отже і життєвостійкої та компетентної особистості.

Література

1. Єжова О.О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів : монографія. Суми, 2011. 412 с.
2. Ігнатенко М. А. Формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей старшого дошкільного віку засобами фізичної культури. URL: <https://ditsad.com.ua/info-d0/konsultac841.html>
3. Мороз Д.В. Актуальні проблеми формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей молодшого шкільного віку. *Збірник наукових праць «Педагогічні науки»*. Випуск LXXIII. Том 2. 2016. С. 31-37
4. Казанжи І.В. Теорія і методика виховної роботи в школі I ступеня: навчальний посібник для студентів ВНЗ. Київ: Слово, 2014. 296 с.
5. Казін Е.М., Блінова Н.Г., Литвинова Н.А. Основи індивідуального здоров'я людини: Введення у загальну та прикладну валеологію: Навчальний посібник для студентів вузів. Яремче, 2010.
6. Калуська Л. Валеологія в дитячому садку та вдома. Івано-Франківськ: Лілея – НВ, 1999. 56 с.
7. Корепанова М.В., Липчанська І. А. Контроль функціонування та розвитку ЗДО, Миколаїв. 2015.
8. Указ президента України Про Національну доктрину розвитку освіти від 17 квітня 2002 року N 347/2002. URL: http://schoolchem.ho.ua/ZavKab/NormD/1_7_nac_doktryna.pdf

ДО ПИТАННЯ ІМЕНУВАННЯ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА В УКРАЇНСЬКІЙ НАУЦІ

Олеся Глаголич,
*студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Постановка проблеми дослідження. Висвітлення будь-якого наукового питання потребує детального ознайомлення із термінологією. Хоча вивчення розладів аутистичного спектру в українській науці не є чимось новим, усе ж через «розмаїтість» термінології питання їх іменування є доволі цікавим. Зауважимо, що навіть станом на сьогодні в українських дослідників

використовується вживання прикметників «аутичний» та «аутистичний» щодо розладів розвитку. Часто ці два прикметники використовують водночас.

Аналіз останніх досліджень. Слово «аутизм» буквально означає «всередині себе» [5]. Н. Базима вказує, що виникнення і походження терміну «аутизм» (який вперше ввів у науку швейцарський психіатр Е. Bleuler (1911)), пов'язане зі становленням системи знань із проблеми діагностики та подальшої терапевтичної роботи з дітьми, які потребують спеціальних підходів до навчання та виховання [3, с. 52]. Щонайперше визначення розладів аутичного спектра асоціюється саме з іменами вчених Ганса Аспергера та Лео Каннера. Один із розладів аутистичного спектра, який вивчав Г. Аспергер, було названо його прізвищем, зараз він відомий як синдром Аспергера [4, с. 15–16]. Прізвище Лео Каннера використовується в періодизації історії вивчення аутизму як самостійного порушення розвитку. Наприклад, Т. Скрипник виокремлює такі чотири основні етапи в історії вивчення аутизму як самостійного порушення розвитку:

- 1) донозологічний період (кін. XIX – поч. XX ст.);
- 2) доканнерівський період (20–40 рр. XX ст.);
- 3) каннерівський період (1943–1970 рр.);
- 4) післяканнерівський період (1980–1990 рр.) [4, с. 12–20].

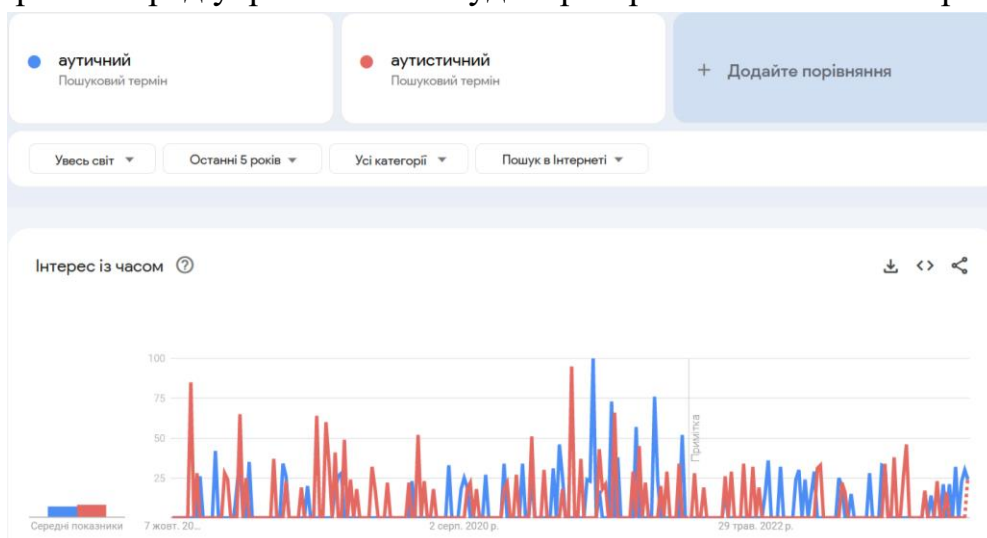
Мета дослідження – окреслити підходи до визначення ключового поняття «аутистичний».

Виклад матеріалу. Н. Базима вказує, що підвищення інтересу до проблеми аутизму і аутичних порушень в Україні можна спостерігати, аналізуючи зміст спеціалізованих словників. У «Дефектологічному словнику», що вийшов за редакцією В. Бондаря у 2003 році, зазначено, що аутизм – це хворобливий стан психіки людини, що характеризується послабленням зв'язків із реальністю; виявляється в зосередженості на власних переживаннях, обмеженні спілкування з іншими людьми. А вже у виданні словника 2011 року розкриття поняття «аутизму» і «аутистичних порушень», під авторством Д. Шульженко, значно розширюється. Зокрема, подано визначення таких понять як «аутизм», «аутистична діяльність», «аутистичний розлад», «аутистичний спектр порушень», «аутистичний спектральний розлад», «аутистичні психічні порушення розвитку у дітей», «аутистичні психологічні маркери» [3, с. 54].

Д. Шульженко у праці «Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей» (2009) наводить таке визначення поняття «аутизм»: «Аутистичний розлад (Autistic disorder), або аутизм, є важкою формою патології розвитку, що характеризується порушеннями соціальних, комунікативних і мовленнєвих функцій, а також наявністю нетипових інтересів і форм поведінки» [5].

Т. Скрипник пише: «Відомо, що термінологія, пов'язана з аутизмом досить розмаїта: аутизм, синдром Аспергера і PDD-NOS часто об'єднують у поняття «захворювання аутичного (аутистичного) спектра» (Myers S.M., Johnson C.P., 2007), іноді – «аутичні розлади» (Freitag C.M., 2007), а сам аутизм називають синдромом аутизму (синдромом раннього дитячого аутизму, синдромом дитячого, або інфантильного аутизму), раннім дитячим аутизмом, або просто дитячим аутизмом. У клінічній практиці вирази «аутизм», «розлади аутичного спектра» і PDD використовують як взаємозамінні (Caronna E.V., Milunsky J.M., Tager-Flusberg H., 2008). Окрім того, українські автори почергово використовують назви як аутичний, так і аутистичний» [4, с. 10–11]. На думку дослідниці, як означення до цього розладу варто використовувати «аутичний», а не «аутистичний», що є запозиченням із польської (наприклад, пол. *dzieckomutystyczne* [mutystyʃnə] – укр. мутична дитина; пол. *sensoryczna* [sɛnsoryʦna] – укр. сенсорна), адже саме «аутичний» найбільше відповідає фонетичним і морфологічним законам української мови [4, с. 10–11]. Крім того, для назви самого розладу розвитку Т. Скрипник пропонує використовувати в українській науці терміни «аутизм», «дитячий аутизм», «порушення аутичного спектра», «розлади аутичного спектра (РАС)», «розлади за аутичним типом», «спектр аутичних розладів», а також – «розвиток за аутичним типом» як синоніми [4, с. 11]. Зауважимо, що в «Словнику української мови» в 20 т. є словникова стаття тільки для прикметника «аутичний»: «аутичний, а, е, мед., псих. Прикм. до аутизм. В аутичних дітей великі проблеми з емоційною сферою, їх треба вчити відчувати і розуміти почуття інших людей, починаючи з найпримітивнішого рівня (із журн.)» [1].

Завдяки Google Trends ми можемо відстежити, який із прикметників, «аутичний» чи «аутистичний», переважає в пошукових запитах у мережі «Інтернет» серед україномовної аудиторії протягом останніх 5 років [2].

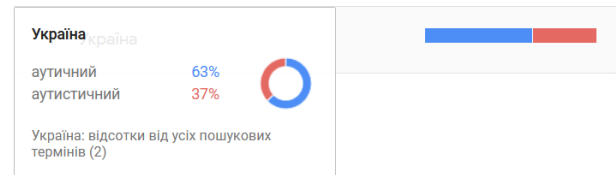


Ілюстрація 1 [2].

● аутичний ● аутистичний



Сортувати: Популярність терміна "аутичний" ▾



Ілюстрація 2 [2].

Як бачимо, прикметник «аутичний» складає 63% від пошукових термінів «аутичний», «аутистичний» в українській мережі «Інтернет», а прикметник «аутистичний» – 37% [2].

Отже, нами розглянуто питання іменування розладів аутистичного спектру в науковій літературі.

Література

1. Аутичний. Словник української мови. Томи 1–13 (А–ПОКІРНО). Український мовно-інформаційний фонд НАН України, 2015. 2023. URL: <https://sum20ua.com/Entry/index?wordid=193146&page=84> (дата звернення: 04.10.2023).

2. Аутичний, аутистичний. Джерело даних: Google Тренди. URL: <https://trends.google.com.ua/trends/explore?date=today%205-y&q=%D0%B0%D1%83%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9,%D0%B0%D1%83%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9&hl=uk> (дата звернення: 02.10.2023).

3. Базима Н. Теоретичне вивчення проблематики аутизму. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. К., 2015. № 1. С. 51–56.

4. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. К. : Фенікс, 2010. 320 с.

5. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія. К., 2009. 385 с.

РАННЄ ВТРУЧАННЯ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ КОМПЛЕКСНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Оксана Григор'єва,
студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 016 Спеціальна освіта,
Маріанна Кляп,
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність проблеми. На думку багатьох дослідників, чим раніше розпочнеться корекційно-розвиткова робота з дитиною, що має порушення психофізичного розвитку, тим ймовірніше вдасться уникнути вторинних та супутніх порушень або суттєво їх послабити.

Раннє втручання (далі РВ) – це міждисциплінарна сімейно-центрована система допомоги дітям раннього віку (від народження до 3-х років) із порушеннями розвитку та дітям груп біологічного й соціального ризику, яка спрямована на покращення розвитку дитини та підвищення якості життя родини [1]. Система РВ максимально збільшує шанси дітей на реалізацію власного потенціалу та дає змогу ефективно використовувати потенціал сім'ї для розвитку дитини. Ця послуга є орієнтованою на партнерство з батьками, що, в свою чергу, означає відхід від медичної моделі та зв'язок з надавачами соціальних та освітніх послуг.

Раннє втручання, з огляду провідних міжнародних організацій, таких як міжнародний надзвичайний фонд допомоги дітям при Організації Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я, профільні комітети Організації Об'єднаних Націй і Ради Європи, належить до забезпечення права наймолодших дітей (0-3 роки) та їхніх сімей на отримання такої підтримки і допомоги, якої вони потребують. Досвід багатьох європейських країн (зокрема, Нідерландів та Франції), показав, що РВ допомагає суттєво знизити відсоток інвалідності серед дітей [4].

Проблеми ранньої діагностики дітей із порушеннями розвитку розкрито в низці праць (Н.Авдєєва, Н. Бастун, Л. Виготський, О. Гвоздєв, 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 РВ, яка існує тепер в Україні. Багато загальної інформації щодо практики РВ міститься у виданні колективу зарубіжних авторів «Рекомендовані практики раннього втручання».

Однак досліджень вітчизняних науковців щодо особливостей цієї роботи в нашій державі поки-що недостатньо.

Мета дослідження: проаналізувати окремі аспекти реалізації політики раннього втручання в Україні.

У визначенні РВ є два моменти, на які варто звернути увагу [1]:

1. Ризики виникнення порушень розвитку, які можуть бути *біологічними* (наприклад, передчасне народження, наявність труднощів у розвитку за відсутності встановленого діагнозу тощо) та *соціальними* (неповні, сім'ї в складних життєвих ситуаціях, внутрішньо переміщені особи тощо).

2. Зміщення фокусу роботи від суто потреб дитини до уваги до сім'ї загалом, від якої залежить, яка буде особистість дитини та яким буде її життя в майбутньому.

За словами фахівців, 10-15 % сімей, що виховують дітей раннього віку, потребують допомоги, тому система РВ включає [5, с.12]:

- супровід сімей, які виховують дітей 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.

Послуга РВ розглядається як невід'ємна частина неперервності соціальних послуг та необхідна основа й запорука успіху соціалізації загалом. Основними пріоритетами системи РВ у всіх країнах визначена необхідність:

- охопити всіх дітей і всі сім'ї, які потребують підтримки РВ якомога раніше;

- забезпечити єдині стандарти якості надання послуг РВ, а також розробити механізми оцінки дотримання стандартів якості, що дасть змогу підвищити ефективність діяльності служби раннього втручання;

- поважати права та потреби дітей і їхніх родин: створення сімейно-орієнтованих видів послуг [1].

Аналіз нормативно-правової бази показав, що перші спроби створення служб РВ в Україні розпочалися з прийняття Постанови Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів» від 12 жовтня 2000 року №1545. Дійсна робота почалася в кінці 2016 р. із пілотного проєкту «Створення системи надання послуг раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» [2], який реалізується у Закарпатській, Львівській, Одеській та Харківській областях. Згодом до цієї програми долучили Вінницьку, Дніпропетровську, Донецьку, Запорізьку, Кіровоградську та Луганську області, а також конкретизували

завдання щодо вироблення єдиних критеріїв і стандартів надання послуги та акцентували на розвитку міжвідомчої взаємодії.

РВ відрізняється від уже наявних в Україні послуг, основним завданням яких є встановлення діагнозу, лікувальні й реабілітаційні заходи. Послуга РВ, безумовно, враховує стан здоров'я, але, на відміну від лікування, зосереджена на можливостях дитини, розвитку її самостійності та активній участі в житті сім'ї, суспільства, а також спрямована на покращення якості життя сім'ї загалом [1].

Відповідно до принципу сімейноцентрованості клієнтом програми є вся сім'я як цілісність, і як соціально-комунікативна система, де батьків (або опікунів) навчають, як прийняти особливості дитини і створити умови, що максимально сприятимуть її розвитку. З дитиною та сім'єю працює мультидисциплінарна команда, до якої входять психолог, фізичний терапевт, спеціаліст з комунікації (логопед), лікарі (педіатр, невролог, ерготерапевт), соціальний працівник. Виконавча директорка "Інституту раннього втручання" Г. Кукуруза вважає, «що потрібно бути поруч і працювати не тільки з дитиною, але й змінювати щоденне життя всієї сім'ї, допомагати зробити його простішим, щоби техніки й методики, які розвивають дитину, у природний спосіб впліталися в їхнє життя» [5, с.31].

Батьки спільно з фахівцями визначають пріоритети в розвитку дитини та узгоджують дії для реалізації програми раннього втручання. Таким чином батьки є не тільки активними членами міждисциплінарної команди, але й самі отримують підтримку та допомогу: консультації із питань особливостей розвитку дитини, психологічне консультування, проведення спільних занять фахівців із дитиною та її батьками для збільшення активності батьків у корекційному процесі, допомога в налагодженні зв'язків сімей із батьківськими громадськими організаціями [3, с.310].

Важливою є активна участь батьків в процесі оцінки, обговорення профілю розвитку дитини, узгодженні з фахівцями мети роботи, загального плану та плану дій, у виконанні якого мають власну частину. Поетапне виконання порад фахівців дає змогу сім'ї нормалізувати своє повсякденне життя та стабілізувати стосунки із зовнішнім світом, а відтак – зменшити напруження та рівень стресу. Сім'ї пропонують спільні зустрічі не менше разу на тиждень, але за потреби їхня періодичність може бути й частішою. РВ передбачає безперервне навчання й на побутовому рівні та в сім'ї – діти мають бути залучені до всіх сімейних справ та занять в міру своїх можливостей. Батьки завжди знаходяться поруч під час зустрічей, які можуть відбуватися як в центрі РВ, так і вдома, під час домашніх візитів.

Періодично батьки зустрічаються з фахівцями без дитини для обговорення програми. Важливим критерієм оцінки ефективності програми раннього втручання є те, наскільки змінилася якість життя сім'ї вдома: якщо батьки не мають внутрішнього ресурсу, то допомога і підтримка потрібна, у першу чергу, їм. І лише отримавши власний ресурс, вони можуть стати опорою для дитини.

З огляду на вище сказане вважаємо, що вчасне надання послуги РВ дозволяє забезпечити потребу батьків у психологічній і професійній допомозі, надати якісний супровід родині, створити умови для ефективного використання наявного потенціалу дитини для її розвитку та підготувати дитину до інклюзивного навчання. Це є відповідально для батьків, адже сім'я є невід'ємною частиною команди, де батьки та фахівці несуть спільну відповідальність. Послуга РВ є валідною, адже базується на науково-доказових методах і сучасних світових практиках.

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 окремих дослідників 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;
- 4) 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;
- 5) недостатній розвиток інформаційної бази для населення в соціальних інститутах, що надають допомогу дітям з особливостями в розвитку [4].

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.

Висновки. Таким чином, раннє втручання – це підготовка дитини з особливими освітніми потребами та її сім'ї до психолого-педагогічного супроводу у закладах освіти, впевнений старт для майбутнього дитини та самоефективності сім'ї, а також можливість зменшити ступінь інвалідності, уникнути ізоляції й відчуження у суспільстві.

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, кордоном. Адже лише так можна забезпечити впровадження інновацій, здійснювати якісну адаптацію нормативних документів щодо РВ для національного рівня.

Література

1. Раннє втручання. Міждисциплінарна допомога сім'ям з дітьми раннього віку. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/child-protection/early-intervention>
2. Розпорядження КМУ «Деякі питання реалізації пілотного проекту “Створення системи надання послуг раннього втручання” для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» від 14 грудня 2016 р. № 948-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/948-2016-%D1%80#Text>
3. Склянська О. В. Супровід первинної соціалізації дитини з особливими потребами в програмах раннього втручання. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*: збірник наукових праць. Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. Випуск 30. С. 307–312.
4. Скрипко А. Що таке раннє втручання і навіщо воно потрібне. URL: <https://nus.org.ua/view/shho-take-rannye-vtruchannya-i-navishho-vono-potribne/>
5. Формування політики раннього втручання: тренінговий модуль / Байда Л. Ю., Павлова Є. Б., Іванова О. Л., Кукуруза Г. В. Київ, 2017. 62 с.

ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

Ігор Григус,
д.мед.н., професор,
директор навчально-наукового інституту охорони здоров'я
Тетяна Гамма,
к.б.н., доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання
Михайло Жук,
студент 3 курсу спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»,
Національний університет водного господарства та природокористування,
Навчально-науковий інститут охорони здоров'я, м. Рівне, Україна

Актуальність. Серед функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей шкільного віку переважають порушення постави – кругла спина і сколіотична постава. При чому, кругла спина частіше зустрічається у дівчат, а сколіотична постава у хлопців [1, с. 9]. Це пов'язано з надмірним розумовим навантаженням, в тому числі цифровим, порушенням сну, порушенням раціонального харчування, малорухливим способом життя як молодших школярів, так і учнів середніх і старших класів. В останні роки, на які припали пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення росії в Україну, спостерігається погіршення ментального здоров'я дітей шкільного віку. Постійний стан тривожності може перерости в дистрес, з наслідками якого боротися буде набагато складніше. Згодом, все це може призвести до функціональних порушень опорно-рухового апарату та подальшого розвитку різних деформацій хребта в дорослому віці.

Мета дослідження – провести аналіз даних науково-методичної літератури з питань порушень постави у дітей шкільного віку.

Завдання дослідження – проаналізувати наявну науково-методичну літературу та розробити програму корекції порушень постави за допомогою фізкультурно-спортивної реабілітації.

Виклад основного матеріалу. Правильна постава сприяє профілактиці захворювань хребта і забезпечується його фізіологічними вигинами, які за умов їх оптимальної амортизації протидіють деформуванню хребців. Головну роль у формуванні постави відіграє сила м'язів та узгодженість довільного і недовільного тонічних напружень різних м'язових груп. Підтримання правильної постави тіла у вертикальному положенні залежить від м'язів шиї, грудей, живота, чотирьохглавого м'яза стегна спереду та розгиначів спини, сідничних м'язів, а також гомілковостопних. Важливу роль у вертикальному положенні тулуба відіграє таз, який при нормальних умовах нахилений вперед.

Відомо, що порушення постави зумовлює зміну її біогеометричного профілю і зміщення загального центру мас тіла та окремих його біоланок. У школярів з дефектами постави показники моторики (гнучкість, статична витривалість м'язів живота, спини і ніг, статична рівновага) статистично нижчі, ніж у дітей, які мають правильну поставу [2, с. 8; 6].

Правильна постава дітей шкільного віку має не лише естетичне, а й фізіологічне значення. При порушенні постави погіршується робота всіх систем й органів людини, зокрема знижується діяльність нервової системи, яка регулює зв'язок організму з навколишнім середовищем, об'єднує та скеровує роботу всіх інших органів і систем. Під впливом погіршення трофічної функції нервової системи погіршується обмін речовин, що викликає затримку росту, виснаження, недокрів'я, а на цій основі відбувається послаблення стійкості організму до різних хвороб, погіршується робота серцево-судинної й дихальної систем [4, с. 80]. Правильна постава забезпечує нормальну діяльність опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, сприяє економнішому використанню енергії під час фізичного навантаження.

Однак, не можна розглядати проблему порушення постави лише з фізіологічної точки зору. Останнім часом в Україні набуває значення погіршення ментального здоров'я населення, особливо дітей шкільного віку, як найменш захищеної та найбільш вразливої категорії під час війни [5, с. 186]. Підтримка психічного здоров'я та психічного благополуччя дітей – актуальна задача як для фахівців галузі охорони здоров'я, так і фахівців галузі освіти. Оскільки постава – вираження фізичного та психічного здоров'я організму, то при створенні програми фізкультурно-спортивної реабілітації слід враховувати психічне здоров'я дитини.

Для підтримки здоров'я мозку школярів необхідно приділяти увагу фізичній активності, раціональному харчуванню, здоровому сну, цифровому детоксу і тренуванню мозку. Вплив кожного з цих факторів призведе до покращення в тій чи іншій мірі ментального здоров'я школярів, однак, використовувати їх необхідно комплексно [3; 7; 9]. Такий підхід забезпечує повну, всебічну характеристику стану дитини і допомагає грамотно скласти програму реабілітаційного втручання.

Програма фізкультурно-спортивної реабілітації для кожної дитини повинна містити комплекс вправ, які спрямовані на зміну патологічного положення, нормалізацію роботи м'язів та напрацювання м'язової пам'яті. Саме завдяки виконанню фізичних вправ м'язовий корсет почне утримувати правильне фізіологічне положення хребта [8; 10]. Для покращення лімфо- і кровообігу, зміцнення м'язів спини і нормалізації їхнього тону, зменшення відчуття втоми м'язів, до програми включають масаж. Для розвантаження

хребта, нормалізації функції м'язів і полегшення корекції хребта використовують заняття плаванням. Плавання сприяє формуванню навичок правильної постави, покращенню функції органів кровообігу, дихання та нервової системи й загартовує організм.

Висновки. Аналіз літературних джерел щодо порушень постави дітей шкільного віку свідчить про те, що незважаючи на значну увагу фахівців до зазначеної проблеми, все ж таки кількість функціональних порушень опорно-рухового апарату з року в рік збільшується. При складанні програми фізкультурно-спортивної реабілітації необхідно враховувати ментальне здоров'я дитини.

Література

1. Альошина А.І. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей та молоді у процесі фізичного виховання : автореф. дис. ... д-ра наук з фіз. виховання та спорту : [спец.] 24.00.02 "Фіз. культура, фіз. виховання різних груп населення". Київ, 2016. 40 с.

2. Боднар І. Специфічні принципи інтегративного фізичного виховання школярів. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2015. № 1. С. 5-9.

3. Гамма Т.В., Григус І.М., Орел І.О., Гірак А.М. Фізична терапія дітей віком 10-12 років зі сколіозом II ступеня. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини=Rehabilitation & recreation. 2022. № 11. С. 10-17.

4. Кашуба В., Асаулюк І., Дяченко А. Стан біогеометричного профілю постави студентів. Спортивний вісник Придніпров'я. 2019. № 2. С. 79-86.

5. Поджаренко К.Є., Світлак І.І. Юридичні гарантії забезпечення та захисту права дитини на психічне здоров'я в умовах війни. Аналітично-порівняльне правознавство. 2023. № 1. С. 185-194.

6. Kashuba, V., Andrieieva, O., Yarmak, O., Grygus, O., Napierala, M., Smolenska, O., Ostrowska, M., Hagner-Derengowska, M., Muszkieta, R., Zukow, W. Morpho-functional screening of primary school students during the course of physical education. Journal of Physical Education and Sport. 2021. 21(2):748-756.

7. Нестерчук Н., Мацишина К., Григус І., Скальські Д. Основні аспекти фізичної реабілітації дітей зі сколіозом=Basic aspects of physical rehabilitation of children with scoliosis. Medycyna i zdrowie. Wybrane aspekty ratownictwa. Redakcja naukowa. Tom 3. Gdynia-Gdańsk-Starogard Gdański. 2018. С. 65-74.

8. Skalski D., Kowalski D., Grygus I., Nesterchuk N. Physical culture in a rural environment and health education. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини=Rehabilitation & recreation. 2020. № 6. С. 76-88.

9. Skalski D., Kowalski D., Kindzer B., Grygus I. Wybrane aspekty w edukacji zdrowotnej w realizacji zabaw rekreacyjnych w okresie pandemii. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини=Rehabilitation & recreation. 2021. № 9. С. 109-119.

10. Zabolotna O., Skalski D., Formela M., Nesterchuk N., Grygus I. Physical education as a process of learning physical culture and implementation in health education. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини=Rehabilitation & recreation. 2019. № 4. С. 56-61.

ІСТОРИЧНИЙ ПОГЛЯД НА ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ВІЙСЬКОВИЙ СЕГМЕНТ ВІД ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ ДО НАШИХ ДНІВ

Олександра Гузак,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри
фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти*
Дмитро Бобильов,
*студент магістерського рівня вищої освіти спеціальності 227
Фізична терапія, ерготерапія, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна*

Дана стаття стисло описує історичний розвиток фізичної реабілітації та її важливу роль у військовому контексті, від Першої світової війни до сучасності, з фокусом на Сполучених Штатах. Починаючи від перших кроків у формуванні цієї професії в армії під час Першої світової війни та її подальшого розвитку, розглядаються етапи навчання та фінансові аспекти. Зокрема, розглядається вплив воєнних конфліктів на розвиток фізичної реабілітації в армії, включаючи В'єтнамську війну та роль фізіотерапевтів у лікуванні травм опорно-рухового апарату. Також надається інформація про співпрацю університетів та армії у створенні програм магістратури з фізичної терапії для військовослужбовців. Великий акцент робиться на досягненнях фахівців у цій сфері та їхньому внеску в зменшення кількості евакуацій військових із травмами опорно-рухового апарату. Висвітлює ключові аспекти історії фізичної реабілітації в армійському контексті та її важливість для військової медицини.

Мета: розглянути історичний розвиток фізичної терапії, реабілітації з часів Першої світової війни до сучасності, та їх важлива роль у військовому контексті.

Завдання:

1. Розглянути історичний контекст та необхідність розвитку фізичної терапії та реабілітації під час Першої світової війни.

2. Визначити роль фізичних терапевтів в різні періоди військових конфліктів.

Виклад основного матеріалу. Під час Першої світової війни, що відбувалася з 1914 по 1918 рік, світ стикнувся з надзвичайною кількістю поранених та інвалідів, які потребували медичної та соціальної підтримки. На той час, хірурги розуміли, що просте лікування поранень і фізичних ушкоджень не є вичерпним підходом. Перша світова війна висвітлила необхідність навчання поранених солдатів максимально використовувати залишені фізичні та психологічні здібності, щоб полегшити їхню реінтеграцію в суспільство та повернення до нормального життя [1,4].

В цей час уряди країн-учасниць війни визнали, що така велика кількість ветеранів створює фінансовий тягар і вимагає забезпечення їхнього повного медичного обслуговування та соціального забезпечення. Як результат, як у Сполучених Штатах Америки, так і в Європі були запроваджені програми реабілітації. Ці програми надавали пораненим солдатам довгострокову медичну допомогу та професійне навчання з метою відновлення їхньої незалежності та швидкого повернення до роботи [1,4].

Досвід, отриманий у лікуванні жертв війни, відзначеної в першій світовій війні, суттєво збагатив методи реабілітації. В цілому, Перша світова війна допомогла закласти основи сучасної концепції реабілітаційних програм, спрямованих на допомогу ветеранам-інвалідам у поверненні до суспільства та відновленні їхньої ролі в суспільстві, незалежно від психологічних та фізичних ушкоджень. Враховуючи ретроспективу цього періоду, можна суттєво поглибити розуміння фізичної медицини та реабілітації та визначити їхню важливість як ключових компонентів реінтеграції ветеранів-інвалідів у сучасне суспільство [5].

Затребування фізичної реабілітації в армії Сполучених Штатів виникло з об'єктивних обставин. На момент вступу до Першої світової війни відсутні були якісні реабілітаційні послуги як у цивільних, так і військових госпіталях, які б змогли задовольнити потреби американських солдатів. За вивченням європейських систем реабілітації, генерал-хірург армії Горгас об'єднав різні фізичні методи під терміном "фізіотерапія". Цю освітню програму під назвою "Reconstruction Aide" впроваджували в цивільних вищих навчальних закладах по всій країні, а її випускники пізніше стали основою для створення Американської асоціації фізичної терапії [5].

Однією із значущих реформ було впровадження системи медичної допомоги замість пенсійних виплат для поранених та інвалідів через госпітальну систему відновлення, в якій активну роль відігравали ветерани війни. Вони своїми вимогами, ідеями та зусиллями сприяли створенню основи для сучасного підходу до підтримки ветеранів та їхньої реабілітації в суспільстві. Важливим аспектом цього процесу стали інновації в галузі

фізичної терапії та реабілітації, включаючи розробку нових методик масажу, вправ для відновлення рухових функцій та використання протезів [5].

Все це почалося з розвитку практики фізичної терапії в військовому середовищі під час В'єтнамської війни та браку медичних фахівців для надання допомоги пораненим пацієнтам із травмами опорно-рухового апарату. Військові фізичні терапевти стали здійснювати оцінку та лікування своїх пацієнтів без необхідності посередництва лікаря, що стало результатом зростаючої популярності фізичної терапії в військовому середовищі та необхідності швидкого та ефективного лікування [5].

У сучасних умовах, військові фізичні терапевти, здатні надавати медичну допомогу прямого доступу та виконувати оцінку та лікування пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату. Роль фізичних терапевтів продовжує зростати, оскільки травми опорно-рухового апарату залишаються актуальною проблемою військових сил, і Міністерство оборони США надалі підтримує та розвиває програми навчання та дослідження в галузі фізичної терапії. Фізичні терапевти військових зобов'язані забезпечувати здорову військову силу, готову виконувати свої обов'язки для національних інтересів і безпеки [2,3].

Під час Другої світової війни зросла потреба у фізичних терапевтах, і в період з 1942 по 1946 рік проводилися армійські курси тривалістю 26 тижнів у різних частинах Сполучених Штатів [5].

Після війни, попит на фізичних терапевтів зменшився, і навчання нових фахівців було призупинено. Ті, хто вже працювали у цій галузі, були включені до Корпусу жіночих медичних спеціалістів (WMSC) в 1947 році. Програму відновили у 1948 році, призначаючи стажерам звання молодших лейтенантів під час навчання.

У 1971 році Університет Бейлора та армія об'єднали зусилля для створення та впровадження програми магістра з фізичної терапії на початковому рівні. Зміни в навчальній програмі відображали зростаючу роль цієї професії в контексті армійських потреб [5].

Після в'єтнамського конфлікту в армії виникла нестача ортопедичних хірургів для лікування великої кількості військових з травмами опорно-рухового апарату. Тому фізичні терапевти отримали розширені повноваження, включаючи оцінку та лікування пацієнтів з захворюваннями опорно-рухового апарату без обов'язкового направлення лікаря.

Захисники Сполучених Штатів пишаються історією медичної допомоги під час воєнних операцій. У 2000 році, вперше, фахівці з фізичної терапії були включені до складу 75-го полку рейнджерів, що мала позитивний вплив на медичну готовність батальйонів. Пізніше, фізичні терапевти були відправлені

до спеціальних операційних груп, військово-морських підрозділів спеціального призначення та бойових груп армійських бригад [2,3].

Внаслідок цих заходів вдалося знизити на 18% непотрібну евакуацію військовослужбовців із травмами опорно-рухового апарату. Військові фізичні терапевти працюють у системі прямого доступу до первинної медичної допомоги, лікуючи травми опорно-рухового апарату та надаючи медичну допомогу на основі доказів, відповідно до моделі "Спортивна медицина на полі бою", розробленої полковником Йозефом Муром [5].

Висновки: Історія розвитку фізичної реабілітації в армійському контексті, починаючи від Першої світової війни та до наших днів, свідчить про значні досягнення у полі відновлення військовослужбовців з травмами опорно-рухового апарату. Перша світова війна викликала необхідність навчання фізичних терапевтів. Під час Другої світової війни та в'єтнамського конфлікту, кількість солдатів із травмами опорно-рухового апарату значно збільшилася, що підкреслило важливість фізичної терапії та реабілітації.

Впровадження фахівців з фізичної терапії до складу військових підрозділів, таких як рейнджери та спеціальні операційні групи, сприяло зниженню необхідності евакуації поранених і покращило медичну готовність батальйонів. Співпраця між університетами та військовими структурами призвела до створення програм магістратури з фізичної терапії для військовослужбовців, що відображає ростучу роль цієї професії в армійському середовищі. Важливим кроком стала впроваджена модель "Спортивна медицина на полі бою", яка ґрунтується на доказах і застосовується в роботі фахівців з фізичної терапії.

Усе це доводить важливість фізичної реабілітації в контексті військових операцій та підкреслює досягнення фахівців у цій сфері, які допомагають військовослужбовцям повернутися до служби та нормального життя після отриманих травм.

Література

1 . Bonfiglioli Stagni, S., Tomba, P., Viganò, A., Zati, A., & Benedetti, M. G. (2015). The first world war drives rehabilitation toward the modern concepts of disability and participation. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 51(3), 331–336.

2 . David G Greathouse, Brian A Young, Scott W Shaffer, US Military Physical Therapy: 1970–2020, *Physical Therapy*, Volume 101, Issue 3, March 2021, pزاب087, <https://doi.org/10.1093/ptj/pزاب087>

3 . Greathouse, D. G., Schreck, R. C., & Benson, C. J. (1994). The United States Army physical therapy experience: evaluation and treatment of patients with

neuromusculoskeletal disorders. *The Journal of orthopedic and sports physical therapy*, 19(5), 261–266. <https://doi.org/10.2519/jospt.1994.19.5.261>

4 . Jackson A. (2019). Reforming the veteran: propaganda and agency in the First World War Reconstruction hospitals. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 107(4), 472–487. <https://doi.org/10.5195/jmla.2019.743>

5 .https://www.army.mil/article/113614/army_physical_therapy_a_proud_history_and_integral_force_in_neuromusculoskeletal_care_and_readine

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ І ЗАСОБІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Андрій Домчук,
фізичний реабілітолог / терапевт
Ігор Дейкун,
аспірант спеціальності 017 Фізична культура і спорт
Світлана Глущенко,
магістр спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія,
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка
м. Суми, Україна

На сьогодні рак молочної залози (РМЗ) є однією з основних медико-соціальних проблем сучасної системи охорони здоров'я України внаслідок значної поширеності та високого рівня інвалідності й смертності від нього. За результатами досліджень О.А. Бас (2011) найбільші показники та темпи зростання захворювання відзначені у вікових групах 45–50 років (104,3 на 100 тис. населення) і 55–65 років (152,0 на 100 тис. населення). Статистичні дані З.П. Федоренко, Ю.Й. Михайлович (2013) свідчать, що в Україні зареєстровано 125 тисяч хворих на РМЗ. Тому ризик виникнення раку збільшується з віком прямо пропорційно і, як наслідок, близько 60 % хворих – це особи працездатного віку, що збільшує актуальність проблеми.

Відповідно до МКХ-10 зляжісні новоутворення молочної залози кодуються під загальним кодом С50, який містить: С50.0 - зляжісне новоутворення соска та ареоли; С50.1 - зляжісне новоутворення центральної частини молочної залози; С50.2 - зляжісне новоутворення верхньо-внутрішнього квадранта молочної залози; С50.3 - зляжісне новоутворення нижньо-внутрішнього квадранта молочної залози; С50.4 - зляжісне новоутворення верхньо-зовнішнього квадранта молочної залози; С50.5 - зляжісне новоутворення нижньо-зовнішнього квадранта молочної залози; С50.6 - зляжісне новоутворення пахвового хвоста молочної залози; С50.8 - ураження молочної залози з частково співпадаючою локалізацією; С50.9 - зляжісне новоутворення молочної залози, не уточнене. Сучасні технології

лікування РМЗ сприяє значному продовженню життя жінок, де серед радикально-медикаментозних методів слід виділити хірургічне втручання, таргетингова терапія, радіотерапія, інтрабім, хіміо - та гормональна терапія. Однак, на думку Б.Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак (2004) внаслідок хірургічного лікування виникають ранні / пізні післяопераційні ускладнення, що значно погіршують адаптаційні можливості до активного життя та діяльності в суспільстві. Ранні ускладнення розвиваються впродовж 14–20 днів після операції, пізні – через місяць, а іноді навіть роки після мастектомії. За результатами досліджень О.А. Бас (2011), О. В. Пешкової, А. А. Князева, О. Н. Авраменко (2012) у жінок після мастектомії виникають больові синдроми, контрактури в плечовому суглобі та набряк верхньої кінцівки з оперованої сторони, можливе порушення постави, зниження сили м'язів або навіть атрофія м'язів плечового поясу. Наукова практика доводить, що не завжди жінки можуть самостійно повернутися до звичних умов життя через погіршення психологічного стану та розриву соціальних зв'язків. Комплексна реабілітація пацієнтів із РМЗ передбачає багатоетапні методи впливу, що допомагають повернути пацієнток до повноцінного життя та активної трудової діяльності.

Факторами ризику реабілітації онкохворих осіб є постійна небезпека виникнення рецидиву / метастазів пухлини. Реабілітаційні заходи повинні бути адекватні стану пацієнток, тісно переплітатися з методами комплексного лікування, застосовуватись одразу після видалення первинної пухлини та впродовж усього лікування, сприяти адаптації чи реадаптації жінок до життя в домашніх умовах. Застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) при плануванні реабілітаційного втручання допомагає краще зрозуміти конкретні потреби пацієнта. МКФ використовується як статистичний інструмент під час збору інформації, як інструмент дослідження при проведенні оцінки результатів втручання, як клінічний інструмент, за допомогою якого можна визначити потреби, порівняти методи лікування, дати оцінку професійній придатності та реабілітації. О.А. Бас (2011) вважає, що ефективність ранньої та контрольованої реабілітації є найперспективнішим методом відновлення працездатності пацієнток після мастектомії. Кінезіотерапія після видалення молочної залози і лімфовузлів є невід'ємним компонентом комплексної реабілітації. Спеціальні терапевтичні вправи для руки після мастектомії забезпечують ефективне відновлення рухливості кінцівки, зниженню набрякості, больового синдрому, розслабленню перенапружених м'язів шиї і плеча. Заняття повинні проводитись щодня, бажано в один і той же час доби. Науковець Т.Є. Одинець (2011) радить на більш пізніх періодах реабілітації включати гідрокінезотерапію, яка дозволяє

збільшити рухливість суглобів верхніх кінцівок та попередити розвиток кіфотичної постави. Серед засобів, які дозволяють усувати застійні явища, а саме лімфостаз, фахівці рекомендують застосовувати масаж. Масажні маніпуляції дозволяють пришвидшити формування нових шляхів для потоку лімфи та доповнюють трофічно-регенеративну дію терапевтичних вправ. Особливо доцільно виконувати лікувальний масаж за лімфодринажною методикою у перші тижні після операції для усунення лімфатичних застоїв та прискорення кровотоку. Останніми роками фахівці використовують пневматичну компресію за методикою послідовного здавлення верхніх кінцівок від дистальних відділів до проксимальних. Терапевтична дія методу здавлювання заснована на підвищенні тиску в тканинах, що забезпечує посилення венозного відтоку. При проведенні пневматичної компресії максимальний тиск необхідно створювати в периферичних відділах кінцівки. Існує два основних види компресії: хвилеподібна компресія і компресія одночасно всієї кінцівки. Під час роботи пневмомасажера в режимі «висхідна хвиля без запам'ятовування» відбувається по чергове здавлювання двох сусідніх ділянок пацієнта руки від периферії до центру, експозиція цього тиску протягом заданого часу і подальше ослаблення. Інший режим «висхідна хвиля із запам'ятовуванням» відбувається по чергове здавлювання кожної ділянки руки пацієнта від периферії до центру, експозиція цього тиску протягом заданого часу і подальше ослаблення стиснення всіх ділянок. Рекомендовані методичні рекомендації дозволяють максимально індивідуалізувати підбір пневмо-технічного засобу для конкретного пацієнта, що дозволяє збільшити терапевтичний вплив процедури. Подібні скорочення манжети дозволяють здійснити циклічний стандартизований масаж верхньої кінцівки. При цьому, для створення рівномірного тиску необхідне рівномірне, без прогалин накладення манжети. Курс та дозування процедур залежить від моделі пристрою та параметрів тиску. На думку О.В. Баглай (2021) постізометрична релаксація одна із ефективних методик в якій використовується ізометричне скорочення та повільне розтягнення м'яких тканин в заданому напрямку. При цьому повинна відбуватися короткотривала протидія пацієнта мінімальної інтенсивності до опору реабілітолога із подальшим збільшенням амплітуди розтягування м'язів і їх релаксацією. Вказані маніпуляції дозволяють усунути рефлекторний м'язовий спазм, м'язово-фасціальну ригідність, функціональні блокади суглобів шиї та плеча, активізує аферентну інервацію та рецепторну відповідь в області капсули плечового суглобу.

Аналіз спеціальної літератури показав, що проблема оптимізації методів та засобів реабілітації пацієнток оперованих з приводу РМЗ зберігає свою актуальність. Складові компоненти програми реабілітації повинні зменшувати

післяопераційні ускладнення та сприяти поетапній адаптації пацієнток до повсякденної діяльності. Реабілітаційний процес повинен спиратися на методологічні підходи МКФ та засади формування індивідуальних SMART-цілей.

Література

1. Баглай О.В. Ефективність фізичної терапії осіб із синдромом плечелопаткового періартриту при остеохондрозі шийного відділу хребта. Матеріали VII Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії» (м. Суми, 03 грудня 2021 року).

2. Бас Ольга. Реабілітаційне обстеження жінок після мастектомії. *Молода спортивна наука України*: зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Л., 2008. Т.3. С.22-25.

3. Бас О.А. Особливості зміни показників функціонального стану у жінок після мастектомії після застосування програми фізичної реабілітації. *Спортивна наука України*. Науковий вісник Львівського державного університету фізичної культури. Електронне наукове фахове видання: Львів, ЛДУФК. 2011, №2, С.59-67. URL: <http://www.sportscience.org.ua/index.php/Arhiv.html>.

4. Бас О. А. Особливості впливу авторської програми фізичної реабілітації на відновлення сили м'язів, больової і тактильної чутливості у жінок після мастектомії /О. А. Бас, А. С. Вовканич. *Спортивна наука України*. Науковий вісник Львівського державного університету фізичної культури. Електронне наукове фахове видання: Львів, ЛДУФК. 2011, №3, С. 3-10. URL: <http://www.sportscience.org.ua/index.php/Arhiv.html>.

5. Білинський Б.Т. Онкологія: підручник / Б. Т. Білинський , Н. А. Володько, А. І. Гнатишак. К.: Здоров'я, 2004. 528с.

6. Бугайцов С. Г. Рак молочної залози - реабілітація, корекція психосоматичних розладів в процесі комплексного лікування : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.07 «Онкологія». К., 2003. 32 с.

7. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату : монографія. Львів : ЛДУФК, 2018. 388 с.

8. Одинець Т. Є. Вплив гідрокінезотерапії на якість життя жінок 55-65 років після радикальної мастектомії. *Фізична активність, здоров'я і спорт*. 2011. №1(3). С. 64-69.

9. Скляр С. Ю. Стандарти лікування хворих на рак молочної залози (за матеріалами X Міжнародного консенсусу Сент-Галлен, 2007). *Онкологія*. 2008. Т. 10, № 1. С.74-78.

10. Стрільчук Л. Лімфатичні набряки в осіб похилого віку: етіологія, діагностика та консервативне лікування. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2020. № 15(484).С. 8.
11. Федоренко З. П., Михайлович Ю. Й. та ін. Рак в Україні 2011-2012. Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2013.№ 14. 124 с.
12. Чешук В. Є. Профілактика хронічного больового синдрому та неврологічних розладів плеча після мастектомії. *Онкологія*. 2015.Т. 17, № 3. С. 152-155.
13. Michael D. Cancer rehabilitation: principles and practice / D. Michael, M.D. Stubblefield. New York : Demos Medical Publishing, 2019. 1172 p.
14. Nassif T. M. Breast cancer-related lymphedema: a review of risk factors, radiation therapy contribution, and management strategies I T.M. Nassif, C. Brunelle, T. C. Gillespie. *Current Breast Cancer Reports*. 2020.№ 12. P. 305-316.
15. Stoldal D. P. Symptom frequency, intensity, and distress in patients with lower limb lymphedema / D. P. Stoldal, M.S. Dietrich, S. H. Ridner. *Lymphat Res Biol*.2016. № 14. P. 78-87.

ВПЛИВ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ НА ПРОБЛЕМИ З РІВНОВАГОЮ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЧМТ

Тетяна Гаджега,
студентка магістерського рівня вищої освіти спеціальності 227
Фізична терапія, ерготерапія
Мар'яна Дуб,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
завідувач кафедри наук про здоров'я
м. Ужгород, Україна

Легка черепно-мозкова травма (ЧМТ) є поширеною проблемою громадського здоров'я, яка щороку вражає мільйони людей [2]. Розповсюдженості лЧМТ спостерігаються у підлітків/молодих людей віком від 15 до 24 років (1081/100 000 населення), дітей до 5 років (1592/100 000 населення), дорослих старше 75 років (2232/100 тис. населення) [1,3].

Наслідки ЧМТ охоплюють фізичні порушення, когнітивний, психологічний, поведінковий і емоційний дефіцит, приносячи важкі приховані психо-соціальні та економічні проблеми. Навіть легка ЧМТ відповідальна за зниження мозкового резерву та «стійкості» мозку до різноманітної патології з відстроченим розвитком [4]. Нестабільність рівноваги призводить до функціональних порушень, що значно погіршує якість життя, пов'язаної зі здоров'ям. Відновлення рівноваги є важливим аспектом для запобігання падінь,

про те питання про раціональне застосування засобів фізичної терапії, їх ефективності і терміни призначення залишається відкритим.

Мета дослідження – оцінити вплив кінезіотерапії на проблеми з рівновагою у пацієнтів із легкою черепно-мозковою травмою.

Результати дослідження. Кінцева вибірка загалом включала 12 пацієнтів із черепно-мозковою травмою легкого ступеня важкості, які були випадковим чином розподілені на групи втручання основну та контрольну. Середній вік 39,4 +/- 13,0 років. Кінезіотерапія тривала 4 тижні. Оцінювання проводилося на початковому рівні після травми і під час контрольного обстеження після втручання.

Пацієнти основної групи виконували програму в 2 етапи: терапевтичні вправи+терапевтичні тренування. Суттєве покращення статичного балансу за шкалою балансу Берга в середньому у пацієнтів основної групи відбулося на 11 балів, контрольній – на 9 балів; динамічний індекс ходьби в середньому зріс на 4,5 бала та на 5,3 бали відповідно; швидкість ходьби збільшилася на 23 %

порівняно з пацієнтами, які проходили традиційну терапію – 14 %. Середній показник за шкалою ABC в пацієнтів основної групи з лЧМТ склав 78,86%, що свідчить про середній функціональний рівень.

Висновки. Результати свідчать про те, що кінезіотерапія є безпечною та ефективною альтернативою традиційному лікуванню у прискоренні термінів відновлення пацієнтів із проблемами рівноваги після легкої черепно-мозкової травми.

Література

1. Панченко В.В. Сучасні підходи до застосування заходів фізичної терапії у дітей з черепно-мозковою травмою. Міжгалузеві диспути: динаміка та розвиток сучасних наукових досліджень: матеріали III Міжнародної наукової конференції, м. Хмельницький, 27 січня, 2023 р. Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. С.334- 5.
2. Epidemiology of concussion and mild traumatic brain injury. PM R. 2011 Oct;3(10 Suppl 2):S354-8. doi: 10.1016/j.pmrj.2011.07.017. PMID: 22035677.
3. Gioia GA. Multimodal evaluation and management of children with concussion: using our heads and available evidence. Brain Inj. 2015;29(2):195-206. doi: 10.3109/02699052.2014.965210. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25356518; PMCID: PMC4639934.
4. Khellaf A, Khan DZ, Helmy A. Recent advances in traumatic brain injury. J Neurol. 2019. N. 266(11). P. 2878-89.

ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ УРАЖЕННЯМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Юлія Дуткевич-Іванська,
старший викладач кафедри основ медицини
Людмила Русин,
к. мед. н., доцент кафедри основ медицини
Мар'яна Сабадош,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна

Актуальність теми. Велика кількість людей у своєму житті стикнулася з невритом лицевого нерва (НЛН). НЛН або параліч Белла – це запалення 7 пари черепно-мозкових нервів чи одного з них. Людина через хворобу позбавляється можливості управляти своїм обличчям і проявляти емоції. Обличчя хворого при цьому виглядає несиметричним і перекошеним. Найчастіше параліч м'язів на обличчі виникає сам по собі [1, с.9].

За статистикою щороку 15-25 чоловік на 100 тисяч населення переносять цю хворобу. До неї схильні і чоловіки, і жінки. Перебіг захворювання НЛН відрізняється затяжним перебігом. На повне відновлення буде потрібно 3-6 місяців. На жаль, у 5% людей робота лицевих м'язів так і не відновлюється. Це трапляється, якщо неврит лицевого нерва викликаний пухлиною мозку або черепно-мозковою травмою. У 10% випадків після одужання настає рецидив [2, с.7].

Фізіологічна дія голкорексфлексотерапії, виявляється в тому, що за допомогою різноманітних прийомів впливу вдається покращити, а часто – нормалізувати порушення функціональної діяльності різноманітних органів та систем. Основну роль виконує нервова система, її нейрогуморальні фактори впливу [4, с.19].

Під впливом голкорексфлексотерапії посилюється виділення тканинних гормонів, які беруть участь у передачі нервових імпульсів у центральну нервову систему, переміщення лімфи, крові, тканинної рідини, а також покращуються трофічні функції, провідність нервів та процеси регенерації [5, с.25].

Лікування проводиться консервативно, слід його розглядати як етапне, яке включає амбулаторний, стаціонарний та санаторно-курортний етапи. Одним із найбільш перспективних методів є фізична терапія у поєднанні з

голкорексфлексотерапією на амбулаторному етапі. А це призводить до повного відновлення працездатності хворих та підвищення якості життя [3, с.122].

На сьогодні немає чіткої системи проведення фізичної терапії у поєднанні з голкорексфлексотерапією, тому недостатність матеріалу зумовила вибір теми.

Мета дослідження: оцінити ефективність фізичної терапії у поєднанні з голкорексфлексотерапією у хворих з невритом лицевого нерва.

Матеріал і методи дослідження: під нашим наглядом знаходилося 69 осіб із невритом лицевого нерва. Наше дослідження проводилося на базі Ужгородської міської поліклініки під керівництвом завідувачки відділення, лікаря вищої категорії, фізіотерапевта Ворович Марії Іванівни. Обстежені хворі (вікова категорія від 25 до 43 років) приймали участь у дослідженні і були розділені на дві групи:

- Перша (35 осіб) – контрольна група, якій проводилося загальне лікування;
- Друга (34 особи) – експериментальна група, якій на додаток до основних методів запропонована голкорексфлексотерапія.

У відсотковому відношенні обстежувані особи розподілились наступним чином: 48 осіб (70%) жіночої статі і 21 особа (30%) чоловічої статі.

У всіх хворих провели тести:

1. Тест кліпання Вартенберга: на стороні парезу повіки кліпають асинхронно, повільніше і рідше.

2. Симптом вібрації повік Вартенберга: якщо доторкнутися кінчиком пальців до зовнішніх кутів очей і злегка відтягнути їх назад, то на стороні парезу вібрація повік зменшена в порівнянні із здоровою стороною.

3. Тест дослідження підшкірного м'язу шиї: хворому пропонують широко відкрити рот і зігнути голову вперед, торкаючись підборіддям грудей. Якщо надавати перешкоду цьому руху, то при цьому виявляється слабкість підшкірного м'яза шиї на стороні ураження.

4. Тест надутих щік: хворого просять надути щоки. При одночасному здавленні щік повітря виривається через кут рота ураженої сторони.

5. Симптом вій: хворого просять зажмурити якомога сильніше очі. На стороні ураження – вій довші, їх краще видно.

6. Симптом Ревійо (симптом роздільного зажмурювання очей): хворий не може окремо зажмурити око на стороні ураження.

7. Симптом Негро: хворого просять подивитися вгору. На стороні ураження очне яблуко неначе піднімається вище, ніж на здоровій, але при цьому відкривається ширша смужка склери, а зіниця на стороні паралічу здається вищою.

8. Симптом Дюпюї-Дютана: хворого просять опустити повіки і в цьому положенні міцно зажмурити очі, при цьому здорове око закривається, на ураженій стороні віко піднімається вгору.

9. Симптом Бордьє-Френкеля: на стороні ураження очне яблуко наче випинається догори.

10. Симптом Русецького: при піднятті пальцями куточків рота на паралізованій стороні, кут рота може бути піднятий вище.

11. Симптом Брікнера: при паралічі обличчя різке слухове роздратування не викликає закриття повік.

12. Симптом Колле: при швидкому повторному закриванні і розплющенні очей кілька разів підряд очна щілина на ураженій стороні стає ширшою.

13. Симптом Говерса: при вивертанні нижньої губи м'яз обличчя на паралізованій стороні не скорочується.

14. Тести мімічних м'язів.

Протягом перебування на амбулаторному лікуванні пацієнти пройшли курс фізичної терапії: з перших днів захворювання рекомендується протизапальне і дегідратаційне лікування, а також лікування положенням з використанням лейкопластиру, лікувальна фізична культура (ЛФК), яка включала лікувальну дихальну гімнастику, вправи для шийно-грудного відділу хребта та спеціальні вправи для обличчя (2-3 рази на день). Проводився масаж комірцевої зони та обличчя, і фізіотерапевтичні процедури (зняття набряку нерва і навколонервових тканин). При травматичних паралічах це досягається застосуванням фізіотерапевтичних методів лікування (магнітотерапія, лазерна терапія). Доцільно призначати помірне тепло. Через 3-4 дні можна застосувати УВЧ-терапію слабкої теплової інтенсивності, УФ-опромінення половини або всього обличчя (1-2 біодози), ДМВ-терапію (методика № 91: ДМВ на невеликі ділянки тіла), а також електрофорез лікарських речовин - дибазола (0,02%), прозерина (0,1%). У нашому дослідженні голкорексфлексотерапія має стимулюючий та гальмівний впливи. Голки ставлять і на здоровому, і на хворому боці пацієнта.

Результати дослідження: аналіз результатів хворих контрольної і експериментальної груп показав покращення об'єктивних та суб'єктивних даних у експериментальній групі. Оцінюючи динаміку змін під впливом фізичної терапії та голкорексфлексотерапії, ми отримали наступні дані: до початку занять виконання наступних вправ було виконано з великим зусиллям або не виконано взагалі. Так, підняти брови та зажмурити очі було складно 30 особам в обох групах, і лише 5 осіб виконали вправу. Підтягування носа та надування щік виконали 13-15 осіб, змогли посміхнутися та показати зуби 11-14 осіб.

Таблиця 1

Результати застосування фізичної терапії контрольної групи

Тести	До ФТ n=35 (виконали)		Після ФТ n=35 (виконали)		Покращення у %
	абс.	%	абс.	%	
Підняття брів	5	14	23	66	52
Зажмурювання очей	5	14	18	51	37
Підтягування носа	15	43	22	63	20
Надування щік	13	37	20	57	20
Усмішка	11	31	17	49	18
Показ зубів	14	40	23	66	26

Таблиця 2

Результати застосування фізичної терапії та голкорексфлексотерапії експериментальної групи

Тести	До ФТ і ГТ n=34 (виконали)		Після ФТ і ГТ n=34 (виконали)		Покращення %
	абс.	%	абс.	%	
Підняття брів	5	15	30	88	73
Зажмурювання очей	5	15	28	82	67
Підтягування носа	15	44	26	76	32
Надування щік	13	38	24	71	33
Усмішка	11	32	27	79	47
Показ зубів	14	41	28	82	41

По результатам з таблиць 1 та 2 видно позитивні зміни у контрольній групі в середньому на 29% та в експериментальній групі в середньому на 49%. Так, обмеження рухів м'язів верхньої частини обличчя покращилися у контрольній групі в середньому на 36%, а у експериментальній на 57%, робота м'язів щік і рота покращилася у контрольній групі на 21%, а у експериментальній – на 40%.

Висновки: під час лікування методом голкорексфлексотерапії спостерігали позитивний ефект, особливо у випадках, коли загальноприйняті традиційні методи неефективні або недостатньо ефективні.

Таким чином, проведене дослідження показало, що комплексна програма фізичної терапії та голкорексфлексотерапії сприяє покращенню функціонування м'язів обличчя, запобігає формуванню контрактур, хворий удосконалює мову, може повноцінно харчуватися, вільно почуває себе у суспільстві, що призводить до збільшення працездатності, покращується еластичність м'язів, зникає інсомнія.

Література

1. Актуальні питання клініки, діагностики та лікування краніальних невралгій та невропатій: навч.-метод. посіб. для студентів IV курсу мед. факультету закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації за спеціальністю «Стоматологія», лікарів-інтернів, неврологів, стоматологів, сімейних лікарів / О.А. Козьолкін, А.В. Ревенько, С.О. Медведкова, А.А. Кузнецов, А.О. Дронова. Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. 143 с.
2. Кареліна Т.І., Касевич Н.М. Неврологія: підручник. К: ВСВ «Медицина», 2014. 288 с.
3. Коваленко О.Є., Чижикова М.Є. Сучасні погляди на субстрат та механізми дії акупунктури. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2017. № 6 (92). С. 120-126.
4. Лисенюк В.П. Основи рефлексотерапії, фітотерапії та гомеопатії: підручник. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 424 с.
5. Неврологія: підручник / І.А. Григорова, Л.І. Соколова, Р.Д. Герасимчук та ін.; за ред. І.А. Григорової, Л.І. Соколової. 3-є вид., переробл. та допов. К.: ВСВ «Медицина», 2020. 640 с.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ САМОМАСАЖУ ТА ІНШИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ПРИ СУДОМАХ М'ЯЗІВ ПЕРЕДПЛІЧ

Павло Єфіменко,
кандидат педагогічних наук, професор кафедри фізичної терапії
Оксана Каніщева,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичної терапії
Харківська державна академія фізичної культури, м. Харків, Україна

Актуальність проблеми. Будь яка фахова діяльність людини має негативні наслідки для її здоров'я, що кваліфікується як професійні захворювання. У тих, чия робота пов'язана з недостатньою руховою активністю, та тлі застійних явищ, виникають захворювання пов'язані з послабленням тканинного обігу, погіршенням трофічних процесів, виникненням дегенеративних патологій.

Однак стан постійного фізичного і психічного перенапруження також руйнівливо впливає на організм людини. Особливо, коли діапазон рухів не значний і переважає статичне напруження м'язових тканин. Це також сприяє погіршанню в них і навколишніх тканинах мікроциркуляції крові, а значить послабленню трофіки, і недостатнім виведенням з них продуктів метаболізму. Особливо при цьому страждають брадітрофні тканини, [5, с 27].

У людей, чия професійна або якась інша рухова діяльність пов'язана з активною роботою верхніх кінцівок, найбільш часто виникають скарги на патологічний стан передпліч і кистей. Причиною цього є постійне перенапруження м'язових тканин в цих дистальних ділянках опорно-рухового апарату. Подібна ситуація супроводжується постійними больовими відчуттями які періодично супроводжуються судомами і зменшенням рухових можливостей. Масаж, у таких випадках, вважається одним з ефективних та відомих засобів полегшення стану верхніх кінцівок. Але дуже часто больові відчуття м'язових тканин внутрішньої поверхні передпліч не дають можливості проводити необхідний повноцінний масаж.

Аналіз наукових досліджень спрямованих на покращення стану м'язових і сполучних тканин передпліч і кистей вказує на те, що при подібних станах існує певна кількість рекомендацій фахівців, спрямованих на нормалізацію стану цієї ланки опорно-рухового апарату.

Так, за рекомендацією авторів робіт з класичного масажу, процедури починають у щадному, релаксуючому режимі з усіма масажними прийомами крім ударних. Поступово, в міру зменшення больового синдрому, інтенсивність процедури рекомендують збільшувати [3, 141].

Фахівці з рефлекторних локальних систем масажу рекомендують масажувати певні локальні зони як віддалені, так і місцеві [1, с 31]. А фахівці з сегментарно-рефлекторного масажу вказують на ефективність масажу паравертебральних зон спинномозкових сегментів, що іннервують тканини патологічних ділянок [4, с. 24].

За нашими попередніми результатами проведення сполучно-тканинного масажу, в даному випадку сухожилок перенапружених м'язів, також сприяє усуненню їх патологічних станів: зменшенню гіпертонусу, усуненню больових відчуттів [2, с. 57].

Метою нашого спостереження було знайти можливість найшвидшого самостійного усунення патологічного стану дистальних відділів верхніх кінцівок при больовому синдромі та судомах.

Завдання:

1. Проаналізувати літературні джерела за проблеми можливості проведення масажних процедур при больовому синдромі м'язових тканин.

2. Виявити алгоритм дій ефективного проведення масажної процедури у поєднанні з іншими засобами відновлення нормального стану передпліч та кистей.

Виклад основного матеріалу. За результатами попередніх спостережень впродовж останніх років серед таких людей найчастіше були водії міського автотранспорту: маршрутних автобусів і таксі з механічним перемиканням швидкості. У них відзначались скарги на перенапруження м'язів внутрішньої поверхні передпліч правої руки, якою вони постійно тримали і рухали кулісу коробки передач. Крім цього больові відчуття розповсюджувались і на кисть. Усе це періодично супроводжувалось судомою, особливо вночі. При тривалих перенапруженнях з'являлись ознаки контрактури Дюпюїтрена.

Також багато випадків подібного перенапруження спостерігались у спортивних гімнастів високої кваліфікації, які багато часу приділяли вправам на таких снарядах як: поперечина, кільця, паралельні бруси. Тут також виникала контрактура Дюпюїтрена.

Серед фахівців з масажу, але тих, хто постійно працює переважно пальцями, дистрофічні явища кистей і перенапруження м'язів передпліч також є актуальною проблемою не тільки при проведенні процедур, але й після роботи, особливо під час нічного сну. Саме тоді вони відчували в передплічах біль, оніміння і судоми.

За останні роки, на жаль, подібні порушення у верхніх кінцівках спостерігаються у воїнів які приймали участь в антитерористичних операціях на сході України в мирний час. І звісно тепер, під час воєнних дій сьогодні. Мова йде про військових спеціальних підрозділів, які при виконанні своїх бойових завдань по декілька годин поспіль тримають в руках зброю напоготові, не знімаючи пальця з кріючка.

Наші спостереження проводились поточним методом, без створення контрольної та основної групи. До консультаційного пункту оздоровчого центру «Refit» міста Харкова протягом 2021-2023 років за консультацією з приводу стану перенапруження м'язів передпліч, що супроводжувались болями і судомою звернулось 19 людей, представників перелічених груп професійної діяльності. Це водії міського автотранспорту, спортсмени гімнасти, і воїни – учасники АТО минулих років та воїни діючої армії. До цієї групи спостереження приєднались фахівці з масажу з великим стажем роботи. Інтенсивність больових відчуттів оцінювалась за шкалою ВАШ. У 9 людей спостерігались початкові ознаки контрактури Дюпюїтрена.

За причини дефіциту часу на відвідування процедур у закладі, під час консультації, після огляду, кожен з них отримав відповідну інструкцію з проведення самомасажу сухожилок м'язів внутрішньої поверхні передпліч і

пальців долоні. А також рекомендації з проведення мобілізації постраждалих м'язів. А при ознаках контрактури Дюпюїтрена рекомендовано проведення постізометричної релаксації на м'язи згиначі постраждалих пальців.

Самомасаж включав погладжування і достатньо глибокі прямолінійні розтирання вдовж сухожилок в обох напрямках. Мобілізація вмещувала пасивні рухи за правилом протидії і безболочості, а проведенню постізометричної релаксації навчалися за загальноприйнятою методикою. На індивідуальну консультацію і процес навчання кожного відвідувача витрачалось 50-60 хвилин. Навчання проводилось цілісним методом. Тобто фахівець, який консультував, усі дії проведення маніпуляції демонстрував на собі, а консультований відвідувач одразу все повторював. Додатково кожен з них отримував увесь алгоритм необхідних дій, у вигляді письмової інструкції. Такий комплекс було рекомендовано проводити двічі на добу з однаковим інтервалом в 12 годин: вранці та ввечері.

З кожним відвідувачем було встановлено контакт через соціальні мережі, де вони мали періодично надсилати фото або відео стану передпліч і кистей, або при можливості періодично з'являлись на огляд до консультанта. Це дозволяло вносити певну корекцію алгоритму дій і дати додаткові рекомендації до виконання спеціальних вправ.

За результатами проведеного спостереження за динамікою відновлення нормального стану тканин передпліч та кистей, було виявлено, що на зв'язок з консультантом виходило 11 відвідувачів, 4 - періодично з'являлись на консультацію особисто. Не підтримувало зв'язку 4 постраждалих, них 2 з ознаками контрактури Дюпюїтрена.

Через 6 - 10 процедур у 10 респондентів скарги на больові відчуття зникли. У 5 відвідувачів з ознаками контрактури Дюпюїтрена, інтенсивність больових відчуттів значно зменшилась до 1-2 балів за шкалою ВАШ. А рухомість постраждалого пальця відновились до початкової. Але не зважаючи на це їм було рекомендовано періодично з'являться на контрольний огляд до фахівця.

Спираючись на результати проведеного спостереження за динамікою покращення стану патологічних тканин передпліч і кистей, при проведенні розробленого нами алгоритму фізіотерапевтичних дій, ми дійшла наступних висновків:

1. Якщо наявність больового синдрому у м'язових тканинах на дає можливості проведення загальноприйнятих методик масажу, розтирання сухожилок, які є сполучною тканиною між кістками і патологічними м'язами, сприяє рефлекторному покращенню їх стану.

2. Ефективність масажних маніпуляції значно підвищує їх комплексне проведення з мобілізацією і постізометричною релаксацією патологічних м'язів.

3. Самомасаж і додаткове самостійне проведення фізіотерапевтичних засобів реабілітації, які не вимагають спеціальної технічної підготовки, сприяє значному усуненню певних патологічних станів, особливо, коли постраждала людина не має можливості з'являтися особисто на процедури до спеціалізованих реабілітаційних закладів.

Література

1. Брелюс Г. М., Основи Су-Джок терапії. Дніпро : Середняк Т.К. 2019. 138с.
2. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Особливості проведення реабілітаційного масажу при дисфункціях м'язів передпліччя // Слобожанський науково-спортивний вісник. 2021. № 2(82). С. 57-62.
3. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Свєрчкова О.В. Масаж дорослих : навч. посіб. Київ : Медицина 2023. 215 с.
4. Ісаєв Ю. А., Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж в клінічній практиці. Київ : Здоров'я 2010, 320 с.
5. Капустник В. А., Костюк І. Ф. , Професійні хвороби : підручник. Київ: Медицина, 536 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ЗВ'ЯЗОК КОЛІННОГО СУГЛОБА

Олександр Звіряка,
к. фіз. вих., доцент кафедри терапії та реабілітації
Володимир Поцелуєв,
к.мед.н., доцент кафедри терапії та реабілітації
Тамара Гончаренко,
магістр спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія,
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка,
м. Суми, Україна

Значні виробничі фізичні навантаження та професійний спорт, особливо ігрові види, часто супроводжуються ушкодженнями зв'язок колінного суглоба (ЗКС). Наукові праці П.В. Блоховітіна (2005), Р. Delincé, D. Ghafil (2013) вказують, що пошкодження ЗКС становить патологічний стан при якому відбувається травматизація / розрив однієї або кількох зв'язок колінного суглоба. При цьому розрив ЗКС одне з найсерйозніших і поширених

внутрішньосуглобових ушкоджень, яке поступається лише ушкодженням менісків. На думку Ю.А. Гришун, В.Г. Калоєрова, О.М. Корчак, Д.В. Щербини, Л.А. Мусатова (2013) такі травми зустрічаються переважно у пацієнтів молодого працездатного віку, які активно займаються аматорським або професійним спортом. Наукові дослідження І.М. Зазірного, О.О. Коструб, В.В. Котюк, О.В. Плугатар (2020) стверджують, що розриви передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ) переважають серед ушкоджень капсульно-зв'язкового компонентів колінного суглоба. Контактні травми становлять лише близько 30% пошкоджень ПХЗ, а решта 70% розривів є безконтактними ушкодженнями. Останні виникають, головним чином, коли нижня кінцівка нерухома, квадрицепс знаходиться під максимальним навантаженням, а коліно частково / повністю розігнуте. При розриві ПХЗ значно порушується опоро спроможність кінцівки та патерн ходьби, що призводить до обмеження рухової активності потерпілого та зниження соціальної адаптації.

Наукові праці L.M. Thoma, H. Grindem, D. Logerstedt, et. al. (2019) доводять, що зв'язковий апарат колінного суглоба відіграє вирішальну роль у забезпеченні стабільності суглоба, тому його розрив, особливо ПХЗ, призводить до незворотних наслідків. Саме порушення стабільності веде до зниження працездатності суглоба, а втрата пропріорецепції впливає на функцію локомоторного апарату нижньої кінцівки. При цьому забезпечення стабільності колінного суглоба сприяє запобіганню розвитку гонартрозу. Зрозуміло, що нині основним методом лікування розривів ПХЗ є хірургічне втручання, тоді як артроскопічні методи вважаються менш інвазивними та мають менший час відновлення. Реабілітаційний процес зазвичай займає від 5 місяців до 1 року, але навіть після відновлення функції кінцівки залишається високий відсоток ускладнень, пов'язаних з наслідками травм і захворюваннями, спричиненими травмами коліна.

Не значна більшість фахівців приділяють увагу передопераційному періоду, де основні завдання полягають у збільшенні функціональних можливостей інтактної кінцівки, навчання ходьбі на милицях та терапевтичним вправам раннього післяопераційного періоду. На думку О.М. Мятиги (2013) використання вправ з закритим кінематичним ланцюгом у передопераційному періоді будуть сприяти стабілізації колінного суглоба і поліпшенню між'язової координації. Однак, серед численних вітчизняних і зарубіжних авторів відсутній єдиний погляд щодо тривалості передопераційної реабілітації і строків оперативних втручань. Так, на думку зарубіжних авторів K.D. Shelbourne, S.E. Urch, T. Gray, H. Freeman (2012) проведення реконструкції у гострому періоді після травми призводить до розвитку артрофіброзу колінного суглоба після артроскопії. Інші фахівці підтверджують, що відповідні

дегенеративні зміни при відстроченні операції відбуваються у структурі меніска та суглобового хряща. Незважаючи на існуючі розбіжності, більшість дослідників сходиться на думці про необхідність найбільш раннього застосування фізичної терапії для зменшення післяопераційних ускладнень і підвищення якості відновлення рухової функції. Однак, П.В. Блоховітін (2005), К.Д. Shelbourne (2009) вважають, що оптимальні строки передопераційного періоду повинні складати 2-4 тижні, що обумовить ефективність післяопераційного відновлення та мінімізує ускладнення.

На сьогоднішній день існує значна кількість робіт, присвячених реабілітації пацієнтів після артроскопічної реконструкції ПКС. Реабілітаційні втручання у післяопераційному періоді сприяють усуненню набряку тканин, покращенню кровообігу, відновленню повного обсягу рухів в оперованому колінному суглобі, підвищують скоротливу функцію м'язів стегна та запобігають розвитку фіброзу суглоба. Науковці О. Ніканоров (2013), О.В. Без'язична, В.О. Литовченко, Б.А. Пустовойт (2019) використовують кінезіотерапію, механотерапію, лікувальний масаж, різновиди ходьби та спеціальні терапевтичні вправи із збільшенням осьових навантажень.

Впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) при плануванні реабілітаційного втручання допомагає краще зрозуміти конкретні потреби пацієнта. МКФ використовується як статистичний інструмент під час збору інформації, як інструмент дослідження при проведенні оцінки результатів втручання, як клінічний інструмент, за допомогою якого можна визначити потреби, порівняти методи лікування, дати оцінку професійної придатності та реабілітації. Для пацієнтів / клієнтів із ушкодженнями зв'язок колінного суглоба досліджуються наступні структури, пов'язані з рухом, а саме: s 75002 - м'язи стегна; s 75003 - зв'язки та фасції стегна; s 75011 - колінний суглоб; s 75012 - м'язи гомілки; s 75013 - зв'язки та фасції гомілки. На рівні функції організму використовуються наступні категорії: b280 - відчуття болю; b710 - функції рухливості суглоба; b715 - функції стабільності суглоба; b730 - функції м'язової сили; b735 - функції м'язового тону; b740 - функції м'язової витривалості; b770 - функції стереотипу ходьби. На рівні активності та участі визначаємо для пацієнта завдання / дії та обмеження залучення до життєвих ситуацій: d230 - виконання щоденного розпорядку; d420 - переміщення тіла; d450 – ходьба; d455 - рух довкола; d460 - переміщення з місця на місце; d465 - переміщення з використанням технічних засобів; d470 - використання транспортних засобів; d475 - керування транспортом; d640 - ведення домашнього господарства; d760 - сімейні стосунки; d845 - отримання, збереження та припинення трудових відносин; d920 - відпочинок і дозвілля. Не менш важливими у подальшому

плануванні реабілітаційного втручання є контекстуальні фактори, до яких відносять фактори середовища та особисті фактори: e120 - виробництва та технології для особистої внутрішньої і зовнішньої мобільності та транспортування; e310 - найближчі родичі; e320 – друзі; e410 - індивідуальні ставлення найближчих родичів; e420 - індивідуальні ставлення друзів; e540 - транспортні служби, системи та політики; e580 - служби, системи та політики охорони здоров'я; e590 - служби, системи та політики праці і зайнятості.

Отже, індивідуальна програма реабілітації повинна враховувати методологічні підходи МКФ, засади формування індивідуальних SMART-цілей, індивідуальні потреби та активність стилю життя пацієнтів / клієнтів.

Література

1. Без'язична О.В., Литовченко В.О., Пустовойт Б.А. Програма фізичної реабілітації пацієнтів після артроскопічно контрольованої реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки. В: Актуальні питання лікування патології суглобів та ендопротезування: матеріали четвертої наук.-практ. конф., 2019 Вер. 12-14; Запоріжжя. Запоріжжя; 2019. с. 9-10.

2. Блоховітін П.В. Відновлення хрестоподібних зв'язок у системі хірургічного лікування нестабільності колінного суглоба [автореферат]. Харків; 2005. 20 с.

3. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату : монографія / Андрій Герцик. – Львів : ЛДУФК, 2018. – 388 с.

4. Гришун Ю.А., Калоєрова В.Г., Корчак О.М., Щербина Д.В., Мусатова Л.А. Комплексная реабилитация в лечении спортсменов с травмами коленного сустава. Питання експериментальної та клінічної медицини. 2013; Вип. 17, т. 1: 372–377.

5. Зазірний І.М., Коструб О.О., Котюк В.В., Плугатар О.В. Наш погляд на відновне лікування після пластики передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2020; 3: 9–17.

6. Ніканоров О. Методичні аспекти фізичної реабілітації спортсменів ігрових видів спорту з ушкодженням передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. Фізичне виховання і спорт. 2013; Вип. 11: 56–61.

7. Мятига О.М. Фізична реабілітація в травматології та ортопедії. Частина I: матеріали для читання лекцій. Харків: ФОП Ващук ОО.; 2013. 222 с.

8. Delincé P, Ghafil D. Anterior cruciate ligament tears: conservative or surgical treatment? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2013; 21:1706–1707.

9. Shelbourne K.D., Urch S.E., Gray T, Freeman H. Loss of normal knee motion after anterior cruciate ligament reconstruction is associated with radiographic arthritic changes after surgery. *Am J Sports Med.* 2012; 40: 108–13.

10. Shelbourne KD. Minimum 10-year results after anterior cruciate ligament reconstruction: how the loss of normal knee motion compounds other factors related to the development of osteoarthritis after surgery. *Am J Sports Med.* 2009; 37: 471–480.

11. Thoma L.M, Grindem H, Logerstedt D, Axe M, Engebretsen L, Risberg MA, Snyder-Mackler L. Coper Classification Early After Anterior Cruciate Ligament Rupture Changes With Progressive Neuromuscular and Strength Training and Is Associated With 2-Year Success: The Delaware-Oslo ACL Cohort Study. *Am J Sports Med.* 2019;47(4):807-814.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПОПЕРЕКОВО- КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА ДОРСАЛГІЯМИ

Артем Зінченко,
магістрант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Андрій Сліпченко,
магістрант кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ, Україна

Актуальність. В Україні серед захворювань дегенеративно-дистрофічної етіології остеохондроз за частотою посідає друге місце серед причин тимчасової втрати працездатності, поступаючись лише респіраторним інфекціям [1, с.23]. Загострення больового синдрому в попереково-крижовому відділі хребта за даними різних досліджень щорічно відзначають 25% дорослого населення, в той час як протягом усього життя з даною проблемою стикається майже 85% популяції [1, с.21; 2, с. 659]. Представлені статистичні дані не залежать від статі, віку, демографії, і лише незначно відрізняються між людьми різного роду діяльності. Дані епідеміологічних досліджень підтверджують той факт, що біль попереково-крижового відділу хребта є глобальною соціальною проблемою і її рішення залежить від різноманітних, не тільки медичних чинників [3, с.806].

Актуальність дослідження, впершу чергу, обумовлена відсутністю системного підходу в лікуванні болю попереково-крижового відділу хребта. Багато фахівців, володіючи обмеженим практичним досвідом намагаються лікувати пацієнтів за стандартною схемою без урахування анамнезу, точної

причини больового синдрому, його інтенсивності і тривалісті. Розвиток високотехнологічних методів діагностики відкинули на задній план клінічний огляд пацієнта, який є вирішальним в точному визначенні причини больового синдрому, і відповідно, проведенні таргетних лікувальних заходів [4, с.197].

Мета дослідження – визначити особливості застосування фізичних вправ в процесі фізичної терапії пацієнтів із проявами дорсалгій на рівні попереково-крижового відділу хребта.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань використано такі методи дослідження, як аналіз науково-методичної літератури.

Результати та обговорення. Основна мета фізичної реабілітації пацієнтів з дорсалгіями попереково-крижового відділу хребта спрямована на ліквідацію проявів больового синдрому при його наявності, корекцію клінічних проявів захворювання і, як наслідок, формування нормального рухового стереотипу. При призначенні фізичних навантажень слід пам'ятати, що вибір вправ здійснюється з урахуванням індивідуального регресу даного захворювання у пацієнта. Зі зменшення больових відчуттів і збільшення обсягу рухів додаються вправи з більшим зусиллям, опором, обтяженням і т. ін., що сприяють зміцненню паравертебральної мускулатури.

У В.П. лежачи можна добитися ізольованого напруження м'язових груп з вилученням з роботи м'язів, що не вимагають зміцнення. До таких В.П. належать:

В.П. лежачи на животі, що використовується, головним чином у вправах, які зміцнюють м'язи плечового пояса й спини, а також екстензійних вправах;

В.П. лежачи на боці, застосовується для однобічного зміцнення м'язів спини й живота, для корекції деформацій поперекового відділу хребта;

В.П. лежачи на спині, використовується для зміцнення м'язів живота, розвантаження хребта, корекції дефекту поперекового відділу хребта.

При виконанні вправ у В.П. лежачи, коли сегменти тіла розташовані симетрично, є можливість утримати хребет у правильному положенні.

В.П. колінно-кистьове застосовувалося у спеціальних вправах для збільшення рухливості хребта й кінцівок, а також корекції дефектів постави.

У положенні стоячи в упорі на колінах, так само як і у В.П. лежачи досягається розвантаження м'язів тулуба від утримання маси тіла й звільнення хребта від ваги вище розташованих частин тіла.

При опорі на таз і плечовий пояс хребет провисає й, перебуваючи в положенні невеликого тотального лордозу, отримує можливість найбільшої рухливості у всіх відділах.

При виконанні вправ у В.П. стоячи навколішки можна втягнути в ритмічну роботу велику кількість м'язових груп. Ця робота переважно носить динамічний

характер, що сприятливо впливає на обмінні процеси у кістково-зв'язковому й нервово-м'язовому апаратах.

Також використовуються вправи у положенні вису на гімнастичних снарядах. У таких положеннях внаслідок дії сили ваги тіла відбувається витягнення хребта по поздовжній осі, що веде до збільшення його рухливості. Крім того, у даному В.П. здійснюється своєрідна робота м'язів, особливо плечового пояса в умовах розтягання.

Висновки. Основні принципи застосування фізичних вправ в реабілітації пацієнтів з больовим синдромом хребта полягають у виключенні несприятливих стато-динамічних навантажень, щадному режимі, відновних заходах, своєчасності, наступності, комплексності та безперервності.

Література

1. Корж Н.А. Малоінвазивна хірургія хребта. *Здоров'я України*. Листопад, 2012. 37с.
2. Ekedahl H., Jönsson B., Annertz M., Frobell R.B. The 1-Year Results of Lumbar Transforaminal Epidural Steroid Injection in Patients with Chronic Unilateral Radicular Pain: The Relation to MRI Findings and Clinical Features. *Am J Phys Med Rehabil*. 2017. Sep. (Vol. 96, No. 9). P. 654-662.
3. Viswanathan V.K., Kanna R.M., Farhadi H. F. Role of transforaminal epidural injections or selective nerve root blocks in the management of lumbar radicular syndrome – A narrative, evidence-based review. *J Clin Orthop Trauma*. 2020. Sep-Oct. (Vol. 11, No. 5). P. 802- 809.
4. Airaksinen O. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain *Eur Spine J*, 15 (Suppl 2) (2016). P. 192–300.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЗАКЛАДІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Тетяна Івановчик,
*студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Проблема здобуття освіти та поступової соціалізації дітей з аутистичними розладами є актуальною з кількох причин. По-перше, її розпочали досліджувати активно лише у другій половині минулого століття, хоча діагностика таких дітей появилася в працях окремих учених дещо раніше. По-друге, значна більшість осіб з цим діагнозом не здобувала належної освіти, залишалася поза трудовою діяльністю та активним суспільним життям. По-

третє, в останні десятиліття кількість хлопчиків і дівчаток з РАС значно зростає.

Сьогодні у вивченні проблеми здобуття освіти дітей з РАС напрацьовано значну теоретичну базу, написано багато навчально-практичних посібників, апробовано великий методологічний матеріал. Усе більшу зацікавленість психологів, педагогів (І. Недозим, Л. Рибченко, Т. Скрипник, В. Тарасун та ін.) викликає інтеграція дітей у звичайне середовище однолітків, тобто розвиток моделі інклюзивної освіти. Хоча, як стверджує Л. Рибченко, дана категорія дітей з ООП «вважається однією з найскладніших щодо ефективного «включення» у загальну систему освіти» [2, с.138]. Психологи і педагоги переконують, що інклюзивна освіта у неспеціалізованому закладі має дві важливі переваги. Передусім, вона дає змогу дітям з особливими потребами з ранніх літ інтегруватися у звичайне середовище, що дає їм змогу для повноцінного життя і в майбутньому. По-друге, впливає на звичайне дитяче середовище, яке має бути уважним і чутливим до ровесників з особливими потребами.

Мета дослідження – аналіз сучасних технологій у освітньому процесі з аутистичними дітьми. Завдання: 1) з'ясування специфіки навчання дітей з РАС у інклюзивному освітньому середовищі; 2) розгляд сучасних технологій навчання дітей з РАС.

Сьогодні виділяють три основні моделі здобуття освіти дітей з РАС: односторонню, при якій усі діти навчаються в одній системі закладів; двосторонню, при якій навчання учнів з особливими освітніми потребами відбувається в одній системі, а всіх решти – в іншій, основній системі; багатосторонню, при якій навчання різних груп учнів здійснюється у різних, паралельних системах [3, с.221]. У чистому вигляді інклюзивна освіта для учнів з ООП належить до односторонньої системи. Одностороння модель поширена у країнах, які впроваджують політику, спрямовану на залучення практично всіх учнів у звичайну систему освіти при наданні відповідної підтримки. До них належать такі країни, як Італія, Португалія, Швеція, Греція і Норвегія. Україна також належить до цього переліку.

У нашій країні створені належні умови для фахової організації інклюзивного навчання дітей з розладами аутизму. Зважаючи на це, можна говорити про вагомі досягнення як у теоретично-методологічному плані, так і в практичних напрацюваннях багатьох освітніх закладів, педагогів і фахівців-психологів низки навчальних установ та закладів.

Важливо, що сьогодні вироблено методи ранньої діагностики аутистичних порушень розвитку в малят, що дозволяє успішно розпочати їх корекцію. Запровадити єдині стандарти такої корекційно-розвивальної роботи заважає

той факт, що аутистичні розлади у їх носіїв дуже різноманітні, неоднакового ступеня важкості. Тому з'явилися методи визначення розладів аутистичного спектра, різні стратегії їх виправлення, підходи та технології, ефективність яких підтверджена реальними результатами. Успіхові сприяє використання передових педагогічних технологій – АВА, ТЕАССН, «Ритм життя».

Дослідження щодо використання різних технологій (зокрема, ТЕАССН) проведено із дітьми, які відвідують заняття у одному з ІРЦ Закарпатської області. Вивчалися особливості емоційного, поведінкового, фізичного розвитку трьох вихованців інклюзивного центру та школярки закладу освіти.

Кілька методик експериментальної частини стосувалися розвитку, поглиблення когнітивних можливостей, зокрема вдосконалення логічного мислення, здатності робити узагальнення на основі фактів та прикладів.

Результати спостережень, знайомство з документацією інклюзивного центру, порівняння первинних та повторних висновків психолого-педагогічної оцінки особи, підсумки експериментальних занять підтвердили, що сучасні технології, які використовуються у роботі з аутистичними дітьми, є ефективними. Помітні досягнення мають фахівці центру в мовленнєвому розвитку дітей, поступовому залученні до сприйняття загальної шкільної навчальної програми та участі у житті класу, школи.

Психолого-педагогічна оцінка особи не обмежується констатацією здобутків чи проблемних рис вихованців, а й рекомендаціями щодо їх виправлення. Завдання ставляться перед різними фахівцями: логопедами, психологами, дефектологами, реабілітологами, педагогами, помічниками педагогів. Рекомендації доводяться до відома психологів, керівництва та педагогів шкіл, у яких здобувають освіту вихованці центру. До справи залучаються і батьки, які отримують постійні консультації не лише щодо навчання дітей, а й правильного реагування на негативні прояви поведінки, якщо такі трапляються, проведення ігор з дітьми, налагодження близьких контактів, у тому числі за допомогою вербального спілкування.

Проведенню педагогічного експерименту передувала відповідна підготовча робота. Відбулося знайомство з дітьми-учасниками, бесіди з їхніми батьками, проведені тривалі спостереження, встановлення по можливості довіри до своєї особи. Хлопчик-першокласник взяв участь у заняттях за тими ж методиками, що і старші учасники, проте завдання для виконання ставилися легші. Зокрема, використовувалися методики скорочення підказок, візуалізації пояснення нового навчального матеріалу, використання різних форм перевірки знань протягом одного уроку та ін.

Підсумкові заняття у рамках дослідження засвідчили, що діти з РАС можуть поступово виправляти свої порушення (мовленнєві, рухові, соціальної

взаємодії, недостатнього когнітивного розвитку). Двоє з них непогано відзначилися із залученням у виконання групових завдань на уроці, десятикласниця справилася успішно із завданнями майже нарівні зі своїми однокласниками. У школах усі учасники дослідження виконували різні позакласні доручення: чергували, підбирали експонати для маленької тематичної виставки, приносили потрібні іграшки для рольової гри.

За результатами використання сучасних технологій роботи із дітьми з РАС зроблено висновок:

інклюзивна форми здобуття освіти цих дітей є найбільш прийнятною щодо наступного активного життя у соціальному середовищі;

найдоцільніше поєднувати застосування різних технологій, стратегій, методик, виходячи з особливостей розладу дитини;

важливе значення має індивідуальний підхід до дитини, адже лише знання і врахування специфічних рис кожної особистості з порушеннями розвитку може гарантувати можливість їх корекції;

результативність впливу психолого-педагогічного супроводу на розвиток дитини залежить від залучення у справу батьків, які поглиблюють роботу в потрібному напрямі.

Література

1. Прядко Л. О. Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО, 2016. 60 с.
2. Рибченко Л. К. Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 2015. 261-270.
3. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму. К. : Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.
4. Тарасун В, Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / наук. ред. В.Тарасун. К.: 2004. 103 с.

НОВІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

Маріанна Кляп,
кандидат педагогічних наук, доцент
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна

Актуальність проблеми. Сучасні реформи в галузі освіти визначають актуальність проблеми щодо місця та ролі педагогічних працівників в системі допомоги дітям з особливими освітніми потребами в інклюзивному навчальному закладі. Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти для дітей з особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах разом з їх здоровими однолітками.

Нині відбувається переформатування традиційної освітньої практики, вироблення нового бачення організації навчально-виховного процесу в інклюзивному середовищі на засадах дитиноцентризму та особистісно орієнтованого навчання, розподілу функцій між асистентом і вчителем, вироблення стратегії їхньої взаємодії з орієнтацією на потреби усіх дітей класу та інше. Адже підтримка та забезпечення психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями розвитку відповідними фахівцями є обов'язковим компонентом інклюзивного навчання. Таку підтримку, крім вчителя-предметника, надає асистент вчителя, шкільний психолог, корекційний педагог, та члени родини дитини. Важливе місце у команді психолого-педагогічного супроводу навчання учня з особливими освітніми потребами займає асистент вчителя. Особливо зростає значення цього педагогічного працівника нині, в умовах повномасштабної війни: він постійно знаходиться біля дитини під час очного навчання і турбується за її безпеку; під час дистанційного навчання він також щоразу підключається до роботи дитини на уроках або при виконанні домашнього завдання.

У вітчизняній спеціальній педагогіці здійснено фундаментальні дослідження щодо запровадження інклюзивної освіти (А. Колупаєва, В. Синьов, М. Шеремет, Д. Шульженко та інші). У дослідженнях Т. Зубаревої, І. Луценко, М. Шеремет, Д. Шульженко проаналізовано різні аспекти підготовки педагогічних працівників до роботи в інклюзивних закладах. Окремі аспекти роботи асистента вчителя в інклюзивному закладі розкрито у працях Є. Колосової, О. Таранцева та інших. Багато новітньої інформації щодо

організації інклюзивної освіти в умовах воєнного стану наявні у відповідній нормативно-правовій базі (постановах Кабінету Міністрів України та наказах і листах Міністерства освіти і науки України) за період 2022-2023 років.

Мета: висвітлити функції та обов'язки асистента вчителя у забезпеченні психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивно навчального закладу; проаналізувати нові завдання асистента вчителя в умовах війни.

Виклад основного матеріалу дослідження. «Асистент вчителя», «помічник учителя», «тьютор», «парапедагог», «парапрофесіонал» — усі ці терміни співвідносяться з виконанням функцій фахівця-педагога, що працює з дітьми з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі. Посада «асистент вчителя» передбачає сприяння основному вчителю в організації, підтримці та здійсненні навчально-виховного процесу в рамках інклюзивної освіти в залежності від потреб дитини, що потребує корекції [5].

В Україні посада асистента вчителя нова. Лише в 2010 році Міністерство праці та соціальної політики доповнило Класифікатор професій посадою асистента вчителя, а згодом до Переліку посад педагогічних і науково-педагогічних працівників, Типових штатних нормативів загальноосвітніх навчальних закладів із розрахунку 0,5 ставки на клас уведено посаду асистента вчителя [7]. У лютому 2018 р. наказом Міністерства освіти і науки України вводиться 1 ставка на клас, у якому навчаються діти з особливими освітніми потребами [3]. Ця норма почала реалізовуватися в інклюзивних школах з 2018/2019 н.р.

У більшості країн чіткого конкретного списку обов'язків, які покладаються на асистентів учителів, немає. На визначення обов'язків конкретного асистента вчителя впливають такі чинники, як його кваліфікація, потреби учнів та потреба основного вчителя-предметника в інформації про особливості навчання певного учня, що потребує корекції [6].

У Постанові Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011р. №872 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» зазначено: особистісно орієнтовне спрямування навчально-виховного процесу забезпечує асистент вчителя, який бере участь у розробленні та виконанні індивідуальних навчальних планів та програм, адаптує навчальні матеріали з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами [2].

Асистент вчителя може під керівництвом учителя-предметника працювати з учнями індивідуально чи в невеликих групах. Разом з учителем він планує, до яких видів колективної діяльності на уроці можна максимально залучити дитину з особливими освітніми потребами, а на якому етапі уроку доцільною є

індивідуальна робота. У зв'язку із цим, важливим моментом організації навчально-виховного процесу є диференційований підхід до навчання та вміле поєднання вчителем фронтальної, групової та індивідуальної форми робіт на уроці.

Відповідно до листа МОНмолодспорту України від 25.09.2012 р. № 1/9-675 «Щодо введення посади вихователя (асистента вчителя) у загальноосвітніх навчальних закладах з інклюзивним навчанням» виокремлюють такі функції асистента вчителя: організаційна; навчально-розвиткова; діагностична; прогностична; консультативна [7].

Основне завдання – допомога вчителю в забезпеченні особистісно-зорієнтованого, індивідуального підходу в освітньому процесі, зокрема у створенні індивідуальної програми розвитку для дитини з особливими освітніми потребами. Асистент вчителя оформляє та веде відповідну документацію; забезпечує пізнавальну активність дітей з ООП; спостерігає за поведінкою, успіхами, труднощами дитини, надає поради та пропозиції.

Повномасштабна війна змінила не тільки життя всіх громадян України, але внесла також суттєві зміни у організацію всієї освітньої роботи, в тому числі стосовно дітей з особливими освітніми потребами. Щодо роботи асистента вчителя, то роль такого педагогічного працівника ускладнилася турботою про безпеку та психологічний комфорт своїх вихованців.

У листі Міністерства освіти і науки України від 06.09.2022 р № 1/13094-22 «Про організацію освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами у 2022/2023 навчальному році» визначені чіткі пріоритети у роботі освітянської галузі під час війни: безпека всіх учасників освітнього процесу; забезпечення сталості навчання і виховання; дотримання трудових прав педагогічних працівників, зокрема асистентів вчителів. У документі підкреслюється роль асистента вчителя як педагога, який працює з дітьми, що потребують особливої уваги, визначаються його функції під час дистанційного навчання [4].

Під час війни всі діти втрачають почуття безпеки, тим більше це торкається дітей з особливими освітніми потребами. Це суттєво впливає на їх емоційний стан, настрій, здатність спілкуватися з однолітками, навчатися та засвоювати нові знання. На думку фахівців, асистент вчителя має сприяти унормуванню емоційного стану вихованця, створюючи йому максимальне відчуття безпеки, стабільності шляхом дружнього ставлення, розуміння, налагодження індивідуального підходу.

Асистенту вчителя вартує практикувати психоло-педагогічні методи підтримки школярів з особливими освітніми потребами, а саме:

- відновлення звичних для дитини елементи освітнього процесу (вітання на початку робочого дня, руханки між уроками, обмін новинами попереднього дня тощо);

- запровадження прийнятних для дитини нових ритуалів, наприклад рукостискання під час привітання або жест «дай п'ять!» при завершенні уроків;

- проведення фізичної розрядки на перервах (дихальні вправи, підстрибування на одній або двох ногах або розтягування тіла з підняттям рук вгору);

- дозволити дитині відверто розповісти про свої занепокоєння та побоювання, дати їй виговоритися, але не наголошувати на пережитому травматичному досвіді;

- підготовка простих ілюстрації з підписами, що робити під час повітряної тривоги або іншої небезпеки; відвідати з дитиною сховище у звичайних обставинах, щоб вона побачила, де вона буде перебувати у випадку небезпеки, місце для себе і своїх сокласників, наявний у сховищі ігровий куточок, туалетну кімнату тощо [1].

Не зважаючи на складні обставини війни, варто пояснювати дітям з особливими освітніми потребами у доступній формі щодо подій, які відбуваються навколо, сприяти формуванню у дітей реального сприйняття світу, заспокоювати їх, запевняти у тому, що ворог зазнає поразки і незабаром усі повернемося до мирного життя.

Висновки. Роль асистента вчителя в освітньому процесі дітей з особливими освітніми потребами є надважливою. Вона полягає в тому, щоб допомогти основним вчителям підтримати успішне навчання дітей із ООП в умовах інклюзивного навчання, створювати корекційне середовище. Виконуючи свої функції, визначені законодавством, асистент вчителя повинен стати для такої дитини наставником, вихователем, другом, близькою людиною, який щохвилини, щосекунди, щомиті поруч. Він розуміє не лише слова і думки дитини, а й її погляд, відчуття, душевний стан. Такі стосунки між вихованцем та асистентом вчителя мають стати ще більш довірливими в складні часи воєнного стану в країні, не зважаючи на форму організації навчання (очну чи дистанційну). Від професійного виконання своїх функцій асистентом вчителя у великій мірі залежить успіх здійснюваної корекційно-розвиткової роботи.

Література

1.Методи підтримки учнів з особливими освітніми потребами. URL: <https://osvita.ua/school/method/87002/>

2.Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України Від 15 серпня 2011 року № 872.

[URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP110872.html]

3. Про внесення змін до наказу Міністерства освіти і науки України від 06 грудня 2010 року № 1205: наказ Міністерства освіти й науки України від 01 лютого 2018 р. № 90. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0226-18>

4. Про організацію освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами у 2022/2023 навчальному році. Лист міністерства освіти і науки України від 06.09.2022 р. № 1/10258-22. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-organizaciyu-osvitnogo-procesu-ditej-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-u-20222023-navchalnomu-roci>

5. Роль асистента вчителя в умовах інклюзивного навчання. URL: <https://naurok.com.ua/stattya-rol-asistenta-vchitelya-v-umovah-inklyuzivnogo-navchannya-61349.html>

6. Тім Лорман Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практик. Посіб. / Тім Лорман, Джоан Деспелер, Девід Харві; пер. з англ. — К.: ТОВ «Видавничий дім “Плеяди”», 2011. — 296 с.

7. Щодо введення посади вихователя (асистента вчителя) у загальноосвітніх навчальних закладах з інклюзивним навчанням: Лист Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 28.09.2012 № 1/9-694. URL: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/31601/

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

Христина Кобилюк,
асистент,

*Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
м. Чернівці, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Фізична культура виконує в суспільстві низку спеціальних функцій, які реалізуються у вигляді спеціалізованої діяльності людей. Така діяльність зумовлена необхідністю використання фізичних вправ задля задоволення потреб людини: а) у процесі проведення дозвілля (така діяльність спричинила в кінцевому підсумку виникнення особливої соціальної форми фізичної культури - фізичної рекреації); б) для самовираження під час змагальної діяльності, яка організується на основі їх тілесності (така діяльність привела до виникнення сучасного спорту); в) у процесі індивідуального розвитку людини (така діяльність привела в кінцевому підсумку до виникнення особливої форми “фізичної культури у сфері освіти”); г) задля відновлення частково втрачених, або ослаблених психофізіологічних функцій людини (завдяки цій діяльності виникла фізична реабілітація); д) для соціалізації людей з обмеженими

фізичними можливостями та їхнього лікування з допомогою фізичних вправ (така діяльність сприяла виникненню адаптивної фізичної культури). Окрім названих вище спеціальних функцій фізична культура, як особливий вид загальнолюдської культури, виконує в суспільстві й інтегральну (людинотворчу) функцію, тобто функцію, яка притаманна всім формам фізичної культури, яка саме й обумовлює її цілісність як соціальної системи.

Мета дослідження – на основі науково-педагогічного аналізу обґрунтувати теоретико- методологічні засади фізичної культури і спорту у фізичній терапії.

Теоретико-методологічні засади що стосується самої суті людського буття. Зараз можна намітити лише деякі контури її розв'язання. При цьому будемо спиратися на два біологічних закони: а) ознаки, набуті в процесі онтогенезу, не успадковуються; б) одиницею еволюційного процесу є вид. Якщо спиратися на перший закон, то можна зробити висновок, що фізична досконалість людини, досягнута нею в результаті тривалих тренувань, не успадковується. Це означає, що культура рухової діяльності конкретної людини та її результати, що виявляються у зміні рівня її здоров'я та фізичної підготовленості, за допомогою генетичних механізмів не передаються від покоління до покоління. Звідси можна було б дійти висновку, що фізична культура не впливає на біологічно спадкову сутність людини. Проте це не так. Такий вплив все ж таки існує. Він має не прямий, а опосередкований характер. Його суть виявляється у тому, що практична діяльність людей, здійснювана в рамках різних форм фізичної культури (фізичне виховання, спорт, фізична рекреація, фізична реабілітація, адаптивна фізична культура), сприяє підвищенню рівня здоров'я конкретної людини, оскільки покращує функціонування всіх систем її організму. Тим самим створюються сприятливі умови для розвитку в неї здорових нащадків. У цьому виявляється вплив фізичної культури на біологічну сутність конкретної людини. Така дія є значення з позиції еволюції виду *Homo Sapiens* лише тоді, коли охоплює достатньо велику кількість людей, оскільки, як зазначено у другому згаданому вище біологічному законі, одиницею еволюційного процесу є вид. Отже, для формування стійких адаптаційних змін, що забезпечують передачу високого рівня здоров'я від покоління до покоління (соціальна функція), фізична культура повинна залучати до сфери свого впливу значну кількість людей (як мінімум в період активного репродуктивного віку). Тільки в цьому випадку, якщо розглядати порушену проблему з позиції еволюційних змін біологічного виду, виникає соціальний (оздоровчий) ефект від фізкультурно-спортивної діяльності. У цьому – сутність основної соціальної функції фізичної культури (оздоровчої). За даними М.Дутчака, суспільний ефект від оздоровчої діяльності може бути досягнуто лише при умові, коли більше третини населення держави на

достатньому рівні займаються різними видами рухової активності оздоровчої спрямованості. Існування зазначеного зв'язку підтверджується матеріалами досліджень. Так, наприклад, погіршення здоров'я населення, що спостерігається останніми роками в Україні, обумовлене тим, що лише 13% населення залучені до занять фізичною культурою і спортом, тоді як в розвинених країнах цей показник сягає 30%, а в Японії - 75%. Проблема здоров'я людей в Україні набула загальнодержавного значення, адже в країні близько 70% дорослого населення мають низький і нижче середнього рівень фізичного здоров'я, зокрема у віці 20-29 років – 67,2%, 30-39 років – 66%. Критичність ситуації, пов'язаної з погіршенням здоров'я населення України, усвідомлюється на державному рівні. Останніми роками прийнято низку важливих законодавчих актів, спрямованих на вихід з цієї ситуації. Головним із них є Закон України про фізичну культуру і спорт, в якому йдеться про те, що одним з основних завдань фізичної культури і спорту є підвищення здоров'я населення країни. Отже, формування в суспільстві потреби у здоровому, фізично активному способі життя та створення умов для її практичної реалізації – головний напрям вирішення завдання підвищення рівня здоров'я населення України. Варто зазначити, що одним з базових компонентів такого способу життя є фізична (рухова) активність людини оздоровчої спрямованості, яка визначає її фізичне здоров'я. До сказаного вище треба також додати, що використання різних форм фізичної активності людей з метою попередження захворювань.

Висновки.

1. Потреба людини у здоров'ї є потребою біологічно зумовленою, але такою, що поступово усвідомлюється в соціальному середовищі і задовольняється в ньому через різні форми фізичної культури (фізичне виховання, спорт, фізична рекреація, фізична реабілітація та адаптивна фізична культура).

2. Основною соціальною функцією фізичного виховання, спорту, фізичної рекреації, фізичної реабілітації та адаптивної фізичної культури є забезпечення фізичного здоров'я людини, а оскільки ці форми фізичної культури залучають до активних занять фізичними вправами та рухливими іграми значну кількість людей різного віку – то і суспільства в цілому. У цьому сутність прояву основної соціальної функції сучасної фізичної культури, тобто такої функції, яка притаманна усім її формам і визначає її цілісність. Вона постає як відображення фундаментального принципу, який констатує, що вся соціальна система фізичної культури має оздоровчу спрямованість.

Література

1. Дутчак М. Методологія формування системи спорту для всіх в Україні. Матеріали Другої міжнародної науково-теоретичної конференції

кафедри соціально-гуманітарних дисциплін. *Парадигма здорового способу життя: духовні та фізичні компоненти*. К., 2010. С.33-38.

2. Олексин І. Основні тенденції розвитку медико-демографічної ситуації в Україні та деякі шляхи її покращення. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2008. № 4. С. 56-61

3. Маланюк Л. Проблема дефіциту рухової активності чоловіків 18- 25 років. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2008. № 2. С. 79-81. 14.

4. Фізична культура і спорт у системі загальнолюдських цінностей, забезпечення здоров'я і професійної діяльності [Текст] : конспект лекції. Т.В. Шепеленко, О.Р. Лучко, С.С. Довженко. Харків : УкрДАЗТ, 2013. 28 с.

АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ЩОДО РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ПІСЛЯВОЄННОЇ ВІДБУДОВИ

Юрій Козар,

*д-р юр. наук, професор кафедри поліклінічної терапії,
сімейної, військової медицини та фармакології,*

клінічної фармакології

Олег Дегтярьов,

*здобувач вищої освіти медико-фармацевтичного факультету
ДЗ «Луганський державний медичний університет»*

Вступ. Україна, внаслідок війни, зазнала значних втрат у населенні та ушкодженні економіки, що поставило виклик системі охорони здоров'я (ОЗ). Громадське здоров'я (ГЗ) фокусується на збереженні та покращенні здоров'я населення за допомогою колективних заходів. Війна викликала втрати від 50 до 75 мільйонів людей, тому питання громадського здоров'я є особливо актуальними. Готовність до надзвичайних ситуацій, якою в тому числі є війна, в сфері ГЗ потребує комплексного підходу та стратегічного планування. Вивчення міжнародного досвіду у цій сфері може допомогти вдосконалити державні стратегії. У доповіді розглянуто головні моменти цього досвіду.

Мета роботи:

Вивчення та аналіз досвіду країн у розвитку галузі громадського здоров'я, а також оцінка ефективності їхніх заходів реагування в умовах війни та післявоєнної відбудови.

Матеріали та методи:

Аналіз наукової літератури, звіти та офіційні документи країн.

Результати та обговорення:

Аналіз досвіду інших країн у забезпеченні готовності до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я виявив низку ключових аспектів, які можуть бути важливими для поліпшення систем та програм готовності до надзвичайних ситуацій:

Стратегічне планування:

Стратегічне планування є ключем до готовності до надзвичайних ситуацій у громадському здоров'ї. Країни розробляють деталізовані плани та стратегії, які враховують можливі загрози та реакцію на них. Основна мета таких стратегій - забезпечити швидку, координовану та ефективну відповідь у разі надзвичайних ситуацій.

Японія, яка регулярно стикається з природними катастрофами, створила вражаючу систему готовності. Їх підхід характеризується інтегрованістю: вони розглядають всі типи ризиків, від природних до вірусних та радіоактивних. Згідно з планами готовності Японії, різні рівні уряду, місцеві органи влади, медичні заклади та інші ключові структури відводять чітку роль та відповідальність у випадку НЗ. Це допомагає уникнути дублювання зусиль та забезпечує швидку та ефективну мобілізацію ресурсів.

Японія також інвестує в технології для попередження та відповіді на надзвичайні ситуації, включаючи системи виявлення стихійних лих, нові методи боротьби з інфекціями та підвищення стандартів будівництва.

В загальному, як показує досвід Японії, ефективне планування та інтеграція важливі для забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій у громадському здоров'ї.

Громадська освіта та навчання:

Громадська освіта та навчання є ключовими інструментами у забезпеченні готовності населення до НЗ у сфері громадського здоров'я. Це передбачає поширення інформації про можливі загрози та вчення населення, як правильно реагувати в екстрених ситуаціях. Громадська освіта та навчання допомагають підвищити свідомість громадян і забезпечити їхню активну участь у власній безпеці та безпеці інших.

Швеція відома своєю дієвою системою громадської освіти та навчання, спрямованою на готовність до НЗ. Один із основних компонентів цієї системи - проведення регулярних навчань та симуляцій щодо поширення інфекцій та інших НЗ.

Шведські органи влади та місцеві органи навчання спільно впроваджують програми для населення, які включають навчання про правила особистої гігієни, рекомендації щодо запасів їжі та води, а також інструкції щодо евакуації та збору в одних зонах. Навчання включає інформацію про те, як впізнавати можливі симптоми інфекційних захворювань, травм, життєзагрозливих станів та ін. і діяти відповідно.

У Швеції громадська освіта охоплює не лише дорослих: школи навчають учнів готовності до НЗ, формуючи культуру безпеки. Програми оновлюються

відповідно до викликів, готуючи населення до ефективної реакції на загрози, що підсилює загальну безпеку і зміцнює громадське здоров'я.

У підсумку, громадська освіта та навчання готовності до НЗ є важливим інструментом для забезпечення безпеки населення та ефективного реагування на загрози для громадського здоров'я.

Швидка реакція та координація:

Ефективна координація різних організацій є ключовою для готовності до НЗ. Норвегія має високоорганізовану систему готовності, серцем якої є Національний центр управління кризами (Norwegian Directorate for Civil Protection - DSB). Цей центр координує дії усіх відомств при надзвичайних подіях та забезпечує комунікацію між поліцією, пожежною охороною, медичними службами та армією. Він також має доступ до різних ресурсів і може швидко мобілізувати. Подібні центри для управління кризами і координації існують і в інших країнах. Вони допомагають забезпечити швидку та організовану реакцію на НЗ, зменшуючи ризики та максимізуючи ефективність допомоги та захисту населення та сприяють обміну інформацією між урядовими структурами.

У підсумку, швидка реакція та координація грають важливу роль у забезпеченні готовності до НЗ та ефективного реагування на них. Створення центрів для управління кризами є однією зі стратегій, яка сприяє забезпеченню безпеки та захисту громадського здоров'я.

Розробка та впровадження нових технологій:

Ізраїль успішно впровадив систему підземних лікарень для захисту пацієнтів та медперсоналу під час конфліктів, взаємодія між якими і медичними службами та армією оптимізує надання допомоги на передовій. Ці лікарні, розташовані глибоко під землею зазвичай у великих містах та біля важливих медичних закладів, обладнані сучасними медичними приладами та устаткуванням, включаючи хірургічні блоки, інтенсивну терапію, діагностичне обладнання і багато іншого. Це дозволяє надавати високоякісну медичну допомогу навіть в умовах екстремального навантаження. Система підземних лікарень є дуже гнучкою, бо їх можна швидко активувати та дезактивувати в залежності від потреби. Це дозволяє ефективно реагувати на зростаючий потік поранених під час надзвичайних подій.

Швидка медична допомога в Ізраїлі включає мобільні бригади, гелікоптери та спеціалізований медичний персонал, що реагує на масові травми та терористичні акти з використанням сучасних технологій комунікації для негайного реагування, при їх підготовці акцентують увагу на травматичній медицині та медицині невідкладних станів, що робить їх надзвичайно ефективними у випадку НС.

Цифрові технології у сфері медицини сприяють оперативному доступу до даних пацієнтів, моніторингу в реальному часі їх стану та ефективній координації дій медичних бригад на місці події через GPS та інші засоби зв'язку.

Можливості для України:

1. Україна має можливість поглибити співпрацю як з Європейським союзом (ЄС) для зміцнення готовності до надзвичайних ситуацій, отримавши фінансову підтримку та експертну допомогу, так і з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) з метою попередження та контролю інфекційних захворювань. Участь у програмах обміну досвідом та реалізація спільних стратегій можуть сприяти підвищенню безпеки населення України.

2. Україна може розвивати співробітництво не лише з сусідніми країнами, такими як Польща, Румунія та Угорщина, для обміну досвідом у питаннях готовності до НЗ та спільного реагування на події, що мають транскордонний характер, але й з державами з багатим досвідом, такими як Японія, США, Норвегія, Ізраїль. Мета такої співпраці — обмін досвідом, найкращими практиками та технологіями у питаннях готовності до НЗ та реагування на транскордонні події.

3. На основі аналізу досвіду інших країн важливо виокремити та адаптувати найефективніші практики та стратегії управління НС, враховуючи інфраструктурні, культурні та соціальні особливості власної країни. Рекомендації мають бути пристосовані до місцевих умов та реалій.

4. Рекомендації можуть бути представлені у вигляді послідовної стратегії для поступового впровадження змін. Це допоможе уникнути раптових змін та дати можливість системі адаптуватися.

5. Залучення стейкхолдерів: Важливо враховувати думку та досвід різних стейкхолдерів ОЗ, включаючи органи влади, медичні заклади, заклади освіти, бізнес та громадські організації. Це сприятиме більшому прийняттю та успішному впровадженню рекомендацій.

6. Ефективний розвиток системи громадського здоров'я потребує стійких інвестицій з контролем використання ресурсів на усіх рівнях. Це включає як дослідження, аналіз та розробку нових технологій так і якісне застосування вже відомих методик.

7. Моніторинг та оцінка: Після впровадження рекомендацій важливо проводити систематичний моніторинг та оцінку їх ефективності. Це дозволить вчасно коригувати стратегії та програми готовності.

Співпраця з іншими країнами та міжнародними організаціями є ефективним методом покращити готовність до надзвичайних ситуацій та реагування на них, особливо у сфері громадського здоров'я. Важливо активно

взаємодіяти та співпрацювати з партнерами для забезпечення безпеки та захисту свого населення.

Висновки. Використання міжнародного досвіду у сфері розвитку та підтримки системи громадського здоров'я є цінним джерелом перевірених практик та стратегій. Ефективне забезпечення громадського здоров'я вимагає комплексного і інтегрованого підходу, який об'єднує стратегічне планування, розвиток громадської освіти, впровадження високоорганізованої системи готовності та координації, а також використання технологічних інновацій із залученням експертів з інших країн для обміну досвідом та моніторингу ефективності. Навіть у воєнний час своєчасний розвиток системи здоров'я дозволить зберігати та поліпшувати здоров'я населення, що стане ключовим елементом у післявоєнній відбудові країни, особливо у довгостроковій перспективі.

ОСТЕОАРТРИТ, СПРИЧИНЕНИЙ ФІЗИЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Божена Козова,
магістрантка
Марія Мазепа,
д.м.н., професор, професор кафедри,
Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського, Львів, Україна

Постановка актуальності проблеми. Остеоартрит (ОА) разом з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією становлять триаду найпоширеніших захворювань серед населення середнього та старшого віку [1]. Відповідно до Між-народного класифікатора хвороб (The international statistical classification of diseases) терміни ОА та «остеоартроз» або «артроз» розглядаються як синоніми. ОА - це захворювання із залученням рухливих суглобів, яке характеризується клітинним стресом та деградацією позаклітинного матриксу, що ініціюються мікро-та макротравмами [6]. У подальшому ці процеси призводять до активації репаративної відповіді, включно із прозапальними реакціями. Розвиваються анатомічні та фізіологічні зміни, які характеризуються деградацією хряща, ремоделюванням кістки, формуванням остеофітів, запаленням суглобів та порушенням їх функції, що призводить до больового синдрому, скутості та набряку суглоба й порушення його функції [10, 11]. Всеукраїнська асоціація ревматологів України рекомендує виділяти первинний і вторинний ОА, а також його рентгенологічну стадію та функціональний стан суглобів при ОА. Частота ОА зростає з віком і досягає третини населення в похилому та старечому віці. В Україні

поширеність ОА, відповідно до статистичних даних за 2017 р., становить більше 1 млн хворих, що становить більше 3 тис. осіб з ОА на 100 тис. населення відповідно [1].

До факторів ризику розвитку відносять: вік, ожиріння, травму, обтяжений сімейний анамнез, зниження рівня статевих гормонів, м'язову слабкість, інфекційні захворювання, осадження кристалів, акромегалію, попередній запальний артрит, спадкові метаболічні причини (алкаптонурия, гемохроматоз, хвороба Вільсона), гемоглобінопатія (серповидноклітинна анемія, таласемія), розлади, що призводять до розвитку суглоба Шарко (сирингомієлія, *tabes dorsalis*), захворювання опорно-рухового апарату (хвороба Педжета, аваскулярний некроз), хірургічні втручання в анамнезі (менісектомія), цукровий діабет, вроджений вивих стегна, зміщення епіфіза головки стегнової кістки [3, 5, 9, 10]. Якщо роль перелічених факторів ризику розвитку ОА доведена в багатьох дослідженнях, то роль фізичних навантажень є предметом досліджень за останні роки і однозначних висновків по цьому питанню немає. Навіть результати РКД стосовно впливу навантажень на колінний суглоб є неоднозначними і суперечливими [4, 7].

Мета і завдання дослідження. В даному повідомленні поставили за мету вивчити дані науково-доказових досліджень стосовно фізичного навантаження як фактору ризику ОА.

Матеріал і методи. Дизайн огляду здійснювався згідно протоколу PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses). Пошук посилань проводився в базах даних PubMed, EMBASE, PEDro (Фізіотерапія База даних доказів) та Кокрановський центральний реєстр. Пошукова стратегія була виконана шляхом поєднання наступних термінів: ОА, фізичні навантаження.

Виклад основного матеріалу. Біг є здоровим і популярним заняттям у всьому світі, але дані щодо його зв'язку з ОА) неоднозначні. Дослідники з Іспанії оцінили зв'язок ОА тазостегнового та колінного суглобів із бігом та його інтенсивністю за даними систематичних оглядів та мета-аналізів доказових баз [2]. В дослідженнях порівнювалась частота розвитку ОА у бігунів, та контрольною групою (особи, які не бігають). Бігуни були розділені на дві групи - професійні/елітні спортсмени або брали участь у міжнародних змаганнях і повсякденні (рекреаційні бігуни — це люди, які займаються непрофесійним (аматорським) бігом. Тривалість бігу складала близько 15 років. Було включено 25 досліджень (n = 125810 осіб) і 17 з них (n = 114829 осіб) були піддані метааналізу. Загальна поширеність ОА кульшового та колінного суглобів становила 13,3%

у едітних бігунів, 3,5% у повсякденних них бігунів та 10,2% у контрольній групі. Вплив бігу менше 15 років асоціювався з нижчим поширенням ОА кульшового та/або колінного суглобів порівняно з контролем. Автори зробили висновок, що сидячий спосіб життя або інтенсивний та тривалий /біг пов'язані з ОА стегнового та/або колінного суглобів. Однак неможливо було визначити, чи були ці асоціації причинними або змішується іншими факторами ризику, такими як попередня травма.

Дослідники із Швеції вивчали ризик розвитку ОА серед спортсменів, які займаються різними видами спорту [10]. У цьому популяційному дослідженні вивчали ризик ОА колінного суглоба у зв'язку зі спортивною діяльністю та попереднім травмуванням коліна. Автори проаналізували дані анкетування про спортивну діяльність більше 1 року, перенесені травми коліна та інші фактори ризику (вага, зріст, спадковість, куріння тощо) за допомогою моделей логістичної регресії. Серед чоловіків ОА колінного суглоба був пов'язаний з заняттям футболом, але не для треку, лижних гонок, спортивного орієнтування. Однак після відповідних статистичних поправок зроблено висновок, що футбол і хокей залишаються суттєво пов'язаними з ОА колінного суглобу, але підвищення ризику його розвитку пояснюється травмою коліна.

У систематичному огляді [7] 17-и доказових досліджень (7 когорт; N = 114 829 пацієнтів) порівняли елітних бігунів, бігунів, що займаються повсякденним бігом і контрольну групу (особи, що не займаються бігом). Показано, що загальна поширеність колінного або тазового ОА серед бігунів становила приблизно 4%, порівняно з 10% у контрольній групі. Розділивши бігунів за інтенсивністю активності виявили, що поширеність ОА була близькою до 4% серед повсякденних бігунів, що статистично відрізнялося від 13% серед професійних бігунів. Повсякденний біг знижував ризик розвитку колінного ОА до 32%, порівняно з 38% у контрольній групі. Автори зробили висновок, що біг не видається фактором, що значно збільшує ризик розвитку ОА за винятком, можливо, у елітних спортсменів, а повсякденний біг може навіть знизити ризик розвитку колінного ОА. Не було різниці в поширеності ОА кульшового суглобу, однак 1 опитування виявило підвищений ризик у 141 елітного бігуна або лижника.

Найбільше когортне дослідження [8], яке спостерігало за 16 961 учасником протягом 11 років, виявило наступне: не було виявлено жодного зв'язку між високим рівнем фізичного навантаження та ОА у жінок або літніх чоловіків (> 50 років); молодші чоловіки (< 50 років), які бігли або ходили понад 30 км/тиждень, мали підвищений ризик виникнення ОА колінного або стегнового суглоба, за власними оцінками, порівняно з контрольною групою,

яка веде сидячий спосіб життя (скоригований коефіцієнт ризику 2,4). Обмеження дослідження: контрольна група, швидше за все, не веде малорухливий спосіб життя, включені дослідження типу «випадок-контроль» і перехресні дослідження, більшість когортних досліджень невеликі ($N < 100$) і різний діагноз ОА (наприклад, покладається виключно на рентгенівське сканування або анамнез хвороби з вуст пацієнта). Систематичний огляд усіх типів бігунів і 15 обсерваційних досліджень виявили нижчий ризик хірургічного втручання на колінному суглобі через ОА (3 дослідження випадок-контроль) у бігунів порівняно з небігунами (співвідношення шансів 0,46; статистична відмінність). Важливо враховувати фактори, такі як індекс маси тіла, рід занять і попередні травми коліна при консультуванні пацієнтів щодо ризиків розвитку ОА.

В інших дослідженнях, в яких біг або пов'язані з бігом види спорту (наприклад, триатлон або спортивне орієнтування) оцінювали біг як фактор ризику виникнення або прогресування колінного суглоба ОА у дорослих[8]. Аналізували дані клінічної діагностики ОА колінного суглоба, його рентгенологічні маркери операцію на колінному суглобі з приводу ОА та інвалідність, пов'язану з колінним суглобом. Ризик упередженості оцінювався за допомогою Newcastle- Оттавської шкали.. Результати досліджень були неоднозначними. рідкісними та непереконливими. Автори дійшли висновку, що з цими доказами неможливо визначити роль бігу в ОА колінного суглоба. Докази середньої та низької якості свідчать про відсутність зв'язку з діагнозом ОА.. Суперечливі результати можуть відображати методологічну неоднорідність і для уточнення потрібні докази добре спланованих проспективних досліджень, які б усували ці протиріччя.

Заслуговує на увагу публікація [6], в якій автори намагались дати відповідь на запитання: чи є фізична активність фактором ризиком розвитку остеоартрозу? Це проспективне дослідження оцінювало регулярну фізичну активність і діагностику, ОА колінного та/або тазостегнового суглобів у 16 961 осіб віком 20–87 років, обстежених у клініці Купера між 1970 і 1995 роками. Серед осіб віком 50 років і старше захворюваність на ОА була вищою серед жінок (7,0 на 1000 людино-років), ніж серед чоловіків (4,9 на 1000 людино-років, $P = 0,001$), тоді як серед осіб віком до 50 років захворюваність на ОА була подібною між чоловіками (2,6) і жінками (2,7). Високі рівні фізичної активності (біг 20 або більше миль на тиждень) були пов'язані з ОА серед чоловіки віком до 50 років з надмірною масою тіла, курінням та вживання алкоголю або кофеїну, тоді як між жінками чи літніми чоловіками не було зв'язку. Ці результати підтверджують висновок про те, що високий рівень фізичної активності може бути фактором ризику розвитку симптомів ОА у чоловіків віком до 50 років

Заключення. Травми коліна є фактором ризику ОА колінного суглобу деякі види спорту більш схильні до травм. Вправи будь-якого типу є одним із найефективніших методів лікування болю при ОА. Наразі, на основі опублікованих доказів, ми не можемо дати пораду про потенційний вплив на здоров'я опорно-рухового апарату навіть одного з найбільш популярного фізичного навантаження бігу. Дослідження для реєстрації фізичного навантаження протягом життя зазвичай стикаються з труднощами. Ці проблеми можна зменшити, вивчаючи колишніх елітних спортсменів, оскільки їхні схеми навантаження досить специфічні, чітко сплановані і визначені програми тренувань, їхні історії надійніші, ніж ті, що отримані від тих, хто займався фізичними вправами лише для відпочинку. Біг може бути рекомендований пацієнтам, які бажають покращити кардіоваскулярну витривалість та знизити біль від ОА. У разі неможливості чи небажання пацієнта бігати, можуть бути розглянуті інші види фізичної активності, як-от велосипед, тренажерний біг чи плавання. Рекомендації щодо фізичної активності разом з контролем можуть сприяти збільшенню рівня фізичної активності та повинні включати індивідуальні цілі та моніторинг пацієнта.

Література

1. Головач І.Ю. (2015) Остеоартрит, індукований ожирінням: мультифакторіальні асоціації та провідна роль адипокінів, дисліпідемії й механічного навантаження. *Травма*, 16(4): 70–78.
2. Alentorn-Geli E, Samuelsson K, Musahl V, Green CL, Bhandari M, Karlsson J.. The association of recreational and competitive running with hip and knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2017;47(6):373-90.
3. Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A, Jordan KP.. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage* 2010;18(1):24-33.
4. Bruyèreab O., Honvoab G., Veronesec N. et al. (2019) An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin. Arthritis Rheum.*, 49(3): 337–350.
5. Cleveland R.J., Alvarez C., Schwartz T.A. et al. (2019) The impact of painful knee osteoarthritis on mortality: a community-based cohort study with over 24 years of follow-up. *Osteoarthr. Cartil.*, 27(4): 593–602.
6. Cheng Y, Macera CA, Davis DR, Ainsworth BE, Troped PJ, Blair SN.. Physical activity and self-reported, physician-diagnosed osteoarthritis: is physical activity a risk factor? *J Clin Epidemiol* 2000;53(3):315-22.

7. Chu Miow Lin D, Reichmann WM, Gossec L, Losina E, Conaghan PG, Maillefert JF. Validity and responsiveness of radiographic joint space width metric measurement in hip osteoarthritis: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2011;19(5):543-9.
8. Kolasinski S.L., Neogi T., Hochberg M.C. et al. (2019) 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res.* (Hoboken), 72(2): 149–162.
9. Kettunen JA, Kujala UM, Kaprio J, Koskenvuo M, Sarna S.. Lower-limb function among former elite male athletes. *Am J Sports Med* 2001;29(1).
10. Thelin N, Holmberg S, Thelin A.. Knee injuries account for the sports-related increased risk of knee osteoarthritis. *Scand J Med Sci Sports* 2006;16(5):329-33.
11. Timmins KA, Leech RD, Batt ME, Edwards KL. Running and knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Sports Med* 2017;45(6):1447-57.
12. Ton J, Perry D, Thomas B, Allan GM, Lindblad AJ, McCormack J, et al.. PEER umbrella systematic review of systematic reviews. Management of osteoarthritis in primary care. *Can Fam Physician* 2020;66:e89-98. 8.

ФОРМУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ ЗАСОБАМИ ДИДАКТИЧНИХ ІГОР

Маріанна Кляп,
*кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*
Олеся Лендел,
*студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Актуальність теми. Розвиток системи освіти в Україні в сучасних умовах відбувається з урахуванням актуальних суспільних викликів. Шляхи модернізації освіти в Україні подібні загальноєвропейським та світовим підходам, що сприяють реалізації головної мети державної політики в галузі освіти: створення умов для всебічного розвитку особистості та творчої самореалізації кожного громадянина України.

За останні роки в нашій країні відзначається тенденція зростання кількості дітей з особливими освітніми потребами (далі діти з ООП). Це може бути

зумовлено негативним впливом різних чинників: екологічних, економічних, психологічних, соціальних тощо. Так, відповідно до даних Міністерства освіти і науки України у період з 2018/2019 н.р. до 2019/2020 н.р. кількість осіб з ООП, що здобували освіту в інклюзивних групах закладів дошкільної освіти, зросла у 2 рази (з 2300 осіб до 4681 осіб з ООП) [3]. Серед дітей з ООП найчастіше зустрічаються діти з інтелектуальними порушеннями розвитку. Такі діти складають близько 2,5% від загальної дитячої популяції [2, с.12].

Аналіз актуальних досліджень і публікацій свідчить про те, що проблема навчання і виховання дітей з інтелектуальною недостатністю є предметом дослідження багатьох українських дефектологів сучасності. Зокрема, питаннями розвитку дітей з порушеннями інтелекту переважно шкільного віку займалися такі вчені як: Синьов В., Чеботарьова О., Гаяш О., Ярмола Н., Гладченко І., Шульженко Д. Особливості навчання та виховання дітей-дошкільнят з інтелектуальними порушеннями висвітлено у дослідженнях Трикоз С., Блеч Г., Коваль-Бардаш Л., Компанець Н., Куренкової А.

Значну увагу питанням навчання і виховання дітей дошкільного віку приділяла Поніманська Т., хоча вона безпосередньо спирається на дітей з нормотиповим рівнем розвитку.

Окремі дослідники приділяли вивченню гри як засобу корекції розвитку дітей-дошкільнят з ООП (Трикоз С., Куренкова А.); вплив гри на розвиток і виховання дітей дошкільного віку досліджували Гавриш Н., Безсонова О.; роль ігрової діяльності в процесі формування елементів пізнання дійсності та навчальної діяльності вивчали А. Богуш, Н. Бібік.

Мета дослідження: узагальнити відомості щодо ролі дидактичної гри у корекції пізнавального розвитку дітей дошкільного віку з інтелектуальною недостатністю.

Виклад основного матеріалу. У зв'язку з тим, що гра для дітей дошкільного віку є провідним видом діяльності, а також основою психічного розвитку, є необхідність з'ясувати особливості ігрової діяльності як засобу корекції розвитку у дітей з інтелектуальними порушеннями. У процесі гри відбуваються важливі зміни в пізнавальних психічних процесах та пов'язаних з ними психологічних особливостях дитини дошкільного віку. Також під час гри у дитини формуються та диференціюються нові види діяльності.

Дошкільнята з інтелектуальними порушеннями, граючись, використовують враження, набутий досвід, що були одержані в процесі життєдіяльності. Але процес сприйняття навколишнього середовища у дітей даної нозології здійснюється обмежено і не в повному обсязі, тому важливо під час корекційно-розвиткової роботи використовувати гру, як спосіб отримання нових знань, умінь і навичок.

Упродовж дошкільного періоду у дітей не тільки інтенсивно розвиваються всі психічні функції, а й формуються складні види діяльності, такі як: різні види гри (предметна, рольова і сюжетна), спілкування з дорослими та однолітками, а також закладається фундамент пізнавальних здібностей [4,с.82].

Отже, в житті дитини з інтелектуальною недостатністю гра повинна стати провідною діяльністю та забезпечувати зону її найближчого розвитку. Однак це відбувається лише в тому випадку, якщо створюються особливі умови для розвитку дитини, а корекційно-виховна робота є частиною цілеспрямованого формування ігрової діяльності [5, с.153].

У зв'язку із порушеннями інтелектуального розвитку у дітей, як наслідок, відбувається порушення пізнавального розвитку, а саме: обмеженість сприйняття, нестійкість уваги, короткочасність пам'яті, нерозвиненість операцій мислення, що приводить до труднощів у відтворенні сприйнятого та вивченого. Корекційна робота базується на навчанні предметно-практичним маніпуляціям – формуються пошукові способи орієнтування в завданні, засвоюються поняття кольору, форми і величини предметів, завдяки чому буде формуватися константність і цілісність сприймання. Саме успішне оволодіння предметною діяльністю буде підставою для розвитку ігрової і продуктивної (малювання, конструювання, ліплення) діяльності [4,с.70].

Важливим складником інтелектуального розвитку дитини є її загальна обізнаність про навколишній світ – знання, відповідно віку, про деякі соціальні явища, живу й неживу природу, встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

Збагачення чуттєвого досвіду починається в процесі спостереження за діями дорослого. Під час спостереження формуються: вміння знаходити та виділяти істотні ознаки предмета, його властивості та призначення; починає формуватися навичка наслідування та імітація дій з предметами. У дошкільному віці під впливом навчання та виховання відбувається інтенсивний розвиток усіх пізнавальних процесів. Це відноситься і до сенсорного розвитку. Сенсорний розвиток – це удосконалення відчуттів, сприймання, наочних уявлень. В результаті сенсорного розвитку дитина оволодіває перцептивними діями, основна функція яких полягає в обстеженні об'єктів і виокремленні у них найбільш характерних властивостей, а також в засвоєнні сенсорних еталонів, загальноприйнятих зразків чутливих якостей, властивостей та співвідношень предметів [1,с.108].

У зв'язку із слабкістю мисленнєвих операцій, а саме аналізу, порівняння, дитині потрібно допомогти проаналізувати дії або зразок, сприяти у визначенні послідовності виконання роботи, вчити співвідносити отриманий результат із початковим зразком. Предмети, які сприймаються, повинні позначатися словом, але слово завжди має бути підкріплене чуттєвим досвідом [2,с.46].

Головним психокорекційним завданням є формування у дітей абстрактного мислення та утворення понятійного мислення, як результат – підвищення загального інтелектуального розвитку дитини. Найкраще це здійснювати під час дидактичних ігор, як традиційних, так і сучасних з елементами українських традицій. Під час корекційно-розвиткової роботи з дітьми з інтелектуальними порушеннями формуванням ігрової діяльності є одним із головних засобів корекційного впливу на розвиток особистості дитини та формування її пізнавальних здібностей. Завдяки ігровим діям реалізуються ігрові задуми. Потрібно планомірно спрямувати увагу дитини з інтелектуальною недостатністю на розгортання ігрової дії, зацікавити ігровою ситуацією, мотивувати до подальших дій.

Висновки. Лише систематичне і послідовне навчання ігровим діям приводить до цілеспрямованої діяльності, мотивації, а тому сприяють досягненні завдань корекційно-розвиткового процесу навчання і виховання дітей з інтелектуальною недостатністю. У ході гри функціональний розвиток ігрових дій поступово створює зону найближчого розвитку пізнавальних дій дітей-дошкільнят з порушеннями інтелекту, а тому в процесі гри формується безпосередньо довільність пізнавальних психічних процесів, таких як сприймання, увага, пам'ять, уява, мовлення тощо. А це і є основою формування мисленневих операцій та інтелектуального розвитку як нормотипової дитини дошкільного віку, так і дошкільника з інтелектуальними порушеннями.

Література

1. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб./ О.В.Скрипченко, Л.В.Долинська, З.В.Огороднійчук та ін. К.: Просвіта, 2001. 416 с.

2. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі / навчально-методичний посібник /авт.: Н. Ярмола, Л. Коваль-Бардаш, Н. Компанець, Н. Квітка, А. Лапін. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с

3. Дослідження якості інклюзивного навчання для дітей з особливими освітніми потребами: https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/2021/04/02/Doslidzhennya_dostupu_do_inkluzyvnoyi_osvity_2_02_04.pdf

4. Ковальчук І.І. Теоретичні основи розвитку інтелектуальної сфери у розумово відсталих старших дошкільників. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. І.Огієнка*. Корекційна педагогіка і психологія. 2013. Вип. 4. С.77-84.

5. Курєнкова А. В. Сюжетно-рольова гра як засіб формування та розвитку соціальної компетентності розумово відсталих дошкільників. *Збірник Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського*. Серія: Педагогіка і психологія», 2017. № 49. С.148-158.

АНАЛІЗ РИНКУ ПОСЛУГ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Олена Лазарева,
*д-р н. з фіз. виховання та спорту, професор,
професорка кафедри фізичної терапії та ерготерапії*
Вікторія Помазун,
*студентка другого (магістерського) рівня вищої освіти
кафедри фізичної терапії та ерготерапії*
Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, Україна

Постановка актуальності проблеми. Швидкий розвиток технологій та зміна стилю життя призводять до зростання кількості захворювань, пов'язаних із руховою активністю та травмами. Фізична терапія є ефективним методом лікування та відновлення фізичних функцій пацієнтів після операцій, травм, а також у лікуванні хронічних захворювань. За статистикою, в усьому світі зростає потреба у відновленні фізичного здоров'я людини. Особливо гострою стоїть проблема надання реабілітаційних послуг для України, оскільки в результаті збройної агресії з боку росії виникає потреба в фізичній реабілітації та відновленні осіб, які отримали фізичну травму під час бойових дій. Отже, виникає потреба у дослідженні ринку фізичної терапії та реабілітації, яке дозволить виявити вузькі місця та можливості щодо розширення даних послуг.

Аналіз наукових досліджень і публікацій. Питання актуальності фізичної терапії розглянуті у багатьох роботах українських науковців: О.Лазарева, О.Бісмак [1], А.Герцик [2], В.Кормільцев, В.Брушко, С.Гаврелюк [3], С.Кобелев [4]. Роль фізичної терапії та тенденції її розвитку в системі громадського здоров'я широко висвітлені на сайтах Всесвітньої конфедерація фізичної терапії (World Confederation for Physical Therapy — WCPT) [5] та Всесвітньої охорони здоров'я [6].

Формулювання мети та завдань. Метою даної роботи є дослідження сучасного стану ринку послуг фізичних терапевтів та реабілітологів та визначення основних тенденцій розвитку сфери фізичної терапії в Україні.

Виклад матеріалу. Ринок реабілітаційних послуг та фізичної терапії постійно зростає. Так, згідно статистичних даних WCPT, станом на 2022 рік світова кількість фізичних терапевтів становить 1,917,615 [7]. В той час, як в 2019 році загальна кількість фізичних терапевтів у світі складала 1,689,407 осіб [8].

На сьогодні фахівці визнають велику проблему у нестачі реабілітологів в Україні. Відповідно досліджень консалтингової компанії MOST [9], ще до повномасштабного вторгнення росії до України кількість пацієнтів, які потребують послуг фізичної реабілітації постійно збільшувалась. На рисунку 1 показана частота виникнення захворювань в розрахунку на 10000 осіб, які

потребують фізичної реабілітації, де видно, що з кожним роком зростає кількість людей, які звертаються до фізичного терапевта чи реабілітолога.

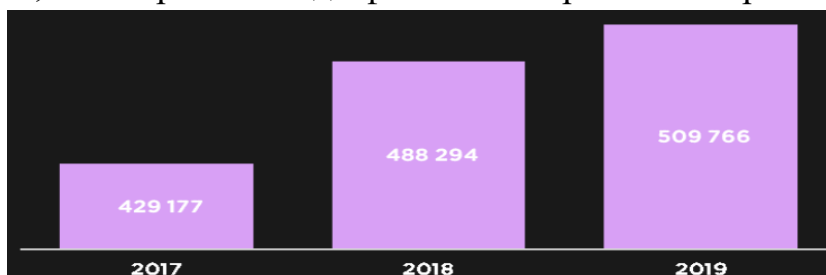


Рисунок 1 - Динаміка хвороб в Україні, які потребують фізичної реабілітації [9]

Так, за кількістю практикуючих фізичних терапевтів на 10000 населення в межах Європейського регіону WCPT, Україна має низький показник порівняно з іншими країнами, який знаходиться на рівні 19%, в той час, як найбільший показник серед європейських держав займають такі країни, як Німеччина, Фінляндія, Норвегія, Нідерланди, Бельгія, Данія, Люксембург, в цих країнах на 10 000 осіб показник становить більше 25%.

На основі дослідження потреб пацієнтів у реабілітаційних послугах було виявлено нову тенденцію: зосередження реабілітаційних центрів поруч з місцем проживання пацієнтів, в той час, як раніше послуги надавалися в спеціальних закладах, переважно в курортно-рекреаційному середовищі. Такі зміни пов'язані із зростанням кількості пацієнтів, яким необхідні послуги фізичних терапевтів чи реабілітологів. Тобто забезпечується безперервний доступ до спеціалізованих занять для повноцінного та систематичного відновлення, яке відповідає його потребам з моменту виникнення проблеми. Важливим аспектом при відкритті реабілітаційного центру є забезпечення зручної транспортної доступності для пацієнтів.

Компанія Momentum Wheels for Humanity у співпраці з Українською Асоціацією фізичної терапії реалізують проєкт «Покращення реабілітаційних послуг в системі охорони здоров'я», який фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID). Одним із завдань проєкту є розширення доступу до реабілітаційних послуг, включаючи послуги із забезпечення асистивними технологіями для осіб, які їх потребують, та тих, хто зазнав впливу конфлікту. Для реалізації цього завдання створено Карту доступних реабілітаційних послуг, на якій можна знайти інформацію про заклади/установи /організації, незалежно від форми власності, які надають реабілітаційні послуги в Україні. Мета Карти – підвищити обізнаність населення України про заклади, які надають реабілітаційні послуги [10;11]. На рисунку 2 показана кількість в Україні реабілітаційних центрів та магазинів, що спеціалізуються в цій галузі.

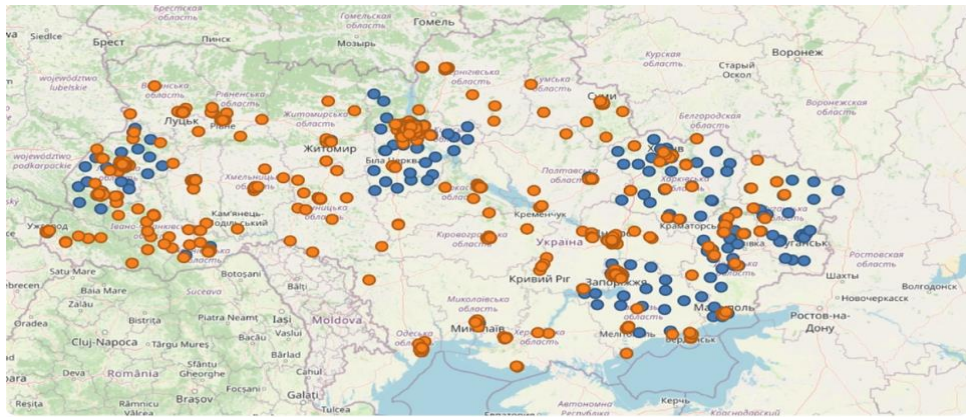


Рисунок 2 - Мапа медичних магазинів, лікарських установ, доступних реабілітаційних послуг в Україні [11]

Відповідно рис. 2, можна стверджувати, найбільша щільність розташування реабілітаційних центрів на кількість населення в Києві та на Заході України.

Висновки. Роль фізичної терапії та реабілітації зростає в усьому світі, з кожним роком зростає кількість людей, які потребують послуг фізичного терапевта, що свідчить про значну потребу у фахівцях даної галузі. В Україні актуальної є проблема недостатньої кількості фізичних терапевтів, вирішення якої можливо лише за рахунок підтримки держави і збільшення кількості випускників відповідних навчальних закладів.

Література

1. Заходи фізичної терапії та ерготерапії, спрямовані на відновлення якості життя в осіб з ушкодженнями периферичних нервів верхньої кінцівки після реконструктивно-відновлювальних операцій. *Спортивна медична і фізична реабілітація* О. Лазарева, О. Бісмак. № 1 (2020) С. 119-125 <http://sportmedicine.uni-sport.edu.ua/article/view/209604>
2. Герцик А.М. Фахівець з фізичної реабілітації, чи фізичний терапевт: національне та міжнародне тлумачення назв професій. *Проблеми фізичного виховання і спорту* No 10/2010. С. 21-24 URL: <https://sportpedagogy.org.ua/html/journal/2010-10/10hamion.pdf>
3. Аналіз освітніх програм та навчальних планів з фізичної терапії в країнах Європи / В. Кормільцев, Лазарева О., Бісмак О., Брушко В., Гаврелюк. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія* № 2 (2022). С. 93-99 URL: <https://doi.org/10.32652/spmed.2022.2.93-99>
4. Перспектива розвитку фізичної терапії у системі охорони здоров'я України. *проблеми фізичного виховання і спорту*. 2011. No 5 С. 39-42 URL: <https://sportpedagogy.org.ua/html/journal/2011-05/11ksycou.pdf>.
5. Ukraine: a

profile of the profession in 2022. *Ukrainian Association of Physical Therapy*. URL: <https://world.physio/membership/ukraine>.

5. Ukraine: a profile of the profession in 2022. *Ukrainian Association of Physical Therapy*. URL: <https://world.physio/membership/ukraine> (дата звернення 9.10.2023).

6. Rehabilitation 2030 Initiative. *World Health Organisation*. URL: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> (дата звернення 9.10.2023).

7. Annual Membership Census 2022. *Physical Therapy. Global Report*. URL: <https://world.physio/sites/default/files/2023-01/AMC2022-Global.pdf> (дата звернення 9.10.2023).

8. World Confederation for Physical Therapy WCPT профіль країни URL: https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/2019/02/CountryProfile2019_Europe_Ukraine_ukr.pdf (дата звернення 9.10.2023).

9. Аналіз ринку послуг з фізичної реабілітації [Електронний ресурс]. URL: <https://most.eu.com/ua/analysis/view/analiz-rynka-uslug-po-fiziceskoi-reabilitacii>.

10. Карта доступних реабілітаційних послуг [Електронний ресурс] // Українська асоціація фізичної терапії. URL: <https://uapt.org.ua/uk/about-uk/programs-uk/project-srshs/rt-at-map/>.

11. Як підібрати реабілітаційний центр: працює онлайн-карта реабілітаційних послуг [Електронний ресурс]. – 2023. URL: <https://thegard.city/articles/165616/мапа-реабілітаційних-послуг>.

РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ В ДОШКІЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ З ІНКЛЮЗИВНИМ НАВЧАННЯМ

Аміна Левицька,
студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 016 Спеціальна освіта
Маріанна Кляп,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна

Актуальність дослідження. Аутизм називають хворобою XXI ст. Аналіз останніх досліджень показує, що процент народжуваності дітей з розладами аутичного спектра неухильно зростає.

В освітньому просторі України за останні роки набирає актуальності проблема навчання і виховання дітей з розладами аутистичного спектру (РАС),

яка полягає у тому, що це порушення протягом останніх десятиліть привертають все більшу увагу фахівців різного профілю. Значущість питань до цієї проблеми обумовлена як певними досягненнями в області клінічного вивчення дітей з РАС, так і низькою вивченістю практичних питань терапії та психолого-педагогічної корекції дітей зазначеної категорії [5, с.10].

Інклюзивне навчання для дітей з розладами спектру аутизму (РАС) у дошкільних закладах є важливим кроком в створенні сприятливого та різнобічного навчального середовища. Оскільки збільшується відсоток дітей даної категорії, збільшується і потреба в їх соціалізації, бо, як показує практика, більшість людей, які страждають аутизмом, мають проблеми у спілкуванні та взаємодії з іншими людьми [3, с. 24].

Проблеми аутичних дітей у своїх працях вивчали В. Башина, О. Бичкова, О. Богдашина, В. Лебединський, О. Микільська, С. Барон-Кохен, А. Леслі, У. Фріф, Р. Хобсон та інші вчені. Вони звертали увагу на складнощі спілкування таких дітей з іншими людьми, бажання їх бути на самоті, складнощі у вираженні своїх емоцій та почуттів. У сучасній психології термін РАС використовується, перш за все, зарубіжними авторами, зокрема, в класифікації DSM-IV, а також в роботах К. Гілберг, Л. Вінг, Ю. Фриз та інших. У сучасній українській психолого-педагогічній літературі, цей термін зустрічається в дослідженнях таких авторів, як Т. Куценко, К. Островська, Т. Скрипник, В. Тарасун, Д. Шульженко та інші.

Мета дослідження. Теоретично узагальнити особливості формування соціальних навичок у дітей з розладами спектру аутизму в дошкільних закладах з інклюзивним навчанням.

Виклад основного матеріалу. На сьогоднішній день проблема розвитку соціальних навичок дітей дошкільного віку із розладами аутистичного спектру – одна з актуальних проблем психології та педагогіки. На відміну від зарубіжних країн (Західної Європи, США, Японії), де відповідна робота проводиться вже багато років, і є описи позитивних результатів, в Україні практичне вирішення питань щодо соціалізації дітей із РАС знаходиться на стадії розвитку.

Розвиток дітей з аутизмом відрізняється від розвитку нормотипових дітей і може бути досить різним в кожному конкретному випадку. Аутизм - це спектральний розлад, що означає, що він виявляється у різних людей на різних рівнях важкості та з різними симптомами. Однак існують деякі загальні особливості розвитку дітей з аутизмом [5, с. 67]:

1)соціальна інтеракція: діти з аутизмом можуть виявляти обмежений інтерес до соціальної взаємодії. Вони можуть мати труднощі з розвитком

навичок спілкування, включаючи взаємодію з однолітками та розуміння невербальних сигналів, таких як жести та міміка обличчя;

2) поведінкові стереотипи: діти з аутизмом можуть проявляти поведінкові стереотипи, такі як рухи в ритмічному темпі, балаганія, повторювання фраз або слів;

3) специфічні інтереси: діти з аутизмом можуть мати незвичайні або специфічні інтереси, які домінують у їх житті;

4) когнітивні особливості: деякі діти з аутизмом можуть мати високий рівень інтелекту, а інші можуть потребувати спеціальної підтримки через порушення сприйняття, використання мови і комунікації;

5) звукова чутливість: багато дітей з аутизмом можуть бути гіперчутливими до звуків і світла, що може призводити до надмірної роздратованості.

б) потреба в режимі та стабільності: діти з аутизмом зазвичай користуються режимом та структурою в їхньому житті, і зміни можуть бути важкими для них.

Формування соціальних навичок у дітей дошкільного віку є важливим завданням, оскільки ці навички є основою для успішної соціалізації та міжособистісних відносин. Ось деякі способи, якими можна сприяти розвитку соціальних навичок у дітей дошкільного віку:

1) гра в ролях: допомагає дітям розуміти імпульси та почуття інших людей. Вони можуть пробувати різні ролі і вивчати, як взаємодіяти у різних ситуаціях;

2) спільні ігри: сприяють розвитку навичок співпраці та взаємодії з однолітками. Діти вчаться ділитися, чекати своєї черги, розв'язувати конфлікти та дотримуватися правил;

3) розмови та спілкування: важливо розмовляти з дітьми, заохочувати їх розповідати про свої почуття та думки [1, с. 6].

4) моделювання поведінки: батьки та вчителі можуть бути прикладом для дітей, демонструючи соціальні навички в повсякденних ситуаціях. Потрібно пояснювати дітям, чому ви робите певні речі, і навчити дітей наслідувати це.

5) самоконтроль: діти повинні навчитися контролювати свої емоції та реакції в різних ситуаціях. Важливо вчити їх розпізнавати свої почуття та шукати способи їх виразу без агресії чи неадекватних реакцій.

б) спільні проекти: робота над спільними проектами або завданнями допомагає дітям розвивати навички співпраці, комунікації та вирішення завдань в групі [2, с.55].

Загальною метою є створення безпечного, сприятливого та підтримуючого середовища, в якому діти можуть навчатися та вдосконалювати свої соціальні навички.

Формування соціальних навичок у дітей дошкільного віку є важливим етапом їхнього розвитку, а для дітей з аутизмом цей процес може бути

особливо важким. Специфіка цього процесу для дітей з аутизмом включає наступні аспекти:

1.Індивідуалізований підхід: кожна дитина з аутизмом унікальна, і її потреби та можливості можуть значно відрізнятись. Важливо розробити індивідуальний підхід до навчання та формування соціальних навичок, враховуючи рівень розвитку, інтереси та особливості кожної дитини.

2.Структуроване навчання: діти з аутизмом зазвичай користуються структурованим навчанням та розкладом. Важливо використовувати чіткі інструкції та плани для навчання соціальних навичок, допомагаючи дитині розуміти очікувані дії та реакції.

3.Використання візуальних засобів: використання візуальних підказок, які допомагають дітям з аутизмом розуміти соціальні ситуації, може бути дуже корисним. Це може включати в себе схеми, картинки, плакати і інші інструменти для візуальної підтримки.

4.Моделювання поведінки: вчителі та батьки можуть моделювати соціальну поведінку перед дітьми з аутизмом. Демонструючи правильні способи спілкування та міжособистісних навичок, вони можуть створити приклад для наслідування.

5.Підтримка фахівців та батьків: спеціалісти, такі як логопеди, психологи та терапевти, можуть бути важливою допомогою в навчанні соціальних навичок дітей з аутизмом. Вони можуть розробити індивідуальні програми та методики навчання. Важлива співпраця між фахівцями та батьками, адже вони ті люди, які з дитиною проводять більшість часу.

6.Систематичний підхід: формування соціальних навичок у дітей з аутизмом вимагає систематичності та постійного практикування. Повторення та підтримка важливі для закріплення навичок. [4, с.35].

Висновки. Розвиток соціальних навичок визначається тим, що в даний час розлад аутистичного спектру стає не лише клінічною, але, в першу чергу, психолого-педагогічною проблемою. Практично всі дослідники феномену РАС засвідчують, що соціалізація дітей з аутизмом вимагає терпіння, розуміння та індивідуалізованого підходу. Для розвитку соціальних навичок у дітей з РАС доцільно використовувати певні ігрові підходи, моделювання поведінки та спільні з дорослими проєкти. Важливим є спільна, узгоджена робота фахівців з батьками дитини. З правильною підтримкою та спеціалізованими методиками багато дітей з аутизмом можуть успішно оволодіти основними соціальними навичками та брати участь у соціальних взаємодіях.

Література

1.Базима Н. В. До проблем обстеження стану мовленнєвого розвитку у дітей з аутистичними порушеннями. Логопедія. 2011. № 1. С. 5–10.

2. Грабовська С. Л., Островська К.О. Проект програми комплексної допомоги дітям із спектром аутизму та їх сім'ям. Матеріали науково-практичної конференції «Допомога дитині з аутизмом: проблеми та шляхи вирішення». Львів, 2009 с. С.54–58.

3. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. К.: Самміт-Книга, 2009. 132 с.

4. Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОППО. 2016. 60 с.

5. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. Київ, 2004. 104 с.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Лариса Ляховець,
*старший викладач кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

Вступ. Кожен випадок деформації хребта, що свідчить про остеохондроз, слід уважно вивчати, щоб встановити певну симптоматику цього утворення. Провідними симптомами цього захворювання є біль і рухові порушення, які за даними різних авторів, зустрічаються у 50 - 80% дорослого населення [3].

Аналіз наукових публікацій останніх років відображає позицію багатьох авторів про те, що в патогенезі больового синдрому поряд з дистрофічними змінами в міжхребцевих дисках та хребців поперекового відділу хребта, а також при неврологічних ускладненнях остеохондрозу поперекового відділу хребта значну роль у формуванні клінічних проявів остеохондрозу відіграють ураження м'язової системи [1].

З урахуванням останніх даних на сьогоднішній час переглядаються питання щодо лікувальної тактики у хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта. Все більше визнання отримує комбіноване використання патогенетично обґрунтованих фізіотерапевтичних факторів у лікувальному комплексі. Відмінною особливістю їх є фізіологічність, відсутність алергічних проявів, можливість впливати на багато ланок патогенезу захворювання та органічне поєднання з іншими лікувальними факторами.

Мета дослідження. Поглиблення знань щодо ефективності фізичної терапії при неврологічних ускладненнях остеохондрозу поперекового відділу хребта.

Відповідно до мети роботи було сформульовано такі завдання дослідження:

1. Визначити етіологію та патогенез остеохондрозу.
2. Дослідити сучасні підходи до використання фізичної терапії при неврологічних ускладненнях остеохондрозу поперекового відділу хребта.
3. Розглянути немедикаментозні методи лікування та реабілітаційні заходи при боротьбі з неврологічними ускладненнями остеохондрозу поперекового відділу хребта.

Виклад матеріалу. Лікування ОХ головним чином проводять за допомогою консервативних методів, які направлені на усунення больового синдрому, порушень функцій спинномозкових корінців і попередження прогресування дистрофічних змін в структурі хребта. Комплексна консервативна терапія включає: режим зниження фізичного навантаження на хребет, протезно – ортопедичні засоби (різноманітні види витягування хребта і його зовнішню фіксацію за допомогою спеціальних комірців, і корсетів), фізіотерапевтичні процедури і лікарські засоби, направлені на розслаблення м'язів, усунення набряків і болю, а також рефлексотерапія. Важливе місце в комплексному лікуванні ОХ займає лікувальна фізкультура – вправи в теплій воді, лікувальна гімнастика і масаж [5].

В амбулаторних умовах при ОХ хребта в якості реабілітаційних заходів застосовують: ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні методи, механотерапію, працетерапію, мануальну терапію, мобілізацію за допомогою руху (концепція Малліган), застосування мануально-м'язевого тестування, лікувальна гімнастика по методу Маккензі та інші види фізичного втручання.

Методи фізіотерапії при остеохондрозі поперекового відділу хребта.

Фізіотерапію використовують для поліпшення мікроциркуляції, розвитку глибокої активної гіперемії, гальмування розвитку дегенеративно – дистрофічних змін, усунення рефлекторного м'язового спазму і зміцнення ослаблених м'язів. Застосовують: УФО, ультразвук, електростимуляцію, грязьові, парафіно – озокеритні аплікації, магнітотерапію, бальнеотерапію та інше.

Неврологічні ускладнення остеохондрозу поперекового відділу хребта лікуються не лише поєднанням декількох консервативних методів. Це медикаментозні засоби та різні засоби фізичної терапії: ЛФК, кінезіотерапія, фізіотерапія, масаж тощо. Тільки такий комплекс заходів дасть необхідний результат.

Остеохондроз поперекового відділу хребта поширене захворювання до якого необхідно ставитися серйозно. Використання тільки знеболювальних мазей або кремів, таблеток зніме гострий біль, і такі дії не вирішують проблему

загалом [4]. Біль-сигнал «проблеми» в хребті, і необхідно відразу зреагувати на попередження, щоб уникнути неврологічних ускладнень та негативних наслідків. Програма реабілітації розрахована на:

- Підвищення фізичної активності, відновлення фізичної працездатності;
- Купірування больового синдрому;
- Покращення психоемоційного стану хворого;
- Підвищення рухливості в хребті;
- Адаптація до побутових і виробничих навантажень;
- Покращення якості життя.

Основні компоненти реабілітаційної програми:

1. Оцінка клінічного стану хворого:

- консультація невропатолога;
- консультація фізичного терапевта,
- психотерапевт, за свідченнями.

2. Оцінка функціонального стану хворого:

- проведення загальноклінічних лабораторних досліджень (ЗАС, ЗАК, хімічний аналіз крові, коагулограма),
- електрокардіографічне дослідження.

3. Фізична реабілітація:

- курс лікувальної гімнастики з дозованими фізичними навантаженнями;
- механотерапія;
- гідрокінезотерапія в басейні,
- апаратний та ручний масаж;
- фізіотерапія (СМТ-терапія, дарсонвалізація, фонофорез, лазеротерапія, магнітотерапія, «біоптронна» терапія, бальнеотерапія).

4. Психологічна реабілітація:

психологічна адаптація, підвищення толерантності до психоемоційного стресу;

подолання або пом'якшення психологічних розладів, що виникли.

5. Комплексне медикаментозне лікування

Програма є орієнтовною, остаточно встановлюється після огляду пацієнта та вивчення представленої медичної документації. Курс реабілітації 12 - 18 днів; процедури проводять щодня або через добу.

Висновок. Диференціація заходів фізичної терапії у пацієнтів з остеохондрозом хребта є простим та ефективним способом визначення оптимального реабілітаційного втручання. Отже:

1. Сучасний підхід фізіотерапевтів щодо лікування пацієнтів з діагностованими неврологічними ускладненнями остеохондрозу поперекового

відділу хребта, включаючи вибір специфічних фізіотерапевтичних втручань, повинен здійснюватися з урахуванням наступних факторів: (1) процесу захворювання, (2) індивідуальних особливостей пацієнта (наприклад, вік, стать, наявність коморбідної патології), (3) результатів клінічного обстеження, (4) результатів діагностичної візуалізації, (5) консультації лікаря та цілей пацієнта для терапії.

2. Застосування мультидисциплінарного підходу у хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта має велике значення для зменшення інтенсивності болю та досягнення хорошого функціонального відновлення рухової та стабілізуючої функції м'язів хребта.

3. Добре підібрана програма фізичної терапії для хворих з неврологічними ускладненнями остеохондрозу поперекового відділу дозволяє враховувати психологічні та соціальні фактори, знижуючи психоемоційне напруження пацієнта, який приймає ліки, що відповідає сучасному біопсихосоціальному підходу реабілітації остеохондрозу хребта.

Література

1. Гета А. В. Використання засобів фізичної реабілітації для осіб з остеохондрозом шийного відділу хребта. *Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення: збірник наукових праць*. Харків: 2018. С. 44-54.

2. Згурський А.А. Диференціація заходів фізичної терапії залежно від стану пацієнтів з неспецифічним болем у спині. *Молодь та олімпійський рух*. Збірник тез доповідей XII Міжнародної конференції молодих вчених, 17 травня 2019 року [Електронний ресурс]. К., 2019. С.235-236.

3. Кальонова І.В. Лікувальна фізична культура і масаж у реабілітації хворих з вертеброгенними радикулопатіями / І.В. Кальонова, А.О. Кузнєцов. *Вісник Запорізького національного університету*. 2015. № 1. С. 109 – 116.

4. Попович Д.В. Реабілітація хворих на остеохондроз хребта / Д. В. Попович, В. Б. Коваль, И. Н. Салайда, Е. В. Вайда, А. В. Руцкая. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2017. № 4. С. 74 – 77.

5. Пустовойт Б.А. Сучасні принципи фізичної реабілітації хворих на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2018. №4. С. 50 – 53.

ОРІЄНТОВАНА НА КЛІЄНТА ЕРГОТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Марія Мазепа,
д.м.н., професор, професор кафедри,
Ярина Васильків,
магістрантка,
Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського, Львів, Україна

Постановка актуальності проблеми. Ревматичні хвороби (РХ) розглядаються у всьому світі як одна з найбільш розповсюджених патологій та як одна з найбільш значущих медичних та соціально-економічних проблем сучасного суспільства. РХ суттєво знижують якість життя, призводять до значних витрат на охорону здоров'я і негативно впливають на національну економіку. Ревматоїдний артрит (РА) - це одне з найпоширеніших захворювань в ревматології. На РА страждає приблизно 1% населення земної кулі (приблизно 40 млн. чоловік). РА існує стільки ж часу, скільки існує людство. Це захворювання зустрічається у людей різних професій, соціальних верств, рас і національностей, що живуть у всіх частинах світу [6]. РА є запальним захворюванням – поліартритом або артритом декількох суглобів, при якому уражаються багато суглобів, зрідка і різні внутрішні органи. Захворюванням можуть бути охоплені також і прилеглі до суглобів тканини, наприклад, суглобові сумки, піхви сухожиль, м'язи [3, 4]. Це хронічне захворювання, яке протікає хвилеподібно із загостреннями і загасання процесу. Вже одного разу почавшись, хронічне запалення в суглобах зазвичай триває все життя. Його не вдається повністю вилікувати, але завдяки лікуванню на перебіг захворювання можна суттєво вплинути і захистити суглоби від важких ушкоджень. Втрата працездатності і зростання інвалідності є найважливішим соціально-економічним наслідком РА. Непрацездатність може виникати вже на ранній стадії розвитку хвороби і стає життєвою проблемою у 27% хворих на РА протягом перших трьох років після початку хвороби, а через 8-11 років виникає приблизно у 85% пацієнтів, які потребують постійного сучасного медикаментозного лікування, проведення реабілітаційних заходів, обов'язкової госпіталізації при загостренні хвороби, нерідко складних ортопедичних оперативних втручань та ерготерапії [2, 5, 6].

Мета дослідження – визначити за даними літератури сутність ерготерапії у хворих на РА на різних стадіях захворювання.

Методи дослідження: Дизайн огляду здійснювався згідно протоколу PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses).

Пошук посилань проводився в базах даних PubMed, EMBASE, PEDro (Фізіотерапія База даних доказів) та Кокрановський центральний реєстр. Пошукова стратегія була виконана шляхом поєднання наступних термінів: РА, фізична терапія, ерготерапія.

Виклад основного матеріалу. Клієнт-орієнтована ерготерапія – це свого роду партнерство між клієнтом/пацієнтом і терапевтом, яке дозволяє надати пацієнту можливість брати участь у функціональній діяльності, щоб виконувати його/її професійні ролі в різних середовищах [7]. Філософія клієнт-центристського підходу включає розширення можливостей і скерування пацієнтів для досягнення одужання за допомогою балансу сил між терапевтом і пацієнтом. У цьому підході терапевт виступає в ролі вихователя. Таким чином, для ретельного аналізу лікування необхідна достатня інформація та навички спілкування. Очікування та цілі досягаються разом з пацієнтом. (8) Коли підхід, орієнтований на клієнта, може бути повністю застосований, пацієнт самостійно приймає рішення на основі своїх цілей. Крім того, влада передається від терапевта до пацієнта. У такому випадку терапевт підтримує період прийняття рішення пацієнта та приймає його/її рішення. Ерготерапевт оцінює наявні або потенційний рівень можливостей, зіставляючи його з тим, що людині потрібно, що для нього важливо, чого він хоче і на що він здатний.

Ерготерапевти використовують часто паралельно, 2 стратегії відновлення можливостей:: розвиваючу стратегію - відновлення постраждалої функції; компенсаторну стратегію - заміщення втраченої функції [7, 9] Ерготерапевтична оцінка полягає у визначенні рухової можливості, можливості, м'язового тону, м'язової сили, координації рухів, дрібної моторики кисті, маніпуляції, спритності, тонкої координації, балансу і контролю за положенням тіла, праксису і планування рухів, білатеральної інтеграції, чутливості, навичок сприйняття, болю, пам'яті, рівня свідомості, орієнтації, усвідомлення проблем, навичок, можливість навчання, оцінка безпеки, інструменту [7].

Ерготерапевти працюють в безпосередній близькості з фізичними терапевтами, медсестрами, родичами та іншими членами бригади, допомагають пацієнтам відновити навички повсякденної активності і максимально просунути в досягненні його власних життєвих цілей, включаючи роль в сім'ї і суспільстві. Ерготерапевти радять, як оптимально змінити навколишнє середовище і використовувати додаткові пристосування для кращого виконання дій.

Роль ерготерапевта - навчити використовувати можливості руху в усіх уражених суглобах.. Ерготерапевт - це фахівець, який допомагає людям досягти їх максимального рівня функціонування та незалежності у всіх аспектах життя.

Завдання ерготерапевта - адаптація пацієнта в його повсякденній діяльності, досягнення максимальної незалежності в самообслуговуванні з урахуванням функціональних можливостей [8, 9, 10]..

Канадська оцінка виконання діяльності (Canadian occupational performance measure, COPM). Даний інструмент дозволяє з точки зору пацієнта оцінити зміни у важливій для нього діяльності. COPM може бути використана при первинній оцінці пацієнта дз РА ля розуміння труднощів, які виникають у нього під час повсякденної діяльності, а також може застосовуватися для повторної оцінки з метою визначення ефективності втручання [8]. Дана модель базується на тому що: здійснення діяльності залежить від когнітивних, фізичних, розумових та соціальних можливостей конкретної людини; діяльність людини складається із трьох компонентів: самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля; рівень діяльності піддається впливу зовнішніх факторів, таких як навколишнє середовище та рівень ролі, яку людина відіграє в житті [11, 12]. За COPM основні сфери діяльності розділені на три груп: самообслуговування, догляд за собою, участь в житті суспільства, функціональна мобільність; продуктивна діяльність: ведення домашнього господарства, наявність роботи; дозвілля: спокійний відпочинок, активна рекреація і соціалізація [8].

Ерготерапевт, який проводить оцінку COPM має дотримуватися правил щодо проведення тесту. Оцінка проводиться у чотири кроки: Крок 1. Потрібно попросити пацієнта описати як він проводить свій звичайний день та які види діяльності виконує. А потім попросити визначити, які види діяльності він хотів би виконувати, але не задоволений їхнім виконанням, або має із ними труднощі Крок 2. З допомогою візуальної шкали пацієнт оцінює кожен із перелічених ним діяльностей за важливістю виконання для нього. Де 1 – зовсім не важливо, а 10 – дуже важливо . Кроки 3 і 4. Пацієнт повинен вибрати 3 види діяльності, які є найважливішими для нього. Потім за допомогою шкали визначити задоволеність від виконання та важливість даної діяльності. Далі ерготерапевтом здійснюється підрахунок балів. Якщо буде проводитися повторна оцінка, то пацієнт знову оцінює рівень виконання та задоволеність від кожної діяльності та ерготерапевт підраховує нові бали. Різниця між початковою та наступною оцінкою демонструє результат втручання [7, 8].

Канадський показник професійної ефективності (COPM) — це вимірювання результатів, орієнтоване на клієнта, яке дозволяє пацієнтам

оцінювати свою професійну продуктивність і задоволення від продуктивності в сферах самообслуговування, продуктивності та дозвілля [8]. Однак більшість досліджень були розроблені для аналізу застосування орієнтованої на клієнта трудотерапії та/або СОРМ з точки зору терапевтів, тоді як лише деякі дослідження зосереджені на поглядах пацієнтів. Кјекен I, та співавт. [9]. стверджують, що медична професія не приймає принципи, орієнтовані на клієнта в практичній діяльності.

Оскільки РА у більшості пацієнтів призводить до прогресуючого руйнування суглобів із деформаціями та різним ступенем обмеження повсякденної діяльності., а непередбачуваний і болісний перебіг хвороби викликає сильний стрес у пацієнтів, це значно впливає на якість їхнього життя [10, 11]. При цьому особи з РА можуть відігравати важливу роль у лікуванні свого захворювання.

Широкий спектр освітніх програм є частиною лікування РА. Ці терапевтичні заходи призначаються, навчаються або рекомендуються з метою зменшення деформацій і підтримки або покращення функції. Симптоми, включаючи біль, втому, ригідність і зниження м'язової сили, викликають значні труднощі в повсякденній діяльності, такий як догляд і одягання, приготування їжі, прибирання, покупки, робота та відпочинок. Фізичні, особисті, сімейні, соціальні та професійні наслідки РА є великими. Найважливішими втручаннями в ерготерапії при РА є навчання навичкам, консультивання, навчання захисту суглобів, призначення допоміжних пристроїв і надання шин. Поради чи інструкції щодо використання допоміжних пристроїв та навчання самообслуговування та продуктивної діяльності є основними втручаннями для пацієнтів з РА, яким віддають перевагу ерготерапевти. [13]. Однак вплив ерготерапії на функціональні показники та соціальну участь пацієнтів з РА систематично не вивчався. Є кілька досліджень, які підкреслюють, що ефективність рандомізованих контрольованих комплексних ерготерапевтичних втручань у пацієнтів з РА повинна бути досліджена. [14, 15, 16]. Нк знайдено немає жодного дослідження у вітчизняній літературі, яке б вивчало орієнтовану на клієнта трудотерапію у пацієнтів з РА. У нашій країні пацієнти з ревматичними захворюваннями звертаються до фізіотерапевтичних клінік, щоб зменшити біль і подолати обмеження активності. Ерготерапія є новою професією в Україні, тому обізнаність про це серед медичних працівників обмежена. Ми сподіваємося, що це повідослення приверне увагу до важливості орієнтованої на клієнта ерготерапії при ревматичних захворюваннях ув Україні.

Висновок. Орієнтована на клієнта ерготерапія може зменшити обмеження активності та участі та підвищити якість життя пацієнтів з РА. Тим не менш,

необхідні подальші дослідження для вивчення довгострокових ефектів орієнтованої на клієнта ерготерапії у пацієнтів з РА.

Література

1. Дорошенко Т. В. Лікувальна фізкультура в комплексній терапії хворих на ревматоїдний артрит /Т. В. Дорошенко, С. В. Ярцева, Е. Р. Линниченко. Український медичний альманах. 2008. Т. 11. № 6 (додаток). С. 28–29.
2. Коваленко В. М. Ревматоїдний артрит. Діагностика та лікування / В. М. Коваленко, М. М. Шуба, Л. Б. Шолохова ; за ред. В. М. Коваленко. К. : Моріон, 2001. 272 с.
3. Нейко Є. М., Яцишин Р. І., Штефюк О. В. Ревматоїдний артрит: сучасний погляд на проблему // Український ревматологічний журнал. 2009. № 2 (36). С. 35–39.
4. Полулях М. В. Програма фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит при ендопротезуванні колінного суглоба / М. В. Полулях, С. І. Герасименко, І. В. Рой, Т. В. Заморський, І. А. Лазарев, В. П. Черняк //Ортопедія травматологія протезування. 2007. № 3. С. 106–110.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Ревматоїдний артрит». Український ревматологічний журнал. 2015. №59 (1). С. 9 – 27. .
6. Sumsion T. A revised occupational therapy definition of client-centred practice. Br J Occup Ther. 2000;63:304–309. [Google Scholar] [Mortenson WB, Dyck I. Power and client-centred practice: an insider exploration of occupational therapists' experiences . Can J Occup Ther. 2006;73:261–271. [PubMed] [Google Scholar]
7. Mortenson WB, Dyck I. Power and client-centred practice: an insider exploration of occupational therapists' experiences . Can J Occup Ther. 2006;73:261–271. [PubMed] [Google Scholar]
8. Kjekken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, Uhlig T. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility . Arthritis Rheum. 2004;51:709–715. [PubMed] [Google Scholar]
9. Hammell KR. Client-centred practice in occupational therapy: critical reflections. Scand J Occup Ther. 2013;20:174–181. [PubMed] [Google Scholar]
10. Malcus-Johnson P, Carlqvist C, Stureson AL, Eberhardt K. Occupational therapy during the first 10 years of rheumatoid arthritis . Scand J Occup Ther. 2005;12:128–135. [PubMed] [Google Scholar]

11. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MA, van den Ende CH. Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum.* 2002;47:672–685. [PubMed] [Google Scholar]
12. Schulz KF, Altman DG, Moher D. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *BMC Med.* 2010;8:18–18. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
13. Yakut Y, Yakut E, Bayar K, Uygur F. Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007;26:1083–1087. [PubMed] [Google Scholar]
14. Kutlay S, Küçükdeveci AA, Gönül D, Tennant A. Adaptation and validation of the Turkish version of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale. *Rheumatol Int.* 2003;23:21–26. [PubMed] [Google Scholar]
15. Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2001;40:1044–1051. [PubMed] [Google Scholar]

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ЗІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Ольга Мальцева,
кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини
Євген Ряшко,
студент другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Постановка актуальності проблеми. Рівень професійної підготовленості та зрілості молоді особи визначає перспективи особистісного розвитку майбутнього фахівця, успішності його подальшої професійної діяльності. Оволодіння, розвиток, формування професійних здібностей майбутніх спеціалістів відбувається в процесі навчання, як під час мовного спілкування (наприклад, опитування, обговорення теоретичного матеріалу по темі), так і безпосередньо під час практичного заняття (мовна ситуація).

За даними Рубель О. М., для формування професійної діяльності студентів має важливий вплив рівень розвитку комунікативних здібностей. Комунікативна діяльність – складна багатоканальна система взаємодії та взаємовідносин різних людей: взаємне сприйняття, живий обмін інформацією, спілкування, зміни позицій, прийняття рішень, подолання конфліктів тощо. В результаті встановлюються зв'язки між людьми: обмін різними видами

діяльності, продуктами та результатами діяльності, інформацією, ідеями, цінностями. Висновки автора узгоджуються з нашими даними щодо важливості проведення досліджень відносин між людьми в різних соціальних групах. Для успішної професійної діяльності, особливо в медицині, необхідні знання щодо розуміння людини людиною, вміння сприймати людину як особистість (незалежно від стану здоров'я), вміння слухати іншу людину та адекватно реагувати, здатність впливати на інших людей, уміння вирішувати конфлікти, володіти як вербальними засобами спілкування, так і не вербальними (поза, міміка, жести) тощо. Комунікативні здібності допоможуть молодим спеціалістам взаємодіяти з різними людьми, переконувати їх у справедливості своїх ідей (наприклад, при складанні комплексу методик фізичної терапії), відстоювати свою професійну позицію. Зазначені вміння будуть визначати успіх кар'єри у майбутньому [1, С. 661–667].

За результатами досліджень Бабаєва В. М., Пазиніч С. М., студенти протягом всього періоду перебування у навчальному закладі продовжують дорослішати (психофізіологічний розвиток), активно формувати особистість з перебудовою соціальної практики (спорт, дозвілля, саморегуляція, трудова діяльність, мистецтво); засвоювати нові соціальні ролі; встановлювати нові, більш зрілі відносини з ровесниками обох статей; вчитись зберігати своє здоров'я; формувати емоційну незалежність від батьків та інших дорослих; готуватися до професійної діяльності; формувати соціально відповідальну поведінку (підготовка до участі у діяльності суспільства та засвоєння політичної та суспільної відповідальності громадянина) та систему цінностей, етичної свідомості як орієнтирів власної поведінки, в процесі якої відбуваються зіткнення з викладачами, однолітками, батьками, соціальним середовищем, розширення «особистісного простору» [2, С. 97–110].

Мета, завдання дослідження. Вивчення можливостей формування нових підходів при організації професійної підготовки студентів. Завдання дослідження: провести опитування, бесіди зі студентами факультету молодших та старших курсів щодо професійної підготовки та компетентності зі фізичної терапії, ерготерапії.

Виклад основного матеріалу. Опитування студентів перших курсів показало закономірно низький рівень адекватної навчальної діяльності. При наявності великого бажання оволодіти знаннями перед молодими особами з'явилися непередбачувані обставини організаційного порядку: змінився режим у побутовій діяльності, навчальний розпорядок, збільшились обсяги навантажень; студенти підтвердили і негативний вплив окремих зовнішніх чинників: вірусні інфекції, стресові ситуації (відключення освітлення, обмеження пересування, вимушена гіподинамія). Визначився низький рівень

професійної компетентності, певна недосконалість процесів логічного мислення, важливість зв'язків теоретичних знань зі практичними навиками у майбутній професійній діяльності.

При опитуванні студентів старших курсів було встановлено, що подальший розвиток критичного та системного мислення (основи яких були започатковані на базі середньої освіти), допомагають успішно навчатись у відповідності до реалій сьогодення. Визначились переваги дистанційної форми навчання, здобувачі освіти відзначили ефективність методу «малих груп», при вирішенні ситуаційних завдань навчальний процес наближається до реальності. Відбувається постійне удосконалення формування фахових компетентностей: здатність особистості до самостійного оцінювання дійсності, інформації, знань, думок і тверджень інших людей, уміння знаходити ефективні рішення при певних ситуаціях.

Особливого значення для процесів підвищення професійної майстерності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії набули як теоретичні заняття (лабораторні та практичні), так і клінічні практики (педагогічна, клінічна). Зазначені методи навчання дали можливість поступово сформувати у студентів уміння: при спілкуванні зі здоровими особами (різних вікових груп) та окремими пацієнтами (при наявності патології) визначати характерні ознаки явищ, їх взаємозв'язків; аналізувати та оцінювати (при використуванні різноманітних методик, ресурсів і способів) стан здоров'я кожної особи; зважати на протилежні думки та контраргументи; розрізняти факти; оцінювати надійність джерел і достовірність інформації. В результаті студенти старших курсів свідомо оцінювали процеси навчання, розширювали та поглиблювали рівень професійних знань.

Висновки. Організація професійної підготовки майбутніх фахівців з терапії, реабілітації, ерготерапії, діяльність колективу викладачів, взаємодопомога студентів в групах, сприяли покращенню міжособистісних стосунків, безперервності професійного розвитку. Підтверджено ефективність використання окремих форм інформальної освіти.

Література

1. Рубель О. М. Важливість впливу комунікативних здібностей студентів – майбутніх психологів на формування їхньої професійної діяльності. The 7th International scientific and practical conference “Modern research in world science” (October 2-4, 2022) SPC “Sci-conf.com.ua”, Lviv, Ukraine. 2022. С. 661 – 667.
2. Бабаєв В. М., Пазиніч С. М. Філософія педагогічного спілкування : монографія. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2019. С. 97–110

СОЦІАЛІЗАЦІЯ УЧНІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЯК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Марина Марголич,
*студентка-магістрантка 2 курсу
спеціальності 016 Спеціальна освіта*
Світлана Стеблюк,
*доктор педагогічних наук,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет» Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Важливим завданням сім'ї та закладів освіти є створення сприятливого середовища, яке враховує потреби і можливості кожної дитини, їх успішна соціалізація. В умовах військового стану однією з найуразливіших та незахищених категорій населення є діти та підлітки. За цих обставин учням з порушеннями інтелектуального розвитку складно орієнтуватися на новому місці, трудність виникає під час перебування у бомбосховищі, переважає відчуття розгубленості, тривоги, мають місце інші негативні психічні прояви. Особливо гостро питання соціалізації стоїть у внутрішньо переміщених осіб.

Проблема навчання, виховання, адаптації та соціалізації дітей з особливими освітніми потребами висвітлюється у наукових працях І. Вербовського, Л. Врочинської, Т. Докучини, А. Колупаєвої, Т. Скрипник, Ю.Шевченко та інших. У науковій літературі поняття соціалізація розглядається як активне засвоєння особистістю соціального досвіду та соціальних ролей, норм, цінностей.

Мета дослідження – з'ясувати зміст поняття «соціалізації» дитини з ООП.

Виклад матеріалу. В процесі соціалізації дитина проходить певні етапи:

- адаптація (приспосовування до соціуму);
- індивідуалізація (усвідомлення своїх можливостей);
- інтеграція (намагання знайти своє місце в суспільстві).

Ю. Бойчук, О. Казачінер розкрито форми, методи та прийоми здійснення управління процесом соціалізації дітей з ООП у закладі освіти, де провідна роль, на думку авторів, належить команді психолого-педагогічного супроводу, яка передбачає соціалізацію дітей з особливими потребами, вивчення особистісного потенціалу, містить: співвідношення рівня розумового розвитку дитини і вікової норми; рівня розвитку когнітивної сфери; особливості емоційно-вольової сфери; індивідуально-характерологічних особливостей; рівня сформованості мотивації до навчання; їх творчий та інтелектуальний розвиток через залучення всіх учасників освітнього процесу (батьків, педагогів, дітей) до реалізації запланованих дій щодо особливостей розвитку, спілкування, навчання, професійної орієнтації, соціальної адаптації дитини [1, с.47].

Зміна обставин в останні роки створює для сучасних фахівців труднощі та водночас зумовлює виклик для пошуку інноваційних підходів у навчанні, вихованні та розвитку дітей. З метою успішної соціалізації, батькам в першу чергу необхідно здійснити кілька кроків:

- допомогти дитині познайомитися з однолітками;
- підтримувати спілкування з друзями, яких вимушено розлучила війна;
- залучати до гурткової роботи та секції, де дитина зможе розвиватися;
- долучитися до екскурсії містом;
- розписати розклад дня: ранкову та вечірню гігієну, фізичні активності, навчальні заняття, розваги;
- спілкуватися з дитиною перед сном: слід починати з того, що трапилось поганого протягом дня, а завершувати – на позитивних емоціях.

Корекційна складова окремих занять із дітьми з ООП важлива, проте за спостереженнями фахівців, значного ефекту додають звичні рутинні справи, які можуть стати навчальними для дитини: побутові навички та самостійність; соціальний розвиток; ігри, уподобання, хобі.

На думку Г. Олійник, завданням дорослого є передача дитині тих моральних якостей і норм поведінки, які відповідають вимогам суспільства. Відсутність здатності засвоювати знання призводить до порушення процесу соціалізації [2].

Як показує спостереження, у нашому регіоні чітко налагоджена система психологічної допомоги. Звертаються не тільки тимчасово переміщені особи, а й ті, що за постійним місцем проживання. Психологи допомагають зрозуміти та керувати своїми емоціями, рекомендують стратегії подолання стресу.

Важливо під час освітнього процесу в закладах освіти учителю, асистенту вчителя налагодити контакт між дітьми з різних регіонів. Цьому сприятимуть пізнавальні екскурсії по визначним місцям нашого краю. Рекомендуємо ігри на свіжому повітрі, залучати до виконання українських пісень. Вчителю, асистенту вчителя необхідно поповнити осередок книги з метою ознайомлення із героями України, захисниками та захисницями нашої держави. Спільний перегляд світлин об'єднує дітей в учнівську спільноту.

Література

1.Бойчук Ю.Д., Казачінер О.С. Управління процесом соціалізації дітей з ООП у закладі освіти. Науково-практична конференція, м. Чернігів, 3-4 вересня 2021 р.

2.Олійник Г. Особливості соціалізації дітей з особливими потребами у сучасному українському суспільстві. *Social Work and Education*. Vol. 7, No. 2. Ternopil-Aberdeen, 2020. С. 178–185

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Ксенія Мелега,
*кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри основ медицини*
Віктор Кіш,
*студент II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Есенціальна артеріальна гіпертензія (АГ) або гіпертонічна хвороба (ГХ) – одне з найпоширеніших серцево-судинних захворювань сучасності, яке наприкінці ХХ - початку ХХІ століття набуло характеру неінфекційної епідемії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) АГ (підвищений систолічний артеріальний тиск (САТ) ≥ 140 мм рт.ст. та/або діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) ≥ 90 мм рт.ст.) вражає 1 з 3 дорослих у всьому світі, і є основною причиною передчасної смерті, виникнення інсультів, серцевої недостатності, інфаркту міокарда тощо. Кількість людей, які живуть з АГ подвоїлася з 1990 по 2019 роки з 650 мільйонів до 1,3 мільярда [5]. ГХ виявляє неухильну тенденцію до зростання, обумовлену насамперед тим, що це хвороба цивілізації, її негативних сторін (зокрема, зростаючого темпу життя, хронічного стресу, гіподинамії тощо). Слід зазначити, що причину ГХ не вдається встановити, встановлені фактори ризику захворювання, серед яких генетична схильність, стать, вік, недоліки харчування (надлишок кухонної солі та нестача калію і магнію у раціоні), надлишкова маса тіла і ожиріння, зловживання кавою, алкоголем, знижена рухова активність, куріння, стреси, соціальний статус тощо. Рання діагностика та виявлення факторів ризику ГХ у конкретної людини з наступною модифікацією способу життя, застосуванням засобів фізичної терапії є важливою передумовою ефективного лікування та реабілітації таких пацієнтів [2].

Аналіз наукових досліджень. Фізичній терапії належить важлива роль у реабілітації хворих на ГХ, оскільки регулярні аеробні фізичні тренування та заняття терапевтичними фізичними вправами сприяють зниженню і стабілізації АТ, покращують функціональний стан серцево-судинної системи (ССС) хворих, підвищують фізичну працездатність [1, 3]. Дослідженнями підтверджена ефективність застосування різноманітних видів аеробних тренувань та терапевтичних вправ при ГХ [4]. Вирішенню проблем розробки ефективних програм фізичної терапії при ГХ присвячені наукові праці Білого В.В. (2019), Клеценко Л.В. і Даровської А. Ю. (2019), Шаповалової І. В. та Захаріної Є. А. (2019), Ковальнової А. та Ковальнової О. (2022), Ляшенко В. П., Одинець Т. Є. та Лукашова С. М. (2023), Матової О.О. зі співавторами (2023),

Morales-Palomo F. et al. (2017), Giroid S. et al. (2017), Arslan G., Ceyhan Ö., Mollaoglu M. (2021), Wiacek M. et al. (2023) та інших. Більшість авторів підкреслюють, що головною особливістю фізичної терапії при ГХ є її комплексний, тривалий і поетапний характер з урахуванням стадії захворювання, ступеня підвищення АТ та функціональних можливостей організму. Особливу роль відіграє післялікарняний етап реабілітації хворих на ГХ, на якому можливо застосовувати регулярні фізичні тренування з використанням аеробних навантажень у вигляді дозованої ходьби, скандинавської ходьби, бігу, велотренувань тощо у поєднанні з іншими засобами фізичної терапії. Необхідно здійснити підбір адекватних засобів комплексної фізичної терапії з урахуванням сучасних рекомендацій щодо корекції факторів ризику та харчового раціону, рухового режиму та клініко-функціональних показників організму хворих на ГХ.

Метою дослідження було удосконалення сучасних підходів до фізичної терапії хворих на гіпертонічну хворобу II стадії на основі поєданого застосування дієтотерапії, скандинавської ходьби, кінезіотерапії та реабілітаційного масажу в амбулаторних умовах.

Дослідження проведено на базі кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» в рамках виконання дипломної роботи магістра та теми науково-дослідної роботи кафедри: «Новітні оздоровчо-реабілітаційні методики корекції функціональних порушень в організмі при донозологічних станах та соматичних захворюваннях», номер державної реєстрації 0121U110779. У процесі виконання роботи виконували такі завдання: визначити сучасні підходи та ефективні засоби фізичної терапії хворих на ГХ на основі аналізу науково-методичної літератури; визначити вихідні клінічні дані та функціональні показники організму пацієнтів з ГХ II стадії для визначення засобів та методики фізичної терапії; розробити, апробувати та оцінити ефективність комплексної програми фізичної терапії хворих на ГХ II стадії в амбулаторних умовах. Використовували методи дослідження: аналіз та узагальнення сучасних літературних джерел; оцінку частоти виявлення клінічних симптомів за даними збору анамнезу; соматоскопію, антропометрію з визначенням індексу маси тіла (ІМТ); пульсометрію і тонометрію; визначення адаптаційного потенціалу (АП) системи кровообігу за Р.М. Баєвським; ортостатичну пробу для оцінювання функціонального стану вегетативної нервової системи; методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу. Було обстежено 30 хворих (18 жінок та 12 чоловіків) з встановленим діагнозом ГХ II стадії та з 2 ступенем артеріальної гіпертензії, які перебували на амбулаторному лікуванні у КНП "Ужгородська

міська поліклініка" Ужгородської міської ради. Усі хворі були другого зрілого віку - 42-56 років, середній вік - $48,5 \pm 2,4$ роки. При надходженні на лікування хворі мали типові для ГХ скарги на головний біль, порушення координації рухів, кардіалгії, задишку, серцебиття при фізичному навантаженні, зниження працездатності. При тонометрії визначались підвищені показники АТ, що свідчили про АГ 2 ступеня: САТ в середньому становив $154,4 \pm 3,72$ мм. рт. ст., ДАТ – $94,6 \pm 2,45$ мм рт. ст.; у більшості пацієнтів виявлялась тахікардія і гіперсимпатикотонія за даними ортостатичної проби. Показник АП, який відображає рівень напруження адаптаційних систем та адаптаційну здатність системи кровообігу, становив у середньому $5,0 \pm 0,08$ балів, що свідчить про зрив механізмів адаптації (якщо АП більше 4,3 балів) та вказує на необхідність корекції функціонального стану організму. Хворі отримували за призначенням лікаря медикаментозне лікування, а також відповідно до рухового режиму – розроблений комплекс заходів фізичної терапії, метою яких було зниження АТ до цільових рівнів менше 140/90 мм рт.ст. Було сформовано 2 групи (по 15 осіб у кожній), порівнянні за оцінюваними показниками, для проведення заходів фізичної терапії: основна група (ОГ) і група порівняння (ГП). В обидвох групах хворим призначали дієтотерапію, розроблену за принципами дієти DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension – Дієтичний підхід до лікування гіпертензії), спрямовану на корекцію факторів ризику ГХ; ранкову гігієнічну гімнастику та заходи фізичної терапії, які у ОГ та ГП були різними. Хворим ОГ призначали розроблену програму фізичної терапії, яка включала: скандинавську ходьбу тривалістю до 45 хв 5 разів на тиждень, спеціальні вправи лікувальної гімнастики відповідно до щадного та щадно-тренуючого рухового режиму; реабілітаційний масаж. Хворим ГП призначали лікувальну гімнастику за загальноприйнятою методикою та дозовану ходьбу тривалістю до 45 хв 5 разів на тиждень відповідно до щадного та щадно-тренуючого рухового режиму. Комплекс реабілітаційних заходів проводився упродовж 6 тижнів, після чого були проведена оцінка ефективності програми за змінами досліджуваних показників.

Після повторного обстеження наприкінці курсу реабілітації встановлено, що більш виражена позитивна динаміка клінічних ознак ГХ під впливом комплексних заходів фізичної терапії спостерігалась у хворих ОГ, у яких значно зменшились прояви захворювання, покращилось самопочуття і підвищилась працездатність. Загалом, до кінця курсу реабілітації ЧСС і АТ у пацієнтів ОГ нормалізувались, причому АТ вірогідно знизився порівняно з вихідним рівнем і в середньому становив: САТ - $125,6 \pm 2,65$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАТ - до $83,6 \pm 2,20$ мм рт.ст ($p < 0,01$). Встановлена позитивна динаміка показника АП, який у середньому зменшився з $5,03 \pm 0,08$ балів (зрив механізмів

адаптації) до $4,31 \pm 0,07$ балів (незадовільна адаптація) ($p < 0,05$) наприкінці курсу, що свідчить про підвищення резервних можливостей ССС під впливом фізичних тренувань у пацієнтів з ГХ II стадії ОГ. Також у хворих ОГ спостерігалось суттєве зменшення до 20% частоти гіперсимпатикотонії під впливом проведених заходів.

Висновки. Програма комплексної фізичної терапії хворих на гіпертонічну хворобу II стадії в амбулаторних умовах, яка включає поєднане застосування дієтотерапії, заснованої на принципах DASH-дієти, скандинавської ходьби, комплексу спеціальних вправ лікувальної гімнастики за щадним та щадно-тренуючим руховими режимами, реабілітаційного масажу, може сприяти ефективному зниженню і нормалізації показників артеріального тиску, підвищенню адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи, нормалізації тону вегетативної регуляції функцій організму, що свідчить про її високу ефективність та можливості широкого застосування.

Література

1. Білий В.В. Фізична реабілітація осіб з есенціальною гіпертензією. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання та спорту. 24.00.03. Київ, 2019. 22 с.
2. Циранюк Ю., Андрійчук Б. Фактори ризику розвитку артеріальної гіпертензії. *Сучасні оздоровчо-реабілітаційні технології: матеріали III Регіональної науково-практичної конференції молодих учених / ВНУ ім. Лесі Українки, каф. фіз. терапії та ерготерапії ; редкол.: О. Я. Андрійчук [та ін.]. Луцьк, 2022. Вип. 12. С. 55-57 с.*
3. Effects of repeated yearly exposure to exercise-training on blood pressure and metabolic syndrome evolution / F. Morales-Palomo, M. Ramirez-Jimenez, J.F. Ortega et al. *J Hypertens.* 2017. V. 35. Is. 10. P. 1992-1999.
4. Girold S., Rousseau J., Le Gal M., Coudeyre E, Le Henaff J. Nordic walking versus walking without poles for rehabilitation with cardiovascular disease: Randomized controlled trial. *Ann Phys Rehabil Med.* 2017. V. 60. Is. 4. P. 223-229.
5. First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it> (дата звернення: 05.11.2023).

ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНЦІЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я, ЗДАТНИХ ДО ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ВІЙНИ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Іван Миронюк,
*доктор медичних наук, професор,
проректор з наукової роботи,
Ужгородський національний університет*
Геннадій Слабкий,
*доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я
Ужгородський національний університет*
Вікторія Білак-Лук'янчук,
*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри наук про здоров'я
Ужгородський національний університет*
Михайло Рябінчук,
*головний фахівець з розвитку професійних
компетентностей відділу розвитку
професійних компетентностей,
Державна установа "Центр громадського здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України"*

Вступ. Війна проти російської агресії зробила нові глобальні виклики для системи громадського здоров'я України. Зокрема до них відносяться наступні: ментальне виснаження населення із зростанням рівня саморуйнівної поведінки та вживання психоактивних речовин, зростання рівня передчасної смертності, зростання рівня захворюваності населення на хронічні неінфекційні захворювання та злякисні новоутворення, загроза зростанні інфекційних хвороб, зниження рівня бажаної вагітності тощо [1-3]. При цьому особисте здоров'я для більшості населення не стало пріоритетом з втратою поведінки, яка скерована на профілактику захворювань [4,5].

Мета: на основі існуючої рамки компетенцій BOO3-ASPHER запропонувати формування компетенцій фахівців громадського здоров'я в Україні, здатних до подолання негативного впливу війни на здоров'я населення.

Матеріали і методи. *Матеріали:* дані наукової літератури, нормативно-правові акти із визначення компетенцій фахівців громадського здоров'я. *Методи:* бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. Рамка компетентностей для працівників громадського здоров'я в Європейському регіоні, розробленої BOO3 та ASPHER визначає такі їх

компетентності: зміст та контекст (наука і практика, промоція здоров'я, законодавство, політика та етичні аспекти, єдине здоров'я та єдина безпека), зв'язки та взаємодія (комунікація, культура та адвокація, співпраця та партнерство, лідерство та системне мислення), ефективність та досягнення (урядування та управління ресурсами, Професійний розвиток та усвідомлене дотримання етичних норм, організаційна грамотність та мислення). Кожна категорія компетентності працівників громадського здоров'я наповнена певними індикаторами.

В Україні компетентності працівників громадського здоров'я затвердженні державними освітніми стандартами і в умовах глобальної негативної ситуації в громадському здоров'ї, що викликано війною проти російської агресії не переглядалися.

Проведений аналіз дозволяє рекомендувати перегляд компетенцій фахівців громадського здоров'я з підготовкою спеціалістів здатних до подолання негативного впливу війни на здоров'я населення зокрема:

- здатності формування у населення мотивованого відповідального ставлення до особистого здоров'я;

- здатності проводити ефективні комунікації із населенням з ментальними порушеннями;

- здатності здійснювати психологічну підтримку та надавати профілактичну допомогу населенню особам із саморуйнівною поведінкою;

- здатності до встановлення першочергових завдань до територіальних громад по збереженню та зміцненню здоров'я населення та розробляти проекти відповідних програм та заходів;

- здатності до адвокації із прийняття на різних рівнях управління програм та заходів із збереження та зміцнення здоров'я населення на відповідній території;

- здатності до використання сучасних технологій та методології визначення ризиків для громадського здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій і розробки заходів мінімізації їх негативного впливу при обмежених ресурсах тощо.

Висновки. Враховуючи задачі, які стоять перед системою громадського здоров'я в Україні із подолання наслідків війни проти російської агресії рекомендується перегляд робочих навчальних планів та методичного забезпечення підготовки фахівців для системи громадського здоров'я з метою формування у студентів компетенцій фахівців громадського здоров'я, здатних до подолання негативного впливу війни на здоров'я населення. Рекомендується також затвердження Національного професійного стандарту

працівників громадського здоров'я, який має переглядатися із урахуванням ситуації в громадському здоров'ї країни.

Література

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

2. Слабкий Г. О., Шафранський В. В. Негативний вплив війни з рф на стан громадського здоров'я в Україні // Progressive research in the modern world. Proceedings of the 6th International scientific and practical conference. BoScience Publisher. Boston, USA. 2023. P. 176-182.

3. Слабкий Г. О., Горвард А. М. Експертне визначення впливу російської агресії на громадське здоров'я в Україні. The 9th International scientific and practical conference “Science and innovation of modern world” (May 18-20, 2023) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2023. P. 102-105

4. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Лопіт В.В. Вплив війни проти російської агресії на стан громадського здоров'я населення регіону віддаленого від зони активних бойових дій// Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава, 2023. - С. 44 - 49.

5. Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й., Дикун Р. С. Вплив війни проти російської агресії на відношення вимушених переселенців до особистого здоров'я. The 9th International scientific and practical conference “Science and innovation of modern world” (May 18-20, 2023) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2023. P. 111-113

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВЕЛИКИХ МОВНИХ МОДЕЛЕЙ У НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

Ярослав Михалко,
*кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Вступ. Галузь штучного інтелекту (ШІ) переживає значну зміну парадигми, що викликана появою великомасштабних моделей з саморегулюванням. Ці моделі навчаються на величезних обсягах даних і мають здатність виконувати різноманітні завдання, пов'язані з обробкою природної мови, комп'ютерним зором, роботизованими маніпуляціями та взаємодією людини з комп'ютером. Основні моделі на основі мови, відомі як великі мовні моделі (LLMs), можуть розуміти та генерувати текст природною мовою, що

дозволяє їм брати участь у розмовах і надавати послідовні та контекстуально відповідні відповіді на запити користувачів.

Впровадження великих мовних моделей (LLM), подібних до тих, що містяться в серії Generative Pre-trained Transformers (GPT), має потенціал кардинально змінити процес навчання студентів медичного спрямування, дозволяючи підвищити їхні знання, навички та компетентність. Переходячи від освітньої парадигми, що базується на інформації, до парадигми, що базується на ШІ, важливо пам'ятати, що розуміння як потенційних переваг, так і викликів у медичній освіті має вирішальне значення [5].

Метою роботи був аналіз можливостей використання великих мовних моделей для оптимізації навчання студентів медичного спрямування.

Матеріали та методи. В базах даних PubMed та Google Scholar був проведений пошук публікацій заданої тематики, з використанням ключових слів: large language models, ChatGPT, medical education, students. Отримані результати було проаналізовано та узагальнено.

Результати. ChatGPT, своєю появою у 2022 році, привернув пильну увагу широкої громадськості не тільки до себе, але до LLM та штучного інтелекту загалом. Не стояли осторонь і учасники освітнього процесу. При цьому, дана мовна модель активно використовувалася як здобувачами освіти так і надавачами освітніх послуг. За рік, що пройшов накопичилося чимало даних, як суб'єктивного характеру так і наукових публікацій стосовно різних аспектів використання цього варіанту ШІ в освітньому процесі, в тому числі і при підготовці спеціалістів у галузі охорони здоров'я. Серед основних способів використання LLM Викладачами можна виділити наступні.

Розробка курсів. Педагоги мають можливість забезпечити LLMs набором документів, які служать основою для розробки курсу. У результаті ці моделі можуть створювати навчальний план курсу, який містить стислі описи для кожної теми. Крім того, ці мовні моделі можуть генерувати запитання та підказки, які стимулюють взаємодію між людьми з різними рівнями знань і здібностей, розвиваючи критичне мислення та навички вирішення проблем [4].

Розробка індивідуальних навчальних траєкторій. Педагоги мають можливість використовувати LLMs для створення індивідуальних навчальних траєкторій для своїх студентів. Ці моделі мають можливість оцінювати письмові роботи та відповіді, пропонуючи індивідуальні відгуки та рекомендуючи ресурси, які відповідають унікальним навчальним вимогам кожного студента. Така допомога може оптимізувати процес для викладачів, зменшуючи час і енергію, необхідні для розробки персоналізованого контенту та оцінювання, таким чином дозволяючи їм зосередитися на інших аспектах викладання, наприклад, розробці захоплюючих та інтерактивних занять [5, 4, 8, 3].

Створення завдань. ChatGPT може створювати вправи, тести та завдання, придатні для використання під час занять, полегшуючи як здобуття практичних навичок, так і їх оцінювання. Крім того, його здатність генерувати переклади, пояснення та резюме може допомогти спростити складні навчальні матеріали, зробивши їх більш доступними та зрозумілими для студентів [5, 3, 2].

Автоматизоване оцінювання: LLM пропонують викладачам можливість частково автоматизувати процес оцінювання завдань студентів, одночасно визначаючи потенційні сильні сторони та області для вдосконалення їхньої роботи. Застосування LLMs може оптимізувати процес оцінювання, заощаджуючи час викладачів і забезпечуючи більш узгоджену оцінку багатьох студентів. У контексті виставлення оцінок студентам медичних спеціальностей викладачі можуть вводити завдання для студентів безпосередньо у LLM, який згодом генеруватиме зворотний зв'язок із виділенням областей, де студенти можуть потребувати вдосконалення. Цей відгук може охоплювати такі аспекти, як медична термінологія, стиль написання та точність вмісту. Озброївшись цією інформацією, вчителі можуть надати більш цілеспрямований та персоналізований зворотний зв'язок кожному учневі [5, 3].

Створення клінічних випадків та інтерактивних симуляцій. LLMs, такі як ChatGPT, мають потенціал для створення інтерактивних медичних клінічних випадків, допомагаючи студентам-медикам отримати глибше розуміння тонкощів догляду за пацієнтами. Ці тематичні дослідження допомагають студентам оцінювати та розуміти складні медичні сценарії та етичні дилеми. Подібні симуляції пропонують студентам краще зрозуміти, як хвороби впливають на організм людини, і можуть допомогти їм удосконалити свої клінічні навички, включаючи медичні огляди, діагностику та практику виписування рецептів, і все це в безпечному та регульованому середовищі. Як приклад, ChatGPT має можливість генерувати віртуальних пацієнтів із певними захворюваннями, відповідаючи на запити та дії студентів. Це дає студентам можливість удосконалити свої клінічні міркування та навички прийняття рішень а також віртуально практикувати методи консультування, реабілітації та ерготерапії без будь-яких ризиків [5, 3, 7].

Поздовжнє оцінювання: Викладачі можуть використовувати LLM для відстеження прогресу студентів протягом усього періоду їхньої медичної освіти, визначаючи сфери, де студентам може знадобитися додаткова підтримка. Таке оцінювання за допомогою LLM пропонує комплексний підхід до моніторингу та підтримки освітнього процесу студентів протягом усього курсу навчання. Ця стратегія безперервного оцінювання виходить за рамки традиційного оцінювання «в певний момент часу» та дає змогу викладачам

отримати цінну інформацію про розвиток студентів, визначити сфери для покращення та надати цільову підтримку [1].

Висновки: Використання LLMs у освітньому процесі відкриває нові можливості для навчання та оцінювання студентів. За допомогою цієї технології викладачі можуть індивідуалізувати та інтенсифікувати роботу зі студентами медичних спеціальностей. Це значно полегшує процес навчання та підвищує якість освіти. Однак, варто пам'ятати, що неприпустимо покладатися лише на мовні моделі, а викладач постійно повинен контролювати весь процес.

Література

1. Ahn S. The impending impacts of large language models on medical education. *Korean Journal of Medical Education*. 2023. Т. 35, № 1. С. 103–107. URL: <https://doi.org/10.3946/kjme.2023.253> (дата звернення: 10.10.2023).
2. Anders B. A. Why ChatGPT is such a big deal for education. *C2C Digital Magazine*. 2023. Т. 1, № 18. С. 4.
3. ChatGPT - Reshaping medical education and clinical management / R. A. Khan та ін. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2023. Т. 39, № 2. URL: <https://doi.org/10.12669/pjms.39.2.7653> (дата звернення: 10.10.2023).
4. ChatGPT for good? On opportunities and challenges of large language models for education / E. Kasneci et al. *Learning and Individual Differences*. 2023. Vol. 103. P. 102274. URL: <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2023.102274> (дата звернення: 10.10.2023).
5. Large Language Models in Medical Education: Opportunities, Challenges, and Future Directions (Preprint) / A. Abd-alrazaq et al. *JMIR Medical Education*. 2023. URL: <https://doi.org/10.2196/48291> (дата звернення: 09.10.2023).
6. Lee H. The Rise of ChatGPT: Exploring its Potential in Medical Education. *Anatomical Sciences Education*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1002/ase.2270> (дата звернення: 10.10.2023).
7. Sallam M. ChatGPT Utility in Healthcare Education, Research, and Practice: Systematic Review on the Promising Perspectives and Valid Concerns. *Healthcare*. 2023. Т. 11, № 6. С. 887. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare11060887> (дата звернення: 10.10.2023).
8. The future landscape of large language models in medicine / Clusmann, J. et al. *Commun Med* 3, 141. 2023. URL: <https://doi.org/10.1038/s43856-023-00370-1> (дата звернення: 10.10.2023).

СПЕЦИФІКА РОБОТИ ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИХ ЦЕНТРІВ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Неля Немеш,
*студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта,*
Маріанна Кляп,
*кандидат педагогічних наук
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород Україна*

Актуальність проблеми. Сьогодні кожен на своєму робочому місці має наближати перемогу та мир. Робота освітян має виняткове значення, як щодо нормотипових дітей, так і дітей з особливими освітніми потребами (діти з ООП). Діти, які потребують особливої підтримки, мають отримувати необхідні освітні послуги навіть під час війни, що є вкрай важливішим для їхнього розвитку. Зокрема, це стосується забезпечення рівного доступу до якісної освіти, що є неможливим без участі фахівців інклюзивно-ресурсних центрів.

В умовах війни фахівці Інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) проводять комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дітей, метою якої, відповідно до положення про заклад такого типу, є визначення освітніх труднощів, особливих освітніх потреб дитини, розроблення рекомендацій щодо модифікації чи адаптації освітньої програми, організації освітнього середовища, особливостей надання психолого-педагогічних, корекційно-реабілітаційних послуг [4].

Інклюзивно-ресурсний центр (ІРЦ) - установа, яка створена з метою реалізації 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 навчальних закладах, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти.

Мета інклюзивно-ресурсних центрів: проводити комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини; надавати психолого-педагогічні та конституційно-правові послуги; забезпечують системний та кваліфікований супровід дитини з особливими освітніми потребами [3; 5].

Певні аспекти організаційно-методичних засад діяльності інклюзивно-ресурсних центрів розкривають дослідниці А. Колупаєва та М. Порошенко, дають характеристику мети, завдань та функцій зазначених закладів [3]. Н. Кеда, описуючи систему корекційно-реабілітаційних служб України для дітей з інвалідністю, тільки згадує інклюзивно-ресурсні центри як складову освітньої галузі, але діяльність закладів не аналізує [1]. А. Обухівська у своєму дослідженні [2] торкається багатьох аспектів роботи ІРЦ під час воєнного

стану, однак системного аналізу порушеної проблеми у наукових публікаціях поки-що недостатньо.

Мета дослідження: проаналізувати зміни у діяльності інклюзивно-ресурсних центрів в Україні в умовах воєнного стану.

Виклад основного матеріалу. Функціонування системи інклюзивно-ресурсних центрів в Україні налагоджувалося з 2017 року після затвердження постановою уряду від 12 липня 2017 р. № 545 положення про цей заклад. З початком військових дій на території нашої держави діяльність системи освіти мала терміново перелаштуватися на роботу в умовах воєнного стану. Дуже важливо було з метою продовження надання освітніх послуг забезпечити безпечне функціонування всіх закладів освіти, в тому числі й інклюзивно-ресурсних центрів. Постановою КМУ від квітня 2022 року № 493 ухвалено зміни щодо діяльності ІРЦ в умовах воєнного стану, а саме:

- проведення комплексної оцінки та здійснення системного кваліфікованого супроводу осіб з ООП, які вимушено змінили місце проживання (перебування) та були зараховані в інклюзивні класи (групи) або здобувають освіту з використанням технологій дистанційного навчання;

- надання інформаційної підтримки батькам дітей з ООП щодо закладів, у яких дитина може продовжувати навчання та отримувати інші додаткові послуги.

- корекційна робота з дітьми з ООП з числа внутрішньо переміщених осіб;

- надання послуг дітям, які зазнали психологічної травми внаслідок воєнних дій, визначення необхідного рівня підтримки, надання рекомендацій закладам освіти щодо організації навчального процесу для таких дітей [4].

До змін у роботі інклюзивно-ресурсних центрів у період воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану(особливого періоду) віднесено ще спрощену процедуру подавання документів для проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини з числа внутрішньо переміщених осіб, зокрема:

- можуть надаватися копії документів, що посвідчують особу дитини, особу батьків (інших законних представників) дитини, повнолітньої особи, свідоцтва про народження дитини, або пред'являтися документи з використанням мобільного додатку Дія (Дія);

- для дітей, які переїхали на тимчасове місце проживання, комплексна оцінка проводиться протягом тижня з моменту подання (заяви) [4] .

Відповідно до Положення про інклюзивно-ресурсний центр, затвердженого постановою КМУ від 12.07. 2017 № 545 із змінами, внесеними згідно з постановами КМУ № 617 від 22.08.2018, № 983 від 21.10.2020, № 765 від

21.07.2021, а також змін, які внесені в умовах війни № 493 від 29.04.2022, № 979 від 30.08.2022:

- розширено завдання інклюзивно-ресурсних центрів;
- надано додаткові гарантії особам з особливими освітніми потребами, які вимушено змінили місце проживання чи перебування;
- дозволено використовувати документи з мобільного застосунку «Дія»;
- передбачено можливості для осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій і отримали психологічні травми;
- у разі потреби необхідно надавати психологічну підтримку тимчасово переміщеним особам (включаючи їх родини), бійців територіальної оборони, особам, які зазнали психологічної травми під час військових дій та інших завдань, що визначені військово-цивільною адміністрацією з огляду на фах педагогічних працівників ІРЦ [4; 5].

ІРЦ надає не тільки корекційно-розвивальні послуги, а ще й консулює батьків, тобто здійснює просвітницьку діяльність, а це один із ключових та важливих напрямів роботи. Адже ІРЦ є першою ланкою у визначенні індивідуальної траєкторії здобуття освіти дитиною з особливими освітніми потребами, стратегій необхідного супроводу та підтримки [2].

Особливі освітні потреби зумовлюють, насамперед, необхідність адаптації освітнього середовища (створення індивідуальної програми розвитку, адаптацію змісту навчання, методів, матеріалів, результатів діяльності тощо, модифікацію навчальних програм, залучення підтримки фахівців (міждисциплінарної команди) та допоміжних засобів навчання.

Під час активної фази війни всі послуги, які надаються в ІРЦ, мають супроводжуватися створенням безпечних умов як для вихованців та їх батьків, так і для персоналу установи. З цією метою були обладнані окремі сховища або відповідні до вимог безпеки приміщення, налагоджено проведення корекційних занять онлайн, зв'язок з вихованцями та їх батьками, які тимчасово перебувають за кордоном, через соціальні мережі [2].

Висновки. В умовах воєнного стану інклюзивно-ресурсні центри наполегливо працюють над створенням оптимальних умов для стимулювання розвитку, соціальної адаптації, розкриття власного потенціалу кожної дитини з особливими освітніми потребами, що є надзвичайно важливим та необхідним у сучасному суспільстві. Вимагає вдосконалення та упровадження інших новітніх розробок та залучення відповідних ресурсів з метою надання допомоги дітям з посттравматичними станами. У зв'язку з певним відтоком фахових працівників ІРЦ і неможливістю виконання великого обсягу професійної роботи виникає необхідність у залученні до роботи значної кількості молодих фахівців, а також

удосконалення та пошук нових форм, методів та технологій надання освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами.

Література

1. Кеда Н. Актуальні питання, мета і завдання корекційно-реабілітаційних служб України для дітей з інвалідністю та/або з особливими освітніми потребами. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету*. Сер.: Педагогічні науки. 2019. Вип. 2. С. 60-70. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nzbdpu_2019_2_8.

2. Обухівська А. Діяльність інклюзивно-ресурсних центрів у підтримці дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану. URL: https://lib.iitta.gov.ua/736036/1/%D0%9E%D0%B1%D1%83%D1%85%D1%96%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0%D0%90%D0%93_Tezu_Inklyz_osvita-232-236.pdf

3. Порошенко М.А., Колупаєва А.А. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – Київ : 2018. – 252 с.

4. Про внесення змін до Положення про інклюзивно-ресурсний центр. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2022 року № 493. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/493-2022-%D0%BF#Text>

5. Про затвердження положення про інклюзивно-ресурсний центр. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 року № 545. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-p-8>

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Богдана Петруляк,
*студентка магістерського рівня вищої освіти спеціальності 227
Фізична терапія, ерготерапія*
Мар'яна Дуб,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
завідувач кафедри наук про здоров'я
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна*

Однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства продовжує залишатися реабілітація дітей, хворих на ДЦП. Частота захворювань на церебральний параліч становить 2-2,5 випадків на 1000 населення, у різних регіонах України цей показник становить від 2,3 до 4,5 випадків на 1000 дитячого населення [2]. На сьогоднішній день не існує чіткої системи усунення цієї патології, однак є багато програм, методик і технологій направлених на

корекцію рухових порушень у дітей з ЦП. Проте більшість із них будуються з урахуванням лише форми ЦП [4].

Мета дослідження: аналіз ефективності застосування реабілітаційних заходів для дітей з церебральним паралічем.

Методи дослідження – системний аналіз інформаційних джерел з питань фізичної реабілітації при ДЦП.

Результати дослідження. На сьогоднішній день існує чимало методів та методик реабілітації для подолання ДЦП у дітей. Терапія з включенням методу віртуальної реальності включає основні принципи теорій рухового навчання. Віртуальна реальність забезпечує повторювані практичні та позитивні зворотні зв'язки, щоб підвищити функціональну незалежність у щоденних завданнях. Розуміння ефекту віртуальної реальності показано в дослідженні в якому взяли участь 29 випробовуваних (дослідна група – 14 та контрольна група – 15). Рівень участі, мотивації, співпраці та задоволеності був значно вищим у досліджуваній групі дітей порівняно з контрольною групою, в обох групах покращилися рівновага та ручні здібності [1,3].

Вплив цільового танцювального класу з використанням принципів класичного балету для реабілітації дітей з церебральним паралічем на рівновагу та контроль верхніх кінцівок оцінено у пілотному дослідженні Читлалі Лопес-Ортіс та спів. (2016). У дослідженні брали участь 12 дітей з церебральним паралічем (віком 7–15 років) II–IV класифікація валових рухових функцій. Заняття проводилися тричі на тиждень протягом 4-тижневого періоду на протязі години. Покращення шкали педіатричної рівноваги були присутні в групі цільового танцювального класу в порівняннях до, після та через 1 місяць спостереження ($p\text{-value} = 0,0088$ і $p\text{-value} = 0,019$ 24 відповідно). Тест якості навичок верхніх кінцівок не досяг статистичних відмінностей в жодній з груп [5].

Важливість мультисенсорної терапії з використанням мультисенсорної кімнати у дітей з церебральним паралічем як додаткове збагачення середовища, яке може викликати у дітей інтерес до вправ і вдосконалення їх дрібної та великої моторики показано в дослідженні Králová E. Проведена терапія в кімнаті Снузлін, значно зменшила дезадаптацію у дітей із затримкою розвитку [6].

Висновки. Аналізуючи дані літературних джерел можна визначити, що віртуальна реальність призводить до розвитку впевненості та адекватності рухових та ігрових видів діяльності, які пацієнтові неможливо виконати в реальному світі. Мультисенсорна терапія позитивно впливає на дрібну моторику, вербальне та невербальне спілкування, а також покращує міжособистісні стосунки.

Література

1. Буховець Б. О. Фізична реабілітація дітей з церебральним паралічем з використанням бобат-терапії. Київ, 2018. С. 231.

2. Вакуленко Л.О. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: підручник. Тернопіль: Укрмедкн: ТДМУ, 2018. С. 322-368.

3. Западнюк А, Стовбецька Я. Вибір методів фізичної реабілітації у дітей зі спастичною та дискінетичною формами ДЦП. 2017. С. 117-118.

4. Юшко Н. Г. Розвиток локомоторної функції у дітей молодшого шкільного віку з дцп засобами адаптивної фізичної культури. Сучасні реабілітаційно-спортивні технології: теорія і практика. Полтава: ПШП, 20 лютого 2019. 170 с.

5. Citlali López-Ortiz, Tara Egan, Deborah J Gaebler-Spira: *Sage journal*. Pilot study of a targeted dance class for physical rehabilitation in children with cerebral palsy. First Published September 23, 2016. P. 39-41.

6. Králová E. et al. Multi-sensory room in nursing care of a child with cerebral palsy. Vol.13, 2019. P. 20-22.

ІГРОВІ ВПРАВИ ЯК ОСНОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Ольга Пишка,
старший викладач кафедри фізичного виховання,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Постановка актуальності дослідження. В основі формування здорового способу життя у дітей з особливими освітніми потребами лежить комплексний підхід, що ураховує структуру порушення, їх вікові особливості й можливості. У Державному стандарті початкової освіти серед ключових компетентностей визначені громадянські та соціальні, що включають відповідальне відношення до особистого й соціального добробуту та здоров'я, дотримання здорового способу життя...[2].

Фізична активність сприяє зміцненню м'язів опорно-рухового апарату, забезпечує соціалізацію (взаємодію з однолітками, комунікацію, діяти відповідно до правил), формує позитивну самооцінку. Здоров'язберігаючі вправи та завдання спрямовані на розвиток загальної та дрібної моторики, координацію рухів, здатності до самообслуговування. Окрім того, дотримання рухової активності зменшує ризик виникнення різних хвороб і ускладнень у дітей, в томі числі з ООП.

Аналіз останніх досліджень. На важливості гри у навчанні, вихованні та розвитку дитини з ООП вказано у посібнику [3]. Через гру дитина висловлює свої емоції, набувається руховий та чуттєвий досвід. Н. Волошко акцентує увагу на психодіагностичних методиках здорового способу життя, а також психології становлення його в освітньому в процесі [1]. І. Дорошко, О.

Малихіна, Л. Туріщева розкривають особливості формування мовлення дітей з порушеннями психофізичного розвитку через ігрову діяльність [1]. Пропоновані заняття будувалися за структурою: створення сюжетно-рольової ситуації, театралізовані ігри, конструювання, вербальні та невербальні ігри.

Мета дослідження: з'ясувати можливості застосування ігрових вправ та завдань у роботі із дітьми з особливими освітніми потребами.

Викладення матеріалу. Ігрові вправи сприяють різнобічному фізичному, емоційному, соціальному розвитку дитини, ураховуючи психологічні особливості школяра, зокрема з інтелектуальними порушеннями, його настрій, емоційно-вольову сферу. Рекомендується вводити ігрові елементи на уроці з метою запобігання перевтоми, переключення уваги. Коротка фізична активність («схід-захід», «стрибки на місці», «колесо обертання»), допомагають відновити працездатність, створюють позитивну атмосферу. Корисними є релаксація із застосуванням дихальної гімнастики (вправа на вдих-видих), елементи музикотерапії – рухи руками й ногами під музичний супровід. Як приклад, гра «дощик». За однією вказівкою педагога дитина піднімає руки та відтворює звук дощу, за іншою – грім.

У практиці роботи закладів освіти мають місце ігрові вправи на подвір'ї, мета яких забезпечити фізичну активність дітей з ООП. Ураховуючи індивідуальні потреби та можливості кожної дитини, рекомендуємо окремі ігри:

Пошук скарбів. Мета: розвивати увагу, мислення, спостережливість. На ігровому майданчику педагог розставляє різні предмети і просить дітей підключитися до пошуку. Можна застосовувати підказки або запропонувати карту.

Цікава стежка. Мета: розвиток координації та рівноваги, мислення. Учитель, асистент учителя створюють доріжку, проходження якої передбачає виконання завдань: пройти через коло, стрибки через стрічку тощо. Однак вважаємо, що слід уникати елементів змагання у класах з інклюзивним навчанням.

Ігри з м'ячем. Дитині пропонують відпрацювати вправи з гімнастичним м'ячем, такі як кидання, ловлення і рухання м'ячем навколо тіла. Це покращить координацію рухів та м'язовий тонус.

Таким чином, нами розкрито можливості застосування ігрових вправ у роботі із дітьми з особливими освітніми потребами, подано окремі види ігор.

Література

1. Волошко Н. І. Психологія становлення здорового способу життя в навчально-виховному процесі. К.: Науковий світ. 2012.

2. Державний стандарт початкової освіти. Постанова Кабінету Міністрів України 21 лютого 2018 р. № 87. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-%D0%BF#Text>

3. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі / навчально-методичний посібник / авт.: Н. Ярмола, Л. Коваль-Бардаш, Н. Компанець, Н. Квітка, А. Лапін. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.

4. Дорожко І. І., Малихіна, О. Є., Туріщева, Л. В. Розвиток комунікативних умінь дітей з ООП в умовах інклюзивного навчання. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 4, 2022. 134-138. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.26>

ДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОГО ВИВЧЕННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Евеліна Плокінгер,
студентка II курсу
спеціальності 016 Спеціальна освіта
Світлана Стеблюк,
доктор педагогічних наук,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

Постановка актуальності проблеми. У сучасній медико-психологічній літературі аутизм розуміють як порушення, що в більших випадках проявляється до двох річного віку. На сьогодні виокремлюють значну кількість чинників, які спричиняють виникнення аутизму. З метою навчання, виховання та розвитку такої категорії дітей створені інклюзивні класи в закладах загальної, середньої та дошкільної освіти, надається психолого-педагогічний супровід.

Для здійснення роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру в закладі дошкільної освіти педагоги мають прийняти й усвідомити нову освітню парадигму, нові способи організації освітнього процесу, розробки навчально-методичного забезпечення, опанувати сучасні методики диференційованого й особистісно орієнтованого викладання, що сприятиме розвитку здібностей дитини, задоволенню особливих освітніх потреб, створенню системи підтримки, участі батьків у навчанні їхніх дітей, розвитку гуманної педагогіки в закладі, яка здатна заохотити дітей до освітнього процесу [2, с. 12-13]. Діагностика аутизму у дітей передбачає здійснення комплексного підходу й використання різних методик та інструментів.

Аналіз наукових досліджень. Питання навчання, виховання та розвитку дітей з розладами аутистичного спектру розглядалося багатьма науковцями: Ю. Кудрявцева, І. Недозим, К.Островська, О. Романчук, Т. Скрипник, Г. Супрун, В. Тарасун, Г. Хворова, М.Химко, Д. Шульженко та ін. Як зазначає колектив авторів [4, с. 4], незважаючи на певний ефект медикаментозної, дієтичної та інших видів терапії, яку практикують спеціалісти різного профілю, провідною формою роботи з аутистичними дітьми є психолого-педагогічна корекція. Систематична комплексна психолого-педагогічна корекція дітей з РАС можлива лише в спеціально організованих умовах. Комплексна абілітаційна робота з аутистичними дітьми охоплює психологічну і педагогічну корекцію, виявлення і розвиток творчих здібностей дітей, розвиток мовлення та комунікативних навичок, а також систематичну працю з батьками.

Мета дослідження. Проаналізувати окремі діагностичні методики вивчення дитини з РАС.

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

Виклад основного матеріалу. Для оцінювання психолого-педагогічного розвитку дитини, окрім спостереження та бесіди з батьками, проводиться комплекс дагностичних методик, які аналізують певні аспекти психічного процесу дитини. Діагностика спектру аутизму проводиться кваліфікованим фахівцем й результати досліджень мають бути помітні в комплексі для точної діагностики та розробки індивідуального плану та підтримки. Серед методик виокремлюємо

WISC-IV – методика, яка включає субтести та завдання, які оцінюють інтелект: вербальний, невербальний, можливості обробки інформації та інші когнітивні навички. Вона дозволяє виявити сильні та слабкі сторони дитини, що є вкрай важливим для визначення підходів у освітньому процесі.

M-CHAT являє собою анкету для батьків, призначену для визначення ризику аутизму. Її можна використовувати для попередньої оцінки можливого аутизму у дітей віком від 16 до 30 місяців.

ADOS – методика, яка оцінює комунікаційні та соціальні навички дитини. Фахівець фіксує як вона взаємодіє з іншими особами під час гри чи при певних ситуаціях, рівень вербальної та невербальної комунікації, реакцію на емоції та обличчя інших людей.

LEITER-3 оцінює пам'ять, увагу, рівень невербального інтелекту, нейропсихологічні особливості розвитку.

Прикладний поведінковий аналіз (АВА) на сьогодні широко застосовується при роботі з дітьми з РАС. Він довів свою ефективність при навчанні дітей таким навичкам: самообслуговування, академічним навичкам,

спілкування тощо. АВА використовує методи, що ґрунтуються на науково встановлених принципах поведінки. Методика є корисною в роботі при порушенні концентрації уваги, соціалізації, пам'яті і навчанні. Цей підхід базується на спостереженні, аналізі та впровадженні систематичних змін у поведінці дитини для покращення її функціонування в різних аспектах життя.

Дослідники переконують, що чим раніше розпочати інтенсивну поведінкову АВА-терапію, тим швидше діти з РАС подолають затримку в розвитку, почнуть включатися в колектив, будуть вдосконалюватися їхні функціональні навички, зможуть засвоювати стандартну програму навчання на рівні з однолітками.

Література:

1. Корекційно-розвивальні методики для роботи з дітьми з аутизмом. URL: <https://znayshov.com/FR/7253/276.pdf>

2. Кривохатько Н. Значення прикладного аналізу поведінки для формування базових мовленнєвих навичок у дітей з розладами аутистичного спектру. Варна, Болгарія, 2021. С. 412-414

3. Островська К., Химко М., Кудрявцева Ю. Особливості абілітації дітей з аутизмом та їх родин. Львів, 2007. 44 с.

ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ МАТЕМАТИЧНИХ УЯВЛЕНЬ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

*Оксана Портна,
студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта*

*Оксана Гаяш,
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Проблема формування елементарних математичних уявлень у дітей з інтелектуальними порушеннями з давніх давен привертала до себе увагу вітчизняних та зарубіжних дослідників. Вивчення специфіки формування елементарних математичних уявлень у дітей з інтелектуальними порушеннями на початковому етапі навчання є досить важливим, адже математика являє собою важливу роль у всебічному, психофізичному розвитку дитини. Опанування елементарними математичними уявленнями сприяє як загальному розвитку дітей, так і корекції недоліків пізнавальної діяльності.

І. Гладченко наголошує, що завдяки математичній підготовці дитина з інтелектуальними порушеннями може правильно сприймати навколишнє середовище, орієнтуватися в ньому, виконувати елементарні арифметичні дії в різних видах діяльності: навчальній, ігровій, трудовій, мистецькій і соціально-побутовій [1].

У дітей з інтелектуальними порушеннями особливості формування елементарних математичних уявлень обумовлені значними порушеннями інтелектуальної, пізнавальної діяльності, порушеннями моторики, аналізаторних систем та мовлення.

Тому робота з формування елементарних математичних уявлень у дітей зазначеної категорії має бути корекційно спрямованою, а саме передбачати врахування недорозвитку пізнавальної діяльності, індивідуальних особливостей і потенційних можливостей (сильних сторін розвитку) кожної дитини. Це сприятиме накопиченню життєвого досвіду, освоєнню кількісних уявлень, що є досить важливим для орієнтування в соціумі.

Як результат, у корекційній освіті були розроблені спеціальні дидактичні вправи, засоби та прийоми, за допомогою яких можна оволодіти елементарними математичними поняттями та освоїти навички віднімання й додавання.

Формування математичних понять та уявлень повинно мати практичну спрямованість на інтереси та досвід дитини, мати тісний зв'язок з іншими навчальними предметами або сферами розвитку дитини, щоб підготувати її до самостійного дорослого життя та оволодінням професійно-трудовами навичками. Опора на чуттєве пізнання, безпосереднє сприймання та взаємодія з предметом, а також застосування особистого досвіду – це головні умови формування математичних понять у дітей з інтелектуальними порушеннями.

В основу опанування математичними уявленнями покладено виконання завдань, які забезпечують корекцію і розвиток зорового, слухового, тактильного сприймання та спрямовані на: упізнавання, називання предметів, співвіднесення предметів за кольором, розміром, формою; класифікацію і порівняння предметів; співвіднесення предмета і зображення; виділення і впізнавання контурних, силуетних зображень; зображень, накладених одне на одне; недомальованих контурних зображень.

Формування математичних уявлень передбачає також розвиток і корекцію порушень просторово-часових уявлень. Для цього використовуються вправи і завдання, спрямовані на розвиток орієнтування у схемі власного тіла (позаду – попереду, внизу – вгорі, ліворуч – праворуч); орієнтування в докільлі (у, в, на, над, під, біля); розташування предмета на площині (вгорі – внизу, по центру, посередині, праворуч – ліворуч).

Важливими також є вправи, спрямовані на розвиток і корекцію дрібної моторики: пальчикові ігри, різні види предметно-практичної, конструкторської діяльності.

Для успішної організації чуттєвого пізнання дитини слід використовувати достатню кількість спеціальних дидактичних засобів навчання.

Науковці в галузі спеціальної педагогіки Л. Прядко та О. Фурман О. виокремлюють усі найпоширеніші засоби навчання, які використовуються на уроках математики:

- 1) навчальні посібники та підручники;
- 2) графічні засоби (таблиці, схеми, набори карток тощо);
- 3) макети та муляжі (трафарети геометричних фігур, фрукти, овочі, дерева, гриби, птахи, звірі тощо);
- 4) об'єкти навколишнього світу (фрукти, овочі, природний матеріал);
- 5) дидактичні ігри (лото, доміно, мозаїка, конструктор тощо);
- 6) технічні засоби (ноутбук, інтерактивна дошка та підлога тощо);
- 7) спеціальні меблі (всі меблі, які знаходяться у класі і призначенні для покращення умов навчання) [2].

Основними допоміжними засобами за допомогою яких діти з інтелектуальними порушеннями зможуть краще освоїти та запам'ятати математичний матеріал є: дидактичні ігри, зокрема з використанням методики «Нумікон», паличок Кюїзенера, методики М. Монтессорі, ігри з логічними блоками З. Дьенеша тощо.

Отже, доцільне застосування педагогом спеціальних дидактичних вправ, завдань математичного змісту з використанням ігрового, природного матеріалів сприяє оптимізації психічної активності дітей з інтелектуальними порушеннями, забезпечує варіативність, багаторазове повторення і застосування елементарних знань у нових практичних ситуаціях. Це є досить важливим як для формування елементарних математичних уявлень, так і для соціального розвитку дітей.

Література

1. І. Гладченко, Л. Дмитрієва, С. Піддубцева, К. Тороп. Модельна навчальна програма. Формування елементарних математичних уявлень для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей із порушеннями інтелектуального розвитку помірного та важкого ступеня. Київ, 2022.

2. Дидактичні основи навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку : методичний посібник / уклад. Л.О. Прядко, О.О. Фурман. Суми : РВВ СОШПО, 2015. 114 с.

СУЧАСНІ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ХВОРОБІ БЕХТЕРЄВА У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Анна Руденко,
к. фіз. вих., ст. викладач кафедри терапії та реабілітації
Олександр Звіряка,
к. фіз. вих., доцент кафедри терапії та реабілітації
Микола Волосатов,
магістр спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка
м. Суми, Україна

Хвороба Бехтерева (аксіальний спондилоартрит, анкілозуючий спондилоартрит) хронічне ревматичне запальне захворювання, що уражає осьовий скелет та великі периферичні суглоби. Дані Є. Т. Складенко (2005) підтвердили, що в різних країнах світу хвороба Бехтерева (ХБ) уражає від 0,2 до 2 % населення, причому поширеність у чоловіків у 3 рази вища, ніж у жінок. При цьому в основному до цього стану схильні молоді чоловіки раннього зрілого віку. Головні проявом ХБ полягають у значних порушеннях рухливості хребта із подальшим розвитком анкілозу. Значні структурні зміни хребта і ураження внутрішніх органів можуть проявитися вже в перший рік або навіть в перші місяці захворювання. Тяжкість стану хворих на ХБ залежить не тільки від захворювання опорно-рухового апарату (ОРА), а й від ураження інших органів і систем. Смертність хворих на ХБ у 1,5 рази вища за популяційну, основними причинами смерті є серцево-судинна патологія та вторинний амілоїдоз. Актуальність дослідження ХБ полягає в тому, що в середньому проходить приблизно 5-7 років з моменту першого звернення пацієнта до лікаря за медичною допомогою та отримання правильного діагнозу. Тому пошук сучасних клініко-інструментальних методів дослідження при хворобі Бехтерева у практичній діяльності фізичного терапевта дозволить підвищити якість реабілітаційного процесу.

На думку О.М. Масик, М.І. Швед, Н.І. Козій (2007), що тести Макарова І-ІІ, Кушелевського І-ІІІ та Манеля дозволяють оцінити ураження клубово-крижових з'єднань на ранній стадії. При запаленні суглобів хребта виникає рефлекторне напруження м'язів спини і живота, яке клініцисти визначають за допомогою проби Верцаковського. В наслідок прогресування ХБ зменшується екскурсія грудної клітки, вона сплющується через гіпотрофію м'язів, анкілозування реберно-хребцевих / реберно-поперекових суглобів та суглобів груднини, що зумовлює черевний тип дихання. Обмеження екскурсії грудної клітки виявляють за допомогою симптому Богданова. Обумовлені хворобою

зміни фізіологічних вигинів хребта та його гнучкості можна визначити за допомогою симптомів Томаєра, Отто та Шобера. За результатами досліджень Є.Т. Склярєнка (2005), І.М. Марценюка (2010) розвиток анкілозу хребта може обмежитися одним з відділів, але частіше протягом десятиріччя прогресування хвороби патологія охоплює всі відділи.

Науковці А.М. Герцик (2007), D. Magee (2013), S.B. O'Sullivan, T.J. Schmitz, G.D. Fulk (2014) вважають обстеження першою та невід'ємною частиною фізичної терапії. За сучасними твердженнями А.М. Герцика (2018) ціллю обстеження, як функціональної підсистеми фізичної терапії при порушеннях діяльності ОРА є визначення виду та обсягу / величини рухових порушень. Зібрана інформація лягає в основу наступної функціональної складової частини – планування. Фізичний терапевт повинен бути готовим обстежувати кістки, м'язи, сухожилля, синовіальні оболонки та бурси, суглобові хрящі, капсули, зв'язки, меніски. Окрім первинних порушень ОРА, вторинні – є наслідком змін у діяльності нервової, серцево-судинної, дихальної систем і пов'язаних обмежень рухових функцій та активності. Науковець-клініцист виділяє наступні основні підцілі обстеження:

- підтвердити або спростувати наявність порушень рухових функцій та активності, пов'язаних зі структурами ОРА;
- визначити попередній / нормальний рівень рухових функцій та активності;
- у стандартний спосіб оцінити рухові порушення та обмеження активності;
- визначити спровоковані структури;
- оцінити ефективність попередніх заходів фізичної терапії, якщо такі виконувалися;
- визначити чинники ризику розвитку рухових порушень та обмежень активності.

Наукові праці А.М. Герцика (2007, 2018) доводять, що з позиції системного підходу в обстеженні доцільно виокремити наступні функціональні компоненти: спостереження, опитування, тестування та вимірювання, аналіз зібраних даних.

За результатами аналізу наукових досліджень найбільш досконалі клініко-інструментальні методи дослідження при хворобі Бехтерева у практичній діяльності фізичного терапевта необхідно відзначити індекси BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) та BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). BASDAI (індекс активності анкілозуючого спондилоартрити) відображає показники самопочуття пацієнта (Ozgur Akgul; Ozgocmen Salih, 2011), які визначають на основі оцінки

аксіального і периферичного болю та скованості і ензопатій. BASFI – це функціональний індекс анкілозуючого спондилоартриту, де 1-8 питань оцінюють діяльність, пов'язану з функціональними анатомічними обмеженнями, зумовленими перебігом цього запального захворювання. Інші 9-10 - оцінюють здатність пацієнтів справлятися із повсякденним життям. У процесі дослідження доцільно використовувати другий рівень категоріального апарату та кодування системи Міжнародної класифікації функціональності (МКФ) при хворобі Бехтерева (табл. 1).

Таблиця 1

Набір категорій та кодів показників стану здоров'я пацієнта / клієнта при хворобі Бехтерева за системою МКФ

Категорії та коди МКФ	Методи дослідження (одиниці виміру)	Кваліфікатор МКФ
b 280 вираженість болю b 4552 відчуття втоми	Шкала болю ВАШ (бали). Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (бали)	0 - немає порушень 1 - легкі порушення 2 - помірні порушення 3 - важкі порушення 4 - абсолютні порушення
b445 функції дихальних м'язів	Дихальна екскурсія грудної клітки (см)	0 - немає порушень 1 - легкі порушення 2 - помірні порушення 3 - важкі порушення 4 - абсолютні порушення
b710 обмеження рухливості хребта	Проби: підборіддя-яремна вирізка грудини (см), Отта (см), Шобера (см), Томайера (см). Хребетний індекс (см). Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (бали)	0 - немає порушень 1 - легкі порушення 2 - помірні порушення 3 - важкі порушення 4 - абсолютні порушення
b7306 сила всіх м'язів тіла d 4302 перенесення руками d 445 використання кисті і руки d 510 миття d 520 догляд за частинами тіла d 540 одягання d 550 харчування d 560 пиття	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (бали)	0 - немає порушень 1 - легкі порушення 2 - помірні порушення 3 - важкі порушення 4 - абсолютні порушення

Застосування при хворобі Бехтерева у практичній діяльності фізичного терапевта сучасних клініко-інструментарних методів дослідження (дихальна

екскурсія грудної клітки, проба підборіддя-яремна вирізка груднини, проба Отта, проба Шобера, проба Томайера, хребетний індекс, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (індекс активності анкілозуючого спондилоартриту), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (функціональний індекс анкілозуючого спондилоартриту)) дозволяє підвищити якість реабілітаційного процесу.

Література

1. Герцик А.М. Структура процедури обстеження опорно-рухового апарату у фізичній реабілітації. В : Єрмаков С.С., редактор. Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз. виховання і спорту : зб. наук. пр. № 9. Харків; 2007. С. 23-25.
2. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату : монографія. Львів : ЛДУФК, 2018. 388 с.
3. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія: підручник. Київ: Здоров'я; 2005. 384 с.
4. Рой І.В., Марценюк І.М. Реабілітація хворих на анкілозивний спондиліт після ендопротезування кульшового суглоба. Ж-л «Травма». 2009;9(3): 31-27.
5. Magee D. Orthopedic Physical Assessment. 6th ed. London : Elsevier Health Sciences; 2013. 1294 p.
6. O'Sullivan S.B., Schmitz T.J., Fulk G.D. Physical rehabilitation. 6th ed. Philadelphia, PA : F.A. Davis Company; 2014. 1505 p.

РОЛЬ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Людмила Русин,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Актуальність. Протягом останнього десятиліття в Україні склалася вкрай несприятлива демографічна ситуація. Висока смертність, стрімке зниження народжуваності призвели до скорочення населення держави. В таких умовах заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я молоді, кожної бажаної вагітності, народження здорової дитини, виявлення та усунення чинників ризику репродуктивних втрат набувають державного значення [1,2].

ХЗЗ є частим гінекологічним захворюванням жінок репродуктивного віку. За даними вітчизняних та іноземних науковців у структурі загальної захворюваності воно виявляється у жінок репродуктивного віку [2].

Актуальність теми роботи зумовлена тим, що хронічні запальні захворювання жіночої статеві сфери у студенток є однією із значущих проблем не тільки з медичної, але й із соціальної точки зору, поскільки часто призводить до первинного непліддя. З огляду на триваюче зростання частоти та важкості ХЗЗ ОМТ у студенток існує потреба подальшого вивчення проблеми та розробки комплексу фізичних вправ для зменшення клінічних проявів та наслідків, і тим самим сприяти профілактиці первинного непліддя та покращенню якості життя.

Аналіз наукових досліджень. За даними сучасної літератури, запальні захворювання органів малого тазу (ЗЗОМТ) посідають провідне місце в структурі гінекологічної патології, складаючи 60–65% всієї гінекологічної захворюваності [1,2].

Крім того, ЗЗОМТ – це найчастіша причина порушення репродуктивного здоров'я жінки, що таким чином створює значні медико-соціальні та економічні проблеми, вирішенню яких останнім часом присвячується велика кількість науково-клінічних досліджень. На жаль, частка цієї патології, особливо серед жінок репродуктивного віку, неухильно збільшується [4,5].

Розробка єдиного підходу до оцінки медико-соціальних факторів, які впливають на виникнення та формування ХЗЗ ОМТ студентської молоді, до прогнозу, оцінки симптомів будь-якої важкості, комплексного лікування, фізичної реабілітації та профілактичних заходів, призведе до зменшення економічних затрат та підвищить репродуктивний потенціал молодих жінок.

Мета роботи – вивчити особливості етіопатогенезу хронічних запальних захворювань органів малого тазу у жінок репродуктивного віку та дослідити вплив фізичної реабілітації на частоту їх клінічних проявів у період ремісії.

Завдання дослідження:

1. На основі аналізу вітчизняних та іноземних літературних джерел з проблеми ХЗЗ органів малого тазу у жінок репродуктивного віку, здійснити обстеження та розробити програму фізичної терапії.

2. Оцінити характер та частоту ХЗЗ органів малого тазу у жінок репродуктивного віку під впливом засобів фізичної реабілітації.

Результати дослідження. Під час дослідження було обстежено 40 жінок репродуктивного віку. Їх було розділено на II групи, проспективним аналізом з'ясовано, що вік пацієнток обох клінічних груп знаходився в межах від 18 до 20 років. При цьому середній вік жінок в I групі склав $18,9 \pm 3,3$ років, в II групі

– 19,3±4,2 років; ($p>0,05$). У досліджуваних I групи крім загальноприйнятих медикаментозних засобів був застосований комплекс загально зміцнюючих фізичних вправ.

Пацієнткам II групи проводилося стандартне медикаментозне лікування хронічних запальних захворювань органів малого тазу згідно протоколу МОЗ. У всіх досліджуваних пацієнток вивчали показники загального та спеціального анамнезу, вік появи менархе, тривалість та частоту менструального циклу, ознаки ХЗЗ органів малого тазу, важкість і тривалість їх проявів.

У результаті проведеного нами обстеження, було встановлено, що переважна більшість пацієнток скаржилися на: переймоподібний біль внизу живота перед менструацією та під час неї 40 (100%), патологічні виділення із статевих шляхів 40 (100%), головні болі 34 (85%), тошноту 34 (85%), поганий сон 20 (50%), серцебиття та задишку при помірному фізичному навантаженні 40 (100%), підвищену втомлюваність 40 (100%), зниження фізичної працездатності 40 (100%), набряки 10 (25%), метеоризм 7 (17,5%).

При уточненні скарг з боку нервової системи у жінок спостерігалися відчуття тривоги та неспокою 34 (85%), часті перепади настрою 20 (50%), відчуття спустошення 24 (60%), плаксивість 36 (90%). Внаслідок опитування встановлено, що у 6 (15%) пацієнток спостерігалася загострення хронічних запальних захворювань органів малого тазу 3 рази в рік, у 22 (55%) - 2 рази протягом року, 12 (30%) – мав місце 1 епізод захворювання у рік.

До проведення експерименту основні скарги у пацієнток обох груп були майже однаковими, а саме: біль внизу живота перед менструацією та під час неї 20 (100%) і 20 (100%), тошнота 18 (90%) і 16 (80%), головні болі 18 (90%) і 16 (80%), порушення сну 8 (40%) і 12 (60%), зниження працездатності 20 (100%) і 20 (100%), підвищена втомлюваність 20 (100%) і 20 (100%), задишка і серцебиття при фізичному навантаженні 20 (100%) і 20 (100%), загальна слабкість 20 (100%) і 20 (100%), набряки 5 (25%) і 5 (25%), метеоризм 4 (20%) і 3 (15%).

Провівши дослідження, можемо стверджувати, що розроблений нами комплекс реабілітаційних заходів сприяє зниженню негативних клінічних проявів ХЗЗ ОМТ у період ремісії у студенток. А саме: біль внизу живота перед менструацією та під час неї у пацієнток першої групи після реабілітаційних заходів зменшився з 20 (100%) до 10 (50%), а у пацієнток другої групи показники становили 20 (100%) і 16 (80%); тошнота 18 (90%) і 10 (50%) проти 16 (80%) і 12(60%), головні болі 18 (90%) і 8 (40%) проти 16 (80%) і 12(60%), порушення сну 8 (40%) і 12 (60%) проти 12 (60%) і 10 (50%), зниження працездатності 20 (100%) і 12(60%) проти 20 (100%) і 16 (80%), підвищена втомлюваність 20(100%) і 8 (40%) проти 20(100%) і 12 (60%), задишка і серцебиття при фізичному навантаженні 20(100%) і 6 (30%) проти 20 (100%) і 10

(50%), загальна слабкість 20 (100%) і 5 (25%) проти 20 (100%) і 16 (80%), набряки 5 (25%) і 2 (10%) проти 5 (25%) і 4 (20%), метеоризм 4 (20%) і 2 (10%) проти 3 (15%) і 2 (10%) відповідно.

Висновки. Вище викладена інформація доводить ефективність розроблених реабілітаційних заходів у відношенні зменшення проявів ХЗЗ ОМТ у період ремісії у жінок репродуктивного віку та її профілактику, що сприяє покращенню якості життя. Комплекс спеціальних фізичних вправ та рекомендації щодо інтимної гігієни дозволяє зменшити прояви хронічних запальних захворювань органів малого тазу у період ремісії, зберегти та відновити гарну фізичну форму, зменшити імовірність психоемоційних розладів та покращити якість життя пацієнок. Розроблена комплексна програма стане у нагоді сімейним лікарям, акушер-гінекологам та фізичним терапевтам для профілактики та покращення самопочуття жінок із хронічними захворюваннями органів малого тазу і може бути широко застосована у профілактичних та санаторно-курортних закладах.

Література

1. Гері Окамото Основи фізичної реабілітації // Перекл. з англ. Львів: Галицька видавнича спілка, 2012. 294 с.
2. Гойда Н.Г., Жилка Н.Я. Репродуктивне здоров'я (ситуаційний аналіз) Мед.- соц. проблеми сім'ї. 2013. № 2 (8). С. 3–14.
3. Eastman A.J., Bergin I.L., Chai D. et al. (2018) Impact of the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System on the Progression of Chlamydia trachomatis Infection to Pelvic Inflammatory Disease in a Baboon Model. *J. Infect. Dis.*, 217(4): 656–666.
4. Banerjee S., Tian T., Wei Z. et al. (2017) The ovarian cancer oncobiome. *Oncotarget.*, 8: 36225–36245.
5. Fortner R.T., Terry K.L., Bender N. et al. (2019) Sexually transmitted infections and risk of epithelial ovarian cancer: results from the Nurses' Health Studies. *Br. J. Cancer*, 120: 855–860.

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ У ОСІБ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

Мар'яна Сабадош,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,*
Ірина Радь,
*студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 227 Фізична терапія*
Антоніна Співак,
*старший викладач кафедри фізичного виховання,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Актуальність проблеми. Більшість літератури про лікування ПТСР походить з галузі консультування та клінічної психології. Центральним елементом більшості доказових психотерапій є певна форма когнітивної та/або емоційної обробки спогадів про травми пацієнтів та їхнього особистого значення травми. Багато посібників з терапії також містять рекомендації пацієнтам щодо впливу на тригери, пов'язані з травмою і уникнення ситуацій між сеансами терапії, хоча вони забезпечують невеликі інструкції щодо того, як підтримати людей, які борються з призначенням експозиції.

Крім того, незважаючи на визнання того, що люди, які пережили травму, зазвичай мають значні функціональні порушення, такі як зниження повсякденного функціонування та професійної продуктивності, нездатність повернення до роботи після травми, соціальної ізоляції та низької якості життя. Автор Iris Torchalla в своєму дослідженні обґрунтовує, що ерготерапевти відіграють важливу роль у сприянні більш позитивних результатів лікування пацієнтів з ПТСР [1].

Автор акцентує увагу на тому, що ерготерапевти – це медичні працівники, які займаються функціональними порушеннями в повсякденній діяльності пацієнтів. Зокрема, ерготерапевти зосереджуються на активізації функції самообслуговування (наприклад, мобільність, купання, одягання), продуктивність (наприклад, робота, догляд) і відпочинок через оцінювання та встановлення цілей, орієнтованих на пацієнта.

Аналіз наукових досліджень. Особи, які пережили травму, часто мають значні функціональні порушення в багатьох сферах повсякденного життя, а також неадаптивні навички подолання труднощів і вирішення проблем. Тому важливо зосередитися на навчанні, поведінковій реактивації та відновленні зв'язків, щоб пацієнти могли повернутися до продуктивного і повноцінного

життя. При цьому слід зосередитися не лише на зменшенні симптомів, а й на сильних сторонах пацієнта, потребі в меті та сенсі життя, а також на відновленні почуття автономії, комунікабельності, успіху, впевненості, винахідливості та стійкості [1, 3].

Роль ерготерапевтів в оцінці та лікуванні пацієнтів з ПТСР полягає в наданні практичних рекомендацій. Ерготерапевти повинні допомагати пацієнтам відновити структуру і рутину повсякденного життя і сприяти здоровому та збалансованому способу життя (наприклад, регулярні фізичні вправи, практики релаксації і усвідомленості, стратегії гігієни сну та оптимального харчування). Акцент також повинен робитися на відновленні зв'язку з сім'єю та друзями і відновленні значущих ролей та стосунків (наприклад, з батьками, чоловіком/дружиною, друзями).

Працюючи в мультидисциплінарній команді, психолог, як правило, забезпечує психоосвіту та тренування навичок подолання і сприяє когнітивній та емоційній обробці спогадів про травму, тоді як ерготерапевт, як правило, зосереджується на функціонуванні у сферах самообслуговування, дозвілля та продуктивності, надаючи та посилюючи освіту, перегляд стратегій подолання, сприяння реактивації та повторному залученню до повсякденної діяльності, супровід пацієнта в ситуаціях і видах діяльності, які викликають або яких він уникає внаслідок травматичного досвіду, а також допомога у вирішенні проблем та застосуванні навичок подолання в ситуаціях, коли пацієнт відчуває труднощі [2].

Важливо, що хоча ерготерапевт та психолог можуть не працювати разом в одному фізичному просторі та/або розпочинати лікування в різний час реабілітаційної траєкторії пацієнта, тісна співпраця відбувається протягом усього процесу оцінки та лікування.

Висновки. Спираючись на думку фахівців, ерготерапевти та психологи мають різні, але взаємодоповнюючі ролі у підтримці відновлення людей з ПТСР, тому можемо зробити висновок, що ерготерапевти можуть зробити унікальний внесок у травмо фокусуванні інтервенції для цих пацієнтів.

Література

1. Iris Torchalla Trauma-Focused Treatment for Individuals with Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Occupational Therapy. *Occupational therapy in mental health*. 2019. Vol. 35. P. 386-406.
2. Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S., Busuttill, W. Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week intensive treatment programme for UK military veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD): A naturalistic study to explore dropout and

health outcomes at follow-up. *BMJ Open*. 2015. Vol. 5(3). doi:10.1136/bmjopen-2014-007051

3. Nijdam, M. J., Wittmann, L. Psychological and social theories of PTSD. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.). *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. 2015. pp. 41–61.

СИСТЕМА ОЦІНКИ ДОМЕНІВ/КАТЕГОРІЙ У ФОРМУВАННІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА З МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я

Валентин Савченко,
док. мед. наук, професор, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Ольга Буряк,
старший викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Галина Харченко,
канд. наук з фіз. виховання і спорту, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Вадим Керестей,
канд. наук з фіз. виховання і спорту, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Юлія Погребняк,
старший викладач кафедри фізичної терапії та ерготерапії, Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна

Вступ. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) рекомендує використовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яка дозволяє формулювати реабілітаційний діагноз, описувати стан пацієнта виходячи із усіх складових здоров'я і пов'язаних з ним проблем, що обмежують життєдіяльність пацієнта [1, 2]. В Порядку організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268, серед основних завдань фахівців з реабілітації в мультидисциплінарній реабілітаційній команді, зокрема фізичного терапевта, передбачається здійснення функціонального кодування за МКФ [3]. Вказане спрямовує фізичного терапевта на повсякденне використання доменів / категорій МКФ для оцінки стану здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям пацієнта, у своїй практиці, що, в свою чергу, потребує встановлення в кожному конкретному клінічному випадку кількості доменів / категорій, достатньої для прийняттого рівня опису функціонування пацієнта, та правильного застосування інструментів для їх оцінювання [4].

Формування компетентності застосовувати МКФ фізичним терапевтом у своїй практичній діяльності передбачено стандартами вищої освіти МОН України як першого (бакалаврського), так і другого (магістерського) рівнів вищої освіти для спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія. У стандарті першого (бакалаврського) рівня вищої освіти вказано на необхідність «трактувати інформацію про наявні у пацієнта / клієнта порушення за МКФ» серед нормативного змісту підготовки бакалавра, сформульованого у термінах результатів навчання, а у стандарті другого (магістерського) рівня «здатність визначати проблеми фізичної, когнітивної, психоемоційної, духовної сфер, обмеження заняттєвої участі пацієнта відповідно до МКФ» є обов'язковою спеціальною (фаховою, предметною) компетентністю спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія. Тому, в освітньо-професійних програмах, за якими здійснюють підготовку фізичних терапевтів в університетах України, передбачено обов'язкове вивчення МКФ як такої та її використання для визначення різних проблем клієнта/пацієнта, пов'язаних з його здоров'ям.

Мета дослідження – описати систему кількісної оцінки доменів / категорій МКФ, придатної для формування і підтримки компетентності фізичного терапевта з використання МКФ.

Результати дослідження та їх обговорення. В документах, що описують МКФ, вказано, що кожний структурний компонент МКФ складається з різних доменів, а в межах кожного домена – з категорій, які є одиницями класифікації [1, 2]. Базовим поняттям при описі порушень в МКФ є відхилення. Воно використовується для відображення значимого відхилення від загальноприйнятих статистичних норм (тобто як відхилення від середньої популяційної величини, прийнятої в якості стандартної норми). Всі складові в МКФ визначаються кількісно з використанням однієї загальної п'ятирівневої шкали [1, 2].

В реабілітаційній практиці для оцінки стану здоров'я клієнта/пацієнта прийнято використовувати різні опитувальники, шкали і тести. Для полегшення такої оцінки нами створена система оцінювання доменів/категорій, які входять до реабілітаційного набору МКФ. Ця система містить два компоненти та алгоритм прийняття рішення про кількісну оцінку певного домену/категорії за уніфікованою п'ятирівневою шкалою МКФ.

Перший компонент — перелік інструментів оцінювання — поданий у вигляді таблиці і призначений для прийняття рішення фізичним терапевтом про те, який параметр та інструмент обрати для оцінювання того чи іншого домену/категорії в поточній клінічній ситуації, а також який обрати визначник (від 0 до 4) загального кваліфікатора на основі кількісних значень або якісних описів градацій шкали оцінювання. Ця таблиця містить:

- коди і назви доменів/категорій;
- визначення (предметний опис) доменів/категорій;
- назви параметрів (показників, ознак), які використовують для характеристики відповідних доменів/категорій;
- назви інструментів оцінювання (методів дослідження, опитувальників, шкал, тестів) для відібраних параметрів;
- якісний опис чи числове значення кожної градації уніфікованої п'ятирівневої шкали кількісної оцінки доменів/категорій відповідно з визначниками від 0 до 4 загального кваліфікатора.

Другий компонент системи — опис інструментів оцінювання — поданий у вигляді додатку і враховує потребу фізичного терапевта ознайомитися в повному обсязі з інструментами оцінювання відібраних доменів/категорій, включаючи методики їх застосування. Опис інструментів оцінювання подано українською мовою і побудований таким чином, щоб можна було легко знайти для кожного домена/категорії необхідний інструмент його оцінювання. Він структурований за кодами і назвами доменів/категорій. Кожний структурний елемент опису містить:

- назву домену/категорії, що його починають;
- назву параметру, який характеризує відповідний домен/категорію;
- назву інструмента оцінювання українською та англійською мовами;
- вказівку на джерело, у якому наведений відібраний інструмент оцінювання;
- детальний предметний опис інструмента оцінювання, особливостей його застосування, опрацювання та інтерпретації отриманих результатів;
- шкала оцінювання для МКФ, якщо вона не співпадає з уніфікованою п'ятирівневою шкалою кількісної оцінки доменів/категорій.

Алгоритм описує послідовні дії фізичного терапевта під час прийняття рішення про кількісну оцінку доменів/категорій за уніфікованою п'ятирівневою шкалою МКФ.

1. У таблиці, де подано перелік інструментів оцінювання, фізичний терапевт за кодом та назвою знаходить потрібний домен/категорію та ознайомлюється з його характеристиками (переліком параметрів та інструментів оцінювання).

2. Якщо в таблиці необхідний домен/категорія має лише один параметр та інструмент оцінювання, то приступаємо до проведення обстеження, використовуючи вказаний діагностичний інструмент. Якщо домен/категорія має декілька параметрів та інструментів оцінювання, то відбираємо один чи декілька параметрів та інструментів, які найбільше підходять поточній клініко-реабілітаційній ситуації.

3. Якщо в таблиці для наведеного інструменту оцінювання не передбачено посилання на додаток з його описом, то в подальшому достатньо користуватися лише цією таблицею. Спочатку виконуємо необхідне обстеження, а потім опрацьовуємо та інтерпретуємо отримані результати дослідження і на основі поданого в таблиці опису градацій шкали оцінювання приймаємо рішення про ступінь проблеми пацієнта.

4. Якщо в таблиці для наведеного інструменту оцінювання є посилання на додаток з його описом, то користуємося цим додатком. Спочатку за вказаним кодом в цьому додатку знаходимо фрагмент, присвячений домену/категорії, а потім:

- ознайомлюємося з особливостями виконання тесту, функціонального обстеження чи застосування шкали, опитувальника;
- виконуємо необхідне обстеження;
- опрацьовуємо та інтерпретуємо отримані результати дослідження і на основі поданої в додатку шкали оцінювання для МКФ приймаємо рішення про ступінь проблеми пацієнта.

Загалом розроблена система оцінювання доменів/категорій МКФ містить близько 140 категорій 3-го та 4-го рівнів, які складають реабілітаційний набір. Вказана система наведена у навчальному посібнику «Реабілітаційний набір Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в практиці фахівців із реабілітації» (автори: В.М. Савченко, О.М. Полянничко, Т.М. Вінтонів, О.Ю. Буряк, В.В. Керестей, Г.Д. Харченко; видавництво: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2023, 370 с.).

Висновки. Для оцінки стану здоров'я та стану, пов'язаного зі здоров'ям клієнта/пацієнта, під час надання реабілітаційної допомоги фізичним терапевтом запропонована система оцінювання доменів / категорій МКФ, яка включає перелік (таблиця) та опис (додаток) інструментів оцінювання, алгоритм прийняття рішення про кількісну оцінку певного домену/категорії за уніфікованою п'ятирівневою шкалою МКФ. Запропонована система оцінювання доменів/категорій МКФ придана для формування і підтримки компетентності фізичного терапевта з використання МКФ у повсякденній реабілітаційній практиці.

Література

1. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я. Женева: ВООЗ, 2001. Режим доступу: <http://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn20180523981dod1.pdf>.

2. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

3. Постанова Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>.

4. Савченко В.М., Харченко Г.Д., Керестей В.В., Буряк О.Ю., Погребняк Ю.М. Методологічні особливості оцінювання доменів міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, що використовуються у фізичній терапії, ерготерапії // *Rehabilitation & Recreation*. – 2023. – № 14. – С.98-112. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.11>.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ М'ЯЗЕВО-СКЕЛЕТНОГО БОЛЮ

Людмила Самусєва,
студентка магістерського рівня вищої освіти спеціальності 227
Фізична терапія, ерготерапія
Мар'яна Дуб,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
завідувач кафедри наук про здоров'я,
Валерія Брич,
доктор медичних наук, доцент кафедри наук про здоров'я,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Ключову роль в розвитку більшості патологій, що в свою чергу призводить до погіршення або навіть втрати працездатності серед людей працездатного віку відіграє поширення м'язово-скелетного болю. Через біль у кістково-м'язовій системі страждає до 20% дорослого населення у всьому світі. Прояв первинної дисфункції міофасціальних тканин може розвиватися на основі рефлексорних м'язово-тонічних синдромів, ускладнюючи їх перебіг [1].

Вплив скелетно-м'язових розладів особливо підкреслюється на робочому місці, де вони спричиняють значний внесок у щорічні витрати через хвороби та травми, провокуючи зниження продуктивності. Зменшення функціонального об'єму роботи опорно-рухового апарату призводить до виникнення великої кількості захворювань сучасної людини [1]. Тому представляється інтерес до використання можливих заходів реабілітації, які можуть запобігти або зменшити вплив захворювань опорно-рухового апарату, як для професійного, так і для громадського сектора охорони здоров'я.

Мета дослідження – дослідити можливості використання терапевтичних вправ у реабілітації м'язово-скелетного болю.

Результати дослідження. Необхідним є досвід дослідження науковців щодо впливу фізичних вправ на прояви м'язово-скелетного болю. Переконливі докази, щодо можливостей виконання фізичних вправ охарактеризовані у мета-аналізі Xiaoli Chen та співавторів, в якому проаналізовано 27 рандомізованих досліджень ефективності фізичних вправ, що виконуються на робочому місці при болях в шиї [4]. Вправи для зміцнення м'язів шиї та плечей у комбінації з вправами загального фітнесу були досить ефективними для зменшення болю в шиї.

Вивчення можливості використання терапевтичних вправ при м'язово-скелетному болю (567 осіб) було проведено Sihawong R. та співавт. у 12-місячному проспективному нерандомізованому контрольованому дослідженні [3]. У досліджуваній групі учасники отримали програму, яка включала щоденні вправи на розтяжку і тренування м'язової витривалості два рази в тиждень. В результаті – через 12 місяців спостереження біль в шиї спостерігався тільки у 12,1% учасників в досліджуваній групі і у 26,7% в контрольній групі.

Ефективність впливу вправ на розтяжку на прояви болю у працівників показані у проведеному дослідженні Galinsky T. У досліджуваній групі 51 працівник виконував короткі вправи на розтяжку під час перерв. За результатами в працівників збільшилася продуктивність праці [37].

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) [6]. Дослідження було проведено з особами, розподіленими в одну з трьох груп втручання: одна зі специфічним тренуванням з опором шийно-плечової області (N=180), друга з комплексними фізичними вправами (N=187), і одна, яка виступала в якості референтної групи, яка була поінформована про загальні заходи, що сприяють здоров'ю, але не включала програму фізичної активності (N=182). Тривалість та інтенсивність симптомів болю були нижчими після зазначених фізичних втручань на робочому місці, ніж у контрольній групі.

Заслугове уваги систематичний огляд 21 дослідження, де простежено зв'язок між м'язово-скелетним болем і фізичною активністю [2]. Обсяг фізичної активності або програма вправ, які використовували в дослідженнях, розрізнялися за частотою, інтенсивністю і типом, включаючи заняття у різних середовищах, вправи для підвищення сили і витривалості, гнучкості і обсягу рухів, вправи для активації м'язів [2]. В дослідженнях було доведено, що фізична активність зменшує інтенсивність болю, поліпшує фізичні функції і якість життя.

Висновки. Застосування терапевтичних вправ у реабілітації м'язово-скелетного болю позитивно впливає не тільки на зменшення больових проявів,

а й на усуненню м'язово-скелетного болю і загальний стан організму людини загалом.

Література

1. Клименко О.В., Головченко Ю.І., Каліщук-Слободин Т.М. Структура дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта: клініка, діагностика, лікування. *Consillium Medium. Ukraina*. 2008. Т.2, №11. С. 23–25
2. Geneen L.J., Moore R., Clarke C. [et al.] Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. Issue 4. Art. No.:CD011279. DOI: 10.1002/14651858.CD011279. pub3
3. 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
4. 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

САНАТОРНО КУРОРТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ В УМОВАХ ВІЙНИ-МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

Володимир Сверида,
*медичний директор, лікар-терапевт ОЦ «Ірис»,
санаторно-курортний комплекс «Деренівська Купіль»*

Станіслав Сверида,
*студент 5 курсу факультету здоров'я та фізичного виховання,
асистент фізичного терапевта, реабілітаційне відділення,
КНП «Свалявська міська лікарня»*

На сучасному етапі в умовах війни найбільш поширеною патологією, що може призвести до серйозних наслідків при відсутності належного лікування, є захворювання ОРА і ПТСР . Сьогодні вони спостерігаються як у дорослих, так і у дітей. Тому лікарі, проводячи постійний нагляд за хворими, настійно рекомендують своїм пацієнтам їхати на реабілітацію в спеціальні санаторії. Одне з кращих місць для такої терапії – спеціалізовані санаторії, де лікують хвороби опорно-рухового апарату і суглоби. Тут дивовижним чином поєднуються цілюща сила природи і досягнення сучасної медицини. Тому ефективність санаторно-курортних процедур при набутих хворобах спини, а також після травм, оперативного лікування і переломів хребта досить висока. Мультидисциплінарний підхід- головний принцип використання засобів і

методів фізичної реабілітації під час санаторно-курортного періоду для відновлення хворих із застосуванням засобів фізичної терапії серед яких: кінезіотерапія, лікувальний масаж, фізіотерапія. Насправді все просто — це робота команди медиків над вирішенням поставленої задачі. Такий підхід передбачає участь і взаємодію лікарів багатьох спеціальностей у веденні одного пацієнта, а це дає можливість оптимізувати процеси діагностики та лікування, забезпечити найкращий результат. Всеукраїнська Асоціація Фізичної Медицини, Реабілітації і Курортології © 2019

У цьому контексті слід зазначити, що такий підхід повинен базуватись основами доказової медицини, «4П» медицини, де:

1П-Предиктивність – це оцінювання ймовірності (виявлення факторів ризику) розвитку тієї чи іншої патології в конкретної особи. Предиктивність передбачає також попередню оцінку ефективності того чи іншого методу лікування для визначення прогнозу захворювання.

2П-Профілактичність, яка передбачає методи, що дають можливість запобігти ризикам розвитку захворювання, зменшити, контролювати їх. Принцип профілактичності є основним у превентивній медицині.

3П-Персоніфікованість у сучасній (доказовій) медицині передбачає ідентифікацію індивідуальних особливостей розвитку захворювання і на їх основі – «індивідуалізацію» лікувального процесу.

4П-Партисипативність, за яким лікар обов'язково має надати пацієнту інформацію щодо природного перебігу хвороби, ймовірних ускладнень та сучасних методів лікування, при цьому також зазначається інформація щодо ефективності та неефективності тих чи інших методик із погляду сучасної (доказової) медицини. Дотримання принципу партисипативності дає лікарю можливість прийняти зважене рішення та призначити оптимальну схему терапії відповідно до вподобань і потреб пацієнта з врахуванням конкретної клінічної ситуації.

Медицина «4P» як основа нової системи охорони здоров'я, В.І. Попович, д. мед. н., професор, голова експертної групи МОЗ України

Мульти дисциплінарних команд у реабілітаційному процесі.

Реабілітація – комплексний процес, у якому неможливо обмежитися лише одним спеціалістом. Для того щоб відновити навички руху людини, повернути їй здатність до самообслуговування, спроможність повноцінно працювати й відпочивати, — потрібна ціла команда фахівців. Такий формат надання допомоги передбачає роботу так званої мультидисциплінарної реабілітаційної команди. В умовах війни це один із найважливіших напрямків діяльності органів державної влади щодо створення та реалізації програм соціального захисту бійців, збереження або відновлення фізичного та психологічного

здоров'я учасників бойових дій, досягнення ними соціально-психологічного благополуччя.

Допомога групи фахівців – обов'язкова в стаціонарних умовах у післягострий та довготривалий реабілітаційний період. У разі потреби мультидисциплінарний формат реабілітаційної допомоги може застосовуватися і в гострий реабілітаційний період та поза межами стаціонару. І це не новація української медичної системи – так працює реабілітація в усіх розвинених країнах, які дотримуються рекомендацій ВООЗ.

Сьогодні ж послуги з ефективної реабілітації надають спеціальні мультидисциплінарні команди.

До їх складу входять: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, які відповідають за організацію роботи мультидисциплінарних команд і виконання індивідуального реабілітаційного плану.

Завдання цих фахівців – розробка спільно з іншими членами команди максимально ефективного маршруту відновлення людини. При цьому враховуються медичні обмеження, застереження щодо реабілітаційних втручань, потреба пацієнта й кінцева мета процесу відновлення; фізичні терапевти, які допомагають пацієнтам відновити втрачені рухові функції організму. Відповідно до мети та завдань реабілітації вони формують індивідуальні програми терапевтичних вправ з підбором навантаження, допоміжних засобів реабілітації й необхідного реабілітаційного обладнання;

ерготерапевти – фахівці, які працюють над відновленням побутових, соціальних, робочих навичок людей після травм чи хвороб. Наприклад, якщо в пацієнта паралізовано кінцівку і він бажає відновити здатність самостійно їсти, ерготерапевт буде тренувати навички захоплення та утримання ложки рукою, яка втратила свій функціонал;

терапевти мови і мовлення — фахівці, які володіють експертизою з питань розладів комунікації та ковтання. Їх завдання — сприяти відновленню втрачених мовленнєвих функцій пацієнта. Зокрема тих, що включають розлади мовлення (продукування голосу, ритм, мелодика, зв'язність, інтонація, резонація, голос) та мови (вимова й сприйняття звуків, слів, речень);

протезисти-ортезисти, які підбирають протези, виготовляють, налаштовують і складають протезно-ортопедичні вироби та їх елементи. Вони ж навчають пацієнтів користуватися відповідним обладнанням;

психологи, психотерапевти — допомагають відновити ментальне здоров'я людини, налаштовують на правильне сприйняття мети реабілітації, пропрацьовують депресивні, тривожні, адаптаційні, гострі стресові та посттравматичні розлади

сестри медичні з реабілітації — працюють під керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, спільно із фізичними терапевтами й ерготерапевтами згідно зі складеним індивідуальним реабілітаційним планом. Сприяють виконанню програм ерготерапевта та фізичного терапевта;

асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів — беруть участь у наданні реабілітаційної допомоги, зокрема реалізації індивідуального реабілітаційного плану, під керівництвом фізичного терапевта та/або ерготерапевта.

Основне завдання такої команди — максимальне відновлення психічних та фізичних функцій людини. Бо саме вона та її потреби в центрі уваги. Як коротко-, так і довгострокові цілі реабілітації встановлюються та підлаштовуються під індивідуальні потреби кожного пацієнта. Спочатку мультидисциплінарна реабілітаційна команда їх аналізує з різних точок зору, а потім опрацьовує на максимальному рівні своїх професійних можливостей.

Саме тому мультидисциплінарний підхід, комплексне поєднання методик у лікуванні пацієнтів збільшує ефективність на 30% . Він потребує щоденного консилиуму всієї команди фахівців, під час якого детально розбирається кожен клінічний випадок.

Санаторно курортна реабілітація хворих є високоефективним лікувально-реабілітаційним етапом , що сприяє покращення стану (відмічено у 72,27% пацієнтів).

РОЗВИТОК РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ УЧНІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ МЕТОДОМ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ

*Еріка Сивохоп,
студентка 3 курсу бакалаврського рівня вищої освіти
спеціальності 014 Середня освіта (Фізична культура)*

*Тетяна Хома,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри фізичного виховання,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна*

Актуальність проблеми. Пріоритетного значення в освітньому процесі набуває проблема збереження й покращення здоров'я молоді. Одним із чинників, що впливають на рівень фізичного й розумового стану учнів, зокрема молодшого шкільного віку, є систематична рухова активність, яка має місце не тільки під час уроків фізичної культури, а й упродовж звичайного режиму дня. Заняття у спортивних гуртках, секціях, клубах, центрах, безумовно, сприяє

належній фізичній підготовленості, однак не всі школярі активно долучаються до тренувань. У зв'язку з цим, залишається актуальною проблема залучення дітей до виконання різноманітних фізичних вправ.

Аналіз наукових досліджень. Упровадження системи рухової активності у процес навчання здобувачів освіти розглядається низкою авторів (Бобренко С., Єременко Н., Ковальова Н., Круцевич Т., Рибалко Л., Шиян Б.). Зазначено, що важливо долучати учнів початкових класів до активності, яка відповідала б їх індивідуальним особливостям розвитку та рівню фізичної підготовки. Недостатнє навантаження, малорухливий спосіб життя уповільнює розвиток дитини, гальмує ріст, порушує роботу внутрішніх органів, негативно впливає на серцево-судинну систему, ускладнює роботу легенів. З-посеред методів, що активізують рухову діяльність учнів молодшого шкільного віку, пропонується впроваджувати ігровий.

Мета – охарактеризувати вплив фізичних вправ на рухову активність учнів молодшого шкільного віку. Завдання – проаналізувати дефініцію «фізична вправа» та виокремити найоптимальніші із вправ, що мотивують школярів до систематичної рухової активності.

Виклад основного матеріалу. Студіювання наукової літератури [3; 4] дало можливість визначити фізичну вправу, як діяльність, що розглядається у двох аспектах: активні рухові дії, метою яких є досягнення завдань фізичного виховання; м'язова робота, що покращує фізичну підготовленість.

Встановлено [1], що учні початкових класів залучені до різних форм фізичних вправ, які мають місце на уроках фізичної культури, під час проведення спортивних хвилинок, занять спортом у групі продовженого дня, секціях, гуртках, клубах тощо. Важливо дотримуватися належного режиму дня та рухової активності в закладах загальної середньої освіти.

У роботі з дітьми молодшого шкільного віку рекомендовано застосовувати ігрові види вправ, оскільки вони позитивно впливають на нервову систему, викликають емоції, мотивують до активності [2].

На основі аналізу наукових розвідок з означеної проблеми та у процесі проходження педагогічної практики у закладах загальної середньої освіти ми виокремили фізичні вправи, які доречно проводити з учнями початкових класів у режимі навчального дня. Серед них: ранкова вітальна гімнастика, спортивно-танцювальні батли.

Ранкова вітальна гімнастика проводиться, як правило, до початку уроків, має на меті активізацію до навчальної діяльності, розминку, вироблення правильної постави та ходи, супроводжується вітальними рядками. Наводимо приклад однієї з них, що може проводитися на повітрі і завершуватися у класі. Діти виконують фізичні вправи разом з учителем, відповідно до змісту вірша.

Руки вгору, руки вбоки,
А тепер ми всі в підскоки.
Станем рівно, посміхнемся,
І у коло всі зберемся.
Потім знову розійдемося,
Ми навшпиньках зайдем у клас,
Спинки рівно держим враз.
Покружлялись, повертіли
І за парти тихо сіли.

Такі фізичні рухи налаштовують учнів на позитивний настрій, співпрацю, діалог із педагогом, згуртовують у дружній колектив.

Спортивно-танцювальні батли пропонуємо проводити під час великих перерв, як правило, на подвір'ї, залучати до них дітей однієї вікової категорії. Батли мають на меті активізувати роботу всіх груп м'язів, носять змагальний характер, зацікавлюють, оскільки виконуються під музичний супровід. Учням паралельних класів пропонується позмагатися у правильності виконання спортивних танцювальних рухів, які демонструються вчителем фізкультури. Такі змагальні вправи сприяють виробленню правильності виконання, дотриманню такту, ритму, бажанню стати кращим.

Висновки. Отже, нами визначено зміст дефініції «фізична вправа», вказано на її важливість у процесі удосконалення рухової активності учнів молодшого шкільного віку. Запропоновано проведення ранкової вітальної гімнастики та спортивно-танцювальних батлів у режимі шкільного дня, визначено їх мету та вплив на емоційний і фізичний стан школярів.

Література:

1. Базилевич Н. О., Поліщук В. В., Мовчан В. П., Никоненко Є. Вплив ігрового методу на фізичний стан учнів початкової школи. Proceedings of the 6th International Scientific and Practical Conference «International Scientific Discussion: Problems, Tasks and Prospects» (March 19-20, 2023). Brighton, United Kingdom No 147. P. 602-620.

2. Байдюк М. Ю., Маланій В. І., Кузнєцова Н. М., Тодераш В. Д. Педагогічні умови і вимоги до організації режиму рухової активності молодших школярів у навчальній та позанавчальній час. Інноваційна педагогіка. Випуск 22. Т. 4. 2020. С. 11-15.

3. Грибан Г. П. Термінологічний словник з фізичної культури і спорту / Укладачі: Г. П. Грибан, Д. В. Бойко, Д. О. Дзензелюк. Житомир: Вид-во «Рута», 2016. 100 с.

4. Гуржий О. С., Порохнявий А. В. Словник термінів та понять з дисципліни «Фізичне виховання». Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2020. 36 с.

ФОРМУВАННЯ БЕЗПЕЧНОГО ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА ДЛЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Христина Сендрей,
студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 016 Спеціальна освіта,
Маріанна Кляп,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність проблеми. Реформування системи освіти України неможливе без впровадження в практику освітянської роботи основних тенденцій європейських та світових напрацювань. Інклюзивне навчання для дітей з особливими освітніми потребами стало зараз реальністю майже в кожному українському закладі освіти. Ефективне та результативне навчання для цієї категорії дітей вимагає створення в кожному садочку або школі інклюзивного освітнього середовища. Після початку повномасштабного вторгнення агресора на українську територію всі заклади освіти, які продовжили своє функціонування, мали подбати про безпечність свого освітнього середовища як стосовно вихованців, так і педагогічного персоналу. Надзвичайно актуальним є вимога безпечності для закладів освіти з інклюзивним навчанням, бо діти з особливими освітніми потребами, які там навчаються, потребують особливо бережного ставлення до свого фізичного та ментального здоров'я.

Питання створення інклюзивного освітнього середовища піднімається у дослідженнях А. Колупасової, В. Синьова, Д. Шульженко, О. Позняк, І. Горбенко, В. Козулі та інших. Забезпечення безпечних умов для роботи закладів освіти в умовах воєнного стану висвітлено у ряді документів Міністерства освіти і науки України, зокрема у листах про підготовку до нового навчального року і проходження осінньо-зимового періоду, відповідних інструктивно-методичних матеріалах з питань цивільного захисту, охорони праці та безпеки життєдіяльності. [4]. Питання створення безпечного інклюзивного середовища наразі є малодослідженим у науковій літературі.

Мета дослідження: проаналізувати та узагальнити критерії інклюзивного середовища закладу освіти; виділити ознаки безпечності освітнього середовища для вихованців з особливими освітніми потребами в умовах війни.

Виклад основного матеріалу. Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке би відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Інклюзивне освітнє середовище забезпечує всім суб'єктам освітнього процесу можливість для ефективного саморозвитку, передбачає розв'язання проблеми освіти дітей та молоді з особливими освітніми потребами шляхом адаптації освітнього простору до потреб кожного учасника освітнього процесу, охоплюючи реформування цього процесу, методичну гнучкість і варіативність, сприятливий психологічний клімат у навчальному колективі та закладі, обладнання приміщень для потреб усіх учасників, що забезпечує їх повну участь в освітньому процесі. Інклюзивне освітнє середовище служить реалізації права кожної дитини на освіту, що відповідає її потребам і можливостям, незалежно від регіону проживання, складності порушення психофізичного розвитку, здатності до засвоєння певного рівня освіти та виду закладу освіти [3, с. 295].

Створення інклюзивного освітнього середовища в закладі освіти передбачає забезпечення різноспрямованих умов для навчання і всебічного розвитку дітей, підлітків, молоді – як здорових, так і з особливими освітніми потребами. Тобто інклюзивне середовище передбачає не окрему роботу з вихованцями з особливими освітніми потребами (школярами або дошкільнятами), а з усім колективом, надаючи освітні послуги та реалізуючи освітні потреби кожного вихованця.

Психологи, педагоги розуміють під освітнім середовищем систему умов, що створюються для особистісного розвитку учасників навчально-виховного процесу: освітні технології, навчальна та управлінська діяльність, способи взаємодії із зовнішніми чинниками [3, с.299].

Для створення інклюзивного середовища в закладі освіти слід розвивати та запроваджувати такі взаємопов'язані напрями, як:

- організаційна культура - усвідомлення суспільної місії закладу освіти та її відмінності від інших закладів, а також цінностей та норм, на які вона спирається в своїй роботі;

- освітня політика на рівні закладу (внутрішні нормативні документи) - трансформація закладу освіти та створення умов для інклюзивного навчання відбувається за взаємодії освітньої (педагоги, діти, батьки) та місцевої громад;

- інклюзивна практика - впроваджувати інклюзивне навчання слід на рівні класу, у процесі навчальної діяльності, що передбачає надання всім дітям відповідної підтримки. Педагоги мають працювати з дітьми, заохочуючи їх

до формування дружніх зв'язків і позитивних стосунків; для цього педагог створює на занятті та в закладі освіти середовище з можливостями для позитивної соціальної взаємодії, яка відбувається природно [2].

Відповідно до Закону України «Про повну загальну середню освіту» безпечне освітнє середовище — сукупність умов у закладі освіти, що унеможлиблюють заподіяння учасникам освітнього процесу фізичної, майнової та/або моральної шкоди. Також згідно з ним шкоду можна заподіяти, зокрема внаслідок недотримання вимог: санітарних, протипожежних та/або будівельних норм і правил; законодавства щодо кібербезпеки, захисту персональних даних; безпеки харчових продуктів та/або надання неякісних послуг з харчування. А також шляхом фізичного та/або психологічного насильства, експлуатації, дискримінації за будь-якою ознакою, приниження честі, гідності, ділової репутації (булінг (цькування), поширення неправдивих відомостей тощо), пропаганди та/або агітації, у тому числі з використанням кіберпростору [5]. Зрозуміло, що всі ці ознаки безпеки в повному обсязі торкаються також освітнього середовища для закладу з інклюзивним навчанням, особливо щодо фізичного та психологічного насильства, можливого булінгу.

В умовах воєнного стану в усіх закладах освіти, які функціонують, мають забезпечуватися безпечні умови для навчання та перебування всіх учасників освітнього процесу. У нормативних документах зобов'язано керівників освітніх закладів проводити відповідну роботу щодо забезпечення закладів освіти об'єктами фонду захисних споруд цивільного захисту шляхом облаштування існуючих та будівництва нових захисних споруд цивільного захисту, споруд подвійного призначення та найпростіших укриттів з урахуванням вимог державних будівельних норм, законодавства з питань пожежної безпеки, вимог щодо необхідної кількості евакуаційних виходів, наявності водопостачання, водовідведення, вентиляції, обігріву, освітлення, інтернету, засобів надання медичної допомоги, доступності для маломобільних груп населення, зокрема осіб з інвалідністю [4].

В закладах освіти з інклюзивним навчанням необхідно передбачити систему роботи персоналу, передусім асистентів педагогів, практичних психологів, вчителів-дефектологів (якщо вони є у закладі), щодо підготовки вихованців з особливими освітніми потребами до дій під час надзвичайних подій (оголошення про повітряну тривогу або інші небезпечні ситуації). Асистенти педагогів мають ознайомити своїх вихованців з особливими освітніми потребами з порядком дій у випадку різних ситуацій, потренуватися спускатися у сховище або користуватися запасним виходом із закладу освіти. Для дітей дошкільного віку або молодших школярів це може бути представлено як гра або участь у цікавому квесті. Кожна дитина має побачити своє місце

перебування в укритті, побачити облаштовані там ігрові куточки, місця для відпочинку, туалетні кімнати. Батьки мають допомогти у підготовці «тривожного» наплічника для кожної дитини, де буде їх улюблене печиво, вода або сік, необхідні ліки. Діти цієї категорії можуть переживати під час небезпечних ситуацій негативні емоції, страх, у них може виникнути істерика, плач. Шкільні психологи мають навчити колег-педагогів прийомам протидії в таких ситуаціях (обійми, дихальна гімнастика, робота з пластиліном, фарбами, цікаві розповіді, ігри тощо). Діти з особливими освітніми потребами складніше нормотипових дітей реагують на тривожні ситуації, тому увага до них має бути посиленою [1].

Висновки. Освітнє середовище, що формується в закладі з інклюзивним навчанням, має включати матеріально-технічну складову, що забезпечить фізичну доступність закладу для вихованців з особливими освітніми потребами, змістову (індивідуальні програми, навчальні посібники, засоби адаптації та модифікації), що створює можливості для здійснення освітнього процесу та суб'єктну (колектив вихованців – нормотипових та з особливими освітніми потребами, колектив педагогів), яка створює середовище толерантності та взаємопідтримки. В умовах військового стану безпечність інклюзивного освітнього середовища реалізується шляхом обов'язкового облаштування в закладі освіти укриття та професійної роботи педагогічного колективу.

Література

1.Інклюзія під час війни: як підтримати дітей з особливими освітніми потребами. URL: <https://osvita.ua/school/method/87002/>

2.Інклюзивне освітнє середовище. URL: <https://d-grand.com/inforaciiny-portal/iak-stvoriti-inkliuzivne-seredovishche-u-zakladi-osviti>

3.Позняк О. Генеза поняття «інклюзивне освітнє середовище»./О. Позняк//Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології, 2021, №9 (13), С.293-308.

4.Про підготовку до нового навчального року та проходження осінньо-зимового періоду 2023/24 року. Лист Міністерства освіти і науки України від 17.05.2023р. № 1/6990-23. URL: [file:///C:/Users/admin/Downloads/6464f02dca3b0741370123%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/6464f02dca3b0741370123%20(1).pdf)

5.Про повну загальну середню освіту. Закон України від 16.01.2020 р. № 463-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>

СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА ДОДИПЛОМНОМУ РІВНІ

Геннадій Слабкий,
доктор медичних наук, професор,
в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я,
Ужгородський національний університет
Іван Миронюк,
доктор медичних наук, професор,
проректор з наукової роботи,
Ужгородський національний університет
Михайло Рябінчук,
головний фахівець з розвитку професійних
компетентностей відділу розвитку професійних
компетентностей,
Державна установа "Центр громадського здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України"

Вступ. Важливою умовою ефективної діяльності системи громадського здоров'я є її забезпечення кваліфікованими кадрами [1,2]. Питанням підготовки кадрів для системи громадського здоров'я в Україні присвячена значна кількість наукових робіт [3-5].

Мета роботи. Проаналізувати стан та проблеми підготовки кадрів для системи громадського здоров'я на до дипломному рівні.

Матеріали та методи. *Матеріали:* наукові статті, нормативно-правові акти, освітні програми за проблемою дослідження. *Методи:* бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати та обговорення.

Питання для висвітлення: що викладається, хто і де навчає, престиж професії, хто навчається, результати навчання, навіщо проводиться підготовка спеціалістів.

В Україні затверджено стандарти підготовки спеціалістів для системи громадського здоров'я:

- *Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 229. «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти.* Наказ МОН України від 04.08.2020 № 1000;

- *Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 229. «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.* Наказ МОН України від 12.12. 2018 № 1383.

Підготовка спеціалістів для системи громадського здоров'я проводиться у вищих закладах освіти МОН та МОЗ України, комунальних та приватних закладах вищої освіти.

Вищі заклади освіти МОН України:

- Ужгородський національний університет.
- Сумський державний університет.
- Національний університет «Острозька академія».

Вищі заклади освіти МОЗ України:

- Харківський національний медичний університет.
- Тернопільський національний медичний університет.
- Полтавський державний медичний університет.

Комунальні заклади вищої освіти:

- Житомирський медичний інститут.

Приватні заклади вищої освіти:

- Університет економіки і права "КРОК".

Нами проаналізовано освітні навчальні програми (ОНП) п'яти вищих навчальних закладів. Результати аналізу щодо структури освітніх програм вказують на наступне.

Загальний навчальний обсяг всіх програм відповідає державним вимогам до їх розробки. Всі програми включають такі форми підготовки магістрів як лекції, практичні (лабораторні) заняття, практику, виконання магістерської роботи. В частині ОНП передбачена індивідуальна робота студентів під керівництвом викладача. Всі ОНП включають самостійну роботу студентів. ОНП передбачені як обов'язкові компоненти так і компоненти за вибором, але в усіх ОНП їх співвідношення різне.

Крім того необхідно зазначити, що всі проаналізовані ОНП є оригінальними. Вони не повторюються. Дані ОНП розроблені на основі науково-педагогічного та практичного досвіду її авторів, а також з урахуванням розробниками існуючого в світі досвіду, актуальних питань та проблем з організації і підготовки кадрів для системи громадського здоров'я.

Структурно-логічна схема наповнення освітніх програм має незначні відхилення за навчальними закладами. Вважаємо за необхідне зазначити, що навчальний процес перенавантажений освітніми компонентами без відповідної спеціалізації майбутніх фахівців.

В теперішній час Україна знаходиться в стані війни проти російської агресії, яка є глобальною проблемою негативного впливу на громадське здоров'я населення незалежно від регіону проживання населення по відношенню до зони відношення до бойових дій. При цьому необхідно звернути увагу гарантів ОНП на необхідність оптимізації програм та

підготовки фахівців з урахуванням існуючих глобальних викликів для системи громадського здоров'я України і в першу чергу пов'язаних із війною проти російської агресії та шляхів їх подолання.

Виходячи із проведеного аналізу необхідно зупинитися на загальних проблемах в організації навчального процесу підготовки фахівців громадського процесу. Це:

1. Компетенції, визначені для фахівців громадського здоров'я в державних стандартах освіти не в повній мірі відповідають компетенціям фахівців громадського здоров'я, які визначені в європейському рівні.

2. Наповнення освітніх програм в різних ВНЗ обов'язковими компонентами є неоднозначним як за змістом так і за обсягами та є перенавантаженим.

3. Освітні програми та обов'язкові компоненти в основному не скеровані на підготовку спеціалістів, які здатні забезпечити подолання наслідків негативного впливу війни проти російської агресії на стан громадського здоров'я в Україні.

4. Відсутність спеціалізації на до дипломного рівні (як і на післядипломному) ускладнює процес та якість підготовки фахівців для майбутньої практичної діяльності.

Далі проаналізуємо питання де проводиться підготовка фахівців і хто навчає.

Вищі навчальні заклади в своєму складі мають кафедру громадського здоров'я на якій викладається більше 85% визначених програмою начальних дисциплін на відміну від провідних країн в яких мають школи громадського здоров'я з певним набором кафедр. Для проведення виробничої практики заклади освіти укладають угоди із закладами громадського здоров'я та закладами охорони здоров'я.

Більшість науково-педагогічних працівників кафедр мають наукові ступені та досвід викладання соціальної медицини, але не пройшли підготовку із особливостей викладання громадського здоров'я, що потребує забезпечення відповідної цільової підготовки викладацького складу.

При цьому зазначимо, що навчаються:

1) *Бакалаври*: особи, що здобули повну загальну середню освіту або освітній рівень «молодший бакалавр» (освітньо-кваліфікаційний рівень «молодший спеціаліст»).

2) *Магістри*: особи, що здобули перший (бакалаврський) рівень освіти за системою перехресного вступу.

При цьому спеціальність «Громадське здоров'я» із за комплексу причин в Україні не відноситься до престижних.

З метою визначення рівня підготовки фахівців в Україні запроваджується державна атестація випускників вищих начальних закладів за спеціальністю громадське здоров'я.

Результати проведення пробного незалежного тестування методом КРОК показали недостатній рівень теоретичної підготовки випускників в цілому по всім вищим навчальним закладам. Дана ситуація вимагає на галузевому рівні:

- детального вивчення та проведення аналізу стану підготовки спеціалістів громадського здоров'я в країні;
- удосконалення уніфікації та методичного забезпечення освітнього процесу;
- підготовки національного підручника громадського здоров'я;
- оптимізації системи контролю оволодіння студентами необхідними компетенціями.

І на кінець навіщо проводиться підготовка відповідних спеціалістів так як офіційно працевлаштовано за спеціальністю до 10% випускників.

При цьому:

- сформовані в Україні територіальні громади, які є базовим рівнем діяльності системи громадського здоров'я не мають в своєму штаті посад фахівців громадського здоров'я і не опікуються питанням збереження та зміцнення здоров'я населення громад;

- в департаментах охорони здоров'я різного рівня управління відсутні посади фахівців громадського здоров'я і відповідно вони не опікуються питаннями розвитку системи громадського здоров'я на регіональному та місцевих рівнях;

- в існуючих центрах по контролю за захворюваннями, які створені в процесі реорганізації санітарно-епідеміологічних станцій працюють, як правило попередні працівники і штатні місця для молодих спеціалістів звільняються вкрай рідко.

Виходячи із зазначеного стоїть задача щодо визначення в потребі фахівців громадського здоров'я різного рівня підготовки за потрібними спеціальностями, що дасть змогу регулювати їх підготовку як за кількістю так і профілем майбутньої діяльності.

Література

1. Шафранський В.В., Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Характеристика кваліфікаційних вимог до фахівців системи громадського здоров'я// Вісник проблем біології і медицини. 2017 – Випуск 2, том 2, № 136 – С. 351-354

2. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С. Питання підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я. Проект програм і навчальних планів

громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2017, № 3 (44) - С. 23 - 32

3. Готуємо магістрів громадського здоров'я. Миронюк, І.С., Слабкий, Г.О., Білак-Лук'янчук, В.Й., Кручаниця В.В. Сучасні медичні технології, 2020, 45 (2), С. 32–39

4. Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Брич В. В., Білак-Лук'янчук В. Й., Фейса І. І., Потокій Н. Й., Яцина А. Т., Гуцол І. Я. Підготовка магістрів громадського здоров'я за освітньо-науковою програмою / Eurasian scientific congress. Abstracts of the 8th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain. 2020. P. 86-92.

5. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Качала Л.О. До компетенцій магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» // Матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України». 23 березня 2017. М. Київ. – С. 146-148

СЕЗОННІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Едуард Стеблюк,
студент II курсу спеціальності «Лікувальна справа»
Дмитро Дубовенко,
асистент кафедри шкірних та венеричних хвороб,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Постановка актуальності проблеми. Інфекційні захворювання постійно супроводжують людину у повсякденному житті. У науковому обігу є поняття «сезонні захворювання», що пов'язані із загостренням у певний період року, з-поміж них найчастіше вірус грипу, застудні хвороби. Епідемічний сезон грипу, як правило, припадає на вересень-жовтень до березня-квітня. На них ми й сконцентруємо нашу увагу, не торкаючись коронавірусу, менінгококової інфекції, гострих кишкових інфекцій й харчового отруєння тощо.

Збудниками хвороби грипу є віруси за типом А, В, С. В Україні Центром громадського здоров'я МОЗ системно публікуються дані щодо захворюваності на грип та ГРВІ– у табличних, описових формах з аналізом, порівнянням показників. Як приклад, 30-35 тижні 2023 року (31.07-03.09. 2023 року) Центром зазначено, що показники захворюваності на ГРВІ з 31 липня до 3 вересня 2023 року знаходяться на міжсезонному рівні; зареєстровано 304 пацієнтів, клінічний стан яких підлягав визначенню випадку грипозного захворювання (ГПЗ) та 149 пацієнтів, клінічний стан яких підлягав визначенню випадку тяжкої гострої респіраторної інфекції (ТГРІ), за лабораторними

дослідженнями у пацієнтів із ГРЗ визначено лише віруси SARS-CoV-2; летальних випадків не було [1].

Аналіз наукових досліджень. Вітчизняні та зарубіжні вчені працюють не тільки над кількісними показниками, а й проводять якісний аналіз епідеміологічних процесів, що дає можливість зрозуміти перебіг та стабілізацію епідемії; у дослідженнях аналізують й прогнозують імовірні сценарії їх розвитку.

Відтак, О. Кучвара у дисертаційному дослідженні «Метод і система для епідеміологічних досліджень гострих респіраторних захворювань» [2, с.3]. уперше запропонувала комбіновану імітаційну модель прогнозування та керування епідеміологічними процесами поширення захворювання на грип та ГРВІ, як сукупність компартментної стохастичної моделі та ймовірного 3 клітинного автомата, що дозволяє моделювати процеси просторового перенесення захворювання; метод моделювання епідеміологічних процесів просторового поширення ГРВІ в часово-розподіленій популяції, який використовує комбіновану імітаційну модель на основі стохастичної компартментної моделі з різними штамами вірусу грипу, що дозволяє представити досліджувану епідемічну систему як мегапопуляцію із безліччю елементарних популяцій.

Мета дослідження розкрити окремі шляхи профілактики сезонних інфекційних захворювань.

Виклад основного матеріалу. Клінічними проявами грипу є: біль у горлі, озноб, слабкість, закладеність носа, сухий кашель на початковому етапі, м'язовий біль та інші. Зневага пацієнта до перших ознак, лікування «на ногах» може привести до ускладнень, з-поміж яких: невралгія, токсичний геморагічний набряк легень, радикуліт, бронхіальна астма, арахноїдит. У Пам'ятках для населення застерігається, що важка форма перебігу хвороби характеризується швидко прогресуючою первинною вірусною пневмонією, яка, на відміну від бактеріальної пневмонії, не чутлива до антибіотиків і без правильного лікування може призвести до летального результату протягом 24 годин після появи перших ознак ускладнення [3].

Як бачимо, вірус грипу є небезпечною й найпоширенішою інфекційною патологією. Він вимагає з'ясування його виду, шляхів лікування. Поява перших симптомів – біль у горлі – найчастіше проявляється у хворих на ГРЗ як вірусного, так і бактеріального походження й вимагають індивідуального підходу у лікуванні. Хибною думкою деяких пацієнтів є те, що антибіотики є найбільш пришвидшеним чинником для одужання. І. Гогунська, І. Зарицька розкривають роль симптоматичного лікування гострих респіраторних інфекцій у запобіганні антибіотикорезистентності. Дослідниці вказують на ймовірні

ризика лікування антибіотиками. За їх словами, «існує ціла низка дій, шляхом яких людство ненавмисно прискорило розвиток стійкості бактерій до антибіотиків. Надмірне застосування цих препаратів для лікування небактеріальних інфекцій історично відіграє одну з основних ролей у підвищенні АБР. Останніми роками в розвинених країнах вжито певних заходів з метою обмеження необґрунтованої антибактеріальної терапії (АБТ)» [4]. Авторками зацентована увага на проявах болю й лікуваннях глотки. «Біль у горлі в більшості випадків є прикладом, коли «одужання не залежить від лікування», а ускладнення за відсутності антибіотикотерапії – малоймовірні», – зазначають учені. Ними подається тактика лікування хворого з болем у горлі за шкалою Centor у модифікації McIsaac [там же].

В Україні у засобах масової інформації, медичними службами проводиться значна робота щодо профілактики й попередження захворюваності на віруси грипу.

Студіюючи наукову медичну літературу, нами з'ясовано, що ефективними засобами попередження вірусних інфекцій грипу є: загартування організму, прогулянки на свіжому повітрі, повноцінне харчування, дотримання правил гігієни, уникнення скупчення осіб (повітряно-крапельний шлях зараження), масковий режим, уживання значної кількості рідини й, особливо, вакцинація; у період епідемії – полівітамінні препарати, щоденні змазування оксоліновою маззю слизової оболонки носа та інші. У час перебігу хвороби – за лікуванням слід звернутися у центр сімейної медицини.

Для здобувачів вищої освіти медичних спеціальностей, практикуючих лікарів, усіх, хто цікавиться цією проблемою, у нагоді стануть дослідження (І. Дзюблик, С. Вороненко, А. Міроненко, Н. Виноград) у монографії «Діагностика, лікування та профілактика грипу». Авторки розкрили та узагальнили основні сучасні теоретичні й практичні аспекти проблеми грипу та його профілактики. Докладно описали будову вірусів грипу, генетичні взаємодії, особливості репродукції, патогенезу, клінічні прояви, протигрипозний імунітет; навели нові дані щодо пташиного та пандемічного грипу; сформулювали сучасні уявлення щодо протигрипозних вакцин та їх використання [5].

Висновки. Отже, ми розкрили деякі питання сезонних інфекційних захворювань та їх профілактики. Закцентували увагу на одному із гострих респіраторних захворювань – грипі.

Література

1. Центр громадського здоров'я. Грип та ГРВІ в Україні. Інформаційний бюлетень, 31-35 тижні (31.07.-03.09.2023 року). Київ, 2023. 5с.

2. Кучвара О. М. Метод і система для епідеміологічних досліджень гострих респіраторних захворювань: автореф. на здобуття наукового ступеня канд. тех. наук за спец.: 05.11.17 Біологічні та медичні прилади і системи. Вінницький національний технічний університет, Вінниця, 2019. 25с.

3. Пам'ятка щодо профілактики грипу та ГРВ. URL: <https://dpss.gov.ua/news/pamyatka-shchodo-profilaktiki-gripu-ta-grvi>.

4. Гогунська І.В., Зарицька І.С. Роль симптоматичного лікування гострих респіраторних інфекцій у запобіганні антибіотикорезистентності. *Український медичний часопис*. № 5 (151). 2022. С.2-6.

5. Дзюблик І., Вороненко С., Міроненко А., Виноград Н. Діагностика, лікування та профілактика грипу. Монографія. Видавництво: Медкнига, 2011. 190 с.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Світлана Стеблюк,
доктор педагогічних наук,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Постановка актуальності проблеми. Спеціальна освіта в Україні набирає нового змісту. Вітчизняна нормативно-законодавча база, що побудована на національних традиціях та з урахуванням європейського досвіду, спрямована на навчання, виховання та розвиток дітей з особливими освітніми потребами. Сьогодні вкрай важливо розвивати інклюзивну освіту, що дасть можливість здобувачеві освіти соціалізуватися у суспільстві, визначити свій вклад у його розвиток. Одним із актуальних питань стало з'ясування ключових положень щодо її становлення.

Аналіз наукових досліджень. Дослідження В. Бондаря, А. Колупаєвої, Ю. Найди, В. Синьова, Н. Софій, О. Таранченко та інших спрямовані на з'ясування наукових підходів до навчання, виховання та розвитку дітей з ООП відповідно до філософії вітчизняної освіти. Колективом авторів [1, с.11] сформульовано пріоритет інклюзії – відгук на широкий спектр освітніх потреб у шкільному середовищі та поза його межами. Саме цей підхід забезпечує адаптацію навчального середовища, програм до можливостей учнів.

Мета дослідження – розкрити окремі аспекти розвитку інклюзивної освіти в Україні. Завдання: з'ясувати специфіку навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами у закладах освіти.

Виклад основного матеріалу. Досягненням в освітній галузі є створення команди психолого-педагогічного супроводу – групи фахівців за різними профілями, що сприяють всебічному вивченню особистості школяра та спрямуванню його індивідуальної траєкторії розвитку. Тісна співпраця спостерігається з інклюзивно-ресурсними центрами, робота яких спрямована на формування висновку та рекомендацій щодо вибору освітньої програми – адаптованої чи модифікованої. Окрім того, ними надаються консультації педагогічним працівникам закладів освіти та консультації батькам. Такі центри створені вже у кожній територіальній громаді. Позитивним є те, що вся робота установи висвітлюється на сайті за певними напрямками: опис діагностичних методик, поради логопеда, рекомендації батькам та дітям щодо дотримання безпеки в умовах військового стану, психологічні відео тренінги, корисні поради для фахівців тощо.

Важливим питанням на шляху розвитку інклюзивного навчання стало уведення посади асистента вчителя у закладі загальної середньої освіти. Педагог організовує навчальну діяльність дитини з особливими освітніми потребами, бере участь у розробці індивідуальної програми розвитку, добирає дидактичні матеріали, предметні та сюжетні малюнки для роботи з розвитку зв'язного мовлення, веде журнал спостережень за дитиною фіксує її успіхи. Створюється портфоліо асистента вчителя, що забезпечить комплексний підхід до навчання, виховання та розвитку школяра.

Заклади вищої освіти переорієнтували підготовку спеціалістів у сфері спеціальної та інклюзивної освіти. Відтак, ДВНЗ «Ужгородський національний університет» готує майбутніх фахівців за Освітньо-професійною програмою магістра до цього виду професійної діяльності. Здобувачами освіти формується коло компетенцій за обов'язковими та вибірковими компонентами, які дають можливість засвоїти сучасні технології навчання дітей з інтелектуальними порушеннями, актуальні питання спеціальної й інклюзивної освіти, її становлення, культуру мовлення у спеціальній освіті. Не залишено поза увагою дисципліну психологічного циклу, позаяк вона дає можливість зрозуміти особливості психічного розвитку дитини – властивості пам'яті, уваги, мислення тощо.

Актуальним питанням сьогодення є формулювання моделей викладання у класах з інклюзивним навчанням. А. Колупаєвою, О. Таранченко [2] розроблено новітні підходи у навчанні дітей з психофізичними особливостями та стратегії успішного впровадження інклюзивної практики; описано роль та значущість батьківського впливу у процесі інклюзивного навчання. Моделі викладання (паралельне, диференційоване, командне) забезпечують якість освітнього процесу у класах з інклюзивним навчанням. Акцент поставлено на

розробку корекційно-розвиткових вправ та завдань, основна увага, в яких зосереджена на соціалізацію особистості. У процесі дослідження нами з'ясувалися технології навчання та розроблялися авторські методи та прийоми, з-поміж яких ігрові. Вони були спрямовані на розвиток ключових та предметних компетентностей, що передбачені Державними стандартами. У процесі добірки гри ураховувалися вікові особливості, здатності дитини до взаємодії, емоційного контакту, когнітивні можливості.

Висновки. Отже, нами розкрито особливості розвитку інклюзивної освіти в Україні; з'ясовано специфіку навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами у закладах освіти.

Література

1. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навч.-метод. посіб. Кол. авторів: А. А. Колупаєва, Н. З. Софій, Ю. М. Найда та ін. За заг. ред. Л. І. Даниленко. 2-ге вид., стереотип. К. : ФО-П І. С.Парашин, 2010. 128 с.

2. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. «Інклюзивна освіта: від основ до практики»: [монографія]. К. : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с.

КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВІ ПОСЛУГИ ЯК СКЛАДОВА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Дарина Ухаль,
*студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта,
Світлана Стеблюк,
доктор педагогічних наук, заступник декана з наукової роботи,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Інклюзивна освіта є однією з ефективних форм навчання дітей з особливими освітніми потребами, залучення їх до активної участі в суспільному та економічному житті. Вона орієнтується на індивідуальні потреби школяра й надає підтримку, необхідну для досягнення успіху в навчанні. Кожна дитина з особливими освітніми потребами зокрема, має можливість реалізувати свій потенціал, здібності, розвинути навички комунікації, співпраці. Зміст корекційно-розвиткової роботи повинен враховувати пізнавальні особливості дитини, її емоційну й поведінкову сфери, сильні та слабкі сторони. Значна увага надається корекційно-розвитковим послугам, під якими розуміють комплексну систему 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 [4]. Вони забезпечують необхідну

підтримку для тих учнів, які потребують додаткової допомоги, з метою подальшого інтегрування в інклюзивне освітнє середовище.

Аналіз наукових досліджень. Питання особливостей надання корекційно-розвиткових послуг досліджується низкою учених. Відтак, О. Вовченко розкриває методи та прийоми формування життєвих компетентностей у підлітків з інтелектуальними порушеннями через систему корекційно-розвиткових занять. Автором виокремлюється ігровий метод як природній психологічний тренінг поведінки, метод проєктів, ситуаційний, індивідуальні прийоми самовиховання тощо. Технології реалізації напрямів корекційно-розвивальної роботи розкриває колектив авторів [3]. В основі її компетентнісний й особистісно-орієнтований підходи та спрямування на розвиток просторового орієнтування, пізнавальної, мовленнєвої, психічної, мотиваційно-ціннісної сфер дитини. У посібнику акцент зроблено й на адаптивну фізичну культуру, запропоновано комплекси ранкової гігієнічної гімнастики, фізкультхвилинок, фізкультпауз.

Мета дослідження: розкрити зміст поняття корекційно-розвиткові послуги. Завдання – з'ясувати роль інклюзивно-ресурсних центрів у наданні такого виду послуг дітям з інтелектуальними порушеннями.

Виклад основного матеріалу. Корекційно-розвиткові заняття прописані в індивідуальній програмі розвитку дитини і спрямовані на розвиток її когнітивної, сенсорної сфер, формування комунікативних навичок. Для забезпечення повного спектру підтримки дітей з інтелектуальними порушеннями долучаються психологи, вчителі-дефектологи, логопеди інклюзивно-ресурсного центру. Тривалість індивідуальних психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових занять складає від 20 до 25 хвилин, групових – від 35 до 40 хвилин. Відмітимо, що у процесі проведення корекційно-розвиткових занять обов'язковим є врахування рівня підтримки школяра та його індивідуальної програми розвитку. При організації групових занять слід звертати увагу на вікові особливості дитини, однорідність порушень.

Як зазначає В. Кісільова, корекційно-розвиткову роботу в ІРЦ здійснюють через такі види корекційних занять: ритміку; розвиток мовлення; лікувальну фізкультуру; соціально-побутове орієнтування; корекцію розвитку (пізнавальної, емоційно-вольової сфер); орієнтування у просторі тощо. Корекційно-розвиткові заняття проводяться вчителем-дефектологом (корекційним педагогом) та практичним психологом, залежно від спрямованості корекційного заняття та виду надання психолого-педагогічного супроводу [2, с.65].

На сьогодні розроблено низку корекційно-розвиткових програм («Розквіт», «Альтернативна та додаткова комунікація» «Азбука творчості» та ін.), що спрямовані на покращення фізичного, когнітивного, емоційного стану дитини, підтримки її у різних аспектах життя. Вони призначені на різні категорії дітей з особливими потребами – діти з розладами спектру аутизму, з порушеннями опорно-рухового апарату, з порушеннями мовлення, зору, слуху тощо. Програми допомагають сформувати життєві навички та забезпечити більшу самостійність. До прикладу, у Програмі «Розвиток психомоторики та сенсорних процесів» [5] подано системні заняття з розвитку психомоторики емоційної сфери, що сприяють орієнтуванню на сенсорні еталони, в просторі; цілеспрямовано виконувати дії за інструкцією; узгоджувати свої рухи і дії. Програма включає наступні розділи: розвиток моторики; розвиток тактильно-рухового сприймання; сприймання форми, величини, кольору; конструювання предметів; розвиток зорового сприймання; сприймання особливих властивостей предметів через розвиток дотику, нюху, баричних відчуттів, смакових якостей; розвиток слухового сприймання та слухової пам'яті; сприймання простору; часу.

Напрями діяльності ІРЦ спрямовані на забезпечення якісної освіти учнів з особливими потребами, їх успішну соціалізацію. Важливим є надання підтримки й консультації батькам щодо навчання, розвитку та виховання своєї дитини; можливості застосування корекційних вправ у домашніх умовах.

Література

1.Вовченко О. Психолого-педагогічний вплив корекційно-розвиткових занять на формування життєвих компетентностей підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку. Збірник наукових праць: психологія. № 24, 2019 С.86-93

2.Кісільова В. В. Корекційно-розвиткова робота в інклюзивно-ресурсному центрі. *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців* : збірник наукових праць. Суми : СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2021. Вип. 9, т. 1. С. 61–66

3.Корекційно-розвивальні технології навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку /навчально-методичний посібник / Чеботарьова О. В., Блеч Г. О., Гладченко І. В., Бобренко І. В., Мякушко О. І., Сухіна І. В., Трикоз С. В. За наук. ред. О.В. Чеботарьової, О.І. Мякушко. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 558 с.

4.Про затвердження положення про інклюзивно–ресурсний центр. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 року № 545. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545–2017–п 8>

5. Програма з корекційно-розвиткової роботи «Розвиток психомоторики та сенсорних процесів» для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями. Укладач Трикоз С.В. К. : 2018. 81 с. URL: https://ispukr.org.ua/articles/18/2018_%D0%96%D1%83%D0%BA%20%D0%A2.%D0%AF%20%D1%82%D0%B0%20%D1%96%D0%BD._%D0%BA%D0%BE%D1%80%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0.pdf

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ І СТУПЕНЯ

Ярослав Філак,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент, завідувач кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*
Фелікс Філак,
*кандидат медичних наук доцент кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. На сучасному етапі однією з проблем ортопедії залишається зростання патології опорно-рухового апарату у дитячому віці, особливо це стосується сколіотичної деформації хребта. Кількість дітей із сколіотичною деформацією постійно зростає. За даними ряду авторів сколіоз виявляють у 29,6% дітей на 1000 дитячого населення. Виникаючи в різному віці дитини, сколіоз із більшою або меншою інтенсивністю прогресує до повного закінчення росту. Прогресування сколіозу приводить не тільки до порушень опорно-рухового апарату, але й до зниження функціональних можливостей організму, порушенню діяльності серцево-судинної та дихальної систем, що знижує працездатність та порушує розвиток дитячого організму. Крім того, структурні зміни хребта призводять у подальшому до інвалідності, яка становить, за даними літератури, від 5 до 12%. [1, 3].

Сколіоз І ступеня характеризується появою додаткової компенсаторної дуги викривлення, в результаті чого хребет набуває форми латинської літери S. Кут відхилення основної дуги доходить до 30° С. Виявляється скручування хребців, реберне випирання і м'язовий валик. Це супроводжується порушенням розташування внутрішніх органів та їх функцій. Горизонтальне положення і невелике витягнення не змінюють викривлення. Перед сучасною медициною постає потреба подальшого пошуку ефективних засобів відновного лікування цієї патології [2, 4].

Мета дослідження – Вивчення консолідованого впливу відновного лікування із використанням засобів фізичної реабілітації у хворих на сколіоз I-го ступеня.

Методи дослідження: Використаний діагностичний прилад «Сколізіометр», розроблений автором Філак Я.Ф. (2009), який дає можливість об'єктивно визначити ступінь відхилення хребта від нормального фізіологічного положення. Перевага авторського приладу «Сколізіометр» полягає в тому, що він достатньо точний, не потребує спеціальних умов для використання, не травматичний для пацієнта, і разом з тим простий у використанні. Вимірювання відхилень від правильної постави дає можливість оцінити ступінь загрози, вчасно розпочати корекцію і контролювати стан ефективності реабілітаційних заходів. Спосіб діагностики стану хребта при порушеннях постави здійснюється таким чином: пацієнт стає спиною до спеціаліста, який накладає на плечовий пояс пристрій і фіксує два стаціонарні плечики так, щоб висок у вертикальному положенні співпадав з лінією остистих відростків хребта. За допомогою шкали із покажчиком у градусах спеціаліст визначає рівність плечових відростків по горизонталі, а також додатково в міліметрах визначають рівність плечових відростків за допомогою двох наповнених рідиною сполучених пластичною трубкою вертикально розміщених посудин. Вимірювання викривлень хребта у фронтальній та сагітальній площинах проводиться за допомогою вертикально розміщеного виска та лінійки, що дає можливість визначити величину бокового відхилення і глибину лордозу [5].

Виклад основного матеріалу. Дослідження проведені у 20 дітей віком від 13-14 років, з них 11 хлопців та 9 дівчат у яких діагностовано сколіоз I-ступеня з випуклістю в грудному відділі вправо. При первинному огляді діти скаржились на болі в спині у спокої, та під час фізичного навантаження.

Пни досліджені стану хребта за допомогою сколізіометра у хворих на сколіоз I ступеня кут відхилення рівня плечових відростків (у градусах та мм водного стовпа) становив – $6,45 \pm 0,52$; За рівнем рідини у вертикально розміщених сполучених трубках: цей показник становить $7,6 \pm 0,65$ мм Середній показник бокового викривлення хребта в сантиметрах визначався шляхом вимірювання відстані від вертикального виска до середини остистого відростка. У дітей зі сколіозом I-го ступеня бокове відхилення від вертикальної осі становило $4,7 \pm 0,54$ см; При визначенні величини шийного лордозу в сантиметрах у дітей 13-14 років, хворих на сколіоз цей показник становив $4,1 \pm 0,19$ см; Показники поперекового лордозу в середньому становив $5,76 \pm 0,38$ см;

В комплексну програму реабілітації для дітей, хворих на сколіоз I-го ступеня, входили: лікувальна гімнастика, аквагімнастика, індивідуальні заняття на дошці Евмінова, реабілітаційний масаж, плавання. Лікувальна гімнастика була направлена на зміцнення ослаблених та релаксацію

напружених м'язів спини, черевного пресу, Використовувались симетричні, асиметричні і коригуючі вправи. Двічі на день проводили розвантаження хребта – виконували виси та вправи на витягування.

В результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається позитивна динаміка клінічних проявів захворювання. Найбільш виразним є зменшення больового симптому в грудному відділі хребта яке відзначали 70,0% школярів. Обмеження рухливості хребта після реабілітації відзначали лише 20,0% дітей.

Після проведення відновного лікування також відбулися позитивні зміни у функціональному стані хребта, про що свідчать проведені повторні дослідження ступеня відхилення хребта від нормального фізіологічного положення за допомогою діагностичного приладу «Сколізіометр», який дає можливість об'єктивно визначити ефективність застосування реабілітаційних заходів. Такий найбільш інформативний показник для хворих на сколіоз є кут відхилення рівня плечових відростків у градусах, який вірогідно зменшився з $6,45^\circ \pm 0,52$ до $4,6^\circ \pm 0,32$; За рівнем рідини у вертикально розміщених сполучених трубках цей показник зменшився з $7,6 \pm 0,65$ мм до $6,3^\circ \pm 0,34$ мм водного стовпа. Тенденція до нормалізації у дітей зі сколіозом I-го ступеня показників бокового відхилення від вертикальної осі, який зменшився від $4,7 \pm 0,54$ см до $3,9 \pm 0,44$ см; Також відзначається зменшення показників величини шийного лордозу з $4,1 \pm 0,19$ см $3,3 \pm 0,22$ см; Показники поперекового лордозу в середньому відповідно знизились з $5,76 \pm 0,38$ см до $4,89 \pm 0,21$ см.

Висновки. Під впливом програми комплексної реабілітації у дітей з сколіозом I ступеня відмічено позитивну динаміку клінічних показників, підвищення тону м'язового корсету, м'язової сили верхніх кінцівок, зменшення викривлень хребта. Корекція постави при сколіозі на ранніх стадіях можлива при тривалому і систематичному виконанні реабілітаційної програми під контролем фізичних терапевтів та ортопедів. Прилад «Сколізіометр» дозволяє забезпечити точність і достовірність вимірювання функціонального стану хребта на ранніх етапах виникнення порушень постави.

Література

1. М'ятига О. М. Ф Фізична реабілітація в ортопедії : [навчальний посібник] / О. М. М'ятига. Х. : СПДФЛ Бровін А. В., 2013. 132 с.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія / В. М. Мухін. Л. : ЛДУФК, 2015. 428 с
3. Медична реабілітація в педіатрії / За ред. М. В. Лободи, А. В. Зубаренко, К. Д. Бабова. К. : «Купріянова О. О.», 2004. 381 с.
4. Складенко Є.Т. Травматологія і ортопедія. К.: Здоров'я, 2005. 384с

5. Патент № а 200 02058, МПК (2009) А 61 В 6/02. Пристрій для діагностики стану хребта при порушеннях постави/ Філак Я.Ф. № 90815; заявл. 10.03.2009; опубл. 25.05.2010, Бюл. № 10.

САНАТОРНО-КУРОРТНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИЙ РАДИКУЛІТ

Ярослав Філак,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
завідувач кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,
Вікторія Кіш
викладач кафедри основ медицини
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Сучасний спосіб життя людини не забезпечує необхідної рухової активності (наприклад, офісна робота), що веде до погіршення живлення міжхребцевих дисків. Не менш деструктивний ефект на міжхребцевий диск створює і важка фізична праця, особливо, яка пов'язана з підніманням важких предметів і роботою у незручній позі. Науковці вважають, що більша частина населення планети 50,0% має попереково-крижовий радикуліт і не знають про це, бо вони не обстежувалися, а на виникші болі не звертають уваги [2.3].

Причини виникнення захворювання різноманітні: остеохондроз хребта, вроджений дефект хребта, зниження рухової активності хребта, хронічні або одноразові, але надмірні перевантаження хребта, травми внаслідок перевантажень, ударів, падінь, переохолоджень, інфекції, а також стреси, що послабляють захисні сили організму. Клінічно попереково-крижовий радикуліт проявляються радикулярним (корінцевим) синдромом або радикулопатією. Головний прояв хвороби - больовий синдром. Біль посилюється при будь-якому навантаженні і зазвичай зменшується в положенні лежачи. У зоні локалізації патологічного процесу м'язи напружені і людина намагається обмежувати руху цієї частини спини. Можуть також турбувати відчуття оніміння, поколювання чи відчуття повзання мурашок в нозі [1.4, 5].

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та практично перевірити ефективність використання комплексної санаторно-курортної реабілітації осіб працездатного віку на попереково-крижовий радикуліт.

Методи дослідження: 1. Визначення гнучкості хребта. Гнучкість хребта досліджувалася при розгинанні, згинанні. Результати вимірів проводили за методикою Левіт, яка припускає розподіл по 3 ступенях:

- „А” – гіпомобільність до норми;
- „Б” – гнучкість у межах норми;
- „В” – підвищена гіпермобільність.

Гнучкість хребта при згинанні вимірювали у вихідному положенні сидячи з випрямленими ногами. Ступінь – „А” – від 0 і менше, ступінь „Б” – від 0 до +10 см., ступінь – „В” від +10 см. і більше.

2. Для визначення інтенсивності болю використовуємо вербальну описову шкалу. Якщо болю нема, то стан пацієнта оцінюється в 0 балів. Якщо спостерігаються больові відчуття, то болі оцінюються до 10 бальної шкали. Фіксується найвища оцінка в 10 балів. Від 1 до 3 бали - мала інтенсивність болю; 4 – 7 балів середня; від 8 – 10 – велика інтенсивність.

Виклад основного матеріалу. Під наглядом перебували 20 хворих віком від 50 до 55 років, з них 15 чоловіків і 5 жінок з попереково-крижовим радикулітом, які перебували на відновному лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Болі в попереку при тривалому стоянні відзначали практично всі 100,0% пацієнтів. обмеження рухливості в попереку відзначали 14 (85,0%) пацієнтів, головні болі 10 (50,0%) хворих, загальну слабкість 12 (60,0%) хворих. Велику ступінь болю відзначали 2 (10,0%) пацієнтів, середню – 12 (60,0%), легку – 6 (30,0%) хворих. Гнучкість хребта у межах норми відзначали 2 (10,0%) хворих, гіпомобільність – 18 (90,0%) пацієнтів.

В комплекс програми фізичної реабілітації входили: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, аквагімнастика, лікувальна ходьба, плавання, реабілітаційний масаж, озокеритотерапія на попереку. Лікувальна гімнастика була направлена на зміцнення м'язів спини, поперека, передньої і задньої поверхонь стегон, підвищення гнучкості та амплітуди рухів тулуба. Залежно від вихідного стану остеохондрозу, ми розробили індивідуальні комплекси спеціальних вправ. При виконанні вправ особливу увагу звертали на симетричне положення тіла. Виконувалися спеціальні вправи на розтягування, повороти і нахили тулуба, динамічні вправи, із застосуванням, рухів голови, тулуба й кінцівок протягом 25–30 хвилин, кількість повторень у кожній вправі – 6 - 8 разів. Після кожної серії виконується вис на дошці Евмінова під кутом 45°. При зменшені або зникненні болю приступали до виконання вправ силового характеру. Для зміцнення м'язів попереку використовували вправу, підйом тулуба «у сід» з положення лежачи. В даній вправі виконувалося три підходи по двадцять повторень у кожному, Відпочинок між підходами становив 1,5 - 2 хвилини. Після трьох підходів на м'язи преса виконувався вис на перекладині протягом 30 секунд. У заняття включали також вправи на координацію і рівновагу. Протипоказані прикладні і спортивні асиметричні вправи – кидання,

штовхання, однією рукою, вправи зі штангою, веслування. Не бажані різкі, ривкові рухи, вібрації, нахили вперед і підняття важких речей.

В результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається покращення клінічних проявів захворювання. Скарги на дискомфорт в попереку зникли або зменшилися у 19 (95,0%) хворих, обмеження рухливості в попереку відзначали лише 3 (25,0)% пацієнтів. Головні болі зникли або зменшилися у 70,0% хворих. Середні показники ступеню болю були такими: в ділянці попереку показники відчуття болю знизились з 8,5 балів до 2,8 балів, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації. Амплітуда рухів поперекового відділу хребта у обстежених пацієнтів на з попереково-крижовим радикулітом вірогідно збільшилась. Гіпомобільність тулуба із-за болей в попереку виявлена лише у 2 (10,0%) пацієнтів, нормалізувались показники гнучкості у 18 (90,0)%, що свідчить про зменшення і зникнення болю та підвищеного тону м'язів спини.

Висновки. Таким чином, в результаті проведеного комплексу санаторно-курортної реабілітації покращилась трофіка, обмінні процеси, сила м'язів попереково-крижового відділів. Покращились показники гнучкості хребта, що дозволяє говорити про сприятливий вплив засобів комплексної реабілітації. В результаті проведення курсу санаторно-курортної реабілітації відзначається зменшення напруження окремих м'язових груп м'язів спини, задньої поверхні стегна та зв'язкового апарату. Все це, разом з покращенням обмінних процесів, посиленням кровообігу в попереково-крижовій ділянці веде до зменшення болю та збільшення рухливості хребта.

Література

1. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату : монографія. Львів : ЛДУФК, 2018. 388 с.
2. Жук П.М. Гострі та хронічні ураження опорно-рухового апарату. Вінниця: Континент-Прим, 2002. 464 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія. Л. : ЛДУФК, 2015. 428 с
4. Травматологія та ортопедія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред.: Голки Г.Г., Бур'янова О.А., Климовицького В.Г. Вінниця: Нова Книга, 2014. 416 с.
5. Фізична реабілітація при захворюваннях і травмах опорно-рухової системи: Посібник для студ. навч. закладів, які вивчають фізичну реабілітацію та ЛФК /В.А.Левченко, І.П. Вакалюк, Р.І. Файчактаін.; за ред. В.А. Левченка. Івано-Франківськ: НАІР, 2015. 352с.

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ САНАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ З ГІПОМОТОРНИМ СИНДРОМОМ

Фелікс Філак,
*кандидат медичних наук доцент кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Хронічні запальні захворювання кишківника, у тому числі і хронічний коліт (ХК), за даними різних авторів, складають від 30% до 70% у структурі патології гастроентерологічного профілю. В їх основі лежать функціональні і морфологічні зміни товстої кишки, які розвиваються після гострих кишкових інфекціях, радіоактивного опромінення та інших факторів, які пошкоджують стінки кишки. Патологоанатомічна картина при хронічному коліті характеризується поверхневим та атрофічними змінами слизової оболонки товстої кишки. Захворювання відрізняється сталим затяжним перебігом і вимагає систематичного застосування дієти, лікарських препаратів [3, 5].

Причиною захворювання може бути порушення регулюючої функції ЦНС, часті стреси, нерегулярне та неякісне харчування, інтоксикація, паління, зловживання алкоголем, інфекція, слабкість м'язів живота. Загальними проявами захворювань органів травлення є біль, відрижка, нудота, блювота, пронос або закреп, зміни апетиту, підвищена дратівливість. Хвороби мають хронічний перебіг із загостреннями та ремісіями. Тому одним із провідних методів лікування хронічних колітів є санаторно-курортна реабілітація. При хронічних захворюваннях кишечника спостерігаються зміни рухової, секреторної та всмоктувальної функцій. Патологічні процеси шлунково-кишкового тракту знаходяться в тісному взаємозв'язку між собою та обумовлені порушенням нервової регуляції. В результаті порушення моторної функції розвивається коліт і ентерити. Основними засобами лікування хвороб органів травлення є дієтотерапія, лікарські засоби, масаж, фізіотерапія та гідропроцедури, лікувальна фізична культура [1, 4].

Санаторно-курортне відновне лікування, діючи сукупністю різноманітних природних і преформованих лікувальних факторів, спричиняє певні зрушення у фізіологічних системах організму і, передусім, у центральній нервовій системі. Залежно від фізико-хімічного складу, мінеральні води змінюють процеси водно-сольового і електролітного обміну в організмі, насамперед, у напрямку утримання і засвоєння окремих мікроелементів, які використовуються для активації процесів метаболізму. Закарпатські мінеральні

води характеризуються великим вмістом біологічно активних елементів, особливо води Келечинського і Полянського родовищ. Доведено, що мінеральна вода Поляна Квасова своїм хімічним складом сприяє відновленню ряду функцій системи органів шлунково-кишкового тракту [2, 5].

Мета дослідження: оцінка ефективності впливу санаторно-курортної реабілітації на клінічні і функціональні показники хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом.

Методи дослідження. Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів методом електроколонографії проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок за методикою А.М.Ногаллера. Порівнювалась фонові міоелектрична активність товстої кишки та її зміни на початку і в кінці курсу лікування. Результати оцінювали за показниками амплітуди та частоти тонічних коливань кишечника. При нормокінетичному типі електроколонограми вольтаж зубців складав 0,12 – 0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проведені у 30 хворих на хронічний коліт віком від 45 до 55 років й тривалістю захворювання від 12 до 20 років із них чоловіків – 14, жінок – 16. Діагноз хронічний коліт та ступінь його важкості ставили на основі клінічних проявів, даних ендоскопічного (колоноскопічного) обстеження, ірригографії, електроколонографії. Для вивчення клінічних показників та стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів у хворих на хронічний коліт проведена реєстрація біоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок електрогастрографом ЕГС - 4М за методикою А.М. Ногаллера.

За даними опитування практично всі хворі на хронічний коліт скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який відзначали 93,3% хворих. Скарги на постійний ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки, який поступово посилюється при ходьбі відзначали 76,7% пацієнтів. Здуття живота відзначали всі 100,0% обстежених хворих, бурчання по ходу кишечника відзначали 63,3%. Закрепи відзначали 100,0% хворих.

При дослідженні стану моторної функції кишечника натще у хворих хронічним колітом із гіпомоторним синдромом у 28 (93,3%) обстежених відзначалось зниження міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень, що спостерігалось у 93,3%) обстежених. Це гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики ($0,17 \pm 0,04$ мВ) для синмовидної кишки. Нормотонічний-тахіритмічний тип моторики виявляли у 2 (6,7%) пацієнтів.

Комплексна санаторно-курортна реабілітація включала: внутрішній прийом мінеральної води «Поляна Квасова», ранкова гігієнічна гімнастика, аквагімнастика, лікувальний і сегментарно-рефлекторний масаж, ампліпульстерапія на ділянку товстої кишки, плавання. Аквагімнастика надає загальнотонізуючу дію, налагоджує нейрогуморальну регуляцію, стимулює крово- та лімфообіг в органах черевної порожнини, зміцнює м'язи черевного преса, сприяє нормалізації евакуаторної та моторної функцій кишечника. Сегментарно-рефлекторний масаж передбачає вплив на рефлекторні зони поверхні тіла, що викликають зміни діяльності внутрішніх органів.

У результаті проведених реабілітаційних заходів у 83,3% хворих покращилось самопочуття. Відчуття важкості в епігастрії після курсу реабілітації відзначали лише 16,7% пацієнтів. Ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки виявляли у 40,0% пацієнтів. Після проведених реабілітаційних заходів у обстежених пацієнтів вірогідно підвищилися показники частоти тонічних хвиль сліпої з $0,46 \pm 0,03$ до $0,61 \pm 0,05$ мВ, сигмовидної $0,51 \pm 0,01$ до $0,63 \pm 0,04$ мВ кишок. Відзначається також достовірне підвищення показників амплітуди тонічних хвиль сліпої з $0,10 \pm 0,03$ до $0,12 \pm 0,007$ мВ сигмовидної $0,17 \pm 0,009$ до $0,21 \pm 0,02$ мВ ($P < 0,05$) кишок.

Висновки. Після проведеного комплексу реабілітаційних заходів у хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом відзначається позитивна динаміка клінічних показників, порушення функцій інших органів травної системи, нормалізація моторної функції товстого кишечника. Доведена ефективність використання розроблених нами комплексу реабілітаційних заходів, які спрямовані на покращання клінічних, лабораторних показників нормалізацію моторно-евакуаторної, секреторної функцій товстого кишківника.

Література

1. Вдовиченко В.І., Бичков М.А., Денисюк Я.С. Функціональні захворювання органів травлення у світлі Римських III критеріїв. Львів, 2010. 105 с.
2. Малихіна Т. І. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування диференційованих методів санаторно-курортного лікування хворих на хронічний коліт: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.33. \2004. 21 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник [для студ. вищ. навч. закладів фіз. виховання і спорту]. К. : Олімпійська література, 2009. 488 с.

4. Степанов Ю.М. Хронічні запальні захворювання кишечника: особливості епідеміології в Україні / Ю. М. Степанов, І. Ю. Скирда, О. П. Петішко// Гастроентерол. 2017. Т. 51, № 2. С. 97-105

5. Хвороби органів травлення (діагностика та лікування) /П.я. Григорєв, Є.М. Старожуб, Е. П. Яковенко, М. Є Гаврилук, С. Є. ШЩостак. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 448 с.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЧИТАЦЬКОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Тетяна Хома,
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання
Наталія Чиприч,
студентка II курсу другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 016 Спеціальна освіта,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність проблеми. Сучасні освітні процеси в Україні базуються на засадах дитиноцентризму, становленні особистісного розвитку молодших школярів, компетентнісному підході. У Державному стандарті початкової освіти сформульовано мету мовно-літературної освітньої галузі, що передбачає формування комунікативної, читацької та інших ключових компетентностей, розвиток особистості учня та уміння застосовувати різні види мовленнєвої діяльності в повсякденному житті, накопичувати емоційно-чуттєвий досвід, удосконалювати мовленнєві здібності, прагнути до творчості [3]. Читацька компетентність розглядається як сукупність знань, умінь і навичок, що дозволяють відбирати, розуміти інформацію, вказану в знаково-літерній формі, та успішно її використовувати в особистих і суспільних цілях [там же].

Значний обсяг інформації, яку слід засвоїти молодшим школярам, потребує належного володіння навичками техніки читання, усвідомлення змісту прочитаного, його розуміння й відтворення, уміння будувати власні висловлення, складати діалоги, давати оцінку поведінці героїв. У зв'язку з цим, актуальною проблемою залишається сприймання й розуміння художніх творів учнями з порушеннями інтелектуального розвитку, які навчаються в класах з інклюзивним навчанням. Процес читання сприяє формуванню мовленнєвої діяльності, впливає на всебічний розвиток дитини з інтелектуальними порушеннями, допомагає продукувати власні емоційно-оцінні судження змісту прочитаного.

Аналіз наукових досліджень. Формування читацької компетентності в учнів із порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку у фокусі наукових доробок низки авторів (Кравець Н., Олефір О., Остапенко Л., Стеблюк С., Чеботарьова О., Ярмола Н. та ін.). Увага акцентується на правильному вимовлянні звуків, дотриманні наголосу у словах, розумінні лексичного значення слова, інтонуванні речень, додержанні пауз між реченнями та частинами художнього твору. Пропонується адаптувати тексти та формулювати завдання, враховуючи індивідуальні можливості учнів із порушеннями інтелектуального розвитку. Художня література якнайкраще впливає на формування загальнолюдських цінностей, тому доречно добирати твори, які дають можливість оцінювати вчинки героїв, аналізувати позитивні й негативні риси характеру, сприймати явища навколишньої дійсності, усвідомлювати взаємозв'язок людини і природи.

Мета – проаналізувати сучасні наукові підходи до проблеми формування читацької компетентності в учнів з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку.

Завдання – з'ясувати зміст ключового поняття «читацька компетентність молодших школярів» та охарактеризувати шляхи її формування в учнів з порушеннями інтелектуального розвитку.

Виклад основного матеріалу. Ключове поняття «читацька компетентність молодших школярів» з погляду теоретичних позицій ототожнюється з новою грамотністю, до складу якої входять уміння самостійно набувати та впроваджувати вміння і навички роботи з книгою, здатність до систематизації, узагальнення та інтерпретації отриманої інформації, готовність до прийняття різних форм організації читацької діяльності [1, с. 66].

Читацька компетентність, на думку А. Фасолі, розглядається одночасно як предметна, так і міжпредметна, що дає змогу виокремити різні контексти процесу читання: накопичення літературного досвіду, ознайомлення з новою інформацією, виконання практичних завдань [5].

Важливо не тільки мотивувати учнів до читання, а й навчити їх розуміти прочитане, давати йому оцінку, розмірковувати над змістом твору й вільно висловлюватися. Читацьку компетентність у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку розглядатимемо як систему читацьких умінь і навичок, спрямованих на свідоме засвоєння змісту тексту, пізнання навколишньої дійсності, формування позитивних емоційно-ціннісних уявлень, що дають змогу адаптуватись у соціумі.

Сформованість читацької компетентності у дітей з інтелектуальними порушеннями, за Н. Гуріною, впливає на загальний показник успішності в процесі засвоєння інших навчальних предметів. Серед недоліків, допущених

при читанні учнями, авторка виокремлює заміни слів на основі схожості, помилки у закінченнях слів, пропуски букв, інтонаційне позначення закінчення речень тощо, тому рекомендується добирати різноманітні ігрові технології, спрямовані на формування навичок зв'язного читання художнього твору [2].

Аналізуючи процеси читання і сприймання учнями з інтелектуальними порушеннями змісту літературного тексту, Н. Кравець вказує на низку помилок: пропуски слів, неточність змісту сказаного, уживання коротких синтаксичних конструкцій, порушення порядку слів у реченні, недоречний добір дієслів, займенників, відсутність інтонації, емоційної виразності тощо. У роботі з такою категорією дітей рекомендується застосовувати технологію «сторітелінг» та включати складання діалогів із героями твору, віртуальні монологи, створення власних історій. Інтерактивні технології сприяють активізації уяви учнів, позитивно впливають на мисленнєві процеси [4].

На основі теоретичного аналізу наукової літератури ми з'ясували, що у процесі формування навичок читання учні з порушеннями інтелектуального розвитку відчують певні труднощі: нерозрізнення букв, недоліки звуковимови, читання по окремих літерах, сплутування складів слів, неправильне наголошування слів, недостатній словниковий запас, нечітке інтонування речень, недотримання пауз, коротке фразове мовлення тощо. Зважаючи на встановлені труднощі у процесі читання учнів з порушеннями інтелектуального розвитку, доречно розробити систему завдань, спрямованих на формування умінь розрізняти звуки, збагачувати словник, розуміти значення слів, а відтак – будувати діалоги та формулювати власні висловлювання.

Висновки. Таким чином, нами з'ясовано зміст ключового поняття «читацька компетентність молодших школярів», на основі наукових розвідок виокремлено читацьку компетентність у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку. Досліджено сучасні наукові підходи до окресленої проблеми, проаналізовано окремі типи помилок, яких припускаються у процесі читання учні з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку, зазначено шляхи формування читацької компетентності.

Література

1. Байдюк Л. Теоретичні передумови формування основ читацької компетентності молодших школярів. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. Випуск 3, 2022. С. 60- 69.

2. Гуріна К. В. Характеристика читацької компетентності у молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення. *Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти* / За загальною редакцією Бойчука Ю. Д. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2020. С. 84-89.

3. Державний стандарт початкової освіти. URL: [https:// zakon.rada. gov.ua/ laws/show/87-2018-п#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-п#Text)

4. Кравець Н. П. Сторітеллінг як технологія творчого розвитку учнів з інтелектуальними порушеннями на уроках літератури в умовах спеціального та інклюзивного навчання. Topical issues of pedagogy: Collective monograph. Edizioni Magi, Roma, Italy, 2019. P 80-102.

5. Фасоля А. Читацька компетентність: що формуємо, що і як перевіряємо й оцінюємо. URL: <https://dyvoslovo.com.ua/wp-content/uploads/2017/09/2-0917.pdf>

Наукове видання

**ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ТА ЕРГОТЕРАПІЇ: ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ**

Збірник тез доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю

(м.Ужгород, 19-20 жовтня 2023 р.)

Відповідальний за випуск: С.В. Стеблюк

Гарнітура Times New Roman.
Формат 60x84/16.
Ум.друк.арк. 10,81. Обл.вид.арк. 9,47.
Зам. № 116. Наклад 100 прим.

Оригінал-макет виготовлено:
у редакційно-видавничому відділі ДВНЗ «УжНУ»
88000, м.Ужгород, вул. Заньковецької, 89
E-mail: dep-editors@uzhnu.edu.ua

Видавництво Ужгородського національного університету «Говерла».
88000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 18.
*Свідоцтво про внесення до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
Серія 3т № 32 від 31 травня 2006 року*