

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



УНІВЕРСИТЕТСЬКА ПІДСУМКОВА НАУКОВА
СТУДЕНТСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ

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

18 травня 2023 року



Ужгород-2023

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

**УНІВЕРСИТЕТСЬКА ПІДСУМКОВА НАУКОВА
СТУДЕНТСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

здобувачів вищої освіти факультету здоров'я та фізичного виховання

18 травня 2023 року

Ужгород – 2023

УДК 615.8(063):796

Щ 92

Матеріали щорічної університетської підсумкової наукової студентської конференції факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Уклад. д. пед. н. Стеблюк С.В., 18 травня 2023 року. Ужгород, 2023. 173 с.

Рецензенти:

Мочан Т.М., кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методик початкової освіти, Мукачівський державний університет

Філак Я.Ф., кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

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

Матеріали друкуються в авторській редакції.

Члени Редколегії:

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

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

Геннадій СЛАБКІЙ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я

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

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

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

Рекомендовано до друку науково-методичною комісією факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Протокол №10 від 15 травня 2023 року)

ЗМІСТ

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, СПЕЦІАЛЬНА ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА	ст.
ГАБОРЕЦЬ Яна ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ (КРУГЛО-ВВИГНУТА СПИНА)	8
МАТІКО Аліна, ГРИГА Марія РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ	11
ЛУЦИК Юліанна, ПЕТРУС Роман ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ	14
СІДЕНКО Дарина ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛАСИЧНИХ ТА СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ	16
ГРИЦУК Лідія КІНЕЗИОТЕРАПІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ МОТОРНИХ ПРОЯВІВ ПРИ ПАРКІСОНІЗМІ	21
КРАСНА Вікторія, СТАНКО Еріка СПІВПРАЦЯ ТИФЛОПЕДАГОГА ТА ЕРГОТЕРАПЕВТА ПРИ РОБОТІ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРУ	24
ІВАНИЦЬКА Яна ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ У НОВІЙ УКРАЇНСЬКІЙ ШКОЛІ	27
ЛУЦИК Марія ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗАКЛАДУ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ	29
ПАУК Марія ОСНОВНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ	35
ПРОДАН Еріка ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ДИТИНИ ЯК ОСНОВА ВЗАЄМОДІЇ СІМ'Ї ТА ОСВІТНЬОГО ЗАКЛАДУ	38
ПЛОКІНГЕР Евеліна ВПЛИВ ГРИ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	41
ШКРОБИНЕЦЬ Олеся РОЗВИТОК КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ УЧНІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗАСОБАМИ МЕДІАПРОДУКТІВ	44

ШНІЦЕР Христина СПІВПРАЦЯ БАТЬКІВ ТА ФАХІВЦІВ ІРЦ ЯК ЗАПОРУКА ГАРМОНІЙНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ООП	47
ПОПОВИЧ Василь ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ ТА ВЧИТЕЛЯ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	50
ДУМНИЧ Меланія РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ПАЛЬЦІВ РУК ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗАСОБОМ ЛПЛЕННЯ ТІСТОМ МУЛЕ-ПАТАТ	54
БУЧМЕЙ Дар'я, КИРЛИК Каміла, КОРХ Олександра НЕТРАДИЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	58
МУЛЕСА Мирослава ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ПІЗНАВАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЗАСОБАМИ ІГРОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	61
КИРЛИК Каміла, ПОЛЯНСЬКА Ангеліна Марія ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ	64
МУЛЕСА Мирослава, БУЧМЕЙ Дар'я, КОРХ Олександра ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА	68
ТОКАР Ганна ДОСВІД НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В НІМЕЧЧИНІ	73
СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ	
КУРТАНИЧ Анжела ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЗБЕРЕЖЕННЯ І СТИМУЛЮВАННЯ ЗДОРОВ'Я У РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	78
СИВОХОП Еріка ОСОБЛИВОСТІ МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	81
ГОЩУК Іван ЗНАЧЕННЯ ОЗДОРОВЧОЇ ХОДЬБИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	84
КАНЮКА Вікторія, ПЛОКІНГЕР Евеліна ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ (на прикладі дітей із синдромом Дауна)	89
КУЦИК Дмитро, ШЕПЕЛЛА Гретта ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА	92

ТИМОЧКО Катерина ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАНЯТЬ З ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕНІНГУ В СУЧАСНИХ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧИХ КЛУБАХ	95
ПАДУН Софія СКЛАДАННЯ ПЛАНУ-КОНСПЕКТУ ЗАНЯТТЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ПОЄДНАННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ І ПРАКТИЧНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СТУДЕНТА	99
ЦУРАНИЧ Валерія ВПЛИВ РУХЛИВИХ ІГОР НА РУХОВУ ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	103
ОСНОВИ МЕДИЦИНИ	
САРКА Ірина КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ЇХ ПОРУШЕННЯ	107
ФІЛАТЧЕВА Маргарита ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ОПЕРІЗУВАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ	111
БРИНЗЕЙ Тетяна ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	115
ЯЦКОВИЧ Іванна ВПЛИВ СПОЖИВАННЯ ВІЛЬНИХ ЦУКРІВ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ	118
ЛЯХ Іван, СПІРІН Тетяна КОРЕКЦІЯ ГІГІЄНИЧНИХ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ, ЩО НАВЧАЄТЬСЯ	122
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я	
КАБАЦІЙ Наталія АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ КОМПЛЕКСНОЮ ДОПОМОГОЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В ПЕРІОД ВІЙНИ ТА В ПОВОЄННИЙ ЧАС	127
ДУДАШ Габрієлла СПОСІБ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ	131
ШЕПЕЛЛА Гретта ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РІВНІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ПРОЖИВАННЯ	133
КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ	
ЛЕНДЄЛ Олег ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	137
ТОМИЩ Оксана ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧИХ СТРАХІВ У ДОШКІЛЬНОМУ ВІЦІ	141
ПАВЛЬО Анатолій ТЕМПЕРАМЕНТ ЯК ПСИХОЛОГІЧНЕ ЯВИЩЕ	143

ГАРБУЗОВА Софія «Я-КОНЦЕПЦІЯ» ОСОБИСТОСТІ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА У ВІТЧИЗНЯНІЙ І ЗАРУБІЖНІЙ ЛІТЕРАТУРІ	147
КЛЕНОВСЬКА Валентина ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ	150
БЕДЕВЕЛЬСЬКА Олена ДІАГНОСТИКА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЩІ	152
ЛЕМКО Ольга ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ	154
НІЛАБОВИЧ Надія ОСОБЛИВОСТІ СТРАХІВ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЩІ	159
ПАЛЬБОК Іванна СОЦІАЛЬНИЙ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД: СИМПТОМИ І ДІАГНОСТИКА	162
ТИХОВСЬКА Роксолана МАЛЮНОК ЯК ЗАСІБ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСОБИСТОСТІ	166
ШУКАЛЬ Лілія АНАЛІЗ НАУКОВИХ ПІДХОДІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ	170

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, СПЕЦІАЛЬНА ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ (КРУГЛО-ВВИГНУТА СПИНА)

Яна ГАБОРЕЦЬ,

магістрантка I курсу

спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Науковий керівник: Ярослав ФІЛАК,

канд. наук з фіз. вих і спорту, доцент

Актуальність. Збереження здоров'я дітей в складних соціально-економічних і природних умовах є однією із актуальних проблем людства. В структурі захворювань опорно-рухового апарату дітей шкільного віку порушення постави займають одне із перших місць, як по частоті, так і по складності патологічних змін. За даними спеціалістів, поширення порушень постави серед дітей підлітків досягає 80 – 90%. У першу чергу, це пов'язано зі зниженням рухової активності, незбалансованим харчуванням, змінами в способі життя сучасної людини, обумовленими інформаційними перевантаженнями. Відмітними особливостями розвитку дітей з порушенням постави є уповільнення рухових здібностей, навичок і умінь, відсутність адаптації до фізичного навантаження. Актуальним у цьому плані стає питання про необхідність застосування комплексної програми фізичної терапії в оздоровленні дітей шкільного віку з порушенням постави. [1, 3].

Аналіз наукових досліджень. Обмеження об'єму рухової активності веде до зниження аферентної імпульсації м'язів, що в свою чергу призводить до зміни скорочувальної здатності м'язів. У м'язових волокнах спостерігаються виражені атрофічні і дистрофічні зміни, значно знижується сила і тонус м'язів, відбувається порушення рухових навичок і координації рухів. Результати наукових досліджень і досвід ряду держав Європи переконливо показують, що достатньо збільшити рухову активність, забезпечити дитину можливістю реалізувати закладений в ній генетичний руховий потенціал, і навіть це є першим кроком до вирішення ряду проблем, які пов'язані з рівнем захворюваності і поширеністю деформації опорно-рухового апарату, значно підвищує стійкість дітей до різного роду несприятливих факторів зовнішнього середовища [2, 4].

Мета дослідження науково обґрунтувати та удосконалити програму фізичної терапії на динаміку змін порушення постави у дітей з кругло-ввігнутою спиною.

Виклад основного матеріалу. Нами проведено дослідження у 20 школярів віком 14-15 років, із них хлопців 12, дівчат 8. Дослідження стану постави проводилося за допомогою запатентованого приладу «Сколзіометр», що зареєстрований в Державному реєстрі патентів України: патент № 90815 від 25.05.2010 р. Прилад дозволяє проводити вимірювання рівнів розміщення плечових відростків по горизонталі за допомогою шкали із покажчиком у градусах, вимірювання викривлення хребта у фронтальній та сагітальній площинах проводиться за допомогою вертикально розміщеного виска та лінійки. Рівність плечових відростків по горизонталі також додатково вимірювали за допомогою двох наповнених рідиною сполучених пластичною трубкою вертикально розміщених посудин з поділками у міліметрах. Перевага нового способу діагностики полягає в тому, що прилад зручний у використанні, дозволяє з достатньою точністю виявляти відхилення від правильної постави. Цим самим прилад можна використовувати у процесі проведення реабілітації і своєчасно вносити корекцію у її хід.

При проведенні первинного обстеження стану хребта пацієнтів були виявлені порушення. Кут відхилення рівня плечових відростків по горизонталі становив $3,50 \pm 0,19^\circ$, відхилення рівня плечей по горизонталі становив $3,90 \pm 0,23$ мм. водного стовпа. Відхилення рівня плечей по горизонталі в (мм. водного стовпа) та бокові викривлення хребта у грудному відділі (см) становили відповідно $0,86 \pm 0,11$ мм та $0,52 \pm 0,09$ см. Глубина шийного та поперекового лордозу становили відповідно $4,53 \pm 0,24$ і $4,31 \pm 0,21$ см. Проведені дослідження свідчать, що школярі мають виражені зміни хребта, особливо глибини шийного та поперекового лордозу, що є характерною ознакою КВС.

В комплекс програми фізичної терапії школярів входило: лікувальна гімнастика, лікувальний масаж, ультразвукова терапія, плавання. Ефективність оцінювалась за динамікою стану хребта шляхом вирахування різниці між показниками до і після реабілітації.

Таблиця 1

Динаміка корекції порушень постави дітей з КВС

Показник	До реабілітації (n=40)	Після реабілітації (n=40)	P
	M ± m	M ± m	
Кут відхилення рівня плечових відростків по	$3,50 \pm 0,19$	$1,57 \pm 0,18$	<0,05

горизонталі у градусах			
Відхилення рівня плечей по горизонталі в (мм. водного стовпа)	3,90 ± 0,23	2,07 ± 0,11	<0,05
Бокові викривлення хребта у грудному відділі (см)	0,86 ± 0,11	0,36 ± 0,08	<0,05
Бокові викривлення хребта у поперековому відділі (см)	0,52 ± 0,09	0,16 ± 0,07	<0,05
Глибина шийного лордозу (см)	4,53 ± 0,24	3,24 ± 0,17	<0,05
Глибина поперекового лордозу (см)	4,31 ± 0,21	3,17 ± 0,14	<0,05

Після проведення комплексу реабілітаційних заходів встановлено вірогідні зміни показників рівня плечових відростків у градусах і мм водного стовпа ($P < 0,05$) та показники бокового викривлення хребта у грудному і поперековому відділах. Глибина шийного лордозу вірогідно зменшилася з $4,53 \pm 0,24$ до $3,24 \pm 0,17$, поперекового лордозу з $4,31 \pm 0,21$ до $3,17 \pm 0,14$ ($P < 0,05$).

Висновки. Аналізуючи дані, отримані внаслідок обстеження хребта приладом «Сколізіометр» до і після проведення програми фізичної терапії встановлено про ефективність застосування комплексу реабілітаційних заходів у школярів з КВС. Результати дослідження підтвердили доцільність використання приладу «Сколізіометр» для етапного контролю за станом корекції хребта в ході застосування реабілітаційних заходів.

Література:

1. Голяка С.К. Профілактика порушень постави у школярів. Методичні рекомендації для вчителів та учнів загальноосвітніх навчальних закладів. / С.К.Голяка, Н.Є.Галицька, М.В.Микитас. Херсон: ХДУ, 2013. 68 с.
2. Кашуба В. А. Біомеханіка осанки. Київ: Олімпійська література, 2003. 220 с.
3. 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, 2013. 400 с.
4. Філак Я. Ф. Пристрій для діагностики стану хребта при порушеннях постави. *Вісник Чернігів. держ. пед. ун-ту*. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2009. Вип. 64. С. 530–540 с.

РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ

Аліна МАТІКО,

*студентка I курсу бакалаврату
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»*

Марія ГРИГА,

*студентка III курсу аспірантури
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»*

Науковий керівник: Ярослав ФІЛАК,

канд.наук з фіз.вих і спорту, доцент

Вступ. Згідно зі статистичними даними, в Україні дисплазія кульшового суглоба діагностується у 5-20% новонароджених дітей, причому у дівчаток в 5-6 разів частіше [2]. Це поширена патологія, яка при своєчасному виявленні та правильній терапії успішно лікується, але при їх відсутності може провокувати розвиток важких ускладнень і стати причиною ранньої інвалідності.[2]

Згідно з іншою теорією, на розвиток суглобів діє високий рівень окситоцину – гормону, що викликає початок пологів. Накопичений до III триместру, окситоцин підвищує тонус стегнових м'язів плоду, в результаті чого поступово розвивається підвивих кульшових суглобів. Можливо, саме в цьому криється причина більшої поширеності дисплазії серед дівчаток (в 5 разів частіше, ніж у хлопчиків), які більш схильні до впливу гормонального фону матері [2].

Небезпека дисплазії кульшового суглоба полягає в тому, що несвоєчасність її виявлення поряд з відсутністю необхідного лікування може зумовити подальше порушення функцій, виконуваних ураженої нижньої кінцівки, що можливо аж до розвитку патології до такої міри, що вона визначить для дитини відповідну форму інвалідності. Враховуючи це, патологія, актуальна для дисплазії кульшового суглоба, повинна бути усунена у рамках раннього періоду її виявлення і, власне, життя дитини.

А.Я. Вовченко пропонує 5-ступеневу класифікацію вроджених порушень формування кульшового суглобу: норма, сповільнене формування, вроджена дисплазія кульшових суглобів, підвивих, вивих стегна.

У дітей від 1 року і старших М.В. Волков і В.Д. Дедова рентгенологічно розрізняють п'ять ступенів вивиху: при I ступені голівка знаходиться латерально, але на рівні кульшової западини — це положення називають передвивихом; II ступені вивиху голівка знаходиться вище горизонтальної лінії Y-подібних хрящів біля верхньої частини западини — підвивих; при III ступені голівка — над дахом кульшової западини, можливе утворення псевдозападини —вивих; при IV ступені вся голівка покрита тінню крила клубової кістки; V

ступінь характеризується високим розташуванням голівки стегнової кістки біля верхнього краю крила клубової кістки.

Клінічна картина вродженого вивиху стегна в новонароджених та в дітей в перші місяці життя проявляється наступними основними симптомами:

-обмеження рухливості (розведення) стегон, нерідко малюк починає плакати при спробі відвести ніжку в сторону;

-асиметрія (розбіжність) пахових і сідничних складок, які стають більш вираженими на пошкодженій стороні [2].

Ступені дисплазії кульшового суглоба:

1 ступінь – її ще називають предвивихом (нестабільністю); спостерігається недостатній розвиток суглоба, але голівка стегнової кістки знаходиться в правильному положенні в вертлюжній западині;

2 ступінь – підвивих кульшового суглоба; відбувається невелике зміщення положення головки стегнової кістки відносно вертлюжної западини;

3 ступінь – вивих кульшового суглоба; на тлі недорозвинення суглоба відбувається повне зміщення головки кульшового суглоба відносно вертлюжної западини.

Мета дослідження : науково розробити програму фізичної реабілітації дітей з дисплазією кульшових суглобів.

Завдання:

1.Аналіз доступної медичної літератури

2.Скласти програму фізичної реабілітації дітей з дисплазією кульшових суглобів і перевірити її ефективність

Результат дослідження:

Лікування дисплазії суглобів залежить від її ступеню і віку дитини. Раніше з метою корекції застосовували гіпсові пов'язки, жорсткі ортопедичні конструкції. Останнім часом тактика лікування дисплазій переглянута. Для цього використовують різні ортопедичні прийоми і засоби - туге споживання, відвідні шини, спеціальні подушки, стремена Павлика [5] які надають ніжкам дитини положення відведення. Поступово під тиском головки стегнової кістки формується вертлюжна западина.

Реабілітаційні заходи при дисплазії кульшового суглоба у новонароджених спрямовані на зміцнення м'язів, що формують кульшовий суглоб; активізацію відновних процесів та пристосування суглоба до нових умов динаміки і статички. З цією метою використовується лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапевтичне лікування та медикаментозні препарати.

Для лікування дисплазії кульшових суглобів консервативними методами застосовують:

- широке сповивання;
- ортопедичні пристрої (стремена, подушки Фрейка і шини-розпіврки, в складних випадках – гіпсову або полімерну іммобілізацію);
- фізіотерапію;
- лікувальну гімнастику, басейн;
- лікувальний масаж.

Основним завданням ЛФК є профілактика і усунення напруження м'язів стегна, формування кульшових суглобів, відновлення їх форми, зміцнення м'язів що проводять у рід тазостегнові суглоби (згинання, розгинання, відведення, обертання усередину), розвиток у повному обсязі активних рухів у тазостегнових суглобах, корекція вальгусного положення колінних і го мільково страшних суглобів, що виникає при лікуванні з використанням шини.

З дітьми старше 3 місяців займаються лікувальною гімнастикою 3-5 разів на день по 5-10 хв.

Також рекомендується 2-3 рази на день виконувати наступний комплекс вправ:

- велосипед — зігнути ноги в колінних і кульшових суглобах і імітувати їзду на велосипеді;
- згинання і розгинання ніг одночасно та по чергово;
- зігнувши ногу дитини в кульшовому та колінному суглобах, однією рук фіксують кульшовий суглоб зі сторони сідниці, іншою рукою, яка фіксує колінний суглоб, злегка натискаючи на нього, виконують внутрішню ротацію стегна [1].

Масаж є важливим компонентом фізичної реабілітації дітей з дисплазією кульшових суглобів. Його необхідно проводити теплими сухими руками. Використовують класичний масаж з прийомами погладження, розтирання і легке розмитнення м'язів поперекової ділянки, сідниць, передньої, задньої і бічної поверхні стегна і м'який точковий масаж сідничних м'язів біля голівки стегна у поєднанні з прийомами розслаблення м'язів, що призводять стегно в рух.

З фізіотерапевтичних засобів у цей період застосовують теплі хвойні ванни, парафінові аплікації, пелоїдотерапію, підводний масаж.

Висновок. Фізичні вправи, масаж, фізіопроцедури сприяють остеогенезу, є необхідною умовою для формування суглоба у функціонально вигідному положенні. Поєднання ортопедичних прийомів і засобів з лікувальною фізичною культурою дозволить уникнути проблем, пов'язаних з дисплазією кульшових суглобів у дітей.

Література:

1. Астахова А. Г. Концептуальні підходи у галузі реабілітації / Велика розтока (глобальні проблеми сучасності: соціально-історичний аналіз). К., 2012. 356 с.
2. <https://ito.gov.ua/novini-ta-podii/displaziya-kulshovih-suglobiv-u-novonarodzenih.html>
3. Актуальні проблеми фізичної реабілітації : навч. Посіб. Є. В. Білогуб, Є. О. Гайдай, А. М. Заболотний та ін.; за заг. Ред. Є. О. Гайдая. К. : ФОО О. С. Ліпкан, 2010. 260 с.
4. Фізична реабілітація Г. Окамотто / Перекл. З англ. Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. 229 с.
5. Uoz.gov.ua
6. Власенко А.Я. Раннє виявлення порушень формування кульшового суглоба Клініко-сонографічне дослідження. Дис. ... канд. мед. наук:14.01.20/А.Я.Вовченко. К.,1995. 167с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

Юліанна ЛУЦИК, Роман ПЕТРУС,
Науковий керівник: Маріанна САБАДОШ,
кан. наук з фіз. виховання і спорту

Вступ. Дисплазія кульшового суглоба - порушення розвитку кульшового суглоба, основним компонентом якого є неправильна просторова орієнтація головки і шийки стегнової кістки щодо пахової впадини, що приводить до порушення опорної функції кінцівок. Вроджений вивих стегна - одне з найбільш важких ортопедичних захворювань у дітей. Незважаючи на те, що вивченню цієї проблеми присвячено багато досліджень, вона все ще залишається актуальною для всіх вікових груп, внаслідок високого числа ускладнень, що призводять до різного ступеня інвалідизації. Згідно зі статистичними даними, в Україні дисплазія кульшового суглоба діагностується у 5-20% новонароджених дітей, причому у дівчаток в 5-6 разів частіше. Це поширена патологія, яка при своєчасному виявленні та правильній терапії успішно лікується, але при їх відсутності може провокувати розвиток важких ускладнень і стати причиною ранньої інвалідності. Історія лікування хворих з дисплазією кульшових суглобів методами відкритого і особливо закритого вправляння вивиху викликали глибоке розчарування тому ортопеди перейшли до функціональних методів лікування в найбільш ранні терміни після народження дитини. Ця патологія зустрічається в Україні від 50 до 200 випадків

на 1000 новонароджених. Це в 5-10 разів вище, ніж було діагностовано в 60-80 роки ХХ ст. У новонароджених частіше зустрічається недорозвинення - дисплазія кульшових суглобів (ДКС), ніж вивих.

Мета дослідження – проаналізувати та науково обґрунтувати застосування засобів фізичної терапії у новонароджених дітей з дисплазією кульшового суглоба, і запропонувати власну програму лікувальної гімнастики.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз наукової літератури, мануально- м'язове обстеження і візуальний огляд, вимірювання амплітуди рухів у кульшовому суглобі за допомогою кутоміра, рентгенодіагностика; засоби і методи розробленої нами програми фізичної терапії, яка включає лікувальну гімнастику.

Результати. Таким чином після проведених занять з лікувальної гімнастики у дітей 1-го року життя з дисплазією кульшового суглобу нормалізувались показники амплітуди відведення та приведення ураженого стегна дитини і становлять, відповідно 30° і 35°, що складає нижню межу норми. Симптом зісковзування («клацання») головки стегнової кістки зменшився з у 6 (60,0%) дітей, що означає зміцнення зв'язок, м'язів, сухожилів, капсули та формування голівки кульшового суглоба. Порівняння показників після проведеного курсу лікувальної гімнастики виявило, що укорочена уражена кінцівка витягнулася на 2,3 см., Асиметрія сідничних складок зменшилася на 1,7 см., підколінних, відповідно на 1,9 см. Показники амплітуди зовнішніх і внутрішніх ротаційних рухів наблизились до норми.

Таким чином, доведена ефективність розробленої нами програми лікувальної гімнастики для дітей 1-го року життя. Для цілковитого відновлення таких дітей необхідний тривалий курс реабілітаційних та профілактичних заходів.

Висновок.

1. Проаналізовано сучасний стан проблеми дисплазії кульшового суглоба у дітей 1-го року життя. Системними дослідженнями причинно-наслідкових зв'язків доведено, що дисплазія кульшового суглоба починає розвиватися на молекулярному рівні та супроводжується змінами ультраструктур клітини.

2. Систематизовано та узагальнено анамнез хворих, а також вивчено прояви клінічної симптоматики дисплазії кульшового суглоба у дітей. На основі аналізу симптоматики було видокремлено наступні наслідки, які виникають при ДКС: обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі; слабкість м'язів нижньої кінцівки; вальгусні та варусні деформації нижньої

кінцівки; збільшення поперекового лордозу, скошеність кісток тазу, кульгавість.

3. За результатами проведеної діагностики кульшового суглоба ми отримали наступні результати: для досліджуваних дітей характерне обмеження відведення і приведення ураженого стегна дитини без болю у фронтальній площині відповідно на 25° і 20° . Позитивний симптом Маркса - Ортолані, який виявляли у 90,0% пацієнтів, асиметрія шкірних сідничних складок та порушення ротаційних рухів виявляли відповідно у 100,0% обстежених дітей.

4. Запропонована нами комплексна програма лікувальної гімнастика, яка включала: спеціальні вправи, які є ефективними у тривалому відновному лікуванні дітей 1-го року життя з дисплазією кульшового суглоба.

5. Аналіз отриманих результатів після застосування лікувальної гімнастики при вродженій дисплазії кульшового суглоба у дітей показав, що для цілковитого відновлення таких дітей необхідний тривалий курс реабілітаційних та профілактичних заходів.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛАСИЧНИХ ТА СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ

Дарина СІДЕНКО,
*студентка 5 курсу
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія*
Науковий керівник: Олександра ГУЗАК,
кандидат наук з фіз. вих. та спорту, доцент

Вступ. Передня хрестоподібна зв'язка (ПХЗ) відіграє значну роль у рухомій системі колінного суглоба, тому що вона обмежує передню трансляцію великогомілкової кістки та забезпечує стабільність цього суглоба. Крім того, ПХЗ містить механорецептори, які допомагають контролювати нервово-м'язовий функціональний стан суглоба. Це одна з найпоширеніших та найскладніших конструкцій опорно-рухової системи, що може пошкоджуватися. Якщо ПХЗ рветься частково, то може виникнути порушення біомеханіки суглоба, що може призвести до неправильних рухів та хронічної нестабільності, до втрати функції під час виконання фізичних вправ та спричинити подальші ушкодження м'язової, хрящової тканини. Коли ПХЗ повністю рветься, зазвичай рекомендується проведення реконструктивної операції, яка може повернути механічну стабільність суглоба. Пацієнти часто

почувають біль, набряк, зниження м'язової сили та обмеження руху після операції, до функціональних обмежень та погіршення якості життя. Фізична реабілітація після реконструкції ПХЗ зазвичай не є достатньо ефективною, тому необхідно вдосконалювати існуючі реабілітаційні програми, особливо в ранній післяопераційний період [7].

Аналіз наукових досліджень. Згідно оцінок, щороку в Сполучених Штатах Америки відбувається від 200 000 до 250 000 випадків пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ), що призводить до приблизно 150 000-165 000 операцій на ПХЗ. Відзначається зростання кількості цих серйозних травм коліна, особливо серед старшокласників-спортсменів. Більш проблемним, ніж сама частота травм ПХЗ, є рівень повторних травм, який також зростає з року в рік. За дослідженнями, частота повторних пошкоджень після операції на ПХЗ складає 30-39%, що призводить до того, що 4 з кожних 10 операцій пов'язані з повторним ушкодженням [9].

На думку деяких авторів (R.W.Wright, K.D Shelbourne, C.L.Ardern, S.R.Filbay, N.van Melick, R.Thomeé, M.A.Risberg) недавні дослідження підтверджують ефективність різних методів фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба.

Так, до прикладу у статті, опублікованій в «Journal of Orthopaedic Surgery and Research», була проведена оцінка ефективності фізичної реабілітації з використанням фізичних вправ після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. Автори зазначили, що пацієнти, які виконували фізичні вправи, досягали кращих результатів щодо повернення до попереднього рівня фізичної активності, ніж ті, хто застосовував лише медикаментозне лікування.

Інше дослідження, яке було опубліковане в «Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy», вивчало ефективність фізичної реабілітації з використанням віртуальної реальності після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. Автори зазначили, що фізична реабілітація з використанням віртуальної реальності забезпечує кращу активність колінного суглоба та підвищує рівень задоволення пацієнтів порівняно з класичним підходом [6,7,8].

Загалом, дослідження демонструють переваги використання сучасних методів фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба порівняно з класичним підходом, що підтверджує необхідність в подальшому дослідженні та розробці нових підходів для поліпшення реабілітаційного процесу.

Одним з напрямків досліджень може бути використання різноманітних технологій, таких як віртуальна реальність та розширена реальність для підвищення ефективності фізичної реабілітації.

Мета дослідження: порівняльний аналіз класичних та сучасних підходів до фізичної реабілітації пацієнтів після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. Завдання: проаналізувати класичний підхід до фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба; дослідити сучасні методи фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба; порівняти ефективність класичного та сучасного підходів до фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба; сформулювати висновки щодо використання класичного та сучасного підходів до фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба.

Виклад основного матеріалу. Через збільшення кількості травм передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба, реконструкція стала однією з найпоширеніших операцій у сфері ортопедії та спортивної медицини. Однак, післяопераційний період також є важливим для успішного відновлення функції колінного суглоба [1]. У цій статті порівняємо класичні та сучасні підходи до фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба

Класичні підходи до фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба включають послідовну реалізацію кількох стадій, які включають у себе фізичну терапію та вправи для зміцнення м'язів навколо колінного суглоба [3,5].

Перша стадія полягає в зменшенні болю та запалення в колінному суглобі, що досягається за допомогою лікарської терапії та фізичних процедур, таких як кріотерапія (лікування за допомогою холоду).

Друга стадія – це відновлення рухомості суглоба та збереження його стабільності. Ця стадія включає в себе лікувальну гімнастику, масаж, розтяжки та фізичну терапію з акцентом на підвищення гнучкості та розширення діапазону руху.

Третя стадія полягає в підвищенні м'язової сили та відновленні функціональної активності суглоба. Для досягнення цих цілей застосовуються вправи з навантаженням, фізична терапія та електростимуляція м'язів.

Крім того, важливо дотримуватись правильної харчової дієти та контролювати вагу, що також може позитивно вплинути на процес відновлення після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба.

Ці методи мають довгу історію використання та є досить ефективними. Проте, вони можуть бути недостатньо ефективними для пацієнтів з більш серйозними ушкодженнями хрестоподібної зв'язки, такими як повне розривання.

У сучасному підході до фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба зазвичай використовуються різноманітні технології та методики, такі як віртуальна реальність та індивідуалізовані тренування з використанням комп'ютера. Вони дозволяють пацієнтам отримати більш точну та індивідуалізовану реабілітацію. Деякі з таких підходів включають в себе біофідбек-терапію, електростимуляцію м'язів та тренування на спеціальних устаткуваннях [2,4].

Одним із сучасних підходів до фізичної реабілітації є використання віртуальної реальності, яка дозволяє пацієнту відчувати, що він знаходиться в реальному середовищі, але без ризику подальшого ушкодження колінного суглоба. Це допомагає пацієнтам відчувати більшу мотивацію та зосередженість на тренуваннях, що може покращити результати реабілітації.

Індивідуалізовані тренування з використанням комп'ютера можуть також допомогти пацієнту відчувати більшу мотивацію та зосередженість на реабілітації. Такі тренування можуть бути настроєні на конкретні потреби кожного пацієнта та допомагати їм досягти своїх індивідуальних цілей.

Біофідбек-терапія та електростимуляція м'язів також є ефективними методами фізичної реабілітації.

Біофідбек-терапія дозволяє пацієнту контролювати свої м'язи та покращувати свою реакцію на рухи, що може допомогти зменшити ризик подальшого ушкодження. Біологічний зворотний зв'язок – технологія, що включає в себе комплекс дослідницьких, лікувальних і профілактичних фізіологічних процедур, у ході яких пацієнтові за допомогою зовнішнього ланцюга зворотного зв'язку, організованого переважно за допомогою мікропроцесорної або комп'ютерної техніки, пред'являється інформація про стан і зміну тих або інших власних фізіологічних процесів. Використаються зорові, слухові, тактильні й інші сигнали-стимули, що дозволяє розвинути навички саморегуляції за рахунок тренування й підвищення лабільності регуляторних механізмів.

Електростимуляція м'язів є методом фізичної терапії, за допомогою якого електричним струмом викликаються скорочення м'язів. Цей процес відбувається за допомогою спеціальних приладів, які генерують електричний струм, передаючи його до м'язів через електроди, прикріплені до шкіри пацієнта. Лікар може контролювати силу струму та його частоту.

Електростимуляція м'язів знайшла застосування в реабілітації після травм та операцій, допомагаючи збільшити м'язову силу та відновити рухомість суглобів. Крім того, вона корисна для пацієнтів з м'язовою атрофією, оскільки допомагає збільшити об'єм та масу м'язів. Лікар може контролювати і регулювати цей процес, щоб досягти оптимального результату.

Висновки. Сучасні методи фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба можуть допомогти пацієнтам отримати більш точну та індивідуалізовану реабілітацію, що може покращити результати та скоротити період відновлення. Крім того, використання сучасних технологій, таких як віртуальна реальність та комп'ютерні тренажери, може зробити процес реабілітації більш цікавим та мотивуючим для пацієнта.

Отже, тема фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба є досить актуальною та важливою, оскільки це є досить поширеною травмою серед спортсменів та активних людей. Результати порівняльного аналізу класичних та сучасних підходів до фізичної реабілітації можуть бути корисними для лікарів та фізіотерапевтів, які працюють з пацієнтами з такою травмою.

Література:

1. Барановський Ю. І., Коломієць В. В., Чорнобай В. М. Сучасні технології реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Збірник наукових праць Українського державного університету фізичної культури*, 2(45), 2019. 68-73.

2. Гаєва А. С., Косенко І. О., Добровольський І. В. Сучасні підходи до реабілітації пацієнтів після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Медицина неонатологія, хірургія, анестезіологія*, 2, 2020. 63-68.

3. Пархоменко В. П., Марченко М. В. Особливості фізичної реабілітації пацієнтів з пошкодженням передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Фізична терапія, масаж та реабілітація*, 3(60), 2018.34-39.

4. Хоменко М. В., Данильченко О. М., Мізін В. І. Методика фізичної реабілітації після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба: порівняння класичного та сучасного підходів. *Сучасна ревматологія*, 3(77), (2019). 63-68.

5. Яковенко А. А. Фізична реабілітація після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, серія "Фізична культура та спорт"*, 3, 2017. 107-112.

6. Barber-Westin S. D., Noyes F. R. Factors used to determine return to unrestricted sports activities after anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 33(3), 2017. 675-678. URL: <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.09.015>
7. Kochman M, Kasprzak M, Kielar A. ACL Reconstruction: Which Additional Physiotherapy Interventions Improve Early-Stage Rehabilitation. A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. 19(23):15893. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315893>
8. Shelbourne K. D., Gray T. Minimum 10-Year Results After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *The American Journal of Sports Medicine*, 44(9), 2255-2262. 2009. URL: <https://doi.org/10.1177/0363546516632525>
9. Wilk K, Thomas ZM, Arrigo CA, Davies GJ. The Need To Change Return to Play Testing in Athletes Following ACL Injury: A *Theoretical Model*. *IJSPT*. 18(1): 2023. 272-281. URL: <https://doi.org/10.26603/001c.67988>

КІНЕЗІОТЕРАПІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ МОТОРНИХ ПРОЯВІВ ПРИ ПАРКІНСОНІЗМІ

Лідія ГРИЩУК,

студентка 5 курсу

спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Науковий керівник: Мар'яна ДУБ,

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент

Вступ. Велику медико-соціальну значущість проблеми визначає неухильне прогресування захворювання. За статистичними даними, у світі зареєстровано понад 10 млн людей, хворих на хворобу Паркінсона, в Україні понад 23 000 людей; це 61,4 на 100 000 населення і, на думку спеціалістів, цей показник має тенденцію до збільшення майже в 2 рази вже до 2030 року [2,3].

Моторні порушення у пацієнтів з хворобою Паркінсона призводять до значного погіршення фізичного здоров'я, психосоціального функціонування, міжособистісних відносин будучи предикторами низької якості життя, що неминуче призводить до інвалідності і значних соціально-економічних витрат суспільства [1].

Важливу роль в уповільненні процесу прогресування розвитку захворювання та підвищенні рівня мобільності, за умови раннього початку реабілітаційного втручання та регулярного його проведення відіграє кінезотерапія, яка дозволяє підтримувати адекватну фізичну активність пацієнтів, даючи їм можливість підтримувати звичний спосіб життя [4,5,6].

Тому оцінка результативності кінезіотерапія у реабілітації моторних проявів при Паркінсонізмі є оптимальною й своєчасною.

Мета дослідження: оцінити ефективність впливу кінезіотерапії у відновленні моторних проявів в пацієнтів з хворобою Паркінсона.

Матеріали та методи. У дослідженні використовувалися теоретичний аналіз та узагальнення даних наукових літературних джерел, соціологічні, інструментальні, функціональні методи, статистичний метод.

Нами проведено дослідження двох груп хворих з хворобою Паркінсона (ХП), які знаходились на реабілітаційному лікуванні на базі неврологічного відділення КНП «Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології» м. Ужгорода. У дослідженні взяли участь 18 пацієнтів у віці 61-75 років, серед них 11 (61,1%) чоловіків та 7 (38,9) жінок з ХП.

Оскільки клінічно хвороба Паркінсона представлена порушеннями рухової системи в поєднанні з тремором спокою, м'язовою ригідністю і постуральними ураженнями, для покращення рухових функцій і поступальної стійкості застосовували терапевтичні вправи на підтримку загальної рухової активності, тренування стійкості і поліпшення координації рухів, ходьби, опору та м'язової сили.

Результати дослідження. За результатами оцінювання показників шкали UPDRS після проведення кінезіотерапії в обох групах спостерігається покращення у показниках рухових функцій: ригідності, ходи, постуральної нестабільності та тремору. Так, середній ступінь ригідності серед досліджуваних чоловіків та жінок на початку дослідження становив $7,6 \pm 4,6$ бали та $7,4 \pm 3,6$ бали відповідно у кінці дослідження $7,5 \pm 4,1$ та $7,2 \pm 3,7$ бали. Середнє значення тремору у чоловіків на початку дослідження становило $5,1 \pm 3,6$ бали, у кінці дослідження $4,9 \pm 3,1$ бали. Серед жінок цей показник становив $4,9 \pm 3,1$ бали, у кінці дослідження $4,7 \pm 3,2$ бали. Незначному зменшенню тремору сприяла кінезіотерапія, що у результаті вплинуло на часткове зменшення мимовільних коливальних ритмічних рухів. Суттєво вплинути на цей симптом, особливо в межах виділеного на часу не можливо, урахувавши той факт, що він є невиліковним, а постійним прогресуючим симптомом.

Стала впевненішою і хода як серед чоловіків так і серед жінок, серед чоловіків на початку дослідження становив $8,2 \pm 4,1$ бали, серед жінок $7,5 \pm 3,4$ бали, після втручання у чоловіків показник ступеню ходи склав $7,9 \pm 4,2$ бали, у жінок $7,4 \pm 3,6$ бали. Дослідження засвідчило, що зміцнення м'язового корсету по периметру тіла і чергування з вправами на розтяг підтримують симетрію

правої та лівої сторони тіла і зберігають вертикальне положення хребта під час ходьби.

У вибірці учасників показники вказують на позитивний результат і на утримування балансу під час ходьби за наявності зовнішніх умов. Динамічний індекс ходьби в середньому у групі жінок виріс на 3,3 бала, групі чоловіків на 2,5 бали. При аналізі результатів тесту «Функціональне досягання», який оцінює рівновагу у положенні стоячи, в середньому по групі серед жінок і чоловіків, відбувся приріст на 2,5 см. Майже за всіма показниками спостерігалось незначне поліпшення стану рухів і координаційних моторних реакцій, що говорить про позитивну тенденцію змін.

Висновки. Отримані результати дозволяють говорити про результативність занять кінезіотерапії передусім, це зумовлено збільшенням загального рівня рухової активності пацієнтів, покращення якісних характеристик ходьби, рівноваги та координації. Таким чином, для пацієнтів з хворобою Паркінсона, повинна здійснюватися регулярна кінезіотерапія, яка буде спрямована на попередження або зменшення темпів прогресування захворювання і пристосування хворих до вже наявних рухових порушень.

Література:

1. Демченко А. В. Особливості психоемоційного стану та когнітивних функцій у пацієнтів із ранніми стадіями хвороби Паркінсона / А. В. Демченко, В. В. Бірюк. *Запорожский медицинский журнал*. 2020. Т. 22, № 2(119). С. 250-255.
2. Карабань І. М. Хвороба Паркінсона. Медицина. 2018. 336 с.
3. Котвіцька А. А., Прокопенко О. С. Вивчення поширеності та захворюваності на хворобу Паркінсона в різних країнах світу регіони. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2017. №3(4). С. 76-82.
4. Лабінський А. Й., Лабінська Г. Б. Засоби фізичної терапії в корекції немоторних проявів хвороби Паркінсона. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2020. №1. С. 115-18.
5. Тудоси В. Г. Особливості застосування засобів фізичної терапії при хворобі Паркінсона. *Art of Medicine*. 2020. №1(13). С. 202-206.

СПІВПРАЦЯ ТИФЛОПЕДАГОГА ТА ЕРГОТЕРАПЕВТА ПРИ РОБОТІ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРУ

Вікторія КРАСНА,

студентка IV курсу бакалаврату спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Еріка СТАНКО,

студентка III курсу бакалаврату спеціальності 016 «Спеціальна освіта»

Науковий керівник: Маріанна САБАДОШ,

канд.наук з фіз.вих і спорту, доцент

Тифлопедагогіка – це розділ спеціальної педагогіки, що досліджує особливості виховання та навчання осіб з порушенням зору. Тифлопедагог у своїй професійній діяльності займається вивченням питань спеціальної організації навчально-пізнавальної діяльності учнів на основі всебічного використання ними збережених аналізаторів (слуху, дотику, залишкового зору); обладнання педагогічного процесу спеціальними наочними посібниками та тифлотехнічними приладами. [3]

Принцип корекційної роботи полягає в твердженні: “Чим раніше буде реалізоване надання спеціальної допомоги, тим ефективніші будуть результати”. Порушення функціонування аналізаторів веде за собою необхідність всебічного впливу на розвиток, що організовується мультидисциплінарною командою: тифлопедагогом, ерготерапевтом, психологом, адміністрацією навчального закладу, необхідними фахівцями та батьками.

Один з найзначущих етапів при корекції – діагностичний. При оцінці розвитку дитини, слід доцільно описати алгоритм застосування корекційної допомоги відповідно до структури дефекту (за Л.С. Виготським). При даній нозології дефект має таку структуру: первинне порушення - ураження зорового аналізатору; вторинне – порушення зорового сприйняття та просторового орієнтування; третинні – проблеми соціалізації та індивідуальні особливості. Відповідно до цього, фахівці повинні починати створювати корекційний вплив з останніх структурних позицій дефекту. Корекційний педагог реалізовує роботу у наступних напрямках: предметна корекція, сенсорна корекція та особистісна корекція.

Втрата зору веде за собою якісні і кількісні зміни у психічній та розумовій діяльності. Головним завданням психопедагога є розширення пізнавальних можливостей дітей з порушеним зором, підвищенню ефективності їх навчання і підготовки до праці в сучасному суспільстві. Корекційно-розвиткові заняття та надання педагогічної підтримки у освітньому процесі

мають на меті врахування особливостей у формуванні образів уявлень, понять, мовлення; порушень співвідношення образного і понятійного у процесі обробки інформації мисленнєвими операціями та особливості емоційного реагування на зовнішні чинники.[6]

Нашому сьогоденню характерне зростання орієнтації на людину. Це означає, що ми намагаємось зробити шлях інтеграції в суспільство найпростішим для кожної людини, незалежно від її позиції в навколишньому середовищі. Таке залучення в громадське життя, за потреби, слід розпочинати з раннього віку.

Також, є доведеним, що діти з порушенням зору мають нижчий фізичний рівень розвитку у порівнянні із однолітками.

Тому підхід з боку реабілітації в обов'язковому порядку має бути комплексним: ЛФК, вправи для очей, масаж, фізичну терапію та спеціальні рухові ігри.

З наведеного вище, через призму ерготерапії, під час корекції даної вади, ми застосовуємо різні види ігрових та інших занять (залежно від гостроти зору): рухливі, логічні, ігри-симуляції, диференціацію світлових та колірних плям, співвідношення їх із конкретними предметами або явищами, фіксування погляду на предметах, виділення силуетів або контурів предметів, розрізнення на близькій відстані раніше вивчених предметів[5], заняття із бізбордами (які мають на увазі наступні приклади діяльності, які підвищують розвиток дрібної моторики та функції когнітивної сфери: натискання на кнопку дверного дзвінка; роботу з кнопкою вимикача; закривання і відкривання клямки; дію дверної ручки; накидання на скоби і закривання навісного замка; вміння вставити вилку в розетку, а потім витягнути; зробити гвинтове обертання; показати кілька видів шнурівки; одночасне вставлення фігур у парні отвори).

Також в ході проведення корекційного заняття можна використати додаткові електронні засоби комунікації, так звані «Сенсорні гаджети»: MST Money Reader, TalkBack, Be My Eyes і тд [4].

У теоретичних та експериментальних дослідженнях (В.М. Акімушкін, К.С. Моргулик; М.І. Земцова; А.М. Кондратов т. ін.) було показано, що визначальним фактором для подолання виникаючих бар'єрів є різні види діяльності та когнітивний розвиток. Оскільки дані фактори грають визначальну роль для розвитку основних психічних функцій. Процес відновлення психічної рівноваги, подолання депресивних ситуацій, спричинених втратою зору, також пов'язаний із включенням у діяльність (теорія депривації)[1].

Слід зазначити, що під час індивідуального підбору корекційної діяльності необхідно дотримуватися певних принципів: «від простого до

складного», захопленість у занятті та орієнтованість на пацієнта/клієнта. Сам план має містити коротко- та довгострокові цілі/завдання, яких необхідно досягти у певний часовий проміжок[2].

Література:

1. Горошко В. І., Денисенко І. В. Теоретико-методологічні та організаційні основи роботи ерготерапевта при супроводі людей з вадами зорового апарату. Diss. Національний університет" Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка", 2020. URL: http://reposit.nupp.edu.ua/bitstream/PolNTU/9082/1/%d0%93%d0%be%d1%80%d0%be%d1%88%d0%ba%d0%be_%d0%94%d0%b5%d0%bd_19.11.20.pdf

2. Ерготерапія як складова фізичної реабілітації: особливості та можливості методу. URL: <https://lc-neuro.com.ua/blog/ergoterap%D1%96ya-yak-skladova-f%D1%96zichno%D1%97-reab%D1%96l%D1%96tacz%D1%96%D1%97-osoblivost%D1%96>

3. Загальна інформація по тифлопедагогіці та тифлопсихології. URL: <https://sf0c80bb9c59d63ce.jimcontent.com>

5. Копитіна Я.М. «Особливості застосування електронних засобів комунікації у системі ерготерапії слабоворих та незрячих осіб» Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка, м. Суми, Україна. URL: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.2.2020.213719>

5. Копитіна Я.М., Арешина Ю.Б., Перепеченко Л.М., Бугаєнко Т.В., Беспалова О.О. «Розвиток просторового орієнтування засобами фізичної терапії осіб із тяжкими порушеннями зору та сліпотю у санаторно-курортних умовах» Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка, Навчально-науковий інститут фізичної культури, кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії, м. Суми, Україна, Київський міський Центр соціальної, професійної та трудової реабілітації інвалідів, м. Київ, Україна. URL: <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/196425>

6. Особливості розвитку, навчання та виховання дітей з порушенням зорової функції. URL: https://vuzlit.com/423362/osoblivosti_rozvitku_navchannya_vihovannya_ditey_porushennyam_zorovoyi_funktsiyi

ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ У НОВІЙ УКРАЇНСЬКІЙ ШКОЛІ

Яна ІВАНИЦЬКА,
*студентка-магістрантка I курсу
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»;*
Науковий керівник: Галина РОЗЛУЦЬКА,
професор, доктор педагогічних наук

Сьогодні актуалізується проблема здоров'я та охорони здоров'я нації, адже швидкий темп технологізації суспільства, з одного боку, позитивно впливає на добробут населення, а з іншого – розмиваються межі дозволеного у виборі молоді способу життя, ціннісних ідеалів. На тлі військових втрат в Україні спостерігається тенденція до погіршення стану здоров'я молодого покоління і негативні демографічні тенденції. Відтак, ціннісне ставлення до здоров'я, профілактика, здоров'язберігаючий режим тощо при незначних відхиленнях у нервово психічному та соматичному здоров'ї стають збереження та зміцнення здоров'я українців [4, с.22].

Аналіз науково-методичних джерел [1-4] свідчить про незначну ефективність існуючих форм та методів формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей. Виявлено низку суперечностей, а саме: між соціальним замовленням суспільства та реальним станом здоров'я дітей; між реаліями освітнього середовища та реалізацією ціннісного, системного, діяльнісного та особистісно орієнтованого підходів в освіті; необхідністю створення у закладах освіти умов, що забезпечують фізичну безпеку та доступність освітнього середовища для всіх учнів, у тому числі з особливими освітніми потребами (відповідність вимогам пожежної, санітарно-епідеміологічної, екологічної безпеки, будівельним нормам з урахуванням принципів універсального дизайну та/або розумного пристосування) тощо.

Формування основ здоров'язберезувальної компетентності учня є пріоритетною проблемою, оскільки система освіти несе відповідальність як якість освіти здобувачів так і збереження їхнього здоров'я. На основі аналізу сучасного стану освітнього середовища та забезпечення охорони життя і здоров'я учасників освітнього процесу розроблено та впроваджено в дію Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі [5]. Стратегія визначає мету, стратегічні цілі, принципи, завдання та підходи, механізми побудови безпечного та здорового освітнього середовища у новій українській школі для забезпечення прав дітей на освіту, охорону здоров'я, створення умов для надання учням якісних освітніх та медичних послуг.

У зв'язку з цим, пріоритетним завданням нової української школи сьогодні є безпечність, доступність та інклюзивність освітнього середовища - у закладі освіти створені умови, що забезпечують належні та безпечні умови навчання, виховання, розвитку учнів, формування у них гігієнічних навичок та засад здорового способу життя, створені умови фізичної та психологічної безпеки учнів, з урахуванням їх потреб та можливостей, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх дітей, у тому числі з особливими освітніми потребами.

У концепції «Нової української школи» зазначено: «сучасне освітнє середовище заохочує розвиток інклюзивної освіти». Для учнів з особливими потребами створено умови для навчання спільно з однолітками, запроваджено індивідуальні програми розвитку, зокрема корекційно-реабілітаційні заходи, психолого-педагогічний супровід і необхідні засоби навчання. Створюються умови для забезпечення прав і можливостей осіб з особливими освітніми потребами для здобуття ними освіти на усіх її рівнях з урахуванням їхніх індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів [6].

Отже, важливими напрямками формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей у новій українській школі є створення сучасного розвивального, безпечного, комфортного та інклюзивного освітнього середовища; забезпечення освітнього процесу з акцентом на зміцнення здоров'я і забезпечення безпеки життєдіяльності учнів; удосконалення механізму психологічного супроводу та підтримки дітей особливими освітніми потребами в закладах освіти, забезпечення готовності педагогічних працівників до надання якісних освітніх послуг у процесі забезпечення соціального та здоров'язбережувального компонентів освіти; розвиток міжсекторального співробітництва та партнерства у забезпеченні функціонування здорового та безпечного освітнього середовища; тісна взаємодія з родиною.

Подальшими перспективами вважаємо дослідження здоров'язбережувального освітнього середовища засобами модернізації змісту, форм, технологій, методів, які забезпечать формування здоров'язбережувальної компетентності учня з урахуванням (фізичного здоров'я, психічне здоров'я, соціально-психологічна адаптація тощо).

Література:

1. Богатирьова Р.В. Детермінанти здоров'я та національна безпека / Р.В. Богатирьова. К.: ВД «Авіценна», 2011. 448 с
2. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю.Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С.Г., 2017. 488 с.
3. Лук'янченко М.І. Педагогіка здоров'я : теорія і практика: монографія.

Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. 2012. 348 с.

4. Матвієнко О. Організаційно-педагогічні умови формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей молодшого шкільного віку. *Рідна школа*, 2013, 11: 45-48.

5. Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі від 25 травня № 195/2020 року. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1952020-33789>.

6. Концепція Нової української школи. URL: [https:// www.kmu.gov.ua /.../ukrainska-shkola-compressed.pdf...](https://www.kmu.gov.ua/.../ukrainska-shkola-compressed.pdf)

7. Нова українська школа: поради для вчителя / Під заг. ред. Бібік Н.М. К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗАКЛАДУ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Марія ЛУЦИК,

магістр спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Галина РОЗЛУЦЬКА,

доктор педагогічних наук, професор,

професор кафедри загальної педагогіки та педагогіки вищої школи

Актуальність дослідження визначається важливістю корекційної роботи у закладі дошкільної освіти, завданням якої є підготувати дитину дошкільного віку із затримкою психічного і фізичного розвитку до початкової освіти і подальшої самореалізації у нових соціально-економічних умовах. Затримка у розвитку дітей, створює труднощі у досягненні загальної, освітньої мети, породжують суперечності між прагненнями дітей і їхніми можливостями. Тому процес дошкільної освіти дітей з особливими освітніми потребами, має чітку корекційну спрямованість.

Корекція психічних процесів та фізичного розвитку дитини, формування особистості здійснюється у дошкільному віці, а потім продовжується у закладах загальної середньої освіти і розглядається як невід'ємна інтегральна складова освітнього процесу закладу дошкільної освіти. На законодавчому рівні це закріплено у низці державних документів, зокрема: Законах України «Про освіту», «Про дошкільну освіту», Концепції держстандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами та ін.

Процес реалізації права дитини з особливими освітніми потребами на якісну освіту перебуває у фокусі уваги науковців. У спеціальних психологічних дослідженнях М.І. Буфетова, О.А. Вержиховської, І.І. Єременка, А.С. Іваненко, у галузі олігофренопсихології представлено особливості пізнавального розвитку і навчальної діяльності дітей із психофізичними вадами. Окремі аспекти проблеми корекційної роботи з дітьми дошкільного віку представлено у працях А.М. Богущ, Л.І. Божович, Н.В. Гавриш, О.В. Запорожець, А.А. Колупаєвої, С.П. Миронової та ін. Цінними в розрізі окресленої проблеми є праця А.В. Хіля, І.Г. Саранча, які доводять значущість корекційної діяльності кожного педагога закладу дошкільної освіти, незалежно від його спеціалізації. Компетентнісний підхід у професійній підготовці вчителів та спеціалістів інклюзивного освітнього простору. Дослідження І.В. Войтюк переконує, що успіх корекційної роботи в дошкільній залежить від міждисциплінарної співпраці різних фахівців, зокрема: дефектолога, логопеда, реабілітолога, педіатра, педагогів, психолога та ін.

Метою нашого дослідження є проаналізувати наукову і спеціальну психолого-педагогічну літературу з метою уточнення можливостей застосування інноваційних технологій у корекційній роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку (ЗПР) в освітньому середовищі закладу дошкільної освіти.

Освіта є основним засобом корекції ЗПР дитини, оскільки перебуває у нерозривній єдності з розвитком і спрямовується на формування якісних новоутворень дошкільного віку. Важливо враховувати, що успішна корекційна робота можлива лише тоді, коли всі педагогічні заходи спрямовуватимуться на подолання психічних недоліків дошкільників із ЗПР, на їхній подальший цілісний особистий розвиток.

Перебування в групі зі здоровими ровесниками дає дитині з особливими потребами можливість розвивати відповідно її віку комунікативні та соціальні навички. Щодо інтелектуального розвитку – заняття із залучення дітей з особливими потребами сприяють концентрації уваги дітей, посилення їхньої мотивації до навчання. Досвід успішного перебування в інклюзивній групі є добрим підґрунтям для подальшого освітнього залучення та підвищення кваліфікації протягом усього життя.

Корекційна робота з дітьми із ЗПР дошкільного віку проводиться у системі, компонентами якої є: єдність дефектолога, психолога, вихователів та батьків; дотримання послідовності і наступності у корекційно-виховній роботі; дотримання єдиного охоронно-педагогічного режиму в дошкільному закладі та сім'ї. Корекційна педагогіка передбачає використання інновацій – розробку та

впровадження нових форм, методів та засобів підвищення ефективності корекційно-педагогічного процесу.

З урахуванням специфіки розладу педагога закладу дошкільної освіти добирають інноваційні технології корекційної роботи, які створюють умови для якісної доступної освіти усіх дітей без винятку. За А.Колупаєвою, О.Таранченко в освітньому середовищі закладу дошкільної освіти поєднуються організаційні та педагогічні технології.

В умовах дошкільної освіти дітей із ЗПР дошкільного віку, існує органічна єдність різних методів навчання, реальним втіленням якого є наочно практичне навчання, спрямоване на розвиток сенсомоторного і соціального досвіду, навиків навчально-пізнавальної діяльності, мови і мовлення в її комунікативній функції. Створюється спеціально організоване освітнє середовище, що викликає пізнавальний інтерес і природну потребу в мовленнєвому спілкуванні в процесі спільної діяльності. Доцільно розглядати не просту комбінацію методів, а інноваційну корекційно-освітню технологію розвитку та навчання дітей із ЗПР дошкільного віку при врахуванні певних параметрів, зокрема: емоційно-психологічний стан, загальний рівень вікового розвитку, ступінь розладу психічного процесу.

Відтак, корекційно-педагогічну технологію можна визначати, як наукове проектування і точне відтворення корекційно-педагогічних дій, що гарантують ефективність корекційної роботи. Оскільки корекційний процес будується на певній системі загально-педагогічних і спеціальних принципів, то корекційно-педагогічна технологія може розглядатися, як сукупність зовнішніх і внутрішніх дій, направлених на послідовне здійснення цих принципів.

Корекційний процес передбачає необхідність застосування відразу декілька технологій, як цілісної системи, що обслуговують різні його сторони. Необхідно визначити структурні компоненти корекційно-педагогічної технології. Корекційна технологія в значній ступені пов'язана з корекційно-педагогічним процесом – діяльністю педагога і дитини, її структурою, засобами, методами і формою. Отже, в структуру корекційно-педагогічної технології входять: змістовна частина корекційного процесу; мета корекційного навчання – загальні і конкретні; технологічний процес: організація корекційного процесу; методи і форми роботи педагога; методи і форми діяльності дітей; діяльність педагога з керування процесом засвоєння матеріалу; діагностика корекційного процесу.

Будь-яка технологія повинна відповідати певним основним методологічним критеріям, зокрема: концептуальність – кожній технології властива опора на певну наукову концепцію, що містить психологічне,

дидактичне і соціально-педагогічне обґрунтування; системність – технологія повинна мати всі ознаки систем: логічність процесу, взаємозв'язок всіх його частин, цілісність; керованість – передбачає можливість діагностичного планування, проектування корекційного процесу, поетапної діагностики, варіювання засобами і методами з метою корекції результатів; ефективність – сучасні інноваційні корекційно-педагогічні технології існують в конкурентних умовах і тому повинні бути ефективними за результатами і оптимальними за затратами, гарантувати певного досягнення результату навчання.

Таким чином, удосконалення системи корекційно-педагогічної роботи з дітьми із ЗПР, вимагає постійного оновлення корекційного процесу та впровадження інноваційних методів та технологій.

У роботі в дошкільному навчальному закладі з дітьми із ЗПР використовуються та вважаються ефективними нетрадиційні методи корекційної роботи. Нетрадиційні корекційні методики розкривають широкий спектр здібностей дошкільників із ЗПР, а використання методів і прийомів сучасних інноваційних технологій, спрямованих на психофізичний розвиток, об'єднує фактори впливу на дитину з ЗПР в процесі вербальної та невербальної взаємодії. Кожна із методик впливає комплексно на різні види відчуттів, створюючи у дітей спеціальний психологічний стан.

Найбільш вдало інтегруються арт-терапевтичні методики та спеціальні мовленнєві завдання (дорослий у комплексі впливає на відчуття дитини й задіює максимальну кількість аналізаторів, що сприяє найбільш якісному засвоєнню певних понять, швидкому оволодінню вміннями та навичками). Поєднання декількох методик дозволяє створювати невимушені ситуації спілкування й максимально вмотивувати дитину для спільної діяльності з дорослим і однолітками.

Застосування різних арт-терапевтичних методик розкриває творчі можливості дитини із ЗПР, сприяє виникненню прагнення до співтворчості. Використовуються такі напрями арт-терапії: кольоротерапія – ефективний метод впливу на організм дошкільника з ЗПР з метою оновлення його звичної життєдіяльності; музикотерапія – це напрям арт-терапії, в основі якого лежить використання музики з лікувальною та корекційною метою; пісочна терапія – акцентує увагу на природному вияві думок, почуттів і настрою у творчості, прийнятті дитини такою, якою вона є.

У нашій практиці поширеною є лялькотерапія, яка допомагає дитині із ЗПР ліквідувати переживання, укріпити психічне здоров'я, покращити соціальну адаптацію, розвинути самовідданість, вирішити конфлікти в умовах колективної творчої діяльності. Технологія використовується як основний

прийом корекційного впливу ляльки, яка є проміжним об'єктом у взаємодії дитини й дорослого. Виховна та корекційна робота проводиться у повсякденному житті на спеціально організованих заняттях. Це групові та індивідуальні заняття з: мовленнєвого розвитку, пізнавальної діяльності, сюжетно-рольової гри, конструювання.

На сьогоднішній день у арсеналі дошкільного педагога є велика кількість різних новітніх технологій, які дозволяють покращити рівень розвитку дітей з особливими потребами. Корекційна робота проводиться у двох напрямках: спрямована на формування усіх психічних процесів відповідно до віку і на корекцію та компенсацію відхилень у розвитку дитини.

У розрізі сенсорного розвитку дитини дошкільного віку вважаємо доцільним використання масажу, фізичних вправ, ігор, які супроводжуються спеціальними корекційними віршиками. Заслуговує на увагу кінезіологія, як засіб розвитку розумових здібностей і фізичного здоров'я через певні рухові вправи. Це своєрідна «гімнастика мозку». З її допомогою процес навчання і виконання будь-якого виду діяльності стає ефективнішим. Завдяки «гімнастиці мозку» організм координує роботу правої та лівої півкуль, розвиває взаємодію тіла й інтелекту дітей із ЗПР.

З метою розвитку ігрової сфери використовують конструювання, сюжетно-рольові ігри, обігрування різних ситуацій, які необхідні дітям в повсякденному житті. Зацікавлення викликає технологія «Логічні блоки Дьенеша», яка використовується як абстрактно-дидактичний засіб, гра спрямована на розвиток логічного мислення. Це набір фігур, що відрізняються одна від одної кольором, формою, розміром, товщиною. Ці властивості можна варіювати, однак найчастіше на практиці використовуються три кольори: червоний, жовтий, синій; чотири форми: коло, квадрат, трикутник, прямокутник; по дві характеристики величини: великий і маленький та товщини: тонкий і товстий.

З метою корегування рухової сфери і загальної моторики на кожному занятті важливим є проведення фізкультхвилинки, психогімнастики (щоб зосередити увагу дітей). Велике значення мають рухові ігри, вони допомагають дозувати рухову активність дітей. Такі ігри повинні бути не складними, мати прості правила, тому, що діти з особливими потребами не володіють здатністю подумки утримувати велику кількість правил гри у пам'яті, а деяких дітей звичайно потрібно супроводжувати цілу гру.

Для розвитку пізнавальної сфери з дошкільнятами вивчають кольори, геометричні фігури, співвідношення цифри з предметом, величини, тощо. На сьогодні популярності у практичній діяльності набула робота за методикою

М. Монтесорі за принципом: «Допоможи мені це зробити самому». Під час таких ігор важливо звертати увагу на те, щоб дитина мислила самостійно, не перебиваючи і не виправляючи її під час виконання певної дії і в кінці неправильно виконаної дії, показуючи, як потрібно виконати правильно. Розвиток просторового уявлення здійснюється засобами гри на орієнтування в просторі, розрізані картинки, наприклад, гра «Веселі фігурки» - де за інструкцією вчителя-дефектолога діти розкладають геометричні фігури на площині.

Для ефективності роботи здійснюються різні форми роботи з батьками. Це і консультації щодо застосування інноваційних корекційних технологій і спільні заняття з батьками, проводяться майстер-класи для батьків. Також надаються консультації для батьків по роз'ясненню психолого-медико-педагогічного висновку їхніх дітей. Важливо заручитись підтримкою батьків для забезпечення спілкування із здоровими однолітками під час прогулянок, різних фізкультурних розваг, театралізованих вистав, під час тематичних свят та ін.

Таким чином, система корекційних заходів в умовах закладу дошкільної освіти спрямована на розвиток та особистісне формування дитини дошкільного віку із ЗПР визначається ефективністю поєднання її компонентів. Кожен педагог закладу дошкільної освіти, незалежно від його спеціалізації та, особливо, фахівець спеціальної освіти повинен володіти (уміннями використовувати сукупність впливів, заснованих на цілісному підході до формування особистості; застосувати різноманітні й доцільні методи, форми, способи, прийоми формування особистісних властивостей у дітей із ЗПР).

Література:

1. Войтюк І. В. (2020). Корекція мислення дітей старшого дошкільного віку з інтелектуальними порушеннями засобами нетрадиційної зображувальної діяльності.
2. Гаврилов, О.В. (2009) Особливі діти в закладі і соціальному середовищі. Кам'янець-Подільський: Аксіома.
3. Колупаєва, А. А., Тараненко, О. М. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики.
4. Синьов В.М. Основи дефектології: [навч. посібник] / В.М.Синьов, Г.М. Кобернік. – К.: Вища школа, 1994.
5. Хіля А. В., Саранча, І. Г. (2018). Компетентнісний підхід у професійній підготовці вчителів та спеціалістів інклюзивного освітнього простору.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Марія ПАУК,

*студентка-магістрантка I курсу
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»;*

Науковий керівник: Галина РОЗЛУЦЬКА,
професор, доктор педагогічних наук

Успіх реформ української освіти значною мірою залежить від підвищення ефективності освіти дітей у дошкільному віці. Характерною особливістю цього вікового періоду є те, що він забезпечує загальний розвиток дитини, який слугує підґрунтям для набуття нею компетенцій, формування стійких особистісних якостей.

Важливими ознаками якісної дошкільної освіти є сучасні механізми для розширення доступу до дошкільної освіти дітей із особливими освітніми потребами (ООП), безпечне та розвивальне освітнє середовище, сучасний менеджмент та ін. Українське дошкілля потребує активізації інклюзивного навчання дітей з ООП в закладах дошкільної освіти (ЗДО), формування в ЗДО міждисциплінарної команди фахівців психолого-педагогічного супроводу, які усвідомлюють значущість доступності якісної освіти усіх, без винятку, дітей дошкільного віку.

У науковій традиції проблематика дошкілля завжди займала центральне місце. Провідні науковці в галузі спеціальної освіти А. Колупаєва, О. Таранченко наголошують на необхідності створення освіти, яка об'єднує усіх, враховує відмінності, сприяє розвитку та відповідає індивідуальним потребам [2]. в останні роки з'явилися публікації (О. Гаяш, Н. Олефір, М. Соловійова, Н. Снатко, С. Семак та ін.), у яких досліджено проблеми реформування дошкілля з урахуванням інтересів здобувачів з ООП. Проте, усі вищенаведені дослідники визнають існування чималої кількості проблем в галузі організації дошкільної освіти, які гальмують інклюзивне навчання.

На часі – створення позитивної атмосфери ЗДО, яка забезпечить дитині з особливими освітніми потребами відчуття потрібності та захищеності, дасть можливість сформувати прихильне ставлення до людей, довіри до людського оточення, забезпечить досвід конструктивної взаємодії з соціумом для подальшого життя. Водночас існує потреба у виробленні нових педагогічних підходів, які значною мірою задовільняли б потреби розвитку дошкільника, покращували процеси абілітації та реабілітації, формували адаптовану особистість, сприяючи її інтеграції в суспільство. Стрижневим чинником

створення безпечного, якісного освітнього середовища дошкільної освіти для дітей з ООП є менеджмент закладу дошкільної освіти (ЗДО), який відповідає за організацію та якість освіти, зокрема інклюзивної, своїми діями подає приклад інклюзивної культури та підтримує її, імплементує у практику дошкільної освіти новітніх наукових розробок, кращого практичного досвіду роботи з дітьми з ООП.

Метою нашого дослідження є теоретичний аналіз основних аспектів організації інклюзивного навчання дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами в сучасному закладі дошкільної освіти.

В останні роки активізувалось створення законодавчо-нормативного підґрунтя забезпечення права осіб з особливими освітніми потребами на якісну освіту. Україною ратифіковано основні міжнародні конвенції та декларації, що захищають право на освіту громадянина з ООП. У Законі України «Про освіту» гарантується право на освіту осіб з ООП, їх соціалізацію та інтеграцію в суспільство засобами інклюзивного навчання. В сегменті дошкільної освіти гарантії на здобуття дошкільної освіти у закладах дошкільної освіти незалежно від підпорядкування, типів і форми власності дітьми з особливими потребами затверджені Законом України «Про дошкільну освіту».

Міністерством освіти України ініційовано розробку проекту Концепції розвитку дошкільної освіти в Україні. Концепція ґрунтується на основних положеннях Конвенції ООН про права дитини, Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, Цілях сталого розвитку до 2030 року, Європейської рамки якості дошкільної освіти та догляду за дітьми, Законах України «Про освіту», «Про дошкільну освіту», «Про охорону дитинства», інших нормативних актах у частині забезпечення прав дітей дошкільного віку та узгоджена з Концепцією реалізації державної політики у сфері реформування загальної середньої освіти «Нова українська школа». Звернемо увагу на основні принципи, зокрема: визнання прав дитини, її унікальності та обдарованості, цінності дитинства; необхідності наступності дошкільної і початкової освіти та міжвідомчої взаємодії тощо [3].

Організація сучасної інклюзивної дошкільної освіти потребує цілісного входження дитини з ООП в загальноосвітній простір, що відповідає її потребам і можливостям залежно від індивідуальних потреб дитини, від рівня включення дитини в освітній процес.

В діяльності закладу дошкільної освіти С. Семак пропонує як основу реалізації інклюзивної освіти розглядати такі напрямки:

1. Науково - теоретичний – наукове обґрунтування, розроблення та реалізація концепції інклюзивної освіти, спрямованої на розвиток дитини.

2. Освітній – здійснення ступеневої освіти, забезпечення наступності програм і навчальних планів ЗДО і школи, узгодження їх та оптимізація.

3. Дослідницько-практичний - апробація авторських розробок, нових форм і методів роботи з дітьми з особливими потребами в ДНЗ та школі.

4. Організаційно-управлінський – організація і планування навчальнокорекційної роботи ДНЗ і школи, координація діяльності всіх корекційних служб [5].

У дослідженнях О. Гаяш окреслено провідну роль керівника ЗДО. Відтак керівник повинен завчасно подбати про спеціалістів, які будуть долучені до освітнього процесу, команди фахівців психолого-педагогічного супроводу дитини та забезпечує особистісно орієнтоване спрямування освітнього процесу, бере участь у розробленні та виконанні ІПР; адаптує освітнє середовище та інструментарій відповідно до потенційних можливостей та з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку дитини з ООП.

Важливе значення відводиться діяльності вихователів, як умові ефективності інклюзивного навчання в ЗДО. Співпраця з дефектологами, психологами, реабілітологами, соціальними працівниками, тощо вимагає від вихователя нових компетенцій. Індивідуальний підхід, який застосовується вимагає використання особливих засобів і методів розвитку дитини дошкільного віку. Відтак, педагоги ЗДО мають передусім формувати позитивне ставлення здорових вихованців до дітей з ООП, емпатію, прийоми адекватної взаємодії. Для цього потрібно організовувати психологічні та розвивальні заняття, рухливі ігри, тренування, використовуючи обладнання в ресурсній кімнаті, різноманітні дидактичні матеріали, розвиваючі іграшки та навчально-наочні посібники. Підкреслюється значення співпраці з батьками [1, с. 38].

Вищенаведене дає підстави до певних висновків. Визначальною в організації інклюзивного навчання дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами в сучасному закладі дошкільної освіти є скоординована взаємоузгоджена комплексна діяльність менеджменту та фахівців закладу дошкільної освіти за участі батьків з метою розвитку дитини, засвоєння нею необхідних компетентностей, її самореалізації та соціалізації.

Література:

1. Гаяш О В. Особливості впровадження інклюзивного навчання в закладах дошкільної освіти/Соціальна та освітня інклюзія: історія, сучасність та перспективи розвитку: колективна монографія у 2 частинах. Частина 1. Інституційні та особистісні аспекти впровадження в Україні. 2021. С. 32-45

2. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. «Інклюзивна освіта: від основ до практики»: [монографія] / А.А. Колупаєва, О.М. Таранченко – К. : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с.

3. Концепція розвитку дошкільної освіти в Україні (Проект) <https://mon.gov.ua/storage/app/media/gromadske-obgovorennya/2020/06/03/ostatochne.docx>

4. Олефір Н. Особливості інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами в закладах дошкільної освіти. *Нова педагогічна думка*, 2019, 2: 143-146. URL: ow/995_g71 (дата звернення: 28.04.2023).

5. Семак С.М. Наступність дошкільної та початкової освіти в організації інклюзивного навчання для дітей з особливими освітніми потребами. URL: <file:///Z:/User/Downloads/Semak.pdf> (дата звернення: 28.04.2023).

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ДИТИНИ ЯК ОСНОВА ВЗАЄМОДІЇ СІМ'Ї ТА ОСВІТНЬОГО ЗАКЛАДУ

Еріка ПРОДАН,

студентка-магістрантка I курсу

спеціальності 016 «спеціальна освіта»;

Науковий керівник: Галина РОЗЛУЦЬКА,

професор, доктор педагогічних наук

У контексті наслідків війни, здоров'я підростаючого покоління українців виступає найважливішою цінністю розвитку державності України. Здоров'я людини розглядається як важливий фактор дотримання прав особистості в демократичній державі. Сьогодні освіта та сім'я сьогодні виступають як два важливі суспільні інститути, які зобов'язані виховувати здорову особистість, оскільки в сім'ї дитина засвоює базові норми бережливого ставлення до здоров'я, а освіта продовжує формування здоров'язбережувальної компетентності.

Оновлена законодавчо-нормативна база (Закон України «Про загальну середню освіту» (2018), Державний стандарт початкової освіти (2018), Концепція Нова українська школа» (2016) та ін. наголошує на важливості застосування моделі здорової та безпечної поведінки, збереження власного здоров'яздобувачів початкової освіти.

Стаття Т. Андрющенко розкриває специфіку організація освітнього процесу з формування у дошкільників здоров'язбережувальної компетентності [1]. Дослідники О. Квас, М. Щира доводять потребу у виробленні звичок

здоров'язбережувальної поведінки у процесі взаємодії закладу дошкільної освіти і сім'ї [3]. У науковій монографії О. Яцини доведено дієвість впливу шлюбно-сімейного партнерства та батьківства [5]. О. Гаяш представлено напрямки співпраці закладу освіти з батьками дітей з особливими освітніми потребами як умови реалізації ідей інклюзії [2]. Взаємодія з батьками учнів у реалізації педагогіки партнерства у розрізі концепції «Нова українська школа» представлена у доробку Г. М. Розлуцької [4].

Отже, аналіз змісту наукових досліджень дозволяє стверджувати, що із розвиток дитини в процесі освіти без допомоги без тісної взаємодії з батьками.

Метою нашого дослідження є виявлення можливостей взаємодії сім'ї та освітнього закладу у розрізі здоров'язбережувальної компетентності дитини дошкільного віку.

На основі результатів перевірки ефективності спільної роботи школи з батьками та освіти батьків з проблеми оздоровчого виховання молодших школярів ми розробили методичні рекомендації до організації оздоровчого виховання молодших школярів у взаємодії сім'ї та школи.

Сьогодні науковці [1-5] акцентують увагу на необхідності різновекторної взаємодії батьків із вихователями закладу дошкільної освіти. Важливого значення надається сприйняттю вихователями батьків як соціальних замовників, орієнтації співпраці на безоцінне спілкування між дорослими та постійний конструктивний діалог між ними. Пріоритетною визнається проблема збереження та зміцнення здоров'я дітей. У взаємодії враховується активізація особистісного досвіду батьків. Педагогічні працівники враховують думку батьків при розробці змісту, форм і методів освіти. Разом з тим значущості набуває педагогічна підтримка батьків з питань формування здорової особистості дитини дошкільника.

Компетентний педагог має організувати взаємодію з батьками, для якої характерні різні її види, методи і прийоми активізації батьків щодо формування здорового способу життя дітей, урахування психологічного клімату сім'ї і досвіду сімейного виховання та забезпечення взаєморозуміння з кожною сім'єю загалом, а особливо з сім'ями з незадовільною здоров'язбережувальною ситуацією.

Практика показує, що врахування вищенаведених наукових рекомендацій дозволяє з зафіксувати позитивні здобутки у власному досвіді роботи вихователем старшої групи Закладу дошкільної освіти №2. м. Ужгород. комбінованого типу *Ужгородської* міської ради Закарпатської області. Наші спостереження взаємодії з батьками вказують на такі досягнення: 1. Проведення всеобучу оздоровчих знань дає можливість батькам не лише

оволодівати знаннями з біології, гігієни, педагогіки, психології тощо, а й підвищувати свою загальну освіченість. 2. Робота з формування ціннісних уявлень про здоровий спосіб життя дає позитивні зміни щодо ставлення більшості батьків до здоров'я своїх дітей, оскільки, як засвідчили результати опитування батьків необхідно активно залучати до участі у спільних заходах школи з оздоровчого виховання, і, як результат, вони будуть систематично цікавитися фізичним станом, психічним та духовним здоров'ям своїх дітей. 3. Систематичні зустрічі батьків, спілкування, спільна діяльність змінюють ставлення до свого здоров'я і здоров'я своєї сім'ї, членів родини. 4. Активна взаємодія сім'ї та школи допомагають змінити ставлення до здоров'я дітей.

Ефективними формами взаємодії вважаємо проведення батьківських зборів, формальних і неформальних бесід, тренінгів, спортивних змагань, розваг, свят, ігор тощо. Джерелом для сценаріїв спільних заходів з оздоровчого виховання молодших школярів добре прислужаться твори великого і малого фольклору, історичні факти, рухливі і малорухливі ігри, конкурси, естафети, змагання, тематичні вірші, магнітофонні записи, відеокасети з посиланням на першоджерела та авторів, римовані тексти тощо, вміщені в навчально-методичних посібниках.

Таким чином, врахування наукових досліджень, методичних рекомендацій у практичній взаємодії з батьками кможливліє консолідацію зусиль освіти та батьків задля формування здоров'язбережувальної компетентності дитини дошкільного віку.

Перспективами для подальших досліджень вважаємо пошук та апробацію форм роботи з батьками, які враховані індивідуальні відмінності кожної сім'ї, сімейні традиції, інтереси сім'ї в питаннях зміцнення здоров'я дітей.

Література:

1. Андрющенко Т. К. Організація освітнього процесу з формування у дошкільників здоров'язбережувальної компетентності. *Науковий вісник ПНПУ ім. К. Д. Ушинського: зб. наук. пр.* Одеса, 2014. С. 3-11.
2. Гаяш О.В. Співпраця закладу освіти з батьками дітей з особливими освітніми потребами як умова реалізації ідей інклюзії. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 2019, 38: 60-66.
3. Квас О., Щира М. Педагогічні умови формування здорової особистості дитини дошкільника у процесі взаємодії закладу дошкільної освіти і сім'ї. *Молодь і ринок*, 2018, 9 (164).
4. Розлуцька Г. Взаємодія з батьками учнів у реалізації педагогіки партнерства у розрізі концепції «Нова українська школа». *Педагогічні інновації*

у фаховій освіті. Збірник наук. праць. Вип. 10. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2019. С. 157-162.

5. Яцина О. Ф. Трансформації практик шлюбно-сімейного партнерства та батьківства: постмодерні реалії : монографія. Ужгород : Карпати, 2018. 280 с.

ВПЛИВ ГРИ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Евеліна ПЛОКІНГЕР,

студентка I курсу ОС бакалавра спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Світлана СТЕБЛЮК,

доктор педагогічних наук

Постановка актуальності проблеми. Сучасний розвиток вітчизняної освіти, її нормативно-законодавча база спрямована на забезпечення доступності навчання дітей з особливими освітніми потребами з урахуванням їх потреб, здібностей та інтересів. Пріоритетним напрямом стало створення інклюзивного освітнього середовища в закладах загальної середньої та дошкільної освіти.

Розвиток учнів з інтелектуальними порушеннями має організовуватися на основі дотримання принципів доступності, систематичності й послідовності, корекційної спрямованості навчання із застосуванням сучасних педагогічних технологій. До основних вимог корекційно-виховної спрямованості навчання дітей з інтелектуальними порушеннями відносять: адаптацію змісту навчального матеріалу до пізнавальних особливостей, наочність, уповільненість процесу навчання, повторюваність у навчанні, принцип вправлення – активізування потенційних можливостей дітей, послідовне включення їх в діяльність, спрямовану, на переборення труднощів, індивідуальний і диференційований підхід, використання праці як засобу корекції з забезпеченням всебічної інтелектуалізації практичної діяльності, стимулювання і спеціальне формування ігрової діяльності, реалізація її корекційно-виховних можливостей. Для корекційної ефективності впливу навчально-виховного процесу на інтелектуальний розвиток дитини він повинен системно охоплювати змістові, діяльнісні, особистісні компоненти інтелекту [4, с.9-10]. Застосування ігрових технологій навчання дає можливість зреалізувати навчальну, корекційну мету в цікавій для школяра формі, де він спроможний виконати завдання, яке важко дається у звичайній життєвій ситуації.

Аналіз наукових досліджень. Ю.Галецька розкриває особливості розвитку ігрової діяльності дітей з інтелектуальними порушеннями помірною та тяжкою

ступеню. Учена визначає певні ігрові технології, які використовують у роботі з цією категорією дітей. На початковому етапі організації поведінки найбільш доступними і корисними є хороводні та рухливі ігри, які супроводжуються простим пісенним текстом. В таких іграх дитина отримує можливість виконувати вправи, які поступово ускладнюються, і які легко включаються в ігрову ситуацію. Позитивні емоції, які можуть бути викликані в грі, представляють собою не лише основу для встановлення контакту з цими дітьми, але й один з важливих засобів у використанні їх компенсаторних можливостей [1].

Ю. Музика виокремлює функції гри в освітньому процесі: функція формування усталеного інтересу до навчання і зняття напруження, пов'язаного з процесом адаптації дитини до шкільного режиму; функція формування психічних новоутворень; функція формування власне навчальної діяльності; функція формування загально навчальних умінь, навичок самостійної навчальної роботи; функція формування навичок самоконтролю і самооцінки; функція формування адекватних взаємовідносин і засвоєння соціальних ролей [3, с.190].

Серед різних видів дидактичних ігор найбільшого значення для інтелектуального розвитку дітей мають ті, що спрямовані на формування всіх сторін особистості – когнітивних процесів, почуття, уяви, мислення, морально-етичних якостей.

Мета дослідження розкрити значення ігрової діяльності у формуванні особистості дитини з інтелектуальними порушеннями.

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

Виклад основного матеріалу. Для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку є характерним порушення пізнавальної діяльності, що виявляється в обмеженості сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, відтворенні сприйнятого і вивченого. Такі діти можуть мати певні обмеження у набутті комунікативних та соціальних навичок. Ці обмеження зумовлюють уповільнений темп розвитку та навчання дитини, проте вона здатна до навчання, але у власному уповільненому темпі і в обмеженій кількості. На особливості розвитку дитини значною мірою впливає характер її стосунків з оточенням, що складається впродовж усього життя. Дитина з інтелектуальними порушеннями специфічно сприймає соціум та виражає емоційне ставлення до нього. Постійне активне залучення дорослого до розвитку дитини сприятиме її входженню в соціум, розвитку у неї необхідних соціально значущих якостей та вольових характеристик, що забезпечать їй активну усвідомлену позицію [2].

З-поміж дидактичних ігор рекомендуємо наступні:

Гра «Розфарбуй фігури» – спрямована на розвиток сприймання предметів за формою, кольором; уваги. Дитині пропонується зафарбувати різними кольорами геометричні фігури: великий трикутник у синій олір, маленький – у жовтий, великий квадрат у зелений колір, маленький – в синій.

Гра «Пошук аналогів». Метою її є розвивати вміння виділяти в предметі властивості і оперувати з кожним з них окремо; розвивати здатність класифікувати явища за їх ознаками. Дитині кажуть назвати якомога більше аналогів, тобто предметів, схожих з зазначеним педагогом за різними суттєвими ознаками, і систематизувати їх по групах на підставі того, яка схожа ознака їх об'єднує. Як показує спостереження, такого типу завдання важко даються дітям з ПІ, тому допомога у виконанні здійснюється асистентом учителя.

Гра «Світлофор». В доступній формі ставиться завдання з побудови речень, самостійного відбору слів для включення їх в речення. Це настільна гра, що передбачає створення ігрової ситуації: рух транспорту по вулиці і зупинка його на перехресті по сигналу світлофора. Коли на світлофорі «загоряється» червоне світло, педагог говорить: «На світлофорі загорілося червоне світло, і машини зупинилися». «Коли на світлофорі загорілося червоне світло, транспорт зупинився». «Автобуси зупинилися, тому що на світлофорі з'явилося червоне світло». Діти проговорюють пропозиції, практично освоюючи ці правила. Педагог показує, що на світлофорі зелене світло. Задає дітям питання: «Що має робити пішохід?» Діти висловлюються, будуючи речення.

Отже, нами з'ясовано значення ігрової діяльності у формуванні особистості дитини з інтелектуальними порушеннями, запропоновано окремі види ігор.

Література:

1. Галецька Ю.В. Ігрові технології як форма роботи з дітьми з помірною та тяжкою розумовою відсталістю. *Актуальні питання корекційної освіти педагогічні науки*. Випуск №10 (2018). URL: <https://aqce.com.ua/vipusk-n10-2018/galecka-juv-igrovi-tehnologii-jak-forma-roboti-z-ditmi-z-pomirnoju-ta-tjazhkoju-rozumovoju-vidstalistju.html>

2. Єпіфанова-Кожевнікова Т. В. Особливості формування ігрової діяльності дошкільників з порушеннями інтелектуального розвитку. *Актуальні питання спеціальної, інклюзивної і здоров'язберезувальної освіти: збірник наукових праць*. Харків, 2022. С. 48 – 52

3. Музика Ю.О. Функції дидактичної гри. *Наука і освіта*, №3-4, 2005. С.205-206

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

РОЗВИТОК КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ УЧНІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗАСОБАМИ МЕДІАПРОДУКТІВ

Олеся ШКРОБИНЕЦЬ,
*магістрантка I року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта*
Науковий керівник: Світлана СТЕБЛЮК,
доктор педагогічних наук

Постановка актуальності проблеми. Початкова школа сьогодні покликана сформувати в учнів ключові компетентності, підготувати їх до життя в соціумі. У Державному стандарті початкової освіти визначено, що здобувач освіти повинен взаємодіяти з іншими особами усно, сприймати і використовувати інформацію для досягнення життєвих цілей у різних комунікативних ситуаціях; сприймати, аналізувати, інтерпретувати, критично оцінювати інформацію в текстах різних видів, медіатекстах та використовувати її для збагачення свого досвіду; висловлювати думки, почуття та ставлення, взаємодіяти з іншими особами письмово та в режимі реального часу, дотримуватися норм літературної мови; досліджувати індивідуальне мовлення [1]. Вміння школярів працювати з різними медіатекстами, здобувати та опрацьовувати необхідну інформацію вчитель може використовувати в різних галузях освітньої діяльності. Ці вміння допоможуть знизити перевантаження учнів під час засвоєння знань з навчальних предметів; зробити цікавим процес здобуття знань; змінити формат проведення виховних та позакласних заходів [2, с.37]. Особливо актуальним є застосування медіапродуктів у роботі із дітьми з інтелектуальними порушеннями.

Аналіз наукових досліджень. В. Байдик, О. Проніна розкрили теоретичні основи медіаінформаційної грамотності, необхідність формування критичного мислення та вміння працювати з інформацією з різних джерел, зокрема з використанням цифрових технологій. Ученими визначені онлайн-ризики, з якими може зустрітися дитина в кіберпросторі. Метою медіаосвіти з погляду авторів, є розвиток медіакомпетентності учнів, підготовка до життя в сучасних

інформаційних умовах, розвиток здатності мислити критично та незалежно від тієї чи іншої інформації, порівнювати та оцінювати повідомлення, що передаються каналами медіа, опановувати способи сучасної комунікації [4].

С.Дубовик, А.Готмар пропонують вправи над формуванням у молодших школярів умінь створювати медіапродукти: відбір медіапродукту (із запропонованих світлин оберіть ту, яка відповідає тексту); добір; аналіз (дайте відповідь на запитання); інтерпретацію (як ви розумієте інформацію, розкажіть, як її могли зрозуміти ваші товариші, мама, тато, учитель); критичну оцінку (намалюйте рівень води у склянці, який показує рівень небезпеки (безпеки) даної медіаінформації); створення (створіть аудіозапис – враження від книги); передачу інформації (поділіться своїм аудіозаписом з однокласниками через спільний чат).

Мета статті: розкрити особливості застосування медіапродуктів у навчанні вихованні та розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями.

Виклад основного матеріалу. У класі з інклюзивним навчанням учитель, асистент учителя використовує медіазасоби й медіаджерела з метою активізації пізнавальної діяльності школярів, формування їхньої інформаційної культури, уміння працювати з різними джерелами інформації, вирішення проблемно-пошукових завдань. Змістова лінія «Досліджуємо медіа» передбачає формування в учнів умінь аналізувати, інтерпретувати, критично оцінювати інформацію в медіатекстах та використовувати її для збагачення власного досвіду, створювати прості медіа продукти [5]. Зауважимо, що її реалізація вимагає врахування програми, за якою працює учень – адаптована чи модифікована.

У роботі з медіа К. Пономарьова виокремлює три напрями [3]:

- 1) використання медіапродуктів для розвитку різних видів мовленнєвої діяльності;
- 2) дослідження медіатекстів;
- 3) створення простих медіапродуктів.

Перший напрям передбачає слухання аудіальних медіа (звукозаписів) у процесі формування аудіативних умінь, використання візуальних медіа (книжок, журналів, газет) для вдосконалення навички читання, складання розповідей, описів, есе, міркувань за візуальними медіапродуктами (малюнком, світлиною, картиною, коміксами) та аудіовізуальними (мультфільмом, телепередачею, фільмом) з метою розвитку усного та писемного мовлення молодших школярів.

Другий напрям охоплює сприймання, аналіз, інтерпретацію простих медіапродуктів, визначення їх мети й адресата, правдоподібності описаних у

медіатексті подій і тверджень, виходячи з власного досвіду, пояснення ролі елементів форми медіапродукту (голосу, музичного супроводу, фонових шумів, кольорів, спецефектів тощо) для розуміння їх змісту, виокремлення цікавої для себе інформації, опис вражень від змісту і форми медіапродукту, висловлення власних поглядів на події, явища, предмети, цінності, представлені в простому медіатексті, оцінку впливу окремих елементів медіапродукту на власне сприйняття, пояснення, чи змінилося під впливом медіапродукту власне уявлення або думки про предмет повідомлення і як саме.

Третій напрям – це створення і презентація молодшими школярами самостійно та в групі простих аудіальних медіапродуктів (презентація роботи групи, оголошення зі сцени, повідомлення новин через гучномовець тощо), простих візуальних медіапродуктів (світлин, листівок, коміксів, книжечок, стіннівок, колажів тощо), простих аудіовізуальних медіатекстів (відеозаписів виступу, вистав, екскурсій, інтерв'ю) з допомогою вчителя/вчительки, враховуючи мету й аудиторію.

Ураховуючи особливості когнітивних процесів дітей з інтелектуальними порушеннями, в освітньому процесі рекомендуємо застосовувати ментальні карти – спосіб зображення процесу загального системного мислення за використанням схем. За допомогою такої карти учень зможе швидше запам'ятати необхідну інформацію. Мета її створення різна: передача навчального матеріалу, пояснення окремого питання.

Використання під час уроків медіатекстів, кінофільмів, звукозаписів урізноманітнює прийоми навчальної діяльності, розвиває у школярів уважність, критичне мислення. Учні з інтелектуальними порушеннями із зацікавленням працюють з візуальними та аудіовізуальними медіатекстами (фотографіями, голосовими та музичними повідомленнями, відеозаписами).\

Висновки. Таким чином нами розкрито особливості застосування медіапродуктів в інклюзивному освітньому середовищі.

Література:

1. Державний стандарт початкової освіти. URL: <http://dano.dp.ua/attachments/article/303/Державний%20стандарт%20початкової%20освіти.pdf>.

2. Медіаграмотність у початковій школі: посібник для вчителя / Волошенюк О. В., Ганик О. В., Голощاپова В. В., Дегтярьова Г. А., Іванова І. Б., Кожанова А. Ю., Пиза Г. Ю., Шкребець О. О., Янкович О. І. / За редакцією Волошенюк О. В., Іванова В. Ф. Київ : ЦВП, АУП, 2018. 234 с.

3. Пономарьова К. І. Робота з медіапродуктами у процесі навчання української мови в початковій школі. URL:

<https://lib.iitta.gov.ua/716960/1/%D0%A0%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%B0%20%D0%B7%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%.pdf>

4. Практична медіаосвіта: медіаграмотність в освітньому просторі : навч.-метод. посібник / уклад. : В. В. Байдик, О. В. Проніна; за заг. ред. В. В. Байдик. Лисичанськ, 2021. 66 с.

5. Типова освітня програма. 1-2 клас. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/programy-1-4-klas/2022/08/15/Typova.osvitnya.prohrama.1-4/Typova.osvitnya.prohrama.1-2.Savchenko.pdf>

СПІВПРАЦЯ БАТЬКІВ ТА ФАХІВЦІВ ІРЦ ЯК ЗАПОРУКА ГАРМОНІЙНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ООП

Христина ШНІЦЕР,
*магістрантка 1 року навчання
спеціальності 016 Спеціальна освіта*
Науковий керівник: Світлана СТЕБЛЮК,
доктор педагогічних наук

Постановка актуальності проблеми. Сучасна освіта України спрямована на розвиток креативної особистості, здатної до комунікації у соціальному середовищі. Державою видано низку нормативно-законодавчих актів, що стосуються навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами (Закони України «Про освіту», «Про повну загальну середню освіту», Примірне положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти, Порядок організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти та ін.). Європейський вектор розвитку з урахуванням національних освітніх тенденцій, зумовив пошук інноваційних підходів до роботи із дітьми з особливими освітніми потребами, інтелектуальними порушеннями зокрема. Дитиноцентризм як провідний принцип у навчанні та розвитку учнів надав можливості організувати освітнє середовище у закладах таким чином, щоб були задіяні всі необхідні фахівці. Відтак, у Примірному положенні про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти визначено коло осіб, які супроводжують дитину та сформульовано їх основні функції. Закцентуємо увагу на обов'язках батьків дитини з ООП: «доведення інформації про дитину (стиль, спосіб навчання, успіхи, труднощі у

виконанні домашніх завдань); прийняття участі у роботі команди супроводу, в тому числі залучення до складання ІПР; створення умов для навчання, виховання та розвитку дитини» [5]. Особлива співпраця спостерігається в Інклюзивно-ресурсному центрі, який здійснює комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини та забезпечує її кваліфікований супровід. Порядок утворення та припинення, основні засади діяльності, а також правовий статус інклюзивно-ресурсного центру регламентується Положенням про інклюзивно-ресурсний центр [4]. Дослідження проблеми співпраці батьків та фахівців ІРЦ є на часі й актуальним.

Аналіз наукових досліджень. Сьогодні активізувалися наукові пошуки у галузі спеціальної та інклюзивної освіти. Відтак, Г. Блеч розкриває психолого-педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями, альтернативну та допоміжну комунікацію у роботі з такими дітьми. За словами науковиці «дитина з особливостями розвитку мислення схильна до більшої афективності, тобто домінує її емоційне ставлення до навколишнього світу. Емоції виражають її потреби. Дитині з інтелектуальними порушеннями може бути притаманним вираження таких емоцій, як агресивність, тривожність, стурбованість, схвильованість, радість, у прямій формі, безпосередньо в поведінці» [1, с.22]. Звісно, що батьки таких дітей обізнані з наявними проявами і мають певний досвід у їх подоланні.

С. Миронова основну мету роботи із сім'ями в інклюзивному закладі передбачає у наданні батькам кваліфікованої допомоги у вихованні та розвитку дитини з ООП. Виходячи з цього, основними завданнями співпраці є [3]: допомога у формуванні адекватних стосунків між батьками, дитиною з ООП та фахівцями, які працюють з дитиною; розширення інформованості батьків про потенційні можливості дитини, її перспективи в різних аспектах життя; створення умов для активної участі батьків у роботі команди психолого-педагогічного супроводу дитини; підвищення рівня психічного здоров'я батьків.

Як зазначає Л. Захарова, батьки, які своєчасно отримують професійну консультацію щодо реального стану та подальших перспектив у розвитку дітей, стають більш вмотивованими та відповідальними у дотриманні освітньої траєкторії та досягненні завдань індивідуальної програми розвитку, активні у співпраці з навчальними закладами [2, с.77]. Таким чином, дослідниками сформульовано наукові підходи організації діяльності батьків у процесі навчання, виховання та розвитку дітей з ООП.

Мета статті: розкрити специфіку спільної діяльності батьків з фахівцями (консультантами) ІРЦ.

Виклад основного матеріалу. У процесі дослідження проблеми нами зацентровано увагу на особливостях співпраці батьків та ІРЦ на базі Мукачівської міської комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Мукачівської міської ради Закарпатської області. В означеній установі працюють два практичні психологи, вчитель-дефектолог, логопед, вчитель-реабілітолог.

Спостереження за спільною діяльністю батьків та ІРЦ дало можливість сформулювати принципи, на яких базується ця робота: взаємна довіра між учасниками; корекційна спрямованість в організації занять з дитиною; мотивація на співпрацю з метою позитивного розвитку дитини; поступова соціалізація особистості; емоційна спрямованість процесу навчання, виховання та розвитку.

Особливу увагу ми акцентували на шляхах співпраці, серед яких:

- бесіда з батьками щодо психологічних, когнітивних процесів розвитку дитини, особливостей комунікації вдома;
- роз'яснення щодо можливих шляхів досягнення успіху у співпраці з фахівцями консультантами;
- залучення батьків (одного з батьків) у проведення комплексної оцінки розвитку дитини;
- урізноманітнення форм роботи з батьками: спілкування через електронну пошту; онлайн-анкетування; взаємодія у соціальних мережах, мобільних застосунках Viber, Telegram; створення спільнот, чатів, де ведуться обговорення актуальних питань, проблем, інформації.

Слід зазначити, що ІРЦ проводить системну роботу з батьками і висвітлює її на офіційному сайті. Розміщено навчально-методичний посібник для батьків дітей з особливими освітніми потребами; поради та рекомендації практичного психолога щодо взаємин з гіперактивними дітьми; як допомогти дитині з РАС в умовах війни, інформаційну статтю «Вплив сім'ї на успішне виховання та навчання дитини з особливостями психофізичного розвитку» та ін. Вчитель логопед подає артикуляційну гімнастику, що формує мовленнєву компетентність.

Нами рекомендується активізувати роботу дитини з дитячими книжками «Барвінок», «Їжачок», «Малютко». Це забезпечить від ілюстративного матеріалу до поступового розвитку читацьких умінь. Сімейний розгляд дитячої літератури дасть можливість сформулювати морально-етичні цінності дитини, показати навколишній світ у різних барвах, прилучити її до розуміння краси рідного слова. Доцільно батькам організовувати з дітьми спільні прогулянки у парк, дитячі майданчики з метою соціалізації їх, відчуття своєї повноцінності у

колі однолітків. Спілкування з ними допоможе усій команді супроводу дитини досягти позитивної динаміки у розвитку інтелектуальних, емоційно-вольових якостей вихованця.

Література:

1. Дитина з порушеннями інтелектуального розвитку / С.В.Трикоз, Г.О.Блеч. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.

2. Захарова Л.Г. Роль інклюзивно-ресурсних центрів в реалізації корекційно-розвиткової складової, інклюзивного навчання: І Всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція «Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат». Тернопіль, 2021.

3. Миронова С. П. Нова українська школа: особливості організації освітнього процесу учнів початкової школи в інклюзивних класах : навчально-методичний посібник. Тернопіль: Астон, 2020. 176 с.

4. Положення про інклюзивно-ресурсний центр. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF#Text>

5. Примірне положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти : Наказ Міністерства освіти і науки України від 08.06.2018 № 609. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0609729-18#Text>

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОДІЇ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ ТА ВЧИТЕЛЯ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Василь ПОПОВИЧ,

магістр 1 року навчання спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Світлана СТЕБЛЮК,

доктор педагогічних наук

Постановка актуальності проблеми. Пріоритетним завданням вітчизняної освіти є забезпечення інклюзивного навчання дітей з особливими потребами. Відповідно до Закону України «Про освіту» дитина з особливими освітніми потребами – це особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту [4]. Це зумовлює створення безбар'єрного освітнього середовища, організацію діяльності команди психолого-педагогічного супроводу, необхідність уведення посади асистента вчителя закладу загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням. Асистент вчителя вивчає інформацію про дитину, висновок інклюзивно-ресурсного центру, налагоджує ефективну співпрацю між усіма суб'єктами освітнього процесу. Діяльність асистента вчителя передбачає

співпрацю з учителем інклюзивного класу, допомогу учневі під час освітнього процесу.

Аналіз наукових досліджень. Проблема організації інклюзивного навчання у центрі вивчення низки науковців. Відтак, А. Колупаєвою розкрито особливості роботи асистента вчителя в класі закладу загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням; здійснено теоретичне обґрунтування та окреслено нормативно-правове, організаційне та дидактико-методичне забезпечення змісту його діяльності, розроблено алгоритм адаптації та модифікації програмового матеріалу провідних освітніх галузей з урахуванням стану пізнавального розвитку дитини. С. Яковлевою, Г. Слободянюк з'ясовано труднощі, що виникають у роботі вчителя та асистента вчителя у процесі спільного викладання в умовах реалізації концепції «Нова українська школа» та ефективності їх співпраці в інклюзивному класі, запропоновано тренінг «Побудова ефективних взаємовідносин між учителем та асистентом учителя».

Мета дослідження: розкрити особливості взаємодії асистента вчителя та вчителя у початкових класах з інклюзивним навчанням.

Виклад основного матеріалу. Напрямами діяльності асистента вчителя в закладі освіти з інклюзивним навчанням визначено:

1. Допомога в навчанні: виконувати програми, дії, вправи та використовувати матеріали, які надає вчитель; працювати в напрямі стратегії навчання, обраної вчителем; допомагати у процесі включення учнів з особливими освітніми потребами; допомагати учням – забезпечувати умови, необхідні для виконання звичних дій у школі/класі (наприклад, ведення записів); перевіряти нескладні (об'єктивні) тести та виправляти завдання для перевірки вчителя; допомагати вчителю під час виконання учнями об'єктивних тестів (так/ні, заповнити пусті місця, підібрати відповідник, питання множинного вибору) і детальних перевірок, а також допомагати учню під час виконання тестів; допомагати учням під час фізичної діяльності – під час відпочинку й на перервах; розповідати і читати оповідання учням, групам або класам, і слухати читання учнів; допомагати учням шукати запропоновану вчителем додаткову літературу та ін.

2. Допомога у спостереженні: звертати увагу на сильні сторони здобувачів освіти та їхній стиль навчання; на вимогу вчителя фіксувати, як часто спостерігається певна поведінка у дитини з особливими освітніми потребами; спостерігати за будь-якими ознаками прогресу/регресу, які контролюються; спостерігати за будь-якими складнощами/труднощами під час виконання призначених завдань; спостерігати за частотою проявів певної поведінки, яка

контролюється; спостерігати за відносинами учнів з однолітками та персоналом.

3. Допомога в дотриманні дисципліни: допомагати вчителю створювати позитивну навчальну атмосферу; взаємодіяти з учнями, сприяти їхньому навчанню і зростанню, індивідуальності й гідності; заохочувати й хвалити; мотивувати учнів; пояснювати учням зразки бажаних вмінь і поведінки та ін. [3].

Ефективні стосунки між педагогами формуються на основі спільної відповідальності та залежать від рівня порозуміння та довіри. Колективом авторів [2, с.46-47] у посібнику «Асистент учителя в інклюзивному класі» розкрито стратегії формування ефективних стосунків між учителем та асистентом учителя. Серед стратегій:

- спільне обговорення ролей і завдань асистента вчителя;
- установлення чітких критеріїв успішної діяльності асистента вчителя;
- наголос на важливості та дотримання конфіденційності;
- спільне обговорення філософії та підходів до навчання й управління класом;
- проведення регулярних зустрічей з асистентом учителя для обговорення результатів спостережень за учнями, надання та отримання зворотного зв'язку та звітів, обговорення проблемних ситуацій і стратегій запровадження навчальної програми;
- представлення асистента вчителя іншим співробітникам на рівні школи, району або громади, які можуть надавати допомогу.

Асистент учителя спільно з учителем виконують адаптації чи модифікації навчального матеріалу, змінюють організацію освітнього процесу у класі, використовуючи диференційоване, спільне викладання, що покращує успішність навчання дитини з особливими освітніми потребами, а й інших здобувачів освіти.

На сьогодні виокремлено моделі спільного викладання [1, с.48]. У контексті моделі консультування вчитель може виступати консультантом асистента у питаннях адаптації чи модифікації тих чи інших навчальних завдань. Наставництво – учитель та асистент активно спілкуються, діляться спостереженнями за учнями, підвищують знання один одного у тих питаннях, де вони є компетентними. У моделі співробітництва передбачається розподіл обов'язків між учителем та його асистентом.

Погоджуємось з думкою Н.Софій щодо компонентів ефективної практики спільного викладання: спільні узгоджені цілі (визначення навчальних цілей під час планування та їх узгодження є однією з важливих умов успішного спільного викладання); спільні цінності та переконання. Педагоги повинні мати

не тільки спільне бачення «чого навчати», а і спільне розуміння процесу навчання учнів; рівноцінність учасників (рівноцінність обох педагогів досягається тоді, коли кожний з них відчуває, що його/її знання та досвід цінуються. Повага до свого колеги є запорукою досягнення паритету в своїй діяльності); спільне лідерство; співпраця [5].

Ефективність педагогічної діяльності асистента вчителя з дитиною із інтелектуальними порушеннями залежить від врахування психофізичних особливостей розвитку учня, специфіки його когнітивних процесів, міжособистісного спілкування. Це зумовлює необхідність застосування відповідних методів і прийомів навчання, послідовного, багаторазового повторення навчального матеріалу, формування алгоритму виконання завдань, забезпечення позитивного психоемоційного настрою. У початкових класах з інклюзивним навчанням учитель, асистент учителя добирає дидактичні ігри і вправи для розвитку мислення, уваги, пам'яті; комунікативні завдання – для формування діалогічних й монологічних умінь; метод конструювання, з метою навчання правильному орієнтуванню в просторі, розвитку дрібної моторики рук, мовлення. Система методів і прийомів навчання в інклюзивному освітньому середовищі спрямована на формування ключових компетентностей, які необхідні школяреві Нової української школи

Література:

1. Асистент вчителя у закладі загальної середньої освіти з інклюзивною формою навчання: навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва та ін. Харків : Видавництво «Ранок», 2019. 216 с.

2. Асистент учителя в інклюзивному класі: навчально-методичний посібник / Н. М. Дятленко, Н. З. Софій., О. В. Мартинчук, Ю. М. Найда, під заг. ред. М. Ф. Войцехівського. К.: ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2015. 172 с.

3. Організаційні засади діяльності асистента вчителя в інклюзивному класі : метод. посіб. / уклад. : О. В. Коган та ін. Харків : «Друкарня Мадрид», 2019. 110 с.

4. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2017. № 38–39. Ст. 380.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.

5. Софій Н.З. Спільне викладання в інклюзивному класі: метод. матеріали. Київ : ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2015. 45 с.

РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ПАЛЬЦІВ РУК ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗАСОБОМ ЛІПЛЕННЯ ТІСТОМ МУЛЕ-ПАТАТ

Меланія ДУМНИЧ,

студентка 3 курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Оксана ГАЯШ,

кандидат педагогічних наук

Вступ. Сучасний етап розвитку спеціальної та інклюзивної освіти в Україні акцентує увагу на всебічному розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями в аспекті їх всебічного гармонійного розвитку з метою подальшої успішної соціалізації. Одну з основних ролей в успішності психофізичного та інтелектуального розвитку дитини відіграє розвиток дрібної моторики. Проте у дітей з інтелектуальними порушеннями (ІП) дрібна моторика недорозвинена, а це, в свою чергу, негативно позначається не тільки на фізичному розвитку, а й на соціалізації особистості, розвитку пізнавальної, трудової та творчої діяльності, подальшій адаптації їх у суспільстві.

Стан вивчення проблеми. Проблема розвитку дрібної моторики знайшла своє відображення у працях І.Деснової, М.Монтесорі, О.Малетич, Є.Новак, О.Сухомлинського, А.Щуки та інших. Дослідниками доведено, що розвиток навичок дрібної моторики безпосередньо впливає на розвиток мовлення дитини та зростання рівня інтелекту. А.Висоцька, О.Гаврилов, В.Гладуш, С.Миронова, В.Синьов й інші фахівці вважають, що порушення в розвитку дрібної моторики є одним із характерних симптомів інтелектуальних порушень. Вчені відзначають, що рухи пальців рук у дітей з ІП незграбні, некоординовані, їхня точність і темп порушені. Однією з основних причин, що ускладнюють формування у дітей з ІП рухових умінь і навичок, є порушення моторики, які, своєю чергою, негативно позначаються не тільки на фізичному розвитку, а й на соціалізації особистості, розвитку пізнавальної, трудової та творчої діяльності, подальшій адаптації в суспільстві.

Саме тому існує потреба в пошуку ефективних засобів розвитку дрібної моторики, які б природним чином поєднувалися з віковим розвитком дітей молодшого шкільного віку з ІП. Одним із напрямів пошуку таких засобів розвитку дрібної моторики є нетрадиційна техніка ліплення, а саме робота дітей з тістом муле-патат. Тому нами була обрана тема дослідження «Розвиток дрібної моторики рук молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на заняттях вчителя-дефектолога засобами нетрадиційної техніки ліплення тістом муле-патат».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та довести в результаті педагогічного експерименту можливості розвитку дрібної моторики дітей з ІІІ молодшого шкільного віку на заняттях вчителя-дефектолога засобами нетрадиційної техніки ліплення тістом муле-патат.

Дослідження проводилося на базі КУ «ІРЦ Середнянської селищної ради» та КУ «ІРЦ Іршавської міської ради». У дослідженні приймали участь 14 дітей віком 6 - 7 років. Всі діти були розділені на 2 групи – експериментальну і контрольну. В кожній групі було по 7 дітей. Для виявлення вихідного рівня розвитку дрібної моторики у дітей з ІІІ 6-7р. проводилося обстеження (індивідуально з кожною дитиною у вільний від занять час).

Для обстеження стану дрібної моторики були запропоновані завдання, взяті з різних методик обстеження розвитку дрібної моторики у дітей (Л.Венгера, Г.Волкової, М.Озерецького) та адаптовані для молодших школярів з порушеннями інтелекту.

Діагностична програма складалася з 3 субтестів: 1 субтест – методика «Доріжки»; 2 субтест – завдання на дослідження здатності рухати руками; 3 субтест – проби М. Озерецького. Стан розвитку дрібної моторики рук і регулювання координації рухів руки оцінювалися за критеріями: рівень розвитку дрібної моторики; рівень сформованості зорово-моторної координації.

За результатами діагностики ми розділили всіх дітей за рівнями розвитку дрібної моторики: високий, середній, низький.

На основі даних, отриманих у результаті обстеження можна зробити наступні висновки: високого рівня розвитку дрібної моторики не виявлено ні в ЕК, ні в КГ; середній рівень розвитку виявлений у 3 дітей ЕГ, що складає 43% і у 2 дітей КГ, що складає 29%; низький рівень розвитку моторики виявлений у 4 дітей ЕГ (57%) і у 5 дітей КГ, і це складає 71%.

Наступним етапом був формувальний. Метою формувального експерименту стало розроблення і апробація змісту роботи з розвитку дрібної моторики пальців рук дітей з ІІІ засобом ліплення тістом муле-патат.

Формувальний експеримент проводився поетапно. На першому етапі роботи з розвитку дрібної моторики рук ми підібрали змістовний контент корекційних занять ліпленням тістом муле-патат відповідно до програми з корекційно-розвиткової роботи «Азбука творчості» для 1-4 класів спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями (1 клас). Було складено серію завдань.

На другому етапі формувального експерименту була організована спільна діяльність педагога та дітей. На цьому етапі експерименту було проведено 24 заняття тривалістю 30 хвилин кожне. Періодичність занять 2 рази на тиждень.

Заняття проводилися індивідуальні та групові. Використання підібраних завдань тривало протягом трьох місяців.

Після проведеного формувального експерименту було проведено повторну діагностику за тією ж методикою. Ми також розподілили всіх дітей за трьома рівнями розвитку дрібної моторики і порівняли результати констатуючого і контрольного етапів експерименту. Аналіз результатів методики показав, що у ЕГ після проведення формувального експерименту в 2 дітей діагностовано високий рівень розвитку дрібної моторики рук, що складає 28,5% від усієї кількості випробуваних. Троє першокласників справилися з завданням на середньому рівні, що складає 43% від усієї кількості випробуваних. На низькому рівні у ЕГ з завданням справилися 2 дітей, що склало 28,5% від усієї кількості учнів. У КГ в жодної дитини не діагностовано високий рівень розвитку дрібної моторики. Середній рівень розвитку виявлений у 3 дітей, що складає 43% і низький рівень у 4 дітей (57%).

Зведення та порівняння кількісних даних щодо рівня розвитку дрібної моторики рук у дітей з ІІ під час проведення дослідно-експериментальної роботи дозволяє констатувати, що у ЕГ з'явився показник високого рівня розвитку дрібної моторики рук, який становить 28,5%; показник низького рівня знизився до 28,5%. Динаміку розвитку дрібної моторики дітей з ІІ ЕГ за матеріалами першого та другого тестування представлено на діаграмі (рис. 1)

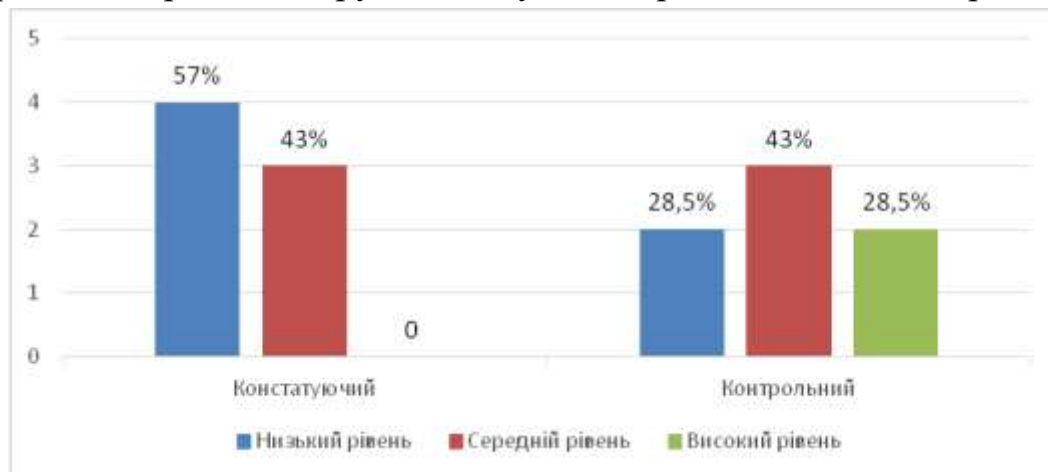


Рис.1. Рівні розвитку дрібної моторики у дітей з ІІ молодшого шкільного віку ЕГ до і після експерименту

Таким чином, результати порівняння констатувального та контрольного етапів експерименту засвідчили, що рівень розвитку дрібної моторики в дітей з ІІ молодшого шкільного віку в ЕГ після проведення формувального етапу змінився в кращий бік, показники дітей значно покращилися.

У той час як показники розвитку дрібної моторики КГ за даний час суттєво не змінилися. Високого рівня у КГ не досягла жодна дитина. Одна дитина з низького рівня перейшла на середній, тому дітей з середнім рівнем на

контрольному етапі стало 3 (43%), відповідно кількість дітей з низьким рівнем зменшилася з 5 дітей до 4.

Результати порівняльних показників КГ теж представлено на діаграмі (рис.2).

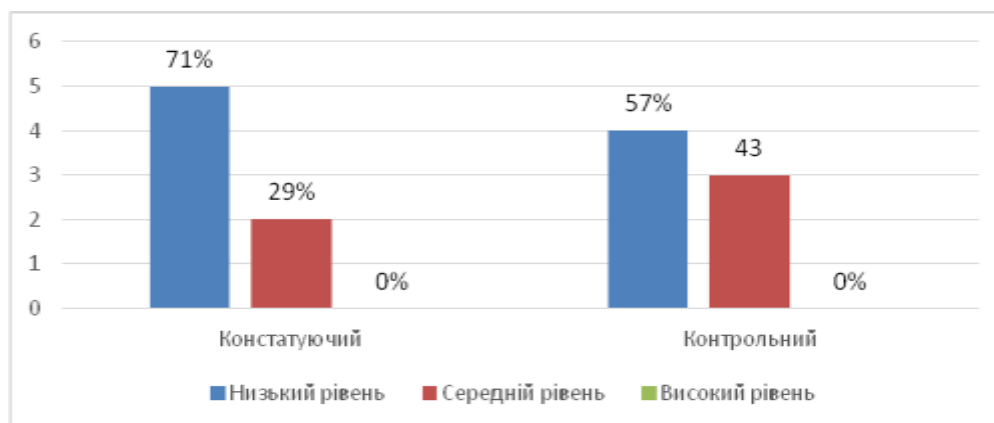


Рис. 4. Рівні розвитку дрібної моторики у дітей з ІП молодшого шкільного віку КГ до і після експерименту

Отже, така різниця між ЕГ і КГ свідчить про ефективність та результативність проведеної нами роботи з розвитку дрібної моторики рук дітей 6-7 років з ІП за допомогою ліплення тістом муле-патат. З цього випливає необхідність надалі продовжувати роботу з розвитку дрібної моторики дітей з ІП, оскільки вона справила позитивний вплив на розвиток і активізацію дрібної моторики рук учнів.

Розроблена нами система занять, а також підібрані вправи, спрямовані на розвиток дрібної моторики, можуть бути корисними педагогам, батькам, асистентам вчителів, вихователям в усуненні порушень дрібної моторики рук молодших школярів з ІП.

У подальшому ми продовжимо дослідження ефективності зазначеної системи занять в ІРЦ у взаємодії із застосуванням її в освітньому процесі початкової школи. Також під час роботи з експериментальною групою збільшимо кількість та урізноманітнимо вправи з ліплення тістом муле-патат.

Література:

1. Миронова С. П., Гаврилов О. В., Матвєєва М. П. Основи корекційної педагогіки : навч.-мет. посіб. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.

НЕТРАДИЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Дар'я БУЧМЕЙ, Каміла КИРЛИК, Олександра КОРХ,
студентки 2 курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Оксана ГАЯШ,
кандидат педагогічних наук

Вступ. На сьогоднішній день в корекційно-педагогічній роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, зокрема з категорією дітей з інтелектуальними порушеннями, стрімкого та ефективного поширення набуло використання нетрадиційних технологій. Їх впровадження слугує своєрідним творчим засобом впливу на активізацію пізнавальних процесів дитини, нормалізацію анатомо-фізіологічних процесів організму, підвищення якості та ефективності корекційної роботи.

Використання нетрадиційних технологій в корекційній роботі сприяє тому, що вони не змушують учнів виконувати ті чи інші умови, а створюють таке середовище, у якому б дитина сама прийшла до виконання поставлених перед нею завдань. Ці технології забезпечують умови, які спонукають розкрити творчі сторони всіх вихованців, можливість кожній дитини саморозвиватись, самостверджуватись і, отже, інтегруватися в суспільство.

Стан вивчення проблеми. Останнє десятиліття ознаменувалося розробкою різних методів психолого-педагогічного супроводу та підтримки дітей з інтелектуальними порушеннями. Залишається актуальною проблема вивчення застосування різних технологій у корекційно-педагогічній роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями (ІП), а саме нетрадиційних. Це стало об'єктом дослідження вчених, зокрема Євтушенко І.В., Міловська С.М. вивчали вплив музикотерапії на сприймання у дітей з ІП; Гайдиш Н.І., Демчук Л.В., Пташкин М.І., Л.В. Сколченкова досліджували можливості впливу арт-терапії у роботі з дітьми з ІП; Єфіменко М.М. – використання занять з хромотерапії для покращення здоров'я дітей з ІП; Бремс К., Лендрет Г. довели, що гра – найкращий засіб формування стосунків з дітьми з ІП; Банул Т.Б., Комлик С.М., Ринчовська Т.В. розглядали питання використання ейдетики, як методу тренування пам'яті у дітей з ІП, та ін. [2].

Незважаючи на проаналізовані наукові публікації, висновки та рекомендації щодо використання нетрадиційних методів навчання та виховання дітей з інтелектуальними порушеннями, ця тема залишається відкритою та має багато невирішених питань, особливо в плані правильного використання технологій у корекційно-педагогічній роботі, і тому залишається актуальною.

Мета дослідження: визначити та теоретично обґрунтувати нетрадиційні технології, які застосовуються у роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями; сформулювати чітке розуміння особливостей використання різних нетрадиційних технологій у корекційно-педагогічній роботі з дітьми зазначеної категорії.

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

Виклад основного матеріалу. У корекційно-педагогічній роботі з дітьми з ІІІ традиційні педагогічні методи поєднують з психотерапевтичними технологіями та нетрадиційними технологіями впливу. Зокрема, використовують такі нетрадиційні технології, як: арт-терапія, звукотерапія, ароматотерапія, піскотерапія, казкотерапія, ігрова терапія.

Арт-терапія – це одна з найбільш вживаних нетрадиційних технологій, що ґрунтується на мистецтві й творчості [1].

Доведено, що арт-терапія відкриває для дітей з інтелектуальними порушеннями широкі можливості для гри, вираження емоцій, спілкування, творчості. Також арт-терапія спрямовує художню діяльність дітей, таким чином, щоб вона позитивно впливала на розвиток їхньої особистості (О. Карабанова).

Однією із ефективних технологій вважають звукотерапію. За допомогою неї у дітей розвиваються сприйняття різних звуків, ритмів, мелодій, які чинять сприятливий психологічний та фізіологічний вплив на дитячий організм. Існує ряд переваг застосування цієї технології, зокрема: абсолютна нешкідливість, легкість і простота застосування, можливість контролю [4].

Ще однією ефективною та сучасною технологією є ароматерапія. Так, як діти – це чутливі і вразливі натури, що сприймають дію ароматерапії без всякого упередження, тому їхня реакція на ефірні масла завжди позитивна.

Застосування засобів ароматерапії в приміщенні, де знаходиться дитина з ІІІ дозволяє підтримувати гарний настрій, а також допомагає знизити прояви гіперактивності у дітей.

Також поширеною вважають технологію ізотерапії. Вона має на меті залучення дитини до мистецтва. Під час використання даної технології у дітей з ІІІ підвищується пізнавальна активність, концентрується увага, також технологія сприяє сенсорному та руховому розвитку дітей. Крім того, зазначена технологія здійснює ефективний вплив на формування емоційної сфери у дітей, а також спонукає до подальшого розвитку компенсаторних властивостей збережених функціональних систем.

Не менш поширеною вважається і піскотерапія. Основне що потрібно для даної технології – це пісок і мініатюрні фігурки для створення пісочної картини. Кожна фігурка з'являється в пісковій композиції не випадково, вона виражає найбільш актуальні для дитини почуття і думки. Заняття з піском надає дитині можливість позбутися від психологічних травм. У дитини розвивається фантазія та формуються відчуття зв'язку та контролю над своїми внутрішніми спонуканнями [1].

Досить широко у корекційній роботі з дітьми з ІІІ застосовується технологія казкотерапії. Метою застосування даної технології є використання казкової форми для розвитку особистості, розширення свідомості, розвитку мовлення. Використовуються народні та авторські казки, спеціально придумані історії, терапевтичні казки. Терапевтична казка відрізняється від звичайної тим, що вона складена спеціально з урахуванням особливостей конкретної дитини. Її персонажі переживають ті ж емоції, борються з тими ж страхами, комплексами, що й малюк. За допомогою цієї технології, можна розвинути у дітей уяву, порівняння себе з персонажем, розширити світогляд, навчити дитину з ІІІ аналізувати поведінку тих чи інших персонажів (таким чином вдаючись до самоаналізу) [3]. Ця технологія допомагає дитині з ІІІ навчитися долати труднощі різного характеру у реальному житті.

Проте, в роботі з дітьми з ІІІ слід враховувати особливості їхнього мислення, зокрема, нерозуміння переносного значення, яке часто є в казці; конкретність мислення; нерозуміння причинно-наслідкових зв'язків; невміння переносити казкові ситуації у свій досвід тощо, зауважує С. Миронова [2].

Цікавою у використанні для дітей з інтелектуальними порушеннями є й технологія ігрової терапії. Гра є зорієнтованою на особистість дитини, а іграшки й предмети, які використовуються в грі, допомагають дитині програвати важливі життєві ситуації. Застосування ігрової терапії допомагає дитині вільно себе виражати без негативних наслідків, проявляти свої інтереси і виражати емоції. Гра стимулює дитину з ІІІ досліджувати навколишнє середовище, відносини між об'єктами, з'ясовувати причинно-наслідкові зв'язки і зв'язки між подіями, що сприяє розвитку [2].

Також під час ігрової терапії у дитини з ІІІ розвиваються навички спілкування та взаємодії з дорослими та однолітками. Свої почуття й установки, які дитина не завжди виражає відкрито, вона проектує на іграшку. Більшість дітей стикаються в житті з проблемами, які здаються їм нездоланими, але долаючи їх у грі, вони поступово позбавляються їх і у житті. Саме тому, ігрова терапія вважається однією з найефективніших технологій, які доцільно використовувати у корекційно-педагогічній роботі з дітьми з ІІІ.

Висновок. Отже, використання нетрадиційних технологій у корекційно-педагогічній роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями, дозволяє створити доброзичливу атмосферу на заняттях, також підвищує можливості дитини в успішній адаптації її в суспільство.

Застосування нетрадиційних технологій у корекційній роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями має бути на основі індивідуального підходу до кожної дитини, визначення її потреб і необхідності застосування цих методів.

Перспективи подальших досліджень. В подальших дослідженнях розглядатимемо дельфінотерапію, як елемент нетрадиційних методів у роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями дошкільного віку.

Література:

1. Дабіжа К.Л., Дабіжа Л.П., Комарівська Н.О. Використання арт-технологій у роботі з дітьми з ООП. URL: <https://vspu.net/sit/index.php/sit/article/view/5038/4441> (дата звернення: 02.05.2023).

2. Миронова С.П. Використання у корекційній роботі з розумово відсталими дітьми нетрадиційних методів лікувальної педагогіки і психотерапевтичних технологій. URL: <https://aqce.com.ua/download/publications/207/236.pdf> (дата звернення: 07.05.2023).

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

4. Павлюк О.М., Калько І.В. Інноваційні технології в корекційній роботі з дітьми з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посібник /за заг. ред. Л. Галенко. Харків : «Друкарня Мадрид», 2018. 110 с. URL: <https://znayshov.com/FR/6459/214.pdf> (дата звернення: 30.04.2023).

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ПІЗНАВАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЗАСОБАМИ ІГРОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Мирослава МУЛЕСА,
*студентка 2 курсу
спеціальності 016 Спеціальна освіта*
Науковий керівник: Оксана ГАЯШ,
кандидат педагогічних наук, доцент

У наукових дослідженнях останніх років відмічається тривожна тенденція зростання кількості дітей з відхиленнями фізичного та психічного здоров'я, які

зумовлюються біологічними, екологічними, соціально-психологічними та іншими чинниками, а також їх поєднанням. Значну частину серед цих дітей займають діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР), які потребують спеціальної допомоги у процесі навчання та соціально-трудої адаптації.

Стан вивчення проблеми. Аналіз психолого-педагогічної літератури показав, що проблемі розвитку пізнавальної активності в навчальній діяльності в педагогіці та психології представлені численні праці (Л.Божович, М.Данилов, В.Єсіпов, Л.Лозова, М.Лісіна, Г.Щукіна та ін.). Проблема формування пізнавальної активності у молодших школярів із ЗПР у різних аспектах широко відображена в працях вчених (Т.Єгорова, Т.Сак, Н.Менчинська та ін.).

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати аспекти розвитку пізнавальної активності дітей із ЗПР засобами ігрової діяльності.

Виклад основного матеріалу. Затримка психічного розвитку у дітей є складним порушенням, при якому в різних дітей страждають різні компоненти їх психічної, психологічної й фізичної діяльності. При ЗПР має місце нерівномірність формування різних психічних функцій, типовим є поєднання як ушкоджених, так і недорозвинених окремих психічних функцій із збереженими. При цьому глибина ушкоджень і ступінь незрілості можуть бути також різними [2].

Узагальнюючи аналіз літератури, Босенко І.І. зазначає, що у молодших школярів із ЗПР відзначається несформованість усіх структурних компонентів пізнавальної активності. У цих дітей гальмується формування основних психологічних новоутворень та психічних процесів, потрібних для розвитку пізнавальної активності [1].

Вченими у галузі спеціальної освіти визначено, що причиною низької пізнавальної активності у дітей з ЗПР є відсутність інтересу, низька продуктивність у виконанні розумових завдань, зниження необхідного рівня психічного напруження тощо.

Разом з тим, педагогічний досвід роботи у спеціальних закладах показує, що такі діти охоче та з живим інтересом можуть виконувати завдання в ігровій формі.

Отже, в дітей із ЗПР ігровий мотив виявлено яскравіше, ніж навчальний. Таким чином, у навчально-виховному, корекційному процесі ефективніший результат має ігрова діяльність, до якої педагог залучає таких дітей та є безпосередньо важливим елементом розвитку їхньої пізнавальної активності.

Сутність дидактичних ігор полягає у вирішенні пізнавальних завдань, поставлених у цікавій формі. Т. Ляшенко наголошує, що саме вирішення пізнавального завдання пов'язано з розумовою напругою, з подоланням

труднощів, що привчає дитину до розумової праці. Одночасно розвивається логічне мислення дітей. Засвоюючи або уточнюючи в дидактичній грі той або інший програмовий матеріал, діти навчаються спостерігати, порівнювати, класифікувати предмети за тими або іншими ознаками; вправляти пам'ять, увагу; навчаються застосовувати чітку й точну термінологію, зв'язно розказувати; описувати предмет, називати його дії та якості; проявляють кмітливість, винахідливість [3].

Особлива роль дидактичної гри в освітньому процесі дітей із ЗПР визначається тим, що саме вона повинна зробити сам процес емоційним, дієвим, полегшити перехід від гри до суттєвої розумової діяльності.

Н. Бастун, Т. Ляшенко, Т. Сак рекомендують за необхідності у ході роботи з дітьми із ЗПР використовувати різноманітні дидактичні ігри. Ефективними є саме ті, до структури яких входять завдання комплексного характеру: завдання, що сприяють розвитку мовленнєвої комунікації, екологічні, етичні завдання, завдання, спрямовані на формування навичок самообслуговування [3].

Отже, у ході дослідження висвітлено теоретичні аспекти розвитку пізнавальної активності дітей із ЗПР засобами ігрової діяльності, використання якої підвищує ефективність освітнього процесу, покращує його результати, сприяє покращенню їхнього психофізичного розвитку, удосконаленню процесу соціальної адаптації та інтеграції дітей означеної нозології в суспільство.

У подальших дослідженнях розглядатимемо розвиток пізнавальної активності дітей із затримкою психічного розвитку засобами ігрової діяльності в умовах інклюзивного навчання.

Література:

1. Босенко І. І. Психологічні аспекти розвитку пізнавальної активності у молодших школярів із затримкою психічного розвитку. Актуальні питання сучасної психології та соціології. С. 70-73. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/6931/> (дата звернення: 07.05.2023).

2. Нестерчук Н. Є., Подолянчук І. С., Сидорук І. О., Ніколенко О. І., Небова Н. А. Теоретичні аспекти формування ігрової діяльності дітей з затримкою психічного розвитку. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова Випуск 2 (122) 2020. С. 125-129. URL: https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/31383/Nesterchuk_Podolyanchuk_.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 10.05.2023).

3. Ляшенко Т. Д., Бастун Н. А., Сак Т. В. Діти з затримкою психічного розвитку та їх навчання : навч. посіб. для педагогів і шкільних психологів. Київ: ІЗМН, 1997. 128 с.

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Каміла КИРЛИК, Ангеліна Марія ПОЛЯНСЬКА,

студентки 2 курсу

спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Маріанна КЛЯП,

кандидат педагогічних наук, доцент

Вступ. Інклюзивна освіта в Україні почала набирати обертів зовсім нещодавно. Педагоги, батьки та діти лише почали робити перші впевнені кроки щодо спільного навчання дітей з особливими освітніми потребами (дітей з ООП) з їх здоровими однолітками у закладах освіти з інклюзивним навчанням. Для цього у закладах створювалося інклюзивне освітнє середовище, педагоги розроблювали методики навчання дітей з ООП, здавалось, що все рухається в правильному напрямку. Але 24 лютого 2022 року в нашій країні відбулося повномасштабне вторгнення країни-агресора. Все це змінило наше життя, а особливо це вплинуло на всіх дітей, зокрема на дітей з ООП.

Стан вивчення проблеми. Питання вивчення особливостей навчання дітей з ООП в умовах війни, є досить новим, і перші кроки у вивченні питання зробили українські педагоги Г. Дубровинський, О. Косенчук, О. Чуйко та ін.

Мета дослідження. Висвітлити особливості навчання дітей з ООП під час війни, специфіку роботи педагогів, з'ясувати особливості діяльності ІРЦ в умовах військового часу.

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

Виклад основного матеріалу. Через повномасштабну війну на території нашої країни організація інклюзивного навчання в закладах дошкільної та загальної середньої освіти зазнала деяких змін. Зміни до організації інклюзивного навчання у закладах дошкільної освіти та закладах загальної середньої освіти внесені Постановою КМУ від 26.04.2022 № 483. За новими правовими нормами у період воєнного стану, надзвичайної ситуації або надзвичайного стану (особливого періоду) заклад освіти не може відмовити в організації інклюзивного навчання дитини з ООП та створенні інклюзивного класу (групи). Норми щодо граничної кількості дітей з ООП, які діяли раніше, не застосовуються [4].

Було визначено також окремі аспекти діяльності ІРЦ в умовах воєнного стану, зокрема щодо чинності висновків ІРЦ, які були видані до 1 січня 2022

року, якщо документи дитини були втрачені під час евакуації. ІРЦ має проводити комплексну оцінку та здійснювати системний кваліфікований супровід дітей з ООП, які вимушено змінили місце проживання, та були зараховані в інклюзивні класи (групи) або здобувають освіту з використанням технологій дистанційного навчання.

ІРЦ має створити умови для психологічної підтримки дітей, які переживають психологічну травму. Під час війни фахівці ІРЦ зможуть надавати додаткові корекційно-розвиткові послуги всім дітям з ООП, зокрема й дистанційно. Комплексна оцінка розвитку дитини в ІРЦ має проводитись протягом тижня, в першу чергу до уваги беруться діти, які приїхали із зон бойових дій.

Згідно зі змінами до Положення про інклюзивно-ресурсний центр для дітей, які тимчасово перебувають за кордоном або на тимчасово окупованих територіях, повторна комплексна оцінка має бути проведена не пізніше ніж через три місяці після припинення воєнного стану та повернення дитини на територію, підконтрольну Україні [3].

На початку війни було доцільним застосування дистанційного навчання, так як це зменшувало ризик для дітей. І в подальшому ця тенденція збереглася. Дистанційне навчання застосовують на територіях, де підвищений рівень небезпеки, також воно слугує і для дітей, які перебувають за кордоном. Діти з ООП в певній мірі були готові до такого навчання після пандемії, бо навчання навіть в такому форматі впливає позитивно на розвиток (дитина бачить знайомі обличчя, вивчає новий матеріал тощо).

Проте, дотримуючись рекомендацій МОН України, вже 1 вересня 2022 року в тих областях, де була можливість навчатись, навчання почалось в офлайн режимі з дотриманням вимог до безпеки. Утім є особливості його організації в умовах воєнного стану [2].

У зв'язку із воєнним станом в інклюзивних класах кількість дітей з ООП не обмежується. Проте, школи мають право самі приймати рішення, як розподіляти дітей з ООП по класам відповідно до рівня їх підтримки.

Першочергова мета навчання – заспокоїти, створити психологічний комфорт, не такою мірою надати знання, як відволікти дітей від тривожних новин та страшних подій, надати можливість спілкування зі своїми вчителями, друзями, однолітками. Навчання – атрибут мирного нормального життя, стабільності, це заспокоює, надає відчуття безпеки.

Діти з порушеннями інтелектуального розвитку є особливо вразливими до цих страшних подій. Вони здригаються від вибухів, не розуміють нове переміщення у безпечне місце, опиняються в ступорі або демонструють

істерики під час сирен повітряної тривоги, відчувають постійний страх, розгубленість, тривогу та мають інші негативні психічні прояви. Слід пам'ятати, що діти з порушеннями інтелектуального розвитку не можуть швидко та правильно реагувати на актуальні події. Вони часто не розуміють, що відбувається навколо них, тому потребують особливої підтримки та допомоги.

Під час навчання в умовах воєнного стану педагоги можуть практикувати такі підходи до дітей з ООП [1]:

1. Знайомити дитину із навколишнім середовищем (надавати описову характеристику приміщення).

2. Спілкуватись з дитиною, педагог має надавати такій дитині можливість висловлювати переживання, ставитись до них з повагою, говорити слова підтримки

3. Педагог має бути прикладом емоційних проявів, транслювати спокій та розсудливість, потрібно стати надійною опорою, як вербально, так і невербально.

4. Задіювати дитину до щоденних, підтримуючих життєдіяльність, цікавих справ.

5. Підтримувати тактильний контакт з дитиною за її згодою, обіймати її, коли їй страшно, сумно тощо.

Основне завдання, яке стоїть перед вчителями, - це намагатись тримати себе у рівновазі, контролювати свої реакції та дії, намагатися не демонструвати дитині власних переживань та страху. Діти з ООП особливо лякаються, коли бачать, що дорослі втрачають самоконтроль, надто емоційно та агресивно реагують на ситуацію.

Обов'язково потрібно говорити з дітьми про війну. Адже більшість дітей з ООП мають можливість дізнатись інформацію в інтернеті, почути щось по телебаченню, діти чують розмови у сім'ї, на вулиці, тому приховувати від дітей ситуацію в країні не вдасться. Краще одразу дитині доступно пояснити, що відбувається, аби вона розуміла середовище, в якому вона знаходиться.

Важливо також дізнатись, в якому психічному стані знаходиться дитина з ООП. Варто дізнатись, наскільки війна вплинула на життя дитини. Для цього слід організувати індивідуальні консультації у психолога. Консультації можуть допомогти дітям розібратися зі своїми емоціями, знайти способи управління стресом та тривогою, додати впевненості у собі. Дієвим буде проведення групових заняття, оскільки вони дозволяють дітям зустрітись з іншими, які переживають схожі проблеми, та побачити, що вони не самотні [1].

Потрібно зважати на те, що дитина з ООП потрапляє в новий колектив, і тому вчителям та вихователям потрібно створити умови, щоб дитина почувала себе комфортно. Потрібно підготувати клас до нового учня, пояснити дітям доступно для їх розуміння мовою, що в дитини наявні особливі освітні потреби. Перед педагогами стоїть важке завдання, здійснити максимально привітне входження дитини в новий колектив.

Якщо діти з ООП через психотравму не можуть працювати на уроках, треба дати змогу на корекційних заняттях індивідуально та за бажанням говорити про почуття, думки, які заважають займатися. Потрібно створити для дитини з ООП щоденні рутини, ритуали, чіткий розклад, все це дозволить дитині відчувати себе у безпеці. Вона буде відчувати, що дорослі керують ситуацією, що в їхньому житті є стабільність. Для дітей з ООП це відіграє чималу роль.

Варто створити для дітей з ООП такі умови для навчання, щоб дитина відчувала себе, як у довоєнний період. Для цього варто дізнатись у батьків та за можливості у попередніх педагогів, як проходили заняття, чим дитина цікавиться, потрібно повернути дитину в ту атмосферу, де вона відчувала себе спокійно, до якої вона звикла і проявляла позитивні результати навчання [1].

Під час війни діти втрачають почуття безпеки, а це впливає на їх емоційний стан, здатність навчатись, комунікувати з оточуючим світом. Для дітей з ООП можуть бути корисними різноманітні розвиваючі позакласні заняття та групи такі, як малювання, ліплення, спортивні заняття та інші.

Важливо переключити фокус дитини з ООП від постійних думок про війну, залучати дитину до різноманітних видів діяльності. Провідною може стати ігрова терапія, вона буде корисною для всіх дітей з ООП, а особливо для тих, які мають труднощі зі спілкуванням або виявляють емоційну нестабільність. Ігрова терапія може допомогти дітям розвивати соціальні та емоційні навички, а також сприяти зняттю стресу.

Під час повітряної тривоги, що звучить в ході навчання, учні будуть вимушені спуститись разом із вчителями до бомбосховища чи укриття. У дітей з ООП це може викликати стрес, тому потрібно завчасно провести бесіди, які навчать дітей, що під час тривоги не потрібно панікувати, показати місце, куди діти будуть спускатись. Потрібно підготувати бомбосховище до того, що дитині з ООП та й іншим дітям потрібно буде місце, де вони зможуть розім'ятись, а також підготувати заняття, які можна буде виконати там, аби відволікти дітей від панічних думок.

Важливими для дітей з ООП в цей період стануть вчителі, вони мають підтримувати дітей з ООП, допомагати їм знаходити своє місце в колективі та підтримувати їх у розвитку навичок та здібностей.

Висновки. Через військову агресію українським навчальним закладам довелось підлаштовуватись під нові реалії. Були докладені всі зусилля аби зробити це якнайшвидше. Головними в організації навчання дітей з ООП стали: збереження життя та спокою дітей, створення для всіх дітей безпечного середовища перебування, а також можливість повернути їх до звичного життя. Найважливішим моментом є любов до дітей, педагоги мають зробити все можливе, щоб дитина з ООП відчувала себе у спокої і навчання приносило їй прогрес у розвитку та задоволення.

Література:

1. Допомога дітям з ООП під час війни. Поради для батьків. URL: <https://nus.org.ua/articles/dopomoga-dityam-z-oor-pid-chas-vijny-porady-dlya-batkiv/>

2. Особливості організації 2022/23 навчального року. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/osoblivosti-organizaciyi-202223-navchalnogo-roku>

3. Під час війни ІРЦ мають супроводжувати внутрішньо переміщених дітей з ООП. URL: <https://nus.org.ua/news/pid-chas-vijny-irts-mayut-suprovodzhuvaty-vnutrishno-peremishhenyh-ditej-z-oor/>

4. Про внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету міністрів України від 10 квітня 2019 р. № 530 і від 15 вересня 2021 р. № 957. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2022 р. № 483. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/483-2022-%D0%BF#Text>

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Дар'я БУЧМЕЙ, Олександра КОРХ, Мирослава МУЛЕСА,
*студенти 2 курсу
спеціальності 016 Спеціальна освіта*
Науковий керівник: Маріанна КЛЯП,
кандидат педагогічних наук, доцент

Вступ. Синдром Дауна – це генетичне порушення, викликане трисомією 21 хромосоми людини. Внаслідок цього порушення розвитку у дитини наявні характерні риси обличчя та тілобудови, можуть бути вроджені вади серця, порушення слуху і зору, інші медичні проблеми, зазвичай наявне порушення інтелекту різного ступеня, а також своєрідність мовлення. Проблема соціальної

адаптації дітей із синдромом Дауна полягає в тому, що даний синдром не є хворобою, що може коригуватися медикаментозно, це особливий тип розвитку, що вимагає спеціальних умов навчання та виховання.

Соціальна підтримка дитини з синдромом Дауна – це комплекс питань, пов'язаних з її розвитком, лікуванням, освітою, соціальною адаптацією та інтеграцією в суспільство. Безсумнівно, діти із синдромом Дауна відчують величезні труднощі під час входження у соціум і потребують комплексної корекційної допомоги.

За останні роки спостерігається дивовижний прогрес у розробці та практичному застосуванні нових методів навчання дітей із порушеннями інтелектуального розвитку, в тому числі із синдромом Дауна. Відомі випадки успішної психолого–педагогічної корекції розвитку окремих дітей з синдромом Дауна, коли в результаті зусиль дефектологів і психологів вони могли навчатися у звичайних школах і отримати певну професію. Це говорить про те, що робота з такими дітьми – справа не безнадійна. Батьки та педагоги стали краще усвідомлювати потребу дітей із синдромом Дауна в любові, увазі, заохоченні, вони переконалися в тому, що ці діти можуть так само, як і інші, з користю для себе вчитися.

Стан вивчення проблеми. Впродовж останнього десятиліття є актуальною проблема педагогічного супроводу дітей з синдромом Дауна, і це стало об'єктом дослідження багатьох вчених, зокрема це В. Бондар, С. Волкова, Т. Євтухова, О. Берянич, В. Ляшенко, О. Савченко, О. Столяренко, А. Шевчук та ін.; проблему розвитку дітей із синдромом Дауна на теперішній час досліджують: А. Альохіна, М. Беркетова, Г. Ворсанова, І. Демидова, Р. Ковтун (розвиток пізнавальної діяльності); Н. Тертична, Г. Головань (нестійкість афективної сфери – від в'ялості, апатії, до розгальмованості, збудливості); К. Давиденкова, І. Ліберман, А. Кошелєва (надмірна здатність розконцентрувати увагу); М. Беркетова, П. Лаутеслагер, Р. Ковтун, О. Мозолюк-Коновалова (затримка розвитку статичних і локомоційних функцій, різних видів моторики, особливо дрібної). Проте, незважаючи на проаналізовані наукові публікації, висновки та рекомендації щодо навчання та виховання дітей з синдромом Дауна проблема їх соціальної адаптації має багато невирішених питань, особливо в плані співпраці з їхніми батьками, і тому залишається актуальною.

Мета дослідження. Сформулювати чітке розуміння особливостей соціального розвитку дітей дошкільного віку з синдромом Дауна; визначити та теоретично обґрунтувати окремі засоби соціальної адаптації дітей з синдромом Дауна.

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

Виклад основного матеріалу. Соціалізація дітей з синдромом Дауна – це досить трудомісткий та тривалий процес, в якому повинні бути задіяні всі члени сім'ї та команда фахівців. Правильна і безперервна робота з набуття дітьми з синдромом Дауна соціального досвіду в подальшому буде сприяти їх соціалізації та інтеграції в середовище однолітків.

Як показують дослідження діти раннього та дошкільного віку із синдромом Дауна, маючи практику й невеликий досвід, засвоюють неписані правила (наприклад, говорять почергово, не перебиваючи один одного; зайшовши, вітаються, йдучи – прощаються тощо) [3].

На думку О. Кононко, соціальна адаптація є першою з трьох фаз соціального становлення особистості дошкільника (адаптація, індивідуалізація, інтеграція) і передбачає засвоєння норм тієї соціальної спільноти, до якої він належить. Особливостями соціальної адаптації старшого дошкільника автор вважає: усвідомлення ним себе суб'єктом діяльності; бажання бути включеним у нове оточення; орієнтація на суспільні функції людей, норми, сенс їхньої поведінки та діяльності; суб'єктивне ставлення до соціальних цінностей, розуміння своєї належності до дитячого колективу; прагнення до розширення соціальних контактів; прихильне ставлення до одних груп дітей та відмова від спілкування з іншими [3].

Для створення соціального середовища дитини дошкільного віку із синдромом Дауна важливим є врахування індивідуальних особливостей та можливостей дитини даної категорії. Важливим аспектом також є тісна співпраця фахівців та батьків «сонячної дитини» з метою стимулювання у дитини інтересу до пізнання, розвитку самостійності та повноцінного мовлення.

Варто виокремити такі основні завдання з формування комунікативних навичок дітей-дошкільнят із синдромом Дауна:

- формування спілкування «дорослий - дитина»;
- розширення обсягу розуміння зверненої мови, формування засобів спілкування, доступних дітям з синдромом Дауна;
- використання в спілкуванні вербальних і невербальних засобів: зоровий контакт, зосередження зорової і слухової уваги, спілкування за допомогою предметних дій, привернення до себе уваги, дотримання черговості, використання жестів і звуків [2].

Як показує діагностика рівня сформованості невербальної комунікації у дошкільників із синдромом Дауна спостерігаються такі особливості: вони не

вміють в повній мірі використовувати засоби невербальної комунікації для вираження свого емоційного стану, а також розуміння емоційного стану інших людей, що пов'язано не лише з інтелектуальною недостатністю, а й анатомо-фізіологічними особливостями, а це може призводити до ізоляції цих дітей у колективі однолітків як в закладах дошкільної освіти, так і в шкільному житті, та заважає встановленню повноцінного комунікативного зв'язку з іншими людьми.

Таким чином, важливим чинником з формування невербальної комунікації дошкільнят із синдромом Дауна повинна здійснюватися своєчасна корекційна робота, яка базуватиметься на ряді таких принципів:

- принцип систематичності – здійснення цілеспрямованої та систематичної роботи щодо розвитку комунікативних навичок дитини, в тому числі навичок невербальної комунікації;

- принцип диференційованого підходу – означає необхідність підбору методів, прийомів і форм організації корекції в залежності від рівня сформованості невербальної комунікації у дитини з синдромом Дауна;

- принцип наочності – використання у роботі додаткової наочності (різні предмети, піктограми, картинки із зображеннями);

- принцип комплексного впливу – передбачає участь, взаємодію і співпрацю в процесі всіх фахівців, що працюють з даною дитиною, а також її батьків;

- принцип індивідуального підходу – врахування в роботі індивідуальних особливостей, потреб та інтересів дитини [2].

Для забезпечення соціальної адаптації дитини-дошкільника із синдромом Дауна ефективним є використання ігрових технологій, казкотерапії, відвідування театрів, музеїв, галерей, музикотерапії, театралізованих ігор та постановок.

Як показують численні дослідження щодо соціалізації «сонячної дитини» особливого значення набуває використання при роботі з дошкільнятами даної категорії ігрових технологій, які дозволяють поєднувати в собі елементи пізнавальної, дослідницької та творчої діяльності.

Особливе місце займають методики роботи із тваринами, зокрема, із собаками. Використання даної терапії сприяє розвитку сенсорної сфери дітей з синдромом Дауна через організацію ігор–вправ на погладжування і обмацування, розпізнавання текстури шерсті, відчуття різниці температури тіла на різних частинах тіла собаки, спостереження за її рухами. Присутність собаки стимулює комунікацію «сонячної дитини» [1].

Також поширеним серед напрямів соціалізації дітей з синдромом Дауна на сьогодні є, використання, безпосередньо, «Монтессорі-терапії». Особливостями використання «Монтессорі-терапія» є те, що основним гаслом даної системи є девіз: «Допоможи мені зробити цю справу самому» – стати незалежним і самостійним. Дорослий не вказує, що робити дитині, а дитина обирає сама, веде дорослого за собою. Таким чином, формується самостійність, впевненість у собі, самодисципліна, що й веде до слухняності та соціалізації «сонячної дитини» [1].

Окремий напрямок у процесі соціальної інтеграції дошкільнят з синдромом Дауна займають театралізовані ігри та постановки. «Сонячні діти», які не можуть говорити, зображують ролі за допомогою жестів і міміки.

Цікавою серед новітніх технологій є також методика музикотерапії. Однією з основних цілей музикотерапевтичних завдань при роботі з дітьми із синдромом Дауна, зокрема, дошкільного віку є інтеграція в соціальну групу, оскільки в музичній співтворчості добре відпрацьовуються різні комунікативні навички, формується витримка і самоконтроль [3].

Варто відзначити й те, що важливим етапом у формуванні соціальної адаптації дітей дошкільнят з синдромом Дауна є залучення до активної співпраці фахівців та батьків дітей даної категорії. Адже процес соціалізації входження дитини з синдромом Дауна в соціум не може бути реалізованим без участі сім'ї. Вона є природним середовищем для розвитку особистості, дитина бере приклад із своїх батьків. Успішність соціалізації значною мірою залежить від адекватного реагування родини на особливості розвитку дитини [1].

Висновок. Потрібно відзначити, що соціальна адаптація дітей з синдромом Дауна – це досить трудомісткий і тривалий процес, в якому задіяні всі члени сім'ї та команда фахівців. Правильна і безперервна робота з набуття дітьми з синдромом Дауна соціального досвіду в подальшому буде сприяти їх соціалізації та інтеграції в звичайне середовище однолітків.

Позитивна атмосфера в дошкільному закладі, родині, доцільні психокорекційні методи в роботі із дітьми з синдромом Дауна є гарантом їх повноцінного особистісного становлення та соціалізації. Провідну роль у процесі соціалізації таких дітей відіграє розвиток мовлення, як вербального, так і невербального. А використання педагогами сучасних методів та напрямків арт-терапії, музикотерапії є ефективним методом гармонізації розвитку особистості дитини, адаптації та соціалізації її в суспільство. Це підтверджується тим, що ці методики є засобами переважно невербального спілкування, що робить їх особливо цінними для тих, хто недостатньо добре

володіє мовою, відчуває труднощі в словесному описі своїх переживань, або, навпаки, надмірно пов'язаний із мовленнєвим спілкуванням.

Перспектива дослідження. У подальших дослідженнях розглядатимемо розвиток соціальної адаптації дітей з синдромом Дауна в умовах військового стану при онлайн-навчанні.

Література:

1. Колосова Е.В, Йоланта Гурал-Пулроле. Соціальна адаптація дітей з синдромом Дауна. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/5.2/10.pdf>

2. Особливості формування комунікативної компетентності у дошкільників із синдромом Дауна. URL: https://knowledge.allbest.ru/pedagogics/3c0b65625b2ad79b4c43a88521316d27_0.html

3. Тертична Н. А., Дорохіна А. О. Розвиток комунікативних навичок у дітей із синдромом Дауна в умовах інклюзивної освіти в дошкільних навчальних закладах. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/1958/1/Tertychna.pdf>

ДОСВІД НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В НІМЕЧЧИНІ

Ганна ТОКАР,

студентка 4 курсу спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Оксана ГАЯШ,

кандидат педагогічних наук

Гуманізація відносин учасників педагогічного процесу виражається у визнанні за кожною дитиною права на здобуття освіти, задоволенні її освітніх потреб, увазі до здібностей і можливостей кожного учня.

Відповідно до наявних у світі демократичних і гуманістичних тенденцій, нині в розвинених країнах усі діти з особливими освітніми потребами і можливостями охоплені навчанням і вихованням. При цьому склалося три основні моделі інклюзивного навчання:

- модель «одного шляху» – інтеграція всіх дітей у рамках масової школи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія, Швеція, Норвегія та Кіпр);

- модель «двох шляхів» – наявність двох самостійних систем освіти, які існують на основі особливих законів, обов'язкових для масової та спеціальної освіти (Бельгія, Нідерланди, Болгарія, Румунія, Латвія);

- модель «багатьох шляхів» – існує безліч концепцій, що об'єднують елементи масової та спеціальної освіти (Австрія, Угорщина, Данія, Німеччина, Польща, Франція, Словаччина, Чехія, Фінляндія, Словенія та інші країни).

Метою даного дослідження є аналіз тенденцій розвитку освіти, навчання і виховання дітей з інтелектуальними порушеннями в Німеччині.

Німеччина, що представляє модель «багатьох шляхів», як член Європейського союзу підтримує всі тенденції в освіті, властиві цьому співтовариству. Розроблення та впровадження проєктів, спрямованих на розвиток інклюзивної освіти, активізувалися в Німеччині у 2009 р., після набуття чинності Конвенції ООН про права інвалідів.

У 2013 р. Європейське агентство спеціальної та інклюзивної освіти (Europäische Agentur für sonderpädagogische Förderung und inklusive Bildung) після проведення міжнародної конференції за участю всіх залучених до процесу інклюзивної освіти сторін зробило досить оптимістичні висновки про перспективи інклюзії як концепції, що постійно розвивається і звернуло увагу на 5 ключових тез.

1. Як тільки це можливо: усі діти мають право бути включеними в процес здобуття освіти, і що раніше це відбудеться, тим краще. Ключовим представником їхніх інтересів є батьки.

2. Інклюзивна освіта приносить користь усім: мета інклюзивної освіти – забезпечити високоякісну освіту для всіх учнів.

3. Висококваліфіковані фахівці: необхідні зміни в усіх аспектах професійної педагогічної освіти, і наступне покоління вчителів має бути готовим до навчання будь-яких учнів.

4. Механізми фінансування: ключовим фінансовим індикатором ефективності розвитку інклюзивної освіти є не кількість виділених коштів, а цільове їх використання та ефективність реалізації поставлених завдань.

5. Достовірні дані: необхідна чітка система збору надійних даних про учнів, педагогів, батьків, результати навчання [4].

Для розуміння специфіки розвитку інклюзивної освіти в Німеччині, охарактеризуємо наявну на цей момент шкільну систему. Перш за все, необхідно зазначити, що у ФРН немає єдиного міністерства освіти, у кожній із 16 федеральних земель діє свій власний закон про освіту, а навчальні плани і програми хоча й узгоджуються, але складаються в кожній землі окремо, внаслідок чого виникають відмінності як у змісті, так і в методиках навчання. При кожній школі є шкільна кар'єрна рада, яка не лише допомагає у визначенні з навчальними предметами, але й консулює, коли постає питання вибору професії. Школи активно співпрацюють з агенціями з працевлаштування (Agenturen für Arbeit), які натомість пропонують послуги кар'єрних інформаційних центрів (Berufsinformationszentren) [2].

Згідно з прийнятою в Німеччині системою, загальна освіта поділяється на ступені (Schulstufen): Primarstufe – початковий, або перший ступінь; Sekundarstufe I – середній ступінь; Sekundarstufe II – старший ступінь. Першому ступеню відповідає початкова школа (Grundschule), другий ступінь включає в себе або основну школу (Hauptschule), або реальну школу (Realschule), або гімназію (Gymnasium). Вибирають один із варіантів. Навчання на цьому ступені триває до 10 класу [2].

Останніми роками розвивається й такий різновид загальноосвітньої школи як Gemeinschaftsschule – школа спільного навчання, в якій дотримуються концепції тривалого спільного навчання дітей, незалежно від їхніх індивідуальних здібностей, соціального статусу та віросповідання, зокрема й дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Так, наприклад, у землі Баден-Вюртемберг перші такі школи з'явилися у 2012/2013 навчальному році (у 42 містах), на початок 2015/2016 н. року була 271 школа, а у 2017 р. – вже 304 [2].

Окремої уваги заслуговує питання, як побудоване навчання в спільних школах. Усі учні, як і у звичайній школі, розділені за класами приблизно по 25 дітей. У кожному з них навчається 3-4 учні з помітними відхиленнями (синдром Дауна, аутизм, ДЦП) і хоча б один учень з комплексними порушеннями (діти-візочники + інтелектуальні порушення). Урок триває приблизно 1,5 години. Але кожні 10-20 хвилин педагог змінює вид діяльності. Кожен кабінет обладнаний зоною відпочинку, де діти можуть скористатися розвиваючими іграми. Знання діти з інтелектуальними порушеннями отримують на основі змодельованих ситуацій. Наприклад, важити діти навчаються в імпровізованому магазині, а ось фізику освоюють на звичайних побутових приладах, якими ми користуємося в повсякденному житті. У класі крім вчителя постійно присутній супроводжуючий педагог і тьютери (помічники вихователя). Серед форм навчання перевага надається парним і груповим, що дозволяє «особливим» дітям швидше пройти процес адаптації.

Велика увага в таких школах приділяється особистісному зростанню кожного учня. В атестаті, який дитина отримує в кінці року, вказуються не лише її позитивні досягнення, але і негативні моменти за минулий період. Таким чином, результат навчального процесу покликаний зафіксувати не стільки успіхи учня, скільки динаміку його розвитку [5].

В країні функціонують різні спільні шкільні навчальні заклади, які фінансуються як за рахунок держави, так і приватно. Існують так звані Вальдорфські школи. Рішення про прийняття в такі школи не виноситься на підставі матеріального становища сім'ї, а виходячи з того, чи зможе дитина

інтегруватися в середовище дітей, які вже навчаються в школі. В них можна зустріти учнів з різними порушеннями. Практикується в Німеччині злиття шкіл.

Є також відомий інклюзивний навчальний заклад в Гіссені – «Софі Шулле». Він включає в собі дитячий садок, загальну школу, спецшколу, психологічний центр медичної спрямованості, а також майстерні, де діти з обмеженими можливостями можуть набути практичних навичок. 75% фінансування надходить від федерального уряду, а 25% оплачують батьки.

У Німеччині, як і раніше, зберігається можливість навчання в спеціальній школі для тих учнів, які не можуть навчатися в початковій або основній школі, особливо якщо цього хочуть батьки.

У вирішенні питань психолого-педагогічного супроводу учнів з інтелектуальними порушеннями в умовах інклюзивного навчання Німеччину з-поміж інших європейських країн вирізняє варіативність його організації, що зумовлена відмінностями у законодавстві. В окремих регіонах освітні нормативно-правові акти передбачають, що школи можуть мати у своєму штаті спеціальних педагогів і фахівців, які надають допомогу дітям з особливими потребами. В окремих випадках спеціальні педагоги виконують функції асистента вчителя, співпрацюючи з педагогами класу. Психолого-педагогічний супровід забезпечується педагогічними центрами, які функціонують у кожному регіоні, хоча форми організації роботи можуть бути різними. Центри надають різнопланову допомогу школярам з інтелектуальними порушеннями, проводять з ними профорієнтаційну роботу, координують діяльність різнопрофільних фахівців, консультують батьків і вчителів масових та спеціальних шкіл тощо. Окрім центрів підтримки учням з порушеним інтелектом надають служби, що функціонують поза межами шкіл і фінансуються органами місцевого самоврядування: медико-соціальні служби, ресурсні центри, реабілітаційні заклади тощо.

Висновки. Отже, у Німеччині, склалася чітка цілісна система розвитку інклюзивної освіти, яка сприяє адаптації дитини з інтелектуальними порушеннями в суспільство.

Література:

1. Колупаєва А. А. Досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Європи. *Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади*: Монографія. Київ: Педагогічна думка, 2007 р. 458 с.

2. Особливості інклюзивної освіти в німецьких навчальних закладах. URL: <https://migrant.biz.ua/nimechina/navchannya-de/inkliuzyvna-osvita.html> (дата звернення: 05.05.2023).

3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. URL: <http://www.humanrights.ch/en/standards/untreaties/disabilities> (date of access: 30.04.2023).

4. Fünf kernaussagen in bezug auf inklusive bildung. Von der Theorie zur Praxis. Europäische Agentur für sonderpädagogische Förderung und inklusive Bildung. URL: https://www.uni-frankfurt.de/53768147/F%C3%BCnf_Kernaussagen_in_Bezug_auf_inklusive_Bildung.pdf (date of access: 28.04.2023).

5. Herausforderung Inklusion Schule – Unterricht Profession hg. von Rita Braches-Chyrek, Carina Fischer, Cosimo Mangione, Anke Penczek und Sibylle Rahm. University of Bamberg : Press Bamberg, 2015 <https://fis.uni-bamberg.de/bitstream/uniba/21666/1/FEuB5PenczekInklusionopussek1A2.pdf> (date of access: 01.05.2023).

СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЗБЕРЕЖЕННЯ І СТИМУЛЮВАННЯ ЗДОРОВ'Я У РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Анжела КУРТАНИЧ,
магістрантка 1 року навчання спеціальності 016 Спеціальна освіта
Науковий керівник: Тетяна ХОМА,
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання

Постановка актуальності проблеми. У роботі сучасного педагога вкрай важливо дотримуватися системи заходів, спрямованих на збереження здоров'я здобувачів закладів загальної середньої освіти, забезпечення позитивного емоційного фону, психологічного комфорту, формування морально-вольових якостей. Такий підхід зумовлює необхідність добору вчителями здоров'язберігаючих технологій, ефективних методик, які давали б можливість створити безпечне освітнє середовище, для учнів з інтелектуальними порушеннями зокрема.

Удосконалення фізичного й морального здоров'я сприяє формуванню розумових якостей дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, їх впевненості у власних можливостях, допомагає соціалізуватися. Здоров'язберігаючі технології повинні викликати інтерес у дитини, тому творчий підхід до їх добору, врахування індивідуальних особливостей школяра є пріоритетними у роботі педагога, асистента вчителя й визначає актуальність теми дослідження.

Аналіз наукових досліджень. Проблемі упровадження здоров'язберігаючих технологій у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, порушеннями інтелектуального розвитку зокрема, присвячено низку публікацій (Балим О., Докучина Т., Колупаєва А., Щурова Н. та інші).

Відтак, Т. Докучина пропонує педагогічні умови формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у старшокласників з інтелектуальними порушеннями у позакласній діяльності, з-поміж яких: «здійснення моніторингу рівня здоров'я та здорового способу життя учнів з метою його урахування у процесі виховної роботи, реалізації індивідуального та диференційованого підходу; використання різних форм та методів виховної роботи, спрямованої на формування здорового способу життя (індивідуальні та групові бесіди,

фізкультурно-оздоровчі змагання, тренінги, виховні години, конкурси та ін.; залучення учнів до спортивних гуртків з урахуванням їхнього стану здоров'я, здібностей та інтересів; стимулювання старшокласників показувати приклад дотримання здорового способу життя учням молодших класів...» [3, с. 436].

У процесі фізичного виховання, впроваджуючи здоров'язберігаючі технології для дітей з порушенням інтелектуального розвитку, слід враховувати навантаження, тому доцільно варіювати різні форми рухової активності. О.Балим [1] рекомендує проводити рефлексотерапію (вправи на скакалках), заняття фізичними вправами засобами «алтимат»-фрізбі, використовувати резинку для фітнесу, рухливі ігри на перервах. Окрім того, на думку автора, слід обов'язково включати вправи для відпочинку очей, координацію рухів.

Мета та завдання: окреслити особливості застосування технологій збереження і стимулювання здоров'я у роботі з дітьми із інтелектуальними порушеннями молодшого шкільного віку.

Виклад основного матеріалу. Наше дослідження вимагає аналізу змісту поняття «здоров'язберігаючі технології». М. Сергатий розглядає його як «сукупність принципів, прийомів і методів педагогічної роботи, які доповнюють традиційні технології навчання і виховання, наділяють їх ознаками здоров'язбереження» [4, с. 122].

Вивчаючи застосування здоров'язберігаючих технологій для учнів початкової школи, О. Ващенко визначає їх такими, що «створюють безпечні умови перебування, навчання та праці учнів у школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог), відповідності навчального та фізичного навантаження можливостям дітей» [2, с.121].

Поняття «здоров'язберігаючі технології» ми розглядатимемо як систему злагоджених позитивних умов організації освітнього процесу в закладі загальної середньої освіти, спрямовану на розвиток рухової активності учнів, уникнення стресових ситуацій, формування мотивації до навчання, навичок здорового способу життя.

На основі студювання наукової літератури та власних спостережень у процесі професійної діяльності, можемо виокремити технології збереження і стимулювання здоров'я у роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями молодшого шкільного віку, які доречно застосовувати в режимі шкільного дня:

– рухлива гра «Заборона». Учитель показує учням рух, який заборонено виконувати. Пропонує долучитись всім до розминки, виконуючи всі рухи, крім забороненого. Хто помилиться і виконає заборонений рух чи не повторить рух

за керівником, виходить з гри. Вправа сприяє розвитку уваги, концентрації, координації рухів;

– комунікативна гра «Цікава ситуація». Учитель розповідає учням про певну ситуацію, пропонує проаналізувати її. Така гра сприяє розвитку мислення учнів, активізації словника.

– музикотерапія. Учитель пропонує втілити почуту музику у рухи, показати емоції, зобразити графічно те, що можна уявити. Така технологія допомагає дитині встановити контакт з оточуючим середовищем, активізує фізичні та психічні функції дитини.

– психогімнастика. Педагог за допомогою малюнків спонукає учнів до демонстрації емоцій, розповідає, як доречно висловити власне бажання, наприклад, попросити книжку можна піднісши долоньки догори. Означений метод роботи дозволяє знімати емоційну напругу, коригувати поведінку дитини: надмірну рухливість чи, навпаки, апатію.

Висновки. Упровадження технологій збереження і стимулювання здоров'я у роботі з дітьми із інтелектуальними порушеннями дозволяє педагогу виробити в них активну життєву позицію, мотивувати до навчання, орієнтуватися у ситуаціях, що відбуваються навколо, та правильно вирішувати їх.

Література:

1. Балим О. Новітні здоров'язбережувальні технології в системі роботи закладу для дітей з порушенням інтелекту як один із методів реалізації виховання ціннісного ставлення до себе. *Адаптаційні можливості дітей та молоді: збірник наукових праць XIV міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 205-річчю з дня заснування Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»* (Одеса, 15–16 вересня 2022 року, Ч. 2) / голов. ред. А. І. Босенко. Одеса: Видавець Сімекс-прінт, 2022. С.12-18.

2. Ващенко О. М. Педагогічні умови організації здоров'язбережувального середовища початкової школи. *Педагогіка здоров'я: Збірник наукових праць. Том 1.* Чернігів, 2017. С.119-125

3. Докучина Т.О. Формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у старшокласників з інтелектуальними порушеннями. *Педагогіка й сучасні аспекти фізичного виховання: збірник наукових праць VI Міжнародної науково-практичної конференції (13-14 травня 2020 року)* / за заг. ред. Ю. О. Долинного. – Краматорськ: ДДМА, 2020. С. 431-438

4. Сергатий М. О. Здоров'язберігаючі технології та складники здорового способу життя студентів у закладах освіти. *Педагогіка формування*

ОСОБЛИВОСТІ МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Еріка СИВОХОП,

студентка 2 курсу,

спеціальність: Середня освіта (Фізична культура)

Науковий керівник: Валерій ТОВТ,

к.пед.н., доцент

Постановка проблеми. У Законі України «Про Освіту» визначено, що метою освіти є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства її інтелектуальних, творчих та фізичних здібностей. В концептуальних засадах реформування Нової української школи вказується на єдність процесів формування знань і виховання особистості школяра, що включає в себе і його моральне виховання [2]. Метою навчально-виховного процесу в школі є формування особистості. Однак, цей процес не може бути обмежений виключно шкільним вихованням. Без участі батьків у вихованні особистості не можна досягти позитивних результатів. Разом з тим, саме на школу і її соціально-педагогічні зв'язки з іншими інститутами виховання покладена пріоритетна роль у формуванні моральних якостей. При вивченні фізичних вправ навчальна діяльність школяра набирає характер учбово-рухової діяльності. У зміст фізичної культури входять різні види людської діяльності (рух, ігрова, соціально-політична, трудова, наукова діяльність) і всі вони певною мірою здійснюють свій вплив на розвиток особистісних якостей людини. Фізична культура, як історично зумовлений тип соціальної практики, вважається складовою частиною загальної культури суспільства. Вона спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних, морально-вольових та інтелектуальних здібностей людини з метою гармонійного формування всебічно розвиненої особистості [1]. Фізична культура повинна включати духовну і моральну сторони виховного процесу. Достатньо виражені показники розвитку сили, спритності, витривалості мають високий кореляційний зв'язок з результатами тестування таких особистісних проявів, як почуття гідності, сміливість, благородність або, навпаки, хитрість, підлабузництво [3].

Актуальність дослідження полягає у тому, що фізична активність в житті підлітків тісно пов'язана з проявом моральних якостей. Фізична культура – це частина загальної культури суспільства, яка забезпечує укріплення і підвищення рівня здоров'я людей їх всебічний розвиток, фізичний і спрямована

на використання цих здібностей у суспільній практиці та повсякденному житті. У системі різноманітних організаційних форм фізичного виховання, які тісно пов'язані між собою, особливе місце займає урок фізичної культури, що є основною формою фізичного та одночасно і морального виховання старшокласників.

Мета дослідження. Вивчення взаємозв'язку між заняттями фізичною культурою і спортом та підвищенням рівня розвитку моральних якостей старшокласників.

Організація та методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних методів дослідження: аналіз та узагальнення наукової інформації; педагогічне спостереження; анкетування; методи математичної статистики.

Результати дослідження. Аналіз літератури, Інтернет-джерел, педагогічне спостереження за технологіями, які використовували вчителі на уроках фізичної культури, виявили успішну методіку паралельного виховання фізичних здібностей та моральних якостей у підлітків в процесі уроків фізичною культурою. Було встановлено, у підлітковому віці найкраще формуються такі моральні якості: взаємодопомога, працьовитість, відповідальність, чесність, справедливість. Це дозволило прийти до висновку, що для виховання моральних якостей під час уроків з фізичної культури ефективним є використання різноманітних групових вправ та спортивних заходів. Особливо корисними у формуванні моральних якостей виявилися рухливі ігри і естафети. Під час ігор і естафет учні навчалися правилам ведення конкурентної боротьби, залагодженню конфліктів, коректній поведінці, поваги до суперників, вчителів, ін.

У межах розробленої та апробованої серед учнів старших класів анкети оцінювання морально-ціннісних орієнтацій, було виділено три взаємопов'язані напрями діяльності вчителя фізичної культури. Перша – створення умов для ефективного здобуття і засвоєння учнями системи морально-орієнтованих знань, формування відповідних умінь і навичок у їх практичному застосуванні; друга – полягає у визначенні прогностичної моделі морально-орієнтованої діяльності особистості учня у всьому розмаїтті її проявів, як в умовах школи, так і за його межами; третю – складає її управлінський аспект, тобто педагогічний супровід реалізації здобутих морально-орієнтованих знань, умінь та навичок у нових вчинках і поведінці учнів.

В процесі анкетування, порівнювалися моральні якості учнів, що займалися, дотримуючись наших рекомендацій і тих, які займаються за звичною методикою. Також визначалося, що мотивує підлітків дотримуватися

моральних принципів поведінки на уроках фізичної культури. З цією метою учні відповідали на питання нашої анкети, наприклад: «Що викликає у Вас агресію, негативні емоції, роздратованість?»; «Яким чином Ви контролюєте свою поведінку, стримуєте себе від прояву агресії», ін.

Методом порівняльного аналізу відповідей, було доведено, що учні, які займалися на уроках фізичної культури з дотриманням наших рекомендацій, в своїх анкетах зазначали менше причин, які були здатні порушити їх психоемоційну рівновагу. У цієї групи учнів виявлено значно більше способів контролю поведінки та стримування агресії.

Також доведено, що учні, які займалися спортом, мали кращі показники щодо дотримання загальноприйнятих моральних норм поведінки зокрема як під час уроків фізичної культури, так і впродовж всього часу перебування в школі. В учнів, які не займалися спортом, ці показники були вірогідно гіршими.

Висновки. Для виховання моральних якостей під час уроків з фізичної культури ефективним є використання різноманітних групових вправ та спортивних заходів. Особливо корисними у формуванні моральних якостей виявилися рухливі ігри і естафети. Під час ігор і естафет учні навчалися правилам ведення конкурентної боротьби, залагодженню конфліктів, коректній поведінці, поваги до суперників, вчителів.

Література:

1. Формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури у процесі занять фізичною підготовкою і спортом: Монографія / І.І. Маріюнда, Е.М. Сивохоп, В.А. Товт. Ужгород: Вид-во ПП «АУТДОР-ШАРК», 2016. 212 с.

2. Нова українська школа: Концептуальні засади реформування середньої освіти / упорядники Л. Гриневич, О. Елькін, С. Калашнікова, ін. К: МОН України, 2016. 35 с.

3. Теорія і методика фізичного виховання в системі підготовки бакалаврів за спеціальністю Середня освіта (Фізична культура): навч. посіб./ укладач В.А. Товт, І.І. Маріюнда. Ужгород: ТОВ «Бест-прінт», 2022. 225 с.

ЗНАЧЕННЯ ОЗДОРОВЧОЇ ХОДЬБИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Іван ГОЩУК,

магістр I курсу спеціальності 017 Фізична культура і спорт

Науковий керівник: Наталія БОНДАРЧУК,

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент

Постановка актуальності проблеми. Існують різні види і способи оздоровлення організму і деактивізації природних процесів старіння в похилому віці, проте головним принципом виступає обов'язкова наявність певної "дозы" рухової активності. Для безпечних фізичних тренувань літніх людей, особливо за наявності тих чи інших захворювань, важко запропонувати більш вдалий вид фізичної активності, ніж оздоровча ходьба – від простих прогулянок пішки до організованих аеробних тренувань за спеціально розробленими методиками і програмами. В наш час питання використання ходьби в якості фізкультурного засобу з оздоровчими цілями поставлені на наукову основу, і в цьому контексті дослідження її впливу на функціональний стан організму літніх людей і протікання ентропійних процесів старіння є важливим і актуальним.

Огляд фахової літератури з посиланнями на джерела. Найбільш важливе значення для розкриття теми дослідження мали такі видання: "Організація та методика оздоровчої фізкультури і рекреаційного туризму" О. Жданової та співавторів (2000) [1]; "Программирование занятий оздоровительным фитнесом" Л. Іващенко та співавторів (2008) [2]; "Рекреація у фізичній культурі різних груп населення" Т. Круцевич та Г. Безверхньої (2010) [3]; "Фізична рекреація" Є. Приступи та співавторів (2010) [4]; "Influence of physical working capacity on quality of life and life satisfaction in old-age population of Ukraine. Journal of Human Sport and Exercise" А. Накман та співавторів (2021) [5].

Мета роботи – визначити значення оздоровчої ходьби для уповільнення процесів старіння в організмі осіб похилого віку, довести позитивний вплив занять оздоровчою ходьбою на функціональний стан літніх людей.

Завдання: розробити програму занять оздоровчою ходьбою для осіб похилого віку та експериментально дослідити її вплив на функціональний стан.

Виклад основного матеріалу. Нами було розроблено програму занять оздоровчою ходьбою для осіб похилого віку. Було проведено емпіричне дослідження, основу якого склали педагогічне спостереження та педагогічний експеримент. У педагогічному експерименті загалом взяли участь 33 особи

похилого віку, середній вік яких становив 61,7 років. Серед них було задіяно: 1) чоловіків – 13 осіб, середній вік яких становив 63,8 років; 2) жінок – 20 осіб, середній вік яких становив 59,4 роки. Були сформовані дві групи. Учасники контрольної групи не займалися активно фізичною культурою. Учасники експериментальної групи регулярно займалися оздоровчою ходьбою за першим варіантом Програми занять оздоровчою ходьбою для осіб похилого віку. Перший місяць заняття проводилися 2 рази на тиждень в ранковий час. Другий і третій місяць заняття проводилися 3 рази на тиждень. Четвертий і п'ятий місяць заняття проводилися 4 рази на тиждень.

Для визначення рівня фізичного стану і фізичної підготовленості у процесі підготовки до регулярних занять оздоровчою ходьбою рекомендується використовувати "тримильний тест" К. Купера. При поділі програми на варіанти застосовувався принцип К. Купера. Згідно з ним, було розроблено три варіанти: 1) варіант Програми занять оздоровчою ходьбою для здорових осіб похилого віку; 2) варіант Програми занять оздоровчою ходьбою для осіб похилого віку з надлишковою масою тіла; 3) варіант Програми занять оздоровчою ходьбою для осіб похилого віку з легкою формою ішемічної хвороби серця. Всі варіанти Програми розраховані на 20 тижнів, або 5 місяців занять. Вони регламентують тривалість проведення розминки (хв), дистанцію ходьби (км), максимальний час для виконання основного завдання (хв, с), тривалість активного відпочинку після його виконання (хв), інтенсивність виконання завдання в межах максимальної ЧСС (хв) і кількість занять на тиждень на різних етапах виконання Програми. Кожен із запропонованих варіантів Програми занять оздоровчою ходьбою передбачає початок тренування з найбільш доступного рівня навантажень того чи іншого контингенту осіб похилого віку і включає розминку, основну частину занять (безпосередньо заняття оздоровчою ходьбою) і активний відпочинок.

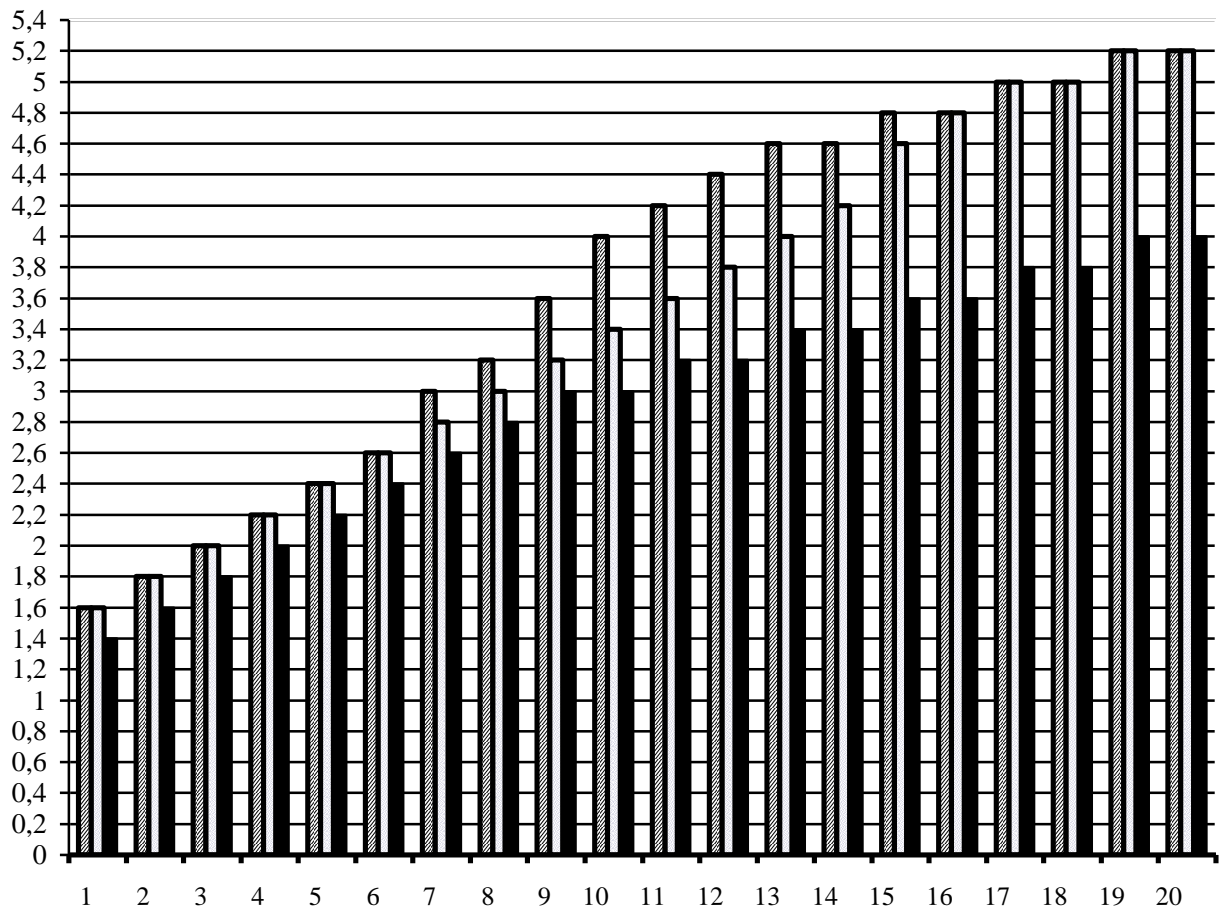


Рис.1. Дистанція для ходьби (км) на різних стадіях виконання Програми (у тижнях) для різних категорій осіб похилого віку

Примітки. Ось X – тижні; ось Y – дистанція (у км). Лівий стовпчик у кожному тижні (в косу смужку) – дистанція для здорових осіб; середній стовпчик (у крапинку) – дистанція для осіб з надлишковою масою тіла; правий стовпчик (зафарбований чорним кольором) – дистанція для осіб з легкою формою ішемічної хвороби серця.

Зону оптимальної частоти серцевих скорочень рекомендується визначати за такими параметрами залежно від віку: 56-60 років: 83-123 уд/хв; 61-65 років: 80-120 уд/хв; 66-70 років: 78-116 уд/хв; понад 71 рік: 75-113 уд/хв. Зона оптимальної ЧСС передбачає 50-75% від максимальної. Індивідуальна швидкість ходьби визначається шириною кроків і темпом ходьби (кількістю кроків на хвилину). На початковому етапі занять рекомендується складати тижневі програми занять оздоровчою ходьбою. До таких програм відповідно до кожного дня тижня можуть бути внесені дистанція (км), приблизний час на її проходження (хв, с), відсоток ЧСС від максимально можливого значення. Взірець тижневої програми представлено в табл. 1.

Таблиця 1.

Взірець індивідуальної тижневої програми занять оздоровчою ходьбою

День тижня	Дистанція (км)	Приблизний час на проходження (хв, с)	Відсоток ЧСС від максимально можливого значення
Понеділок	Відпочинок		
Вівторок	2,0	25,00	50%
Середа	Відпочинок		
Четвер	2,0	24,00	55%
П'ятниця	Відпочинок		
Субота	2,0	23,30	55%
Неділя	Відпочинок		

Різницю в динаміці змін показників функціонального стану учасників контрольної та експериментальної груп наочно видно в порівняльній таблиці 2.

Таблиця 2.

Порівняльна характеристика динаміки змін середніх показників функціонального стану учасників контрольної та експериментальної груп

Показники функціонального стану та життєвого індексу	Контрольна група (n = 19)				Експериментальна група (n = 14)				P
	Чоловіки (n = 7)		Жінки (n = 12)		Чоловіки (n = 6)		Жінки (n = 8)		
	в одиницях виміру	у %	в одиницях виміру	у %	в одиницях виміру	у %	в одиницях виміру	у %	
Частота серцевих скорочень (уд/хв)	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 2,2	- 3,3	- 1,7	- 2,4	< 0,05
АТ систолічний (мм.рт.ст.)	+ 2,2	+ 1,6	+ 1,3	+ 0,9	- 2,3	- 1,7	- 2,7	- 2,0	< 0,05
АТ діастолічний (мм.рт.ст.)	+ 0,8	+ 1,0	+ 0,3	+ 0,4	- 0,8	- 1,0	- 1,0	- 1,3	< 0,05
Життєва ємність легенів (мл)	- 81	- 2,2	- 31	- 1,2	+ 130	+ 3,5	+ 97	+ 3,5	< 0,05

Говорячи про зміни в організмі чоловіків, які брали участь в експерименті, слід зазначити, що зниження середнього показника ЧСС на 0,3% в контрольній групі відбиває загальну вікову тенденцію, тимчасом як його зниження на 3,31% в експериментальній групі засвідчує істотне покращення функціонального стану за цим показником. Якщо середні показники АТ систолічного і АТ діастолічного в контрольній групі зросли на 1,6% та 1%, то в експериментальній групі вони знизилися відповідно на 1,7% та 1%. Середній показник ЖЄЛ чоловіків у контрольній групі знизився на 2,21%, а в

експериментальній – зріс на 3,5%. Зміни в організмі жінок похилого віку, котрі активно не займалися фізичною культурою й котрі регулярно займалися оздоровчою ходьбою, в цілому аналогічні, хоча за різними показниками вони по-різному співвідносяться з показниками чоловіків. Середній показник ЧСС у контрольній групі зменшився на 0,42%, в експериментальній – відповідно на 2,41%. Середні показники АТ систолічного і АТ діастолічного в контрольній групі зросли на 0,9% та 0,4%, а в експериментальній – знизилися відповідно на 2% та 1,3%. Середній показник ЖЄЛ у жінок контрольної групи зменшився на 1,18%, тимчасом як у жінок експериментальної групи збільшився на 3,51%.

Висновки. Таким чином, дослідження функціонального стану учасників педагогічного експерименту засвідчило, що в експериментальній групі, в якій чоловіки й жінки протягом 5 місяців регулярно займалися оздоровчою ходьбою за розробленою програмою, в цілому досягнуто суттєве покращення функціонального стану організму досліджуваних. В той же час у контрольній групі, учасники якої активно не займалися фізичною культурою, зафіксовано закономірну тенденцію поступового погіршення функціонального стану, яка відбиває ентропійні процеси старіння в організмі чоловіків і жінок похилого віку.

Література:

1. Жданова О. М. Організація та методика оздоровчої фізкультури і рекреаційного туризму / О. М. Жданова, А. М. Тучак, В. І. Поляковський, І. В. Котова. – Луцьк: Вежа, 2000. 248 с.
2. Иващенко Л. Я. Программирование занятий оздоровительным фитнесом / Л. Я. Иващенко, А. Л. Благий, Ю. А. Усачев. К.: Науковий світ, 2008. 198 с.
3. Круцевич Т. Ю. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: Навчальний посібник / Т. Ю. Круцевич, Г. В. Безверхня. – К.: Олімпійська література, 2010. – 248 с.
4. Фізична рекреація: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту / Є. Н. Приступа, О. М. Жданова, О. М. Линець та інші; за наук. ред. Є. Н. Приступи. Дрогобич: Коло, 2010. 243 с.
5. Nakman, A., Andrieieva, O., Kashuba, V., Duditska, S., Horiuk, P., Khrypko, I., Lukashiv, T. Influence of physical working capacity on quality of life and life satisfaction in old-age population of Ukraine. *Journal of Human Sport and Exercise*, (2021). 16(2), 202-211.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ (на прикладі дітей із синдромом Дауна)

Вікторія КАНЮКА,

студентка II курсу

спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»

Евеліна ПЛОКІНГЕР,

студентка I курсу

спеціальності 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник: Наталія СЕМАЛЬ,

канд. наук з фіз. виховання і спорту

Вступ. На сьогодні проблема реабілітації дітей з синдромом Дауна стає все більш актуальною. За статистикою ВООЗ, у світі з синдромом Дауна народжується кожне 700-е немовля (140 дітей на 100 тис. живонароджених) проте це співвідношення є різним для різних країн. Щороку в Україні з'являється від 300 до 400 таких малюків. Зростання числа дітей з вищевказаним діагнозом слід розглядати як постійно діючий фактор, що вимагає планомірних рішень. Як свідчить аналіз науково-методичної літератури, вченими не повністю розкривається впровадження фізичної реабілітації дітей з синдромом Дауна [1,5].

Проблемою фізичної та психічної реабілітації дітей з синдромом Дауна займаються сучасні вітчизняні та іноземні фахівці в галузі корекційної педагогіки та психології: М. Бруні, С. Вайнерман, Н. Гіренко, П. Лаунтеслагер, П. Уіндерс [5].

На думку науковців, які досліджують дану проблему, фізичне виховання дітей з особливими освітніми потребами має свою специфіку, яка передбачає зміцнення здоров'я та загартування дитячого організму, забезпечення правильного фізичного розвитку, навчання руховим вмінням та навичкам має здійснюватися одночасно з розв'язанням корекційних завдань [4].

Як зазначається в спеціальній літературі, що саме фізичному вихованню і спорту належить важлива роль інтегруванні дітей з особливостями психофізичного розвитку загальноосвітній простір України, і є одним із напрямів гуманізації всієї системи освіти, що відповідає пріоритетам державної політики (Закон України від 05.06. 2014 р; Про внесення змін до закону України "Про освіту" щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг. від 23.05. 2017 р.).

Мета дослідження. Вивчити і теоретично обґрунтувати особливості корекційно-виховної роботи дітей з особливими освітніми потребами (на прикладі дітей із синдромом Дауна)

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

Результати. Особливості розвитку дітей з синдромом Дауна викликані затримками психомоторного та розумового розвитку. У таких дітей спостерігаються проблеми у моторному розвитку, розвитку мовлення, зору, слуху, проблеми із запам'ятовуванням нових умінь і навичок, здатністю узагальнювати, міркувати. Вони пізніше починають посміхатися, сидіти, повзати, ходити, говорити, мають особливості розвитку які відрізняють їх від дітей без порушень. У них більше розвинена здатність співпереживати, виявляти почуття гумору, захоплено спілкуватися з однолітками і дорослими.

Основною метою виховання та навчання дітей з синдромом Дауна є їх сімейно-соціальна адаптація. Заохочуються групові заняття для поліпшення соціальної пристосованості дитини та її підготовки. Також вітається перебування дитини в дитячих колективах, оскільки доведено, що перебуваючи, діти з синдромом Дауна швидше і краще пристосовуються [3].

Комплексна програма корекційно-виховного спрямування передбачає умовний розділ на періоди:

а) ввідний період: дитина адаптується до запропонованих корекційних завдань, щоденних навчальних занять. Основна увага приділялася оцінці моторного, інтелектуального розвитку дитини, виявленню різниці хронологічного та скерованого віку, визначення засобів та методів корекційного процесу, роботі з батьками;

б) основний період: набуття знань, умінь, навичок, формування моторних функцій, розвиток навичок самообслуговування. Увага приділяється корекції стато-кінетичного розвитку дитини засобами фізичної реабілітації, профілактиці виникнення вторинних ускладнень, розвитку мотивації до знань;

в) заключний період: удосконалення знань, умінь, навичок, моторики, перехід до вертикалізації та розвиток альтернативного переміщення, що передбачає самостійну рухову діяльність, розвиток власної активності дитини [3].

У комплексній програмі корекційно-виховного спрямування окрім надання освітніх послуг доцільно спрямувати ряд фізкультурно-оздоровчих заходів для упередження виникнення вторинних ускладнень основного захворювання,

формуванню особистісних якостей дитини, мотивацію до спілкування, самостійної рухової діяльності, здорового способу життя, рівня домагань. З дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку повинна проводитися систематична робота з розвитку дрібної моторики, яка забезпечує тонкі, диференційовані рухи в процесі письма, виконання трудових операцій, ліплення, конструювання та інших рухових фактів [3].

Найголовнішим пріоритетом у роботі з такими дітьми є індивідуальний підхід з урахуванням специфіки психіки й здоров'я кожної дитини. Одним з основних завдань вчителя при роботі з дітьми з психофізичними порушеннями є вміння підтримувати в дитини впевненість у своїх силах, прагнення до пізнавальної діяльності; запобігати різним змінам у психічній діяльності, поведінці та загальному стані дитини та адекватно реагувати на них.

Фізичне виховання для дітей з особливими освітніми потребами розв'язує низку спеціальних корекційних завдань, що мають самостійне значення, але тісно взаємопов'язані. Разом з тим вони повинні бути розроблені в строгій відповідності з корекційно компенсаторними задачами для таких дітей [6]. Саме у процесі фізичного виховання, шляхом багаторазового повторення рухів відбувається активне удосконалювання моторного і сенсорного орієнтування, тренування м'язів, поліпшується м'язово-суглобне почуття, вдосконалюється орієнтування в просторі та часі, формується пам'ять на послідовність рухів, розвивається вміння виконувати рух за словесною інструкцією, активно проходить аналіз руху за якістю виконання. [2].

На думку В. Мигалюка лише завдяки показу певних рухів, багаторазовому повторюванню тренувальних вправ, можна домогтися вироблення у дітей з особливими освітніми потребами конкретних нескладних навичок [4]. Фізична культура та фізичне виховання виступають вагомими компонентами комплексного впливу на учнів з особливими освітніми потребами та розглядаються вагомим чинником у їхній соціалізації.

Висновки.

1. Теоретичний аналіз науково-методичної літератури дає змогу стверджувати, що особливості застосування корекційно-реабілітаційних і оздоровчих заходів займають важливе місце у проведенні корекційно-виховної роботи дітей з особливими освітніми потребами.

2. Використання корекційно-розвиваючих завдань, профілактичних, та оздоровчих засобів фізичного виховання сприяє зміцненню здоров'я та загартуванню організму дітей з особливими освітніми потребами і забезпеченню їх правильного фізичного розвитку.

3.Корекційно-виховна робота дітей із синдромом Дауна включає нейропсихологічну реабілітацію, соціальну адаптацію, а також лікування супутніх захворювань і вад розвитку.

Література:

1.Гладченко І. В. Фізичне виховання та основи здоров'я / І. В. Гладенькою // Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології: збірник наукових праць – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю» ст. Фізична реабілітація дітей з синдромом Дауна / за ред. Т. В. Сак. – К., 2013 – Вип. 8. – С. 25–33.

2.Молодь і ринок: щомісячний наук.педагог. жур, вип. № 1 (187) січень 2021, ст. Значення фізичного виховання і спорту у соціалізації дітей з особливими освітніми потребами / за вид. Дрогобицького державного педагогічного університету імені Ів. Франка, м. Дрогобич, 2021. 145 с

3.Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник / О. Б. Нагорна. – Рівне, 2016. – 141 с. Друге видання.

4.Педагогічні науки: наук. жур, вип. №79 ст. Основні проблеми інклюзивного фізичного виховання дітей з особливими потребами / кол. авт., за вид. Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, м. Полтава, 2022. 165 с.

5.Студентський науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення: збірник матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції (14 травня 2019 р., м. Ніжин) ст. Реабілітація дітей з особливими освітніми потребами засобами фізичного виховання / за заг.ред. О. В. Лісовця. Ніжин НДУ ім. М. Гоголя, 2019. 247с.

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Дмитро КУЦИК, Гретта ШЕПЕЛЛА,
Науковий керівник: Наталія СЕМАЛЬ,
канд. наук з фіз. виховання і спорту

Вступ. За останні десятиліття відзначилася тенденція до зростання кількості дітей з порушеннями аутистичного спектру. За даним Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) кількість дітей у якій виявили порушення аутистичного спектру становить 1 випадок на 160 дітей, а в Україні станом на 2017 рік, зареєстровано понад 7 тисяч дітей. Аутизм – хворобливий стан

психіки, що характеризується зосередженістю людини на своїх переживаннях і відходом від реального зовнішнього світу [1].

Недосконалість фізичного розвитку цих дітей характеризується порушенням координації, узгодженості та прогнозованості рухів. Ці фактори впливають на пізнавальні та вольові функції, створюють труднощі при навчанні новим рухам [3]. В результаті постає проблема вивчення нових та вдосконалення вже наявних підходів фізичного виховання та розвитку дітей з порушенням аутистичного спектру.

Основна частина. Система корекційної роботи з дітьми з особливостями психофізичного розвитку базується на особливостях онтогенетичного розвитку, генетичних задатках. За А. Шинкарюк, процес розвитку моторики дитини від народження до кінця першого року пов'язаний із формуванням психіки. Кожне новоутворення в моторних можливостях дитини стимулює ріст активності його психіки, а це в свою чергу збагачує моторику дитини [3].

Питання фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру розкриті недостатньо, науковці висвітлюють лише окремі питання фізичного виховання з дітьми з розладами аутистичного спектру, наприклад, Є. Плаксунова описувала адаптивне фізичне виховання дітей шкільного віку з розладами аутистичного спектра, Т. Тимофеева досліджувала можливість навчання дітей загальнорозвивальних вправ, ходьбі, стрибкам, бігу, А. Лавренюк акцентує увагу на необхідності розвитку загальної та дрібної моторики дітей і можливості корекції легких форм аутизму засобами фізичного виховання та інші [2]. Нами досліджено та наведено нижче, декілька нових підходів до фізичного виховання.

Рухливі ігри. Завдяки правильному підбору рухливих ігор з урахуванням психофізичного стану, удосконалюються рухові якості та покращуються показники фізичного розвитку хворої дитини. Рухливі ігри різного спрямування є засобом комплексного вдосконалення рухових якостей, які максимально дозволяють удосконалювати такі якості як спритність, швидкість, сила, координація та ін. За допомогою рухливих ігор зміцнюються не тільки м'язи дитини, а й формуються ціннісні орієнтації [4].

Комплексній програмі розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра «Розквіт» (2013) розвиток психомоторики (від народження до старшого дошкільного віку) запропоновано розвивати відповідно до п'яти стадій розвитку дітей у нормі: рухова активність на рівні елементарних відчуттів, рухова активність на рівні сприймання, рухова активність на рівні просторового поля, рухова активність на рівні предметних дій та діяльність. Для роботи з урівноваження фізичного тону дитини з

аутизмом сьогодні найчастіше використовують вправи з довільним напруженням та розслабленням м'язів. Також розповсюджено використання релаксаційних технік та глибоких прийомів масажу [2].

Плавання та гідрокінезіотерапія. Проведення систематичних занять з плавання, з урахуванням характерних особливостей захворювання та індивідуальностей дитини. Плавання при РАС покращує комунікативні функції, вдосконалює функціонування загальної та дрібної моторики, формує мотивацію до занять. Суттєво підвищує фізичний, розумовий і психічний розвиток, зміцнює скелет, м'язи та зв'язки. Ритмічні, динамічні рухи рук та ніг забезпечують різноманітне навантаження, надаючи зміцнювальний вплив, ритмічність рухів, необхідних для активної діяльності [5].

Корекції моторної імітації на заняттях з плавання. За даними дослідників, відбувається покращення показників дрібної моторики, координації рухів та сенсорного сприйняття дитини [6].

Висновок. Результати аналізу науково-методичних джерел, демонструють, що інноваційних підходів до фізичного виховання дітей з РАС майже немає, вся база робіт та методів опирається на вже давно відому методологію роботи з дітьми з порушеннями психомоторного розвитку. Розвиток психомоторики дошкільників із аутизмом необхідно базувати на реальному руховому досвіді дітей, враховувати відповідні фізичні вправи та оздоровчо-лікувальні процедури.

Література:

1. Анлреєва Н.С. Базима Н.В. Волошина Н.П. Івашура Н.Г. Кравець Н.П. Обухівська А.Г. Островська К.О. Рибак Ю.В. Програма розвитку дітей дошкільного віку із спектром аутистичних порушень. 2013. 182 с.
2. Сак Т.В. Щибрик М.В. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт». 2013. 234 с.
3. Породько М.І. Дисертація «Корекція психомоторного розвитку дітей з розладами аутистичного спектру засобами фізичного виховання» 2021. 201 с.
4. Бобренко І. В. Розвиток фізичних якостей як важливий аспект адаптивного фізичного виховання дошкільників з інтелектуальними порушеннями помірного ступеня. Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології. 2017. 182 с.
5. Кузнецова, Л.І., Бричук, М.С., Погасій, Л.І., Жижжун, К.О. Особливості впливу ігрової діяльності на дітей дошкільного віку із спектром аутичних порушень у процесі адаптивного фізичного виховання. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова Випуск 1 (121) 2020. С 53-58.

6. Касіч, Н.П., Недільська А.І. Розвиток координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку, які мають захворювання аутизм в процесі початкового навчання плаванню. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Випуск 3 (58)' 2015. С 54-57.

7. Корженева Є. П., Крушинська Н. М. Досвід корекції моторної імітації у дітей 7-8 років з розладами спектру аутизму при заняттях плаванням. Спорт та сучасне суспільство»: Матеріали XIV Міжнародної студентської наукової конференції. Київ: Національний університет фізичного виховання і спорту України. 19 березня 2021. 333 с.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАНЯТЬ З ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕНІНГУ В СУЧАСНИХ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧИХ КЛУБАХ

Катерина ТИМОЧКО,

студентка 2 курсу спеціальності 017 Фізична культура і спорт

Науковий керівник: Олександр ТИМОЧКО,

старший викладач кафедри фізичного виховання

Постановка актуальності проблеми. Функціональний тренінг на сучасному етапі розвитку індустрії фітнесу використовує різноманітний арсенал засобів, які розширюється та збагачуються внаслідок запозичення вправ з різних видів спорту, реабілітаційних програм, внаслідок виникнення нового обладнання для занять. Такий підхід створює широкі можливості для тренувань людям будь-якого віку, рівня фізичної підготовленості, фізіологічних особливостей організму і різноманітних потреб щодо своєї фізичної форми. В той же час побудова ефективної, безпечної програми занять з функціонального тренінгу, використання засобів функціонального тренінгу у спортивному тренуванні та у фізичній реабілітації можлива тільки на основі систематизації знань з теорії та методики фізичного виховання, педагогіки, психології, біомеханіки, фізіології рухової активності та інших дисциплін. Цей й обумовлює актуальність проблеми нашого дослідження.

Аналіз наукових досліджень. Аналіз наукових публікацій дозволив поглибити уявлення про функціональний тренінг як популярну фітнес-програму та визначити ключові моменти процесу організації занять в сучасних спортивно-оздоровчих клубах.

Вплив занять з функціонального тренінгу на розвиток фізичних якостей висвітлювалися в працях Беляк Ю., Опришко Н. [1]. Окремі аспекти проведення занять з функціонального тренінгу висвітлені в працях Гаєва С.О., Гаєвий В.Ю.,Рябіна С.А. [2, С.23-26]. В працях Потужній О.В., Постернак І.В. [6,

С.165-167] представлений аналіз закономірностей, що визначають формування фітнес-технологій в цілому і функціонального тренінгу зокрема. Єракова Л., Баженов Є., Кириченко В. [2 С.55-58.], досліджували найбільш популярні види функціонального тренінгу та визначили чинники, які негативно та позитивно впливають на розвиток функціонального тренінгу в Україні

Проблемі організації занять з функціонального тренінгу присвячено численні наукові праці вчених, однак раціональне застосування доступних та ефективних засобів функціонального тренінгу є актуальним і вимагає подальшого вивчення.

Мета дослідження – проаналізувати та систематизувати дані науково-методичної літератури з організації занять з функціонального тренінгу в сучасних спортивно-оздоровчих клубах

Результати дослідження та їх обговорення. Метою функціонального тренінгу є – формування різнобічно фізично розвиненої особистості, готової до активної творчої самореалізації в просторі загальнолюдської культури, оптимізації трудової діяльності, яка вміє використовувати цінності фізичної культури і зокрема засобів функціонального тренінгу для зміцнення і збереження власного здоров'я, організації активного відпочинку.

Фахівці функціонального тренінгу стверджують, що тренування в їх «стилі» – це наближені до реального життя рухи. Основний принцип функціонального тренінгу – адаптація до навантажень, які визначають прояв функціональної сили, гнучкості, рівноваги і координації. При цьому функціональний тренінг може проводитися як окреме тренування або як доповнення до традиційного тренінгу. Заняття з функціонального тренінгу проводять як у вигляді групової так і персональної програми.

Заняття з функціонального тренінгу, передусім, мають оздоровчу (Healthrelatedfitness) або – спортивно-орієнтовану (Performancerelatedorskillfitness) направленість.

Оздоровчі заняття функціональним тренінгом направлені на зміцнення здоров'я, підвищення життєвого тону, зростання загальної та спеціальної працездатності, виховання фізичних якостей, формування та корекції вад статури, життєрадісного настрою, протидії та опору до стресів.

Спортивно-орієнтовані заняття функціональним тренінгом, як комплексна система занять фізичними вправами, дають змогу впливати на розвиток тих функціональних систем організму які є визначальними для досягнення результату в конкретному виді спорту.

Перед початком занять функціональним тренінгом проводиться спеціальна підготовча робота : анкетування, оцінка фізичного стану людини.

Анкетування застосовується для виявлення осіб потенційним ризиком захворювань, а також для коректного підбору фізичних вправ.

Оцінка фізичного стану людини є невід'ємним компонентом всіх фітнес-програм. Оцінюються: склад тіла, показники роботи серцево-судинної та дихальної систем, м'язова сила та витривалість м'язів, гнучкість .

Структура та зміст заняття з функціонального тренінгу підпорядковуються основним принципам теорії та методики фізичного виховання та включає в себе такі частини (компоненти):

- Розминка (спрямована на підготовку організму до занять);
- серцево-судинний та дихальний компоненти (частина програми, орієнтована на розвиток серцево-судинної та дихальної систем організму);
 - компонент розвитку сили та силової витривалості;
 - компонент розвитку гнучкості ;
 - компонент розвитку координаційних здібностей та вестибулярної стійкості ;
- заключна частина («заминка» спрямована на відновлення після занять, зняття напруження та на розслаблення).

Слід відмітити, що наведена узагальнена структура заняття з функціонального тренінгу може піддаватися змінам залежно від цільової спрямованості занять, рівня фізичного стану того, хто займається, та інших чинників.

Важливим фактором, що визначає ефективність функціонального тренування, є дозування в ньому фізичного навантаження.

Дозування фізичного навантаження здійснюється за потужністю (інтенсивність), обсягом (загальна кількість вправ), кратністю (тривалість інтервалів відпочинку між заняттями), характером відпочинку (активний, пасивний), координаційною складністю вправ. При визначенні інтенсивності фізичних навантажень за частотою пульсу використовують три показники: порогова, пікова і середня частота серцевих скорочень (ЧСС).

При визначенні обсягу і кратності тренувальних навантажень слід враховувати наступні основні закономірності:

1. Чим більша інтенсивність навантаження, тим меншим повинен бути її об'єм.

2. Чим менша функціональна готовність того, хто займається, тим нижча повинні бути інтенсивність і обсяг навантаження та більша її кратність у тижневому циклі занять.

3. Повторні навантаження при заняттях функціональним тренінгом оздоровчої направленості допускаються лише після повного відновлення функцій організму.

Характер вправ визначає змістовну сторону тренувального процесу з урахуванням інтересів, можливостей і завдань, обумовлених направленістю функціонального тренування.

Висновки

1. Планування ефективних, безпечних занять з функціонального тренінгу потребує глибоких знань із фізіології рухової активності, на основі котрих застосування відповідних навантажень веде до досягнення поставленої мети.
2. Тренування з функціонального тренінгу, організоване у рамках групових або індивідуальних (персональних) занять, може мати як оздоровчу мету (досягнення та підтримка оптимальної фізичної підготовленості, зниження чинників ризику розвитку захворювань), так і мету, пов'язану з розвитком здатностей до вирішення рухових та спортивних завдань на досить високому рівні.
3. Структура та зміст заняття з функціонального тренінгу підпорядковуються основним принципам теорії та методики фізичного виховання.

Література:

1. Беляк Ю. & Опришко Н. (2009). Функціональне тренування – засіб підвищення рівня рухової підготовленості людини. Слобожанський науково-спортивний вісник, (3), 58 – 61.
2. Гаєва С.О., Гаєвий В.Ю. & Рябіна С.А. (2019). Роль функціонального тренінгу в процесі самостійних занять студентів ЗВО. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова, 5 (113), 23-26.
3. Дутчак М. «Спорт для всіх» у країнах з високим рівнем охоплення населення організованою руховою активністю. Теорія і методика фіз. виховання і спорту. 2007. С. 47–58.
4. Єракова Л., Баженов Є., Кириченко В., Фізична реабілітація та здоров'я збережувальні технології: реалії та перспективи : тези доп. III Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. Полтава, 2017. С. 55–58.
5. Круцевич Т.Ю (2003). Теорія і методика фізичного виховання. Методика фізичного виховання різних груп населення : [монографія], 391.
6. Луценко Л.С., Бодренкова І.О. Мошенська Т.В. (2016). Функціональне тренування з жінками першого зрілого віку, які займаються аеробікою. Наука і освіта, (4), 139-144.
7. Потужній О.В., Постернак І.В. «Розробка сучасних фітнес-технологій у фізичному вихованні молоді» ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний

СКЛАДАННЯ ПЛАНУ-КОНСПЕКТУ ЗАНЯТТЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ПОЄДНАННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ І ПРАКТИЧНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СТУДЕНТА

Софія ПАДУН,

студентка 1 курсу

спеціальності 014 Середня освіта (фізична культура)

Науковий керівник: Вікторія ТУЛАЙДАН,

к. н. з фіз. вих. та спорту,

доцент кафедри фізичного виховання

Вступ. Слово «conspectus» походить із латинської мови, що в перекладі означає «огляд, нарис». Конспект – це короткий виклад важливої інформації. Конспектування сприяє розвитку самостійності, уваги, запам'ятовуванню основних понять, аналітико-синтетичній переробці матеріалу. План-конспект навчального заняття, особливо потрібен педагогу-початківцю. Молодий педагог може на уроці навіть не заглядати в цей план-конспект (або майже не заглядати), але одне те, що він є і в будь-який момент може допомогти, наповнює упевненістю його душу. План-конспект допоможе не збитися з ритму уроку, правильно розрахувати тривалість того чи іншого етапу, своєчасно його завершити. Потім це «почуття часу» прийде саме... Але, навіть досвідчені педагоги, готуючись до того чи іншого уроку, записують приблизний план-конспект – скоріше для підстраховки, так як під час уроку можуть навіть не заглянути в свої записи.

Постановка завдання. Охарактеризувати та визначити основні етапи методики написання навчального плану-конспекту уроку.

Викладання основного матеріалу. План конспект - це опорний документ для проведення навчального заняття, у якому детально вказана лекція або практична діяльність на уроці. Добре складений конспект допомагає вчителю або викладачу вести предмет на високому рівні, що сприяє розвитку як вчителя особисто, так і навичок його учнів. План - конспект використовують під час викладання всіх навчальних дисциплін, задля опори та відновлення інформації під час проведення якісного заняття. В ньому зазначають важливі деталі, нотатки та, відповідно, план проведення заняття. З конспектом можна уникнути пропуску інформації, яка знадобиться учням та слугує допомогою вчителю.

План-конспект має велику цінність при підготовці до уроку, адже туди вносяться матеріали, куди викладач записує всі вивчені знання.

Він повинен містити дві частини: формальну і змістовну. Формальна частина конспекту включає номер уроку в темі, що вивчається, тему і мету уроку. Змістовна частина уроку плану-конспекту включає опис етапів уроку, а саме повторення опорних знань. Засвоєння нового матеріалу, формування вмінь і навичок (в нашому випадку рухових) і домашнє завдання.

Кожен план-конспект має містити чітко визначену тему, його мету та, відповідно до неї, завдання заняття. Невід'ємною частиною конспекту є дозування та організаційно-методичні вказівки. Він повинен бути поділений на частини, відповідно до яких формується або удосконалюється певна навичка. Важливий аспект у написанні плану - дотримання структури певного типу уроку. Наприклад, урок вивчення нового матеріалу, урок формування вмінь та навичок, урок узагальнення, урок перевірки знань учнів. Особливу увагу при написанні плану-конспекту слід приділити самостійній роботі учнів, яка виховає інтерес до навчального заняття та вміння нестандартно мислити. Обов'язковим фактором в написанні конспекту є охайність. Тому великою перевагою буде створення окремого місця для приміток проведення заняття. Початок конспекту оформляється за схемою, де зазначається тема, мета, завдання, використання в ході заняття допоміжних засобів та методи проведення. Доцільно виділяти в конспекті організаційно-методичні вказівки, відповідно до яких, можна відрізнити правильне виконання завдання від неправильного, пояснювати певні технічні або інші особливості для оволодіння певною навичкою. У конспекті слід вказувати розвиток якостей (фізичних якостей людини), функцій та вид форми заняття. Наприклад, які цінності формуються, якими прийомами оволодівають учні під час навчального заняття або уроку. Особливу цінність має виховання морально-вольових якостей, які учні набувають під час виконання того чи іншого завдання. Також важлива і форма заняття: робота в команді, індивідуальна тощо.

План-конспект з фізичної культури планується за відповідним алгоритмом. Цей план передбачає дії, які необхідно вчинити педагогу для раціональній і плідній праці, а саме:

- підібрати методичні прийоми та засоби вирішення освітніх завдань;
- виявити обсяг і зміст теоретичного матеріалу, призначеного для конкретного навчального заняття;
- визначити місце, конкретизувати методи та засоби оздоровлення учнів;

- вибрати додаткові прийоми зміцнення здоров'я, фізичного розвитку, тих хто займається;
- продумати методи організації учнів під час уроку;
- розподілити всі методичні прийоми з урахуванням вікової фізіології;
- опрацювати методику перевірки набутих теоретичних і практичних знань, систему оцінок навчального матеріалу.

Для цього необхідно володіти певними різноманітними знаннями в різних галузях знань: теорія і методика фізичного виховання, анатомія, фізіологія, біохімія, педагогіка, психологія, біомеханіка та інші.

Конспект складається з трьох частин: підготовчої, основної, заключної. Серед особливостей підготовчої частини необхідно виділити формування організаційного та емоційного настрою учнів. Щоб вирішити подібне завдання, використовуються шиккування та різноманітні стройові вправи, їх обов'язково включають в план-конспект уроку фізичної культури. Саме на цьому етапі у школярів формується правильна постава, відпрацьовуються навички стройової підготовки. Наприклад, формування постави, яке забезпечується правильним вихідним положенням під час виконання вправ загального розвитку. Педагог попереджає помилки, які можуть допускати учні під час виконання нових стройових або загальнорозвиваючих вправ без предмету або з предметом (скакалка, гімнастична палиця) та допомагає адаптуватися до вивчення нових фізичних вправ. Потрібно вміти правильно розподіляти вправи, їх інтенсивність, кількість повторень, тривалість, контролювати техніку виконання вправ для максимального залучення учнів в навчальну діяльність. Все це фактори потрібні якійсї теоретичної підготовки педагога.

Метою основної частини уроку є вирішення основних, оздоровчих, освітніх завдань. Наприклад, спочатку передбачається вивчення нових гімнастичних елементів (перекид вперед, рівновага та ін.) вписаних попередньо в план-конспект уроку з фізичного виховання. Потім повторюються попередні вправи, з якими учні були ознайомлені раніше. Таким чином, спочатку йде вивчення нових рухових дій або окремих гімнастичних елементів, які розвивають силові, швидкісні, координаційні здібності та гнучкість. Після вони відпрацьовуються на практиці. Завершується основна частина ігровим завданням або вправами на розвиток конкретної фізичної якості. Тривалість основної частини уроку строго регламентована та залежить від обсягу, віку, інтенсивності фізичного навантаження.

В заключну частину уроку включені вправи, спрямовані на регулювання серцево-судинної і дихальної систем. Це допомагає педагогу готувати учнів до

нової діяльності, підводить підсумки по роботі учнів на навчальному занятті, передбачає відведення часу на виставлення оцінок за урок. Не слід забувати про визначення домашнього завдання, а також відповіді на питання учнів.

Для того щоб урок з гімнастики був ефективним та результативним, педагог зобов'язаний дотримуватися дидактичних принципів навчання, володіти теорією, методикою, технікою, вміти раціонально розподіляти навантаження під час навчального заняття. Для досягнення поставлених завдань використовується спортивне обладнання, технічні засоби і підсобний інвентар. Для написання плану-конспекту з гімнастики слід володіти не лише теоретичними знаннями, але і практичними навичками. По перше, це здатність до комунікації. Навчальне заняття з гімнастики відбуваються за участі великої кількості осіб, тому необхідно вміти комунікувати з учнями, застосовувати принцип індивідуалізації особистості, відповідати на їх питання, вміти показувати і пояснювати гімнастичні вправи та надавати рекомендації. Необхідно також володіти і розумінням основних принципів тренування. Наприклад, потрібно знати яка фізична вправа передує іншій, ступінь навантаження на певні групи м'язів, дозування. За допомогою таких методичних навичок буде забезпечуватися покращення результатів учнів. Необхідною компетенцією є здатність планувати та чітко організовувати навчальне заняття.

Важливою складовою є знання з профілактики травматизму. Потрібно вміти правильно обирати вихідні положення задля ефективної розминки всіх частин тіла, постійно контролювати правильну техніку виконання вправ, щоб не завдати шкоди різноманітним суглобам, хребту. Все це також потрібно враховувати під час складання плану-конспекту.

Висновок. Тільки володіючи багатьма різноманітними освітніми компетенціями, майбутній педагог може скласти якісний і правильний план-конспект навчального заняття, за допомогою якого будуть вирішені поставлені завдання перед ним та його учнями.

Література:

1. <https://studfile.net/preview/5111084/page:7/>
2. https://pidru4niki.com/81538/pedagogika/vimogi_pourochnih_planiv
3. erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/123456789/2611/1/Курс%20лекцій_Гімнастика_2017.pdf

ВПЛИВ РУХЛИВИХ ІГОР НА РУХОВУ ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Валерія ЦУРАНИЧ,

студентка 3 курсу спеціальності 014 Середня освіта

Науковий керівник: Надія СТЕПЧУК,

старший викладач кафедри фізичного виховання

Постановка актуальності проблеми. Основними завданнями фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку є зміцнення їхнього здоров'я, сприяння правильному розвитку, навчання життєво необхідним руховим навичкам, виховання фізичних і моральних якостей. Вирішенню цих завдань активно сприяє гра, виступаючи як засіб і метод фізичного виховання. За даними Міністерства охорони здоров'я України, сьогодні серед учнів початкових класів певною мірою гармонійний розвиток мають лише 65%. Медичне обстеження дітей і підлітків засвідчило, що 36% із них мають низький рівень фізичного здоров'я, 56,5% – нижчий від середнього та середній рівень, і лише 7,5% – вищий за середній та високий рівень. Однією з причин такого становища є недостатня рухова активність дітей.

Огляд фахової літератури. У процесі роботи над темою дослідження було проаналізовано та узагальнено літературу з питань ефективності застосування занять рухливими іграми на уроках фізичної культури в учнів молодших класів [1;2]. Аналіз літератури дозволив вивчити різні аспекти впливу рухливих ігор на комплексний розвиток рухових якостей і рівня фізичної підготовленості учнів молодших класів [3;4;5].

Мета роботи – довести позитивний вплив рухливих ігор на фізичну підготовленість дітей молодшого шкільного віку.

Завдання: провести дослідження впливу рухливих ігор на фізичний розвиток і здоров'я молодших школярів на підставі результатів контрольного тестування розвитку основних фізичних якостей.

Виклад основного матеріалу. Сутність педагогічного експерименту, який було проведено на базі Ужгородської ЗОШ № 20 полягала в обґрунтуванні ефективності проведення рухливих ігор за участю учнів молодших класів на розвиток їхніх фізичних якостей та підвищення рівня фізичної підготовленості. Було сформовано експериментальну групу (ЕГ= 26 учнів) та контрольну групу (КГ= 28 учнів). Загалом 54 учні молодшого шкільного віку (3 клас). Організація експерименту проходила за наступною схемою: а) попереднє тестування; б) проведення дослідження; в) контрольне тестування.

Нами досліджувалися наступні фізичні якості дітей молодшого шкільного віку – сила, швидкість, гнучкість, спритність, швидкісно-силові якості. Були проведені тести: 1) "динамометрія" (кг, тест на розвиток сили); 2) "човниковий біг 4 × 9 м" (с, тест на розвиток спритності); 3) "стрибок у довжину з місця" (см, тест на розвиток швидкісно-силових якостей); 4) "нахил тулуба вперед" (см, тест на розвиток гнучкості); 5) "біг 30 м" (с, тест на розвиток швидкості) [5].

Середні показники фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку до і після експерименту, а також показники приросту отриманих результатів за час проведення експерименту у відсотках нами описані наступним чином. Отже, нами досліджувалася сила згиначів сильнішої кисті методом динамометрії. Отримавши наприкінці експерименту результати, ми не зафіксували істотних змін між експериментальною і контрольною групами ($P > 0,5$). Порівняльний аналіз вікової динаміки показників показав рівномірне зростання правосторонньої переваги у дівчат (0,3 - 0,4 кг). У хлопців показники зросли в середньому на 1 кг.

Морфологічні особливості рухового апарата, висока еластичність зв'язок і м'язів, велика рухливість хребта сприяють успішному виконанню вправ, які розвивають гнучкість і спритність. Результати аналізу спритності за допомогою човникового бігу показали, що показники в експериментальній групі значно покращилися порівняно з контрольною групою. Про зростання частоти рухів свідчить вірогідність різниці показників на користь експериментальної групи. Середній результат хлопців експериментальної групи у човниковому бігу до експерименту складав 13 с, дівчат – 13,3 с; в контрольній групі ці показники становили відповідно 12,9 с і 13,4 с. Після проведення експерименту результат збільшився в обох групах, але кращі результати показала експериментальна група. В контрольній групі результат покращився у хлопців на 0,2 с (1,5%), у дівчат – на 0,3 с (2,2%), тоді як в експериментальній групі покращення досягло у хлопців 0,8 с (6,3%), у дівчат – 0,6 с (5,5%).

При дослідженні швидкісно-силових здібностей також встановлено збільшення показників в експериментальній групі порівняно з контрольною. Динаміка зростання швидкісно-силових здібностей досліджувалася за допомогою нормативу "стрибок у довжину з місця" (см). Середні результати до експерименту в експериментальній групі становили у хлопців 115 см, у дівчат – 105 см; у контрольній групі ці показники дорівнювали відповідно 117 см у хлопців і 100 см у дівчат. Після експерименту результати у хлопців експериментальної групи зросли на 9% (до 125 см), у дівчат – також на 9% (до 115 см); у контрольній групі позитивна динаміка була скромнішою і склала відповідно 3,4% і 4,7%.

Тестування на гнучкість не виявило вірогідної різниці в показниках між експериментальною і контрольною групами, де результати були майже однаковими. Результати дослідження свідчать, що зріст показників гнучкості в усіх вікових групах поступово підвищується.

З іншого боку, помітно збільшилися результати тестування на швидкість з бігу на 30 метрів. Так, результати хлопців і дівчат в експериментальній групі зросли на 8% , а в контрольній – відповідно на 2,6% і 3,8%.

Загалом експеримент показав, що рівень розвитку фізичних якостей у дітей молодшого шкільного віку в експериментальній групі вищий, ніж у контрольній. Хлопці найбільшу динаміку показали в показниках швидкості, у дівчат, як було з'ясовано, розвиток спритності переважає над розвитком інших якостей. На підставі аналізу даних обстежень рухової підготовленості виявлено, що в експериментальній групі результати швидкості з бігу на 30 м, стрибка у довжину з місця, човникового бігу вищі в порівнянні з контрольною групою. Про відмінність результатів між експериментальною та контрольною групами свідчить вірогідність різниці показників на користь експериментальних груп: біг на 30 м – 8% проти 3,2%; стрибок у довжину з місця – 9% проти 4%; човниковий біг – 6% проти 3,7%.

Висновки.

1. Рухливі ігри виступають як ефективний засіб розвитку фізичних якостей і фізичної підготовленості молодших школярів. Фізичні вправи на уроках фізичної культури в загальноосвітній школі треба розглядати як засіб для розвитку в учнів уміння керувати своїми рухами, як засіб для розвитку рухових якостей, для вироблення у школярів сміливості, рішучості, рухової вправності, підготовки до майбутньої трудової діяльності.

2. Рухливі ігри є найбільш адекватною формою занять фізичними вправами і сприяють підвищенню рухової активності дітей. Саме суперництво, елемент напруги, змагання, емоційність у грі активізують дитину до рухової діяльності.

Література:

1. Андрощук Н. В. Рухливі ігри та естафети у фізичному вихованні молодших школярів / Н. В. Андрощук, А. Д. Леськів, С. О. Мехоношин. Тернопіль: ТДІУ, 2000. 168 с.

2. Москаленко Н. В. Фізичне виховання молодших школярів: монографія. Дніпропетровськ : Інновація, 2007. 252 с.

3. Омеляненко І. О. Розвиток психомоторних здібностей молодших школярів на уроках фізичної культури: Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту: 24.00.02. Луцьк: Волинський держ. ун-т ім. Лесі Українки, 1999. 17 с.

4. Переверзева С., Андріанов В. Особливості фізичної та функціональної підготовленості учнів молодшого шкільного віку. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації* : зб. наук. праць. Вип. 12. Вінниця : ВДПУ ім. М. Коцюбинського, 2011. Т. 1. С. 288-293.

5. Сергієнко Л. П. Тестування рухових здібностей школярів: [Навч. посібник]. К.: Олімпійська література, 2001. 440 с.

ОСНОВИ МЕДИЦИНИ

КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ЇХ ПОРУШЕННЯ

Ірина САРКА,

студентка IV курсу спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Науковий керівник: Ксенія МЕЛЕГА,

кандидатка медичних наук, доцентка

Постановка актуальності проблеми. Порухення когнітивних функцій головного мозку – це проблема сучасного світу, яка торкається всіх верств населення, незалежно від соціального становища чи особливостей діяльності. Однією з домінуючих тенденцій 21 століття є збільшення середньої тривалості життя людей, а саме віку, який вважається на сьогодні головним чинником розвитку когнітивних розладів. Тож актуальність вивчення цієї проблеми невпинно зростає. Сьогодні у світі приблизно 962 мільйони людей старше 60 років, 62% з яких живуть у країнах, що розвиваються, тому тягар вікових змін неможливо переоцінити. За прогнозами, до 2050 року ця кількість зросте до 80%. Крім того, 44,4 мільйона людей у всьому світі зараз мають деменцію, дві третини з яких живуть у країнах із низьким і середнім рівнем доходу [3, 4].

Когнітивні розлади можуть бути класифіковані за етіологічними факторами, клінічним перебігом, характером нейропсихологічних порушень та ступенем виразності. За сучасними підходами розрізняють первинні когнітивні порушення, зумовлені первинним нейродегенеративним процесом, зокрема хвороба Альцгеймера (ХА), Паркінсона, деменція тощо. Розвиток вторинних когнітивних порушень пов'язаний з іншими етіологічними факторами (судинними, метаболічними, токсичними, травматичними тощо) [4]. У зв'язку з цим визначення сучасних тенденцій та пошук ефективних шляхів вирішення проблеми зменшення когнітивних порушень у людей різного віку є надзвичайно актуальним.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема діагностики, лікування та профілактики когнітивних порушень на сьогоднішній день активно досліджується науковцями. Вирішенню даної проблеми присвячені наукові публікації авторів О.С. Чабана (2021), О. Романіва та Д. Чорей (2018), М.М. Ороса (2018), О.М. Мишаківської (2018), С. Стадніка (2020), Н.К. Свиридової зі співавт. (2015), Т.Й. Пурденко (2014) та інших. У різних джерелах зазначено, що судинні та нейродегенеративні захворювання головного мозку та пов'язані з ними когнітивні розлади різного ступеня тяжкості найчастіше діагностують у літньому віці. Рання діагностика

церебральних захворювань, на стадії додементних когнітивних порушень, профілактичні та реабілітаційні заходи суттєво збільшують шанси на успішність вирішення даної проблеми, яка залишається і в наш час дуже складною [1-3].

Метою дослідження було узагальнити та систематизувати сучасні підходи до вирішення проблем діагностики та лікування пацієнтів з когнітивними порушеннями функцій головного мозку, можливості фізичної терапії та ерготерапії захворювання. Завдання роботи: узагальнити основні ознаки, особливості клінічних проявів когнітивних порушень; проаналізувати сучасні методи діагностики, лікування та профілактики когнітивних порушень; оцінити значення фізичної терапії та ерготерапії у реабілітації пацієнтів.

Виклад основного матеріалу. Когнітивні функції головного мозку – це вищі психічні процеси, що відповідають за сприйняття, увагу, пам'ять, мислення, мовлення, планування, орієнтування в просторі та часі, прийняття рішень, розв'язування проблем, аналіз та синтез інформації, творчість тощо. До когнітивних функцій головного мозку людини належать [3]:

- сприйняття – здатність сприймати та розпізнавати інформацію, що надходить від органів чуття;
- пам'ять – здатність запам'ятовувати, зберігати та багаторазово відтворювати отриману інформацію. Пам'ять є основою навчання, набуття й формування знань, умінь та навичок людини;
- праксис (психомоторна функція) – здатність складати, зберігати та виконувати рухові програми.
- мова – здатність до вербальної комунікації, включаючи розуміння зверненої мови, побудова власного мовного висловлювання, читання та письмо;
- увага – здатність своєчасно реагувати на сигнали, що надходять з органів чуття, концентруватися і зберігати протягом необхідного часу розумову працездатність, розділяти інформаційні потоки.
- керуючі функції - здатність до планування та контролю пізнавальної діяльності та поведінки, включаючи вибір мети (цілепокладання), побудова програми (програмування), перехід з одного етапу програми на інший (перемикання, інтелектуальна гнучкість) та зіставлення отриманого результату з метою (контроль);
- соціальний інтелект - здатність до розуміння емоцій та логіки інших людей.

У сучасній класифікації виділяють легкі, помірні та тяжкі когнітивні порушення [3, 4]. Легкі когнітивні порушення являють собою динамічне незначне погіршення окремих когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення), що не призводять до побутової, соціальної дезадаптації та не впливають

значним чином на професійну діяльність. Помірний когнітивний дефіцит є чітким клінічним синдромом і підтверджується, окрім скарг пацієнта та його родичів на зниження пам'яті й розумової працездатності від вихідного рівня, даними нейропсихологічного тестування. Він може призводити до порушень складних видів побутової та професійної діяльності. Найтяжчі розлади когнітивних функцій називають деменцією. Вона являє собою синдром (сукупність синдромів), характерний для низки захворювань, найпоширенішими серед яких є Хвороба Альцгеймера, судинна деменція, а також деменція з тільцями Леві та при хворобі Паркінсона [4]

Для діагностики когнітивних порушень застосовують різні нейропсихологічні тести та шкали [1, 4]:

- шкала MMSE (Mini-mental State Examination) за допомогою цієї шкали, можна дослідити орієнтацію, сприйняття, увагу, пам'ять, рахунок та читання;
- монреальський когнітивний тест (Monreal Cognitive Assessment) дозволяє визначити помірну когнітивну дисфункцію;
- шкала “батарея лобної дисфункції” (Frontal Assessment Battery) застосовується для дослідження регуляторних функцій;
- тест малювання годинника, суть тесту полягає в тому, щоб хворий намалював годинник із цифрами і стрілками, які вказують певний час. Цей тест використовується, для діагностики деменції з переважним ураженням підкіркових структур;
- тест «10 слів» використовується для оцінки запам'ятовування шляхом оцінки короткочасної та довгочасної пам'яті.
- тест «Таблиці Шульте» застосовується для оцінки концентрації уваги.

Лікування когнітивних розладів зазвичай полягає в лікуванні первинного захворювання, що може спричинити повний регрес або ж зменшення проявів когнітивних порушень; також можуть бути застосовані засоби симптоматичної терапії [4]. Невід'ємною частиною консервативної терапії є когнітивна реабілітація – це реабілітація у формі вправ для покращення уваги, пам'яті, мови та/або виконавчих функцій. Очікуваним результатом є опосередкований позитивний вплив на функціональні порушення, відображені в повсякденній діяльності. Правильне застосування методу сприяє соціальній та професійній інтеграції пацієнта [1]. У програму реабілітації осіб із когнітивними розладами доцільно включати застосування такі засоби:

- фізичні вправи, що може допомогти зберегти та покращити когнітивні функції. Різні вправи можуть бути призначені залежно від можливостей та стану пацієнта;

- когнітивні тренажери - це програми, що розроблені спеціально для тренування різних когнітивних функцій, наприклад, програми для тренування пам'яті, уваги, мислення тощо;
- логопедичні заняття, які можуть допомогти відновити та покращити мовленнєві здібності пацієнта;
- психологічна підтримка, яка може допомогти пацієнтам з порушеннями когнітивних функцій зрозуміти та прийняти їх стан, покращити самооцінку та підвищити мотивацію до відновлення.

Для профілактики когнітивних порушень рекомендовано модифікацію способу життя та залучення до різних видів ерготерапевтичної активності, наприклад, головоломок, читання, настільних ігор, вправ, що поліпшують серцево-судинне здоров'я, садівництва, танців, подорожей, культурних заходів, спілкування із друзями та родиною тощо. Серед немедикаментозних методів профілактики й лікування КР важливе місце займає: дієта, регулярні силові й аеробні фізичні навантаження, когнітивний тренінг (зокрема когнітивна стимуляція), психологічні та поведінкові методи корекції (окрема увага приділяється нормалізації сну, арт-терапії, музикотерапії), психотерапевтичні підходи, медитація та йога [1, 2].

Висновки. Когнітивні розлади є однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасної охорони здоров'я, тому актуальність вивчення особливостей діагностики та клінічного перебігу когнітивних порушень, а також лікування та реабілітації невинно зростає з кожним роком. Засоби реабілітації, зокрема дієта, фізичні вправи, заняття когнітивного тренінгу, психологічна підтримка відіграють важливу роль у запобіганні розвитку деменції й уповільненні темпів прогресування когнітивних порушень, сприяють соціальній та професійній інтеграції пацієнта.

Література:

1. Романів О., Чорей Д. Особливості когнітивної реабілітації пацієнтів з деменцією. Економіка і право охорони здоров'я. 2018. № 1 (7). С. 17-22.

2. Стаднік С. Немедикаментозні підходи до профілактики та лікування когнітивних розладів. Health-ua.com. 2020. URL: <https://health-ua.com/article/60856-nemedikamentozn-pdhodi-doproflaktiki-talkuvannya-kognitivnih-rozladv> (Дата звернення: 07.05.2023).

3. Хиць А.Р. Когнітивні порушення: рання діагностика та особливості лікування. 2021. Укр. мед. часопис. № 6 (146). С. 2-4.

4. Чабан О.С. Когнітивні порушення, пов'язані з віком: «тиха» епідемія, що загрожує людству. Health-ua.com. 2021. URL: [https://health-](https://health-ua.com/article/60856-nemedikamentozn-pdhodi-doproflaktiki-talkuvannya-kognitivnih-rozladv)

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ОПЕРІЗУВАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ

Маргарита ФЛАТЧЕВА,

студентка IV курсу спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Науковий керівник: Ксенія МЕЛЕГА,

кандидатка медичних наук, доцентка

Постановка актуальності проблеми. Проблема діагностики, лікування та фізичної терапії пацієнтів з оперізувальним герпесом (ОГ) має велику актуальність у зв'язку зі значною поширеністю, складністю лікування, розвитком численних ускладнень та зниженням якості життя хворих. Хвороба має гострий інфекційний характер і з'являється внаслідок повторної активізації в організмі вірусу вітряної віспи, який залишається в організмі назавжди, якщо вже одного разу сталося перше зараження. ОГ зустрічається протягом життя від 10% до 20% людей усіх вікових груп, причому захворюваність збільшується з віком у міру ослаблення імунітету Т-клітин до вірусу. Пацієнти з Т-клітинною імуносупресією наражаються на більший ризик [1-3]. Оскільки герпетичний вірус може викликати серйозні ускладнення, такі як неврит, енцефаліт, стоматит та інші, діагностика та лікування захворювання стають надзвичайно важливими завданнями у медичній практиці. Складним завданням є розробка ефективних методик лікування та фізичної терапії захворювання, що може прискорити видужання та запобігти ускладненням.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема оперізувального герпесу активно досліджується вченими на сучасному етапі. Вирішенню даної проблеми присвячені наукові праці авторів Бондаренко Г.М. і Щербакової Ю.В. (2018), Дашук А.М. зі співавт. (2022), Мальцева Д.В. та Євтушенко С.К. (2016), Sebeci D. і Karasel S. (2022), Vasileiadis P., Venetos I. і Evangelopoulou M. E. (2022) та багатьох інших. Більшість дослідників зазначають, що ОГ – вірусне захворювання, спричинене реактивацією вірусу вітряної віспи, первинне зараження яким у більшості випадків відбувається в дитинстві, після чого вірус переходить у латентну стадію та локалізується в сенсорних нервових гангліях після первинного інфікування [2]. Характерною ознакою захворювання є виражений біль та висипання у вигляді згрупованих везикул в межах одного дерматома. Після зникнення висипу пацієнти можуть відчувати постійний сильний біль, тривалість якого > 3 місяців свідчить про наявність

постгерпетичної невралгії (ПГН), тому варто якнайшвидше розпочати лікування ОГ з метою запобігання хронізації болю та розвитку неврологічних ускладнень [1, 2]. Медикаментозна терапія, що включає перш за все противірусні засоби, широко застосовується у лікуванні ОГ, проте важливу роль може відігравати фізична терапія, як засіб для зменшення і терапії невропатичного болю [1, 5].

Мета даного дослідження – оцінка та систематизація існуючих поглядів на проблему діагностики та лікування пацієнтів з оперізувальним герпесом, аналіз даних щодо ефективності фізичної терапії захворювання.

Для досягнення мети вирішували завдання: узагальнити основні симптоми, особливості клінічного перебігу та методи діагностики ОГ; проаналізувати можливості застосування різних препаратів для лікування хвороби; визначити роль фізичної терапії у лікуванні пацієнтів з ОГ.

Виклад основного матеріалу. Оперізувальний герпес або оперізувальний лишай – вірусне захворювання, спричинене реактивацією вірусу вітряної віспи (*varicella-zoster virus, VZV*), характеризується висипанням болючих везикул на еритематозному тлі, що переважно розташовані в межах одного дерматома, появі яких передуює продромальний період з ознаками загального нездужання та вираженого болю в ураженій ділянці. За локалізацією патологічного процесу розрізняють спінальні та черепно-мозкові форми герпесу, серед спінальних – шийну, грудну й попереково-крижову. Найчастішою формою є грудний гангліоніт, при якому поряд із загальноінфекційними симптомами спостерігають висипку та сильний біль за ходом міжреберних нервів; біль може імітувати ішемічну хворобу серця [1]. У пацієнтів з оперізувальним герпесом можуть спостерігатися такі симптоми, як печіння, свербіж, біль та поколювання в зоні висипань, загальна слабкість, головний біль та підвищена температура тіла. Везикули розкриваються з утворенням скоринки, яка відходить через 2-3 тижні [1, 2].

Діагностика пацієнтів з ОГ зазвичай базується на клінічному обстеженні та симптомах захворювання. Проте, існує кілька методів діагностики, які можуть допомогти зробити точний діагноз та вибрати правильну терапію. Одним з найбільш ефективних методів діагностики, «золотим стандартом» діагностики ОГ, є метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Використання ПЛР забезпечує високу точність діагностики та дозволяє виявляти вірус навіть у тих випадках, коли його кількість у зразку низька. Імунологічні тести також можуть бути використані для діагностики ОГ. Наприклад, імуноферментний аналіз (ELISA) дозволяють виявити наявність антитіл класів IgM, IgG та IgA до вірусу у крові пацієнта. Однак, ці тести не є настільки точними, як ПЛР [3, 4].

Сучасна стратегія лікування ОГ базується на зменшенні симптомів, особливо, на вираженості болю та висипу в гострій фазі захворювання, покращенні якості життя пацієнтів і запобігання чи зменшення інтенсивності хронічного болю (при ПГН), а також розвитку інших гострих і хронічних ускладнень. Із цією метою хворим призначають ранню системну протівірусну терапію (ацикловір, валацикловір, фамцикловір), анальгетики та антисептики місцево. Ці ліки допомагають знизити інтенсивність симптомів та тривалість епізоду захворювання, а також зменшують ризик повторного виникнення епізоду [1, 2, 4]. Окрім антивірусних ліків, до методів лікування оперізувального герпесу відноситься використання нестероїдних протизапальних засобів, які допомагають зменшити біль та запалення при ОГ. За відсутності ефекту знеболювальної терапії можуть використовуватися препарати з центральною анальгетичною дією і невральні блокади. Зовнішнє лікування спрямоване на прискорення регресу шкірних висипань, зменшення ознак запалення і запобігання бактеріальній суперінфекції. Рекомендується використання спиртових 1–2% розчинів анілінових барвників (метиленовий синій, брильянтовий зелений, фукорцин). Ефективним способом запобігання виникненню ПГН є призначення препаратів вітамінів групи В. Нейротропні вітаміни групи В мають знеболювальну дію, чинять сприятливу дію на запальні та дегенеративні захворювання нервів і рухового апарату [1].

Фізична терапія може бути корисною для пацієнтів з ОГ, особливо при розвитку ПГН. Серед найбільш ефективних методів рекомендують використання ЧЕНС-терапії (черезшкірної електричної стимуляції нервів) та лазеротерапії низкого рівня, які суттєво зменшують больові відчуття, проявляють протизапальний ефект та запобігають розвитку ПГН [5]. Також доцільно використовувати терапевтичні вправи, які дозволять зміцнити м'язи, збільшити гнучкість і діапазон рухів та підвищити щоденну активність. Зазвичай рекомендується починати з низькоінтенсивних вправ, які не викликають больових відчуттів. До прикладу, це можуть бути прості вправи на розтяжку, які допоможуть підтримувати гнучкість тіла та покращити кровообіг [4].

Крім лікування та реабілітації, важливо також дотримуватися певних рекомендацій щодо профілактики та уникнення поширення інфекції. Оскільки вірус ОГ передається через контакт зі шкірними висипаннями, важливо уникати контакту з іншими людьми під час епізодів захворювання. Також необхідно дотримуватися гігієнічних правил, щоб уникнути розповсюдження вірусу. Імунізація вакциною проти вітряної віспи підвищує ослаблений клітинний імунітет у людей похилого віку. Введення живої атенуйованої вакцини

проводиться у віці 60 років і старше, що суттєво знижує захворюваність на ОГ та імовірність розвитку ПГН [2].

Висновки. Оперізувальний герпес – захворювання, яке може викликати суттєві порушення здоров'я та погіршити якість життя пацієнтів. Для успішного лікування важливо вчасно діагностувати захворювання та правильно обрати метод лікування. Наукові дослідження показують, що найбільш інформативним методом діагностики є тест ПЦР, який дозволяє виявити вірус герпесу в організмі. У лікуванні оперізувального герпесу найбільш ефективно раннє застосування антивірусних препаратів, що приводить до зменшення симптомів захворювання і профілактики ускладнень. Фізичну терапію доцільно використовувати в комплексі реабілітаційних заходів для зменшення болю та висипань, попередження розвитку постгерпетичної невралгії, що дозволяє прискорити видужання та покращити якість життя пацієнтів з цим захворюванням.

Література:

1. Бондаренко Г.М., Щербакова Ю.В. Етіопатогенетична терапія оперізуючого герпесу. *Дерматологія та венерологія*. 2018. № 3 (81). С. 25-33.
2. Дащук А.М., Добржанська Є.І., Дащук А.А. Оперізуючий лишай: клініка, діагностика, лікування. *Актуальні питання алергічних захворювань шкіри: теоретичні та прикладні дослідження: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю), присвяченої 175-річчю з дня народження приват-доцента Порай-Кошиць В. Г. м. Харків, 17–18 листопада 2022 р.* Харків: ЕСТЕТ ПРІНТ, 2022. С. 25–35.
3. Мальцев Д.В., Євтушенко С.К. Сучасні підходи до діагностики герпесвірусних нейроінфекцій (науковий огляд). *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. № 3 (81). С. 32-45. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/42851> (Дата звернення: 07.05.2023).
4. Sebeci D., Karasel S. Treatment Analysis of Patients Followed up With Postherpetic Neuralgia in Northern Cyprus. *Mater Sociomed*. 2022. Vol. 34. Is. 1. P. 55-59. DOI: 10.5455/msm.2022.33.55-59.
5. Vasileiadis P., Benetos I., Evangelopoulou M. E. Management of Neuropathic Pain and the Physiotherapeutic Rehabilitation of Patients with Chronic Post-Herpetic Neuralgia. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Hellenica*. 2022. Vol. 73. Is. 2. P. 201-205. URL: <https://www.eexot-journal.com/index.php/aoet/article/view/225> (Дата звернення: 07.05.2023).

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Тетяна БРИНЗЕЙ,

студентка IV курсу спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Науковий керівник: Фелікс ФІЛАК,

кандидат медичних наук, доцент

Актуальність. Поширеність остеохондрозу хребта зростає і його вже називають хворобою століття. Розглядають остеохондроз як одну із найбільш розповсюджених форм хронічного системного ураження сполучної, зокрема хрящової тканини, для якої характерно: тотальність і в той же час нерівномірність уражень окремих відділів хребта, невідповідність морфологічних змін клінічним проявам захворювання, спонтанне одужання та зникнення клінічних проявів. За даними експертів ВООЗ, у розвинутих країнах захворювання досягає розмірів пандемій. Більшість хворих - це люди молодого та середнього віку, яким хвороба не дає можливості реалізувати свій потенціал, погіршує якість життя. В усьому світі щорічно на діагностику та лікування остеохондрозу хребта (ОХ) витрачаються мільярди доларів. Тільки в США економічні витрати, які зумовлені цим захворюванням, перевищують 24 млрд. доларів на рік, у Німеччині - 17 млрд. євро, а витрати на лікування болю в спині в три рази перевищують витрати на лікування онкологічних хворих. Щорічно до 75 млн. хронічних хворих приєднуються ще 7 млн., які захворіли вперше, а 49 % пацієнтів, які передчасно вийшли на пенсію, - це жертви цього захворювання. З огляду на це стає зрозумілим, що остеохондроз хребта є надзвичайно важливою медичною та соціально-економічною проблемою [1. 4]

Аналіз наукових досліджень. В Україні, майже 90% осіб працездатного віку мають відхилення в стані здоров'я. З кожним роком збільшується кількість хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта. Близько 70% дорослого населення мають низький або нижче середнього рівень фізичного здоров'я. Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині, має особистий (позитивний чи негативний) досвід лікування неврологічних проявів остеохондрозу хребта. Це захворювання за кількістю хворих поступається лише респіраторним інфекціям і посідає третє місце у світі за частотою причин госпіталізації [2, 5].

Мета дослідження удосконалити та науково обґрунтувати програму фізичної терапії для хворих працездатного віку з остеохондрозом поперекового відділу хребта.

Виклад основного матеріалу. Нами проведено дослідження у 15 осіб з остеохондрозом поперекового відділу хребта в періоді ремісії, із них 8 чоловіків і 7 жінок віком від 28 до 35 років. При поступленні на відновне лікування в поліклініку пацієнти були детально обстежені. Для вирішення сформованих завдань використовувались такі методи дослідження: *оцінка відчуття болю у поперековому відділі хребта*, Гнучкість хребта досліджувалася при розгинанні, згинанні, нахилах і поворотах (ротації) в обидва боки. Результати вимірів ми зіставляли із класифікацією за методикою Левіт, Захсе, Янда, 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 +15 см., ступінь – „В” від +15 см. і більше

За даними опитування практично всі хворі скаржилися на дискомфорт в поперековому відділі хребта. Болі в попереку при тривалому стоянні відзначали 12 (80,0%) пацієнтів, в шийно-грудному відділі хребта відзначали 9 (60,0%) пацієнтів, обмеження рухливості в попереку відзначали 14 (93,30%) пацієнтів, головні болі 7 (46,7%) хворих. На початку дослідження, за запропонованою методикою, ми просили пацієнтів оцінити ступінь болю у поперековому відділі хребта за 10 бальною шкалою при ходьбі і нахилу тулуба в сторони. Проведені дослідження відзначають, що у більшості хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта спостерігалась середня ступінь болю. Велика ступінь болю спостерігалась у 4 (26,7%) студентів. Середні показники ступеню болю були такими: в попереку при ходьбі – 6,2 балів; при нахилі тулуба в сторони – 7,4 балів. Визначення гнучкості поперекового відділу хребта показали, що у працездатних осіб, які страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта показники нижче від норми. Гіпомобільність тулуба із-за болей в попереку виявлена у 73,3% пацієнтів, гнучкість в межах норми виявлена у 26,7%.

Комплексна програма фізичної терапії включала ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу, реабілітаційний масаж, ампліпульстерапію на попереки.

В результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається покращення клінічних проявів захворювання. Скарги на дискомфорт в попереку зникли або зменшилися у 11 (26,7%) хворих. Болі в попереку після проведення реабілітаційних заходів відзначали 33,3% пацієнтів, в шийно-

грудному відділі – 20,0%, обмеження рухливості в попереку відзначали 5 (33,3)% пацієнтів. Спостерігалась позитивна динаміка за зміною відчуття болю. Середні показники ступеню болю були такими: в ділянці попереку показники відчуття болю знизились з 6,2 балів до 3,3 балів; болі в попереку при нахилі тулуба в сторони знизились з 7,4 до 4,9 балів, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної терапії.

Аналогічну картину ми спостерігаємо при аналізі за показниками гнучкості хребта. Після проведення комплексу реабілітаційних заходів амплітуда рухів поперекового відділу хребта у обстежених хворих, які страждають на остеохондроз вірогідно збільшилась. Гіпомобільність тулуба із-за болей в попереку виявлена лише у 2 (13,3%) пацієнтів, нормалізувались показники гнучкості у 13 (87,6)%, що свідчить про зменшення і зникнення болю та підвищеного тону м'язів спини. Збільшення показників нахилу вперед на 1 – 4 см. відзначалося у 13,3% пацієнтів, 5 - 8 сантиметрів відзначалося в 40% студентів, на 9 – 12 і 13 - 16см. відповідно - у 20,0% і 13,3%. Проведені дослідження свідчать, що застосування даної комплексної програми відчутно впливає на амплітуду рухів в поперековому відділі хребта.

Висновки. 1. Проведені дослідження окремих клінічних показників і функціонального стану хребта показали, що у хворих з поперековим остеохондрозом найбільш характерними є середньої інтенсивності болі та зниження гнучкості в попереку. Середні показники ступеню болю були такими: в попереку при ходьбі – 6,2 балів, при нахилі тулуба в сторони – 7,4 балів. Гіпомобільність тулуба із-за болей в попереку виявлена у 73,3%.

2. Запропонована програма фізичної терапії, яка ґрунтувалася на комплексному, індивідуальному підході і включала в розроблений комплекс ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, реабілітаційний масаж, ампліпульстерапію дозволила отримати позитивні зміни у відновному лікуванні поперекового остеохондрозу у працездатних осіб.

Література:

1. Богдановська Н., Кальонова І. Ефективність комплексного застосування засобів кінезотерапії в реабілітації хворих на остеохондроз хребта. Спортивний вісник Придніпров'я, 2012. № 3. С. 122-125.

2. Григус І.М., Нестерчук Н.Є., Крук І.М., Кособуцький Ю.Ф., Петрук Л.А. (2022). Теоретичне обґрунтування засобів фізичної терапії хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта. Art of Medicine. 1(21): 144-148 с.

3. Лазарева О. Б. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні вертебро-генних попереково-крижових синдромів :

автореф. дис. ... д-ра. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.03 «Фізична реабілітація»; Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. Київ, 2013. 38 с.

4. Рой І.В., Твардовська С.П., Науменко Н.О. Клініко-рентгенологічна стадійність остеохондрозу хребта та принципи його лікування. Вісник ортопедії, травматології та протезування, 2004. № 2. С. 14-18.

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

ВПЛИВ СПОЖИВАННЯ ВІЛЬНИХ ЦУКРІВ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Іванна ЯЦКОВИЧ,

бакалавр III курсу,

спеціальності «227 Фізична терапія, ерготерапія»

Науковий керівник: Людмила РУСИН,

доцент кафедри основ медицини, к.мед.н.

Вступ. Продукти сьогодення містять велику кількість вільних цукрів. Популярність таких продуктів, як безалкогольні напої, солодощі та інші вироби, зростає серед населення, особливо серед дітей. На жаль, це може призвести до численних проблем зі здоров'ям, зокрема до підвищення ризику розвитку ожиріння та діабету.

Харчування є важливою складовою життя людини, адже воно забезпечує організм необхідними поживними речовинами та енергією для його нормальної функціональної активності.

Однак, якщо воно є безладним, нераціональним та незбалансованим, це може призвести з часом до виникнення певних порушень в організмі, які можуть бути причиною різноманітних захворювань. Особливу це стосується дитячого віку.

Аналізуючи раціон харчування дітей шкільного віку України, відмічається недостатня кількість білків та жирів у раціонах, що може впливати на імунобіологічні особливості дитячого організму. Відмічається також диспропорція у співвідношенні білків, жирів, вуглеводів – 1:0,9:7,9 при фізіологічній потребі 1:1:4,7. Встановлено, що діти споживають багато вуглеводів і дуже мало білкової їжі.

Дослідження показали, що діти у шкільному віці зазвичай споживають надмірну кількість вуглеводів та недостатню кількість білків, а також є дефіцит свіжих фруктів та овочів як у шкільних їдальнях, так і в домашніх умовах. [2,ст.31]

Рекомендації в настанові від всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зосереджені на задокументованих впливах на здоров'я, пов'язаних із споживанням «вільних цукрів». ВООЗ визначає всі моносахариди та дисахариди, додані до харчових продуктів виробником, кухарем або споживачем, а також цукри, які природно присутні в меді, сиропках, фруктових соках і концентратах фруктових соків як вільні цукри.

Вільні цукри відрізняються від власних(натуральних) цукрів, які містяться в цілих свіжих фруктах і овочах, молоці, меді, натуральних фруктових соках. Оскільки немає повідомлених доказів зв'язку споживання внутрішніх цукрів із негативними наслідками для здоров'я.[3]

Діти насправді споживають значно більше вільного цукру, ніж рекомендовано тому тема дослідження є надзвичайно актуальною.

Метою цього дослідження було проаналізувати та виявити вплив вживання вільних цукрів на стан здоров'я дітей.

Методи дослідження: теоретичний аналіз , узагальнення

Результати та їх обговорення.

Сахароза (столовий цукор) і її синтетичний кукурудзяний сироп з високим вмістом фруктози складаються з 2 молекул: глюкози та фруктози. Глюкоза — це молекула, яка при полімеризації утворює крохмаль, який має високий глікемічний індекс, викликає реакцію на інсулін і не дуже солодкий. Фруктоза міститься у фруктах, не викликає реакції на інсулін і дуже солодка. Фруктоза має найбільш виражену солодкість порівняно з іншими цукрами - вона солодша за сахарозу в 1,5 рази та втричі солодша за глюкозу.[5] За нормальних умов від 30 до 50% прийнятої фруктози перетворюється на глюкозу.[10]

Хоча фруктоза бере участь у метаболізмі глюкози, вона не є необхідною для нашого організму. Фруктоза погано всмоктується зі шлунково-кишкового тракту і майже повністю очищається печінкою, що робить її концентрацію в крові значно меншою, ніж концентрація глюкози. Фруктоза всмоктується зі шлунково-кишкового тракту за іншим механізмом, ніж глюкоза, і не стимулює виділення інсуліну з підшлункової залози.[4]

Деякі дієтологи вважають фруктозу менш шкідливою формою цукру для людей з цукровим діабетом, оскільки вона не впливає негативно на регуляцію рівня глюкози в крові, *принаймні в короткостроковій перспективі*.

Фруктозу також вважають основною причиною симптомів у деяких пацієнтів із хронічною діареєю або іншими функціональними розладами кишечника. Занадто багато цукру викликає порушення мікрофлори кишківника. Надлишок глюкози пригнічує корисні бактерії та активізує бродіння, як наслідок може порушуватись дефекація та з'являтися метеоризм.

Крім того, надмірне споживання фруктози може сприяти зростанню поширеності ожиріння, цукрового діабету та неалкогольної жирової хвороби печінки. Довгострокові наслідки споживання фруктози на людей не повністю з'ясовані, але наявні дослідження свідчать про її можливу шкідливість. Ступінь негативного впливу харчової фруктози на людину залежить як від спожитої кількості, так і від індивідуальної переносимості. За кількома винятками, відносно невелика кількість фруктози, яка міститься у природі у фруктах і овочах, навряд чи матиме шкідливий вплив.[6]

Надлишок фруктози стає серйозним фактором ризику для здоров'я дитини.

Насамперед виникає залежність від цукру у дитини та звикання.

Солодкі продукти покращують самопочуття, знижують стрес, а скуштувавши шматок людина хоче ще. Є два умовних механізми, що стимулюють звикання та залежність[7].

Перший – це механізм «винагорода». Клітини в мозку потребують цукри для функціонування, але вони також можуть здаватися для мозку як винагорода, через активне продукування дофаміну.

Другий – це відчуття того, що вам потрібно ще більше цукру. Це стається тому, що коли рівень цукру швидко росте в крові у людей виникає піднесений настрій, збільшується активність і так далі., але потім так само швидко виробляється інсулін, що знижує рівень глюкози в крові. Людина починає відчувати втому та потребу в цукрі. Така «гойдалка» підвищення і зниження цукру, а як наслідок і зміна стану людини стає циклом, який важко розірвати – це може призвести до підвищення загального споживання цукру, що своєю чергою може мати різні побічні ефекти для організму. Особливу небезпеку це несе в дитячому віці, коли дитина ще не може цілком усвідомити небезпеку надмірного споживання вільних цукрів

Хоча фруктоза є джерелом енергії, дія фруктози на організм більше нагадує дію етанолу (зернового спирту), іншого несуттєвого джерела енергії. У цій статті Люстіг Р.Х порівнює метаболічну дія фруктози з дією глюкози та етанолу, і стає зрозуміло, що фруктоза — це «алкоголь без кайфу».[5] Тому надлишок фруктози може викликати захворювання, типові для алкоголізму, - захворювання печінки і серцево-судинної системи. Фруктоза надходить прямо в печінку і може дуже серйозно порушити її функцію. Як наслідок, це часто призводить до таких тяжких захворювань, як метаболічний синдром - надмірне збільшення маси вісцерального (тобто внутрішнього) жиру, порушення ліпідного обміну, підвищення артеріального кров'яного тиску, зниження чутливості периферичних тканин до інсуліну, що може спричинити діабет II типу[8]

Висновки. Дітям принцип здорового харчування зрозуміти набагато важче, ніж дорослому. Особливо тоді, коли дорослий показує неправильний приклад малечі. Не можна однозначно сказати, що фруктоза є шкідливою або корисною. Фактичне споживання дітьми вільних цукрів значно перевищує рекомендації лікарів щодо цього. Зважаючи на це, особливу увагу слід приділяти вихованню здорового стилю харчування в дітей та молоді, зокрема, підкреслюючи користь правильного харчування та ризику неправильного споживання їжі. Варто пам'ятати, що збалансоване харчування - це не лише запобігання хворобам, а й ключ до здорового, енергійного та задоволеного життя. потребам, і це може мати негативний вплив на здоров'я дітей.

Література:

1. Malik VS, Hu FB. Fructose and Cardiometabolic Health: What the Evidence From Sugar-Sweetened Beverages Tells Us. *J Am Coll Cardiol*. 2015 Oct 6;66(14):1615-1624.
2. Рогач І.М., Керецман А.О., Погоріляк Р.Ю., Палко А.І., Микита Х.І., Феєр О.В., Пішковці А.-М.М. Фактичний стан харчування дитячого та дорослого населення Закарпатської області та практичні поради щодо його корекції. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2019. 160 с.
3. Джордж Брей, Наскільки шкідлива фруктоза?, Американський журнал клінічного харчування, том 86, випуск 4, жовтень 2007 р., С 895–896
7. Effects of sugar on the body | excellence in fitness. Excellence In Fitness. URL: <https://www.excellenceinfitness.com/blog/the-effects-of-sugar-on-the-body/>
8. Crosier A. C. How sugar affects the body from head to toe. Murray state university. 2020.
9. Tooth decay. Advancing the nation's oral health through research and innovation | National Institute of Dental and Craniofacial Research. URL: <https://www.nidcr.nih.gov/health-info/tooth-decay>
10. Feinman, R.D., Fine, E.J. Fructose in perspective. *Nutr Metab (Lond)* 10, 45 (2013). <https://doi.org/10.1186/1743-7075-10-45>
11. Fidler Mis, N et al. Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017; 65(6):681-696

КОРЕКЦІЯ ГІГІЄНИЧНИХ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ, ЩО НАВЧАЄТЬСЯ

Іван ЛЯХ,
Тетяна СПРІН,
студенти 1 курсу
спец. 227 Фізична терапія, ерготерапія
Науковий керівник: Ольга МАЛЬЦЕВА,
к.м.н., доц.

Актуальність. Закони здорового способу життя (ЗСЖ) забезпечують своїм послідовникам корисні звички, приносять тілу здоров'я на подовжують тривалість життя. ЗСЖ – це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через посередництво діяльності з оздоровлення умов життя, навчання, відпочинку, побуту.

Незаперечним є факт, що однією з важливих складових ЗСЖ є особиста гігієна — сукупність гігієнічних правил поведінки людини в повсякденному особистому житті й діяльності, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я людини, підвищенню стійкості організму, збільшенню тривалості активного життя [1, 2].

В основних напрямках політики Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо покращення суспільного здоров'я населення планети визначено кількісні та якісні показники, на які треба орієнтуватися в європейських країнах для того, щоб зменшити шкоду, якої завдають шкідливі звички, в тому числі і тютюнопаління. Тютюнопаління – один з найбільш поширених видів побутової токсикоманії, найпоширеніша у всьому світі шкідлива звичка, залежність від нікотину внесено у Міжнародну класифікацію хвороб [3, 4].

Боротьба з тютюнопалінням в навчальному середовищі, попередження шкідливих звичок в середовищі студентів – важливий напрямок профілактичної та виховної роботи, який здійснюється в нерозривному зв'язку з розумовим, фізичним та моральним вихованням. В умовах сьогодення, ускладнення міжособистісних стосунків та зв'язків між людьми, головною цінністю суспільства є збереження життя та здоров'я людини, і це, в першу чергу, передбачає пропаганду здорового способу життя, виховання здорового молодого покоління. Результатом ефективної стратегії зменшення шкоди від паління цигарок є відновлення стану здоров'я, уміння вести ЗСЖ [5].

Мета дослідження: вивчити ефективність стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед молоді, що навчається. **Завдання дослідження:** вивчити

проблему розповсюдженості серед студентів тютюнопаління, негативного впливу тютюнопаління на стан окремих органів та систем; обґрунтувати та вивчити ефективність стратегії зменшення шкоди від тютюнопаління серед студентів. Об'єкт дослідження: стратегія зменшення шкоди тютюнопаління серед. Предмет дослідження – ефективність стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед студентів.

Матеріали та методи. З метою виконання досліджень, були опитані 54 студенти перших курсів, з них 37 (68 %) хлопців та 17 (32 %) дівчат, комплексне обстеження проводилось, на заняттях, повторно – через 2,5 місяці. Опитування проводилося методом самозаповнення студентами анкет.

Результати дослідження. При вивченні розповсюдження тютюнопаління загалом було встановлено, що серед опитаних - 17 (31%) студентів підтвердили, що вони палять цигарки: 12 (70 %) хлопців та 5 (30 %) дівчат. Основною причиною паління серед юнаків встановлено бажання здаватися дорослим, бути в складі групи, та “з цікавості” – 13 (79 %) юнаків. У дівчат – зацікавленість самим процесом паління та бажання здаватися дорослою було виявлено у 5 (30%) осіб. Важливими в прогностичному плані виявилися відповіді студентів на питання, чи є хтось в родині, хто палить цигарки: всі (100%) опитані підтвердили що хоча б один з батьків палить, і робить це в житлових приміщеннях оселі.

При проведенні аналізу щодо впливу тютюнопаління на фізичну, психічну та соціальну складові здоров'я важливим були відповіді на запитання “Чи допомагає випалена цигарка в навчальній діяльності, чи рятує від турбот побутового спрямування?” Для більшості курців, 15 (88 %) осіб, цигарка не була порятунком від проблем у навчанні та в побуті (успішність у навчанні, спілкування з однолітками та вчителями).

Більш детальне опитування дозволило у частини опитаних виділити незначні прояви початкових порушень в діяльності окремих органів та систем, на які вони у більшості випадків не звертали увагу. Так, ураження бронхо-легеневої системи (ранкове кахикання з виділенням в окремі дні мокротиння) спостерігалось у 13 (79%) студентів; початкові прояви ураження серцево-судинної системи (в окремі дні – прискорення серцебиття без явної причини, холодні пальці рук та ніг, мерзлякуватість) – у 10 (59 %) студентів; зміни з боку нервової системи проявлялись (виникали час від часу) такими ознаками, як незначні головокружіння, головні болі, загальна слабкість, роздратованість, зміни настрою, порушення сну – у 7 (34 %) студентів.

Окремий, додатковий комплекс запитань стосувався ступеня володіння опитаного контингенту студентів інформацією про шкідливість тютюнопаління

для здоров'я. На жаль, більшість опитаних, 15 (88 %) осіб (юнаки), вважали, що тютюнопаління не шкідливе для здоров'я.

На сучасному етапі формування знань про неблагоприємний вплив шкідливих звичок на здоров'я людини, науковцями та педагогами розроблено рекомендації, які можуть спонукати курця кинути палити. В основі - допомогти людині зрозуміти, що тютюнопаління не тільки шкідливе для здоров'я, а є також непродуктивним засобом розв'язання життєвих проблем. Студентам було надано додаткову інформацію про неблагоприємний вплив тютюнопаління на стан здоров'я, щоб дати їм можливість усвідомити переваги відмови від паління та довести до них користь, яку приносить здоров'ю відмова від шкідливих звичок. У разі усвідомлення шкоди для здоров'я від тютюнопаління і за наявності мотивації до припинення куріння шанси на успіх хороші (особливо при допомозі батьків та друзів). Важливим було не примушувати відмовитись від паління, а, лише переконуючи, сформувати самостійне рішення кинути палити; докладно пояснювали позитивні ефекти відмови від паління;

Студенти були проінформовані про можливий ризик, пов'язаний з палінням. Виділяли: найближчі наслідки: кахикання, задишка, тахікардія; віддалені наслідки: можливість виникнення серцево-судинної (інфаркт міокарду, мозковий інсульт), бронхо-легеневої (рак легенів, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний бронхіт тощо) патології, втрата працездатності. При цьому було підкреслено, що вживання цигарок з низьким вмістом нікотину або використання інших форм тютюну (кал'ян, сигари, трубки) не усуває ці ризики. Важливим було сприяти розвитку у молоді особи таких життєвих навичок, які могли б протидіяти тиску з боку товаришів; - розвивати в себе почуття самооцінки, особистісної відповідальності за стан здоров'я; - усвідомити переваги здорового способу життя (фізична активність у поза навчальний період, відвідування спортивних секцій, заняття спортом). Зрозуміти, що тютюнопаління - явище протиприродне, розвивати здорові дружні стосунки, вміти боротись з негативними емоціями без цигарок; - розуміти необхідність (у складних ситуаціях) звертатись за порадою і допомогою до батьків, викладачів; - ставити для себе позитивну життєву мету; - рухатись шляхом постійного удосконалення знань, умінь, навичок що забезпечують здорове й повноцінне життя.

За результатами проведених досліджень, після проведення бесід та роз'яснень: частина студентів проявила позитивну мотивацію – бажання відмовитись від шкідливої звички тютюнопаління – 5 (30%) студентів. Всі погодились спробувати: зменшувати поступово кількість цигарок (починаючи

з 1-2 на добу), не випалювати повністю цигарку по довжині (або ділити 1 цигарку на 2-3 перекури). Тримати цигарку в руках (задовольняючи вже вироблену рефлексорну звичку щось тримати в руках), але не запалювати її (тобто свідомо уникати вдихання тютюнового диму). Намагатись уникати перебування в приміщеннях, де зловживають тютюнопалінням, та спілкування з особами, що палять цигарку. Одночасно зазначена група погодилась змінити режим своєї життєдіяльності: збільшити фізичну активність загалом (пішохідні прогулянки, пробіжки, комплекс фізичних вправ в ранкові години включенням дихальних дренажних вправ), відрегулювати сон (лягати спати не пізніше 23.00).

Відповідно до появи окремих скарг як початкових проявів нездоров'я, всім 17 студентам були рекомендовані: фітотерапевтичні засоби: відхаркувальні трави при кашиканні з виділенням мокротиння; заспокійливі збори при неприємних відчуттях в області серця та прискореному серцебитті (з проведенням інструктажу по приготуванню відвару або настою трав'яних зборів); прийоми аутогенного тренування для зняття нервової напруги та зменшення роздратованості.

Повторне опитування та обстеження студентів дозволило зробити певні узагальнення. Втілюючи в життя початкові етапи на шляху позбавлення від шкідливої звички – тютюнопаління, студентів почали більш уважно ставитись до змін у стані свого здоров'я, «прислухатись» до роботи окремих органів та систем в процесі тютюнопаління: самопочуття до початку вдиху тютюнового диму (час появи кашикання, наявність мокротиння та його характеристики, відчуття гіркоти в ротовій порожнині, захриплість голосу, факт появи задишки при піднятті по сходах вище другого або третього поверху, зміни ЧСС, тощо) та відразу після припинення тютюнопаління.

Кількість осіб, що вважають тютюнопаління шкідливим, збільшилась до 15 (88 %), - саме у них спостерігались початкові прояви нездоров'я, в основному з боку бронхо-легеневої системи. Зменшити загальну кількість цигарок, на 2 – 5 штук, що випалювались за добу, вдалося більше, ніж половині (60 %) студентам. Частині студентів, 12 (70 %) осіб, вдалося також заставити себе не палити відразу всю цигарку, а розділити її на дві – три частини. В окремих випадках не запалювати цигарку допомагало смоктання льодяника. Часткові ознаки ураження дихальної системи зменшились, позитивна динаміка змін з боку серцево-судинної системи була менш вираженою, мерзлякуватість та порушення периферійного кровообігу в осному залишались. Початкові ознаки порушень у діяльності нервової системи практично зникли у студентів, які значно

збільшили свою фізичну активність, відрегулювали режим навчального та фізичного навантаження, процес засинання.

Висновки. При вивченні проблеми розповсюдженості тютюнопаління в групі студентів з виділенням основних причин формування такої залежності, було встановлено, що частина студентів не розцінюють паління цигарок як фактор значного негативного впливу на здоров'я людини («шкода від вдихання тютюнового диму якщо і є, то вона залишається низькою»); стан інформованості молоді з питання негативного впливу тютюнопаління на стан здоров'я залишається низьким; частина студентів досліджуваної групи вже має початкові ознаки ураження бронхолегеневої, серцево-судинної та нервової систем і має бажання позбавитись шкідливої звички – тютюнопаління.

В результаті використання стратегії зменшення шкоди тютюнопаління підтверджено значення комплексного підходу у вирішенні проблеми. Більшість студентів усвідомили загрозу можливої втрати здоров'я (як наслідок тютюнопаління), виявили бажання позбутись цієї шкідливої звички. Повторне обстеження підтвердило позитивну динаміку змін основних органів та систем в напрямку нормалізації.

Література:

1. Кручаниця М. І. Основи здорового способу життя. Підручник / М. І. Кручаниця, В. В. Кручаниця, К. П. Мелега, О. А. Дуло, Н. В. Розумикова. Ужгород : ТОВ "РІК-У". 2016. 264 с.
2. Методичні рекомендації до проведення практичних занять з дисципліни «Основи здорового способу життя» / Укладачі: В. В. Брич, І. С. Миронюк, М. М. Дуб, В. Й. Білак-Лук'янчук; Ужгород, 2020. 75 с. С. 40-46.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. Часткові керівні принципи здійснення Статей 9 та 10 Рамкової конвенції ВООЗ щодо боротьби проти тютюну. Прийняті Конференцією Сторін на її четвертій сесії у 2010 р. із поправками, прийнятими на її п'ятій сесії у 2012 р. URL: http://who.int/entity/fctc/guidelines/adopted/article_9and10/ru/index.html
4. Фармацевтичні аспекти тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії С. В. Баюрка, В. С. Бондар, С. А. Карпушина, О. Г. Погосян, С. М. Полуян, В. І. Степаненко, З. В. Шовкова, К. Ю. Нетьосова навчальний посібник, Харків, друкарня ПП «Сергєєв», 2017, 210 с.
5. Войтюк Л. І. Тютюнопаління як загроза життєдіяльності людини, психолого-педагогічний вплив і методи профілактики у студентському колективі / Л.І.Войтюк, С. С. Макарчук, А. О. Нагірняк. Педагогіка здоров'я : збірник наукових праць VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Чернігів, 7–8 квітня 2017 рік). Чернігів, 2017. Т. 1. С. 135-140.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ КОМПЛЕКСНОЮ ДОПОМОГОЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ В ПЕРІОД ВІЙНИ ТА В ПОВОЄННИЙ ЧАС

Наталія КАБАЦІЙ,
*аспірантка другого року навчання
спеціальності 229 «Громадське здоров'я»*
Науковий керівник: Геннадій СЛАБКІЙ,
доктор медичних наук, професор

Забезпечення населення з особливими потребами комплексною допомогою – нагальне питання для держави, яке з часом набуло нових суб'єктів для вирішення, передусім це органи місцевого самоврядування, виконавчої влади на місцях тощо. Таке розширення суб'єктності пов'язане з системними реформами: децентралізації, сфери соціальних послуг, деінституціалізації та супутніх процесів. Відтак актуалізувалася проблема регіонального виміру надання вказаних послуг, яка збіглася у часі з військовим станом, що беззаперечно продукує нові виклики для галузевих інституцій соціального захисту, охорони здоров'я, освіти та ін. Ще один чинник актуальності криється у цифрах. Як уже йшлося у наших попередніх дослідженнях, в Україні до 15% жителів є особами з інвалідністю. При цьому щорічний рівень первинного виходу населення на інвалідність складає до 36 на 10 тис. населення, маючи тенденцію до зростання [5, с. 60].

Серед науково-дослідницьких пріоритетів вітчизняні фахівці виділяють передусім питання надання освітніх послуг особам з особливими потребами (Н. Кеда, Т. Лукіна, Л. Малинович, Т. Нечитайло), інклюзії, забезпечення доступності та безбар'єрності (Г. Агеєва, І. Гевко, Г. Лещук, О. Луговський, Л. Потапук, Я. Чезлова, У. Фесина), організації реабілітації (С. Адирхаєв, Н. Дідик, О. Комар, О. Кравченко, О. Сорока), реалізації нових повноважень на місцях в умовах згадуваних вище реформ (Л. Ємельяненко, Т. Корецька, О. Кришень, В. Кручаниця, І. Миронюк, Г. Слабкий, Ю. Шпарага), впливу війни на психологічний та загальний стан населення (А. Корнієнко, М. Лукашенко, Л. Прохоренко, С. Табаченко, О. Татаренко, О. Тімченко, Н. Шеленкова) та ін.

Отже, метою дослідження є з'ясування особливостей забезпечення населення з особливими потребами комплексною допомогою на регіональному рівні в період війни та в повоєнний час, а дослідницькими завданнями, відповідно, – проаналізувати регіональних акторів, виявити актуальні запити та

виклики, з якими вони стикаються в умовах воєнного стану під час взаємодії з клієнтами.

Інтерпретуючи допомогу населенню з особливими потребами як комплекс послуг, які відповідають їхнім запитам та реальним потребам, ми маємо на увазі:

- медико-соціальні послуги;
- освітні
- та соціально-психологічний супровід.

Інший підхід міг би ґрунтуватися на положеннях Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», в якому визначено напрямки допомоги для осіб з інвалідністю, а саме: професійна, трудова, фізкультурно-спортивна, соціальна, психологічна реабілітації, соціальна допомога, професійна адаптація, психолого-педагогічний супровід тощо [1]. Однак всі ці аспекти відповідають одному з двох критеріїв, наведених вище.

Медико-соціальні послуги передбачають функціонування територіальних центрів соціального обслуговування населення, відповідних медичних та реабілітаційних установ (державної, комунальної, приватної форм власності). Останні попри затребуваність тривалий час перебувають у «підвішеному стані», довго будуються, ще довше стають до роботи. Як зазначає у своєму дослідженні О. Комар, наразі в Україні забезпечення фахівцями з реабілітації не відповідає потребам, що пов'язано з відносно недавнім початком реорганізації системи реабілітаційної допомоги. Існування такої ситуації сформувало у населення та лікарів стереотип необхідності «періодичних госпіталізацій» для «реабілітації» з проведенням, насамперед, медикаментозної терапії. Це призвело до формування великої кількості стаціонарних ліжок, що потребують матеріальних та кадрових ресурсів, і відповідно, завантаження, як доказу доцільності їх існування [4, с. 124].

Серед очевидних проблем, окрім зазначеного браку кадрів, констатуємо й відсутність центрів денного перебування (підтриманого проживання) для осіб з важким ступенем порушення розвитку, рекреаційно-реабілітаційних програм для осіб з особливими потребами тощо. Заперечуючи цілковите перекладання відповідальності за вирішення цих проблем на громади, підкреслюємо необхідність системного фахового діалогу місцевого та центрального рівнів. Визнання існуючої проблеми, пошук шляхів її подолання – це перший крок до поліпшення ситуації.

Сфера освіти на місцях серед суб'єктів надання послуг особам з особливими освітніми потребами вже має інклюзивно-ресурсні центри, де надаються корекційно-розвиткові та психолого-педагогічні послуги. МОН

України серед ключових перешкод для ефективного доступу кожної дитини з особливими освітніми потребами до інклюзивного навчання називає такі:

- недосконалість політик щодо розвитку інклюзивної освіти;
- низька обізнаність про інклюзивну освіту та її переваги;
- недостатній рівень кадрового забезпечення та компетенцій для роботи з дітьми з особливими освітніми потребами;
- обмежений доступ до послуг, необхідних дитині з особливими освітніми потребами та її сім'ї [3].

Сучасна ситуація показує, регіональний вимір проблеми – це середній зріз по країні, але, на нашу думку, діагностувати недоліки на місцях простіше через їхнє безпосереднє унаочнення, територіальну близькість громадян та інституцій, відповідальних за той чи інший напрямок роботи з населенням. Відповідно є більше шансів, що проблема буде чітко артикульована. З іншого боку, ця обставина не є запорукою вирішення проблеми, позаяк брак кадрів, фінансування, досвіду проведення інформаційно-роз'яснювальних кампаній потребує системної роботи усього державного апарату та інтеграції підходу, коли повноважність буде підкріплена спроможністю її реалізації.

Зазначені вади поглиблюються умовами воєнного стану:

- з одного боку, катастрофічним наслідком воєнних дій є збільшення кількості осіб з інвалідністю серед військових та цивільного населення, руйнація соціальної інфраструктури, унеможливлення нормального функціонування соціальних та медичних закладів тощо;
- з іншого боку, масова внутрішня міграція зумовила неконтрольоване збільшення частки населення з особливими потребами у так званих «безпечних регіонах» (переважно захід країни), які не були до цього готові ані кадрово, ані матеріально, ані технічно.

За даними Міжнародної організації з міграції, ВПО, що мешкають у Закарпатській області мають потребу в різноманітних місцевих послугах, у тому числі в загальних медичних послугах (24%), послугах спеціалізованої медичної допомоги (15%), послугах із охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (9%), підтримки осіб з інвалідністю та хронічними захворюваннями (8%), соціальних послугах (7%), догляді за дітьми/дитячих садочках (7%) і початковій освіті (7%) [2]. Непередбачуваними можуть бути наслідки повернення українських біженців з-за кордону, коли замість все ще небезпечних деокупованих територій громадяни обиратимуть інші населені пункти, що точно не сприятиме виходу з кризового стану сфери медико-соціальної допомоги населенню.

Вихід із окреслених обставин має бути комплексним і включати плани різнострокових перспектив. Так, в умовах війни потрібен постійний моніторинг демографічних змін, запитів населення з особливими потребами, об'єктивна оцінка регіональної спроможності задовільнити ці потреби, розширення можливостей надання державної та залученої від третіх сторін гуманітарної допомоги та под. Пovoєнний час – період відбудови інфраструктури, визначення першочергових пріоритетів, продовження реформ, які, акцентуємо, не були поставлені на паузу після повномасштабного вторгнення російських окупаційних військ. Державні інституції та органи місцевого самоврядування обов'язково мають використати переваги сучасного стану міжнародних відносин з такою розгалуженою цільовою підтримкою України з-за кордону. Не менш важливо поглибити комунікацію та співпрацю з неурядовими організаціями, які опікуються вразливими верствами населення. Громадський сектор давно довів свою компетентність у наданні кваліфікованих послуг та рекомендацій і має значний кредит довіри зарубіжних партнерів. Вважаємо, що нинішня ситуація попри всі негативні наслідки зміцнює громадянське суспільство в Україні, чим допомагає державі вирішувати соціальні та інші внутрішні задачі.

Література:

1. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005 р. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 12.05.2023)
2. Картування ситуації та потреб переміщеного населення в Закарпатській області: Дані дослідження MOM (28 березня 2023 р.). URL: <https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/2023-04.pdf> (дата звернення: 12.05.2023)
3. Ключові перешкоди та шляхи їх подолання задля забезпечення якості інклюзивної освіти та ефективного доступу кожної дитини з особливими освітніми потребами до інклюзивного навчання. Міністерство освіти та науки України: Офіційний вебсайт. URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzivne-navchannya/2021/04/02/Tablytsya_inklyuziya_02_04.pdf (дата звернення: 12.05.2023)
4. Комар О. Загальне охоплення реабілітаційними послугами: погляд на проблему. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: Матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю. Харків: Харківський національний медичний університет, 2022. С. 122–125.
5. Слабкий Г., Миронюк І., Кабацій Н., Левко Л. Сучасні організаційно-методичні підходи до забезпечення населення з особливими

потребами медико-соціальними послугами. Сучасні медичні технології. 2020. № 2. С. 59–64.

СПОСІБ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ

Габрієлла ДУДАШ,

аспірантка I курсу спеціальності Громадське здоров'я

Науковий керівник: Валерія БРИЧ,

кандидат медичних наук, доцент

Вступ. День 24 лютого 2022 р. розділив життя громадян України, зокрема і молоді, на періоди «до» та «після» [1, с.204]. З початку повномасштабного вторгнення росії в нашу країну чи не кожен українець зазнав неминучого впливу війни на усі сфери життя. Відбувся перерозподіл звичних побутових речей, серед яких найбільш важливі такі: зміна місця проживання та форми навчання, формату спілкування з друзями та рідними; часті перебування в укриттях через повітряні тривоги та обмеження комендантськими годинами; і як наслідок – постійний стрес, знесилення та апатія [2, с.19]. Ці фактори вплинули на спосіб життя, чутливих та вразливих до будь-яких змін підлітків, що потребує окремого дослідження та зумовлює актуальність даної теми.

Мета. Розглянути інформаційні джерела щодо змін способу життя підлітків під час війни проти російської агресії.

Виклад основного матеріалу. Проаналізувавши наукову літературу визначено, що наразі основну увагу дослідники приділяють психічному та психологічному стану підлітків, а також методам подолання тривожних станів, стресу та депресії, однак питання зміни способу життя підлітків через війну на сьогодні вивчено недостатньо. Одним із досліджень, де розглядали спосіб життя підлітків, було соціологічне опитування «Підлітки та їхнє життя під час війни», проведене благодійним фондом «Клуб добродіїв» за підтримки Plan International <http://surl.li/haidn> [3]. Питання стосувалися навчання, стосунків із друзями й батьками, дозвілля, проблем планування майбутнього, зокрема готовності працювати для України. В опитуванні взяли участь 600 осіб віком 13-19 років.

В результатах дослідження вказано, що українських підлітків також вразила війна, оскільки докорінних змін їхнє життя зазнало саме з моменту вторгнення. Серед основних змін, пов'язаних із війною, – страх за життя та здоров'я – своє і близьких, невизначеність і нерозуміння майбутнього, переїзд до іншого міста чи країни, відсутність світла, інтернету чи зв'язку. Проблемою

автори вказують і масовий перехід до онлайн-навчання, почуття безпорадності, матеріальні потреби й нестачу коштів, комендантську годину й обмеження в пересуванні, недостатність офлайн-спілкування, одноманітність повсякдення, переповненість оселі (усі члени родини постійно перебувають вдома). Попри це підлітки докладали зусилля для самореалізації – ця потреба лишається важливою і в час повномасштабної війни. Вони переважно намагалися старанно вчитися в школі, відвідували різні позашкільні заняття (онлайн-курси, музичні, художні й спортивні школи, заняття з репетитором, самостійно вивчення іноземних мов тощо), переглядали соцмережі.

Зібрані матеріали показують, що повернення до звичних повсякденних занять молодих людей відбувалося не одразу, а поступово. Спостерігалось звикання до нових реалій життя в тилу – до сирен, що сповіщають оголошення повітряної тривоги, та комендантської години [1].

Від поганих новин, хвилювання, тривоги підлітків найчастіше відволікала музика, комп'ютерні та телефонні ігри, спілкування, інтернет, прогулянки, спор, опанування іноземних мов і навчання, читання та час із домашніми улюбленцями. Це також підтверджують підлітки у соціологічному дослідженні «Підлітки та їхнє життя під час війни». Вони діляться, що їх надихають люди, а коли поганий настрій, то розраджує музика та розмови з друзями. Водночас молоді стало важче знаходити друзів під час війни [3].

Адаптуватись до життя під час війни студентам допомагали психологічні прийоми (ведення щоденника, запис своїх думок), а також читання книжок з психології та художня література.

Постійний перегляд новин, що є типовим для масової поведінки під час першого періоду війни, призвів до надлишку різноспрямованої, не завжди перевіреної інформації. Багатогадинний перегляд сторінок соціальних мереж і перечитування новин посилювали відчуття тривоги. Щоб відволіктись від тривожних новин, підлітки користувалися правилами інформаційної гігієни – не перечитувати постійно новини, мінімізувати читання, перегляд і прослуховування інформації про війну; не витратити енергію на з'ясування міжособистісних стосунків, сварки в соцмережах тощо [1].

Використання сучасних інформаційно-комунікаційних каналів теж набуло певних особливостей. Для ознайомлення з новинами молодь надавала перевагу Telegram-каналам. Відео про військову техніку та зброю шукали в YouTube, а матеріали для уроків, опанування мов та інший пізнавальний контент брали з TikTok. Для відпочинку переважно використовували YouTube (пошук оглядів відеоігор через брак часу для особистої гри) та у TikTok (перегляд смішних роликів).

Під час повномасштабної війни молодь активно долучалася до волонтерства. Молоді люди, які перебували в Україні, збирали кошти на Збройні Сили України, плели маскувальні сітки, пакували допомогу та готували чи роздавали їжу, патрулювали вулиці та інше [3]. Студенти, які опинились за кордоном, ділилися досвідом щодо відвідування мітингів на підтримку України та допомоги біженцям [1].

Висновок. Отже, повномасштабне вторгнення росії в Україну вплинуло не тільки на психологічний стан підлітків, а й на спосіб життя, однак на сьогодні це питання вивчено недостатньо та потребує детального дослідження. Проаналізувавши доступну наукову літературу, визначено, що багато студентів повернулися до повсякденних звичайних занять, які вони так само практикували до війни, а також займались улюбленими хобі. Зібрані матеріали демонструють широкий спектр практик, які допомагають молоді побороти негативні психологічні стани: робота заради суспільства (волонтерство, допомога вразливим верствам населення), читання книг, онлайн курси для саморозвитку, спілкування з друзями та рідними, спортивні заняття, хобі, інформаційна «гігієна».

Література:

1. Молодь і війна: за матеріалами есеїв київських студентів. Українське суспільство в умовах війни. 2022: Колективна монографія / за ред. член.-кор. НАН України, д. філос. н. Є. Головахи, д. соц. н. С. Макеєва. Київ, 2022. 410 с.

2. Прокопець А. Особливості психологічного здоров'я молоді в умовах війни. *Магістерський науковий вісник*. 2022. С. 19-23.

3. Соціологічне дослідження: "Підлітки та їхнє життя під час війни" URL: <http://surl.li/haidn>

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РІВНІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ПРОЖИВАННЯ

Гретта ШЕПЕЛЛА,

аспірант 1 року навчання спеціальності 229 Громадське здоров'я

Науковий курівник: Валерія БРИЧ,

кандидат медичних наук, доцент

Актуальність. Фізичне виховання являє собою вид діяльності, спрямованої на задоволення потреб людини та інтересів соціальних груп і суспільства, що здійснюються у межах норм моральності. На сьогоднішній день проблемі соціалізації молодших школярів присвячено чимало робіт.

Дослідники наголошують на тому, що заняття дітей у гуртках та спортивних секціях мають позитивний вплив не лише на показники фізичного розвитку та фізичної підготовленості школярів, а й на їхній соціальний розвиток [1, с. 8; 4, с.150].

Рухова активність – це засіб здійснення рухової функції, який має загальнобіологічне значення. Однак останнім часом спостерігається зниження фізичної активності молоді, що призводить до погіршення здоров'я та функціональних можливостей. Сучасна система фізичного виховання в Україні задовольняє природну біологічну потребу дітей, учнівської і студентської молоді в руховій активності не в повній мірі. Слід пам'ятати, що рухова активність виконує роль своєрідного регулятора росту і розвитку молодого організму, є необхідною умовою для становлення й удосконалювання людини як біологічної істоти і соціального суб'єкта [2, с.47].

Особливого значення набуває організація і проведення навчального процесу з фізичного виховання школярів з урахуванням регіону проживання, особливо – у сільській місцевості, де присутні соціально-економічні та екологічні умови, які є відмінними від умов проживання у містах [6, с.211].

Мета: розглянути можливий вплив соціальних факторів на рівні фізичної активності у дітей шкільного віку сільської місцевості проживання.

Виклад основного матеріалу. Фізична культура і спорт – це соціальні явища, рівень розвитку яких в країні є відображенням соціального запиту з боку держави, її економічного та культурного потенціалу. Рухову активність через належність до однієї з найважливіших біологічних потреб людини визначають чинником позитивного впливу на ріст і розвиток організму та одним з об'єктивних показників його функціонального стану [1,с.2-3; 3, с.188].

В даному контексті цікавими є дослідження американських вчених Роуланда Т., Бар-Ора О., які встановили, що рухова активність та енергозатрати визначаються рядом біологічних, психологічних, соціокультурних та екологічних факторів. В умовах сучасної соціально-просвітницької ситуації взаємодія сім'ї та школи сприяє формуванню сімейної культури у дітей, розвитку особистості дитини на основі духовних, моральних та соціальних цінностей [4, с.152; 5].

Фізичний стан школярів в залежності від місця проживання, соціальних умов знаходиться у центрі уваги дослідників. При цьому як вітчизняні, так і зарубіжні фахівці отримують доволі суперечливі результати. Соціальна система передбачає розробку і організацію окремих взаємозалежних складових: нормативно-законодавчої, програмної, ресурсної, організаційно-управлінської. Це особливо важливо, враховуючи, що досягнення мети фізичного виховання

конкретної людини або групи людей (школярів, студентів) визначається соціально-економічними умовами суспільства, програмно-нормативними і організаційними основами побудови обов'язкового процесу фізичного виховання у навчальному закладі, а також доступністю фізкультурних занять популярними видами рухової активності у вільний час [1, с.15; 6,с.211].

На думку В.М. Хахулі на ефективність організації і проведення занять з фізичного виховання у більшості сільських шкіл впливає ряд типових факторів, серед яких слабка матеріальна база; недостатній розвиток сфери додаткової освіти у задоволенні фізкультурних інтересів і вимог учнів; відсутність моніторингу фізичного розвитку учнів; відсутність чіткої системи в організації самостійних занять. Науковці вважають, що фізичне виховання в сільській школі відрізняється від міської школи та навіть має свої специфічні особливості, що пов'язують з недостатнім розвитком сфери додаткової освіти в задоволенні фізкультурних інтересів і вимог учнів. Ще одною перешкодою проведення повноцінного процесу фізичного виховання в закладах освіти сільській місцевості часто вказують невелику кількість учнів. Крім того, для багатьох сільських шкіл характерна відсутність організації оздоровчої роботи, моніторингу фізичного розвитку учнів, системи організації самостійних занять [6, с.213].

У сільській місцевості виділяють ще ряд структурних та соціальних факторів, які можуть впливати на рівні фізичної активності дітей. Зокрема, важливим є відсутність оперативної кваліфікованої медичної допомоги у населених пунктах через віддаленість від районних центрів. Виділяють також сімейні фактори: зайнятість батьків домашнім господарством; асоціальний спосіб життя окремих сімей, зловживання алкоголем. Досить істотно, але опосередковано, можуть вплинути на стан фізичної активності високий рівень безробіття та зниження реальних прибутків родин. Проте важливими є і низький рівень фізкультурно-оздоровчої роботи з населенням, що часто пов'язано з недостатньою кількістю спортивного інвентарю, обладнання та відповідних приміщень [6, с.212].

Висновки. У результаті опрацювання літератури, встановлено, що низький рівень фізичної активності у дітей сільської місцевості, може бути пов'язаний з низьким рівнем соціального забезпечення, недостатньою кількістю спортивного обладнання, приміщень, відсутністю мотивації прикладом оточуючих та чіткої системи організації занять.

Література:

1. Круцевич Т. Ю. Пангелова Т. Ю. Фізичне виховання як соціальне явище. Теорія і методика фізичного виховання: підруч. для студ. вищ. навч.

закл. фіз. виховання і спорту. Київ: НУФВСУ, Олімп. л-ра, 2017. Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. С. 39-56. Режим доступу: <http://ephshair.phdpu.edu.ua:8081/xmlui/handle/8989898989/4523>

2. Мовчан В. П. Значення рухової активності для здоров'я людини. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наук. праць / за ред. О. В. Тимошенка. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2022. Вип. 11К (156) 22. С 46–49. Режим доступу: <http://ephshair.phdpu.edu.ua:8081/xmlui/handle/8989898989/6678>

3. Степанова І.В. Організаційно-методичні засади рекреаційно-оздоровчої рухової активності різних груп населення. Навч.посібник. Дніпро: «Інновація». 2016. 188с.

4. Сергієнко В. П. Особливості соціального розвитку дітей молодшого шкільного віку з різним рівнем рухової активності. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.М. п. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наук. праць. - Київ: Вид-во НПУ імені М.М. п. Драгоманова, 2018. Вип. 5 (99). С. 150-153. Режим доступу: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/21558>

5. Василега П. А. Фактори, які впливають на рівень рухової активності дітей молодшого шкільного віку. Проблеми розвитку науки в контексті трансформацій суспільства. Матеріали ІІ науковопрактичної конференції (м. Хмельницький, 28-29 серпня 2020 р.). Херсон: Видавництво «Молодий вчений», 2020. 100 с.

6. Пангелова Н. Рубан В. Фактори, які впливають на організацію фізичного виховання молодших школярів у міській та сільській місцевості. Спортивний вісник Придніпров'я. 2016. №1. С.211-214.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Олег ЛЕНДЄЛ,
студент II курсу

Науковий керівник: Олена КОРОЛЬЧУК,
к.н.держ.упр.

Вступ. Проблема вивчення агресії та агресивності є і буде актуальною темою, як в практичних, так і в теоретичних аспектах, тому що в наш час зростає дитяча агресивність, а спроби пояснення агресивних дій молодих людей утрудняється тим, що не тільки в повсякденній свідомості, але й у професійних колах і в багатьох теоретичних концепціях явище агресії одержує дуже суперечливе тлумачення. Підлітковий вік - один з найбільш складних періодів розвитку людини, коли відбувається біологічна перебудова, психічна переоцінка багатьох речей, на фоні чого вони є емоційно нестійкими, що призводить до агресивності і багато в чому визначає все подальше життя людини. Тому вивчення даної тематики є важливим, особливо в сучасних умовах війни в Україні.

Підлітковий вік є одним з найскладніших етапів становлення особистості, підліткова криза сприяє виникненню гострої емоційної нестабільності, підліток починає відчувати себе дорослим, починається розбіжність між “Я-реальне” і “Я-ідеальне”, все це залежить від суспільної думки й однолітків що спричиняє підвищену агресію, ворожість, конфлікційність тощо.

Мета - провести теоретичний аналіз наукових джерел щодо психологічних особливостей прояву агресивної поведінки в підлітковому віці.

Виклад основного матеріалу. Теоретико-методологічними засадами вивчення поставленого питання є дослідження в галузі різноманітних психологічних робіт - переважна більшість праць присвячена вивченню різноманітних форм агресивної поведінки дітей та підлітків (З. Фрейд, А. Басс, О.Б. Бовть, Р.У. Благуца, Б.М. Ткач, С.В. Харченко, Л.В. Чаговець, А. Бандура, С. Берковіц, К. Лоренц та ін. Агресія та агресивність в психологічній науці досліджувалась у різних сферах: зі сторони розвитку особистості, яка виступає суб'єктом життєдіяльності, через діяльнісне опосередкування розвитку особистості, через теоретичний підхід взаємозв'язку соціальних та біологічних факторів становлення та розвитку особистості, зі сторони загальної агресивності, через гуманістичні положення розвитку особистості, через

положення генетичної психології та психологічних особливостей розвитку психіки людини, тощо.

Що таке агресія? Дослідники і науковці до сир пір не визначили єдиного формулювання цього терміну.

У психологічній науці під агресією прийнято називати дії, що наносять людині будь - який збиток: моральний, матеріальний або фізичний. Причому в понятті «агресія» поєднуються різні за формою і результатами акти поведінки - від таких, як злі жарти, плітки, деструктивні форми поведінки, до бандитизму. Агресія - це вмотивована поведінка суб'єкта , яка несе деструктивний характер та суперечить нормам поведінки в соціумі приносячи шкоду об'єктам і суб'єктам спрямування. Агресивність - це готовність суб'єкта до агресивної поведінки , яка виступає особистісною характеристикою .

Агресивність має якісну і кількісну характеристику. Як і всяке властивість, вона має різний ступінь виразності, від майже повної відсутності до його граничного розвитку. Кожна особистість повинна мати певний ступінь агресивності. Відсутність її призводить до пасивності, відомості, конформності і т.д. Надмірний розвиток її починає визначати весь вигляд особистості, яка може стати конфліктною, нездатною на свідому кооперацію і т.д. Сама по собі агресивність не чинить суб'єкта свідомо небезпечним, так як, з одного боку, існуюча зв'язок між агресивністю і агресією не є жорсткою, а з іншого - сам акт агресії може не приймати свідомо небезпечні і неодолимі форми. У життєвому свідомості агресивність є синонімом «зловмисної активності». Однак саме по собі деструктивна поведінка «зловмисністю» не володіє, такий його робить мотив діяльності, ті цінності, заради досягнення і володіння якими активність розгортається. Зовнішні практичні дії можуть бути подібні, але їхні мотиваційні компоненти прямо протилежні.

Виходячи з цього, можна розділити агресивні прояви на два основних типи: 1) мотиваційна агресія, як самоцінність і 2) інструментальна агресія, як засіб (маючи на увазі при цьому, що і та і інша можуть виявлятися як під контролем свідомості, так і поза ним, і пов'язані з емоційними переживаннями: гнів, ворожість). Практичних психологів більшою мірою повинна цікавити мотиваційна агресія як прямий прояв, реалізація властивих особистості деструктивних тенденцій. Визначивши рівень таких деструктивних тенденцій, можна з великим ступенем ймовірності прогнозувати можливість прояву відкритої мотиваційної агресії.

Однією з детермінант агресивної поведінки серед підлітків є булінг, який на сучасному етапі психологічних досліджень вивчається, є актуальним питанням на яке дослідники даної проблеми шукають шляхи вирішення

(наприклад, Д. Лейн, В. Ортон, О.Барліт, А. Король, І. Бердишев, А. Чернякова, О. Романова і інші). Явище булінгу досить поширене в сучасній школі, проте не достатньо досліджене з точки зору теорії та практики. Проблема булінгу серед підлітків частіше замовчується та не обговорюється, хоча і в нашій країні за останні роки булінг та його наслідки для особистості набули суспільного значення. Часто булінг не вважається проявом насильства чи агресивності: вчителі та керівництво шкіл турбується про репутацію, учні перебувають в ситуації страху, батьки вважають, що це загартовує характер їхніх дітей, або навпаки – батьки постійно тікають від вирішення проблеми, змінюючи навчальні заклади, тощо. Тобто, проблематика булінгу в шкільному середовищі не вивчається і не вирішується достатньо, а набуває більшого поширення та зростання агресивності серед дітей.

Саме доволі високий рівень агресивності в суспільстві та особливо серед сучасних підлітків свідчить про актуальність тематики булінгу на сучасному етапі психологічних досліджень. Не дивлячись на велику кількість теоретичних та практичних досліджень з теми агресивності особистості, зокрема і підліткової, сьогодні існує велика кількість невирішених питань, що роблять дану тематику актуальною.

Серед факторів-чинників, які впливають на агресивність особистості можна виділити наступні: статеві, вікові, освітні причини, професійні, соціальні, соціокультурні, економічні, біологічні. Серед найпоширеніших форм та типів агресії в психології виділяють наступні: фізична агресія, вербальна агресія, пряма агресія, непрямая агресія, інструментальна агресія, ворожа агресія, аутоагресія.

Підлітки часто схильні відтворювати агресивну поведінку своїх батьків у стосунках та при вирішенні конфліктних ситуацій. Наприклад, під час конфлікту між братами чи сестрами, підлітки керуються зразками батьківської агресивної поведінки, і обирають так ж методи вирішення конфлікту як і їх батьки – тобто відбувається наслідування. Коли відбувається поєднання різних негативних факторів – то можна говорити про виникнення емоційних порушень у відносинах з оточуючими людьми. Часто підлітки потрапляють під негативний вплив підліткової групи, яка може впливати на формування асоціальної поведінки та життєвих цінностей. Також, спосіб життя підлітків, їх оточуюче середовище та коло осіб, з якими вони спілкуються, може призводити до формування девіантної поведінки. Сучасні підлітки часто спостерігають за своїми однокласниками і копіюють форми їхньої поведінки під час різних конфліктів та складних ситуацій.

Також, варто зазначити й те, що великий вплив на формування агресивності та агресивної поведінки серед підлітків здійснюють засоби масової інформації (ЗМІ). Надмірне демонстрування насильства на телебаченні та перегляд підлітками жорстоких сцен знижує чутливість дітей до агресії, а також зменшує важливість внутрішніх ресурсів, які стримують прояв агресії. Вплив ЗМІ породжує прояв агресивності в підлітковій поведінці та формує невірний образ сприйняття соціального оточення та реальності.

Підлітковий вік поєднує в собі певні періоди із різними рівнями прояву агресивної поведінки. Проаналізуємо їх зміст: у підлітковому віці 10-11 років у дітей спостерігається критичне ставлення до своєї особистості, хлопці та дівчата негативно себе характеризують - у них переважає прояв грубості та жорстокості; переважає прояв фізичної агресивності, найменше вони використовують непрямую агресію; у підлітковому періоді віком у 12-13 років у юнаків та дівчат зберігаються негативні якості та прояв негативних форм поведінки, проте додається оцінка зі сторони оточуючих – батьків, вчителів та друзів; найбільшого прояву отримує негативізм, і зростає також і фізична й вербальна агресія; у підлітковому періоді віком у 14-15 років уже можна спостерігати ситуацію, коли підлітки здатні співставляти індивідуальні особистісні риси та форми поведінки відповідно до норм та правил; домінує вербальна агресія.

Висновки. Прояви агресій можуть відбуватися під впливом різноманітних чинників, під які особливо активно підпадають підлітки, що формує асоціальну шкалу життєвих цінностей. Сам спосіб життя, середовище, стиль і круг спілкування сприяють розвитку і закріпленню девіантної поведінки. Таким чином, негативний мікроклімат, що має місце, в багатьох сім'ях обумовлює виникнення агресії, грубості, прагнення робити все на зло, агресивності і руйнівних дій. Серед головних чинників, які впливають на агресивність підлітків та їх агресивну поведінку можна назвати наступні: спрямованість та самосвідомість – низький рівень моральних уявлень та цінностей, неадекватна самооцінка, тощо; індивідуально-психологічні чинники – нестабільність прояву емоцій, висока тривожність, низький показник інтелекту, відсутність самоконтролю; соціально-психологічні чинники – статус в групі, низька адаптація, негативний емоційний клімат в сім'ї, погане виховання, вплив ЗМІ та соціальних мереж, тощо.

Література:

1. Бандура А. Підліткова агресія / А. Бандура, Р. Уолтерс, 2000. – 256 с.

2. Балухтіна О.М., Довженко Д.В. Соціологічні виміри агресивної поведінки підлітків. Тези доповідей науковопрактичної конференції/Редкол.: В.В. Наумик (відпов. ред.)– Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2020.-С. 90-91.

3. Бегеза Л. Є. Особливості впливу взаємин у сім'ї на агресивність підлітків з адиктивною поведінкою / Л. Є. Бегеза, В. В. Трофимчук // Психологічний часопис.- 2019. - Т. 5.- Вип. 12. - С. 207-219.

4. Борисова В. О. Агресивність у підлітковому віці та вплив на неї вікових криз / В. О. Борисова, О. В. Ігнатенко // Вісник Київського інституту бізнесу та технологій. - 2017. - № 2. - С. 75.

ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧИХ СТРАХІВ У ДОШКІЛЬНОМУ ВІЦІ

Оксана ТОМИЩ,

студентка II курсу

Науковий керівник: Олена КОРОЛЬЧУК ,

Вступ. На сьогоднішній день збільшилась кількість дошкільнят, які виявляють прояви агресії, тривожності, емоційної нестабільності, емоційна дисрегуляція, яка в майбутньому може призвести до порушення формування характеру, психологічних особливостей дитини. Зокрема, невротичні страхи виникають через давні і невирішені проблеми, переживання або сильні психічні потрясіння. Страхи вимагають особливої уваги з боку психологів, педагогів, батьків, оскільки в таких випадках, дитина стає ригідною, напруженою, її поведінка характеризується пасивністю, розвивається закритість. Ситуація ускладнюється тим, що сучасні українські дошкільнята живуть у воєнний час, тому психіка дитини недостатньо стійка і буде схильна до додаткових негативних впливів. Страхи дошкільників різноманітні і потребують психолого-педагогічної корекції.

Мета – теоретично та за допомогою проєктивних методик обґрунтувати специфіку, дитячого страху у дошкільному віці.

Виклад основного матеріалу. Страх - це емоційний стан, який виникає при зіткненні або очікуванні загрозливого або шкідливого стимулу. Страх вважається емоційним процесом негативного забарвлення, що свідчить про наявність неблагополуччя в розвитку емоційної сфери . Від переживання страху слід відрізнити тривогу та стан тривожності. Розуміння різниці між страхом і тривоگوю необхідне для правильної корекційної допомоги дитині. На відміну від страху, тривога є віддаленим і невизначеним переживанням небезпеки. Дитячі страхи певною мірою зумовлені віковими особливостями і є

тимчасовими. Однак тривалі страхи є ознакою психічного розладу і можуть мати негативний вплив на психічне здоров'я та розвиток дитини.[72]

Загалом, причини страху у дітей дошкільного віку можна класифікувати наступним чином:

Первинною причиною є певна ситуація, подія або інцидент у житті дитини. Наприклад, якщо дитині батьки розповідають, що в темних місцях живуть страшні істоти, це може бути пов'язано з тим, що дитина буде боятися собак або негативних персонажів. Цей тип легко піддається корекції і часто зникає спонтанно, якщо неприємна подія не повторюється. Друга причина - особистісні особливості дитини, її емоційна чутливість, сприйнятливність і тривожність. Це тривожність, пов'язана з тим, що часто діти відчують багато страху стають недовірливими і переносять страхи і занепокоєння своїх батьків на себе. Третя причина - залякування у вихованні. У цьому випадку діти дошкільного віку частіше стикаються зі страхами перед тваринами, стихійні лиха, хвороби, смерті та нічних кошмарів. Часті нічні кошмари.[2]

Вітчизняні та зарубжні психологи та психіатри проводили дослідження різних аспектів проблеми страху.(Л.Виготський, О.Запорожець, Г.Костюк, В.Бехтерев, В.Леві, Г. Еберлейн, К. Ізард, В.Купер, З.Фройд, Б.Пере, С.Холл, К.Хорні). У словнику сучасної психології за редакцією В. Юрчука зазначено, що "страх – афективно почуттєва емоція, яка виникає в обставинах превентивності – погрози – остраху за свою соціальну або ж біологічну екзистенцію у суб'єкта».[3]

Як зазначала К. Хорні, страх, як і тривога, є адекватною реакцією на небезпеку, але у випадку страху, небезпека носить явний і об'єктивний характер, а в тривожних ситуаціях - прихований і суб'єктивний.[1] З точки зору біхевіористів, страх є результатом травматичного виховання суб'єкта, який взаємодіє з певними людьми.[2]

Іншу точку зору висловлюють представники психоаналізу. Вони висунули першу гіпотезу. Вважається, що причиною страхів дитини є первинна травма, пов'язана з відсутністю матері або розлученням з мамою. Серед опитаних дошкільнят дуже поширеними є страх темряви (страшні сни), соціальні страхи (страх залишитися вдома наодинці) та страхи, пов'язані з фізичною шкодою (дорожній рух, несподівані звуки, пожежа.)

Проаналізуємо основні методи, спрямовані на роботу зі страхами дітей. Одними з найпоширеніших методів є арт-терапія (казко-терапія, лялькотерапія) та ігрова терапія. Ці методи вважаються найефективнішими, оскільки є звичними та улюбленими видами діяльності для дітей.

Ігрова діяльність має особливе значення в психологічному розвитку дітей (Л., 1966; А.Н. Леонтьєв, 1972; Д.Б. Ельконін, 1999). Сюжетно-рольова гра є основним видом діяльності дітей дошкільного віку (Д.Б. Ельконін, 1999, А.Н. Леонтьєв, 1972). Це діяльність, в якій дитина оволодіває цілою системою відносин, спочатку емоційно, а потім інтелектуально, і є особливою формою освоєння дійсності шляхом її відтворення та моделювання.[73]

Висновки. Таким чином, проблема розробки комплексних програм з використанням психологічних технік для модифікації дитячих страхів залишається актуальною. Невирішеними залишаються питання структури програм, тематичного наповнення, критеріїв оцінки ефективності та врахування вікових особливостей дітей. Більшість програм не спрямовані безпосередньо на корекцію дитячих страхів, а лише підвищують загальний рівень психічного здоров'я. Існує потреба в розробці корекційно-розвивальних програм, спрямованих на роботу з дитячими страхами. Це стосується дитячих видів діяльності, які сприяють посиленню та активізації розвитку, допомагають дітям повноцінно прожити свій вік і, таким чином, підвищують їхні емоційні ресурси та зменшують кількість тривог і страхів.

Література:

- "МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ДИТЯЧИХ СТРАХІВА" Д. Семеняга
- Мазур А.В. Страх як психологічна проблема особистості. Практична психологія та соціальна робота. - 2002.
- Ольховецький С.М. Феноменологія тривоги та страху // Проблеми сучасної психології. - 2010.
- Проблеми розвитку та корекція емоційної сфери дошкільників Упоряд. О.А. Атемасова. Х.: Ранок, 2010.
- Пов'якель Н.І. Психологія дитячих страхів.- К.: Шк. світ, 2011
- КОРЕКЦІЯ ДИТЯЧИХ СТРАХІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІГРОВИХ МЕТОДИК. Покришко Д.Є., Кисла О.Ф.

ТЕМПЕРАМЕНТ ЯК ПСИХОЛОГІЧНЕ ЯВИЩЕ

Анатолій ПАВЛЮ,

студент 2 курсу

Науковий керівник: Олена КОРОЛЬЧУК,

к.н.держ.упр.

В наш час вивчення темпераменту, як психологічного явища, є актуальним питанням для науковців, теоретиків та практиків, так як саме темперамент дозволяє виявити в людині її можливості, сильні особистісні

властивості, з метою якісного та найефективнішого використання її потенціалів в життєдіяльності. В нормальних умовах темперамент має прояв лише в особливостях індивідуального стилю і не визначає результативність діяльності. Тому кожній людині потрібно мати уявлення про типи темпераменту і властивості нервової системи, про власний тип темпераменту, вміти визначати особливості темпераменту іншої людини за поведінковими виявами, особливо враховуючи, що розуміючи особливості темпераменту людини легше визначити схильності до її майбутньої професії.

Питаннями щодо дослідження темпераменту, як психологічного явища, займалися такі вітчизняні та зарубіжні дослідники, як: І.П. Павлов, В.С. Мерліна, В.В. Білоус, В.Д. Небиліцин, М.Д. Левітова, О.Г. Ковальов Б.М. Теплова та ін.

Мета. Метою дослідження було здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо вивчення темпераменту як психологічного явища.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз, синтез, узагальнення.

Результати дослідження.

Уперше систематичні знання про динамічні характеристики людини і причини що обумовлюють їх формування, можна знайти в працях античного лікаря Гіппократа (460-377 рр. до н. е.), які ввійшли до «Збірника Гіппократа». На основі кожного типу формуються різні системи умовних нервових зв'язків, але сам процес їх формування залежить від типу нервової системи. Тим самим тип нервової системи надає своєрідності поведінці людини, накладає характерний відбиток на всю її сутність - визначає рухливість психічних процесів, їх стійкість проте він не є вирішальним чинником поведінки, вчинків, переконань, які формуються в процесі індивідуального життя людини так в процесі виховання [1].

Властивості темпераменту у підлітковому віці, можуть впливати на характер міжособистісних стосунків. Стосунки і відносини з іншими людьми важливі і актуальні для людини будь-якого віку, проте їх значимість посилюється саме у підлітковому віці, адже цей період сензитивний до розширення та збагачення стосунків. У сучасній психології існує безліч думок щодо місця міжособистісних стосунків у життєдіяльності людей. Оскільки будь-яка особистість розглядається в її взаємозв'язку з іншими представниками певної соціальної групи, до якої вона належить, то саме в людських стосунках виявляється глибинний зміст людського «Я» [3].

Темперамент – це сукупність певних властивостей, які досить стійко характеризують динамічні особливості психіки індивіда; індивідуально-типологічна характеристика людини, що виявляється в силі, напруженості,

швидкості та врівноваженості перебігу її психічних процесів. У кожному випадку це зафіксована у вигляді психологічного поняття форма прояву, притаманного конкретному індивіду способу життя. Активність, реактивність, сенситивність, пластичність, екстраверсія, темп реакцій, емоційність, значною мірою визначають, як людина живе, в який спосіб вона встановлює і реалізує свої стосунки зі світом [2].

Л. Лесгафт розробив оригінальну теорію, згідно з якою в основі проявів темпераменту лежать властивості системи кровообігу. На думку вченого, діаметр судин і товщина стінок визначають швидкість і силу кровотоку, від якого залежить швидкість обміну речовин в організмі і, як наслідок, - індивідуальна характеристика темпераменту [5].

Конституціональна типологія У. Шелдона. У основі уявлень Шелдона лежить припущення про те, що особливості будови тіла є наслідком розвитку тканин, що походять із трьох зародків: ендоморфного, мезоморфного і екторморфного. Для ендоморфного типу характерні м'якість та округлість зовнішнього вигляду, слабкий розвиток кісткової та м'язової систем. Мезоморфний тип має міцну м'язову систему, широкі кістки, атлетичність і силу. Екторморфний тип конституції характеризується витонченістю і тендітністю тіла, відсутністю виразної мускулатури [5].

І. Кант представив у своїй "Антропології" формальний опис чотирьох типів темпераменту. Він вважав органічною основою типів темпераменту якісні особливості крові. І. Кант уперше дав психологічну характеристику типів темпераменту, запропонував класифікацію властивостей темпераменту і характеру людини. Сангвінічний і меланхолічний типи темпераменту Кант розглядає як темпераменти почуття, а холеричний і флегматичний - як темпераменти дії [5].

Г. Айзенк побудував свою модель типів темпераменту. Поєднання емоційної стійкості з екстраверсією він ототожнює з типом сангвініка; емоційної лабільності й екстраверсії - з типом холерика; емоційної стійкості з інтроверсією - з типом флегматика, а емоційної лабільності з інтроверсією - з типом меланхоліка (Палій, 2010) [3].

Інші дослідники, А. Басе і Р. Пломін (Buss, Plomin, 1975), які розробили найбільш популярну в сучасній американській психології концепцію темпераменту, вважають, що у характеристиках темпераменту повинні відображатися стильові особливості поведінки, його експресивні, а не змістовні аспекти. Однак віднесення поведінкової риси до числа стильових особливостей не є, на їхню думку, достатньою умовою, щоб говорити про цю рису як про прояв темпераменту. Щоб конкретна риса могла вважатися властивістю

темпераменту, вона повинна задовольняти ще п'ятьма критеріями. Основним критерієм є спадкова обумовленість властивостей темпераменту (Егорова, 1997) [3].

Американські дослідники А. Томас і С. Чесс (Chess, Thomas, 1986) мають на увазі під темпераментом стиль поведінки. На думку цих авторів, вивчаючи темперамент, можна відповісти на питання, як людина діє в різних ситуаціях. Наприклад, поведінковий стиль (або темперамент) не дозволяє оцінити, чому людина вчинила тим чи іншим чином, що їй подобається або яких успіхів вона може досягти в різних видах діяльності. Інакше кажучи, особливості темпераменту не належать ні до змісту, ні до мотивації, ні до успішності діяльності [3].

Темперамент істотно впливає на формування багатьох важливих рис людини, її здібностей, виступає необхідною умовою регуляції і адаптації людської поведінки в нормальній ситуації [3].

В умовах певної професійної діяльності від типу темпераменту залежить стратегія підготовки людини до роботи і динамічний аспект її виконання, але аж ніяк не успішність досягнення кінцевого результату. Наприклад, дослідженнями було встановлено, що продуктивність праці ткаць багатостаночниць безпосередньо не зумовлена такими властивостями, як рухливість чи інертність. [4]

Так само мало впливають на результати роботи водіїв автобусів сильний чи слабкий тип нервової системи. Отже, в масових професіях властивості темпераменту, впливаючи на діяльність, не визначають її продуктивності, оскільки одні властивості можуть бути компенсовані іншими. [4]

Щоб установити, чи відповідають властивості темпераменту вимогам професії, здійснюють професійний відбір. Це спеціальна процедура визначення професійної придатності, яку проводять на підставі психологічної діагностики властивостей темпераменту. [4]

Існують спеціальності, якими не можна успішно оволодіти лише завдяки компенсації одних властивостей іншими. Так, у професіях космонавта, льотчика-випробувача, диспетчера аеропорту, оператора швидкоплинних технологічних процесів, чия діяльність відбувається в екстремальних умовах, пов'язаних із небезпекою, великою відповідальністю, вимоги до психіки дуже великі. У них висока тривожність, ригідність, низький темп діяльності не можуть бути компенсовані іншими властивостями. Тому в цих випадках властивості темпераменту визначають професійну придатність. [4]

Висновки

В ході даного дослідження нами здійснено теоретичний аналіз наукової літератури щодо темпераменту, як психологічного явища. Дослідження та розуміння темпераменту є досить важливими, так як це допомагає людям в різних сферах життєдіяльності, у т.ч. легше пристосуватися та будувати комунікації, розуміти один одного, обирати професію тощо.

Література:

1. <https://vseosvita.ua/library/embed/010026g6-e938.docx.html>
2. <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/254887>
3. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2020-53-3-3-164-179>
4. <https://osvita.ua/vnz/reports/psychology/29163/>
5. https://pidru4niki.com/12590605/psihologiya/osnovni_pidhodi_doslidzhennya_temperamentu.

«Я-КОНЦЕПЦІЯ» ОСОБИСТОСТІ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА У ВІТЧИЗНЯНІЙ І ЗАРУБІЖНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

Софія ГАРБУЗОВА,

студентка 2 курсу спеціальності 053 Психологія

Науковий керівник: Олена ЯЦИНА,

професор

Актуальність теми. Внутрішній світ людини давно був однією з провідних тем для дослідження науковців з різних галузей науки та практики. Вчення про свідомість та самосвідомість становлять не тільки основу для теоретичного вивчення проблеми становлення особистості, але й для вирішення практичних питань, а саме формування життєвої позиції, переживання внутрішньої кризи, самоактуалізації та саморозвитку. Одним із базових понять самосвідомості є «Я-концепція» особистості, що являє собою динамічну систему уявлень людини про себе, яке включає усвідомлення своїх фізичних, інтелектуальних, природних властивостей та самооцінку особистості. «Я-концепція» виявляється в самооцінці, почутті поваги до себе, рівні домагань. У багатьох психологічних теоріях «Я-концепція» є одним із центральних понять.

За сучасними уявленнями Я-концепція – це стрижневе утворення онтогенетичного розвитку людини, центральна ланка самосвідомості, відносно стабільна, і водночас динамічна, і, певною мірою, усвідомлена система уявлень особи про саму себе, цілісний образ власного «Я». Я-концепція є результатом особистісного розвитку людини. Це система самосприйняття, розуміння, визначення себе суб'єктом, що складається на основі взаємодії з навколишнім середовищем. Це відносно стійка система вираження множинних «Я», система

установок, спрямованих на самого себе, що включає на різних рівнях свого прояву такі механізми, як когнітивний, емоційний, вольовий, поведінковий. Я-концепція як система розвивається в процесі самоактуалізації особистості на основі позитивного ставлення до себе [3].

Упродовж сторіч теологи, філософи і громадські діячі сходилися у тому, що витоки і наслідки уявлення людей про себе, або «Я-концепція», заслуговують найсерйознішої уваги. Проте при цьому практично не робилося спроб дати однозначне визначення «Я-концепції». Складність та багатогранність «Я-концепції» обумовлюється її сутністю, змістом, структурою та методами вивчення.

Існують дослідження, у яких вивчається проблема «Я-концепції» у різних вікових періодах. Так, І.С. Булах та Л.В. Долинська висвітлюють особливості «Я-концепції» у зрілому віці. Серед зарубіжних і вітчизняних науковців феномен Я-концепції особистості досліджували Б.Г. Ананьєв, Л.І. Божович, Л.С. Виготський, І.С. Кон, В.В. Столін, Р. Бернс, У. Джеймс, Дж. Кемпбел, Дж. Мід, К. Роджерс та ін.

Серед сучасних українських вчених питання Я-концепції представлені у науковому доробку О.М. Знанецької, Н.І. Жигайло, У.В. Кіреєвої, С.Д. Максименка, Т.М. Титаренко, О.Є. Фурман.

Але на сьогодні ще досі залишаються відкритими питання, наскільки всі ці уявлення у суб'єкта насправді існують як відносно самостійні, наскільки вони по-різному пов'язані із самоставленням і поведінкою у відповідних ситуаціях.

Причини формування багатозначності у визначенні змісту Я-концепції та її компонентів слід виділити такі: вікові характеристики Я-концепції; прийняття людиною різноманітних соціально-психологічних ролей; багатогранність потреб і діяльностей індивіда; соціально-психологічні особливості сприймання людиною себе і найближчого довкілля; широкомасштабний спектр методологічних основ при конструюванні цього терміну тощо.

Мета полягає в аналізі підходів до визначення поняття та структури «Я-концепції» особистості.

Методи дослідження. Найпоширенішими варіантами прямих методів дослідження Я-концепції є: особистісні опитувальники, стандартизовані самозвіти, модифіковані варіанти методик семантичного диференціалу, методики побудовані за принципом зіставлення і ранжування, методики спрямовані на визначення Я-образів та уявлень про себе. В їх основу покладено припущення про те, що вони відносно адекватно відображають уявлення опитуваного про себе, а відповідно, відповідаючи на запитання опитувальника

учасник експерименту визначає який опис і в якій саме мірі збігається з його уявленнями про себе.

Результати дослідження. В науковій літературі, незважаючи на підвищену увагу дослідників, передусім філософів, психологів, соціологів і педагогів до пізнання природи цього складного внутрішнього утворення, знову постала проблема вдосконалення психологічної теорії Я-концепції на тлі низки самобутніх наукових підходів (концептуальних схем) до обґрунтування змісту, структури цієї універсально-унікальної реальності психічного світу людини. Я-концепція виникає в людини у процесі розгортання соціальної взаємодії як винятковий результат її культурного розвитку, відносно стійке і водночас піддатливе внутрішнім коливанням і змінам психічне утворення. Вона справляє значимий вплив на перебіг життя людини від дитинства до глибокої старості, зумовлюючи той чи інший вибір життєвого шляху та її власної долі загалом. Відтак первинна залежність Я-концепції від зовнішніх умов та обставин суспільного життя не підлягає сумніву, хоча зрозуміло, що з віком вона відіграє все більш самостійну роль у житті людини. Це означає, що навколишній світ, уявлення про інших сприймається кожним через самітний формат Я-концепції, котра формується за етапами соціалізації та організованого виховання і одночасно має відповідне соматичне, передусім індивідуально - природне спричинення. Її головні функції – утвердити у самосвідомості людини своєрідне відчуття визначеності в соціальному просторі, ідентифікуватися з конкретним довкіллям, досягнути благодатного само-ототожнення.

«Я-концепція» виступає одним із центральних понять психологічної науки, що, на думку дослідників може розглядатися: 1) як вияв самосвідомості особистості щодо оцінювання себе як суб'єкта практичної і теоретичної діяльності; 2) як неповторність особистості; 3) як сукупність усіх уявлень про себе.

Література:

1. Жигайло Н. І., Шибрук О. В. Проблема феномену та структури «Я-концепції» особистості в контексті поглядів вітчизняних і зарубіжних дослідників. https://eprints.oa.edu.ua/3079/1/Zhygailo_NZ_Vyp_26.pdf

2. Гресько І. ЯСНІСТЬ Я-КОНЦЕПЦІЇ ЯК ЧИННИК ГАРМОНІЙНОЇ ОСОБИСТОСТІ http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/10_2021/8.pdf

3. Дмитрова Т. В. Образ «Я» як регулятор міжособистісних стосунків у ранній юності : дис. ... канд. психол. наук. : 19.00.07 / Тетяна Володимирівна Дмитрова. – К. 2013. – 187с.

4. ДУДНИК О.А. БЕЗПОРАДНІСТЬ У СТРУКТУРІ Я-КОНЦЕПЦІЇ ОСОБИСТОСТІ <https://ra.vnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/08/Avtoreferat-Dudnyk-O.A.pdf>

5. Катаєв Є.С. ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ Я-КОНЦЕПЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol3_1/22.pdf

6. Подофєй С.О. Я-КОНЦЕПЦІЯ ЛЮДИНИ ЯК ПОТЕНЦІАЛ СТАНОВЛЕННЯ ЇЇ СУБ'ЄКТНОСТІ <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2017/10.2/18.pdf>

ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Валентина КЛЕНОВСЬКА,

студентка 2 курсу спеціальності 053 Психологія

Науковий керівник: Олена ЯЦИНА,

професор

Актуальність теми. Шкільний вік – це період у житті людини, який охоплює вік від приблизно 6-7 до 16-18 років і пов'язаний з навчанням в початковій, середній та старшій школі. Цей період є критичним для формування особистості, адже в цей час дитина проходить через низку розвиткових етапів, психологічних змін і соціальних викликів. Школярі у цьому віці зазвичай активні, допитливі та цікавляться навколишнім світом. За дослідженнями Джеральда Ниренберга ми всі маємо досить чітке уявлення про те, як дитина змінюється фізично, як розвиваються її рухові навички в міру дорослішання. Молодший школяр – ще маленька людина, але вже дуже складна, зі своїм внутрішнім світом, зі своїми індивідуально-психологічними особливостями. Молодший шкільний вік називають вершиною дитинства. Дитина зберігає багато дитячих якостей – легковажність, наївність, погляд на дорослого знизу вгору. Та вже починає втрачати дитячу безпосередність у поведінці, у нього з'являється інша логіка мислення.

Проблема поведінки дітей у молодшому шкільному віці є однією з найскладніших у розвитку і вихованні дітей цього віку. Крім того, молодший шкільний вік відносять до криз вікового розвитку, а в психології поняття вікових криз асоціюється зі станом вираженої конфліктності. Отже, можна зробити висновок: криза молодшого шкільного віку серед інших вікових криз є однією із найважчих і конфліктних.

З огляду на зазначене актуальним стає дослідження деструктивної поведінки молодших школярів.

Мета дослідження полягає у з'ясуванні причин та особливостей виникнення деструктивної поведінки молодших школярів, та вироблення рекомендації щодо їх подолання.

Методи дослідження. У ході дослідження нами було використано такі методи: теоретичні (аналіз психолого-педагогічної літератури з метою вивчення стану проблеми, різних точок зору, визначення власних позицій у досліджуваній проблемі); емпіричні (спостереження за навчальним процесом; вивчення досвіду вчителів, бесіди з ними), психодіагностичні (використання стандартизованих тестів для визначення рівня деструктивної поведінки)

Результати дослідження. Деструктивну поведінку В. Павелків трактує як руйнівну для людини, яка характеризується істотними відхиленнями від існуючих психологічних і навіть медичних норм, в результаті якого сильно страждає якість життя людини. Особистість перестає критично переглядати і оцінювати свою поведінку, виникає незрозуміння того, що відбувається і когнітивне спотворення сприйняття в цілому. Як підсумок знижується самооцінка, виникають різного роду емоційні порушення, що призводить до соціальної дезадаптації, причому в самих крайніх проявах. До проявів деструктивної поведінки згаданий вище науковець відносить деформацію мотивів поведінки, деформацію потреб, зміни характеру і темпераменту, порушення вольового управління поведінкою, неадекватну самооцінку і проблеми в спілкуванні з оточуючими.

За даними психологічних досліджень вікових особливостей особистісного розвитку (Л. Артемова, О. Кононко, В. Котирло, Ю. Приходько, Т. Рєпіна, О. Рузька, Д. Ельконін та ін.), інтенсивне засвоєння способів поведінки у стосунках з іншими дітьми відбувається саме в молодшому шкільному віці [1; 54].

Як зазначає дослідниця Світлана Шпак, причини деструктивної поведінки дитини в конфліктній ситуації можуть зачіпати кілька площин, часто взаємодотичних. Перша площина пов'язана з психофізіологічними особливостями її конституції (перенесення травми мозку, інфекції, спадкові психічні захворювання, відставання психічного розвитку і т. ін.). Друга площина — причини, що виходять із ситуації внутрішньосімейного розвитку: а) дитини, що росте у індиферентноморальних системах, наприклад, в алкогольній сім'ї тощо; б) дитина, що перебуває під впливом спотворених емоційно-вольових систем сім'ї та виховних типів «попелюшки», «кумира сім'ї» чи інших; дитина, на яку негативно впливає її статус. Третя площина, в якій

породжуються причини конфліктів — це найближче оточення. Тут вагомим фактором конфліктності дитини є її статус в групі однолітків [1].

Статистично доведено, що такі характеристики поведінки, як: емоційна нестійкість, часта зміна настрою, схильність до короткочасних і бурхливих афектів, неухважність, погана працездатність, переключеність на інші ситуації з повним відстороненням від діяльності тощо, є суттєвими ознаками гіперактивності, які зумовлюють загальну емоційно- деструктивну поведінку учнів [2].

Література:

1. Шпак С. Вплив вікових особливостей молодших школярів на їхню поведінку у конфліктних ситуаціях. *osvita_regioniv_1_38_2014_Макет 1*

2. Яцишина А.М. Дослідження психологічних основ деструктивної поведінки та її прояву у дітей шкільного віку *Наука і освіта. 2016. № 11. С.72-79.*

ДІАГНОСТИКА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Олена БЕДЕВЕЛЬСЬКА,

студентка II курсу

Науковий керівник: Олена КОРОЛЬЧУК,

Вступ. Емоційні розлади (тобто депресивні та тривожні стани) — це набір хронічних і часто рецидивуючих психічних розладів, які пов'язані зі значним погіршенням якості життя, продуктивності та міжособистісного функціонування. Ці проблеми часто починають з'являтися в дитинстві чи підлітковому віці та мають шкідливий вплив на психічне здоров'я індивідуума протягом усього життя.[1]

Період перед випускними та вступними іспитами є важливим і в той час важким етапом у житті кожного учня. Вчасне виявлення та вирішення емоційних розладів сприятиме кращій адаптації підлітка у закладі післяшкільної освіти та запобігатиме загостренню виявленого порушення в майбутньому.

Депресія та тривожність також є предиктором суїцидальних нахилів серед старшокласників [2]. Своєчасне виявлення схильних осіб допоможе надавати їм кваліфіковану допомогу та відповідно попереджувати такі епізоди.

Метою дослідження було оцінити емоційний стан учнів 10-11 класів, порівняти поширеність та рівні тривоги та депресії в групі хлопців та дівчат, вивчити можливий вплив стресового періоду (підготовка до випускних та вступних іспитів в 11 класі) на психічне благополуччя підлітка.

Методи дослідження

Анкетування здійснювалося за допомогою опитувальника з депресії PHQ-9 та генералізованої тривоги GAD-7. Перший включав 9 запитань, другий – 7. Кожне запитання містило 4 варіанти відповіді (ніколи, декілька днів, більше половини часу та майже щодня), що стосувалися частоти відчуття певних симптомів депресії (тривоги) протягом останніх двох тижнів.

Задля полегшення збору даних та їх наступного опрацювання було обрано платформу Google Форми. На основі вище вказаних опитувальників (PHQ-9, GAD-7) було створено анонімну форму, яка містила 16 запитань з чотирма варіантами відповіді, обрати з яких можна було тільки один.

Розповсюдження проводилося через шкільні Viber групи. Отримані дані були представлені в електронній таблиці MS Excel.

Після оцінки рівня депресії та тривоги (сума балів) для кожного учня виконувався статичний аналіз даних за допомогою програмної платформи IBM SPSS Statistics 19. Проводилася оцінка вибірки на нормальність розподілу за допомогою критерія узгодженості Колмогорова (також відомий, як критерій узгодженості Колмогорова-Смирнова). Потім порівнювалися рівні депресії (тривоги) між групами (стать, клас) за допомогою t-критерія Ст'юдента для незалежних вибірок.

Наступне завдання полягало в графічному відображенні даних для їх кращого сприйняття. Це було зроблено за допомогою MS Excel.

Отримані результати були детально описані та зроблені відповідні висновки.

Результати дослідження

В дослідженні взяли участь 15 учнів 10 класів (5 хлопців та 10 дівчат) та 17 учнів 11 класів (13 хлопців та 4 дівчат).

Відсутня або мінімальна депресія була в 4 учнів 10 класу та 9 учнів 11 класу, легка у 6 та 3 відповідно, помірна у 2 та 4, важку депресію мали 3 учнів 10 класу та 1 учень 11 класу (виключно дівчата).

Мінімальна тривожність була виявлена у 7 учнів 10 класу і 13 учнів 11 класу, легка у 6 та 2 відповідно, помірна у 2 та 1, сильна тільки у 1 учня 11 класу (теж дівчина) (Рис. 2.3).

Також було проведено порівняння показників депресії та тривожності між учнями 10 та 11 класів та в статевих групах. Згідно отриманих результатів у дівчат спостерігався вищий рівень депресії та тривоги в порівнянні з хлопцями, причому у десятому класі ця різниця була статистично значущою.

При порівнянні показників тривожності та депресії між учнями 10 і 11 класів статистично значущих відмінностей виявлено не було.

Висновки

Ми провели дослідження рівня депресії та тривоги у старшокласників та з'ясували, що період підготовки до випускних та вступних іспитів не вплинув на емоційний стан учнів 11 класів.

Для цього були використані прості та доступні опитувальники PHQ-9 та GAD-7.

Вищі показники депресії та тривожності у дівчат в порівнянні з хлопцями можуть бути пов'язані з пришвидшеним фізичним і статевим розвитком в підлітковому віці та відповідними гормональними змінами в організмі, що в свою чергу призводить і до змін в психічному стані особи.

Важливо приділяти більше уваги емоційним станам дівчат в підлітковому віці та вести роз'яснювальну роботу щодо можливості звернення по допомогу до шкільного психолога.

Література

1. Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality Among High School Students: A National Study - PubMed. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34110946/>.
2. Rebecca B. Price, Mary L. Woody. Encyclopedia of Behavioral Neuroscience, 2nd edition (Second Edition). Elsevier, 2022. – Pages 364-368.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ

Ольга ЛЕМКО,

студентка 2 курсу спеціальності 053 Психологія

Науковий керівник: Олена ЯЦИНА,

професор

Актуальність проблеми. Життя людини не можливе без емоцій. У кожний момент нашої життєдіяльності людина реагує на різноманітні події позитивними або негативними реакціями, які або активізують та стимулюють наше життя, або навпаки гальмують прояви активності. Нажаль, з кожним роком додається все більше ситуацій (політичні конфлікти, окупація територій, військові обстріли, вимушене переселення тощо), що викликають значні негативні емоції, в яких особистість потребує підтримки й допомоги. Зараз українське суспільство зіштовхнулося із проблемою необхідності надання якісної медико-соціальної і психологічної реабілітації, як військовим, так і цивільним особам, внаслідок отримання ними як фізичних, так і психологічних травм у результаті збройної агресії з боку росії. За словами міністра охорони

здоров'я України В. Ляшка, 15-16 мільйонів українців потребують психологічної підтримки вже зараз, зростанню цього показника можна запобігти, якщо почати негайні психотерапевтичні заходи. Саме на це і працюватиме Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, яка розгортається зараз в Україні [3].

В умовах воєнних дій є набагато більше підстав для страху за своє життя та життя своїх рідних, уболівання за долю країни, емоцій жаху від картин активних військових дій та жорстокості ворога. Все це призводить до загального зниження почуття безпеки й захищеності, а також до виникнення посттравматичного стресового синдрому.

Для діагностики емоційних переживань людини психологу потрібно мати досить «чутливий» діагностичний інструментарій, який би міг відтворити реальну картину внутрішніх переживань. Це вкрай необхідно для побудови актуального алгоритму надання необхідної психологічної допомоги цій людині, особливо, якщо її емоції носять негативний характер, пов'язаний з травмуючими подіями. Як правило, для діагностики емоційних станів людини використовується метод спостереження, що сам по собі є недостатньо надійним методом і вимагає від інтерпретатора високого рівня кваліфікації та вміння відокремлювати суб'єктивну оцінку. Психологічна література пропонує сучасному психологу велику кількість стандартизованих анкет та шкал для дослідження емоційності людини, але необхідно підібрати той інструментарій, який якнайкраще відобразатиме актуальний стан осіб, стосовно яких він буде застосовуватися [2].

Проблема вивчення емоційних станів різнобічно представлена в українських та зарубіжних дослідженнях (М. Й. Боришевський, С. Д. Максименко, В. О. Моляко, ін.). Зараз в центрі уваги дослідників-психологів є вивчення особливостей діагностики негативних емоційних станів у людей, які були безпосередніми учасниками травмуючих подій (військові, внутрішньо переміщені особи з числа цивільного населення, волонтери, медики тощо), а ці питання ще недостатньо висвітлені у сучасному психологічному дискурсі.

Мета дослідження: узагальнити відомості про особливості негативних емоційних станів та проаналізувати результати обстеження щодо негативних емоційних станів у групі внутрішньо переміщених осіб, які тимчасово проживають у одному із закладів освіти м. Ужгорода.

Результати дослідження. У житті людини спостерігаються критичні ситуації, які призводять до зниження активності та відмови від діяльності. Сучасна психологічна наука вирізняє такі важливі феномени критичних

життєвих ситуацій, що характеризують психологічний контекст негативних переживань. Афекти – це особливо виражені емоційні стани, супроводжувані видимими змінами в поведінці людини, що їх відчуває. Це реакція, яка виникає в результаті вже вчиненої дії і виражає суб'єктивне емоційне забарвлення поведінки. На відміну від емоцій і почуттів афекти протікають бурхливо, швидко, супроводжуються різко вираженими органічними змінами і руховими реакціями. Емоційна напруженість, що накопичується в результаті виникнення афективної ситуації, може підсумовуватися, і рано чи пізно, якщо їй вчасно не дати виходу, призвести до сильної і бурхливої емоційної розрядки, яка, знімаючи напругу, часто спричиняє за собою відчуття втоми, пригніченості, депресії [1].

Фрустрація – це емоційний стан, що виникає в ситуаціях, коли людина не може досягти бажаних цілей. Фрустрація виникає щоразу, коли очікувані результати (прагнення) не відповідають прикладеним зусиллям. У психології фрустрація – це не обов'язково негативне явище. Стан фрустрації може стати індикатором деяких проблем в житті людей і, в результаті, стати стимулом до змін, мотивом для поліпшення способу життя. Але, коли це призводить до неконтрольованого гніву, обурення, депресії, коли виникає почуття смирення, фрустрація стає руйнівною [1].

Термін «криза» означає поворотний пункт, різкий, крутий перелом, важкий перехідний стан. З одного боку, саме поняття несе в собі відтінок надзвичайності, загрози (небезпека), з іншою – необхідності в подальшій дії (можливість). Криза розуміється як гостре, обмежене в часі, суб'єктивне переживання неможливості реалізації життєвих цілей, завдань, планів, що періодично повторюється протягом життя. Які б не були об'єктивні причини, що викликають психологічну кризу, саме суб'єктивне ставлення до них, їх інтерпретація, а не самі дії визначають ступінь їх емоціогенності для кожної особистості [1].

Стрес – це неспецифічна відповідь організму на будь-яку зміну умов, які потребують пристосування. У цьому стані людина робить помилки у розподілі й переключенні уваги; порушується перебіг пізнавальних процесів, спостерігаються порушення координації рухів, неадекватні емоційні реакції, дезорганізація і гальмування всієї діяльності. Він може сприяти мобілізації людини, підвищити її адаптаційні можливості в умовах дискомфорту й небезпеки (еустрес, конструктивний, корисний), а може й руйнувати людину, різко знизити ефективність її роботи і якість життя (дистрес, деструктивний, руйнівний) [4].

У межах нашого дослідження було поставлено завдання вивчення ситуаційної та особистісної характеристик тривожності у внутрішньо переміщених осіб, яке передбачає вивчення як загального рівня тривожності в цілому, так і окремих факторів та ситуацій, які підвищують рівень тривожності. При виборі методик, які використовувалися для дослідження, ми керувалися саме тим, щоб в результаті отримати дані, які зможуть продемонструвати і рівень особистісної тривожності внутрішньо переміщених осіб, і водночас визначити ситуативні фактори, які підвищують тривожність. Тому у нашому дослідженні ми вирішили використати тест Спілбергера-Ханіна, проєктивний тест «Дерево» та тест аналізу стилю життя (Бостонський тест на стресостійкість).

У дослідженні взяло участь 20 осіб вимушених переселенців (14 жінок та 6 чоловіків) віком від 20 до 60 років, які переїхали жити з Донецької, Одеської, Харківської, Запорізької областей і проживають на базі БПЛ «Інтелект» - ЗОШ І – III ступенів № 11. Дослідження проводилося в індивідуальній формі.

Кількісний аналіз результатів та результати підрахунку у відсотках реактивної та особистісної тривожності за тестом Спілберга-Ханіна наведений у таблиці 1.

Таблиця 1

Кількісний розподіл та результати підрахунку у відсотках реактивної та особистісної тривожності ВПО (N=20)

№	Рівні тривожності	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
1	Низький рівень	1 (5 %)	3 (15%)
2	Середній рівень	9 (45%)	9 (45 %)
3	Високий рівень	10 (50%)	8 (40%)

Більшість ВПО характеризується високим та середнім рівнем реактивної тривожності, яка пов'язана зі зміною умов і місця проживання. Змінені умови життєдіяльності призвели до значних психологічних труднощів, вимагають напруження сил й оптимальної реалізації особистих можливостей із метою досягнення успіху та забезпечення безпеки. Цікавим фактом є те, що у людей старшого віку виникає потреба у наданні дружньої підтримки, є установка на лідерство. В осіб середнього віку проглядалося різноманітні відчуття: від замкнутості, відстороненості до бажання домогтися успіхів. А от молодим особам до 30 років притаманне відчуття кризового стану, падіння в прірву. Спільним у всіх внутрішньо переміщених осіб є те, що жоден з них не відчуває стабільності.

Методика «Тесту стресостійкості» дозволяє виявити особливості переживання стресу, а саме ступінь самоконтролю і емоційної лабільності у стресових ситуаціях. За результатами діагностики низький рівень стресостійкості мають 10%, середній 75%, а високий рівень 15% ВПО. Таким чином можна зазначити, що у більшості досліджуваних переважає середній рівень стресостійкості. ВПО з високим рівнем стресостійкості більш адаптовані та поведуться у стресових ситуаціях досить стримано, уміють регулювати свої емоції. Люди з низьким рівнем регуляції у стресових ситуаціях характеризуються високим ступенем втоми та виснаження, є дуже вразливими до дії стресових чинників. Вони часто втрачають самоконтроль у стресових ситуаціях і не вміють володіти собою.

Результати дослідження дозволяють стверджувати, що досліджувані характеризуються цілим спектром специфічних, переважно негативних характеристик. Так, більшість ВПО характеризуються високим і середнім рівнем реактивної тривожності, яка пов'язана зі зміною умов і місця проживання.

Висновки. Наявність діагностованих властивостей досліджуваних дозволяє говорити про необхідність розроблення програми психологічного супроводу переселенців із метою зниження рівня негативних емоційних станів, переживань, що зможе покращити процес адаптації.

Література:

1. Варій М. Й. Загальна психологія: підручник. URL: http://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_425.pdf (дата звернення 15.05.2023 р.).
2. Дацун О.В. Особливості психологічної діагностики емоційного стану студентів. URL: <file:///C:/Users/admin/Downloads/alex,+2107-6087-1-CE.pdf> (дата звернення 14.04.2023 р.).
3. Перша леді України розповіла про Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. URL: <http://www.univ.kiev.ua/news/12265> (дата звернення 14.05.2023 р.).
4. Сельє Г. Стресс без дистресса. URL: <http://www.rulit.net/books/stress-bez-distressa-read-15443-1.html>

ОСОБЛИВОСТІ СТРАХІВ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Надія ПІЛАБОВИЧ,

студентка 2 курсу спеціальності 053 Психологія

Науковий керівник: Олена ЯЦИНА,

професор

Актуальність теми. Страх є невід'ємною частиною нашого життя. Це одна з базових емоцій, що починає виявлятися ще з раннього дитинства, причини появи та способи прояву якої з віком зазнають значних змін.

У сучасному світі існує все більш зростаюче число об'єктів, подій, умов, ситуацій, які лякають або потенційно можуть лякати. Імовірно, саме цим можна пояснити той факт, що страх є предметом наукового дослідження частіше, ніж будь-яка інша емоція. Страх - це емоція, яка може виникнути в будь-якому віковому періоді. Дуже велика частина страхів лежить у сфері навчальної діяльності. Здорові психічно та фізично діти з радістю і нетерпінням чекають початку навчання. Вони швидко освоюються в ньому, не викликаючи невротичних реакцій на зміну свого життя. Разом з тим, є діти, які страждають справжньою фобією навчання.

Юність - це період прийняття відповідальних рішень, що визначають усе подальше життя людини: вибору професії і свого місця в житті, сенсу життя, вироблення світогляду і життєвої позиції, супутника життя, створення своєї сім'ї. Найважливіший психологічний процес юнацького віку - становлення самосвідомості і стійкого образу своєї особистості, свого "Я". В цьому віці виникають різні соціальні страхи, які приносять дискомфорт в життя юнаків. Вчасно позбувшись страхів, можна передбачити багато проблем і невдач.

Відтак, виявлення внутрішньоособистісних, психологічних чинників переживання страхів є особливо актуальним питанням у контексті визначення психологічних умов їхнього подолання, зменшення негативного впливу страху на становлення особистості в юнацькому віці.

Метою є вивчення особливостей прояву страхів у представників юнацького віку.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз, синтез, узагальнення.

Результати дослідження. У психології страх у різних його формах і виявах розглядає велика кількість вітчизняних психологів: Л.І.Божович, М.Й.Боришевський, І.С.Булах, Л.С.Виготський, Є.І.Головаха, С.Д.Максименко, О.В.Скрипченко і зарубіжних науковців: Е.Еріксон, К.Левін, Ж.П'яже.

Страх – це емоція, що виникає в ситуаціях загрози біологічному чи соціальному існуванню індивідуума і спрямована на джерело дійсної чи уявної

небезпеки. Страх має важливе значення для життєдіяльності особистості. Він, як і всі емоції, виступає своєрідним «прошарком» між особистістю та новими умовами, до яких вона ще не встигла призвичаїтися. Страх взаємодіє з багатьма сферами особистості, які можуть виступати і як детермінанти схильності до переживання страхів людиною, і, одночасно, змінюватися залежно від цієї схильності.

Класифікацій страху досить багато, їх можна згрупувати залежно від:

- ✓ сфери життя, якої торкається загроза (біологічні, соціальні, екзистенціальні);
- ✓ об'єкту страху (містичні, побутові, тілесні тощо);
- ✓ міри усвідомленості (усвідомлені, неусвідомлені);
- ✓ віку (дитячі, дорослі);
- ✓ інтенсивності переживання (від тривоги до жаху);
- ✓ усвідомлення об'єкту, який містить небезпеку (безпредметний страх (тривога, панічний страх, власне страх);
- ✓ реальності, раціональності загрози (раціональні, ірраціональні);
- ✓ можливості здійснення свідомого контролю (контрольований страх, безконтрольний страх);
- ✓ обумовленості виникнення (особистісні, ситуативні) [1, с.107].

У психології використовується також класифікація страхів, яка виникла в межах психіатрії, клінічної практики. До них відносяться невроз страху, фобії (нав'язливі страхи), панічні розлади та інші.

Існують також окремі авторські класифікації страху, серед яких зокрема досить відомими є класифікації А.Кемпінського та Ф.Рімана. Зокрема, А.Кемпінський визначає форми страху залежно від ситуації, які його викликають; ситуації, пов'язані з безпосередньою загрозою життю; з соціальною небезпекою; з неможливістю здійснення самостійного вибору; з порушенням наявної структури взаємодії з навколишнім світом. Тому, залежно від генезису, автор говорить про страх біологічний, соціальний, моральний і дезінтеграційний [1, с.108]

На думку, Ф.Рімана в межах глибинної психології виділяють чотири основні форми страху:

- ✓ страх перед самовідданістю, що переживається як втрата «Я», залежність;
- ✓ страх перед самовідновленням, який людина переживає як беззахисність та ізоляцію;
- ✓ страх перед змінами, який людина переживає як мінливість і невпевненість;

✓ страх перед необхідністю, який людина переживає як завершеність та несвободу [1, с.109]

Як відомо, криза юності проявляється у правильності обраної професії або спеціальності, у розбіжностях реальності та уявлень про життя дорослої особистості. Це також стосується вищої та спеціальної освіти й перебільшення очікувань від неї. Юнаки стикаються з першими труднощами, які пов'язані з кризою сенсу життя. Також у процесі дослідження юнацького віку не слід забувати про фізичні зміни організму, адже на цей період припадає закінчення статевого дозрівання. Відбуваються активні зміни організму, що також є певним стресом. Із появою новоутворень, фізичним дозріванням та зміною соціальної ситуації розвитку юнаки та юнки стикаються з проблемою соціального страху, який може залишити негативний відбиток на особистості. Взагалі поняття «страх» тлумачать як стан, що зумовлений загрозою реального або уявного лиха, яке завжди є негативним емоційним вродженим процесом [2, с.158].

Проаналізувавши різноманітну наукову літературу з проблеми дослідження, наявні класифікації, та узагальнивши отриману інформацію, приходимо до наступних висновків:

1. Дослідження феномену соціальних страхів займає важливе місце у сфері вивчення психологічних особливостей молодшої людини.

2. Аналізуючи психологічні особливості юнацького віку, можна сказати, що в цей період відбуваються бурхливі зміни у всіх сферах соціального життя особистості. Саме тому юнаки, зазвичай, зіштовхуються з проблемами невпевненості та страху.

Література:

1. Абрумова А.Г. Аналіз станів психологічної кризи і їх динаміка. Психологічний журнал. 2012. №6. С.107-115.

2. Колтунович Т.А. Особистісні детермінанти виникнення професійного вигорання у студентів. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ: Видавництво «Фенікс», 2012. Т.ХІІ: Психологія творчості. Вип.15, ч.ІІ. С.158-170.

СОЦІАЛЬНИЙ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД: СИМПТОМИ І ДІАГНОСТИКА

Іванна ПАЛЬОК,

студентка 2 курсу спеціальності 053 Психологія

Науковий керівник: Олена ЯЦИНА,

професор

Актуальність теми. Соціальна фобія – один із найпоширеніших тривожних розладів. Ризик виникнення соціофобії впродовж життя людини становить понад 12 %. З урахуванням поєднання клінічної картини з іншими тривожними розладами, депресією чи проблемами з вживанням психоактивних речовин, цей відсоток зростає. Зокрема, зловживання медикаментозними препаратами (транквілізаторами чи іншими заспокійливими засобами) та алкоголем часто маскує клінічну картину цього розладу.

Соціальний тривожний розлад вперше виділений із групи специфічних фобій у середині 60-х років минулого століття. Упродовж наступних років визначення цього розладу доуточнювалося. Як згадувалося вище, незважаючи на поширеність інформації та доступність отримання допомоги, люди тривалий час продовжують жити з більшістю симптомів розладу соціальної тривоги, не звертаючись за допомогою. Водночас актуальність висвітленої проблеми полягає й у тому, що, незважаючи на існування ефективних доказових методів інтервенцій при розладі соціальної фобії, люди, які страждають від цього розладу, не отримують фахової допомоги своєчасно. Хибна когнітивна інтерпретація ознак соціальної оцінки та реагування оточення, медичного персоналу зокрема, підсилює дезадаптивні уявлення про себе.

Мета. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми тривожних розладів, соціальних фобій щодо їхніх відмінностей.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз, синтез, узагальнення.

Результати дослідження. Відповідно до DSM-5, діти, підлітки та дорослі тепер мають однакові діагностичні вимоги щодо тривалості розладу: щонайменше 6 місяців і більше. Проте у дітей ознаки соціальної тривоги можуть виявлятися через плач, заціпеніння чи гнів у тригерних ситуаціях. Діти гірше усвідомлюють ірраціональність власних побоювань конкретних місць, пов'язаних зі страхом. У більшості випадків вони пов'язують дискомфорт безпосередньо зі шкільною активністю та необхідністю вступати у стосунки з однолітками. Типовою є ситуація, коли причиною звернення до психологів або психіатрів стає погіршення шкільної успішності чи помітне уникнення соціально очікуваної поведінки з підозрою на вживання психоактивних

речовин. Важливим діагностичним критерієм розладу соціальної тривоги у дітей та підлітків є умова, що симптоми повинні виникати в присутності однолітків, а не тільки під час взаємодії з дорослими.

Емоційні переживання зазвичай супроводжуються фізичними симптомами занепокоєння. Навіть знаючи, що їх страх необґрунтований, люди з соціальним тривожним розладом не можуть упоратися з ним, тому або повністю уникають соціальної взаємодії, або відчують сильне занепокоєння, зіткнувшись з його необхідністю.

Симптоми соціального тривожного розладу зазвичай відносяться до трьох різних областей: 1) фізичні симптоми соціального тривожного розладу: туман в очах; приплив крові до обличчя (почервоніння); біль і тяжкість у грудях; лихоманка; головокружіння; сухість у роті; почуття нереальності того, що відбувається (дереалізація) або відчуття відстороненості (деперсоналізація); головний біль; прискорене серцебиття; комок у горлі; нудота; дзвін у вухах; тремтіння в кінцівках або у всьому тілі; порушення дихання; пітливість; тремтіння у голосі.

У деяких випадках ці симптоми можуть бути настільки сильними, що переростають у панічну атаку. Різниця в тому, що, на відміну від людей з панічним розладом, люди із соціальним тривожним розладом знають, що їхня паніка викликана страхом соціальної взаємодії.

2) когнітивні симптоми: негативні переконання: твердо укорінені переконання про власну неадекватність за умов соціальної взаємодії чи ситуаціях, що пов'язані з оцінкою своєї діяльності; упереджене ставлення: тенденція ігнорувати свої позитивні якості та досягнення та перебільшувати здібності та досягнення інших; негативні думки: автоматична негативна оцінка себе у ситуаціях соціальної взаємодії чи ситуаціях, пов'язаних з оцінкою своєї діяльності чи успішності. Наприклад, прийшовши на роботу в новий колектив, у нову школу або на захід, у людини з соціальним тривожним розладом з'являється страх і негативні думки: «Всі інші виглядають набагато розслабленішими, ніж я», «Що, якщо я скажу щось дурне?», або «Що, якщо всі поміять, що мій голос тремтить?»

Ці думки повністю заповнюють свідомість людини і вона вже не може думати ні про що інше, тому намагається говорити якнайменше і сподівається, що ніхто не помітить її занепокоєння. Згодом подібні думки підривають самооцінку, знижуючи рівень якості життя людини.

3) поведінкові симптоми (загальні поведінкові патерни людей із соціальним тривожним розладом): уникання: пошук можливостей уникнути дій чи заходів, пов'язаних із соціальною взаємодією чи оцінкою їхньої діяльності,

для зменшення занепокоєння (захворіти чи кинути роботу, при необхідності виступати з презентацією, не з'явитися на весілля); безпечна поведінка чи часткове уникання: вибір взаємодії, що полегшує відчуття тривоги під час соціальних чи виробничих заходів (уникнення зорового контакту, мінімізування вербального спілкування, зниження голосу під час розмови); втеча: втеча із заходу, що викликає тривогу (вийти посеред виступу, сховатися в туалеті, перебуваючи на корпоративі).

Дослідження показали, що соціальна тривожність більше властива жінкам, аніж чоловікам. Діагноз соціального тривожного розладу не ставиться за допомогою лабораторних тестів чи фізичного огляду. Як і у випадку зі всіма психічними розладами, діагноз ґрунтується на відповідності людини певним стандартизованим критеріям. Процес діагностики є аналізом історії психічного здоров'я пацієнта та інтерв'ю з метою оцінки сприйняття людиною певних життєвих ситуацій. Опитування допомагає визначити, чи є страх настільки сильним, щоб заважати повсякденному функціонуванню, навчанню, роботі чи відносинам людини. Щоб оцінити рівень соціальної тривожності фахівці у сфері психічного здоров'я використовують оціночні шкали. Вони можуть бути корисними для відстеження динаміки стану в період проходження терапії. Як інструменти для виявлення соціального тривожного розладу може використовуватися міні-опитувальник соціальної фобії Mini-SPIN. Цей опитувальник є першим кроком для визначення необхідності подальших тестів та оцінок. Ефективним інструментом є Шкала соціальної тривожності Либовиця. Це опитувальник для самооцінки, що складається з 24 пунктів, який використовується для оцінки впливу соціальної тривожності у різних ситуаціях.

Підлітки, у яких проявляються ознаки соціальної фобії, можуть самостійно вилікуватись, однак, у більшості до симптомів цього розладу з часом додаються ще прояви генералізованого тривожного розладу чи панічного розладу без агорафобії. Чимало вчених зауважує, що з проявів соціальної фобії розпочинається біполярний розлад, а також ознаки соціальної тривоги можуть бути проявами первинного психотичного епізоду й з кожним роком відсоток таких свідчень зростає.

Сучасні напрями психологічних досліджень свідчать про взаємозв'язок між самосприйняттям та соціальною тривоگو. Вони зазвичай охоплюють спектр стійких і дезадаптивних вірувань про наявність негативних уявлень про себе, які організовані в неусвідомлені чи частково усвідомлені когнітивні схеми.

Відповідними кроками можуть стати як розроблення рекомендацій для фахівців загальномедичної практики щодо діагностики та скерування людей

із соціофобією, так і загальної настанови для фахівців вузькопрофільних лікарень, відділень чи центрів громадського психічного здоров'я. Такі напрацювання мають враховувати: доступність діагностування та лікування для населення; валідні діагностичні інструментарії (зокрема, скринінг) соціальної фобії; ефективні й доказові методи психологічних та психотерапевтичних інтервенцій — когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), експозиційна терапія, тренінг соціальних навичок, міжособистісна психотерапія, психодинамічна психотерапія; можливості та обмеження психофармакологічних інтервенцій (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, інгібітори моноамінооксидази та інші антидепресанти, β -блокатори та бензодіазепіни) та їх комбінації з психологічними інтервенціями та психотерапією; групові інтервенції (по можливості базовані на методі КПТ), спрямовані на підтримку батьків/родичів та інших осіб, залучених до соціальної підтримки дітей і підлітків із розладом соціальної тривоги; менеджмент та превенцію коморбідних станів і розладів; альтернативні методи та засоби соціальної, професійної та навчальної адаптації.

Література:

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник психічних розладів, 5-й вид. Арлінгтон: Американське психіатричне видавництво; 2013 рік.
2. Фрейтас-Феррарі МС. Нейровізуалізація при соціальному тривожному розладі: систематичний огляд; 2010 рік.
3. Голдін П.Р., Зів М., Джазаєрі Х., Вікс Дж., Хеймберг Р.Г., Гросс Дж.Дж. Вплив когнітивних- поведінкова терапія соціального тривожного розладу на нейронних основах емоційної реактивності та регулювання соціальної оцінки. Дослідження та терапія поведінки. 2014 рік; 62:1-10. DOI
4. Грегорі Б, Пітерс Л. Зміни в собі під час когнітивної поведінкової терапії для соціальних тривожний розлад: систематичний огляд. Огляд клінічної психології. 2017 рік; 52:1-18. DOI
5. Heeren A, Mogașe C, Pierre Ph, McNally RJ. Модифікація упередження уваги для соціальної тривожності: систематичний огляд і мета-аналіз. Огляд клінічної психології. 2015 рік; 40:76-90. DOI
6. Метью С.Дж., Коплан Дж.Д., Горман Дж.М. Нейробіологічні механізми соціальної тривожності розлад. Am J Психіатрія. 2001; 158(10):1558-1567. DOI
7. Розпізнавання, оцінка та лікування соціального тривожного розладу. Стаття представлена за адресою: Розпізнавання, оцінка та лікування соціального тривожного розладу; 2013 рік;

8. Штейн М.В., Штейн DJ. Соціальний тривожний розлад. Ланцет. 2008 рік; 371(9618):1115-25. DOI
9. Спенс SH, Raper RM. Етіологія соціального тривожного розладу: на основі доказів модель. Дослідження поведінки та терапія 2016, листопад;86:50-67 DOI: <https://doi.org/101016/jbrat>. 2016 рік; 06 DOI
10. Вонг QJJ, Raper RM. Етіологія та підтримка соціального тривожного розладу: синтез взаємодоповнюючих теоретичних моделей і формулювання нової інтегрованої моделі. журнал Афективні розлади. 2016 рік; 213:84-100. DOI

МАЛЮНОК ЯК ЗАСІБ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСОБИСТОСТІ

Роксолана ТИХОВСЬКА,
студентка 2 курсу спеціальності 053 Психологія
Науковий керівник: Олена ЯЦИНА,
професор

Актуальність теми. У наш час важливим методом психодіагностики є аналіз тематичних малюнків пацієнтів. Не кожна людина здатна відверто описувати свої емоції, психологічні стани. Інколи пацієнтам важко повністю відкрити потаємні куточки своєї душі психотерапевту, оскільки заважають різні комплекси, страхи, внутрішні блоки. А от інформація, яка з'являється спонтанно у процесі малювання, коли активізується образне мислення людини, встановлюється зв'язок між Его та несвідомим, може багато розказати про психологічний стан особистості.

Для коректної інтерпретації малюнків пацієнтів психотерапевт повинен добре знати значення різноманітних символів, зважати на розмір зображень, розташування їх стосовно одне одного на аркуші паперу, товщину ліній тощо. Особливо доцільним є використання малюнків для психодіагностики дітей 5 – 12 років, для яких провідним є образне мислення. Вдалу інтерпретацію дитячих малюнків ще в ХІХ столітті здійснив Е. Кук. Він проаналізував послідовність етапів створення малюнка, зауважив, що обов'язково треба враховувати психічні особливості дітей та їхні інтереси.

Аналіз малюнків пацієнтів може бути також допоміжним методом психодіагностики, він здатен підтвердити або увиразнити діагноз, який ставить психотерапевт своєму пацієнту. Малюнки можуть використовуватися у ролі своєрідних індикаторів емоційних станів пацієнтів. Термін «психомалюнок»

описала дослідниця Т. Яценко, вчена детально розробила метод глибинної психокорекції, активного соціально-психологічного навчання [5].

Мета – описати специфіку, можливості та переваги використання малюнків у психодіагностиці.

Доцільним вважаємо використання методів емпіричного дослідження – порівняльний аналіз різноманітних підходів до використання малюнкових тестів, узагальнення теоретичних та емпіричних даних з проблеми вивчення проективної методики.

Виклад основного матеріалу. У наш час активно розвиваються різні напрямки арт-терапії, зокрема, такі її різновиди як: ізотерапія, піскова терапія, глинотерапія, казкотерапія, мандалотерапія, колажування, маскотерапія, метафоричні асоціативні карти, символодрама, музикотерапія. Метод арт-терапії зазвичай базується на використанні невербальних способів самовираження і спілкування, і саме цим приваблює пацієнтів.

Творче, спонтанне чи тематичне малювання лежить в основі ізотерапії, яка використовує малюнок як ефективний інструмент, через який людина вільно виявляє, висловлює свої думки, почуття та переживання, використовуючи мову образів, символів та кольорів. У процесі тематичного малювання відповідно до методики психотерапевта пацієнт позбувається нав'язливих думок, звільняється від переживань. За спостереженням Н.Кальки та З. Ковальчук, ізотерапія є фундаментом арт-терапії, «оскільки вона передбачає малювання на всіх можливих поверхнях, починаючи від паперу, холста, закінчуючи дерев'яними та скляними поверхнями, тканиною тощо. Для малювання можна використовувати найрізноманітніші засоби, такі як фарби, олівці, масляну і художню пастель, фломастери, крейду» [1, 15]. Ізотерапія комплексно впливає на психоемоційний стан людини: активізується мовлення, сприймання, координація рухів, мислення, і ці психічні функції починають активно взаємодіяти. Через малюнок (психомалюнок) можна дізнатися, які події чи ситуації особливо вплинули на людину, які емоції та почуття зараз впливають на її поведінку.

З погляду психоаналізу К.-Г. Юнга, у малюнку через образи та символи відображається несвідоме. Відповідно малюнок допомагає правильно інтерпретувати особистісну проблему пацієнта.

Н.Калька та З. Ковальчук зазначили, що «будь-який малюнок і зображення в ньому, певним чином, виступають психологічними захистом, у яких особа акумулює свої травматичні та негативні переживання. Кожен образ та символ виконує функцію контейнерування, не даючи можливості «виходу назовні», а навпаки, дистанціює переживання суб'єкта за рахунок механізму

проекції» [1, 16]. Символи чи образи, зображені на малюнку, вбирають в себе біль, страждання, переживання пацієнта – у процесі малювання людина метафорично відокремлює їх від себе. Однак, у певний момент приходиться усвідомлення, і у процесі розкодування символіки пацієнт зцілюється від своєї недуги, позбавляється певного комплексу – вони стають усвідомленими, і людина їх приймає. Також у процесі малювання активується захисна функція психіки, і відбувається це через регресію – перенесення на папір, проектування на малюнок того, що турбує пацієнта. Робота з відображенням регресивного матеріалу передбачає взаємодію з образами клієнта, а це стає передумовою поступової реінтеграції та усвідомлення пацієнтом змісту намальованого.

Умовою продуктивного використання малюнка як засобу психологічної діагностики особистості є зосередження уваги психотерапевта на таких питаннях: 1) Які емоції, почуття та переживання передає малюнок; 2) Що розташоване в центрі малюнку (об'єкти, зображені в центрі, є символами головної проблеми); 3) Чи зробив пацієнт є розтушування, чи є на малюнку об'єкти з тінню; 4) Що виглядає неприродним чи фантастичним; 5) Як розташовані об'єкти стосовно країв аркуша (мовою символів – стосовно межі); 6) Чи відповідає малюнок тій порі року, що триває зараз; 7) Чи зробив автор на малюнку підкреслення і чому; 8) Чи чистим/акуратним є малюнок, чи використовував пацієнт гумку для стирання (а це символізує прихований конфлікт, «бажання щось виправити»); 9) «Які розміри і пропорції об'єктів (розміри вказують на перебільшення або ж знецінення таких об'єктів, зміна пропорцій або спотворення форм є свідченням проблемної області, якій приділяється надмірна увага в малюнку); 9) Чи є об'єкти, які повторюються; 10) Як виконана робота і яке ставлення автора до неї; 11) Чи є підписи у роботі та що вони можуть означати для особи» [1, 16-17].

Наступним етапом після аналізу психотерапевтом елементів малюнка є етап спільної роботи з пацієнтом. Пацієнт пояснює своє розуміння образів та символів, створених ним на папері, а психотерапевт пропонує свою інтерпретацію зображень, розгорнуто розкодує образи-символи і стежить за реакцією співрозмовника. Метою ізотерапії є самопізнання пацієнта через образи, через візуалізацію думок і переживань.

Психокорекційна робота передбачає створення й аналіз серії малюнків на задану тему, однак в окремих випадках можна використати лише один малюнок. Ізотерапію особливо доцільно використовувати у роботі з дітьми молодшого шкільного віку та дошкільнятами. Через процес малювання психолог зацікавлює дитину, легше встановлює з нею контакт й може правильно діагностувати психологічний стан дитини. Арт-терапевти часто

використовують проєктивні малюнкові тести «Будинок – Дерево – Людина», «Кінетичний малюнок родини», «Кактус» оскільки вони мають високу інформативність, зручні в застосуванні, а також враховують вікові особливості особистості дитини [4]. К.Тарасова детально проаналізувала малюнки дітей, створені на одну з тем: «Я у даний момент», «Я, коли був маленьким», «Я буду таким, коли буде 1 вересня», «Зла/добра вихователька», «Як я уявляю свою сім'ю» [3]. У статті дослідниці зроблено детальний аналіз кожного з виконаних дитиною малюнків-тестів.

Найбільший тематичний діапазон тем для малюнків, які варто створити для психологічної діагностики подають Н.Калька та З. Ковальчук. Дослідниці розробили арт-терапевтичні техніки для роботи з дорослими і дітьми і поділили їх на сім груп [1].

Висновки. За допомогою малюнка можна здійснювати діагностичний процес не тільки дорослої людини, а й дитини, тобто метод проєктивної діагностики не має конкретних вікових обмежень. Малюнок дає змогу побачити індивідуальні особливості кожної людини, її особистісні якості тощо. Водночас під час роботи з дітьми, психотерапевт повинен враховувати специфіку дитячого внутрішнього світу. Дитина може ще не усвідомлювати багатьох зі своїх переживань, страхів, уподобань, але може інтуїтивно їх намалювати.

Література:

1. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
2. Основи психодіагностики. Інструктивно-методичні матеріали для студентів III курсу / уклад. Н. П. Ярошук. Луцьк, 2013. 124 с.
3. Тарасова, К. Значення психоаналітичного змісту малюнків у психологічній науці. *Теоретичні та методологічні проблеми практичної психології, її перспективи: Збірник доповідей міжвузівської студентської науково-практичної онлайн-конференції, присвяченої 130-річчю з Дня народження К. Левіна*. Кропивницький, 2020. С. 297 – 303.
4. Ярошук Н. П. Проєктивні малюнкові методи у психодіагностиці. *Національна освіта в стратегіях соціокультурного вибору: теорія, методологія, практика: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю, 20 травня 2020 року*. Луцьк, 2020. С. 345–346.
5. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції. Активне соціально-психологічне навчання Київ: Вища школа, 2000. 676 с.

АНАЛІЗ НАУКОВИХ ПІДХОДІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Лілія ШУКАЛЬ,

студентка 2 курсу спеціальності 053 Психологія

Науковий керівник: Олена ЯЦИНА,

професор

Актуальність теми. В наш час депресивні стани є однією з найважливіших проблем у світі. Це через нестабільність соціальної ситуації, інформаційної перенасиченості та великих втрат нашої держави внаслідок війни з росією, що є сильним ударом по емоційному благополуччю українців. Слід згадати й два роки пандемії. Фахівці з американського Університету Чепмена одними з перших провели дослідження, яке показало, як пандемія коронавірусу впливає на психічне здоров'я людей. За результатами їхніх досліджень, понад 4 тисяч опитаних (61 % респондентів) зазначили, що помітили в себе високий рівень стресу, а 45 % учасників опитування розповіли, що відчували пригнічення або безнадійність. Згідно з результатами дослідження, люди стали їсти більше шкідливої їжі, втратили мотивацію до занять спортом, а серед розваг перегляд телевізора випередив читання художньої літератури. Більше половини респондентів заявили, що сильно переймаються пандемією коронавірусу. Співробітники Центру біомедичних досліджень охорони здоров'я Оксфорда та Національного інституту медичних досліджень, виявили, що у 18% пацієнтів, у яких був позитивний тест на COVID, спостерігалися психічні розлади. Ці люди мали тривогу, депресію, порушення сну протягом трьох місяців після виявлення інфекції.

У Міністерстві охорони здоров'я прогнозують, що через війну психологічної підтримки потребуватимуть близько 15 мільйонів українців. При цьому близько 3-4 мільйонам людей потрібно буде медикаментозне лікування. Тому все вищезазначене вказує на доцільність створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Мета. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми депресивних розладів.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз, синтез, узагальнення.

Результати дослідження. Перший зареєстрований випадок страждань від депресії був записаний месопотамцями у другому столітті до н.е. У ті стародавні часи вважалося, що депресію викликає вплив демонічних сил. Що ж, у цьому стані щось є від злих духів, але і тодішнє лікування, м'яко кажучи, було специфічне. Вірніше лікування хворих, бо як іще можна пояснити

арешти та утоплення постраждалих. Бувало, що їх морили голодом, били, а то і спалювали, як ото відьом у часи інквізиції. Як бачимо, способи подолання депресії були примітивними та недієвими. Підхід «немає людини – немає проблеми», як би не просився на язик поціновувача чорного гумору все ж залишається неефективним. Проте самі цілителі так не вважали. Адже вони були переконані: це захворювання – заразне. До того ж, лікування психічних розладів вважалося справжнім варварством.

Втім не всі були прибічниками винищення потерпілих. Наприклад, у Стародавньому Римі вважалося, що депресію викликає горе або ж порушення балансу жовчі та крові. Лікарі рекомендували фізичні вправи, прослуховування музики, гідротерапію та щось на кшталт поведінкової терапії, тільки у значно спрощеній формі. Список методів лікування поновив Р. Бертон, англійський священник, у 1621 р. До них він додавав кровопускання, подорожі, ліки на травах, і ...шлюб. Також, у своїй праці «Анатомія меланхолії» він писав, що депресія може бути викликана страхом, бідністю та ізоляцією.

У 18-19 ст. ситуація погіршилася. Існувала думка, що люди з розладами володіють слабким темпераментом, який можна було успадкувати, тож ніяких зрушень у лікуванні не спостерігалося. Пацієнтів замикали в притулках або ж вони були змушені проживати своє життя у бідності та без даху над головою.

Терапія занурення, лейкотомія (хірургічне втручання) та електрошокова терапія (ЕСТ) виникли у 19 ст. Нерідко пацієнти помирали опісля двох останніх процедур, через те, що лікарі нехтували необхідними засобами безпеки. У 1900-ті роки З. Фрейд висунув теорію, про те що депресія має підґрунтя «втрати» – реальної чи закладеної в підсвідомості людини, доки інші лікарі вважали, що причина депресії криється в дисбалансі хімії мозку.

Депресія є поширеним захворюванням, від якого страждають приблизно 3,8% (це біля 280 мільйонів людей) населення у всьому світі [1]. Відповідно до даних Всесвітньої Організації Здоров'я 5,0% дорослих осіб мають діагноз «депресивний розлад». Організація World's Health Organization зазначила, що депресія є однією з основних причин загальних глобальних проблем зі здоров'ям. Депресивний розлад може значною мірою впливати на стан здоров'я, особливо якщо він періодично повторюється і має помірну або тяжку інтенсивність. Найбільш трагічним результатом впливу депресивного розладу на людину є ризик самогубства. Щорічно через самогубство помирає понад 700 000 людей, фактично, це є четвертою причиною смерті серед людей 15-29-років [1].

Вважається, що депресія є результатом складної взаємодії соціальних, психологічних і біологічних факторів. Люди, які пережили несприятливі

життєві події (безробіття, важка втрата, травматичні події), мають більшу ймовірність розвитку депресії. Депресія, своєю чергою, може призвести до додаткового стресу та дисфункції й погіршити життєву ситуацію постраждалої людини та саму депресію [2].

Симптоми депресії можуть бути як періодичними (рецидивуючими), так і хронічними. Перебіг депресії пов'язаний з низьким рівнем серотоніну в мозку людини, зазвичай лікується корекцією способу життя (харчування, фізична активність, гігієна сну), психологічними та медикаментозними методами. Існує кілька видів депресій та депресивних розладів:

- велика депресія;
- стійкий депресивний розлад (дистимія) – пригнічений настрій, який триває щонайменше два роки. Людина може мати епізоди великої депресії та періоди з менш вираженими симптомами;
- післяпологова депресія – повномасштабна велика депресія під час вагітності або після пологів. Вона набагато серйозніша, ніж «бебі блюз» – відносно легкі симптоми депресії та тривоги, які виникають у багатьох жінок протягом двох тижнів після пологів;
- психотична депресія – виникає, коли людина має депресію та певну форму психозу, наприклад, має марення та галюцинації;
- сезонні афективні розлади – настання депресії в зимові місяці, коли менше природного сонячного світла. Депресія зазвичай припиняється навесні та влітку, а взимку супроводжується соціальним відчуженням, збільшенням сну та набором ваги;
- біполярний розлад відрізняється від депресії, але при ньому людина переживає епізоди надзвичайно низького настрою, які відповідають критеріям великої депресії. І також має періоди ейфорійного настрою, що називаються «манією»;
- передменструальний дисфоричний розлад – коли жінка напередодні менструації має значний спад настрою, інтенсивніший, ніж типовий передменструальний синдром (ПМС);
- порушення регуляції настрою – розлад, який діагностується у дітей та підлітків.

У типових легких, помірних або важких депресивних епізодах пацієнт страждає від зниження настрою, зниження енергії та зниження активності. Здатність до насолоди, інтересу та концентрації знижується, а помітна втома навіть після мінімальних зусиль є звичайним явищем. Зазвичай порушується сон і знижується апетит. Самооцінка та впевненість у собі майже завжди знижені, і навіть у легкій формі часто присутні деякі ідеї провини або

нікчемності. Знижений настрій незначно змінюється щодня, не реагує на обставини і може супроводжуватися так званими «соматичними» симптомами, такими як втрата інтересу та приємних почуттів, пробудження вранці на кілька годин раніше звичайного часу, депресія, що найсильніше в вранці виражена психомоторна загальмованість, збудження, втрата апетиту, втрата маси тіла, зниження лібідо. Залежно від кількості та тяжкості симптомів депресивний епізод можна визначити як легкий, помірний або важкий [4].

В ході теоретичного аналізу наукової літератури з проблеми депресивних розладів, впливає, що депресивні розлади – серйозна проблема сучасного суспільства. Виявлено основні ознаки депресивного розладу: пригнічений настрій протягом більшої частини дня; знижена зацікавленість та задоволення майже в усіх видах діяльності: втрата інтересу до того, що раніше викликало захоплення, ніякі справи чи досягнення не приносять радості; значна втрата чи збільшення ваги без спеціального харчування чи дієт; психомоторне збудження або загальмованість: зайва метушливість чи уповільнення рухів, мовлення; прояви безсоння або сонливості: важко заснути, сон поверхневий і не приносить відпочинку; відчуття втоми, втрати енергії; зниження здатності мислити, зосереджуватися, приймати рішення: думки зосереджуються на негативних фактах, відволікають від діяльності чи прийняття рішення; почуття власної нікчемності, провини: думки та спогади про власні неспіхи, відчуття провини перед близькими людьми; повторювані думки про смерть (не страх смерті), можливі суїцидальні спроби.

Література:

1. Institute of Health Metrics and Evaluation, 2021.
2. Коротка історія депресії. <https://ij.ogo.ua/suzh/korotka-istoriya-depresiyi/>
3. Mood [affective] disorders (F30-F39) [Архівовано 2 листопада 2014 у Wayback Machine.
4. Уніфікований клінічний протокол. <http://www.mif-ua.com> > arti...

Наукове видання

Матеріали щорічної університетської підсумкової наукової студентської конференції факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Уклад. д. пед. н. Стеблюк С.В., 18 травня 2023 року. Ужгород, 2023. 173 с.

Відповідальний за випуск: С.В. Стеблюк