

**Міністерство освіти і науки України  
Чернігівський національний технологічний університет  
Харківський національний педагогічний  
університет імені Г. С. Сковороди  
ДНУ “Інститут модернізації змісту освіти”  
Чернігівський обласний інститут післядипломної  
педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського**

# **ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я**

**Збірник наукових праць  
VII Всеукраїнської науково–практичної конференції  
7–8 квітня 2017 року**

**Том 2**

Чернігів–2017

УДК 371.7+376

ББК 51.1(4УКР)0+74.580.053.34

П 24

*Затверджено до друку Вченою Радою Чернігівського національного технологічного університету, протокол № 4 від 27 березня 2017 р.*

**Редакційна колегія:**

**Головний редактор – Шкарлет Сергій Миколайович** – доктор економічних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, ректор Чернігівського національного технологічного університету

**Заступник головного редактора – Бойчук Юрій Дмитрович**, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри здоров'я людини та корекційної освіти ХНПУ імені Г. С. Сковороди

**Відповідальний секретар – Зайцев Володимир Олексійович**, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Члени редакційної колегії:**

**Прокопенко Іван Федорович**, доктор педагогічних наук, професор, академік НАПН України, ректор Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Казимир Володимир Вікторович** – доктор технічних наук, професор, Лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, проректор з наукової роботи Чернігівського національного технологічного університету

**Ткаченко Володимир Володимирович** – доктор історичних наук, професор, в.о. директора Державної наукової установи “Інститут модернізації змісту освіти”

**Заліський Анатолій Андрійович** – кандидат філософських наук, доцент, заслужений працівник освіти України, ректор Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського

**Бережна Таміла Іванівна** – кандидат педагогічних наук, в.о. начальника відділу з наукової роботи Державної наукової установи “Інститут модернізації змісту освіти”

**Гончаренко Марія Степанівна** – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, голова Української асоціації валеологів

**Маркіна Тетяна Юрївна** – доктор біологічних наук, професор, декан природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Лисенко Ірина Василівна** – кандидат педагогічних наук, доцент, проректор з науково-методичної роботи Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського

**Карленко Наталія Вікторівна** – кандидат філософських наук, директор обласного комунального закладу освіти “Криворізька загальноосвітня санаторна школа-інтернат № 8 І-ІІ ступенів”

**Педагогіка здоров'я** : збірник наукових праць VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Чернігів, 7–8 квітня 2017 р.) : [в 2 т.] / ред. колегія : С. М. Шкарлет [та ін.] . – Чернігів, 2017. – Т. 2. – 428 с.

Збірник містить наукові праці, які присвячені висвітленню результатів психолого-педагогічних досліджень щодо збереження та формування здоров'я дітей, учнівської та студентської молоді. Розглянуті теоретико-методологічні основи педагогіки здоров'я; сучасні підходи до створення здоров'язбережувального освітнього середовища; роль фізичного виховання у збереженні здоров'я; психолого-педагогічні основи профілактики шкідливих звичок та соціально-небезпечних захворювань; здоров'язбережувальні освітні технології; актуальні проблеми корекційної педагогіки та сучасних інклюзивних процесів у загальноосвітніх навчальних закладах.

## ЗМІСТ

<b>Розділ II. Вплив екологічних факторів навколишнього середовища на здоров'я людини. Проблеми екологічної освіти і виховання. Біоетика</b>	
<b>Ашуров А.Е., Мальцев П.А.</b>	9
Гендерна медицина у біоетичному вимірі	
<b>Берека В.Є.</b>	13
Загальноосвітня школа – основа для неперервної екологічної освіти впродовж життя	
<b>Борачук О.А., Борачук Л.Д.</b>	16
Волонтерство як один із способів екологізації підростаючого покоління	
<b>Варениченко А.Б.</b>	19
Технологія формування екологічної культури у молодших школярів	
<b>Галій А.І., Турба І.</b>	22
Проблема евтаназії як одна з гострих філософських та соціальних проблем	
<b>Кишкан І.Г.</b>	24
Біоетичні проблеми збереження здоров'я людини в процесі викладання основ біоетики та біобезпеки лікарям і провізорам	
<b>Кметь О.Г., Філіпець Н.Д., Кметь Т.І.</b>	27
Біоетичні аспекти формування здорового способу життя у студентів медиків	
<b>Кравченко О.П.</b>	29
Біоетика в контексті збереження здоров'я	
<b>Лантухова Н.Д., Белых Е.В.</b>	33
Аспекты деонтологии в практике врача неотложной помощи	
<b>Мірошніченко О.М.</b>	36
Вода та здоров'я: етнопедагогічний та екологічний аспекти	
<b>Пальчик О.О., Тетьоркіна В.А., Корюк М.О.</b>	39
Антропогенні впливи на ґрунти	
<b>Пахуча М.</b>	41
Суб'єктне ставлення до навколишнього природного середовища як елемент екологічної свідомості студентів природничого факультету	
<b>Пінський О.О.</b>	43
Біоетика і проблеми сучасних соціальних трансформацій	
<b>Скриннікова О.А., Коваль В.В., Чернікова Н.В.</b>	46
Вищі водні рослини як ефективні біофільтри стічних і поверхневих вод	
<b>Солошенко Э.Н., Стулий О.Н., Бойчук Ю.Д., Гиржанова И.В., Тихонова И.А.</b>	48
Особенности медицинской деонтологии в дерматовенерологической практике	
<b>Степанюк А.В., Назарко І.С.</b>	53
Біоетична освіта як компонент професійної підготовки фахівців різних напрямів	
<b>Сухенко О.В.</b>	58
Здоров'язберезувальні технології навчання екології у фармацевтичному коледжі	
<b>Терешкевич Г.Т. (с. Діогена), Христенко О.М.</b>	60
Глобальна проблема протидії легалізації евтаназії: морально-етичні та юридичні аспекти	
<b>Упатова І.П., Сіденко М.Ю., Вербенець Т.П.</b>	67
Базові засади біоетики як основа формування моральної свідомості	
<b>Шаповалова Т.Г. Мелаш В.Д.</b>	70
Підготовка майбутнього вчителя початкової школи до формування еколого-валеологічної культури	
<b>Юркевич І.Ю.</b>	75
Біоетичний погляд на проблематику збереження здоров'я та складові здорового способу життя дітей та підлітків	

<b>Розділ III. Проблеми фізичного виховання і спорту, фізичної реабілітації та рекреації</b>	
<b>Базильчук О.В.</b>	89
Фізична реабілітація як ефективний метод відновлення здоров'я спортсменів	
<b>Батюк А.М.</b>	93
Особливості впливу оздоровчих фізичних занять на показники здоров'я студентської молоді	
<b>Богдановський І.В.</b>	97
Організація освітньо-оздоровлювальної діяльності тренера-викладача в роботі з дітьми дошкільного віку	
<b>Бойчук Ю.Д., Зуб Е.В., Турчинов А.В., Алфимова Л.Д.</b>	99
Петр Францевич Лесгафт – основоположник педагогической системы физического воспитания (к 180-летию со дня рождения)	
<b>Болтоматіс Д.В.</b>	104
Іридодіагностика функціональних можливостей юних футболістів 16-18 років	
<b>Бугаєвський К.А.</b>	108
Особенности восстановительного лечения после перенесенного невынашивания беременности	
<b>Буц А.М.</b>	112
Готовність студентів до здоров'язбережувальної поведінки та технологія керування здоровим способом життя	
<b>Вахнова А.П.</b>	114
Шляхи формування ціннісного ставлення до здоров'я учнів старшої школи на уроках фізичної культури	
<b>Волик Г.П., Скоропадська С.О.</b>	118
Проблема збереження здоров'я в умовах закладу спортивного профілю	
<b>Гончарук В.В., Волкова Т.В.</b>	123
Сучасні проблеми і перспективи розвитку фізичного виховання при вирішенні питання укріплення здоров'я студентської молоді	
<b>Гурова А.І.</b>	126
Завдання лікувальної фізкультури у фізичній реабілітації на цукровий діабет	
<b>Дегтяренко Т.В., Яготін Р.С.</b>	131
Програма оцінки психофізичного стану студентів при проведенні занять з фізичної культури	
<b>Долинний Ю.О.</b>	134
Аналіз сучасного стану підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями	
<b>Дорофєєва О.Є., Яримбаш К.С.</b>	143
Взаємозв'язок рухової активності і психофізіологічного статусу школярів 11-12 років	
<b>Драгунов Д.М., Дерябкіна Т.В., Колодяжна Т.П., Кузьменко М.Г.</b>	146
Спортивні травми студентів	
<b>Дроннікова Т.А.</b>	148
Розвиток фізичної культури і спорту в сучасних умовах	
<b>Дятлова Ю.В.</b>	151
Професійна підготовка фахівців фізичного виховання у системі вищої освіти	
<b>Єгорова А.С.</b>	153
Гіподинамія у дітей: причини, наслідки та профілактика	

<b>Загородня Л.І.</b>	156
Формування здорового способу життя та залучення учнів до оздоровчої рухової активності у системі роботи школи	
<b>Іваненко В.В.</b>	158
Психологічна культура як важлива умова формування професійної майстерності майбутніх учителів фізичного виховання	
<b>Іванова Ю., Обухова Д.</b>	162
Фізична реабілітація змішаних атаксій у військових, що отримали черепно-мозкову травму в результаті бойових дій	
<b>Качан О.А.</b>	166
Соціалізація учнів професійно-технічних закладів освіти засобами фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності	
<b>Кияшко М.В.</b>	170
Аеробіка та її різновиди в підготовці фахівців з фізичної реабілітації	
<b>Козій Т.П.</b>	173
Пілатес як засіб фізичної реабілітації при остеохондрозах	
<b>Козуб С.В.</b>	176
Оздоровление и рекреация посредством танцев	
<b>Кривенко А.П.</b>	179
Фізичні вправи як основний засіб комплексних методик у реабілітації хворих на остеохондроз	
<b>Кудін С.Ф., Козерук Ю.В., Савонова О.В., Мазур Т.В.</b>	181
Медико-гігієнічні аспекти проблеми збереження здоров'я школярів та студентської молоді через фізичну культуру	
<b>Купрєєнко М.В., Непша О.В.</b>	185
З досвіду проведення комплексу фізичної реабілітації щадно-тренувального рухового режиму в осіб зі сколіозом	
<b>Литвиненко А.М.</b>	188
Дальневосточные системы боевых единоборств в физическом воспитании студентов технического вуза	
<b>Мальцева О.Б., Качанова В.В., Гомонай М.В., Кручаниця М.І., Дуб М.М.</b>	190
Вплив методів фізичної реабілітації на психоемоційні порушення у хворих на виразкову хворобу шлунка	
<b>Марчик В.І.</b>	194
Вплив рухової активності на працездатність	
<b>Мозолєв О.М.</b>	197
Взаємодія місцевих органів управління з громадськими організаціями з розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту з польського досвіду	
<b>Мосейчук Ю.Ю.</b>	200
Потенціал праксеологічного підходу у процесі формування культури здоров'я у майбутніх учителів фізичної культури	
<b>Осадчий О.В., Кропива О.С.</b>	204
Нормативно-правові особливості галузі “Фізична реабілітація” в Україні	
<b>Петренко Г.В.</b>	208
Організаційно-методичні засади здоров'яформувального фізичного виховання дітей 5-6- віку	
<b>Петров Д.О.</b>	215
Регулювання фізичного виховання у вищих навчальних закладах	

<b>Печко О.М., Дудоров О.М.</b>	220
Основні принципи спорту інвалідів і їх практична реалізація в умовах сьогодення	
<b>Плахтій Д.П., Плахтій М.П.</b>	222
Рухова активність і тривалість життя	
<b>Погорлецки А.Н., Завалишка А.А., Братан М.</b>	226
Эффективность применения кинетотерапевтической программы при плоскостопии у детей 11-12 лет	
<b>Прима А.В.</b>	230
Формування готовності майбутніх фітнес-тренерів до культивування здорового способу життя	
<b>Редькін Ю.В.</b>	234
Школа здорової постави	
<b>Ридзель Ю.М.</b>	238
Формування фізичного здоров'я студенток засобами інноваційних аеробних форм фізичного виховання	
<b>Рябченко В.О.</b>	244
Упровадження елементів кроссфіту як здоров'язбережувальної технології на заняттях з фізичного виховання у Коледжі НФаУ	
<b>Семенець Н.В.</b>	246
Деякі аспекти формування мотивації студентів-медиків щодо вибору самостійних занять фізичним вихованням і спортом	
<b>Синіцький О.М.</b>	250
Використання вправ Чжунь Юань цигун для підтримання та покращення здоров'я студентів	
<b>Слобожанінов П.А.</b>	253
Про формування готовності майбутніх фахівців з фітнесу та рекреації до здоров'язбережувальної діяльності	
<b>Сотрихіна О.С., Слімаковський О.В.</b>	257
Мотивація дітей до занять ушу на етапі початкової підготовки	
<b>Старосельська Ю.І., Місевра Н.С.</b>	262
Силовий фітнес як складова оздоровчого тренувального процесу жінок II вікової категорії	
<b>Титаренко В.І.</b>	264
Біомеханічні та фізіологічні засади у технічній підготовці масажистів	
<b>Третьякова С.О.</b>	270
Комплексний підхід до фізичного виховання через упровадження інноваційних технологій	
<b>Уварова Н.В.</b>	273
Сучасні олімпійські перспективи розвитку спортивного скелелазіння	
<b>Федорець В.М.</b>	277
Інтегративне використання феноменологічного і темпорального підходів для формування методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури	
<b>Халайджі С.В.</b>	282
Тестування ризику серцево-судинних захворювань студентів-першокурсників на заняттях фізичною культурою до проведення медогляду	

<b>Чернявський Ю.Д.</b>	285
Реалізація стандартів здорового способу життя в Національному медичному університеті імені О. О.Богомольця	
<b>Шаповалова Ю.В.</b>	289
Главные факторы здоровья	
<b>Шепеленко Т.В.</b>	292
Модель комплексного підходу до формування культури здоров'я студентів в умовах УкрДУЗТ	
<b>Шуба Л.В., Шуба В.В.</b>	296
Модернізація базового курсу фізичного виховання учнів середніх класів сільських шкіл	
<b>Щербак І.М., Белякова Т.О., Очман Д.Д., Силенко Н.В.</b>	300
Фізичні вправи як фактор формування здоров'я молоді	
<b>Розділ IV. Актуальні проблеми корекційної педагогіки та інклюзивної освіти</b>	
<b>Голуб Н.М.</b>	303
Питання своєчасної діагностики та профілактики порушень читання та письма у дітей із змагальним недорозвиненням мовлення	
<b>Гордієнко В.В.</b>	306
Прийоми та методи формування дрібної моторики у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення	
<b>Завітренко Д., Козлова В.</b>	309
Сутність та перспективи розвитку системи інклюзивної освіти в Україні	
<b>Казачінер О.С.</b>	317
Психолого-педагогічний супровід навчання молодших школярів іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах загальноосвітніх навчальних закладів: досвід Харківського регіону	
<b>Калініна Т.С., Гніда Т.Б.</b>	320
Теоретичні основи формування життєвої компетентності у вихованців інтернатного закладу	
<b>Кляп М.І.</b>	323
Роль батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивної освіти	
<b>Козачек Н.О.</b>	326
Вплив сюжетно-рольових ігор на розвиток дітей з порушеннями слуху старшого дошкільного віку	
<b>Кравець Н.П.</b>	329
Урахування психофізичного стану здоров'я розумово відсталих дітей на уроках літератури	
<b>Kroshka S.A.</b>	332
Inclusion – special training system	
<b>Кукліна Г.І.</b>	335
Здоров'язбережувальні технології на індивідуальних заняттях з розвитку слухового сприймання мовлення та формування вимови	
<b>Кучмій О.Ю.</b>	337
Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами в умовах навчання в загальноосвітній школі	
<b>Леплявенко А.</b>	341
Вікові норми та порушення звуковимови у дітей	

<b>Михайленко В.В.</b>	344
Використання досвіду М. Єфименка щодо вдосконалення рухових умінь і навичок у розумово відсталих учнів	
<b>Назаренко М.М.</b>	347
Формування навичок здорового способу життя методами інтерактивного виховання в молодших класах	
<b>Немшилова О.І.</b>	349
Особливості переказу учнів з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ)	
<b>Никоненко Н.В.</b>	352
Розробка посібника з гендерного виховання для молодших школярів із порушеннями інтелектуального розвитку	
<b>Ніколенко Л.М.</b>	357
Роль емпатії у професійному самовизначенні корекційного педагога	
<b>Олефір О.І.</b>	361
Стан сформованості лексичної складової молодших школярів із ТПМ	
<b>Пелюстка М.І.</b>	365
Проблема вивчення людей, які мають комплексні ураження слуху та зору в сучасній психології	
<b>Райчук М.І.</b>	366
Використання методів сенсорної інтеграції для дітей із затримкою мовного розвитку	
<b>Рассказова О.І., Тарасенко Н.В.</b>	368
Картки “Життєві історії” як засіб збереження та зміцнення здоров’я дітей з особливими потребами	
<b>Сіліна Г.О., Климчук І.П.</b>	371
Метод “Ляльки – персони” – інноваційний педагогічний підхід для психологічного та соціального розвитку дітей	
<b>Сінопальнікова Н.М.</b>	374
Сучасні підходи до розуміння поняття “педагогічні технології”	
<b>Туренко Н.М.</b>	376
Навчально-методичне забезпечення курсу “Логопедія”	
<b>Туріщева Л.В., Погорєла Л.М., Пугач І.В.</b>	382
Особливості розвитку мислення у дітей молодшого шкільного віку з порушеннями мовлення	
<b>Хайдарова О.С.</b>	385
До питання організації корекційно-розвивального навчання дітей з помірною розумовою відсталістю	
<b>Харужева Л.Г.</b>	388
Особливості підбору лексичного матеріалу для роботи з учнями молодших класів із ЗНМ	
<b>Шевченко С.М.</b>	391
Василь Сухомлинський: турбота про здоров’я школярів – найважливіше завдання вчителя	
<b>Шмалей С.В., Редька І.В.</b>	399
Пішохідна безпека осіб зі зниженим зором	
<b>Шуліменко Л.Г.</b>	403
Досвід роботи з соціальною адаптації та розвитку дітей-аутистів у загальноосвітній школі	



## **Розділ II. Вплив екологічних факторів навколишнього середовища на здоров'я людини. Проблеми екологічної освіти і виховання. Біоетика**

**Ашуров А.Е., Мальцев П.А.**  
Харківський національний медичний університет

### **ГЕНДЕРНА МЕДИЦИНА У БІОЕТИЧНОМУ ВИМІРІ**

На сьогоднішній день в Україні існує така проблема: з одного боку, жінки обстежуються та лікуються більш ретельно, ніж чоловіки, проте, з іншого боку, більшість медичних досліджень проводиться саме на чоловіках, і тільки потім результати переносяться на жінок. У цьому сенсі можна говорити про “гендерну сліпоту” — такий аспект, який не забезпечує адекватне лікування представникам обох статей. Тому настав час, коли медицина мусить визнати й оцінити відмінності між чоловіком та жінкою. Лише так можна гарантувати рівноцінне лікування для кожного. Для цього й існує такий напрямок, як гендерна медицина, яка знаходиться на самому початку шляху, але розвивається стрімко.

Гендерна медицина спрямована на забезпечення соціальної основи для кращого здоров'я жінок і чоловіків, подолання соціальних бар'єрів між людьми у царині медичного забезпечення. Як наслідок – більш суворе дотримання норм та кращий терапевтичний успіх завдяки гендерночутливій діагностиці і терапії. Керівник Інституту соціальної медицини в Університеті Відня Майкл Кунце підкреслив, що “гендерна медицина є новою сферою науки і практики, яка відповідає терміну істинний прогрес” [1].

Отже, існує суттєва необхідність розрізняти стать та гендер. Стать є проявом передусім біологічної сутності та статевої приналежності, а гендер – це соціокультурний конструкт, що формується для реалізації можливостей (у тому числі і біологічних задатків) чоловіків і жінок. Стать позначає біологічну, гендер – культурну та соціальну ідентичність особи. Сучасність відрізняється тим, що соціум дозрів до того, щоб визнати право людини без утиску самовизначатися відносно своєї гендерної приналежності. Жінки можуть не боятися демонструвати розум, рішучість і самодостатність, тобто риси, які традиційно приписувалися і закріплювалися за чоловіками, а чоловік може бути турботливим, ніжним та емоційним. Відсутність упередженості в оцінках гендерної норми й відхилення від неї допомагає уникнути зайвих тривог, а тому не витратити здоров'я. Але на яких саме підставах базується необхідність введення гендерної політики у сучасну сферу охорони здоров'я?

По-перше, існують відмінності у дії препаратів залежно від статі. Те, що ефективно впливає на чоловічий організм, не може так само ефективно впливати на жіночий. Існують препарати, котрі не дають бажаного результату або викликають сильніші побічні ефекти. Один з прикладів - аспірін. Були проведені дослідження, які підтверджують той факт, що, наприклад, аспірін більшою мірою зупиняє тромбоутворення у чоловіків, ніж у жінок. Це відбувається

внаслідок того, що тестостерон в організмі чоловіка посилює дію препарату, а ось естрадіол впливає зовсім інакше. Також жінки більш чутливі до дії агоністів опіоїдних рецепторів, таких як морфін і пентазоцин, а чоловіки - нестероїдних протизапальних засобів, наприклад, ібупрофену. Статеві відмінності продемонстровані також щодо ліків, які впливають на систему згортання крові: При призначенні тромболітичних засобів у жінок частіше розвиваються небажані побічні ефекти, чого не можна сказати про чоловіків. Загалом можна вважати, що жінки більш чутливі до ліків, ніж чоловіки.

До того ж, різниця є не тільки у засобах лікування, але й у самих хворобах, які теж протікають по-різному, залежно від статі. Так, наприклад, встановлено ряд гендерних відмінностей в перебігу цукрового діабету другого типу, а також ступеня ризику розвитку його ускладнень. Таким чином цукровий діабет другого типу частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків аналогічного віку, причому ймовірність його розвитку підвищується з віком. У віці 55-64 років загальна поширеність цукрового діабету другого типу серед жінок на 60-70% вище, ніж серед чоловіків. Американське національне дослідження показало високу поширеність невиявленого цукрового діабету другого типу серед населення - 2,7%; причому серед жінок і чоловіків у віці 50-59 років ця цифра становила 5,8% і 3,3% відповідно [5].

Загалом для жінок у віці 50-59 років цукровий діабет другого типу представляє набагато більшу небезпеку для життя, ніж для чоловіків. Наприклад, ризик розвитку у жінок з цукровим діабетом другого типу важких проявів ішемічної хвороби вдвічі вище в порівнянні з його відсутністю. Жінки, які страждають цим захворюванням, більше ризикують померти від інфаркту міокарда, ніж чоловіки з діабетом або жінки без діабету. А у 69% жінок з цукровим діабетом другого типу виникають ті чи інші серцево-судинні порушення [5].

В основі всіх цих явищ знаходиться фізіологічне зниження жіночих гормонів естрогенів в період менопаузи, що і провокує розвиток ряду ускладнень цукрового діабету другого типу.

Також існують певні відмінності у симптомах стресу як у жінок, так і чоловіків. Так, науковці констатують особливі "жіночі" реакції на стрес, наприклад, нестерпний головний біль або напади паралізуючого страху. Під час навчального процесу у хлопців частіше відзначаються наслідки стресу, а саме: обмеження рухової активності, набуття психічних розладів, втрата слуху і зору, пам'яті. Хлопці виробляють негайну й безпосередню реакцію на стрес. Тестостерон провокує високу активність, самовпевненість, підвищує здатність концентрації на ситуації і виходу з неї через дію [3]. Крім того, у чоловіків більш високий больовий поріг; існує захисна психологічна реакція заперечення і неприйняття болю, що призводить до більш пізньої діагностики та лікування патологічних порушень. Всі ці чинники у свою чергу призводять до більш ранньої смертності у чоловіків різного віку (порівняно з жінками). Жіночий організм реагує на стрес дещо інакше, викидаючи в кров більше гормонів стресу і припиняючи їх вироблення задовго після того, як причина стресу усунена. Тривала дія гормонів стресу шкодить клітинам мозку, особливо тим, що

відповідають за пам'ять. Жінки не тільки фізіологічно більш схильні до стресу, вони й психологічно слабші. Дівчата часто переживають неприємні ситуації й негативні почуття знову й знову, особливо якщо вони стосуються взаємин із близькими людьми або колегами. Отже, під натиском стресів жінки більш беззахисні, ніж чоловіки. Негативні емоції накопичуються, і рано чи пізно якась часом зовсім незначна невдача призводить до глибокої депресії, апатії, сліз і переживань.

Проте маємо зазначити, що реакції чоловіків і жінок на стрес багато в чому відрізняються не тільки через особистісні особливості, але й через виховання, норми, визначені суспільством, яких привчають дотримуватися з народження. Хоча значення фізіології применшувати не слід, у стресових ситуаціях чоловікам властиво замикатися в собі, щоб наодинці обдумати проблему та пов'язані з нею переживання, тоді як у жінок переважають емоції. У такі хвилини, щоб опанувати себе, чоловікам і жінкам потрібні зовсім різні речі. Чоловікові частіше стає легше, коли він береться за вирішення проблеми, а жінці – коли вона говорить про неї.

Літературні дані також свідчать про те, що жінки відчувають біль в більшій мірі, ніж чоловіки. У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів з синдромом хронічного болю в спині. Було виконано аналіз відмінностей в описі відчуття больового синдрому між чоловіками і жінками. Для жінок переживання болю ускладнювався емоційним стресом у вигляді тривоги, депресії, надмірної хвилювання про стан свого здоров'я, страху, астенії, що призводило до їх невротичної дезадаптації.

Також, у чоловіків серцевий напад характеризується тяжкістю в грудній клітині і болем в лівій руці, у жінок він проявляється у вигляді нудоти та болю внизу живота. І хоча серцевий напад у жінок призводить до більш тяжких наслідків, за специфічних симптомів його складніше діагностувати. При плануванні терапевтичних заходів у пацієнтів, які перенесли серцевий напад, так само необхідно враховувати гендерні особливості.

Але що саме спричиняє такий різносторонній вплив факторів на організми різних статей? Вся справа в тому, що, окрім зовнішніх відмінностей у будові тіла і функціонуванні репродуктивних систем чоловічого і жіночого організму, існують також біологічні та фізіологічні особливості статей. Так, наприклад, жінки більш емоційні (зона мозку, яка відповідає за емоції в 8 разів більше, ніж у чоловіків), у них частіше розвивається депресія. Жінки перевершують чоловіків по швидкості сприйняття, в рахунку, швидкості рук, краще володіють ораторським мистецтвом. Вагітність, лактація, щомісячна циклічна зміна секреції всіх гормонів призводить до напруженості роботи ендокринної системи у жінок. Також частіше розвиваються ендокринні захворювання (тиреотоксикоз в 10 разів частіше у жінок, ніж у чоловіків). Напруженість в роботі ендокринної системи, тренуваність залоз гіпоталамус-гіпофіз-надниркової системи забезпечує високу адаптацію організму жінки до гіпоксії і в цілому при хворобах. Жінки більш резистентні до холоду, голоду та крововтрати. У зв'язку з періодичною крововтратою у жінок часто розвивається залізодефіцитна анемія. Чоловіки ж краще орієнтуються в просторі, перевершують жінок в швидкості пересування,

координації. Чоловіки менш стійкі до дії стресорів: у них раніше розвиваються хвороби адаптації, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка. Чоловіки також більш резистентні до дії наркотиків.

Однак тільки цим відмінності у здоров'ї та морфології, пов'язані зі статтю, не вичерпуються. Наприклад, у жінок краще розвинена вербальна функція. Психологи підрахували, що жінка повинна вимовити 21 тисячу слів в день, щоб добре себе почувати. Чоловікові ж для гарного самопочуття досить вимовити 7 тисяч слів. Якщо поглянути на анатомічні особливості – під час промови у чоловіка активовано тільки ліва півкуля, у той час як у жінок – обидві. Така анатомічна особливість має клінічне значення. Відомо, що патології вже сформованої мови зустрічаються у чоловіків в 3 рази частіше, ніж у жінок. Ймовірно, це пов'язано з тим, що у жінок при ураженні лівої півкулі, зберігається компенсаторна можливість правої півкулі [3].

В Україні ситуація з гендерною медициною базується на демографії. Демографічна ситуація у нашій країні характеризується зменшенням кількості населення і погіршенням стану здоров'я чоловічого населення. В середньому очікувана тривалість життя чоловіків на 11-12 років, а жінок на 7-8 років менша, ніж у більш розвинених країнах Європи. Середня тривалість життя чоловіків в Україні на 10-12 років менше жіночої, смертність чоловіків працездатного віку (28-45 років) в 4 рази вище. Різниця в тривалості життя жінок і чоловіків пов'язана, перш за все, з недостатньою увагою до охорони здоров'я чоловіка і до профілактики негативних впливів. Чоловіки психологічно складніше переносять економічні проблеми, а саме безробіття, яке довгий час в Україні тримається на рівні 8-10%, невдале кар'єрне просування, низьку заробітну плату та ін. [2].

Таким чином, ми би хотіли ще раз зазначити те, що гендерна політика у сьогоденній медицині не стоїть на порядку денному, однак ми також не можемо впевнено сказати, що "гендерна сліпота" має такі ж стійкі позиції, як раніше. Прогрес є, але багато чого ще потрібно досягти. Науковці почали вивчати вплив одних й тих самих захворювань на різні статі, вплив однакових лікарських речовин на організм чоловіків та жінок, та методи лікування загалом. Лікарі мають також долучатися до цього процесу, адже відкриття науковців у сфері гендерної медицини не будуть взагалі мати ніякої ваги, якщо лікарі не будуть долучати ці новітництва до лікування своїх пацієнтів. Саме тому головна ідея цього проекту полягає у необхідності приверненні уваги до гендерної проблеми.

*Дана наукова стаття підготовлена під керівництвом доктора філософських наук, професора Карпенко К.І.*

### **Література**

1. Heidi Schriber. Geschlecht und Medizin [Електронний ресурс] // Режим доступу: [http://www.tellmed.ch/include\\_php/previewdoc.php?file\\_id=1457](http://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=1457)
2. Джуди Твігг (Judy Twigg), І. Уейн Мерри (E. Wayne Merry): Настоящий кризис на Украине — бомба с часовым механизмом в сфере демографии и здравоохранения [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://inosmi.ru/sngbaltia/20141216/224950974.html>
3. Жінки та Чоловіки: відмінності, доведені [Електронний ресурс] // Українська правда. 2013. – Режим доступу: <http://life.pravda.com.ua/society/2013/12/5/144101/>
4. "Women's Aid Clinic: Здоров'я пацієток є предметом нашої турботи" [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.chasipodii.net/article/7381/>

5. Diabetes: Faktor "Geschlecht" von immer größerer Bedeutung.[Електронний ресурс]//Режим доступу:<https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2016/news-aus-dem-juli-2016/diabetes-faktor-geschlecht/>

**Берека В.Є.**

Хмельницький обласний інститут  
післядипломної педагогічної освіти

## **ЗАГАЛЬНООСВІТНЯ ШКОЛА – ОСНОВА ДЛЯ НЕПЕРЕРВНОЇ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ ЛЮДИНИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ**

У сучасному українському суспільстві відбуваються значні економічні, політичні та соціальні перетворення, які вимагають адекватних змін і в педагогічній сфері. Модернізація української школи відбувається досить стрімко, хоча й непросто, бо доводиться відмовлятися від традиційних стереотипів, розробляти нові принципи шкільної освіти, по-новому формувати й зміст і методи. В свою чергу, це передбачає створення сприятливих умов для врахування індивідуальних особливостей, задоволення інтересів і потреб учнів, для формування у школярів орієнтації на той чи інший вид майбутньої професійної діяльності. Адже сьогоднішнє покоління молоді має бути спроможним швидко і легко адаптуватися до умов сьогодення, креативно мислити та досягати високих життєвих результатів.

Вирішенню означених проблем мають сприяти нові підходи до організації освіти в старшій школі, яка має функціонувати як профільна. Саме вони закладені в Законі України "Про загальну середню освіту", постанові Кабінету Міністрів України "Про перехід загальноосвітніх навчальних закладів на новий зміст, структуру і 12-річний термін навчання". Важливим документом є розроблена Інститутом педагогіки НАПН України Концепція профільного навчання в старшій школі, яку затверджено рішенням колегії Міністерства освіти і науки України. Вона ґрунтується на основних положеннях Концепції загальної середньої освіти (12 річна школа) і спрямована на реалізацію [4]. Ці, та низка інших документів спрямовані на утвердження у вітчизняних школах особистісно-орієнтованої парадигми навчання і виховання, на розвиток сучасних педагогічних технологій, удосконалення форм, методів і засобів навчання, модернізацію змісту шкільних програм та підручників. Це стосується і формування екологічних знань, які розглядаються науковцями як послідовність етапів навчально-виховної роботи, спрямованої на формування основоположних якостей екологічно вихованої особистості. [3, с. 51].

Ґрунтовне вивчення наукової літератури з філософії, педагогіки, психології показав, що нині є значна кількість праць вітчизняних та зарубіжних дослідників з проблеми профільного навчання (Г. Балл, Н. Бібик, Н. Добронравова, Н. Василенко, О. Котова, А. Лапухівська, Ж. Осипенко, С. Сушко та ін.), специфіки педагогічного підходу до питань охорони природного середовища, гуманного ставлення до природи (В. Вербицький, І. Зязюн, Г. Пустовіт, Т. Сущенко та ін.)

Методологічну основу формування цілісних знань про природу обґрунтовано А. Степанюк, проблеми екологічного виховання в процесі трудового навчання і сільськогосподарської праці розроблено Н. Пустовіт, формування екологічної культури учнів ПТУ в процесі вивчення предметів професійно-технічного циклу присвячено праці Л. Лук'янової. Можливості окремих навчальних предметів щодо формування екологічних знань старшокласників в процесі вивчення навчальних предметів охарактеризовано в працях Г. Білявського, Н. Водзюк, М. Воїнственського та ін.

Проте у вітчизняній педагогіці не проводилися цілеспрямовані дослідження щодо формування екологічних знань майбутніх свідомих громадян. І це при тому, що останні володіють недостатнім рівнем екологічних знань та практичних умінь. На практиці у старшій школі використовуються застарілі, малоефективні методики формування екологічних вмінь, майбутнє доросле населення не готується до свідомої екологічної діяльності.

*Мета нашого повідомлення* полягає в обґрунтуванні основ для неперервної екологічної освіти людини впродовж життя засобами профільної загальноосвітньої школи.

Як свідчать дослідження доросле населення не дбайливо, а байдуже чи прагматично ставиться до природи. При цьому екологічна поінформованість, культура населення є низькою. Про це йдеться у висновках експертів ICSU щодо побудови суспільства сталого розвитку в Україні. Результати їх досліджень показують, що у нашого населення поверхове уявлення про розвиток і небезпеку екологічних криз в межах регіону і місця проживання, про небезпеку отрутохімікатів та радіації для людей і тварин; не мають знань про шляхи нейтралізації небезпечних екологічних ситуацій та екологізації виробництва, пасивні щодо природоохоронних заходів та екологічних рухів тощо. Більшість населення не обізнана з елементарними екологічними нормами. Здебільшого негативний вплив на довкілля здійснюється несвідомо, без урахування збитків, які людина завдає природі і собі [1, с. 85-86].

Зрозуміло, що така обстановка не може не впливати на особистість: або вона формує у себе непримиренне ставлення до означеної ситуації, бажання одержати екологічні знання та навички, щоб у подальшому діяти у відповідності з екологічною етикою та компетенцією, або у неї, на жаль, може укорінитися емоційна відчуженість, пасивність, байдужість по відношенню до навколишнього середовища, до проявів екологічно шкідливої поведінки оточуючих, і що гірше, вона може лише споживати природні блага, а не захищати їх та злочинно діяти, шкодячи екосередовищу.

На думку відомого фахівця в галузі екології Г. Пустовіта розгляд теоретико-методологічної бази екологічної освіти різних верств населення, засвідчує, що її категорійний апарат (мета і зміст, завдання і принципові положення, форми і методи реалізації) розробляються вітчизняною наукою з урахуванням світових та національних суспільно-політичних процесів. Вони пов'язані з життєвою необхідністю перебудувати споживацьку культуру стосунків людини з природою та її ресурсами, формувати, починаючи з раннього дитинства, якісно новий тип поведінки в навколишньому середовищі [5, с. 13].

Вирішальна роль у цьому процесі належить старшій школі. Саме тут завершується шкільна екологічна освіта, у якій повинен відбитися синтез трьох основних тенденцій: формування сучасних екологічних уявлень; формування свідомого ставлення до природи; формування раціональних стратегій взаємодії з природою.

Як вважає С. Горбулінська екологічна освіта старшокласників повинна бути спрямована на забезпечення молодого покоління науковими знаннями про взаємозв'язок природи і суспільства, допомогти зрозуміти багатогранне значення природи для суспільства в цілому і кожної людини зокрема, сформуванню розуміння того, що природа – це першооснова існування людини, а людина – частина природи, виховати свідоме добре ставлення до неї, почуття відповідальності за навколишнє середовище як національної і загальнолюдської цінності, розвивати творчу активність щодо охорони та перетворення навколишнього середовища, виховувати любов до рідної природи [2, с. 88].

Незважаючи на посилення уваги до екологічної освіти населення, позитивних зрушень в цій галузі не спостерігається. Проведене нами анкетування старшокласників профільних шкіл дозволило зробити висновки, що уроки з екології рідко відбуваються у формі інтеракції, на уроках екології майже не використовується комп'ютер, Старшокласники епізодично приймають участь у розробці проектів, лише поодинокі учні задіяні до науково-дослідній роботі екологічного спрямування. У позаурочній роботі старшокласники лише інколи беруть участь у роботі гуртків (якщо вони організовані), у діяльності екологічної варті, польової практики, працюють на пришкільних ділянках, допомагають дорослим у виробничій діяльності. Це свідчить про те, що часто в школі екологічна освіта не має повноцінного змістового наповнення, цілеспрямованості та систематичності.

Часто екологічна освіта дорослого населення (якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю) закінчується на рівні загальноосвітньої школи. Виникає необхідність удосконалення правового регулювання відносин у галузі екологічної освіти та виховання в Україні. У більшості законодавчих актів відзначається важлива роль і місце екологічної освіти у вирішенні екологічних проблем держави та окремих регіонів. І хоча окремі законодавчі акти передбачають проведення цілком конкретних заходів, система останніх не є цілісною та збалансованою, відповідні правові норми розкидані по багатьох документах, виданих різними суб'єктами нормотворчості.

Недосконалість законодавства та відсутність практичних механізмів правореалізації призводить до того, що права громадян не забезпечуються належним чином. Суб'єктивне право громадян на одержання екологічної освіти потребує конкретизації та деталізації в законодавстві, де мають бути встановлені порядок, зміст та організаційно-правові форми реалізації цього права

Таким чином, основою для неперервної екологічної освіти дорослого населення служить загальноосвітня школа. Адже саме вона вирішує одне із головних завдань – формування і розвиток особистості на основі врахування індивідуальних особливостей, їхніх освітніх потреб, нахилів, інтересів і здібностей, зумовлених орієнтацією на майбутню професію

Розглянуті методи формування екологічних знань старшокласників загальноосвітньої школи мають бути альтернативою традиційним тому, що створюють умови для їх формування, їхньої творчої самосвідомості й стилю активної дослідницької діяльності. Завдання профільної школи – визначення творчих особистостей та створення належних умов для їхнього екологічного розвитку. Саме тому в навчальному процесі мають використовуватись технології, орієнтовані на формування творчої екологічно досвідченої особистості.

Зважаючи на вищесказане вважаємо за необхідне зосередити увагу на детальному вивченні основних положень організації формування екологічних знань в загальноосвітній школі при вивченні конкретних дисциплін, розкрити методологію, сучасні методи та методики формування екологічних знань майбутніх громадян, обґрунтувати шляхи впровадження їх у педагогічну практику.

### **Література**

1. Аналіз сталого розвитку – глобальний і регіональний контексти: У 2 ч. Міжнародна рада з науки (ІСІП) / наук кер. М.З. Згуровський. – Ч. 2. Україна в індикаторах сталого розвитку. Аналіз – 2009. - К.: НТУУ “КПІ”. – 2009.
2. Горбулінська С. Психолого-педагогічні особливості формування екологічних знань старшокласників // Вісник Львів. ун-ту. Серія педагогічна, 2006. – Вип. 24. – С. 87-92.
3. Науменко Р.А. Дисертація на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук: 13.00.07. Екологічне виховання учнів 5-9 класів шкіл-інтернатів у позаурочний час. - К., 1994.
4. Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті // Освіта. – 2001. – 11-18 липня. – С. 2-6.
5. Пустовіт Г.П. Сучасні підходи до змісту екологічної освіти учнів у позашкільних закладах // Екологічний вісник. - № 3/4. – 2003. – С. 13-15.

**Борачук О.А., Борачук Л.Д.**  
Вінницький коледж НУХТ

## **ВОЛОНТЕРСТВО ЯК ОДИН ІЗ СПОСОБІВ ЕКОЛОГІЗАЦІЇ ПІДРОСТАЮЧОГО ПОКОЛІННЯ**

Екологічне волонтерство є важливою сферою діяльності волонтерів у всьому світі, адже на сьогодні проблема екології посідає важливе місце у житті людства. Виділяють такі його аспекти: добровільні кампанії з очищення території, прибирання парків, збирання сміття, прибирання автомобільних доріг; раціональне використання корисних копалин; поліпшення стану навколишнього середовища; облаштування місцевих парків; охорона природи; екологічна просвіта; боротьба із споживацьким ставленням до природи.

Розвиток людства, його виробничих сил, поставили людину перед проблемою обмеженості природних ресурсів, нещадного забруднення середовища свого існування, можливого порушення динамічної рівноваги системи “суспільство-природа”. Порушення екологічної рівноваги, гармонії в світі, безпосередньо веде і до порушення гармонії самої людини. Найстрашніше стихійне лихо, найлютіша буря не принесуть стільки шкоди, як людська діяльність задля свого виживання. В таких умовах, перш за все, необхідно



формувати в людині екологічну культуру, поважне відношення до свого творця - Природи, повернутись обличчям до своєї духовної сутності задля миру з собою і миру з природою і світом, в якому людина живе. Щодня люди дізнаються про чергові лиха, в тому числі повені, які затоплюють величезні площі, забираючи при цьому людські життя, пожежі, які нещадно винищують тисячі гектарів таких дорогоцінних для нашого життя лісів, але при цьому, напевно, кожна людина, задумуючись, приходить до висновку – “Я не можу нічого зробити. Від мене нічого не залежить”. Напевно саме ці умови і вимагають виховання у суспільства загалом і в кожній людині окремо екологічної свідомості. Екологічна проблема вже стоїть, стоїть гостро і вимагає термінового вирішення [1].

Екологічне виховання повинне допомагати у виробленні екологічного стилю мислення, екологічної культури підростаючого покоління. Оволодіння екологічними знаннями покликане формувати у дітей нову екологічну свідомість, нові знання й уміння, які б сприяли виходу України з екологічної кризи шляхом сталого розвитку суспільства. Дієвою формою екологічного виховання є залучення учнів до активної волонтерської діяльності.

Волонтерство є невичерпним джерелом набуття громадянської освіти, дає можливість реалізувати себе у служінні суспільству. Одним із напрямків волонтерської роботи є вирішення екологічних проблем, охорона природи, реалізація екологічних проектів, програм, акцій, у яких активну участь беруть учні [2].

Сьогодні волонтерство набуває масового поширення. Приклади безкорисливої допомоги стосуються екології, соціальної сфери. Саме екологічна сфера є сприятливою для прояву здібностей волонтерів.

Перш ніж залучити учнів до екологічного волонтерства, варто провести з ними спеціальні тренінгові заняття, на яких ставляться такі завдання: надати знання щодо феномену волонтерства та соціально-психологічних вимог до особистості волонтера; надати знання щодо особливостей еколого-орієнтованої волонтерської діяльності; надати знання щодо функціонування єдиної системи “людина – довкілля; сприяти усвідомленню учасниками власної відповідальності за розвиток довкілля; сформуванню в учасників відчуття власної спроможності впливати на екологічну ситуацію; сформуванню мотивацію до волонтерської екологічної діяльності; сформуванню вміння та навички екологічної діяльності; розвинути особистісні характеристики, що сприятимуть ефективному здійсненню волонтерської екологічної діяльності [2].

У Вінницькому коледжі НУХТ питання волонтерства є актуальним. Останніми роками систематично проводяться осінні ярмарки, на яких зібрані кошти відправляють на допомогу бійцям АТО та на лікування пораненим воякам; студенти є постійними учасниками суботників з прибирання території міста Вінниці; допомагають іграшками, одягом та харчами Вороновицькому дитячому притулку.

У квітні 2016 р. викладачами біології та екології був проведений масовий інформаційно-волонтерський місячник “Я сортую сміття – оберігаю довкілля”, мета якого – допомога вінницькому собачому притулку “Планета”. Ніколи до цього волонтерський захід не був таким інформативним, тривалим та

різнобічним. Студенти протягом квітня вчилися сортувати сміття: були виставлені в холах корпусів контейнери для пластикових пляшок, макулатури та кришечок від пляшок. В кінці місяця всю вторсировину було заплановано здати і на виручені кошти допомогти собачому притулку. Сортування сміття супроводжувалося активною інформаційною кампанією: були видані інформаційні буклети для проведення виховних годин, встановлені роз'яснювальні стенди біля контейнерів, проведена виставка стіннівок "Екологія у моїй професії", студенти виготовили різноманітні поробки зі сміття і вторсировини для виставки "Мистецтво і сміття" (яка, до речі, виявилася надзвичайно захоплюючою). Якраз в контексті місячника виявився захід, присвячений 30-річчю аварії на Чорнобильській АЕС, яка вкотре проілюструвала наслідки людської недбалості.

Ставлення до тварин свідчить про моральне здоров'я нації. Вражаючою подією для студентів - першокурсників стала зустріч-конференція з головою наглядової ради Вінницького обласного благодійного фонду по захисту тварин "Планета" Аллою Шевченко та головним лікарем ветеринарного центру "На Нансена" Олегом Єрмішевим, що проходила на базі Вінницької міської бібліотеки № 1. Цих дві бесіди наблизили до студентів проблему безпритульних тварин, адже мало хто реально уявляє масштаби цього питання як у Вінниці зокрема, так і в Україні в цілому. Результатом бесіди стало усвідомлення відповідальності за життя і здоров'я власних улюбленців, особливості поведінки безпритульних собак та способи захисту від них, вирішення цього питання в різних країнах світу.

Для України проблема бродячих тварин стоїть дуже гостро. Наш екологічний місячник зумів поєднати проблему забруднення довкілля з проблемою забруднення людської душі. Його метою було виховати любов до тварин, повагу до вірності, відданості не лише до домашніх улюбленців, але й до усіх живих істот, особливо безпритульних тварин; почуття відповідальності за приручених тварин, розуміння цінності та недоторканності чужого життя. І при цьому привити потребу дбати про своє довкілля; не просто не смітити, а свідомо ставитись до сортування сміття; переймати європейське ставлення до переробки вторсировини.

Студенти всі разом, здавши зібрану макулатуру і пластик, зібрали 1900 грн. Наче небагато, але це була лише половина справи. Необхідно було передати зібрану суму собачому притулку "Планета". Ціла делегація небайдужих першокурсників вирушила в подорож. Студенти не тільки передали гроші, але й обійшли територію притулку, познайомились з його мешканцями, розпитали про проблеми, погодували утриманців та погрались з ними. Здавалось – мета досягнута. Але у цієї історії виявилось продовження. Діти, вже самостійно, виявили бажання відвідувати притулок, допомагати в міру сил з ремонтними роботами та годуванням, дехто почав задумуватись про те, щоб взяти додому собаку чи цуценя.

Ми звикли багато говорити на хвилюючі і болісні теми, але при цьому мало робити. Проте, досягнути конкретного результату можливо лише діючи, показуючи конкретний, аргументований приклад підростаючому поколінню.

Прищеплення безкорисливості через волонтерство формує у молоді відповідальність перед довкіллям, цілком усвідомлену і сприйняту розумом. У сучасному світі лише розум і добро допоможуть нам залишитись людьми і мати майбутнє.

### Література

1. <http://ecovolunteering.blogspot.com/2014/04/blog-post.html>
2. <http://nv-kogpi.ucoz.ua/vupysk5/Levkiv.pdf>

**Варениченко А.Б.**

Мелітопольський державний педагогічний  
університет імені Богдана Хмельницького

## **ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ**

Інноваційний розвиток сучасного суспільства прямує стрімкими та рішучими кроками у всіх сферах життя: економічна, соціальна, політична, духовна. Та поряд з цим поглиблюються екологічні проблеми країни, через відсутність сформованої екологічної культури, навичок природоохоронної діяльності, здатності бачити світ у всіх його взаємозв'язках, включаючи взаємозалежність у системі “людина – економіка – суспільство – навколишнє природне середовище”. Всі природні надбання стають зайвими або ж недосконалими поруч з новими, вичурними розробками людини. Адже суспільство не завжди узгоджувало свої дії з екологічними законами. Екологічні проблеми, досягши планетарного масштабу, утворюють нову соціальну реальність. Їх розв'язання залежить, на нашу думку, від рівня сформованості екологічної культури населення, починаючи з початкової школи [2, с. 8].

Дослідження проблем, пов'язаних з екологічною культурою стали предметом наукового аналізу таких дослідників як Т. Гардашук, Ю. Бойчука, В. Борейка, В. Мелаш, Е. Семенюка, С. Совгіра, М. Хилька, Л. Юрченко, О. Висоцька, Н. Грейда, Л. Лук'янова, О. Пруцакова, Н. Олійник, Л. Титаренко та ін. Постає важливим систематична педагогічна діяльність, спрямована на розвиток у молодших школярів екологічної культури, що можливе через сприяння накопиченню екологічних знань, виховування любові до природи, прагнення берегти, примножувати її, формувати вміння і навички діяльності в природі [4, с. 31]. Саме молодшим школярам властива унікальна єдність знань і переживань, які дозволяють говорити про можливість формування у них надійних основ відповідального ставлення до природи.

Тому, першочерговим завданням у формуванні екологічної культури учнів початкової школи стає розуміння всіх взаємозв'язків та власного місця у природі, естетичне насолодження красою навколишнього природного середовища, етичне поведіння серед природи, прищеплювання відчуття відповідальності за результати своєї діяльності.

Умовою успішної сформованості екологічної культури, на нашу думку, може бути впровадження в позаурочний час виховного заходу як технології систематичного впливу на свідомість молодших школярів.

### **Тема. “Чарівний світ природи”.**

**Мета.** *Навчальна:* формувати уявлення про значення рослинного та тваринного світу на нашій планеті; донести до учнів розуміння потреби в гармонійному співіснуванні з природою засобами усної народної творчості (приказки, прислів'я, загадки і т.д.), за допомогою використання фразеологізмів поглибити знання учнів з мови; формувати вміння працювати в групі, висловлювати свою думку. *Розвивальна:* розвивати пам'ять, увагу, логічне та творче мислення учнів, вміння встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, збагачувати словниковий запас; засобами образотворчого та музичного мистецтва розвивати в учнів образне мислення, розвивати в дітей спостережливість до явищ природи. *Виховна:* виховувати дбайливе ставлення до природи рідного краю, прищеплювати почуття причетності до природи й соціуму як її складника; прагнення до формування в собі особистісної відповідальності за навколишнє середовище.

**Обладнання:** виставка-презентація фотографій за темою “Я і природа”, виставка малюнків; “Чарівний світ природи”; мультимедійний проектор із набором підготовлених слайдів – фото презентація краєвидів, музичний супровід П. Чайковського “Пори року”; аудіозапис звуків природи.

**Підготовчий етап:** підбір інформації, доступної для першокласників, вибір наочності, підготовка карток для вікторини “Дивовижний світ навколо нас”, гри “Пригадайте прикмети природи”.

Хід виховного заходу

#### **I. Створення дружньої атмосфери.**

*Прийом “Асоціативний куц”*

На дошці написане слово “природа”. Усі учні одне за одним називають поняття, з яким асоціюється у них слово “природа”. Асоціації записують на стікері та приклеюють його на дошці. У результаті сформується вагомий зоровий образ значення природи на Землі.

#### **II. Вступне слово вчителя.**

Радівітаємо вас на нашому заході: “Чарівний світ природи”. Захід наш буде проходити як подорож у світ природи, адже сьогодні ми дізнаємось, як шанували природу наші пращури, які в них були вірування. Отже, вирушаємо у чарівну подорож, протягом якої наші команди набиратимуть бали, а в кінці заходу ми привітаємо переможців!

#### **III. Осмислення інформації**

1. Чи можна вважати, що природа теж має серце й душу, почуття?
2. Як людина повинна ставитись до живого?
3. У чому полягає краса природи? Чи кожна людина здатна її побачити?

Хід подорожі

Учитель. А перший етап нашого дивовижного відкриття світу – це Вікторина “Дивовижний світ навколо нас”.

- “*Рослинний світ*” Біле – не сніг, зелене – не луг, кучеряве – не людина. (Береза) Повна хата горобців, а нікуди вилетіти. (Гарбуз)

-“*Явища природи*” Гуляє по полю, та не тіль, гуляє на волі, та не птиця. (Вітер) Біг кінь через Дунай глибокий, як упав – заіржав, увесь світ задрижав. (Грім).

-“*Тваринний світ*” Ні взяти, ні втяти, ні на віз покласти. (Гадюка) Ніс, як у свинки, та колючі шерстинки. (Їжак) [1, с. 24].

Учитель. А наступний етап нашої подорожі – “Пригадайте прикмети природи”. Зараз ви отримаєте картки, на яких записані приказки, у яких пропущені слова. Ви повинні їх відновити, прочитати та пояснити. Перша команда “Зима” (1. На Різдво сніг іде – врожай на... (яблука). Друга команда “Весна” (1. Місяць березень за один день...(сімох) жінок міняє. Третя команда “Літо” (1. У червні на полі густо, а в коморі...(пусто). Четверта команда “Осінь” (1. Вересень пахне яблуками, а жовтень – ...(капустою).

А зараз ми з вами потрапимо до містечка фразеологізмів. Вам пропонуються фразеологізми (усталені вирази), а ви маєте пояснити їх. Перша команда (1. Багато води сплигло (Дуже давно щось було, минуло багато часу). Друга команда (1. Втратити землю під ногами (Перестати бути впевненим у собі). Відповідно третя і четверта команди (1. Запахло смаленим (Загрожує кому-небудь небезпека). 2. Звідки вітер віє (Від кого йде) [3, с. 22].

*Прийом “Асоціативний куц”* (дописування інформації, що дізналися). У результаті сформується вагомий зоровий образ значення природи на Землі. (Підрахунки балів)

Отже, формування екологічної культури у молодших школярів стає необхідною умовою для становлення гармонійних відносин у системі “Людина-Природа”, що можливе за допомогою впровадження технології позаурочного виховного заходу через використання засобів усної народної творчості та української мови. Стає важливим донести до молодших школярів розуміння цінності природи, сформувати еколого-орієнтований світогляд, дбайливе та шанобливе ставлення до навколишнього природного середовища.

### Література

1. Букресва Н.А. та ін. Години спілкування. 1 клас. – Харків: Вид. група “Основа”, 2012. – 103 с.
2. Формування екологічної культури школярів / В.Д. Мелаш, Л.Г. Вельчева В.В. Молодиченко. Навчальний-методичний посібник. – Мелітополь: вид-во “Мелітополь”, 2008. – 148 с.
3. Тарасенко Г.С. Навчаємо пізнавати природу. Позакласна виховна робота з молодшими школярами. – Х.: Вид. група “Основа”, 2008. – 204 с.
4. Тарасенко Г.С. Паросток. Методика гуманістичного виховання школярів засобами природи. 1-4 класи. Посібник для вчителя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2003. – 144 с.

## **ПРОБЛЕМА ЕВТАНАЗІЇ ЯК ОДНА З ГОСТРИХ ФІЛОСОФСЬКИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ**

У результаті історичного розвитку життя на Землі, змін моделей суспільства, підходів у філософському тлумаченні процесів існування всього живого, а саме ставлення людини до життя в його розмаїтому вимірі, на цьому етапі розвитку, необхідно мати оцінку сучасного бачення ставлення людини до життя і смерті. Тобто мова йде щодо морально-етичного ставлення людини до такого явища в суспільстві, як евтаназія.

Дослідження ситуації в країнах, де евтаназія допускається, свідчать про те, що ставлення до позбавлення життя стало легковажнішим. Процеси євроінтеграції та глобалізації виводять Україну на новий політичний рівень. Держава потрапляє під вплив частини світового співтовариства, що підтримує процеси узаконення евтаназії, й руйнує усталену модель бачення явищ життя та смерті на території України.

Для вирішення медичних, правових і філософських аспектів проблем життя і смерті, необхідно мати дослідження щодо рівня поінформованості в суспільстві про морально-етичні аспекти евтаназії. Позбавлення життя безнадійно хворої людини у багатьох країнах регулюється на державному рівні, а в Україні, у зв'язку з економічною та політичною кризою, зацікавленість подібною проблемою низька або взагалі відсутня.

Для визначення стану обізнаності та поінформованості з цих питань ми провели дослідження серед студентів різних факультетів ХНПУ імені Г.С. Сковороди, а саме природничого, початкової освіти, дошкільного навчання. Для обробки отриманих результатів, усіх опитаних було розділено на дві групи: 1) природничий факультет; 2) інші факультети – до складу яких увійшли студенти факультету початкової освіти та студенти факультету дошкільного навчання. В даному опитуванні вибірка складалася з 50 осіб (16 з них – студенти природничого факультету, 34 – інших факультетів).

Для збору первинної соціологічної інформації був використаний метод анкетування. Розроблена нами анкета містила п'ять проблемних питань з обраної теми: “Евтаназія на Вашу думку це...?”, “Хто на Вашу думку має право приймати рішення про евтаназію?”, “Активна евтаназія більш гуманна ніж пасивна?”, “Чи необхідно обговорювати тему евтаназії відкрито, чи краще залишити це питання для обговорення за закритими дверима?”, “Як би Ви віднеслися до легалізації евтаназії в Україні?”.

На основі проведеного анкетування серед студентів різних факультетів ХНПУ імені Г.С. Сковороди, стало можливим визначення обізнаності молоді щодо даної проблеми та мати можливість передбачити орієнтовне ставлення населення до проблеми евтаназії. Проведені дослідження дозволили в свою чергу, окреслити чітко коло питань для означення проблеми евтаназії, з урахуванням різноманітних підходів у суспільстві та державної політики.

У результаті проведення дослідження було отримано такі результати:

1. Відповідаючи на питання: “Евтаназія, на Вашу думку, це...”, опитані розійшлися в думках: студенти природничого факультету (53%) вибрали варіант “Милосердя”, 23% відповіли “Штучне умертвіння”, “Вбивство” - 15%, “Важко відповісти” – 9%, а студенти інших факультетів віддали перевагу варіанту “Штучне умертвіння” (50%), “Милосердя” - 27%, “Вбивство” - 20%, “Важко відповісти” - 3%.

2. Відповідаючи на запитання “Хто має право приймати рішення про евтаназію?”, респонденти практично не розійшлися в думках: 48% майбутніх біологів вважають і 50% неприродничих спеціальностей, що рішення про евтаназію має право приймати тільки сам пацієнт; 36% серед біологів і 29% опитаних студентів інших спеціальностей вважають, що це рішення слід довірити спеціально створеній комісії лікарів; варіант “Родичі” обрали -13% біологів, інших спеціальності - 16%; 3% опитаних студентів-біологів та 5% студентів інших спеціальностей сказали, що ніхто не має права приймати таке рішення.

3. Відповідаючи на 3-тє питання “Активна евтаназія гуманніша, ніж пасивна?”, обидві групи респондентів віддали перевагу варіанту “Так” (62% студенти-біологи, 42% - студенти інших спеціальностей,); варіант “Ні” обрали 19% студентів-біологів і 37% студентів інших профілів навчання. “Важко відповісти” – студенти-біологи - 19%, студенти інших профілів навчання - 21%.

4. “Чи необхідно обговорювати тему евтаназії?": 53% студентів природничого факультету вибрали варіант “Не підлягає обговоренню” і 41% - студенти інших факультетів; варіанти “Необхідно обговорювати” 35% - студенти природничого факультету і 44% - студенти інших факультетів; “Важко відповісти” - 12% і 15% -відповідно.

5. Питання “Як би Ви віднеслися до легалізації евтаназії в Україні?” викликало низку суперечностей: 37% студентів природничого факультету і 36% студентів неприродничих спеціальностей обрали варіант “Негативно”; 31% майбутніх біологів і 32% опитаних студентів інших спеціальностей вказали варіант “Важко відповісти”; 23% опитаних студентів природничого факультету і 16% студентів неприродничих спеціальностей обрали варіант “Позитивно”, “Байдуже” відповіли 9% і 16% відповідно.

Отже, загальний висновок такий, що за даними проведеного анкетування більшість опитаних, а це 53% і 50% студентів визначають евтаназію як “Штучне умертвіння”, а близько 40% вкрай негативно ставляться до легалізації евтаназії в Україні. Можна констатувати, що 90% опитаних мають негативне ставлення до евтаназії, як процесу яким можна штучно керувати, позбавляти людину її священного права на життя.

Навіть, якщо не брати до уваги морально-етичні та релігійні аспекти евтаназії, що мають вагоме значення, і виходити з існуючої в нашій країні правової ситуації, ми не можемо прийняти позиції деяких авторів, які пропонують як складову права на життя закріпити в законодавстві право людини на смерть, включаючи право на евтаназію. Варто визнати, що надання евтаназії правомірного, легального характеру у сьогоднішніх умовах може перетворитися

на підвищення в країні криміногенної ситуації, на засіб умертвіння самотніх старих, дітей-інвалідів, невиліковно хворих осіб тощо.

**Кишкан І.Г.**

Буковинський державний медичний університет

## **БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ ЛІКАРЯМ І ПРОВІЗОРАМ**

Найбільшою цінністю в житті людини є повноцінне здоров'я. За словами древньогрецького філософа Аристотеля “Здоров'я людини – щастя”. В сучасному суспільстві людина постійно стикається з проблемами здоров'я та хвороби, популярним стає “здоровий спосіб життя”. Згідно з визначенням ВООЗ “здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби чи фізичних вад”. Важливого значення для подальшої професійної діяльності лікаря та провізора набуває чітке розуміння біоетичних та медико-соціальних принципів збереження здоров'я пацієнта, покращання якості й тривалості його життя. Закріпленню загальнолюдських цінностей життя і здоров'я, гідності й недоторканності людського життя з моменту його запліднення до природної смерті майбутніми медичними та фармацевтичними фахівцями сприяє навчальна дисципліна “Основи біоетики та біобезпеки” [1; 5].

У Буковинському державному медичному університеті (БДМУ) цей предмет викладається на кафедрі фармакології студентам спеціальностей “Лікувальна справа”, “Педіатрія”, “Стоматологія”, “Фармація” та “Медична психологія” за кредитно-модульною системою з акцентом особливостей кожної спеціальності [2; 4]. Від початку запровадження біоетики до навчальних планів підготовки фахівців напрямів “Медицина” та “Фармація” її викладання здійснювалось на III курсі після вивчення студентами значної частини медико-біологічних дисциплін і передбачалось 45 годин (6 годин – лекції, 24 години – практичні заняття і 15 годин для самостійної позааудиторної підготовки студентів). Потім кількість аудиторних годин зменшено до 20 (4 години лекційні, 16 – для практичних занять) і збільшено до 25 годин час для позааудиторної роботи студентів. У 2016-2017 н.р. згідно з новим навчальним планом для студентів спеціальностей “Медицина”, “Стоматологія” та “Фармація” освітнього ступеня “магістр” викладання дисципліни перенесено на I курс разом із безпекою життєдіяльності. Загальна кількість аудиторного та позааудиторного навантаження з біоетики не змінено, однак, замість 16-ти годин практичних занять (у групі 12-14 студентів) передбачено 10 годин семінарських занять (із двома академічними групами) і 10 годин лекцій.

При викладанні основ біоетики та біобезпеки студентам медичного вишу на III курсі, де вісім практичних занять, половина із них відводиться біоетичним і медико-соціальним питанням збереження здоров'я людини та профілактики шкідливих звичок. Це дозволяє студентам детально опрацювати, закріпити й



обговорити під час занять у вигляді цікавої дискусії з використанням відеоматеріалів та презентацій важливі аспекти здоров'язберезувальної поведінки особистості у сім'ї, на роботі та в суспільстві. Для закріплення біоетичних знань та умінь стосовно проблеми збереження здоров'я людини студентами I курсу, які мають менше семінарських занять, крім теоретичних питань пропонуються теми для рефератів та міні-виступів. При вивченні біоетики, пошуку цікавої наукової інформації, відеоматеріалів, підготовці мультимедійних презентацій студенти широко використовують систему дистанційного навчання MOODLE на сервері БДМУ та світові ресурси Інтернет. За даними оприлюдненого в лютому 2017 року міжнародного рейтингу університетів "*Webometrics Ranking of World's Universities*" БДМУ за показником Інтернет-присутності посів 2-е місце серед вищих медичних навчальних закладів України.

Важливим завданням біоетики й біобезпеки як навчальної дисципліни є формування біоетичного світогляду майбутніх лікарів щодо регулювання надання медичної допомоги пацієнтам та забезпечення біобезпеки населення, розробка моральних і законодавчих заходів, спрямованих на збереження здоров'я людини, попередження шкідливих звичок і соціально-небезпечних захворювань, впровадження в медичну практику сучасних новітніх медико-біологічних технологій без загрози життю і здоров'ю людини та суспільства.

Здоров'я людини певною мірою залежить від генетичних чинників, факторів навколишнього середовища та якості медичного обслуговування і, найбільше, від умов та способу життя людини, її ставлення до власного здоров'я. Тому при викладанні основ біоетики та біобезпеки значна увага приділяється питанням важливості здорового способу життя. На окремому практичному занятті студенти детально обговорюють біоетичні та медико-соціальні аспекти основних складових здорового способу життя, звертаючи увагу на важливість дотримання правил особистої гігієни, раціонального харчування, відсутність шкідливих звичок, регулярні медичні обстеження, запобіжні щеплення тощо. Зацікавленість у студентів викликають питання стосовно наслідків негативного впливу на організм людини продуктів харчування, що містять генно-модифіковані компоненти й токсичні харчові домішки. Гострота проблеми полягає в тому, що при споживанні трансгенних продуктів харчування, отриманих методом генної інженерії, загроза для здоров'я виникає поступово, і для встановлення їх можливого негативного впливу на організм спостереження потрібно проводити за кількома поколіннями людей, які споживають такі продукти. Також розглядаються біотичні аспекти шкідливих домішок із канцерогенними властивостями, токсичних барвників, консервантів, заборонених до вживання, та домішок, найбільш небезпечних для дітей.

Актуальною медико-соціальною проблемою, особливо, серед молоді, є значне поширення тютюнопаління, зловживання спиртними напоями та наркотиками. Перш за все, звертається увага студентів, що шкідливі звички порушують фізичний і психічний розвиток дітей, шкодять здоров'ю, погіршують працездатність, збільшують ризик серцево-судинних та онкологічних захворювань, скорочують якість і тривалість життя[3]. Особливого значення для

популяризації здорового способу життя набуває твердження римського філософа Сенеки: “Уміння продовжити життя – в умінні не скорочувати його”. З метою закріплення навичок профілактики шкідливих звичок студенти готують мультимедійні презентації: “Ми – проти куріння! Ми – здорове покоління!”, “Ні – наркотикам!”, “Алкоголь – викрадач розуму” та інші, які цікаво доповідають на заняттях і виступають із ними перед школярами під час просвітницьких акцій.

Важливе значення для майбутніх медичних і фармацевтичних фахівців мають біоетичні медико-правові проблеми, пов’язані з репродукцією людини (екстракорпоральне запліднення, сурогатна матір, клонування) та сучасними напротехнологіями, штучним абортom, трансплантацією органів (ксенотрансплантація, дарунок органів, соціальна вартість трансплантації), евтаназією, використанням із лікувальною метою стовбурових клітин, ембріональних тканин та пуповинної крові тощо. Студенти ведуть жваву дискусію щодо переваг та недоліків сучасних біотехнологій в медицині, зазначаючи, що життя людини та її здоров’я недоторканні й кожен конкретний випадок потребує ретельної біоетичної експертизи. У зворушливій атмосфері студенти обговорюють моральні й правові аспекти незаперечного права на життя ненародженої дитини, показуючи на світлинах підготовлених презентацій пам’ятник у Львові ненародженим немовлятам, що викликає сльозу: “...І живим, і мертвим, і ненародженим ... абортovаним дітям”, оцінюючи проблему штучного аборту через призму людської моралі й поваги до життя з моменту його зачаття.

Таке ґрунтовне, поглиблене вивчення біоетичних, медико-соціальних аспектів життя, здоров’я, репродукції людини з використанням сучасних технологій навчання покращує якість фахової освіти майбутніх лікарів і провізорів, сприяє формуванню відповідальності за результати своєї професійної діяльності з урахуванням моральних норм і принципів біоетики, гідності й неповторної цінності людини та її здоров’я.

### **Література**

1. Запорожан В.М., Аряев М.Л. Біоетика: підруч. - К.: Здоров’я, 2005. – 288 с.
2. Кишкан І.Г., Заморський І.І. Основи біоетики й біобезпеки в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти // Медична освіта. – 2015. - № 4. – С. 34-36.
3. Кметь О.Г., Филипец Н.Д., Кметь Т.И. Формирование здорового образа жизни у будущих медиков при изучении наркотических анальгетиков // Матер. VII Междунар. науч.-практ. интернет-конф. “Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты”. – Чита: Забайкал. гос. ун-т, 2016. – С. 1058-1067.
4. Підготовка висококваліфікованого спеціаліста – основа впровадження кредитно-модульної системи навчання / Л.Ф. Каськова, О.О. Карпенко, О.Е. Абрамова та ін. // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 82-85.
5. Терешкевич Г.Т. Основи біоетики та біобезпеки: підруч. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – 400 с.

## БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

*“Щоб бути здоровим, потрібні власні зусилля,  
постійні і значні. Замінити їх не можна нічим”*  
Академік М. Амосов

Нам з вами приходиться жити у період значних змін у суспільному житті нашої держави. З кожним днем життя стає все більше емоційно насиченим і вимагає великого щоденного фізичного і психологічного напруження. Враховуючи цю ситуацію, набуває актуальності і державного значення вирішення проблеми зміцнення здоров'я кожного громадянина. На жаль, з кожним роком в Україні спостерігається погіршення стану здоров'я молоді [1]: хворобливість, відхилення в роботі внутрішніх органів і систем, зниження рухової активності завдяки інформаційно-комунікаційним технологіям. Відбувається фізична деградація людства, яка виявляється в зростанні “хвороб цивілізації” [2]: серцево-судинних, онкологічних, нервово-психічних захворювань, цукрового діабету, туберкульозу. Досягли загрозливих масштабів наркоманія, табакокуріння, алкоголізм.

Звісно, майбутнє кожної держави – це її молоде покоління. Тому можна без перебільшення стверджувати, що здорова молодь є запорукою майбутнього України: благополуччя і процвітання, економічного розвитку, становлення і визнання країни в світі. Впевнені в собі, цілеспрямовані, рішучі, непохитні у своїх намірах молоді люди мають скласти основу української держави. Вони повинні приймати креативні рішення, діяти ефективно і досягати бажаного результату для себе й суспільства.

Тому сьогодні в кожному вищому навчальному закладі, зокрема в Буковинському державному медичному університеті, активно пропагується здоровий спосіб життя. На практичних і лекційних заняттях з “Основ біоетики та біобезпеки” розглядаються питання стосовно проблем алкоголізму, вживання наркотиків, тютюнокуріння та здорового способу життя як умови його тривалості, фізичного та духовного розвитку. Біоетичні аспекти наркоманії та алкоголізму активно обговорюються на практичних заняттях з фармакології. Адже питання про здоров'я молодого покоління постає дуже гостро. Ситуація з поширенням табакокуріння, вживання наркотиків та алкоголю молоддю продовжує залишатися катастрофічною [3; 4]. Результати численних досліджень показують існування стійкої тенденції до постійного зростання вживання цих шкідливих речовин молоддю. Місця масової розваги молодих людей – є основними місцями поширення наркотиків, цигарок та алкоголю.

Незважаючи на те, що за останні роки профілактична робота зі студентами суттєво активізувалася, дефіцит знань про наслідки і конкретні кроки протистояння цих згубних звичок залишається значним. Разовими бесідами покращити соціально-психологічну компетенцію підростаючого покоління

неможливо. Тому майбутні медики повинні стати гарним прикладом здорової молоді. Власне дбайливе ставлення до здоров'я, пояснення оточуючим руйнівного впливу наркотиків, алкоголю, тютюну на організм є важливим методом пропаганди здорового способу життя. Поняття здорового способу життя набагато ширше, ніж відсутність шкідливих звичок, це – дотримання режиму праці, відпочинку, раціонального харчування. Основним є відношення до себе з урахуванням усіх складових здоров'я (фізичного, психічного, соціального та духовного). І недарма є таке висловлювання: “Гроші втратив – нічого не втратив, час втратив – багато втратив, здоров'я втратив – все втратив”.

На сьогоднішній день багато людей покладаються на сучасну медицину, а не на свій організм, який від природи має високий потенціал захисних сил. На жаль, це є найбільшою помилкою. Адже стан здоров'я людини залежить на 20% від спадковості, на 10% – від рівня розвитку медицини, на 20% – від стану довкілля й аж на 50% – від способу життя. І тому людина, яка з молодих років постійно й наполегливо дбає про своє здоров'я, в основу своєї життєдіяльності закладає стійкі корисні звички, навички, мислення та поведінку, які і визначають важливий шлях здорового способу життя. Головне – замислитися про наслідки своїх дій. Зрозуміло, що для того, аби бути здоровим, потрібно докласти певних зусиль і не набувати шкідливих звичок. Якщо з певних причин вони вже є, то треба вжити всіх заходів, щоб їх позбутися. Звички, які завдають шкоди здоров'ю, життю людини або не відповідають культурним нормам суспільства, в якому живе людина – шкідливі.

Ще одна проблема, яка з'явилася в наш час, це зменшення фізичного навантаження в 100 разів порівняно з попереднім століттям. А за цим слідують небажані наслідки. Адже фізичні вправи приводять до виникнення дуже цікавого і корисного ефекту в організмі. Під час навантаження обмін речовин значно підвищується, але після–починає сповільнюватися і знижуватись нижче звичного рівня. В цілому, у людини, що тренується, обмін речовин повільніший звичайного, організм працює економніше. Повсякденні навантаження на тренований організм надають помітно меншу руйнівну дію. Вдосконалюється система ферментів, нормалізується обмін речовин, покращуються якість сну, розумові, фізичні можливості. Позитивний вплив фізичного навантаження на людський організм є генетично природним. Понижена активність веде до багатьох порушень і передчасного старіння організму! Аналізуючи вищесказане, важливим є розуміння майбутніми медиками, що тільки фізично здорова людина може сьогодні бути успішною і щасливою.

Отже, одним з важливих напрямів навчально-виховної роботи серед студентів університету є біоетичний підхід до формування здорового способу життя.

### **Література**

1. Герасімова І.М., Іванов В.І. Формування здорового способу життя студентів як педагогічна проблема // Зб. наук. праць VI Всеукр. наук.-пр. конф. “Педагогіка здоров'я” (м. Кривий Ріг, 28-29 квітня 2016 р.). - Харків, 2016. – С. 78-81.

2. Бекетов Г.В. Актуальність профілактики неінфекційних захворювань серед дітей та молоді // Зб. наук.-пр. наук. конф. з між нар. участю “Запровадження Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань відповідно до Європейської стратегії “Здоров'я-2020:

основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя” (м. Київ, 30-31 березня 2015 р.) – К., 2015. – 86 с.

3. Кишкан І.Г., Кишкан П.Я. Тютюнозалежність як біоетична та медико-соціальна проблема // Зб. наук. праць VI Всеукр. наук.-пр. конф. “Педагогіка здоров'я” (м. Кривий Ріг, 28-29 квітня 2016 р.). - Харків, 2016. – С. 142-144.

4. Кметь О.Г., Філіпець Н.Д., Кметь Т.І. Формирование здорового образа жизни у будущих медиков при изучении наркотических анальгетиков // Матер. VII Междунар. научн.-пр. интернет-конф. “Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты” (г. Чита, 29 февраля – 5 марта 2016г.). - Чита, 2016. – С. 1060-1068.

**Кравченко О.П.**

Черкаська медична академія

## **БІОЕТИКА В КОНТЕКСТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

Глобальна криза сучасної цивілізації — це в першу чергу криза світогляду як окремої людини, так і суспільства загалом. На сьогодні людство усвідомило, що досягти справжнього прогресу без високої моралі неможливо. Врахування моральних принципів, норм та правил потрібно для того, щоб захистити кожную людину, хвору чи здорову, дитину чи літню людину, а тим самим і саме життя на Землі. Тобто, необхідною умовою вирішення багатьох проблем наразі є духовне відродження. Тому дедалі все більшого розмаху набирає рух проти неконтрольованого використання сучасних біотехнологій, неетичного ставлення до живої природи. Саме досягнення гармонії внутрішнього світу, гармонії в соціальних проявах і взаємозв'язку з навколишнім середовищем — найголовніший виклик сьогодення в контексті збереження здоров'я людини. Вона має усвідомити власну єдність з природою та відповідальність за здоров'я: своє, родини, країни, людства.

Саме біоетика захищає фундаментальні людські цінності. Термін утворено з двох слів грецького походження: “*bios*” — життя та “*ethos*” — звичай. Перша складова терміна показує на те, що етичні цінності не можна розглядати поза біосферою, її об'єктами і процесами. Друга — вчення про цінності, ідеали, характер, мораль, цілі та вчинки людини, правила поведінки індивідів у суспільстві. Біоетика — це органічне поєднання сучасних досягнень біологічних наук та медицини з духовністю, мораллю. Її виникнення було зумовлене посиленням уваги до прав людини за умов створення новітніх дискусійних медичних технологій, що породжують велику кількість проблем та потребують розв'язання як з погляду права, так і з точки зору моралі. Біоетика повинна стати наукою про виживання людства.

Біоетика, як галузь сучасного знання, набуває особливого змісту, якщо розглядається не тільки як фахова етика медиків і біологів, а, в першу чергу, як особливий світогляд, визначений історичним етапом розвитку європейської культури, коли розуміння феномена життя одержує нову просторово-часову розмірність і внутрішні перспективи для свого розвитку. Таке розуміння дає змогу включити в сферу морального не тільки ставлення між людьми,

а й відношення людини до рослин і тварин, навколишнього середовища, до самої себе, до своєї чуттєвості, тілесності, духовності.

Ці ідеї розглядали мислителі, відомі нам за філософськими напрямками всеєдності, антропології (Г. Сковорода, П. Юркевич, Л. Толстой, В. Соловйов, В. Вернадський та інші). Теоретичними засадами біоетики є філософська антропологія (М. Шелера), феноменологія (Е. Гуссерля) й особливо філософія персоналізму, що наголошує на особливій цінності людини як істоти духовної, особистості, яка є унікальним створінням та має власну гідність і цінність.

Розвинув ідеї біоетики А. Швейцер — німецький філософ, лікар, місіонер, лауреат Нобелівської премії миру (1952 р.) “За місіонерську діяльність”. У своїй праці “Культура та етика”, він обґрунтував нову етику — етику благоговіння перед життям. Благоговіння — це безмежна відповідальність за все живе. Після судового процесу в справі нацистських лікарів, звинувачених у військових злочинах і злочинах проти людства під час другої світової війни був прийнятий Нюрнберзький кодекс (1947 р.), встановлені десять моральних етичних і правових принципів, що стали подальшою основою для ряду документів, що регламентують експерименти на людині. Це, зокрема, Женевська декларація лікарів (1948 р.), Міжнародний кодекс медичної етики (1949 р.), Гельсінсько-Токійська Декларація (1964, 1975 рр.) щодо проведення медико-біологічних досліджень за участю людей, що була суттєво уточнена в 2002 році, документи Швейцарського колоквиуму на тему “Експерименти на людині”, “Конвенція про захист прав і гідності людини у зв’язку з використанням досягнень біології та медицини: концепція про права людини в біомедицині” (1996) та інші.

Серед вітчизняних дослідників проблем біоетики найвідоміші: В. Андрушко, П. Бачинський, Б. Білинський, І. Бойко, В. Борейко, Є. Варивода, О. Волосовець, П. Гусак, Р. Коваль, А. Чемерис, С. Шевчук, Г. Юшкевич та інші. Увага суспільства до проблем біоетики, засвідчує їх важливість у контексті збереження здоров’я людини.

На сучасному етапі біоетика має такі особливості: людиноцентризм: стосується безпосередньо її життя і здоров’я, середовища, в якому вона живе; раціоналізм: керує поведінкою з урахуванням моральних цінностей, які спираються на гідність людської особи; універсальність: стосується усіх людей незалежно від культури чи релігії, оскільки її основою є винятково людський розум; мультидисциплінарність: спирається на досягнення різних дисциплін — біології, медицини, права, філософії, екології. Взагалі — біоетика як втілення ідей Альберта Швейцера й Олдо Леопольда відображає світ більш широким, ніж медицина і екологія, тому повинна будуватися на міждисциплінарній та мультидисциплінарній основі. За визначенням І. Бойка, в світі існує три моделі біоетики: “ліберальна”, коли будь-які обмеження відсутні; “утилітарна”, коли дозволено те, що корисно і вигідно для більшості людей; “персоналістична”, де людська особа є органічно поєднаною з природою [1, с. 7].

На сучасному етапі біоетика розвивається в таких основних напрямках: 1) етика медичних професій (лікарі, медичні сестри, фельдшери, акушерки); 2) етика клінічних досліджень та експериментів на тваринах з терапевтичною і не терапевтичною метою; 3) соціальна етика медицини (соціальна

справедливість, соціоетичні обов'язки, розподіл ресурсів охорони здоров'я, біоетичні проблеми медицини праці, спорту, багатонаціонального суспільства, демографічні проблеми); 4) етика охорони навколишнього середовища; 5) етична оцінка біоправа як юридичної регламентації втручання в організм людини, геном і біосферу; 6) етична модифікація поведінки певних груп населення на основі розроблення і впровадження глобальних навчально-освітніх програм з метою запобігання захворюванням, спричиненим нездоровим способом життя (ВІЛ-інфекція/СНІД, інфекційні захворювання) [3, с. 45]

Практичні проблеми біоетики стосуються людини, а саме: генетики людини: людського геному, біотехнології та генної терапії, клонування і стовбурових клітин; прокреації людини: людської статевості, природного розмноження, штучного запліднення, природної регуляції зачаття і контрацепції, стерилізації; ембріона: людського ембріона, абортів, пренатальної діагностики, операцій на людських ембріонах; завершальної фази людського життя: болю та евтаназії, агресивної терапії, паліативного оцінювання, смерті мозку і трансплантації органів; застосування трансгенних рослин для харчових цілей.

Розглянемо останню проблему детальніше в контексті збереження здоров'я людини. Актуальність біоетичних проблем, пов'язаних з використанням генетично модифікованих рослин, зумовлена тим, що незважаючи на існуючий опір суспільства, площа посівів збільшується, а пропаганда генетично модифікованих організмів (ГМО) та продуктів їхньої переробки (ГМ продуктів) стає дедалі агресивнішою. Суспільство завжди з настороженістю ставиться до нових харчових продуктів, особливо якщо вони виготовлені з використанням ГМО. Недостатність інформації, щодо ризиків для здоров'я від застосування ГМО в їжу формує навкруги нових продуктів харчування атмосферу невідомого, а значить — небезпечного. Для України проблема застосування ГМО у сільському господарстві стоїть гостро, оскільки території, відведені під сільгоспкультури становлять понад 70% загальної площі країни.

Наразі офіційно генетично модифіковані продукти в Україні не вирощуються, Законодавством затверджений перелік харчових продуктів, щодо яких здійснюється контроль вмісту генетично модифікованих організмів, та створене відповідне маркування продуктів, що мають вміст ГМО. Там часом, піклуючись про здоров'я людини активісти екологічної організації Грінпіс оприлюднили список харчових компаній, які при створенні своєї продукції використовують ГМ інгредієнти. Продукція цих фірм продається в Україні. ГМ інгредієнти містяться у шоколадних виробах компанії *Cadbury (Fruit&Nut)*, шоколадних батончиках фірм *Nestle, Ferrero, Kraft/Phillip Morris (Mars, Sneekers, Twicks, MilkyWay, M&M's)*, безалкогольних напоях від *Coca Cola (CocaCola, Sprite, Fanta)* напоях фірми *PepsiCo (Mirinda, Pepsi)*, шоколаді, шоколадних і кавових напоях *Nesquick*, дитячому харчуванні компанії *Nestle*, шоколаді, безалкогольних напоях фірми *Hershey's*, у рисі *Uncle Bens*, кукурудзяних пластівцях та сухих сніданках *Kellogg's*, у супах *Campbell*, соусах *Knorr*, чаєх *Lipton*, печиві *Parmalat*, приправах, майонезах, соусах *Hellman's* та *Heinz* фірми *Heinz Foods*, дитячому харчуванні від компаній *Nestle, Hipp, Abbot Labs (Similac), йогуртах*, кефірі, сирі, дитячому харчуванні фірми *Danon*, у картоплі фрї і

деяких інших продуктах мережі ресторанів швидкого харчування *McDonalds*. Окрім того, офіційний сайт Асоціації генетичної безпеки додає до цього списку майонези *Calve*, йогурти *Ermann*, чіпси *Lays*, супи *Galina Blanka*, квасолу, кукурудзу, зелений горошок і інші продукти *Bonduell*. В Україні з великою долею вірогідності можна спожити ГМ сполуки у складі кукурудзяної олії, кукурудзяного сиропу, кукурудзяного крохмалю, соєвому білку, соєвій олії, лецитині, соєвому соусі, бавовняній олії. ГМ інгредієнти додають у продукти харчування, в першу чергу, для їхнього здешевлення, що робить їх більш доступними для населення. На сьогодні ми володіємо недостатньою кількістю фактів, щоб переконатися у небезпеці ГМО для людини, а якщо так, то хіба дозвіл на масове споживання населенням всього світу ГМ продуктів не нагадує безпрецедентний експеримент над людьми.

Важливим аспектом біоетичного виховання громадян є формування менталітету, істотною складовою є відповідальність за своє здоров'я та здоров'я всього суспільства. Відомий вираз: "ми є те, що ми їмо" набуває в цьому контексті особливого значення. Люди повинні бути поінформовані про можливий вплив на їхній організм ГМ продуктів та мають право на свідомий вибір для підтримки та збереження свого здоров'я [2, с. 34].

Крім того, ми вважаємо, що на здоров'я людини впливають засоби масової інформації. Будучи важливим джерелом комунікації, пізнання нового та інтелектуального збагачення вони повинні бути авторитетним порадином у житті кожної людини, сприяти духовному росту особи, спрямовувати до шляхетних ідей. Водночас ЗМІ, використані з антигуманною метою, можуть стати засобом поневолення і маніпулювання людською свідомістю, формувати неправильне бачення світу, провокувати в людині негативні звички та асоціальну поведінку. Надмірне захоплення телебаченням шкідливе для фізичного і психічного здоров'я, погіршує зір у дітей, погіршує ментальне здоров'я людини.

Найбільша проблема — перенасичення програм сценами вседозволеності, насильства і жорстокості, що особливо негативно впливає на сучасну молодь. Під загрозою опиняються національні і сімейні традиції, цінності. Весь спектр переживань, емоцій, відчуттів, які є звичайними у нормальній сім'ї (радість, смуток, горе, гнів, задоволення, спокій, насолода, відчуття захищеності, співчуття) замінені переживаннями з приводу перегляду тих чи інших телепередач. Дитині бракує зацікавленості навколишнім світом, вона ізолюється від нього. У голові людини наче сидить герой серіалу чи фільму, думає і вирішує замість неї.

Через нестачу критичної оцінки та повчання батьків, діти вбирають усе, що пропонують їм сучасні телекомунікації. В такому середовищі формуються життєві ідеали дітей і молоді. Ситуація, яку спостерігаємо в Україні, певною мірою спричинена неконтрольованими засобами масової інформації, яким повинна належати важлива роль у формуванні здорової свідомості людини. Тому особливі сподівання покладаються на і-нет та ЗМІ які мають в своїх програмах більше уваги приділяти біоетичному, моральному, громадянському, правовому та естетичному вихованню молоді, розвитку її духовності, культурного рівня. Телебачення та радіо можуть стати тим соціальним



інститутом, який забезпечить нашому суспільству надійний розвиток у майбутньому, реалізуючи свої просвітницькі, освітні, виховні та здоров'язбережувальні функції.

Вплинути на ментальне та фізичне здоров'я молодого покоління можуть і повинні органи державного управління, різні громадські та освітні установи, молодіжні організації, а також духовні інституції.

Тож сучасна біоетика повинна стати не тільки наукою виживання людства, а й новою мудрістю про те, як використати знання та зробити їх доступними для суспільства. Розвиток людства неможливий і без свідомих зусиль особистості у змінюванні моральної свідомості та способу життя. Біоетика покликана об'єднати природознавчі та гуманітарні науки, медичну та екологічну етику, біологічні факти та загальнолюдські цінності. Безперечно, використання засад біоетики внесе відповідну частку в розвиток духовності, підвищення моралі та формування здорового способу життя громадян.

#### **Література**

1. Бойко І. Біоетика. — Львів, 2007. — С. 7
2. Бойко М.Г. Генетично модифіковані рослини: рух через несприйняття // Матер. III Міжнар. симпоз. з біоетики "Глобальна біоетика: сучасні виміри, проблеми, рішення". — К.: Сфера — 2004. — С. 34
3. Терешкевич Г.Т. Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти: Навч. посіб. — Львів: Світ, 2008.—344 с.

**Лантухова Н.Д.<sup>1</sup>, Белых Е.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет,

<sup>2</sup>Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи имени проф. О.И. Мещанинова

### **АСПЕКТЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**

Работу врача любой специальности невозможно представить без медицинской деонтологии, а особенно, работу врача скорой помощи, когда ценой может стать человеческая жизнь. Врач должен в кратчайшие сроки провести диагностические мероприятия и, оценив состояние, принять необходимое решение: транспортировать пациента в стационар, либо оказывать помощь на месте. При этом важно продемонстрировать уверенность, отсутствие спешки.

Здесь никак не обойтись без учета психологических особенностей пациента, а, зачастую, еще и его окружения. При наличии как хронической болезни, так и остро возникшего патологического процесса, в любом случае возникают различные эмоциональные реакции, которые могут усугубляться индивидуальными характерологическими особенностями. Здесь важен подход к каждому конкретному пациенту. Болезнь вызывает переживания, страх за свою дальнейшую судьбу. Недоучет особенностей психологии больного затрудняет диагностику и лечение и может иметь трагические последствия. Основной проблемой медицинской этики и деонтологии можно назвать проблему

взаимоотношений медицинского работника и больного, а в этой проблеме – поведение медицинского работника у постели больного [5].

Важнейшим средством общения врача с больным является речь. Когда слово врача оказывает психологическое воздействие, успокаивает больного, улучшает общее состояние, оно служит целям общей терапии. Отсюда становится ясным, насколько продуманно и взвешенно должно быть слово врача. Ведь часто малокомпетентный врач, не найдя убедительных аргументов для больного, спасается тривиальной фразой: “Если Вы это знаете лучше, чем я, тогда зачем меня вызывали?” [3]. В процессе своей профессиональной деятельности врач часто оказывается перед дилеммой говорить или не говорить больному правду. На этот вопрос, вероятно, нельзя найти однозначного ответа.

Слово врача может не только лечить, но и ранить, причем последнее происходит помимо воли и вопреки его лучшим побуждениям. Неосторожно сказанное слово при обсуждении с больным результатов исследований вызывает порой тяжелые психические травмы. Эти негативные последствия влияния слов врача на психику больного обозначают как “ятрогения”. Нам представляется целесообразным подходить к решению этой проблемы дифференцированно. Во-первых, врач, будучи психологом, должен уметь оценить личность пациента, его интеллектуальный уровень, попытаться прогнозировать реакцию больного на ту или иную информацию. Вероятно, нет смысла сообщать неизлечимому больному о тяжести его состояния, лишая его, таким образом, последней надежды. В то же время, если такому больному можно помочь, например, путем хирургического вмешательства, необходимо приоткрыть завесу, частично посвятив его в сущность патологического процесса [2]. В связи с тем, что в большинстве случаев болезнь вызывает отрицательные эмоциональные реакции (страх, сомнение, нерешительность, а иногда отчаяние, отрицание), совершенно очевидно, что лечебные мероприятия должны быть направлены не только на основное заболевание, но и на “психическую добавку”, в частности на невротическую реакцию на болезнь и психопатологические отклонения личности. Вот почему каждый врач должен быть психотерапевтом не по специальности, а по обстоятельству и деятельности. Подробный углубленный расспрос, методически правильное обследование оказывают на больного положительное деонтологическое влияние, а при назначении лечения врач должен сделать все необходимое для того, чтобы его вера в эффективность данных лечебных методов передалась больному.

Больной, как правило, внимательно прислушивается к каждому слову врача, придает значение интонации голоса, мимике и манере врача держаться при общении с больным. Все - жест, слово, интонация, взгляд имеют большое значение. Если врач нарушает деонтологические принципы, то он вызывает отрицательные психогенные реакции у больного (ятрогенные реакции и болезни), отрицательную психотерапию. Первая встреча врача с больным всегда имеет особое значение в последующем их сотрудничестве и душевных взаимоотношениях. Развитие ятрогенных заболеваний в большинстве случаев зависит не от неопытности медицинского работника, а от его бестактности,

невнимательности, от недостатка общей и профессиональной медицинской культуры [1].

Основные нормы делового этикета следующие: “Следует быть пунктуальным во всем. Не стоит говорить лишнего. Нужно думать не только о себе, но и о других. Одеваться стоит так, как принято обстановкой, в соответствии с профессиональными требованиями. Следует говорить и писать хорошим, грамотным языком” [4]. Поэтому весь тон (стиль) беседы должен быть ровный, неторопливый. Если больной заметит, что врач куда-то торопится, хорошего сотрудничества, слаженного рассказа о жизни и болезни не получится. Благоприятная атмосфера при первой встрече с пациентом очень часто возникает в том случае, когда врач способен проявить глубокое и доброжелательное отношение к своему собеседнику. Обращая внимание не только на то, что говорит пациент, но и на то, как он говорит. Тактично регулируйте эмоциональный “накал” беседы, сообразуясь с физическим состоянием больного. А что касается взгляда “глаза в глаза”, то им тоже надо уметь пользоваться. С больными молодого и среднего возраста можно и чаще встречаться взглядом, они это выдерживают. А вот люди пожилого и старческого возраста такой взгляд врача могут истолковать превратно, сочтут его нахальным или непочтительным. Взгляд в глаза пациенту является с Вашей стороны свидетельством, что больному прежде всего небезразличен Вам как человек, что Вы готовы выслушать и понять его нужды и переживания, что Вы открыты к душевному контакту и сопереживанию чужой боли, что вместе с ним готовы бороться с заболеванием.. Вместе с тем, ответный взгляд пациента является обратной реакцией и показывает насколько адекватно пациент вас воспринимает и насколько глубоко вам доверяет. От этого ответного взгляда зависит, как Вы будете строить отношения с пациентом. Что касается работы с пожилыми и престарелыми больными, то известно, заболевания у пожилых и престарелых пациентов отличаются затяжным течением и склонностью к хронизации. В этих условиях требуется большая выдержка со стороны врача и большая гибкость в вопросах лечения. Не утруждая себя решением этих вопросов, некоторые врачи необоснованно считают симптомы “необратимыми”, “неустраняемыми”.

Наиболее серьезные деонтологические нарушения наблюдаются в тех случаях, когда врач необоснованно объясняет развитие тех или иных болезненных проявлений не имеющимися (но часто еще не установленными) заболеваниями, а старостью. В этих случаях заболевание не диагностируется, и больному остается без необходимого лечения. Нераспознанное заболевание нередко является причиной летального исхода. Таким образом, объяснение старостью патологических проявлений и причины смерти у пациента преклонного возраста — это ловушка, в которую нередко попадают неопытные врачи.

Вопросы медицинской этики и деонтологии, возникнув еще в древние времена, по сей день остаются актуальными, являясь важной составляющей общего успеха в борьбе с болезнью. Меняются эпохи, времена, возникают и разрушаются государства, развиваются технологии, но принципы, которые в медицине закладывал еще Гиппократ, работают и в наше время, и, то, как мы их используем, приводит либо к положительному, либо к отрицательному эффекту.

Дуже колосальне розвиток технічних засобів, яке несомненно суттєво допомагає в роботі, отнюдь не може замінити того, що ми називаємо “чуття лікаря”. Застосовуючи принцип “Не нашкоди”, використовуючи індивідуальний підхід, уважність, професійні якості, щире бажання і прагнення допомогти, в більшості випадків вдається перемогти хворобу або полегшити патологічний стан – власне то, для чого пацієнт і звертається до лікаря.

### **Література**

1. I Всеукраїнський конгрес з медичного права та соціальної політики – крок до формування системи медичного права в нашій державі // Здоров'я України. – 2007. – № 9. – С. 52–53.
2. Гречкин В.И., Сапронов Г.И., Пахоленко О.А. Формирование у студентов медицинского вуза этико-деонтологических принципов взаимоотношений врача и пациента // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. XI междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2014.
3. Деонтологические аспекты в работе врача скорой помощи / В.В. Перельгин, Б.М. Голдовский, В.З. Бурлай и др. // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 5.– С. 120-121.
4. Огнева И. В. Деловой этикет в работе медицинского персонала / И.В. Огнева // Главная медицинская сестра. - 2013. - № 2. - С. 72-80.
5. Етика лікаря: переглядається чи вдосконалюється? // Здоров'я України. - 2005. – № 1/2. – С. 57.

**Мірошниченко О.М.**  
Харківська ЗОШ № 110

## **ВОДА ТА ЗДОРОВ'Я: ЕТНОПЕДАГОГІЧНИЙ ТА ЕКОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ**

У процесі історичного розвитку в Україні сформувалася певна система збереження і зміцнення здоров'я, яка передавалася із покоління до покоління, змінюючись і вдосконалюючись. Цікавим є те, що термін “здоров'я” дуже рано з'явився у писемних джерелах, що свідчить про його велику поширеність. Наприклад, руські князичі надсилали половецькому хану Боняку побажання здоров'я (1140 р.), а посли половецького хана зичили здоров'я князю Святославу (1147 р.) [6, с. 120].

Національний ідеал здоров'я формувався через систему обрядів, повір'їв, приказок. Характерною особливістю світогляду українців є асоціювання природної стихії зі здоров'ям “Чиста вода для хвороби біда”. Найкращим побажанням в ті далекі часи було: “Будь здоровий, як вода, та багатий, як земля”. Українці добре розуміли, що вода дає людині здоров'я. На воді споконвіку готували лікувальні чаї, відвари, настої. Для збереження краси радили умиватися росою. Наші пращури вірили, що роса вбирає лікувальні властивості тих трав та квітів, з яких вона зібрана. Водою поливали рослини, щоб вони давали кращий врожай. Наші предки “заряджали” воду, перемішуючи її спочатку за рухом Сонця, а потім проти руху. Вірили в народі, що вода має магічну силу. Вона вбирає, зберігає та передає інформацію. У казках, і в повсякденному житті воду

поділяли на “живу” та “мертву”. Вважалося, що з весни до осені вода жива, а взимку – мертва. Живою вважали воду з джерел, особливо з тих, що не замерзали взимку. Жоден обряд в українській родині не обходився без води. Біля води призначали побачення, освідчувалися в коханні. Воді розповідали свої таємниці. По цей день відомі цілющі властивості ванн, водних процедур.

У традиціях українського народу вода вважалася сестрою Сонця та Землі, яка приносила радість всьому живому та дарувала життя. Тому з покоління в покоління передавалося шанування води. П'ючи воду, чоловіки на знак глибокої пошани знімали шапку з голови. Жінки по воду ходили лише в чистому, святковому одязі, потім змінюючи його на робочий. На Водохреща воду освячують. Вірували, що вода в ополонці цілюща: купалися в ній, очищалися та оздоровлювалися духовно й фізично, загартовували свій організм. Уважалося, що святу воду треба зберігати увесь рік та використовувати в повсякденні. Святою водою лікували хворих, кропили молодих на весіллі, додавали у купель немовлят. У чистий четвер, напередодні Великодня, святою водою вимивають хату, окроплюють худобу, умиваються та перуть одяг. На Купала, перестрибуючи через вогонь, намагалися вскочити прямо у воду. Так поєднували очисну силу вогню та води. Коли помирала людина, то на підвіконня ставили склянку з водою, щоб душа могла напитися, омитися та чистою піти. Отже, вода супроводжує нас усе життя, і шанобливе ставлення до неї залишається актуальним.

На жаль, в останні роки проблема чистоти води стала глобальною, набула міжнародного характеру. В усьому світі відчувається дефіцит чистої прісної води. Вона стала об'єктом як державної, так і міждержавної торгівлі. Виникнення проблеми пов'язано зі зростаючим забрудненням річок, озер, морів промисловими і сільськогосподарськими стоками, які містять різні токсичні для людини й усього живого речовини [1].

В Україні інтенсивно відбуваються процеси урбанізації, негативними наслідками яких є надмірна концентрація промислових об'єктів на обмеженій території. Це призводить до руйнування природного середовища великих міст. Висока забрудненість викидами й відходами, незадовільний стан систем життєзабезпечення, швидке зростання населення міст і потреба розширення територій призвели до непридатності використання більшості поверхневих вод. Найбільш густонаселеними та екологічно проблемними є східна частина України, м. Київ, а також міста “мільйонники”. Поверхневі води є джерелом питного водопостачання для понад 70% населення України. В окремих населених пунктах питна вода за фізико-хімічними показниками (загальна мінералізація, жорсткість, вміст заліза, фтору тощо) не відповідає вимогам ДСТУ 2874-82 “Вода питна. Гігієнічні вимоги й контроль якості”. Майже 1200 населених пунктів частково чи повністю забезпечуються привозною питною водою.

Питна вода – це природна вода, яку людина може пити сировою. Вода формує все живе і визначає існування організмів на планеті. Вся жива природа не може обійтися без води, яка присутня у всіх процесах обміну

речовин. За твердженням ВООЗ більш як 80 відсотків хвороб, які має людина, пов'язані із якістю води, яку вона п'є.

Кількість води в організмі людини залежить від маси тіла та віку. Тому визначити процентне співвідношення можна лише приблизно. У дорослих людей процентний вміст води в нормі в середньому становить від 60 до 80%. Вода має величезне значення для організму, незалежно від встановленого процентного співвідношення, навіть більш ніж продукти харчування. Добова норма води для кожної людини індивідуальна. Насправді єдиної норми води для всіх не визначено, тому що організм кожної людини унікальний і потреба у кожного в певній кількості води може бути різною. Вона залежить від способу життя людини, її харчування, режиму роботи, клімату, стану здоров'я і ще багатьох інших факторів. Відомо, що добова норма води в середньому для чоловіків становить 2 л, для жінок – 1,5 л, для дітей молодшого шкільного віку (6–10 років) – 1 л 350 мл. Якщо води в організм надходить недостатня кількість, то це може призводити до відкладення солей, порушення обміну речовин та ускладнення виведення з організму солей і продуктів обміну речовин, і вони можуть накопичуватися як токсини [2-5].

Однак, крім екологічних проблем води, люди самостійно нехтують правилами, які зазначені вище і замінюють вживання питної води на вживання рідин та напоїв: кава, чорний чай, солодка газована. Останню особливо любляють діти. Причиною даного факту може бути недостатня освіченість.

Отже, основним завданням освіти, а саме педагогів, є формування здоров'язбережувального та екологічного світогляду школярів. Важливо виховувати повагу до українських народних традицій, до природи. Кожна дитина повинна уявляти про методи закалювання, мати навички з гігієнічних процедур, збалансовано харчуватися з уживанням води за добовими нормами, дотримуватися правил техніки безпеки під час відпочинку біля водойм.

Вода може бути представлена у трьох агрегатних станах: твердому, рідкому і газоподібному. Всім відомо, що улюбленою розвагою дітей дошкільного віку та молодших школярів є ліплення сніговика взимку, катання на санчатах, лижах, ковзанах. Це сприяє позитивним емоціям, поліпшує настрій і запобігає стресам. У цьому процесі здійснюється фізичне та естетичне виховання. Діти вчаться працювати у групі та товаришувати.

Важливо враховувати, що вода, крім корисних властивостей, це стихія. Дітям слід знати про безпечні правила поведінки. Особливо на початку зими та весною проводяться школярам тематичні бесіди “Обережно тонкий лід”. Навесні та влітку теж важливо правильно поводитися: без батьків не ходити на водойми, не гратися у воді, далеко не відпливати від берега. Вивчаючи заходи безпеки діти зможуть добре відпочити та примножити і зберегти своє здоров'я за допомогою водних процедур.

Люди поставили себе над природою, забувши, що вони є її частиною і підкоряються її законам. Тож для успішного розв'язання складних екологічних проблем насамперед потрібен перехід до утвердження екологічної свідомості як на індивідуальному, так і на суспільному рівні.

## Література

1. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Бугай О.В. Екологія і охорона навколишнього середовища: навч. посіб. - Суми: ВТД "Університетська книга", 2007. — 316 с.
2. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Є.Я., Савченко В.М. Основи екології людини: навч. посіб. - Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. - 546 с.
3. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Смоляр В.І., Циганенко О.І. Екологічні проблеми харчування людини. - К.: Око-плюс, 2002. - 92 с.
4. Гончаренко М.С., Бойчук Ю.Д. Екологія людини: навч. посіб. - Суми: ВТД "Університетська книга"; К.: ВД "Княгиня Ольга", 2005. – 394 с.
5. Микитюк О.М., Бойчук Ю.Д., Іонов І.А. Екологічна безпека харчування людини: навч. посіб. - Харків: ХНПУ, 2007. - 183 с.
6. Цьось А. В. Ідеал здоров'я в традиціях українського народу // Проблеми екології людини. – Луцьк: 2004. - С. 120 - 126.

**Пальчик О.О., Тетьоркіна В.А., Корюк М.О.**  
Харківська гуманітарно-педагогічна академія

## АНТРОПОГЕННІ ВПЛИВИ НА ҐРУНТИ

У нормальних природних умовах усі процеси, які відбуваються в ґрунті, знаходяться в рівновазі. Основним фактором порушення рівноваги стану ґрунту є антропогенний. У результаті розвитку господарської діяльності людини відбувається ерозія, дефляція, заболочування, засолення і забруднення ґрунтів. Людина викликає зміну складу ґрунту і навіть його знищення. Значний вплив на хімічний склад ґрунтів завдає сучасне сільське господарство, яке широко використовує добрива й різні хімічні речовини для боротьби зі шкідниками, бур'янами і хворобами рослин. Невміле та безконтрольне використання їх призводить до порушення кругообігу речовин у біосфері. Погано впливають на ґрунт такі види людської діяльності як щорічне розорювання, сінокоси, збирання врожаю, випас худоби, випалювання старої трави.

Щорічно з приходом весни на полях, на пагорбах та вздовж доріг рухаються вогняні "фронти", які знищують на своєму шляху все живе. Шкода від спалювання листя і сухої трави украй небезпечна [5, с. 22]. При згоранні однієї тони рослинних залишків у повітря вивільняється майже 9 кг мікрочастинок диму, до складу якого входять пил, окиси азоту, важкі метали та низка канцерогенних сполук. Із сухою травою, як правило, горить і безліч різноманітного сміття, що суттєво посилює забруднення атмосфери. Дуже часто спалювання сухої трави призводить до великомасштабних пожеж [4, с. 15].

Окрім безпосередньої загрози людському здоров'ю, спалювання листя і сухої трави призводить до таких загроз: 1) у сухому листі згорають зимуючі корисні комахи, такі як сонечка; 2) спалювання листя призводить до руйнації ґрунтового покриву, адже безпосередньо вигорають рослинні залишки, гинуть ґрунтоутворюючі мікроорганізми; 3) утворюється зола, яка є дуже поганим добривом, тому спалювання листя щороку призводить до все більшого збіднення ґрунту; 4) на природних ділянках вогонь знищує насіння і коріння трав'янистих

рослин, пошкоджує нижні частини дерев; 5) знищення природної листяної підстилки призводить до збільшення у 2-4 рази промерзання ґрунту [5, с. 22].

Спалювання трави призводить до помітного зниження родючості ґрунту. У разі частих пожеж згорає не тільки суха трава, а й накопичена в ґрунті органіка, і відповідно, збільшується кількість викидів вуглекислого газу. В результаті спалювання сухої трави збіднюється видовий склад рослинності і тваринного світу. Випалювання сухого травостою викликає загибель кладок та знищення місць гніздування деяких птахів. Дим від спалювання трави їдкий, темний, густий. У сільській місцевості у вогні згорають залишки добрив і отрутохімікатів, утворюючи леткі токсичні органічні і неорганічні сполуки. Спалювання сухої рослинності часто призводить до займання торфовищ і лісових насаджень. Крім того, воно може призвести до неконтрольованих пожеж і дуже важких наслідків [1, с. 21-22]. Випалювання сінокосів і пасовищ призводить до загибелі великої кількості ґрунтових організмів у поверхневому шарі, посилення випаровування.

Скошування трави зазвичай відбувається у травні-червні. Причиною цього є просто господарський інтерес – отримання якісного сіна для продажу, своїх потреб чи годування тварин. При цьому під час сінокосіння використовують механізовані засоби: трактори, косарки та ін.. Необхідність сінокосіння обґрунтовується необхідністю блокади сукцесій та збереження рослинного біорізноманіття в початковому вигляді. Сінокосіння є не лише неефективним, а й навіть небезпечним для деяких видів рідкісних степових рослин [3, с. 10-11].

Знімання врожаю культурних рослин, сінокосіння і заготовляння силосу мають такий негативний вплив на ґрунт: без добрив – зменшення поживних речовин і через кілька років зниження родючості, посилення випаровування вологи після видалення вегетативної маси рослин.

Випас худоби також негативно впливають на ґрунт, а саме призводить до ущільнення ґрунту тваринами, при перевипасанні – знищення рослинності, яка зміцнює ґрунт, і виникнення ерозії, збіднення хімічного складу ґрунту, осушення.

Щорічне розорювання цілинних земель призводить до різкої зміни процесів ґрунтоутворення а також до виникнення ерозії.

Одним із головних факторів розвитку ерозійних процесів є надмірна сільськогосподарська освоєність і розораність території, порушення екологічно допустимого співвідношення площ ріллі, природних кормових, лісових і водних угідь, що негативно впливає на стійкість агроландшафту. Ці негативні явища обумовлені, перш за все, результатом екстенсивного ведення сільськогосподарського виробництва та недотриманням екологічних вимог землекористування.

Шкода ерозії ґрунтів надзвичайно велика й одночасно дуже різноманітна. Еродований ґрунт втрачає значну кількість гумусу. Водна ерозія зменшує площу орних земель за рахунок розвитку ярів, замулювання ґрунтів на заплавах ставків, водоймищ, русел річок, зрошувальних каналів тощо. Внаслідок вітрової ерозії руйнується ґрунтовий покрив, забруднюється повітря, що завдає великих збитків і шкодить здоров'ю людей. Вітрова ерозія шкідлива для посівів. Найчастіше ґрунтовими частками під час пилових бур пошкоджуються ніжні весняні сходи



цукрових буряків, соняшнику і кукурудзи. Часом із ґрунтом здуваються і рослини, які укоренились [2, с. 21].

Отже, негативних антропогенних впливів на ґрунт дуже багато і всі вони мають свої негативні наслідки. Для збереження ґрунтів від подальшого забруднення і деградації необхідно проводити комплекс організаційно-господарських, агрономічних, технічних, меліоративних, економічних і правових заходів щодо запобігання і усунення наслідків зазначених процесів.

### Література

1. Березан О. Спалювання сухої трави – злочин проти природи! // Безпека життєдіяльності. – 2016. – № 4. – С. 21-22.
2. Комашков Є. Який світ ми залишимо нащадкам? // Слово. – 2013. – № 38. – С. 21.
3. Парникоза І.Ю. Сінокосіння в степових заповідниках України: неефективний, небезпечний та несучасний метод регуляції // Екологічний вісник. – 2014. – № 3. – С. 10-11.
4. Просяник Н.С. Спалювати сухотрав'я – це небезпечно! // Безпека життєдіяльності. – 2015. – № 4. – С. 15.
5. Треніна А.С. Прихована небезпека спалювання сухого листя та трави // Безпека життєдіяльності. – 2016. – № 3. – С. 22.

**Пахуча М.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С.Сковороди

## **СУБ'ЄКТНЕ СТАВЛЕННЯ ДО НАВКОЛИШНЬОГО ПРИРОДНОГО СЕРЕДОВИЩА ЯК ЕЛЕМЕНТ ЕКОЛОГІЧНОЇ СВІДОМОСТІ СТУДЕНТІВ ПРИРОДНИЧОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

Екологічна свідомість – це ставлення до природи. А саме – це сформована у вигляді понятійного апарату система відношень людини до її зв'язків з навколишнім середовищем, до можливостей і наслідків зміни цих зв'язків в інтересах людини або людства, а також розповсюдження існуючих концепцій та уявлень, які мають соціальну природу, на явища і об'єкти природи і їх взаємні зв'язки з людиною. Актуальність даної теми полягає в тому, що ми, студенти педагогічного університету, тобто майбутні вчителі, маємо обов'язок донести до учнів основи екологічної свідомості та сформувані її [4; 5].

*Об'єкт дослідження* – екологічна свідомість студентів природничого факультету. *Предмет дослідження* – суб'єктне ставлення студентів природничого факультету до навколишнього середовища, як елемента їх екологічної культури. *Метою дослідження* є ознайомлення з теоретичним поняттям про екологічну свідомість, основними типами суб'єктного ставлення людини до природи та визначити стан їх сформованості у майбутніх учителів.

Серед різноманітних форм культури одне з вагомих місць у наш час посідає така її форма, як екологічна культура. Термін “екологічна культура” з'явився лише в 20-х роках минулого століття як позначення сукупності відповідних екокультурних норм, хоча корені екологічної компоненти сягають ще доісторичних часів [2]. У цьому плані екологічна культура може бути визначена “як певна програма, опремечена в діяльності, на основі якої суб'єкт

природокористування буде свій історично конкретний процес взаємодії з природою”.

Екологічна свідомість – це сукупність екологічних уявлень, існуючого суб’єктного ставлення до природи, а також існуючих стратегій і технологій взаємодії з нею [3].

Основні типи суб’єктного ставлення до природи, які є домінуючими, найбільш часто зустрічаються на тих або інших етапах онтогенезу особистості: в цілому, ці типи ілюструють три основоположні типології ставлення до природи: характер модальності по вісі “об’єктивна - суб’єктивна”, характер модальності по вісі “прагматична – непрагматична ” і переважаючий компонент інтенсивності: перцептивно-афективний, когнітивний, практичний і вчинків [1].

*Перцептивно-афективний тип* – для особистості з даним типом ставлення характерне об’єктне сприйняття світу природи. Природні об’єкти – при всій своїй привабливості – незрівнянно далекі від можливості спілкування з ними партнерської суб’єктної взаємодії. Цей тип суб’єктного ставлення є найбільш поширеним серед людей, починаючи з юнацького віку.

*Когнітивний тип* – для особистості з даним типом ставлення, на відміну від попереднього, характерне суб’єктне сприйняття світу природи: природні об’єкти для неї не просто стоячі невимірні нище “об’єкти”, “які повинні радувати око” або так чи інакше служити людині, а саме суб’єкти. Даний тип суб’єктного ставлення до природи характерний, наприклад, для багатьох учених-зоологів, які присвятили себе етологічним дослідженням.

*Практичний тип* – для особистості з даним типом ставлення властиве об’єктне сприйняття світу природи як джерела матеріальної користі, постачальника ресурсів, яким можна повністю розпоряджатися, підкоряти – іншими словами, як засоби.

*Вчинковий тип* – для особистості з даним типом ставлення властиве суб’єктне сприйняття природи; для неї сферою, регулюючою етичними вимогами, є вже не тільки відносини між людьми, але і взаємодія з тваринами, рослинами і цілими екосистемами: все, що допустиме по відношенню до людини, не допустимо і з природним об’єктом.

*Вчинковий суб’єктно-непрагматичний тип* ставлення характерний для активних учасників різних екологічних: “зелених”, “блакитних патрулів” і т.д. необхідність саме такого типу суб’єктивного ставлення до природи проголошується філософами-гуманістами (Л. Толстой, М. Ганді, А. Швейцер, Г. Гачів, В. Тесле та ін.).

Розвиток суб’єктного ставлення до природи в онтогенезі складається з наступних етапів: ставлення до природи в дошкільному віці, ставлення до природи в молодшому шкільному віці, ставлення до природи в молодшому і середньому підлітковому віці, ставлення до природи в старшому підлітковому віці та в юнацькому віці.

Нами було проведено експериментальне дослідження суб’єктного ставлення до природи за допомогою методики “Натурофіл”. У даному експерименті взяли участь 59 студентів природничого факультету різних курсів. Серед них 14 студентів I курсу, 12 студентів II курсу, 8 студентів III курсу,

16 студентів IV курсу та 9 студентів V курсу природничого факультету. Дослідження проведено в період з 12.09.16 по 17.10.16 рр.

При проведенні дослідження студенти природничого факультету показали наступні результати: студенти I найкращий результат отримали за перцептивно-афективною шкалою; студенти II курсу найкращий результат отримали за когнітивною шкалою; студенти III курсу найкращий результат отримали за практичною шкалою; студенти IV курсу найкращий результат отримали за вчинковою шкалою; студенти V курсу найкращий результат отримали за додатковою шкалою натуралістичної ерудиції. При цьому на кожному з курсів, жодний з наведених вище компонентів суб'єктного ставлення до природи не втрачається, просто проявляється в більшій або меншій мірі. З проведеного нами аналізу видно, що кожен зі студентів того чи іншого курсу природничого факультету, по своєму суб'єктно ставиться до навколишнього природного середовища, при цьому не залишаючись байдужим.

#### **Література**

1. Дерябо С.Д. Экологическая психология: диагностика экологического сознания. – М.: Московский психолого-социальный институт, 1999. – 130 с.
2. Крисаченко В.С. Екологічна культура: теорія і практика: Навч. посіб. – К.: Заповіт, 1996. – 352с.
3. Медведев В.И., Алдашева А.А. Экологическое сознание: Учеб. пособ. - М.: Логос, 2001. - 384 с.
4. Суравегина И.Т., Сенкевич В.М. Как учить экологии: Кн. для учителя. – М.: Просвещение, 1995. – 190 с.
5. Шмалей С.В. Екологічна особистість: Монографія. – Київ: Бібліотека офіційних документів, 1999. – 232 с.

**Пінський О.О.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

### **БІОЕТИКА І ПРОБЛЕМИ СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ**

Багатьох людей, які є прихильниками біотичних поглядів, об'єднує переконання, що проблеми людства, які поступово перетворюються у глобальні, безумовно потребують дійсно нових підходів до осмислення взаємодії природного й соціального оточуючого середовища, які повинні базуватися на глобальній неокласичній етиці, більше орієнтованій на сучасність й майбутнє, яка повинна поліпшити фундамент усебічного органічного зв'язку між сучасною Людиною та Природою.

Зазначимо, що педагогічна громадськість, особливо вчителі природничих дисциплін, впевнені у тому, що сучасні дослідження науковців – біологів і медиків повинні постійно бути спрямованими на реалізацію одного із основних принципів біоетики - повагу до особистості, всебічне забезпечення її потреб, тому всебічні біомедичні разом з біосоціальними, педагогічними дослідженнями

процесами є необхідними, такими що є взаємодоповнювальними і взаємоформульними.

Вади нинішнього суспільства: неухажність, безчуттєвість, є основою появи так званої “надмірної” зайнятості, що стала звичним місцем моральної втечі для сучасної людини багатьох верств суспільства, що призводить до відмирання в соціумі провідних духовних засад. У частини “дорослих тінейджерів”, молоді від 20 до 26 років, все частіше просто у фізичну потребу перетворюється абсолютна бездіяльність, тотальна лудоманія, прагнення будь що забути, розважитися, за допомогою методів, які потребують мінімального духовного напруження. Елементи мережоцентричних технологій швидко витісняють звичне співчутливе ставлення в українському соціумі, що дуже перетворюється на повну індиферентність людей, відчуження один до одного і навіть ворожість. У суспільстві зростає тенденція до агресивності, нетерпимості, захоплення маскультурою, вседозволеності, споживацького ставлення до природного оточення, що впливає на процеси виникнення і поширення смертельно небезпечних імунних, у тому числі аутоімунних захворювань, зменшення народжуваності і фактичному виродженню нації.

Актуальними для українського загалу є питання відродження культури в цілому. Таке відродження передбачає відновлення ядра позитивних соціальних явищ, пошкоджених міжетнічних, міжконфесійних, міжнаціональних людських стосунків, що становлять так звану систему моральних координат, які повинні однаково, без виключень застосовуються для різних суспільних верств, представників різних поглядів та переконань. Одна із найскладніших проблем сучасності – проблема занижених орієнтирів у молодіжному середовищі.

Частина вчених-науковців, а за ними великий загал учителів - природознавців і їхніх учнів вважають, що пошук можливостей продовження активного, повноцінного й тривалого життя людини: фізичне, психічне і психологічне здоров'я, зниження біологічного віку кожної людської особини, можуть стати в наступні роки основною проблемою, над якою буде працювати людство після завершення соціальних криз кінця двадцятого, початку двадцять першого століття. Дослідження інтенсивності, циклічності протікання багатьох біологічних процесів, проблеми пошуку новітніх антибіотиків, попередження хвороб, загального старіння людського суспільства вимагають надзвичайних зусиль науковців і величезних витрат у тому числі в галузі моралі і етики. Пошук пріоритетів у сучасній біологічній науці і медицині: ефективних методів у імунології та геронтології - давні й надзвичайно актуальні проблеми, які потребують значних зусиль від людства: всесвітнього морально – етичного спокою, приглушення гострих фаз військових конфліктів, необмеженого фінансування наукового супроводу медичних досліджень, що за своїми масштабами повинні перевершити військові витрати, і нарешті, зменшення впливу мілітаризму на людство.

Результати соціально-педагогічні досліджень [1], які проводилися в школярському та студентському середовищі, дозволяють сподіватися, що позитивний ефект може дати робота зі школярами, які поглиблено вивчають природничі дисципліни, у тому числі основи з здоров'яформульмих дисциплін,

студентами біологічних факультетів ВНЗ, “які є більш обізнаними з питаннями впровадження в особистісне і суспільне життя здоров’яформуючих і здоров’язбережувальних технологій та оздоровлення соціуму, людей, потенційно несхильними до різних форм девіацій, у тому числі аутодевіантної поведінки і які, вірогідно, частіше мають вроджене й більш розвинене почуття біофілії”.

Тож можна зазначити, що еколого-біоетичні проблеми можуть на новому рівні інтегрувати цілий комплекс різноманітних взаємодій – починаючи від фізичних, хімічних, біологічних аж до так званих загальносоціальних. Тому не можна зміст і біоетичної освіти зводити до традиційних освітніх галузей та звичних навчальних предметів. Біоетичне забезпечення взаємодії в середині інтегративних предметів, які викладаються за новими навчальними програмами, включають різноманітні процеси, дослідження яких спирається на комплекс методів – глибоко філософських, теоретичних, емпіричних та соціологічних. У перспективі прагматичний підхід до життя буде включати всесвітні за своїми масштабами обов’язкові соціальні заходи і пов’язаний з ними психологічний та медико-генетичний супровід людини упродовж усього життя, розширення системи служб біологічної, медичної, соціальної допомоги. Біоетичний підхід є соціально надзвичайно вигідним: він дозволить в певній мірі зменшити, нейтралізувати найбільш відомі форми людських девіацій, забезпечуючи процеси поступового поліпшення якості антропосфери і біосфери.

Логічним є те, що саме розробка дидактичних основ біоетичної за своєю суттю освіти для всіх ступенів шкільного навчання, підготовка на цих засадах навчальних програм для педагогічних ВНЗ, де вивчають біологію, екологію та біоетику, дозволяє частково трансформувати методичну підготовку педагогічних кадрів, а це в решті решт дозволить ефективніше формувати біоетичне ставлення у кожного пересічного у громадянина України, вже починаючи з початку 20-х років ХХІ століття. Готовність майбутніх учителів біології до еколого-педагогічної діяльності “ми розуміємо як особистісну характеристику, що включає систему знань, умінь і навичок, сформованість мотивів і ціннісного ставлення до довкілля, сукупність емоційно-вольових рис особистості” [1], спрямованих на успішну організацію еколого-біоетичної діяльності зі школярами.

Метою екоетичної освіти є емоційно-ціннісний розвиток і становлення біоетичної культури як кожної окремої особистості, так й суспільства як сукупності практичного та духовного досвіду взаємодії людей в середині соціума й напрацювання величезного комплексу біоетичних норм взаємодії з природою, що забезпечить процес виживання та необхідні параметри розвитку людського суспільства. Ця мета узгоджується з ідеалом загального виховання і всебічного розвою особистості, здатної жити в гармонії з навколишнім середовищем і своїм внутрішнім “Я”. Екоетична культура в першу чергу повинна вбирати в себе духовний досвід організації процесу забезпечення виживання та соціального прогресу й щоденну практику взаємин особистості та суспільства, людини і природи.

Обов’язковість і неперервність емоційно-ціннісного ставлення в процесі біоетичної освіти населення – головна умова формування екологобіоетичного світогляду, сталих біоетичних норм поведінки як окремої особистості, так і шлях

поліпшення загальної суспільної поведінки, засіб боротьби з більшістю виникаючих девіацій. Вона повинна включати наступні етапи: домашня – дошкільна освіта – школа – вища освіта – освіта протягом життя – безперервна самоосвіта. Такою може стати основа альтернативного механізму подолання людством глобальної еколого-соціальної кризи і переходу суспільства на шлях коеволюції Людини і Природи.

Слід зголоситися на те, що сучасна біоетика, а особливо ціннісний компонент широкої еколого-біоетичної освіти як підґрунтя сталих біотичних поглядів щодо навколишнього природного і людського середовища, орієнтує людину на подолання споживацької позиції по відношенню до довкілля, позиції, яка загрожує біосфері смертельною небезпекою.

### **Література**

1. Білянська (Скиба) М.М., Пінський О.О. Мотиваційний компонент готовності майбутніх учителів біології до еколого-педагогічної діяльності // Педагогіка та психологія: зб. наук. пр. – Х.: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2016. – Вип. 54. – С. 134-145.

**Скриннікова О.А.<sup>1</sup>, Коваль В.В.<sup>2</sup>, Чернікова Н.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Нововодолазький ліцей Нововодолазької районної ради Харківської області

<sup>2</sup>Харківська гуманітарно-педагогічна академія

## **ВИЩІ ВОДНІ РОСЛИНИ ЯК ЕФЕКТИВНІ БІОФІЛЬТРИ СТІЧНИХ І ПОВЕРХНЕВИХ ВОД**

В умовах зростаючої уваги до якості води як компоненту екосистеми, актуальною є проблема дослідження умов, чинників і процесів формування хімічного складу і якості води та розробки ефективного способу очищення поверхневих вод.

Річка Вільхуватка (басейн Сіверського Дінця) – природне джерело води для Нової Водолаги, яке використовують за багатьма призначеннями. Суттєвий внесок у забруднення водної екосистеми вносять скиди стічних вод із автошляхів. Унаслідок цього відбувається погіршення якості води, природна водойма втрачає здатність до самоочищення. У зв'язку з цим значної уваги набуває необхідність створення очисних споруд річки.

*Метою нашої роботи* є теоретичне обґрунтування і експериментальне підтвердження екологічної та економічної доцільності використання вищих водних рослин для очищення стічних вод на прикладі річки Вільхуватка смт. Нова Водолага Харківської області.

Актуальність проблеми очищення стічних вод пояснюється двома причинами. По-перше, фізико-хімічне і біологічне забруднення поверхневих вод впливає на функціонування водних екосистем і загрожує біологічному різноманіттю гідробіонтів, а по-друге, такий невичерпний природний ресурс, як чиста прісна вода, внаслідок нераціонального користування переходить у розряд вичерпних ресурсів. Очищення стоків зазвичай здійснюється через фільтри і за допомогою різних хімічних агентів, які є екологічно небезпечними. Існуючими

методами очистити стічні води повністю не тільки технічно важко, але економічно недоцільно. Отже, необхідний пошук методів очистки стічних вод, у безпечності яких можна бути впевненими, а також економічно вони повинні бути вигідними. Серед природних біологічних методів очистки стічних вод прогресивними є біоінженерні споруди типу “Біоплато”.

В основу технології покладені природні процеси самоочищення, властиві водним та навколоводним екосистемам. За технологією біоплато в очистці стічної води беруть участь угруповання водних і ґрунтових мікроорганізмів та вищі водні рослини. Використання вищих водних рослин на різних типах біоплато не вимагає витрат електроенергії і використання хімічних реагентів при незначному періодичному експлуатаційному обслуговуванні, дозволяє суттєво здешевити вартість процесу очистки стічних вод, а також збільшує ефективність самої очистки.

Аналіз теоретичних досліджень показує, що в системі біоплато відбуваються складні механізми видалення забруднювачів із стічних вод. У цій складній системі здійснюються біологічні процеси, що супроводжуються фільтрацією, адсорбцією, кумуляцією, осадженням, поглинанням і трансформацією рослинами біогенних та інших елементів.

Для очищення стічних і поверхневих вод використовують такі різновиди вищої водної рослинності: рогіз вузьколистий (*Typha angustifolia* L.); рогіз широколистий (*Typha latifolia*); очерет озерний (*Schoenoplectus lacustris*); спіродела багатокоренева (*Spirodela polyrrhiza* L.); півники болотні (*Iris pseudacorus*); сусак зонтичний (*Butomus umbellatus*); стрілолист звичайний (*Sagittaria sagittifolia*); рдест гребінчастий (*Potamogeton pectinatus* L.); елодея канадська (*Elodea canadensis*) тощо. Вид рослин обирають залежно від природи забруднення.

Дослідження проводились у смт. Нова Водолага в межах річки Вільхуватка з травня 2015 р. по жовтень 2016 р. Вивчаючи особливості протяжності річки через селище, було виявлено чотири території, де відбувається інтенсивне забруднення води стоками з автошляхів. Нами були відібрані проби дощової води, стічних вод із автошляху до річки, річкової води без стоків (до дощу), річкової води із стоками (після дощу). Хімічний аналіз води було проведено у лабораторії Нововодолазької санепідемстанції. Фотоколориметричним методом було визначено вміст заліза, амоніаку, нітратів, нітритів, хлоридів; нефелометричним методом – вміст сульфатів; титриметричним – жорсткість води; загальнохімічним – колірність води; рН-метричним методом – рН води.

Аналіз результатів лабораторного дослідження дощової води свідчить про зміну колірності та значне помутніння у пробі із стоками з автошляхів. Також збільшується жорсткість води на 2,4 мг-екв/дм<sup>3</sup>, підвищується вміст нітратів на 1,7 мг/дм<sup>3</sup>, сульфатів на 108 мг/дм<sup>3</sup>, амоніаку на 0,41 мг/дм<sup>3</sup>, нітритів на 0,04 мг/дм<sup>3</sup>, заліза на 0,37 мг/дм<sup>3</sup>.

Результати лабораторного дослідження річкової води до і після дощу свідчать, що внаслідок дощів до поверхневих вод потрапляють різні хімічні забруднювачі, які містяться у стічних водах з автошляхів. Внаслідок цього

збільшується жорсткість річкової води на 2,4 мг-екв/дм<sup>3</sup>, збільшується вміст нітратів на 2 мг/дм<sup>3</sup>, хлоридів на 26 мг/дм<sup>3</sup> та заліза на 1,26 мг/дм<sup>3</sup>.

Щоб зменшити силу хімічного навантаження на водну екосистему, нами було створено біоплато розмірами 1,5 м × 1 м з використанням рогозу широколистого і очерету озерного.

Результати лабораторних досліджень свідчать, що зменшилась жорсткість води, а окисність, кислотність, мутність і колірність відновились майже до початкового стану. Вміст нітратів, хлоридів, амоніаку, нітритів, заліза став меншим після проходження води через біоплато. Аналізуючи результати дослідження, ми дійшли висновку, що вищі водні рослини – основні компоненти створеного біоплато, дійсно зменшують концентрацію певних хімічних речовин у проточній воді. Створене експериментальне біоплато не порушило структури природного біоценозу. Ми маємо підстави стверджувати, що побудувавши декілька біоплато поряд із місцями стоків із автошляхів, можна покращити стан поверхневих вод, не витрачаючи кошти на використання спеціальних технічних засобів очищення. Отже, біоплато, як екологічно безпечний та економічно вигідний метод очищення вод, сприятиме збереженню біорізноманіття гідробіонтів і захищатиме природну екосистему від токсичного впливу певних хімічних забруднювачів, що містяться у стічних водах із автошляхів.

**Солошенко Э.Н.<sup>1</sup>, Стулий О.Н.<sup>1</sup>, Бойчук Ю.Д.<sup>2</sup>,  
Грижанова И.В.<sup>3</sup>, Тихонова И.А.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Институт дерматологии и венерологии НАМНУ

<sup>2</sup>Харьковский национальный педагогический  
университет имени Г.С. Сковороды

<sup>3</sup>Харьковская медицинская академия  
последипломного образования

<sup>4</sup>Харьковский областной медицинский колледж

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Современный период развития общества в Украине характеризуется повышенным интересом к моральным, этическим и профессиональным медицинским проблемам, которые объединены в понятие биомедицинской этики. Внимание к проблеме этики объясняется: избранием курса на европейскую интеграцию; социальными преобразованиями, которые произошли в нашем обществе за годы независимости; переменами в здравоохранении в связи с научно-техническим прогрессом в области биологии и медицины. Благодаря разработкам и внедрению в практику новых медицинских технологий, с одной стороны, расширяются возможности биомедицины в борьбе с болезнями, ранее считавшимися неизлечимыми; с другой стороны, с внедрением новых технологий медицинские работники вторгаются в область неопознанного, что всегда чревато непредвиденными последствиями, могущими для больного нести вред для его здоровья. Именно поэтому в аспекте биомедицины в 1997 г.



была принята Конвенция по правам человека, цель которой - предупреждение возможных негативных последствий от использования новых медицинских технологий, а также защита прав и достоинств человека, как пациента и субъекта медицинских научных исследований.

Международно признанным механизмом контроля за соблюдением прав пациента в аспекте биомедицины в большинстве стран мира, в том числе и в Украине, стали этические комитеты, создаваемые в научно-исследовательских учреждениях, где ученые проводят исследования и где внедряются новые медицинские, профилактические, диагностические и терапевтические технологии. Согласно существующим требованиям каждый протокол планируемого научного исследования должен в обязательном порядке пройти предварительную этическую экспертизу и получить одобрение этического комитета. Цель этой экспертизы – обеспечить защиту прав, достоинства, безопасности и благополучия людей, участвующих в медико-биологических исследованиях в качестве их субъектов.

Как правило, этические комитеты действуют на двух уровнях - национальном и местном. В Украине на национальном уровне работают: комитет по биоэтике при Президиуме НАН Украины, комитет по биоэтике при НАМН Украины, этический комитет при МОЗ Украины. Если деятельность национальных этических комитетов, как правило, посвящена решению этических вопросов глобального характера, выработке этических принципов, положений, протоколов, то основная работа по этическому контролю за выполнением конкретных биомедицинских научных исследований осуществляется на местном уровне, т.е. в научно-исследовательских учреждениях.

Этическая экспертиза проводится как на этапе планирования НИР, так и периодически в ходе ее выполнения. При этом научно-исследовательская работа планируется только при положительном решении местного этического комитета по данному конкретному научному исследованию, если в процессе экспертизы установлено, что соблюдены права и безопасность пациентов. В тех же случаях, когда в процессе экспертизы местным этическим комитетом выясняется, что основные современные принципы защиты прав, свобод, достоинств и безопасности человека, как субъекта биомедицинских технологий, будут не соблюдены, то планирование такой НИР запрещается.

К основным принципам биоэтики и деонтологии, которыми должны руководствоваться врачи всех специальностей при выполнении НИР и клинических испытаний, относятся все нормативные акты, направленные на защиту прав пациентов: “не вреди”; “делай благо”; принцип уважения автономии пациента; принцип справедливости.

**Принцип “не вреди” (primum non nocere)** является одним из основных принципов медицинской этики в деятельности врача.

**Принцип “делай благо”** является продолжением предыдущего, однако между ними есть различия. Этот принцип акцентирует необходимость не просто избегания вреда, а активных действий по его предотвращению (боль, страдание, смерть пациента). Врачебная деятельность – это ежедневная, ежечасная борьба с человеческими страданиями и со смертью. Это налагает на

врача большую ответственность, требует значительного напряжения физических и духовных сил. В этой связи А. Чехов недаром называл медицину подвигом, на который способен не каждый, поскольку ни одна специальность не приносит столько мрачных переживаний и потрясений, как врачебная. Чтобы соблюдать принцип “делай благо” врачу в его повседневной деятельности необходимо иметь много положительных человеческих качеств. Известно изречение Авиценны “Врач должен обладать глазами сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва”. В современной трактовке это означает – не только любить свою профессию, быть высококвалифицированным специалистом, ответственным за порученное дело, мягким и добрым в обращении с больными, но и уметь упорно трудиться для достижения поставленной цели. Именно трудолюбие - фундамент моральных достоинств клинициста, так как для врача-клинициста самовоспитание и самоусовершенствование практически никогда не заканчиваются. Врачебную работу нельзя ограничивать строго отмеренным рабочим временем - от и до. Ей нужно отдавать всего себя, руководствуясь известным правилом: “То, что можно сделать в будущем, сделай сегодня, а то, что нужно сделать сегодня, сделай сейчас”.

**Принцип “уважения автономии пациента”** согласно деонтологической этике подразумевает, что каждый человек есть ценность и, следовательно, он в состоянии сам определять свою судьбу. Когда больному предлагается операция, в том числе диагностическая (например, биопсия кожи) или лечение в стационарных условиях, он может согласиться или не согласиться с предложением врача. Однако и в том случае, когда больной соглашается, по сути выполняя намерение доктора, он делает его своим собственным решением и тем самым выполняется условие автономного выбора.

**Принцип “справедливости”** можно сформулировать так - каждый должен получить то, что ему причитается. Как показывает практика, существует множество материальных критериев справедливости (равенство, потребность, затраты, вклад, заслуга, достоинство). При этом разные люди пользуются различными критериями справедливости. Нередко то, что представляется справедливым для одного, не является таковым для другого, поскольку принцип справедливости, подобно каждому из 4-х принципов биоэтики, имеет не абсолютную, а лишь относительную силу.

Анализируя **основные правила биоэтики**, следует отметить, что к ним относят правила: правдивости; конфиденциальности; информированного согласия.

**Первое правило биоэтики – “правдивость”** коренится, во-первых, в социальной природе врача как человека. Правдивость и честность должны сопутствовать всем делам врача, т. к. только тогда возможно высшее проявление профессионального долга и бескорыстия – самоотверженность. Во-вторых, систематическая ложь разрушает доверие к профессии. Наконец, в-третьих, долг медика говорить правду коренится в личном смысле его жизни. Врач не сможет реализовать себя во всей полноте именно как врач, если пациенты не будут ему доверять. Слово врача – одно из чудеснейших и действеннейших лекарств, способных исцелить больного. “Если больному после беседы с врачом

не становится легче - это не врач” (В. Бехтерев). Долг пациента, как и врача, говорить правду также основывается на принципе «не навреди». Если пациент не ставит лечащего врача в известность о самовольно произведенных изменениях в приеме лекарств или вносит искаженную информацию в свои жалобы, то он становится ответственным за формирование ложного знания у своего лечащего врача об эффективности или неэффективности какого-либо лекарственного средства.

**Второе правило биоэтики – “конфиденциальность” гласит о сохранении врачебной тайны о пациенте.** Предметом конфиденциальности являются диагноз заболевания, данные о состоянии здоровья, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования или сбора жалоб и анамнеза пациента.

**Согласно третьему правилу биоэтики – “информированного согласия” -** получение добровольного согласия исследуемого на основе адекватного его информирования о целях и продолжительности предполагаемого вмешательства, о наличии альтернативных методов лечения, ожидаемых последствиях или риске для жизни. Предварительным условием в процедуре получения информированного согласия является компетентность исследуемого. Некомпетентными признаются лица моложе 15 лет, а также граждане, признанные в установленном порядке недееспособными. Согласно действующему закону право на дачу информированного согласия от недееспособного пациента передается его родителям.

Принципы и правила биоэтики в дерматовенерологической практике, с одной стороны, такие же, как при других соматических заболеваниях, в связи с тем, что психология у всех больных во многом одинакова. С другой стороны, поскольку заразные кожные и венерические болезни вызывают у человека большие моральные переживания, так как они протекают с выраженной интоксикацией, сыпью, изменением цвета кожи и слизистых оболочек и существует опасность заражения окружающих при тесном бытовом или половом контакте, взаимоотношения между врачом-дерматовенерологом и больным носят специфический характер.

Эта специфика взаимоотношений врача и больного, прежде всего, проявляется при организации амбулаторного приема, поскольку, помимо внеочередного приема больных с заболеванием кожи в тяжелом состоянии или больных венерическим заболеванием с острозаразными проявлениями, есть и другие больные, требующие первоочередного оказания специализированной медицинской помощи. Это больные с хроническими, часто рецидивирующими дерматозами и выраженными истерическими чертами, которые своим поведением в ожидании врачебного приема способны быстро создать нездоровую психологическую обстановку среди ожидающих.

Специфика взаимоотношений врача и больного кожным или венерическим заболеванием проявляется также тогда, когда врач-дерматовенеролог поликлиники первый раз встречается с больным, и именно из его уст больной узнает о своем диагнозе. В таких случаях элемент психологического шока часто помогают врачу сразу же получить от больного с венерическим заболеванием

необходимые сведения еще до того, как он начнет придумывать “легенду” обстоятельств своего заражения.

Поставив диагноз заразного кожного или венерического заболевания, врач должен быстро и четко решить целый ряд непростых психопрофилактических, лечебно-диагностических и организационно-тактических проблем.

1. Обследовать в максимально сжатые сроки, а при необходимости провести и профилактическое лечение взрослых членов семьи заболевшего, которое должно быть организовано и психологически подготовлено так, чтобы максимально снизить уровень возможных семейных разногласий и предупредить развод.

2. Всесторонне оценить положение в семье заболевшего и только с учетом этого урегулировать семейные отношения в новой обстановке, вызванной болезнью, с тем, чтобы максимально смягчить, а, по возможности, и предотвратить новые конфликты на этой почве.

3. Четко и быстро совместно с врачом-педиатром организовать обследование и лечение детей больного.

4. Правильно организовать уход за заболевшим, создать психологическую совместимость с родителями и старшими членами семьи.

5. Исключить госпитализацию и лечение членов семьи (муж-жена) или жены и источника заражения ее мужа венерической болезнью в стенах одного лечебного учреждения или, по крайней мере, не допустить их там одновременного пребывания на лечении.

6. Деонтологически правильно и оперативно организовать вызов на обследование заболевших “контактных” лиц, а также предполагаемого источника заражения. При этом следует исключить возможность разглашения тайны из-за передачи вызова через посторонних лиц (соседей, знакомого, супруга, супруги).

Специфика деонтологических отношений между врачом-дерматовенерологом и больными венерическими или заразными кожными заболеваниями (чесотка, вшивость и т. д.) нередко складывается в силу того, что больные этой категории могут сознательно исказить анамнез болезни, скрывать бытовые и в особенности половые контакты. Поэтому врач-венеролог при сборе анамнеза должен всегда об этом помнить и обращать особое внимание на возможные причины сокрытия заболевшим анкетных данных о своем предполагаемом источнике заражения и других контактах.

Важный раздел медицинских аспектов этики - это взаимоотношения с консультантами и коллегами смежных специальностей. Что касается коллегиальности в дерматовенерологической практике, то клиницист должен проявлять следующие качества: 1) разумную терпимость к мнению других, пусть даже менее опытных врачей; 2) вежливость и приветливость; 3) чувство такта и сдержанность в общении с коллегами, удрученными личными неприятностями; 4) внимание к профессиональным советам коллег; 5) желание оказать коллеге, попавшему в трудное положение, помощь и поддержку; 6) самокритичность и правильное восприятие критики в свой адрес; 7) уклонение от участия в интригах, пресечение интриг, сплетен, пересудов; 8) тактичное воспитание среднего и младшего медперсонала на собственном примере; 9) высокую

ответственность за принятые решения перед медработниками любого ранга или больными; 10) поддержание субординации.

**Степанюк А.В.<sup>1</sup>, Назарко І.С.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Тернопільський національний педагогічний  
університет ім. В. Гнатюка;

<sup>2</sup>Тернопільський національний технічний  
університет імені Івана Пулюя

## **БІОЕТИЧНА ОСВІТА ЯК КОМПОНЕНТ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ РІЗНИХ НАПРЯМІВ**

Реалії сьогодення ставлять перед педагогічною наукою та практикою завдання переосмислення їх функцій та результатів. Традиційна спрямованість освіти на переважне засвоєння системи знань не дозволяє якісно вирішити соціальне замовлення, яке вимагає виховання самостійних і відповідальних членів суспільства, здатних активно і природовідповідно взаємодіяти у вирішенні актуальних завдань. Набуття етичних, духовних, екологічних цінностей вимагає удосконалення шляхів формування у молодого покоління якісно нового мислення, розумової та вольової активності, високого рівня екологічної свідомості.

Однією із специфічних ознак нинішнього етапу розвитку нашого суспільства є активне використання результатів сучасних біотехнологічних досліджень у різних галузях народного господарства та медицини з метою вирішення життєвих проблем та виготовлення корисних продуктів медичного, харчового, аграрного, екологічного призначення. Однак, крім благ, це може спричинити небезпеку створення біологічної зброї, вишукування методів антигуманного втручання у спадковість людини заради панування однієї групи людей над іншою. Вирішувати етичні проблеми, що виникають в ході розвитку медицини і біології покликана наука – біоетика, яка регламентує проведення біотехнологічних досліджень, націлює на використання природовідповідного підходу до вирішення проблеми стосунків у системі “людина – навколишнє середовище”. Це актуалізує потребу підготовки біоетично грамотних спеціалістів для різних галузей народного господарства. Тому виникає проблема обґрунтування доцільності та необхідності включення навчальної дисципліни “Біоетика” у процес професійної підготовки фахівців різного профілю: педагогічного, медичного, біологічного, екологічного, аграрного, ветеринарного, харчового, технічного тощо. Оскільки, як стверджують науковці [1; 2; 4], методологічний потенціал біоетичної освіти саме і полягає в органічній взаємодії біологічного та соціогуманітарного знання; ідеї цінності життя, єдності людини та живої природи, моральної відповідальності людини перед життям та всесвітом; гармонізації зв'язків природи й соціуму; осмисленні необхідності коеволуції суспільства і природи.

Здійснений на засадах системно-діяльнісного підходу аналіз таких чинників, як:

• мета біоетичної освіти щодо підготовки майбутніх фахівців до вирішення різних професійних завдань для: медиків (біоетичний аналіз дослідницької діяльності у галузі біомедицини, генної терапії; оцінка етичності проведення трансплантації з використанням стовбурових клітин; генетично модифіковані фармацевтичні препарати; наномедицина); біологів (біоетичний аналіз дослідницької діяльності у галузі генної інженерії; оцінка етичності клонування людини; заборона на використання біозброї; нанобіотехнології); для аграріїв (оцінка екологічної безпеки агробіотехнології; оцінка ризиків використання ГМО; біоетична оцінка застосування мікробіологічних методів захисту рослин; агронанотехнології); ветеринарів (біоетична експертиза експериментів на тваринах; біобезпека розведення та біотехнологічного відтворення свійських тварин; отримання клонів тварин); для харчовиків-технологів (біоетична оцінка використання ГМО у харчуванні; продовольча та екологічна безпека продукції; біобезпека при маркуванні ГМ-продукції); вчителів природничого профілю (формування ціннісного ставлення до живих організмів; визнання унікальності всіх проявів життя; особисте почуття відповідальності суб'єкта за моральні вчинки; стратегія поведінки на основі концепції біоцентризму; сприймання Природи як багатогранної цінності);

• основні функції, які виконує біоетична освіта, а саме: *нормативну* (засвоєння сукупності моральних принципів, норм і правил – специфічного кодексу етичної відповідальності, якого необхідно дотримуватись у професійній діяльності); *світоглядну* (формування біоетичного ноосферного світогляду та біоетичної свідомості студентів); *превентивну* – формування природоохоронних мотивацій, підготовка до професійної діяльності в умовах можливих екологічних, техногенних криз, до протидії існуючим біозагрозам і можливим проявам біотероризму, що можуть викликати значні економічні й соціальні збитки; *аксіологічну* (поєднання фахових знань, біоетичних цінностей і моралі задля досягнення найвищого ступеня екологічної відповідальності, професійної компетентності, активної життєвої позиції) [1, с. 182];

• сутність біоетичних знань (тлумачимо їх як інтегровані знання з біології та етики в контексті цінностей і смислів людського життя й культури. Це емерджентний прояв інтеграції цих знань в межах моральних цінностей суспільства, етична рефлексія на біологічні знання. Вони формуються шляхом розкриття та усвідомлення аналогій між закономірностями природи і категоріями моралі. Ці знання поєднують пізнання біологічної картини світу з самопізнанням особистості, сприяють розвитку етичного ставлення учнів до життя в усіх його проявах на засадах біоцентризму. Мотивація поведінки людини виходить не лише від пізнання законів природи, порушення яких призведе до небажаних наслідків, а й від усвідомлення їх єдності з моральними категоріями та як наслідок цього – моральної єдності людини з усіма проявами життя [2];

• функції біоетичних знань, а саме: *гносеологічну* – сприяють розумінню природничо-наукової картини світу; *виховну* – розвивають свідоме ставлення до етичного вибору між добром і злом, який виникає в результаті самостійної діяльності на основі отриманих знань; *оцінну* – визначають норми ціннісного

ставлення до живих систем різного рівня організації; *відтворювальну* – проявляється у збереженні та відтворенні здобутків культури; *перетворювальну* – передбачають використання учнем біологічних знань для реалізації стратегії поведінки на засадах біоцентризму; *регулювальну* – впливають на здатність особистості вибірково ставитись до об'єктів і видів діяльності та природи, задовольняти певні потреби, визначати доцільність діяльності, її якість [2].

- потреба гуманізації змісту освіти, що передбачає звернення до світової культури, духовних цінностей, якими мають пронизуватися всі навчальні предмети. В їх основу покладено ідеї добра, людяності, миру, милосердя (Біла книга національної освіти України).

- вимоги суспільства до фахівців різних галузей народного господарства, оскільки біоетика як прикладна етика виходить з принципів професійної підготовки майбутніх біологів, лікарів, ветеринарів та фахівців інших спеціальностей, дав змогу інтерпретувати зміст біоетичної освіти фахівців як біологічно й соціально зумовлене системно-інтегративне динамічне особистісне утворення, яке з'являється під час присвоєння біоетичних знань, функціонує та розвивається у сфері повсякденної діяльності як цілісна єдність і виявляє ознаки структурності, ієрархічності, емерджентності, відкритості зовнішнім і внутрішнім впливам.

Результатом біоетичної освіти є біоетичні знання як основний компонент біоетичної свідомості та передумовою становлення переконань. Основою біоетичного світогляду є моральний вибір і відповідальність за людське життя та життя інших живих істот. Відповідальність за наслідки свої вчинків, як внутрішня якість особистості, робить людину суддею власного вибору. Переконаність проявляється в оцінках, ставленнях, вчинках, поведінці. Тому біоетично свідома особистість прагне прийняти на себе відповідальність за своє життя, життя оточуючих людей та усіх живих істот. Все це спонукає до висновку про доцільність включення біоетичних знань до змісту професійної підготовки майбутніх фахівців різних галузей діяльності, оскільки ефективність проникнення ідей біоетики у свідомість людини може забезпечити лише оновлена система навчання і виховання. Крім того, актуальність включення навчальної дисципліни «Біоетика» в освітньо-професійні програми підготовки фахівців різних галузей – це вимога часу, яка пов'язана з процесами реформування освіти.

Аналіз педагогічної практики засвідчив, що процес впровадження біоетичних ідей в освіту відбувається поступово, оскільки на біоетичних засадах має базуватися комплекс навчальних дисциплін, що формують моральні цінності і принципи, які спрямовані на збереження фізичного, психічного та духовного здоров'я людини, її генофонду, захист тваринного і рослинного світу, довкілля і біосфери.

На даний час «Біоетика» є обов'язковою дисципліною в усіх вищих медичних закладах України III-IV рівня акредитації, що відповідає світовому досвідові. Навчальними планами підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» на засадах кредитно-модульної системи організації навчального процесу передбачено обов'язкове вивчення студентами медичних та

стоматологічних факультетів навчальної дисципліни “Біоетика та біобезпека”. Окремі теми курсу присвячені таким проблемним галузям, як: етичні проблеми репродукції людини і початку людського життя; рішення, які приймаються вкінці життя; етичні проблеми трансплантології; генетичне тестування і втручання у геном людини; права пацієнтів з психічними розладами; етичні проблеми, пов’язані з ВІЛ/СНІД; етика біомедичних досліджень та ін. [3]. Крім того, дослідженнями М. Данюк та А. Степанюк [4] обґрунтовано й експериментально перевірено доцільність включення курсу “Біоетика” в навчально-виховний процес підготовки майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи (медичний коледж).

В окремих вузах є курси з вивчення біоетики для студентів філософських, біологічних, біоінженерних, харчових та ін. факультетів, які суттєво відрізняються за змістом. Іноді курси ці структуруються у вигляді послідовного розгляду етичних проблем, специфічних для кожної з медичних спеціальностей. Проведений аналіз програм з біоетики різних вузів дозволяє зробити висновок про те, що, як правило, вони базуються на базовій навчальній програмі ЮНЕСКО, яка передбачає ознайомлення студентів з принципами біоетики, викладеними у Загальній декларації про біоетику і права людини. Однак існує певна варіативність, яка дає можливість викладачам і студентам розширювати запропонований зміст і застосовувати різні підходи, а також адаптувати програму до конкретних умов освітнього середовища.

У процес підготовки майбутніх харчовиків-технологів Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя біоетика запроваджена до вивчення як складова академічної дисципліни “Біоетика та біобезпека” для студентів ОКР “спеціаліст” та “магістр” спеціальності 181 “Харчові технології” денної та заочної форм навчання. На вивчення курсу відведено 90 год. (3 кредити), з них на практичні заняття – 36 год., самостійну роботу – 54 год. Також передбачено написання рефератів та доповідей з біоетичної проблематики. Метою вивчення курсу є надання студентам необхідного обсягу знань про основні поняття і проблеми біоетики, безпеку застосування біотехнологій, стратегію поведінки людини в біосфері; формування цілісного біоетичного світогляду; оволодіння біоетичними принципами для подальшої професійної діяльності.

Програма курсу спрямована на: *розуміння* сутності основних понять та проблем біоетики, історії становлення та розвитку біоетики, юридичних аспектів біоетики, морально-етичних проблем генетики; біоетичних проблем, пов’язаних з клонуванням та використанням стовбурових клітин; стратегічних напрямків етики біотехнологічних досліджень; принципів безпеки лабораторних біодосліджень; правових аспектів застосування ГМО продукції; системи безпеки харчових продуктів; програми протистояння біотероризму; питань біозахисту здоров’я людини; *формування вміння* аргументувати власну точку зору на проблеми біоетики та застосовувати знання з біоетики у подальшій практичній діяльності. У структурі дисципліни ми виокремили два змістових модулі: 1. Біоетика застосування біотехнологій (передбачає вивчення тем: правові аспекти біоетики; морально-етичні проблеми генетики; проблеми клонування та



використання стовбурових клітин). 2. Безпека застосування біотехнологій (передбачає вивчення тем: біобезпека лабораторних біодосліджень; безпека харчових продуктів; біотероризм)

У процесі підготовки майбутніх вчителів біології і хімії Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка питання біоетики вивчаються в курсі “Біоетика” для студентів ОКР “бакалавр” напрямку підготовки 6.040102 “Біологі\*” та ОКР “спеціаліст” напрямку підготовки 7.040101 “Хімія\*” денної та заочної форми навчання. На вивчення курсу відведено 60 год (2 кредити). З них на: лекційні заняття – 12 год., практичні заняття – 24 год., самостійну роботу – 29 год, індивідуальну роботу – 7 год. Передбачено виконання творчих завдань з використанням психолого-педагогічних методів ідентифікації, емпатії, рефлексії, а також проведення етичного аналізу біоетичних проблем [5].

Мета курсу – виховання у студентів усвідомленого морального ставлення до усіх живих істот і діяльнісно-благоговійного ставлення до людського життя та формування умінь застосовувати біоетичні знання у майбутній педагогічній діяльності з метою формування біоекоцентричного типу мислення школярів. У структурі дисципліни ми виокремлено два змістових модулі: 1. Сучасна науково-природнича картина світу (теми Біоцентризм як концептуальна основа світогляду сучасного учителя та Історія становлення і розвитку біоетики); 2. Біоетичне виховання школярів (передбачає вивчення тем: методологія формування ставлення до живого; сучасні проблеми біоетики та шляхи їх висвітлення в процесі вивчення шкільного курсу біології; засоби та методи формування ціннісного ставлення школярів до живих істот; Організаційні форми та технології біотичного виховання).

Аналіз власного педагогічного досвіду показує, що реалізація сучасної біоетичної освіти буде більш ефективною за умови поєднання різних напрямів навчальної та виховної роботи, а саме: 1) традиційні заняття, 2) бінарні лекції, 3) дискусії, 4) ситуації альтернативного вибору, 5) круглі столи, 6) творчі вечори, 7) діалоги, 8) навчальні екскурсії з біоетичної проблематики, 9) години спілкування. Важливою є практична творча діяльність студентів, яка передбачає: підготовку рефератів з біоетичних тем, розв’язання біоетичних дилем, задач, участь в акціях, написання статей з питань біоетики тощо.

З метою вивчення думки студентів щодо необхідності викладання біоетики нами було проведено анкетування 152 студентів IV і V курсів. Отримані результати дозволяють стверджувати, що переважна їх більшість (64,8%) усвідомлює необхідність біоетичної освіти, мотивуючи це тим, що вона допоможе: застосовувати знання з біоетики у подальшій практичній діяльності; аргументувати власну етичну точку зору на проблеми біоетики; формуванню біоцентричного світогляду і ціннісного ставлення до живих істот; підвищенню культурного рівня суспільства; у вихованні милосердя, гуманізму, духовності, толерантності. Крім того, більшість з опитаних вважає, що вивчення курсу “Біоетика” сприяє удосконаленню процесів гуманізації не лише в освіті, але й в просвітницькій роботі з роз’яснення досягнень та соціокультурних аспектів в

області біології і медицини, а також формуванню нової етичної професійної самосвідомості.

Отже, біоетична освіта потребує оптимізації на основі глибокого осмислення філософського та психолого-педагогічного феномену біоетики з урахуванням структури біоетичних знань, рівня розвитку біоетики, її соціальних функцій, специфіки вимог суспільства до фахівців різних галузей народного господарства.

### **Література**

1. Волошко Л.Б. Теоретико-методологічні засади біоетичної освіти у вищих аграрних навчальних закладах // Вісник Полтавської державної аграрної академії. - 2010. - № 1. - С. 179-182.
2. Бак В.Ф., Данюк М.І., Степанюк А.В. Висвітлення тенденції інтеграції природничих наук та етики в змісті біологічної освіти старшокласників: монографія. - Тернопіль: Вектор, 2015. - 184 с.
3. Лазоришинець В.В. та ін. Значення біоетики у безперервному професійному розвитку лікаря // Четвертий Національний Конгрес з біоетики. - Київ, 2010. - С. 42-43.
4. Степанюк А.В., Данюк М.І. Формування професійно значущих якостей медичних сестер у процесі фахової підготовки: монографія. - Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2017. - 224 с.
5. Степанюк А.В., Троцька О.С., Назарко І.С. Програма та методичні рекомендації навчального курсу "Біоетика" для студ. вищих пед. закл. освіти. - 2-ге вид., доп. і перероб. - Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2009. - 40 с.

**Сушенко О.В.**

Коледж Національного фармацевтичного університету,  
м. Харків

## **ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ЕКОЛОГІЇ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ КОЛЕДЖІ**

Соціально-економічні перетворення, що здійснюються в Україні зумовлюють необхідність в якійсній підготовці фахівців нового покоління. Перед системою професійної освіти стоять нові завдання професійної підготовки майбутнього фахівця, а саме: формування загальнопрофесійних знань і вмінь, розвиток творчих здібностей, забезпечення професійної мобільності та конкурентноздатності, здатність адаптуватися до швидких змін у житті. Вагомим компонентом базової підготовки сучасних спеціалістів фармацевтичного профілю є вивчення еколого-валеологічної культури. Екологія, як навчальна дисципліна, має широкі можливості розвитку логічного мислення, просторових уявлень; формування вмінь встановлювати причинно-наслідкові зв'язки; обґрунтовувати твердження; моделювати ситуації, що важливо для підготовки висококваліфікованих фахівців.

*Мета статті* - висвітлення здоров'язбережувальних технологій навчання екології у фармацевтичному коледжі. Навчальними закладами України накопичено значний досвід і фактичний матеріал щодо вивчення валеологічних дисциплін, але існуючі методичні системи навчання достатньою мірою не відповідають новій освітній парадигмі щодо використання новітніх

інформаційних технологій у процесі навчання, розвитку творчого мислення, комунікативних навичок студентів тощо. Навчальною програмою передбачено виконання завдань на знаходження взаємозв'язку набутих теоретичних та практичних навичок з екології з науковими даними інших професійно-практичних дисциплін.

Принцип прикладної спрямованості навчання має стати визначальним у змісті, прийомах і засобах навчання екології. Студентам необхідно отримати не тільки базові знання з даної дисципліни, а й уміти їх використовувати в процесі майбутньої професійної діяльності. У даній ситуації оволодіння студентами системою еколого-валеологічних знань, умінь і навичок для їх успішного застосування, майже неможливе без урахування вимог здоров'язбережувальних технологій [1].

Сьогодні належний теоретичний рівень стає основою для встановлення причинно-наслідкових зв'язків, обґрунтування тверджень тощо. У власній практичній діяльності для кращого усвідомлення теоретичного матеріалу студентами, використовуються завдання - демонструється зв'язок з життєвим досвідом, використовуються блок-схеми для групової роботи.

Однією з складових технології формування фахівця у процесі навчання екології в коледжі є система задач на практичному занятті, яка є важливим компонентом для підвищення ефективності професійно орієнтованого навчання, використовуються задачі, спрямовані на закріплення теоретичних питань, формування умінь розв'язувати задачі. Зауважимо, що такі задачі складаються з урахуванням диференціації навчання, спрямовані на особистий розвиток студентів, демонстрацію використання еколого-валеологічних знань в інших дисциплінах, розкриття прикладного характеру навчального матеріалу.

Важливим чинником засвоєння теоретичного матеріалу, оволодіння різноманітними методами, закріплення і розвитку навичок розв'язування задач є раціональний розподіл часу, а саме: аудиторний час та самостійна робота студентів, яка є суттєвою складовою якості професійної підготовки фахівця [2]. Важливо при формуванні мотивації урахувати психологічні та вікові особливості студентів, які впливають на формування психологічної складової здоров'я.

Спираючись на власну практичну діяльність та ознайомлення з різними аспектами дослідження проблеми самостійної діяльності студентів, вважаю, що успішність формування досвіду самостійної роботи студентів в значній мірі визначається завданнями, які перед ними ставить викладач. Зокрема, завданнями: індивідуальними та груповими (репродуктивного і творчого характеру, написання рефератів, доповідей).

Одним із визначальних чинників результативності процесу навчання є розвиненість мотиваційної сфери студентів. В умовах розвитку мотивації навчальної діяльності поступово формується переконаність студентів у необхідності набуття глибоких знань для їх подальшого успішного навчання і професійної діяльності. Важливо при виконанні самостійної роботи дотримуватись гігієнічних вимог при роботі з комп'ютерною технікою, що сприяє збереженню зору та психологічної адаптації.

Якість навчання суттєво зростає, якщо викладач у процесі навчання розуміє значення і грамотно використовує якісні картки для індивідуальної та групової роботи, які мають формат, який легко читається, тобто містить небагато тексту, чіткі схеми, графічні ілюстрації, передбачає можливість заповнення, внесення доповнень в них [3]. Підвищення результативності вивчення екологічних дисциплін можливе також шляхом систематичного використання засобів новітніх інформаційних технологій, що значно розширює можливості як викладача так і пізнавальні можливості студента. Найважливіші серед них сучасні інформаційні технології, які базуються на використанні персонального комп'ютера та надають багато можливостей для організації ефективної самостійної роботи студентам в позааудиторний час, допомагають засвоїти та поглиблювати знання, діагностувати рівень навчальних досягнень. Нами практикується використання ділових ігор, вікторин, занять-проблемних ситуацій тощо.

Застосування інноваційних технологій у процесі навчання дає можливість розвивати творчі здібності студентів, їхнього мислення і формувати у них уміння здоров'язбережувальної та екологобезпечної поведінки в навколишньому середовищі, необхідні для їхньої професійної діяльності і суспільства.

Отже, підвищення ефективності професійної підготовки майбутнього фахівця в фармацевтичних коледжах залежить від якості процесу навчання екології. Шляхами вдосконалення процесу навчання є: розвиток еколого-валеологічної культури серед молоді; організація ефективної самостійної діяльності студентів; використання інноваційних технологій навчання; застосування якісного навчально-методичного забезпечення; розвиток мотиваційної сфери діяльності студентів.

### **Література**

1. Носаченко І.М. Інноваційні освітні технології // Проблеми освіти: Наук.-метод. зб. - К.: Наук.-метод. центр вищої освіти, 2006. – Вип. 44. – 132 с.
2. Кутішенко В.П. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. – К.: Центр навч. літ-ри, 2005. – 128 с.
3. Вітвицька С.С. Основи педагогіки вищої школи: Метод. посіб. – К.: Центр навч. літ-ри, 2003. – 316 с.

**Терешкевич Г.Т. (с. Діогена)<sup>1</sup>, Христенко О.М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

<sup>2</sup>Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

### **ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ПРОТИДІЇ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ: МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ**

Сучасний етап реформування охорони здоров'я України передбачає поглиблення біоетичних знань лікарів для формування їх морально-етичного та деонтологічного менталітету з метою оцінювання подій і явищ з позицій загальнолюдських гуманістичних цінностей. Іноді від не простого і дуже відповідального вибору лікаря визначається доля людини або її близьких.

*Мета статті* - розкрити, наскільки моральним та правомірним є вибір лікаря щодо проблеми недоторканості людського життя і яке ставлення до цього у різних країнах світу?

*Основні завдання.* Якими критеріями повинні керуватися медичні працівники, вирішуючи питання збереження людського життя? Як відноситися до евтаназії? Чи допустимо людині встановлювати межі у святая святих людського буття – як народження, так і смерті?

*Матеріали,* що були використані для дослідження: вітчизняна та закордонна наукова література, нормативно-правові документи України.

*Методи дослідження:* феноменологічний, герменевтичний, аналітично-порівняльний.

Термін “евтаназія” походить із грецької мови і у перекладі на українську означає “легка смерть” [6, с. 45-53]. Спочатку термін “евтаназія” у медицині означав сповнену любові допомогу людині, яка помирає, бажання зменшити її терпіння та страх. Яскраве підтвердження цієї думки знаходимо у англійського філософа Ф. Бекона (1561–1626), який запровадив цей термін, адже така евтаназія, справді, відповідає етимології цього слова. Згодом термін “евтаназія” набув кардинально іншого значення, відмінного від того, який вклав у нього Ф. Бекон — “підкування про невиліковно хворих, або ж людей, які є на порозі смерті” [6, с. 45-53]. У наш час “евтаназія” означає поняття цілком негативне та абсолютно протилежне беконівському розумінню цього терміну. В енцикліці “*Evangelium Vitae*” (“Євангеліє життя”) папи Івана Павла II йдеться про те, що евтаназія — це дія чи бездіяльність, що за своєю природою і наміром означає вбивство особи, щоб запобігти стражданню [14, с. 93]. Отже, на плечі лікаря лягає відповідальність вибору тривалості життя пацієнта.

У Декларації про евтаназію, прийнятій 39-ою Всесвітньою медичною асамблеєю в 1987 р. у м. Мадриді зазначено, що евтаназія, тобто “акт навмисного переривання життя пацієнта, навіть зроблений на прохання самого потерпілого чи його близьких родичів, є морально неприпустимим. Лікар має приймати до уваги, щоб природні процеси вмирання йшли своїм ходом в заключній стадії хвороби” [5, с. 1].

Не можна вважати евтаназією: припинення лікування, яке негативно впливає на хворого, продовжуючи йому життя лише на короткий час у нелюдських умовах, не полегшує стану, не даючи шансу на одужання, лише продовжує агонію, приносячи нестерпні страждання сім’ї та великі фінансові витрати, при незворотній дезінтеграції цілісності індивідуального організму, яка збігається з повним припиненням активності мозку.

На сьогодні виділяють наступні види евтаназії, а саме:

- *непряму* чи *негативну*, яка полягає у намаганні лікаря полегшити страждання особи, що перебуває на останній стадії тяжкої хвороби, призначенням їй ліків, які непрямым чином можуть пришвидшити фізіологічний процес умирання, але без яких особа не може обійтися, або припиненням використання засобу, необхідного для життя, але що є надзвичайним [15, с. 337-339] (засоби для життя поділяються на: необхідні — без яких не можна жити, і допоміжні — без яких можна обійтись. Необхідні засоби поділяються на:

звичайні (пропорційні) — загальнодоступні, економічно можливі для застосування; надзвичайні (непропорційні) — недоступні для загалу. Як відрізнити звичайні засоби від надзвичайних? Звичайний засіб — це таке втручання, яке забезпечує: благополуччя пацієнта, відсутність надмірного болю, витрат та незручностей на відміну від надзвичайних засобів, які не забезпечують цих умов);

- *пряму* — діяльність лікаря з метою закінчити життя пацієнта або пришвидшити його смерть. Пряма форма евтаназії ще вважається з боку лікаря вбивством та участю в самогубстві;

- *активну* — безпосередня практична діяльність з метою спричинення смерті хворого;

- *пасивну* — спричинення смерті через припинення підтримування життєвих функцій у хворого;

- *добровільну* (здійснюється лікарем стосовно тяжкохворого пацієнта, який перебуває у повній свідомості, згідно з його письмовим проханням);

- *недобровільну*, яка, через тяжкий стан пацієнта, котрий не може висловити прохання про евтаназію або відмову від її виконання, здійснюється на прохання законного представника пацієнта або за медичним висновком (підґрунтям якого є буцім-то вищі інтереси хворого);

- *примусову форму евтаназії*, яка здійснюється стосовно людей (здорових та хворих) за рішенням влади або посадових осіб наперекір вимогам та інтересам хворого;

- *евтаназію новонароджених*, та *соціальну*, яка, з моральної точки зору, становить небезпеку для невиліковно хворих та осіб з важкими (вродженими) вадами розвитку, та при котрій рішення позбавити когось життя належить суспільству, що керується, і ця тенденція прогресує, економічним критерієм “витрати-вигода”, що є морально неприпустимим.

У законодавствах більшості західних країн використовується формулювання “право на смерть”. Однак воно не точне (кожна людина має це право, бо є смертною). Згідно з ним той, хто має право на смерть, може мати також право наполягати на виконанні іншими особами свого бажання померти, що фактично легалізує евтаназію, в якій немає жодної гідності. Таким чином, доцільніше вживати термін “право людини на гідну смерть”.

Упродовж століть лікарі керувалися двома аксіомами медицини: якщо можливо “ЗЦЛИ”, якщо неможливо “НЕ ЗАШКОДЬ”. Батько медицини Гіпократ (600 років до н.е.) у своїй “клятві” прямо вказав – “...я не дам нікому, хто буде просити в мене, смертельного засобу і не вкажу шляхи до здійснення такого задуму”. Одна з християнських заповідей гласить “НЕ УБИЙ”.

Папа Іван-Павло II зазначив: “Політики й закони, опозиційно налаштовані стосовно життя, ведуть суспільство до виродження не лише морального, а й демографічного та економічного” [14, с. 89]. Тенденція оцінювати якість життя поняттями “ефективність” та “психофізична придатність”, не здатна надати значення стражданню. Саме тому людина, притримуючись такої концепції, схильна ухилятися від терпіння, “за будь-яку ціну та будь-якими способами” [11, с. 86].

Цікавою є притча про Йова, який втратив усе: багатство, дітей, здоров'я, але славив Бога, не зважаючи ні на що, не зневірювався, не нарікав [10, с. 587-588]. Чому сучасній людині так важко приймати терпіння, бути смиренномудрим? Можливо, випробування, яке вона переживає, спрямоване на поправу її внутрішнього, духовного світу, а також розвине почуття співчуття і милосердя у людей, що її оточують? Можливо, проблема полягає не в евтаназії як такій, і навіть не в жаху болю, що мучить помираючих, але в тім, що ми залишаємо наших хворих, вважаючи, що не можемо нічим допомогти. Завдання лікаря також полягає - бути поруч з хворим, спілкуватися з ним від серця до серця, побачити в ньому не хворого, а людину.

У деяких країнах Європи прихильники евтаназії вважають, що вона повинна бути дозволена законом. Нині можливість вдаватися до евтаназії обговорюється у 12 країнах. Вперше серед країн світу евтаназію узаконено в Нідерландах, вона трактується як “навмисне позбавлення життя пацієнта на його прохання, проведене лікарем”. Цінність людського життя втрачається, маскуючись за фразою “якість людського існування”, що є однією з форм прояву егоїзму чи страху перед болем, терпінням. Переважна більшість пацієнтів зі смертельними захворюваннями (насамперед на рак), котрі бажають піти з життя, перебувають у стані депресії, нав'язливої ідеї самогубства. Згідно із соціологічними дослідженнями, пацієнти, які звикли терпіти біль, меншою мірою прагнуть евтаназії, ніж пацієнти, які страждають від депресії.

Морально-етичні аспекти евтаназії не повинні залишати байдужим жодного, а тим більше медичного працівника. Особливо негативно до неї ставляться лікарі-реаніматологи та анестезіологи: “Потрібно бути дуже жорстоким, щоб позбавити життя хвору людину” [4, с. 23–28]. Питання сумніву - є скоріше питанням дефіциту милосердя. Забрати у людини життя за якоюсь іншою логікою, крім логіки БОГА – не можна. Інакше примусова медична смерть, обґрунтована економічно, соціально чи фізіологічно, може стати в III тисячолітті звичайною справою.

Статті 27 та 64 Конституції України говорять, що право на життя є абсолютним. Згідно з ч. 3 ст. 52 “Основ законодавства України про охорону здоров'я” медичним працівникам “забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждання” [3]. При активній евтаназії у вигляді “вбивства з милосердя” дії винного є умисними, а тому за наявності усіх інших ознак складу злочину вчинене належить кваліфікувати залежно від обставин справи за ч. 1 або ч. 2 ст. 115 Кримінального кодексу України (“Умисне вбивство”). Стосовно “пасивної евтаназії”, тобто умисного ненадання (злочинна бездіяльність) медичним працівником (іншим суб'єктом) допомоги хворому (пасивна евтаназія) з метою заподіяння йому смерті як на прохання потерпілого, так і за його згодою або без згоди, що призвело б до такого наслідку, належить кваліфікувати як умисне вбивство за ч. 1 ст. 115, а також ст. 136 і 139 Кримінального кодексу України [2]. Однак, на сучасному етапі звертається увага, що правова база в Україні на сьогодні досить нечітка і це викликає занепокоєння. Органи державного управління повинні подбати про відповідне законодавче

врегулювання проблеми, передбачивши належний контроль за дотриманням чинних законів та впроваджуючи замість евтаназії паліативну терапію – пом'якшення страждань невиліковно хворої людини.

Померти – це не те ж саме, що бути вбитими. Евтаназія не є медичною допомогою, а злочином, на жаль, затвердженим та регульованим законом в деяких країнах Заходу. Примушування лікаря до такого злочину, моральні переконання якого не дозволяють убивати пацієнта, мотивуючи тим, що на його місці це зробив би хтось інший, є грубим порушенням свободи совісті. Несправедливо змушувати людей діяти всупереч власній совісті. Це було б актом нетолерантності та релігійної дискримінації, що карає тих, які служать потребуючим. У випадку легалізації евтаназії держава перевищувала б свою законну роль і скасовувала б права совісті [7, с. 1]. Цінність кожної людської особи впливає не з того, що вона може зробити, але з її невід'ємної гідності. Якщо ж, навпаки, вважається, що гідність людини залежить від її функціональних можливостей, тоді суспільство ступає на небезпечний шлях, на якому люди вважаються тільки предметами, які можна просто викинути, якщо буде встановлено, що вони непотрібні.

На противагу цьому необхідно запровадити паліативну допомогу, яка має бути доступною для всіх потребуючих категорій громадян. Замість того, щоб шукати способи прискорення смерті, слід забезпечити доступність паліативного догляду для інкурабельних пацієнтів, зокрема для тих, що страждають від психічних захворювань, або вже намагались відібрати собі життя [7, с. 1]. “Паліативна терапія” (від лат. *“pallium”* — вовняний плащ, який носили пастухи; ним можна оберігати людину від негативних сторонніх впливів; таку ж дію має і паліативне лікування) означає пом'якшення страждань в останній стадії хвороби та забезпечення хворого необхідною людською підтримкою [14, с. 65]. Своїми коренями паліативне лікування сягає сивої давнини. Щоразу, коли хтось (не конче лікар) підтримував та втішав людину в останні хвилини її життя, то можна сказати, що цим самим він здійснював паліативне лікування [16, с. 64].

Термін “паліативна допомога” замість “термінальна допомога” спочатку був запропонований франко-канадцями та підтриманий в 1982 році Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) у зв'язку з необхідністю створення нового напрямку охорони здоров'я. За визначенням ВООЗ паліативна допомога — це активний багатоплановий догляд за пацієнтами, хвороба яких не піддається лікуванню.

Варто зауважити, що паліативна та хоспісна допомога тимчасово полегшує прояви хвороби, але не усуває її причину, не виліковує. Вона забезпечує опіку та охорону тяжкохворої особи перед негативними умовами довкілля, перед агресією хвороби. Метою паліативного лікування не є вкорочення чи продовження життя. Воно радше служить природності існування та його кінця. Природний процес смерті не пришвидшується і не віддаляється, тобто зберігає свій часовий вимір. Таке лікування не продовжує життя, а лише полегшує стан вако хворої людини.

Паліативна опіка є виразом особливої уваги, коли хворий відчуває безпосередню потребу в цьому. Філософія суспільної опіки у паліативному лікуванні надзвичайно виразно виявляє справжню шану до людської особи. Таке



співстраждання дає змогу “застосовувати всілякі засоби для тамування та заспокоєння болю, для полегшення страждань хворого” [14, с. 65].

Коли з терапевтичної точки зору вже нічого неможна вдіяти, щоб зупинити хворобу, проте залишаються засоби, які можуть бути застосовані не заради оздоровлення, але з відчуття професійної етики та поваги стосовно пацієнта та в ім'я боротьби за якість життя, яке ще залишається в ньому. Створення останніми роками так званих хоспісів, медико-соціальних установ для безнадійних хворих, певною мірою розв'язує цю проблему. У хоспісах окремі контингенти важко хворих під наглядом медичних і соціальних працівників доживають до переходу у Вічність. Госпіси символізують опіку суспільства і держави. Досвід організації госпісної допомоги невиліковно хворим пацієнтам цілком прийнятний для України. Госпісний рух зародився у Великобританії, але лише у США був юридично оформлений. У 1982 р. Конгрес США затвердив поправку до Закону про соціальне забезпечення, що встановила державну оплату за допомогу у госпісах особам віком понад 65 років. Госпіси діють як вільні спілки, а не як медичні заклади. Їх завдання — опіка над людиною як особистістю. Американські госпіси, на відміну від європейських, зосереджені на допомозі вмираючим удома. У 90-х роках ХХ ст. була створена Національна організація госпісів США, яка мала на меті розробку й затвердження певних стандартів цього виду медико-соціальної допомоги. Госпіси покликані надавати комплексну допомогу, що включає соціальний, медичний, психологічний та духовний аспект. В Україні перший госпіс був організований у м. Львові.

Елізабет Кюблер-Росс в книзі “Про смерть і вмирання” (*Elisabeth Kubler-Ross “On Death and Dying”*) (1969 р.) висвітлює цілісний підхід до потреб смертельно хворого та описує п'ять етапів прийняття хвороби, які переживають невиліковно хворі на психологічному рівні після діагностування їх захворювання. До них належать: заперечення та ізоляція; гнів; торгівля; депресія; смирення та прийняття хвороби [8, с. 17–56]. Необхідно в часі проходження цих етапів надати хворим відповідну духовну та психологічну підтримку.

В Апостольському листі “*Salvifici doloris*” (Спасаюче страждання) папи Івана Павла II зазначається, що, звершуючи спасіння через страждання, Христос підніс людське страждання до рівня спасіння. Тому кожна людина через своє терпіння може стати учасником Христового страждання, яке приносить спасіння [13, с. 29]. Апостол Павло у своїх посланнях говорить: “Тепер я радію стражданнями за вас. Доповнюю на моїм тілі те, чого бракує Христовим скорботам для Його тіла, що ним є Церква” (Кол. 1,24). Прийняття страждання має особливе значення у житті християнина, як спосіб єднання з терпінням Христа, має зміст покути, освячення, спасіння.

Страждання важко хворої людини складається з багатьох компонентів: біль, нерухливість, прикутість до ліжка, відчуття власної безпорадності і обтяжливості для близьких, відчуття провини, страх наближення смерті, відчуття гіркоти через незавершені справи і невиконані обов'язки. Для підтримки людини в період страждань потрібна особлива філософія. Не випадково говорять, що госпіс — це не лікувальна установа, це — філософія, а однією із її ідей є групи взаємної підтримки, що засновані на принципах рівності. Їх суть полягає у тому, що люди,

які самі пережили такі страждання і перемогли їх, можуть бути корисними в допомозі тим, які проходять такі ж випробування. Групи взаємної підтримки допомагають позбутися відчуття ізоляції, самотності і нерозуміння оточуючих, дають можливість об'єктивніше оцінити ситуацію, розвивають потенційні можливості людини, самовираження, корисні навички та впевненість в собі.

Хворі найбільше потребують душпастирської опіки. На сьогодні потребою є запровадження інституту капеланства в усіх лікарнях, яке слід розглядати на державно-церковному рівні. Робота священика в лікарні полягає у духовному піклуванні про недужих, яке ґрунтується на любові, сприянні єднання людини з Богом, зокрема, через підготовку та уділення немічним особам Святих Таїнств для їхнього духовного, душевного, тілесного зцілення та освячення.

Фізичне людське життя є трансцендентним шляхом, який веде за межі теперішнього земного буття. Обов'язок людини — зважати не лише на підтримку земного життя, а й на остаточну мету — єднання з Богом у вічності. Померти “добре” означає бути в мирі з Богом, з самим собою та ближніми. Людина потребує бути прийнятою Господом. У своїй останній молитві Ісус Христос віддає Свого Духа в руки Бога-Отця. Кожна людина має сприйняти ці слова як свої, за винятком коматозного стану, коли це завдання покладається на родину чи друзів. Для християнина смерть — це крок у Життя, де смерті вже немає.

Про особливості Життя після смерті нагадує відома розповідь про багача і Лазаря (Лук. 16, 19–31): збереження ідентичності особистості після смерті (багач залишився багатим, а Лазар Лазарем); здатність пізнавати людей (багач пізнав людей); пам'ять про життя на Землі; усвідомлення теперішнього після смерті; повне відділення праведних від неправедних (кожен мав своє місце) [9, с. 89-94].

В Першому посланні до Коринтян апостол Павло наводить п'ять специфічних змін, які відбуваються при переході похованого тіла у тіло Воскресіння: із тлінного тіла переходить у нетлінне (вічне); із смертного — у безсмертне; від приниженого тіла — до славного; від немічного — до сильного; із душевного (чи природного) — в духовне (I Кор. 15, 42–44).

До тіл людей, що відійшли до Вічності, необхідно ставитися з пошаною і любов'ю, поховання яких є вчинком милосердя щодо тіла (Пор. Тов. 1, 16-18.), яке воскресне при Другому Приході Сина Божого на світ в Своїй Славі судити живих і мертвих (Пор. Кодекс канонічного права, кан. 1176, § 3 [12]).

Отже, евтаназія — це акт убивства, який не може бути виправданий нічим. Евтаназія є злочином, у якому за жодних умов не можуть брати участь працівники охорони здоров'я, котрі завжди повинні стояти на сторожі життя. В Україні, де право на життя гарантоване кожному громадянину відповідними статтями Конституції (ст. 3, 27, 64), немає спеціального нормативно-правового акту щодо евтаназії, але це питання врегульоване “Основами законодавства України про охорону здоров'я”, де евтаназія категорично заборонена, а при здійсненні кваліфікується як навмисне вбивство.

Гідність властива кожній людині. Усвідомлюючи руйнівні наслідки законодавчих пропозицій щодо легалізації евтаназії, як альтернативу необхідно пропонувати паліативну медицину, яка є виявом справжньої любові та милосердя. Органи державного управління повинні передбачити належний

контроль за дотриманням чинних законів, що стосуються права на життя, а також впроваджувати замість евтаназії паліативну терапію – пом'якшення страждань невеликовно хворої людини.

*Перспективи подальшого розвитку* наших досліджень полягатимуть у розробці та впровадженню комплексних, системних та гуманістично-ціннісних підходів, спрямованих на забезпечення недоторканості людського життя.

### Література

1. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. — К.: Велес, 2005. — 48 с.
2. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III // Відомості Верховної Ради України. — 2001. — № 25/26. — ст. 131.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 31.12.1992 р. — № 23/92.
4. Вольний В., Крук Д. Эвтаназия — за и против // Пробл. медицины. — 2000. — № 3. — С. 23-28.
5. Декларація про евтаназію, прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асоціацією, Мадрид, Іспанія, жовтень 1987 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>
6. Иванюшкин А.Я, Дубова Е.А. Евтаназия: проблема, суждение, поиск альтернативы // Вести. АМН СССР. — 1984. — № 6. — С. 45-53.
7. Коллінз Т.К. Пасторальний лист “Сприяти паліативній допомозі, а не евтаназії”, 17 березня 2016 р. — Торонто, 2016 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.archtoronto.org/media-centre/news-archive/chancery-news/cardinal-thomas-collins-euthanasia-assisted-suicide-legislation-april-2016>. — 2 с.
8. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — К.: София, 2001. — 320 с.
9. Принс Д. Встречая смерть (Разделяя победу Христа над смертью). — Таллин: Дерек Принс министрис, 2016. — 150 с.
10. Святе Письмо Старого та Нового Заповіту (повний переклад, здійснений за єврейськими, арамейськими та грецькими текстами) / о. І. Хоменко. — Львів: Місіонер, 2008. — 1460 с.
11. Хартія працівників охорони здоров'я / Папська Рада до справ душпастирства в охороні здоров'я. — Львів: Медицина і право, 2010. — 111 с.
12. Coriden J.A., Green T.J., Heintschel D.E. The Code of Canon Law: A Text and Commentary. — New York: Paulist Press, 1985. — 1152 p.
13. Giovanni Paolo II. Lettera Apostolica sul senso cristiano della sofferenza umana “Salvifici Doloris”, 11 febbraio 1984. — Padline Editoriale Libri, 1984. — 92p.
14. Giovanni Paolo II. Lettera Enciclica Evangelium Vitae, 25 marzo 1995 / Giovanni Paolo II. — Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1995. — 192 p.
15. Montgomery J. Health care law. — Oxford: Oxford University Press, 1997. — 371 p.
16. Salvino L. Smiertelnie chory. — Krakow: WAM, 2000. — 108 s.

**Упатова І.П., Сіденко М.Ю., Вербенець Т.П.**

Харківська гуманітарно-педагогічна академія

## **БАЗОВІ ЗАСАДИ БІОЕТИКИ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ СВІДОМОСТІ**

Виникнення біоетики обумовлено наслідками загальної кризи загальнолюдської культури і відповідних їй форм свідомості. До цієї кризи призвели як об'єктивні обставини й умови (у першу чергу прірва, що збільшується між можливостями науково-технічного прогресу і рівнем

моральної свідомості), так і суб'єктивні (наприклад, консерватизм розвитку основних форм духовності людини і малої рухливості її психологічної структури).

Дане дослідження спрямоване на з'ясування світоглядних, теоретико-методологічних та соціокультурних передумов та засад біоетики як глобальної етики.

Біоетика, як наука, вивчає взаємозв'язки людини з живою природою та з самою собою як частинкою цієї природи. Її мета – створення прийнятної етичної орієнтації, що базується на повазі до людської гідності та дбайливому ставленні до життєвого середовища. Вона покликана гуманізувати застосування науки і технологій з людською гідністю і унікальністю, запобігати помилкам і технологічним зловживанням. На нагальність проблеми вивчення передумов, засад та принципів біоетики та екоетики, необхідність філософсько-методологічного обґрунтування біоетики у своїх працях вказують Т. Гардашук, А. Єрмоленко, В. Запорожан, М. Кисельов, В. Кулініченко, М. Попов, П. Тищенко та ін.

Біоетика розглядається вченими як: гуманізм по відношенню до всієї біосфери і людини, як її частини; міждисциплінарне знання, покликана об'єднати природознавчі та гуманітарні науки, медичну та екологічну етику, біологічні факти та загальнолюдські цінності; система поглядів, уявлень, норм і оцінок, що регулює поведінку людей з позицій збереження життя на Землі, відіграє дедалі більшу роль у суспільстві тощо.

Слід наголосити, що біоетика є одним з пріоритетних напрямків діяльності ЮНЕСКО, якою в 2005 р. була прийнята Загальна декларація про біоетику та права людини. Вивчаючи моральні, філософські, теологічні, правові та соціальні проблеми, що народжуються в міру розвитку біології і медицини, біоетика тим самим є міждисциплінарною галуззю знань, вона охоплює медичну етику і простягається за її межі.

Проблеми біоетики набувають вираженого міждисциплінарного характеру і тому мають охопити всі основні напрями діяльності людства, починаючи з розробки заходів, спрямованих на збереження навколишнього середовища, і закінчуючи прийняттям політичних рішень. Біоетика повинна створити сукупність обов'язкових для всього людства моральних принципів, норм і правил, визначити межу втручання людини у природу, перехід через яку неприпустимий.

Основна ідея біоетики – захист прав, свобод і гідності людини та живих організмів – є новою, до якої поки що не звикли не тільки медики та біологи, а й все наше суспільство, через що виникає чимало труднощів та проблем.

Традиційно основні біоетичні проблеми стосуються: застосування трансгенних рослин для харчових цілей; генетики людини: людського геному, біотехнології та генної терапії, клонування і стовбурових клітин; прокреації людини: людської статевості, природного розмноження, штучного запліднення, природної регуляції зачаття і контрацепції, стерилізації; ембріона: людського ембріона, аборту, пренатальної діагностики, операцій на людських ембріонах;

завершальної фази людського життя: болю та евтаназії, настирливої терапії, паліативної оцінки, смерті мозку і трансплантації органів.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що в біоетці центральне місце займає ставлення до життя і смерті, причому життя розуміється як вища цінність. Саме тому іноді біоетику визначають як систему знань про межі допустимого маніпулювання життям і смертю людини.

Так, значний науковий вклад у вивчення проблеми евтаназії належить таким науковцям як І. Бойко, Б. Волков, Н. Герасимчук, О. Ковальова, Ю. Конюшкіна, В. Тарасюк, Г. Терешкевич, П. Тіщенко, С. Тихонова, С. Четав та ін.

Евтаназія розглядається вченими як свідомо дія, спрямована на те, щоб покласти кінець життя безнадійно хворій людині, ідучи назустріч її власному бажанню, здійснена незацікавленою особою.

Для здійснення евтаназії можуть бути як соціальні, так і економічні причини, науковці виділяють ще гуманні причини, які могли б пришвидшити смерть невиліковно хворих людей, що страждають.

Прибічники евтаназії, хоча б у формі припинення лікування, вважають її допустимою, керуючись такими міркуваннями: 1) медичним – смерть як останній засіб припинення страждань хворого; 2) турботою хворого про своїх близьких – “не бажаю їх обтяжувати собою”; 3) егоїстичним мотивом хворого – бажанням “вмерти гідно”; 4) біологічним – необхідністю знищення неповноцінних людей через загрозу виродження людини як біологічного виду (внаслідок накопичення патологічних генів у популяції); 5) принципом доцільності – припинення довгих і безрезультатних заходів щодо підтримання життя безнадійно хворих, щоб використовувати апаратуру для реанімації хворих з меншим об’ємом уражень; 6) економічним – лікування і підтримка життя більшості невиліковно хворих потребує застосування дорогих приладів та ліків.

Частина дослідників вважає, що у живій істоти має бути природна смерть без втручання ззовні. Соціокультурні підстави біоетики полягають у моральному осмисленні людиною своїх нерозривних зв’язків із природою і особистої відповідальності за збереження останньої. З позицій біоетики традиційні поняття “підкорення природи”, “людина – господар природи” необхідно змінити на поняття “коеволюція природи та соціуму”, яке зумовлює з’ясування можливостей більш гармонійного входження сучасної людини в біосферу.

Отже, біоетика стає своєрідною ланкою що пов’язує людину з природою, людину з людиною. На її засадах необхідно навчатися вибудовувати систему, яка має за мету – розуміти природу та екологічно правильно спілкуватися з нею. Безперечно, ствердження засад біоетики внесе відповідну частку в реалізацію заходів щодо розвитку духовності, підвищення моралі та формування здорового способу життя громадян.

Цілком зрозуміло, що майбутнє людства неможливе без свідомих зусиль особистості у змінюванні моральної свідомості та способу життя. Біоетика повинна стати наукою виживання людства, новим знанням про те, як використати її знання та зробити їх доступними для суспільства.

## Література

1. Бойко І. Біоетика: Скрипти для студентів. – Львів: Видавництво Українського Католицького Університету. – 2-ге вид., виправлене. – 2008. – 177 с.
2. Харчук В. Право на евтаназію як особисте право людини // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.justinian.com.ua/article.php?id=3477>.

**Шаповалова Т.Г.<sup>1</sup>, Мелаш В.Д.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Бердянський державний педагогічний університет,

<sup>2</sup>Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького

### **ПІДГОТОВКА МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ДО ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

Аналіз досліджень і публікацій засвідчує, що за останнє десятиліття проблемам здоров'я і формування еколого-валеологічної культури приділяється все більше уваги. Основу теоретичної розробки моделі формування еколого-валеологічної культури складає ідея еколого-валеологічної освіти, запропонована З. Тюмасевою, і досліджується в працях українських та зарубіжних учених: Г. Апанасенка, Ю. Бойчука, В. Вербицького, М. Гончаренко, В. Горащука, В. Горової, М. Гриньової, Р. Денисенка, В. Єфімової, О. Крежевського, О. Кушніної, Л. Моїсеєвої, Д. Натарової, Л. Пономарьової, М. Смирнова, Л. Сущенко, С. Страшка, С. Свириденко, Л. Татарнікової та інші.

Проблемами розробки і проведення здоров'язбережувальних, здоров'язміцнюючих та здоров'яформуючих заходів у навчальних закладах переймаються О. Аксьонова, Т. Бережна, В. Беспалько, Т. Бойченко, Е. Булич, І. Волкова, М. Гончаренко, О. Дубровкіна, І. Кривич, О. Міхеєнко, І. Мурахов, Р. Науменко, І. Петренко, О. Омельченко, О. Савченко, В. Оржеховська та інші.

Суспільний прогрес, визначальною рисою якого став розвиток науки, техніки й технологій, зумовив ряд глобальних проблем, загострення яких детермінує необхідність становлення нового типу особистості з вираженим інноваційним потенціалом і здатністю до культурної творчості та продуктивного діалогу з природою. Комплексність і загальність екологічних глобальних проблем сучасності спонукає науковців різних галузей знань до пошуку способів їх розв'язання. Найбільш дієвим в означеному контексті все частіше визнається розвиток нового екологічного знання, яке, на думку І. Книш, передбачає створення екофілософії, розвиток екологічного знання, перетворення діяльності людини на екодіяльність і поширення екологічних знань та переконань через систему освіти. Актуальність дослідження проблеми екологізації культурно-освітнього простору особистості зумовлена й потребами практики, насамперед вихованням екологічно свідомої особистості, здатної імплементувати екозбережні технології у ставлення до природи, суспільства, культури й людини.

Проаналізувавши сучасні відносини в системі "природа–людина", можемо констатувати, що людина ще не достатньо усвідомлює наслідки зневажливого, руйнівного, утилітарно-прагматичного ставлення до природи. Саме тому

необхідно спрямовувати культурно-освітній простір особистості на навчання й виховання вміння жити екологічно безпечно, формувати почуття та волю, компетенції жити і творити через оптимальне узгодження із природою. На нашу думку, найбільш дієвим чинником означеного слід визнати освіту, об'єктивною тенденцією розвитку якої є її екологізація як основний стратегічний ресурс подолання екологічної загрози і формування екобезпечного життя та творчості людини. Екологічна освіта, як одна з умов ноосферизації людського мислення й головний інститут, що може запропонувати шляхи виходу з кризи, стає для сучасного освітнього процесу тією основою, на якій створюються нові моделі та концепції, які мають поєднати теоретичне знання про природу із практичним знанням про межі й наслідки людської діяльності [3].

Підкреслимо, що зміна пріоритетів у ставленні людини до природи, соціуму й до самої себе в екобезпечному контексті безпосередньо пов'язана зі зміною її свідомості, мислення, почуттів і волі. А отже, доки аксіологія природи не стане внутрішнім переживанням людини, не може бути й мови про жодні позитивні зрушення в екологічно загрозливому середовищі. Екологічні цінності мають стати домінуючими й пронизувати всі напрями й компоненти науки, культури й освіти. Звернення до аксіологічного складника екологічної парадигми підтверджує глибину внутрішньої (духовної) кризи сучасної людини, для якої екологічна парадигма все більше набуває рис світоглядної та моральної цінності. Це означає, що екологізація моралі, формування екологічного імператива, етики відповідальності, коеволюційного світогляду, визнання генетичного пріоритету природи стосовно людини постають потужними чинниками в нормування й гармонізації відносин у системі “природа–людина”. Йдеться про ствердження нової моральності, яка стає можливою завдяки відновленню духовності в людському житті, закріпленню онтологічного статусу вищих цінностей, що передбачає суттєві зміни у свідомості людини, у її світоглядних принципах і пріоритетах, які пов'язані з усталенням нового екоцентричного типу екологічної свідомості. Саме людина з планетарним мисленням, невіддільною рисою способу життя й поведінки якої є нове ставлення до природи, повинна стати ідеалом сучасного виховання [4].

Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя розглядається як цілісне інтегроване особистісно-психологічне утворення, складний конгломерат еколого-валеологічних ціннісних орієнтацій, знань, умінь і навичок, які набули особистісного змісту в структурі його професійно-педагогічної свідомості та стали мотивами професійної діяльності, спрямованої на забезпечення екологічно безпечної та здоров'язберезливої взаємодії з навколишнім природним і соціальним середовищем. У сучасних умовах еколого-валеологічну культуру можна вважати провідною гуманітарною стратегією подолання екологічної кризи та оптимізації медико-екологічної ситуації. Саме перед учителем стоїть соціальне завдання з її формування у підростаючого покоління [1; 2].

На жаль, наша педагогічна наука майже не має відпрацьованих наукових підходів щодо обґрунтування теоретико-методологічних засад функціонування

відкритої соціально-педагогічної системи формування еколого-валеологічної культури майбутніх педагогів.

Еколого-валеологічна культура, будучи складним особистісним утворенням, має складну структуру до якої входять мотиваційно-ціннісний, когнітивний, операційно-діяльнісний, рефлексивно-оцінний компонентів. Для формування всіх компонентів еколого-валеологічної культури, відновлення психічного та фізичного здоров'я підростаючого покоління та удосконалення професійної підготовки майбутніх педагогів на навчальній екологічній стежині “Дивосвіт природи” агробіологічного комплексу (АБК) Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького під егідою студентської наукової лабораторії “Екоосвіта для сталого розвитку” (координатор – д. ф. н., професор В. Молодиченко, керівник – к. пед. н., доцент В. Мелаш, науковий консультант – к. пед. н., доцент Т. Шаповалова) була організована природно-релаксаційна стежина “Гармонізуюча енергетика природи”.

*Мета статті* – розглянути сутність та види здоров'язбережувальних освітніх технологій як інструменту формування еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя початкової школи; розкрити структуру та зміст біоенергетичної здоров'язбережувальної технології на прикладах природно-релаксаційних стежин, розроблених авторським колективом (Т. Шаповалова, В. Мелаш, К. Ковальчук), які були апробовані та впроваджені в навчально-виховний процес навчальних закладів Запорізької та Дніпропетровської областей.

Екологічна ситуація у південно-східному регіоні негативно впливає на стан здоров'я населення, особливо дітей та молоді. У вищих, загальноосвітніх та позашкільних навчальних закладах Бердянська та Мелітополя питанням гармонізації здоров'я та природного середовища приділяється велика увага. В Бердянському державному педагогічному університеті та Мелітопольському державному педагогічному університеті імені Богдана Хмельницького йде розробка, апробація та впровадження здоров'язбережувальних освітніх технологій з використанням біоенергетики природних об'єктів.

У рамках Міжнародної науково-практичної конференції “Гармонізація культурно-освітнього простору вищої школи: соціально-педагогічні аспекти” (2014 р.) було підготовлено і проведено майстер-клас “Гармонізуюча енергетика природи”, де студентів, вихователів, вчителів та викладачів ознайомили з інноваційною біоенергетичною здоров'язбережувальною освітньою технологією та нетрадиційними методами оздоровлення людини.

Для створення природно-релаксаційних стежин були послідовно виконані наступні дії: детальне обстеження території та виділення здоров'язміцнювальних природних об'єктів; складання паспорту і розробка картосхеми стежини із нанесенням усіх її релаксаційних об'єктів та маршруту подорожі; фотографування і опис релаксаційно-енергетичних природних об'єктів усіх запланованих картосхемою зупинок, оформлення у вигляді альбому; виготовлення табличок, які позначають тип енергетичної взаємодії рослини з людиною, підписів з назвами видів дерев, природоохоронних знаків, буклетів;



складання рекомендацій щодо методики використання релаксаційно-енергетичних об'єктів стежини для роботи з дітьми.

Природно-релаксаційна стежина “Гармонізуюча енергетика природи” Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького розрахована на такі категорії відвідувачів: учнів загальноосвітніх навчальних закладів міста та району; вихованців дошкільних навчальних закладів; студентів вищих навчальних закладів, ліцеїв; учителів, викладачів, керівників гуртків; інші категорії населення.

На маршруті природно-релаксаційної стежини “Гармонізуюча енергетика природи” було передбачено проведення деревотерапії та анімалорелаксації з метою оздоровлення організму дітей і дорослих на 5 зупинках: Зупинка 1. Ялівець – Береза. Зупинка 2. Ялина – Сосна. Зупинка 3. Робінія – Калина. Зупинка 4. Верба – Клен. Зупинка 5. Іпотерапія (кінна ферма).

Освітня, дослідницька та оздоровча діяльність на природно-релаксаційній стежині охоплювала послідовну реалізацію інформаційно-когнітивного, діяльнісно-практичного, оздоровчо-релаксаційного, підсумково-результативного та опосередковано-коригуючого етапів.

У рамках навчально-виховної і просвітницької роботи на природно-релаксаційній стежині “Гармонізуюча енергетика природи” проводяться: екскурсії-практикуми для відвідувачів різних категорій та віку; вікторини для учнівської та студентської молоді; семінари-практикуми для вчителів; майстер-класи для вихователів та для студентів; методичні об'єднання.

За зразком природно-релаксаційних стежин “ЛікЕП” (Станції юних натуралістів м. Бердянська) та “Гармонізуюча енергетика природи” (МДПУ ім. Богдана Хмельницького) на пришкольній ділянці Криворізької загальноосвітньої школи I-III ступенів № 115 з метою використання енергетичних властивостей природних об'єктів для оздоровлення дітей молодшого шкільного віку була організована природно-релаксаційна стежина “В гармонії з природою – в гармонії з самим собою” (маршрут, характер і зміст оздоровчо-релаксаційної діяльності розроблені учителем Криворізької ЗОШ I-III ступенів № 115 К. Ковальчук, к. пед. н., доцентом МДПУ ім. Б. Хмельницького В. Мелаш, під керівництвом Т. Шаповалової) [5].

На природно-релаксаційній стежині ЗОШ № 115 м. Кривий Ріг для роботи з дітьми використовуються наступні форми роботи: прогулянки-спостереження, прогулянки-практикуми, прогулянки-милування, ознайомлювальні прогулянки та ін.; проекти; ігри; екскурсії; трудові десанти; конкурси; вікторини та ін.

Функціонування вищезазначених природно-релаксаційних стежин спрямоване на розвиток і формування здоров'язбережувальної компетентності, збереження та зміцнення здоров'я молодого покоління, шляхом вирішення наступних завдань: реалізація ідей сталого розвитку, зокрема екологічної освіти, через різні види діяльності дошкільнят, школярів та студентів; організації спілкування дитини з природою, формування та підтримка її інтересу до навколишнього світу; пізнавальний розвиток молоді, формування у неї системи

знань та уявлень про природу; оздоровлення, фізичний розвиток, психологічний відпочинок, зняття агресії; емоційно-естетичне сприйняття природи, вміння бачити її красоту та отримувати від цього задоволення; розширення зв'язків закладів освіти із соціумом.

Аналізуючи проблему екологізації культурно-освітнього простору, необхідно підкреслити актуальність і важливість розроблення інноваційних технологій щодо гармонізації відносин людини з природою, зокрема: розроблення нових підходів до переосмислення попереднього досвіду та сучасних базових досягнень (антропоекологічний підхід); упровадження принципу людиновимірності науки у процес створення екологічного знання, яке має відповідати новим потребам життя особистості; залучення екофільних традицій та ідей вітчизняної і світової історії в новий політичний контекст та їх імплементація в діяльність наукових, освітніх, культурно-просвітницьких установ; уведення системи наукових, освітніх, технічних заходів, спрямованих на гармонізацію відносин людини з навколишнім середовищем; надання пріоритету етичному виміру взаємодії в системі “природа – людина”.

Отже, гармонізація культурно-освітнього простору не може повною мірою реалізуватися без нової парадигми освіти, яка, суттєво змінивши наукові основи, підгрунття, орієнтацію і характер навчання, визнає головними домінантами творчу інноваційну діяльність, критичне й логічне осмислення конкретних ситуацій, орієнтацію на розв'язання реальних проблем, що постають перед суспільством і людиною. Ековалеологізація освіти сьогодні є важливим складником гармонізації культурно-освітнього простору особистості. Через ековалеологізацію освіти відбувається встановлення нового рівня відносин між людиною та природою, реалізація ідей сталого розвитку, утвердження цінностей і норм сучасної ековалеологічної культури, формування екоцентричної екологічної свідомості. Надавши пріоритет етичному виміру взаємодії в системі “природа – людина”, можна знайти оптимальні вектори розв'язання глобальних проблем шляхом екологізації освіти та виховання [3].

### Література

1. Бойчук Ю.Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти: Монографія. – Суми: Університетська книга, 2008. – С. 23-57.
2. Бойчук Ю.Д. Теоретико-методичні основи формування еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: 13.00.04 “Теорія і методика професійної освіти”. – Харків, 2010. – 44 с.
3. Гармонізація культурно-освітнього простору вищої школи: проблеми та перспективи : монографія / авт. кол.; за заг. ред. В.В. Молодиченка. – Мелітополь – Седльце: Вид-во МДПУ ім. Б. Хмельницького; Вид-во Природничо-гуманітарного університету в м. Седльце, 2014. – 274 с.
4. Мелаш В. Д. Формування екологічної культури школярів: навч. посіб. // В.Д. Мелаш, Л.Г. Вельчева, В.В. Молодиченко. – Мелітополь: Вид-во “Мелітополь”, 2008. – 148 с.
5. Шаповалова Т.Г., Мелаш В.Д., Ковальчук К.І. Гармонізуюча енергетика природи: навч.-метод. посіб. / за заг. ред. проф. В.В. Молодиченко. – Мелітополь: Вид-во МДПУ ім. Б. Хмельницького, 2016. – 324 с. (Серія: “Екологічна освіта для сталого розвитку”).

## **БІОЕТИЧНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМАТИКУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА СКЛАДОВІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

Основною умовою, що впливає на здоров'я населення, є створення і реалізація відповідної політики в області охорони здоров'я на державному рівні. Важливу роль тут відіграють: методи зміцнення здоров'я населення, санітарна освіта та належна організація і функціонування медичної допомоги в ліквідації загроз, які несе навколишнє середовище. Державна політика щодо охорони здоров'я через правове регулювання, підтримку різних соціально-економічних секторів, повинна бути спрямована на дії, що пропонують і впроваджують здорові моделі життя в суспільстві [1, с. 57].

Відповідно до Конституції України, держава зобов'язана забезпечити усім громадянам, рівний доступ до послуг служби охорони здоров'я, незалежно від їх матеріального становища. Визнаючи здоров'я за найвище добро особи і спільний добробут суспільства, держава повинна усувати будь-яку соціальну нерівність, шляхом покращання економічних умов населення. Державна політика охорони здоров'я, повинна також успішно вирішувати проблеми безробіття, забезпечувати відповідні умови проживання громадян та доступ до освіти. Незбалансована здоров'язбережувальна політика держави, веде до збільшення числа захворювань, що підвищує також витрати, спрямовані на захист здоров'я і гальмує економіку цілої країни.

Збереження здоров'я дітей, підлітків та молоді - є одним з основоположних і найважливіших факторів, що визначають у майбутньому здоров'я сформованої, дорослої людської особи та цілої нації. Цей та інші фактори підлягають розвитку та кристалізації, особливо в період дозрівання дитини, а з часом вони поступово переносяться у підлітковий вік, юність і подальше самостійне, доросле життя [1, с. 84]. До факторів які загрожують втратою здоров'я, відносяться, зокрема: недостатня фізична активність, неправильне харчування, куріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин і ризикована сексуальна поведінка. Ці негативні чинники - є однією з головних причин поширення захворювань як суспільних, так і цивілізаційних. До них, зокрема відносяться: ожиріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, атеросклероз, ішемічна хвороба серця та ін.

Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (*World Health Organization - WHO*) було ухвалено, що: "громадське здоров'я - це наука і мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і зміцнення здоров'я через організоване зусилля суспільства". Дане визначення, спрямоване на сприяння зміцненню здорової поведінки, окреслюваної також, як здоровий спосіб життя. Спосіб життя, є індивідуальним типом поведінки, обраним з власної волі. На його формування впливає навколишнє середовище, в якому люди живуть, а значить, економічні фактори, соціальні, фізичні і психічні. Детермінанти

здоров'я, напряду пов'язані також з місцем проживання, навчанням чи роботою, матеріальним становищем, тощо. Суть заходів, скерованих на поліпшення здоров'я населення, таким чином, вимагають забезпечення відповідних умов, в яких люди співіснують, навчаються, працюють або відпочивають [5, с. 94].

Дії скеровані на благо і покращення суспільного здоров'я населення через взаємодію органів місцевого самоврядування, адміністративних органів і неурядових організацій, повинні носити характер міждисциплінарний, поєднуючи усі сектори соціально-економічні в їхніх спільних зусиллях та доповнюватися навзаєм. Ці відомства та організації, мають якомога ширше пропагувати здоровий спосіб життя, запобігаючи виникненню захворювань, передчасної смертності, інвалідності, несучи одночасно відповідальність за ухвалу рішень, які викликають негативні наслідки, в стосунку до конкретної сфери діяльності. Належить також, в стосунку до вище сказаного, відновити контроль за станом здоров'я населення, визначити загрози та їх причини, проводити профілактичні заходи, порівняння й глибший аналіз стану здоров'я населення, посилаючись на міжнародні європейські стандарти, шляхом визначення основних напрямків політики в галузі охорони здоров'я, в нашій державі [2, с. 108].

Стан здоров'я людини - є одним з основних елементів, що формують наше майбутнє як суспільства. На початку ХХ століття було зауважено, зокрема в Україні, тривожне явище передчасної смертності серед дорослих людей у молодому і середньому віці, середня тривалість життя яких, незалежно від статі, становила 40-45 років. Після успішного подолання більшості інфекційних хвороб в глобальному масштабі, поступово почала збільшуватися і середня тривалість життя людей у всіх країнах світу. Зауважені зміни, були результатом покращення в галузі харчування, розвитку інженерної сантехніки, будівництва водогонів, каналізації та очищення стічних вод, а також покращення житлових та економічних умов.

Переломним тут став розвиток мікробіологія, відкриття шляхів поширення інфекційних захворювань і впровадження до оздоровчо-профілактичного процесу т.зв. вакцинації і лікарських препаратів (у тому числі антибіотиків), що забезпечувало ефективне лікування інфекційних хвороб. Тому, наприклад, у 2000 році, середній пересічний вік тривалості життя людей підріс до 69 років. За даними Центрального Статистичного Управління (ЦСУ), у 2009 році в Україні, тривалість життя чоловіків в середньому становила 71,5 років, а жінок - 80,1 років. Незважаючи на позитивні зміни в збільшенні середньої тривалості життя, Україна, все ще відстає від країн Західної Європи і декотрих Скандинавських країн. Ця різниця у тривалості життя у випадку чоловіків і жінок становить, відповідно 8 і 4-5 років.

У найбільш розвинених європейських країнах, як і в країнах що розвиваються, на рубежі 50-х і 60-х років минулого століття, місце інфекційних захворювань, зайняли хвороби "цивілізаційні" (залежні від провадженого способу життя), пов'язані з новими загрозами навколишнього середовища, економічними і генетичними передумовами. Ці чинники, а також умови, в яких

живуть різні спільноти, що навчаються чи працюють, мають безперечний вплив на поведінку як поодиноких осіб, так і цілих колективів [2, с. 116].

Провадження здорового способу життя - це певний спектр дій та вчинків, а отже, звички, схильності, уподобання поодиноких осіб і цілих соціальних груп, які безпосередньо або опосередковано впливають на здоров'я і самопочуття конкретної людини. Певна вибрана форма поведінки, може сприяти здоров'ю та його зміцненню (наприклад: раціональне харчування, фізична активність, підтримування особистої гігієни тіла та збереження екологічного стану навколишнього середовища, регулярне проходження профілактичних обстежень) або йому загрожувати (наприклад: куріння тютюнових виробів, зловживання алкоголем, вживання психоактивних речовин, ризикована сексуальна поведінка, порушення правил особистої безпеки, що спричиняють тілесні травми і є причиною нещасних випадків), приводячи до виникнення різноманітних захворювань [5, с. 108].

До основних причин смертності в нашій країні людей у молодому та зрілому віці, належать серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, травми, отруєння та нещасні випадки. Щодо смертності в наслідок захворювання серцево-судинної системи, то у 2015 році, їх число складало близько 46% від загального числа смертей. Науково доведено, що захворювання серцево-судинної системи є наслідком: низької фізичної активності, артеріальної гіпертензії, високого рівня холестерину в сироватці крові, ожиріння, діабету, атеросклерозу, тривалого стресу та генетичної предрисповищеності.

Негативним і тривожним явищем є швидке зростання числа смертей, викликаних онкологічними захворюваннями. В результаті появи і розвитку злоякісних пухлин, значно частіше помирають чоловіки, ніж жінки, складаючи, відповідно, 26% і 23% від загального числа смертей. За даними Міжнародного Агентства з вивчення Раку (IARC - *International Agency for Research on Cancer*), до найбільш поширених форм раку у обох статей в Європі, Азії та Південній Америці, відносяться: рак шлунка, легенів і товстої кишки. У чоловіків однак частіше виникає рак легенів і бронхів, зростає також захворюваність на рак простати, кишківника і сечового міхура. Серед жінок - найбільш поширеним, є рак молочної залози і рак шийки матки. Важливими спільними причинами виникнення онкозахворювань є: куріння, зловживання алкоголем, неправильно збалансована дієта, брак фізичної активності, тривале проживання на екологічно забрудненій території.

Найбільш поширеною причиною передчасної смерті у віці до 65-ти років, є неправильний спосіб життя. Бажаючи знайти відповіді на вище порушені проблеми, варто є визначити, що таке *спосіб життя* і як він впливає на людську особу і її здоров'я.

Спосіб життя окремої людини - стосується індивідуального, вибраного, з власної волі, способу життєдіяльності. Він формується шляхом набування певних зразків та моделей поведінки, які були отримані (запозичені) в сім'ї, в школі, в контактах з батьками, рідними, вчителями чи однолітками. Та чи інша поведінка даних соціальних груп може вплинути на зміну обраних моделей

поведінки індивідуума внаслідок набуття нового досвіду. Ці зміни можуть бути корисні або шкідливі для здоров'я. З цього випливає, що власна турбота про здоров'я, яка вписується в одиниці системи цінностей, може привести до вибору певного способу життя. Слід також зазначити, що модель життя, значною мірою формується через соціально-економічні умови, в яких люди проживають. Тому важливе місце тут займає освіта (наявність необхідних знань) в сфері охорони здоров'я, біоетики, метою яких є гальмування негативних моделей поведінки щодо власного здоров'я, через стимулювання і пропагування позитивних моделей поведінки. Саме освіта, є важливим чинником збереження здоров'я, тому що веде до зростання самосвідомості, набуття навиків і здібностей у зміцненні духовно-фізичної формації, важливої для майбутнього, здорового способу життя. Особливо, належна і своєчасна освіта самих маленьких – дітей та молоді, сприяє у майбутньому поліпшенню стану здоров'я дорослої частини населення.

Серед школярів, часто спостерігаються численні несприятливі моделі поведінки, що шкодять здоров'ю, а в подальшому, можуть вплинути на зниження середньої тривалості життя, навіть до 6-7 років [1, с. 92]. До найпоширеніших, шкідливих для здоров'я звичок та моделей поведінки у підлітків, слід віднести: низьку фізичну активність, неправильне харчування, куріння, вживання алкоголю, психоактивних та інших шкідливих речовин, ризикована сексуальна поведінка та недотримання правил особистої гігієни. Слід зазначити, що зауваження серед молоді хоча б однієї з цих ризикованих негативних поведінок щодо власного здоров'я, несе зі собою ймовірність виникнення і формування інших негативних моделей.

Здоровий спосіб харчування - є одним з найважливіших фізіологічних факторів, що впливають на правильний розвиток та збереження доброго здоров'я дитини та підлітка [3, с. 54]. Полягає він у систематичному наданні молодому організму усіх необхідних поживних речовин та енергії. Тривалий дисбаланс між кількістю енергії, яка потрапляє до організму у вигляді їжі, і кількістю енергії, що витрачається організмом на основні розумові та фізичні чинності, пов'язані з повсякденною життєдіяльністю, веде: при надлишку виробленої енергії - до розвитку надмірної ваги та ожиріння [3, с. 61], а при довгостроковому дефіциті - до недоїдання і розвитку дистрофії.

*Ожиріння*, на сьогоднішній день, є серйозною проблемою органів охорони здоров'я в багатьох економічно розвинених країнах світу, тому Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ), ожиріння - було зараховане до сучасних, глобальних епідемій. Деякі вчені прогнозують, що в 2018 році в світі, буде понад 2,3 мільярда людей з надмірною вагою, а 704 млн людей, страждатимуть від хронічного ожиріння. З цим пов'язане явище гальмування тенденції до зростання середньої тривалості життя населення планети. Ця проблема стосується в першу чергу дорослих, однак на рубежі останніх десятиліть спостерігається, різкий зріст поширеності надмірної ваги і ожиріння у дітей та підлітків. Із доступної в наукових публікаціях статистики, можна зробити висновок, що більшість людей, які будучи дорослими страждають ожирінням, мали надмірну вагу або страждали ожирінням у своїй юності або

дитинстві. Зі звіту Міжнародної Організації Боротьби з Надмірної Вагою і Ожирінням (*IOTF - International Obesity Task Force*) оприлюдненого в 2014 році довідуємося, що кожна п'ята дитина в Європі має проблеми з підтриманням правильної маси тіла. В Україні близько 20% дорослих, а в групі дітей та підлітків - біля 10% населення, має проблеми зі здоров'ям через ожиріння. Тому, важливим є аналіз стану харчування дитини в період дозрівання, для підтримування її міцного здоров'я в зрілому віці [3, с. 89].

Останніми роками в нашій країні, можна спостерігати, незадовільну ситуацію в сфері харчування дітей та підлітків. Пропонована підростаючому поколінню дієта, в умовах дому чи школи, часто є неправильно збалансована, через надмірний вміст висококалорійних поживних речовин, що значно перевищує денну норму та потреби організму на витрату енергії. Також часто ця дієта характеризується низьким вмістом відповідних та корисних інгредієнтів для нормального, здорового розвитку молодого організму в стосунку до їх необхідності.

Неправильний спосіб харчування в підлітковому періоді, може призвести до виникнення багатьох хронічних, метаболічно-цивілізаційних захворювань. Надмірне споживання тваринних жирів в підлітковому віці, наприклад, значно підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, у тому числі серцеву недостатність, захворювання шлунково-кишкового тракту і утворення каменів в жовчному міхурі. Крім того, такі порушення, як: гіперліпідемія, артеріальна гіпертензія і порушення вуглеводного балансу, проявляються особливо у осіб, з явними ознаками ожиріння, у яких часто діагностується так званий *полі метаболічний синдром*, що веде до розвитку *цукрового діабету*. Ризик виникнення *метаболічного синдрому* вищий на 50% у дітей і молоді, з надмірною масою тіла, порівняно з їх однолітками, що мають нормальну масу тіла [3, с. 118].

Ожиріння, підвищує ризик розвитку багатьох видів раку: молочної залози - у жінок, передміхурової залози у чоловіків, раку нирок, стравоходу, товстої кишки. З цього можна зробити висновок, що підвищена схильність до злоякісних пухлин, виникає у людей, страждаючих ожирінням, яких організм в дитинстві, разом з їжею отримувал надмірну кількість енергетично поживних речовин. Це сприяє розвитку великих органів, з великою кількістю клітин, що підвищує ризик їх патологічних розривів і часто призводить до появи онкологічних захворювань.

У випадку людей, у яких споживання енергії є менше від потреб організму, може виникнути *дефіцит маси тіла*. Дослідження, проведені Американським Інститутом Харчових продуктів і Харчування в рамках проекту Організації з питань Продовольства і Сільського Господарства (*FAO - Food and Agriculture Organization*) вказують, що приблизно у 12% хлопчиків і 14% дівчаток у віці дозрівання, виникає дефіцит маси тіла і пов'язаний з цим - ризик недоїдання. Дефіцит маси тіла, є пов'язаний з неправильним енергетично-білковим та вітамінно-мінеральним харчуванням і може спричинити порушення процесу росту в період дозрівання, а в більш пізні роки життя, призвести до порушення плідності, і навіть до передчасної смерті. Харчування, недостатнє в кількісному

чи якісному плані, може викликати негативні наслідки для здоров'я молодої людини. Є частою причиною: порушення функціонування імунологічної системи організму, зниження справності серцево-судинної та дихальної системи і порушення нормального розвитку кісткової тканини, дратівливості, зниження здатності до концентрації уваги, у результаті чого отримуються гірші результати у навчанні та студіях.

У випадку з підлітками, у процесах регуляції маси тіла, важливу роль відіграє частота споживання їжі протягом дня, особливо першого сніданку. Перший сніданок, повинен складати 25-30% денного раціону, другий сніданок - 5-10%, обід - 30-35%, полуденок - 5-10%, вечеря - 20-25%. Регулярне, 5-кратне споживання їжі дітьми, протягом дня, призводить до того, що організм, який звикає до постійного отримування оптимальної, збалансованої дози енергії і поживних речовин, може їх відповідно використовувати. Допустимі перерви між прийомами їжі, не повинні перевищувати 3-4 години. Організму тоді, не треба переналаштовуватися на тривалі перерви, в очікуванні повноцінних продуктів, які провокують накопичення надлишкових запасів. Правильний розподіл їжі протягом доби, сприятливо впливає на метаболізм вуглеводів, рівень глюкози в крові і ліпідний обмін, на загальну масу тіла і вміст жирової тканини. Нерегулярність прийому їжі, може призвести до нестачі певних поживних речовин, а також вимушеного зниження витрати організмом енергії. Особи які харчуються нерегулярно, мають менший термогенез, наражаються на додатній баланс енергетичний, отримуючи надлишкову порцію кілокалорій, що в свою чергу, призводить до збільшення маси тіла [3, с. 206].

Нинішня молодь, легко піддається різним нездоровим впливам, модам і кулінарним вподобанням, часто порушуючи правила раціонального харчування. Це, тісно пов'язано з тенденціями, діючими в групах однолітків, що в підсумку часто призводить до браку задоволення своєю зовнішністю і невміння, адекватно та самокритично оцінити ситуацію щодо маси власного тіла. Не сприйняття власної надваги, стає причиною безконтрольного застосування різних дієт для схуднення або переконання про необхідність їх застосування та іноді занадто інтенсивних фізичних вправ. Застосування тривалих і строгих дієт, що обмежують потрапляння до організму необхідної кількості поживних речовин, спрямоване на зниження маси тіла, веде до виникнення таких небезпечних захворювань, наприклад як: анорексія (*anorexia nervosa*) і булімія (*bulimia nervosa*). В обох цих випадках у підлітків та молоді, виникає суб'єктивне, хворобливе уявлення про ожиріння чи надмірно повну власну статуру тіла.

З огляду на збільшення відсотку підлітків та молоді з надмірною вагою і ожирінням, важливою проблемою громадського здоров'я у світі є постійний, ретельний моніторинг ситуації в цій сфері. Тому важливим є, застосування порівняльного, відповідного, загально-зобов'язуючого стандарту контролю ваги тіла осіб дитячого та підліткового віку. Тому в цьому віці, для оцінки вмісту жирової тканини, найчастіше застосовуються антропометричні дослідження, а також визначення *індексу маси тіла* - (*Body Mass Index - BMI*).

Індекс маси тіла - є самим простим тестом, який оцінює чи в нормі показник маси тіла по відношенню до висоти тіла, шляхом порівняння зі



стандартною нормативною шкалою, що підходить для даного віку і статі. Контроль індексу відносної маси тіла є рекомендований ВООЗ.

Загалом, до найбільш поширених та тривожних проблем нашого суспільства, відносяться не тільки недоїдання, надмірна вага чи ожиріння, а також недостатня для підтримання доброго стану здоров'я - *фізична активність*. Слід зазначити, що фізична активність має важливе значення в первинній профілактиці надмірної ваги і ожиріння та інших захворювань цивілізаційних. Фізична активність - забезпечує людині, на всіх етапах її життя, оптимальний стан здоров'я, хорошу фізичну і розумову форму. Допомогає організму збільшити витрату накопиченої енергії покращуючи обмін речовин, що призводить до зниження маси тіла та підтримки її на бажаному рівні.

Результати досліджень показують, що однією з основних проблем охорони громадського здоров'я у багатьох європейських країнах, є низький рівень фізичної активності. Ця проблема стосується не тільки дітей, підлітків та молоді але цілого суспільства. Обмеження фізичної активності, є не тільки наслідком, інтенсивно розвиваючого процесу урбанізації та автоматизації, але передовсім привабливості форм і впливу засобів масової інформації, зокрема телебачення. Це являє собою серйозну загрозу для здоров'я через розвиток та розширення епідемії ожиріння та інших захворювань "цивілізаційних" [2, с. 141]. Ситуація що склалася останнім часом, спонукала експертів з багатьох країн світу, розробити рекомендації щодо рівнів фізичної активності, які би благотворно впливали на стан здоров'я і сприяли зниженню ризику хвороб цивілізаційних, пов'язаних з низькою фізичною активністю. ВООЗ і Американське Товариство з питань Серця (*American Heart Association- АНА*) виступили з рекомендацією щодо оптимальної частоти фізичних занять, які повинні здійснюватися протягом 5 днів в тиждень, по 60 хвилин фізичної активності, від помірної до інтенсивної (*Moderate to Vigorous Physical Activity – MVPA*) у молодих людей, і по 30 хвилин фізичної активності - у людей похилого віку. За мінімальний, приймається модель активності для дорослих, по типу 3 × 30 × 130. Це означає, що для підтримки доброго здоров'я, кожна фізично непрацююча людина, повинна піддавати свій організм фізичним навантаженням принаймні 3 рази в тиждень по 30 хвилин, доводячи частоту пульсу до 130 ударів в хвилину. Наведені вище рекомендації є результатом медичних досліджень, доведених експериментально [7, с. 23].

Висока фізична активність є ефективним способом профілактики захворювань серцево-судинної системи. Регулярна фізична активність впливає на будову тіла, викликає збільшення м'язової маси тіла за рахунок зменшення кількості жирової тканини і жирових клітин, діючи у поєднанні з відповідною дієтою, як ефективний метод боротьби з ожирінням. Це пояснюється тим, що регулярні фізичні вправи зменшують кількість жиру, що транспортується в організм з високоенергетичною дієтою, покращують функцію імунної системи підвищуючи імунітет.

Фізична активність також позитивно впливає на дихальну систему, викликає збільшення фізіологічного об'єму легень, що має істотний вплив на збільшення кількості кисню в об'ємі циркулюючої крові. При фізичному

навантаженні, дихання стає глибоким і прискореним, що приблизно на 25% підвищує здатність органів дихання постачати кисень до головного мозку. Рух та регулярні фізичні вправи, особливо у дітей та підлітків, сприяють зміцненню кісток, позитивно впливають на ступінь мінералізації кісток. Ступінь мінералізації кісток вища у фізично активних людей - і прямо пропорційна фізичному навантаженню. Регулярні фізичні вправи також впливають на роботу м'язів, відповідальних за підтримання рівноваги тіла та координацію рухів. Таким чином, щоденна доза руху, має важливе значення для правильного розвитку молодого організму. Регулярна фізична активність сприяє розвитку мускулатури, допомагає підтримувати мінеральний баланс в кістковій тканині, а вправи для м'язів спини та живота призводять до зміцнення м'язового корсету і правильної постави тіла.

Систематично виконувані фізичні вправи, викликають збільшення швидкості провідникової функції нервових імпульсів по нервових волокнах, а також виконують роль факторів, що збуджують центральну нервову систему. Розвивають пам'ять, покращують рухову активність, а також швидкість реакції на зовнішні подразники. У гіперактивних людей, навіть невелике фізичне навантаження, покращує настрій і діє заспокійливо.

Наукові дослідження довели, що регулярна фізична активність має велике профілактичне значення та прямо пов'язана зі здоров'ям психічним, сприятливо впливає на зменшення стресів, стану тривоги – пом'якшує симптоми депресії. Фізична активність, впливає на підвищення в мозку концентрації *норадреналіну* і *серотоніну*, що викликає збільшення вироблених в головному мозку *ендорфінів*, гормонів гальмуючих відчуття болю і даруючих відчуття задоволення і гарного настрою. Являється, таким чином, протипагою при навантаженні організму розумовою роботою, підвищує стійкість на стрес і втому. Багато заяв науковців вказує також на позитивний вплив фізичних вправ у профілактиці депресії серед підлітків. Зміна способу життя пов'язана з регулярною діяльністю моторики вважається одним з типів психологічної терапії, оскільки вона приносить позитивні наслідки як антидепресант. Деякі дослідження показують, що реальні позитивні наслідки приносять фізичні вправи, що виконуються в групі ровесників, що має також терапевтичний ефект [7, с. 26].

Між тим, експерти оцінюють, що тільки третина підлітків у віці статевого дозрівання регулярно виконує фізичні вправи, щоб гарантувати правильний фізичний, психічний та емоційний розвиток.

На основі аналізу зв'язків між фізичною активністю та розвитком захворювань, можемо зробити висновок, що недуги констатовані вже дитячому чи юнацькому віці, починають причиняти низку проблем зі здоров'ям у зрілому віці. Важливо, таким чином, щоб тип здорової поведінки молодої особи був переданий і активно формувався найперше в сім'ї - батьками, а вже наступними - середовищем школи та засоби масової інформації. Слід мати на увазі, що знання, отримані підлітками та молоддю, не тільки формують необхідні позитивні навички, переконання і погляди, але також сприяють покращенню здоров'я та якості майбутнього життя вже дорослої людини.

В усіх розвинених країнах, *паління* тютюнових виробів, відноситься до одного з основних негативних факторів, що загрожують здоров'ю та ведуть до передчасної смерті. Воно є не тільки проблемою медичною, але також соціальною і економічною. Зі статистичних даних виникає, що поширеність паління тютюну в нашому суспільстві, становить близько 17,5 мільйонів чоловік, а у світі - понад 1 мільярд, що складає чверть дорослих осіб. Куріння вбиває в рік, близько 5,2 мільйони людей в масштабах всієї земної кулі. Передбачається, що ця цифра може зрости до 8 мільйонів у 2030 році.

Тривожним явищем є той факт, що до спроби паління призналося 90% молоді віком до 18 років, а 60% - робило це ще до 14 року життя. В Україні, звичка регулярного паління у котрогось із батьків, щодня ініціює близько 500 дітей, запалити свою першу цигарку. Не є винятком і те, що чимало підлітків випалюють, до 20 цигарок і більше щоденно. Отже, існує значний ризик, що половина юних курців, яка починає регулярно палити в підлітковому віці, залишиться узалежненою від тютюну і в подальшому зрілому віці, помираючи від хвороб, пов'язаних з палінням [4, с. 156].

До складу тютюнового диму входить 6 тисяч активних хімічних сполук та речовин, більшість з яких, були визнані як високотоксичні, а з них 40 хімічних елементів, має клінічно доведені, канцерогенні властивості. Один з основних хімічний елементів - *нікотин*, є потужним засобом звикання, широко використовуваним у всьому світі і є невід'ємною складовою: цигарок, сигар, жувального тютюну, люлькового тютюну та нюхального тютюну. Нікотин - збуджує нервову систему, викликаючи різноспрямовану біологічну дію на самопочуття і здоров'я осіб, що піддаються впливу тютюнового диму.

Аналізуючи структуру та механізм біологічних процесів що відбуваються в корі головного мозку, безпосередньо пов'язаних з курінням, напрошується висновок що нікотин, стимулюючи психоактивність ейфорійного характеру, поступово вводить людину у фізично-емоційну залежність, що ускладнює процес відмови від куріння [11, с. 278].

Наслідком вживання тютюнових виробів є постійно зростаючі проблеми зі здоров'ям населення. З палінням цигарок, пов'язано ряд захворювань, до яких відносяться хвороби: легенів, серця і шлунково-кишкового тракту [6, с. 32].

Рак легенів - займає перше місце серед захворюваності злоякісними новоутвореннями у чоловіків і третє місце - серед захворюваності жінок, складаючи відповідно 29,2% і 7,5% від решти онкозахворювань. Основними причинами захворюваності на рак є канцерогенні речовини, що містяться в тютюновому димі, а також генетичні фактори та негативний вплив навколишнього середовища.

Злоякісні новоутворення в легенях у 90% людей, викликані тривалим палінням. Медичні дослідження показують, що курці в 30 разів більше наражаються на високий ризик розвитку раку легенів і 20-кратно підлягають підвищеному ризику розвитку таких недугів, як хронічне обструктивне захворювання легень, бронхоектатична хвороба дихальних шляхів і бронхіальна астма, на відміну від некурящих людей. Збільшенню числа хворих серед курців сприяє також загальне зниження імунітету, бактеріальні та вірусні інфекції

органів дихання, а будь-які хвороби що викликані інфекціями дихальних шляхів, мають більш важкий перебіг.

До захворювань пов'язаних з палінням тютюну, відносяться також злякисні новоутворення: горла, порожнини рота, слинних залоз, глотки, носової порожнини, сечового міхура і нирок. Вживання тютюнових виробів негативно впливає на внутрішньовидільну функцію підшлункової залози, викликає деструктивні зміни в її структурі та може призвести до раку цього органу.

Ще однією, поширеною причиною смерті у курців, є інфаркт міокарда обумовлений ішемічною хворобою серця, наслідком якої є недостатнє забезпечення клітин серцевого м'яза киснем і поживними речовинами.

Крім канцерогенного впливу, паління впливає на репродуктивну здатність і здоров'я потомства. Зниження народжуваності, зростає з кількістю викурених цигарок. Тютюновий дим негативно впливає на розвиток плоду в пренатальному періоді, збільшує ризик зниження маси тіла дитини при народженні, спричиняється до уповільнення внутрішньоутробного росту зародка, передчасного породу, захворювань серцево-судинної, дихальної і нервової систем новонародженої дитини. Експериментальні дослідження показують прямий зв'язок між палінням під час вагітності та затримкою розвитку легенів потомства, а також виникненням гострої дихальної недостатності у новонародженого [11, с. 279].

Ще однією суттєвою проблемою, є поширене нині явище пасивного паління, яке називають ще вимушеним або мимовільним палінням. Цьому різновиду паління піддаються курці або некурящі, що знаходяться в середовищі активних курців. Пасивне паління є доволі звичним, розповсюдженим суспільним явищем і стосується значної частини населення як удома, так і в робочому середовищі. З досліджень *GTSS (Global Tobacco Surveillance System)*, проведених в 132 країнах світу виникає, що шкідливому впливу тютюнового диму в місці постійного проживання підлягають до 34% дітей у віці до 15 років і 42% молоді у віці 16-19 років.

В останні роки було опубліковано чимало наукових праць, що стосуються негативних наслідків впливу тютюнового диму на здоров'я дітей та підлітків [4, с. 158]. Американська Асоціація Хвороб Серця (*American Heart Association - АНА*) опублікувала документальну заяву про вплив пасивного куріння на стан здоров'я молодих людей. Пасивне куріння є частою причиною, що викликає захворювання органів дихання і серцево-судинної системи як у дітей, так і у дорослих.

З метою обмеження наслідків паління, охоплюючи в першу чергу: охорону здоров'я дітей та жінок від тютюнового диму, усунення паління в громадських місцях, Україна, як одна з європейських держав, повинна дотримуватися вимог Конвенції ВООЗ про "Обмеження Використання Тютюну" опублікованих у 2006 році. В боротьбі з палінням тютюну, має бути розроблена "Національна Програма Здоров'я по Обмеженню Наслідків Куріння Тютюну", як це було зроблено в сусідній з нами Польщі, в якій будуть реалізовані просвітницькі проекти, направлені на окремі вікові групи та категорії, підвищуючи свідомість обізнаність щодо негативних наслідків, пов'язаних з епідемією

тютюнозалежності. Необхідно також розробляти і впроваджувати ефективні заходи щодо поліпшення здоров'я населення в нашій державі, підвищувати ефективність політики в галузі охорони здоров'я, наприклад, шляхом: втілення в життя програм інтервенції і навчання, спрямованих на просвітництво дітей, молоді і вагітних жінок; активного залучення медичних працівників для надання допомоги особам, які бажають позбутися нікотинової залежності; розробити механізм забезпечення виконання законів, пов'язаних із заборонаю на куріння в громадських місцях, з метою його повного усунення; вдосконалювати закони, що забороняють публічну рекламу тютюнових виробів; прирівняти ціни на українську тютюнову продукцію до середнього рівня існуючого в країнах Європейського Союзу.

Серед безлічі психоактивних речовин, що викликають залежність, важливе місце в житті людської спільноти займає *алкоголь*. Він широко поширений і діє як певний біостимулятор. Це веде до безперервного збільшення асортименту алкогольної продукції.

На залежність від алкоголю, тобто алкоголізм, впливають різні соціальні і економічні фактори. Існує багато широко відомих визначень алкогольної хвороби [9, с. 4]. За даними Американського Товариства Медичної Допомоги (*American Medical Association – AMA*): “Алкоголізм - це хронічне, прогресуюче захворювання, яке характеризується толерантною залежністю і патологічними змінами у внутрішніх органах”. Причиною цього захворювання, є фізична та психічна залежність від психоактивної речовини, якою є етиловий алкоголь. Викликає фізичну залежність, яка проявляється підвищенням толерантності до алкоголю і неприємними відчуттями, пов'язаними з його нестачею чи браком, (так званім синдромом алкогольної абстиненції), натомість психічне uzалежнення, викликане є приємними відчуттями, пов'язаними із споживанням алкоголю [8, с. 64].

Статистично, на одного дорослого жителя Європи, припадає в середньому 11-15 літрів чистого алкоголю на рік. В Україні, спиртними напоями зловживає 11% суспільства, що становить близько 4,8 млн. населення. Абстинентами є кожен п'ятий чоловік в нашій країні, а близько мільйона людей, проявляє патологічну залежність від алкоголю. Зловживання алкоголем дорослого населення, це не єдина проблема нашого суспільства, тому що це явище знайшло своїх послідовників серед підлітків та молоді. Все частіше алкоголь споживають молодші вікові категорії, в тому числі підлітки, у віці між 15-18 роками життя. Це призводить до ранньої алкогольної ініціації, гальмуючи нормальний розвиток молодого організму. Вплив алкоголю на організм людини залежить від величини застосовуваної дози. Всмоктування починається відразу після введення алкоголю в організм, вже в порожнині рота. Потім алкоголь потрапляє у шлунок, дванадцятипалу кишку і кишечник, а звідти в кору головного мозку, яка обробляє сигнали, відповідальні за поведінку людини. Спочатку з'являються позитивні відчуття розслаблення і ейфорії, а в міру, коли концентрація алкоголю в крові зростає, тоді вони приглушуються негативними емоціями. Залежно від впливу алкогольних напоїв на поведінку, викликані емоції часто призводять до конфліктів, агресії або сонливості. В результаті, надмір алкоголю, може

призвести до інтоксикації організму, що може привести навіть до серцево-легеневої реанімації і смерті.

Токсична дія етанолу і його похідних(ацетальдегідів), викликає хворобливі зміни в усьому організмі. Спершу проявляються наслідки нейротоксичної дії алкоголю; ці зміни помітні як в периферійній нервовій системі, так і центральній нервовій системі; потім доходить до дегенеративних змін в лобній і скроневих частинах кори головного мозку; при подальшому нарощування алкогольного отруєння, розладам піддаються центри, що відповідають за координацію рухів, в корі головного мозку; в кінцевому результаті, це може призвести до пошкодження дії мозочка, що викликає проблеми, пов'язані з підтриманням рівноваги тіла людини.

Зі сторони кишкового тракту, регулярно пряме потрапляння алкоголю, негативно впливає та спричиняє розвиток хронічних запальних процесів слизової оболонки порожнини рота, стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози і печінки. Порушення кровообігу при систематичному зловживанні алкоголем, призводить до захворювань серцево-судинної системи, артеріальної гіпертензії, алкогольної кардіоміопатії, що полягає у патологічній зміні волокон серцевого м'яза, дистрофії, ожиріння і збільшення серця. Відзначаються порушення функції дихання, які з часом переростають в хронічне запалення слизової оболонки трахеї і бронхів. Зі сторони сечовипускної системи - спостерігається виникнення запальних процесів які, можуть перерости у гостру ниркову недостатність. Спостерігаються також гормональні порушення, які призводять до атрофії яєчок, яєчників і нерегулярних менструацій. Систематичне зловживання алкоголем призводить до порушень функції імунної системи, які проявляються підвищеною чутливістю до інфекцій та розвитку важких інфекційних захворювань.

Тривале зловживання спиртними напоями, призводить також до аномалій в психічному функціонуванні людини, викликаючи емоційні розлади, стрес, безсоння, депресію, відчуття тривоги і навіть спроби самогубства [9, с. 72].

Біологічній схильності організму до зловживання алкоголем можуть сприяти: генетичні фактори, стан здоров'я, стать і вік. В останні роки відзначається зростання числа надмірно споживаючих алкоголь жінок і дівчат, а рівень вживання ними алкоголю, наближається до рівня чоловіків. Цю групу складають, насамперед, особи у віці 18-29 років, які перебувають у вільному стані, навчаються або є безробітні, близько 70% з яких,регулярно споживає алкоголь, а кожна десята з них, випиває до 7,5 л чистого алкоголю на рік, що створює ризик алкогольного uzалежнення і поважної шкоди для здоров'я [8, с. 37].

Особливу небезпеку несе зі собою вживання жінкою алкоголю під час вагітності. За деякими оцінками, ця цифра коливається в межах від 25% до 40%. Така поведінка шкідливо впливає на розвиток плоду, може стати причиною передчасних пологів та самовільних викиднів. Поряд з вище зазначеним, варто зауважити, що наслідками вживання алкоголю жінками під час вагітності, є зміни в головному мозку плоду, які в майбутньому можуть збільшуватися через часте вживання алкогольних напоїв потомством, народженим від таких вагітностей [11, с. 268].

Опитування, проведені серед підлітків, матері яких зловживали алкоголем під час вагітності, показують, що більшість цих підлітків, мала досвід, пов'язаний із вживанням алкогольних напоїв, у віці 13-14 років, а 10% із цих осіб визнали, що значно раніше почали вживати алкоголь.

На наслідки для здоров'я в результаті вживання алкоголю впливає його загальна доступність та відносно низька вартість. Підвищення доступності алкоголю, призводить до збільшення попиту, що в свою чергу, підвищує ризик численних травм, аварій, актів агресії, насильства в сім'ї, злочинної поведінки і навіть актів самогубства [10, с. 37]. Таким чином, зловживання алкоголем є головною причиною виникнення серйозних проблем у сім'ї та суспільстві, і становить сумну статистику - до 40-60% смертей і каліцтв, зафіксованих через надужиття алкоголем.

У діях, що впливають на покращення стану здоров'я населення, істотну роль відіграє грамотна пропаганда здорового способу життя і тісно з нею пов'язана просвітницька робота в сфері охорони здоров'я. Ми, як цивілізоване суспільство, повинні бути відповідальними за формування оточуючого соціального середовища, що впливає позитивно на здоров'я людей, зміцнення суспільної діяльності на благо здоров'я, через активну підтримку населення у визначенні пріоритетів, спрямованих на зміцнення та збереження здоров'я, розвиток індивідуальних навиків, за допомогою яких, стає можливим пропагування і навчання здорового способу життя, здорових звичок, які би формували здатність співіснування у суспільстві, переорієнтації медичних послуг, за яку відповідає державний сектор, медичні працівники, а також окремі соціальні групи, які беруть активну участь в діях скерованих на підтримку та сприяння зміцненню здоров'я як вдома, так і в усіх місцях, де людина працює, вчиться і відпочиває [5, с. 98].

Істотне значення для зміцнення здоров'я має активна участь всього суспільства і його структур, у діяльності на благо здоров'я. Важливим є тут партнерство людей у прийнятті рішень та їх реалізація, в рамках спільної відповідальності за здоров'я як одиниці, так і цілого суспільства.

Промоція здоров'я - це поєднання політики громадської охорони здоров'я і просвітництва в сфері медичній. Пропагування моделі здорового способу життя, має забезпечити доступ до інформації а також різних форм навчання, даючи людям нагоду отримати відповідні знання і навички, шляхом прийняття індивідуальних або колективних рішень, для зміни поведінки і зміни умов навколишнього середовища, що сприяють зміцненню здоров'я. З вищесказаного випливає, що її основним завданням є: зміцнення здоров'я людей шляхом їх навчання, підвищення загальної участі в діяльності на поширення і пропагування здорових моделей життя через загальний доступ до інформації, прийняття відповідальності щодо позиції, яка захищає їх від загрози втрати здоров'я, прийняття розумних і корисних рішень, пов'язаних зі здоровим способом життя [1, с. 54].

Пропагування моделей здорового способу життя, повинне захистити від небезпеки втрати здоров'я наших дітей та молоді, починаючи від наймолодших років життя, зокрема, це стосується дітей шкільного віку. Загальна освіченість та

підвищення обізнаності дітей та молоді в питаннях збереження здоров'я, дозволяє їм змінити не властивий або шкідливий спосіб життя на поведінку що сприяє загальному оздоровленню. Поведінку цю належить активно формувати і зміцнювати, особливо в дошкільних та шкільних навчальних закладах, через передачу відповідних знань, які дозволять сформувати і закріпити отримані навички щодо збереження здоров'я.

### Література

1. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Wyd. LekarskiePZWL, Warszawa 2009, 53-134.
2. Łukowska Z. Potrzeby i styl życia człowieka wobec zagrożeń cywilizacyjnych jego zdrowia. WychowanieFizyczne i Zdrowotne 1995, 2:108, 79-201.
3. Jarosz M. Zasadyprawiłowego żywieniadzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia. Narodowy Program ZapobieganiaNadwadze i Otyłościoraz Przewlekłym Chorobą Niezakaźnympoprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH (2007-2011). IŻŻ, 2008, 45-374.
4. Marmon G, Flak E. Postawy i zachowaniazwiązane z paleniempapierosów u uczniówszkół podstawowych i gimnazjów. PrzeglądLekarski61(10): Warszawa 2004,156-160.
5. Żolnierczuk-Kieliszek D. Zachowaniazdrowotne i ich związekzezdrowiem. [W] Kulik T, Latański M. (red.): ZdrowiePubliczne. Wyd:CzelejB, Lublin 2002, 75-114.
6. Mazur J, Woynarowska B, Kowalewska A. Palenietytoniu. Zdrowiemłodzieżyszkolnej. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego; Warszawa 2000, 47-185.
7. Mędrala-Kuder E. Niektóreelementystylu życiamłodzieżyaktywnieuprawiającej sport.KulturaFizyczna, 2004, 1-2, 43-126.
8. Rich (1995): Arch of Intern Med, 145:830-33. 187. Lowe G, Foxcroft DR, Sibley D. Piciemłodzieży a style życia w rodzinie. PARPA, Warszawa 2000.
9. Woronowicz B. Alkoholizm jest chorobą.PARPA, Warszawa 1998, 39-214.
10. Dąbrowska K, Żulewska J.: Relacjepomiędzydostępnością alkoholu a problemamizdrowotnymi i społecznymi - przeglądliteratury. Alkoholizm i Narkomania, 18, 4:25-39.
11. Терешкевич Г. Основи біоетики та біобезпеки. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. - С. 267-280.



### **Розділ III. Проблеми фізичного виховання і спорту, фізичної реабілітації та рекреації**

**Базильчук О.В.**

Хмельницький національний університет

#### **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я СПОРТСМЕНІВ**

Німецький філософ Артур Шопенгауер писав: “Здоров’я так переважає всі інші блага життя, що здоровий жебрак справді щасливіший від хворого бкороля”. Відомий цілитель Поль Брег говорив: “За гроші можна купити все, але не здоров’я, не розум, не красу, не щастя”. Сократ писав: “Здоров’я – це не все, але без здоров’я все – ніщо”. Валеологічне визначення здоров’я таке: здоров’я – це природний динамічний стан організму, який характеризується високим енергетичним потенціалом, оптимальними адаптаційними реакціями на зміни умов довкілля, що забезпечує гармонійний фізичний, духовний і соціальний розвиток особистості, її добре самопочуття, ефективну протидію захворюванням, повноцінне життя та активне довголіття.

Валеологічне визначення здоров’я таке: здоров’я – це природний динамічний стан організму, який характеризується високим енергетичним потенціалом, оптимальними адаптаційними реакціями на зміни умов довкілля, що забезпечує гармонійний фізичний, духовний і соціальний розвиток особистості, її добре самопочуття, ефективну протидію захворюванням, повноцінне життя та активне довголіття. Проголошений статут Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), затверджений у 1949 році, дає таке визначення “здоров’я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад”.

Природа наділила людину досконалим функціональним організмом із універсальним захистом від усіляких зовнішніх і внутрішніх негативних впливів. Тому здоров’я слід розглядати не як щось набуте і незмінне, а як стан організму, котрий постійно змінюється. Отже, необхідно завжди стежити за своїм здоров’ям і підтримувати його у гармонійній рівновазі з довкіллям, а для цього потрібно вести здоровий спосіб життя [1; 2; 3].

Отже, щоб бути здоровим, недостатньо мати тільки здорове тіло. Здорова людина значною мірою залежить від багатьох чинників довкілля, зокрема кліматичних і географічних особливостей навколишнього середовища, від способу життя людини, її духовності, світогляду, ставлення до власного здоров’я та до інших людей і природи. Для повного здоров’я потрібне сприятливе поєднання умов життя як природних (температура повітря, атмосферний тиск тощо), так і соціальних (побут, культура, суспільно-виробничі відносини).

Важливе значення для здоров’я має внутрішня рівновага організму людини – це збалансована робота всіх його функціональних систем: серцево-судинної,

дихальної, нервової, гуморальної та інших. Внутрішня гармонія передбачає стан психічної зрівноваженості та духовної цілісності особистості [3].

Р. Поташнюк та О. Кубович аналізуючи визначення і сутність поняття “здоров’я” стверджують, що сучасний стан суспільства, зумовлений високими темпами його розвитку, пред’являє нові вимоги до людини та її здоров’я. Поняття “здоров’я” – це складний феномен, який уключає чотири його складники (фізичне, психічне, соціальне, духовне здоров’я). Учені наводять понад 200 визначень поняття «здоров’я», кожне з яких має певні відмінності залежно від того, до яких наук належить дослідник (медичні, педагогічні, психологічні, соціальні) та що виступає предметом й об’єктом його досліджень.

Сьогодні зростають значення й цінність здорового способу життя індивідуума при формуванні культури здоров’я всієї нації [4, с. 78].

Під “фізичним здоров’ям” М. Чайковський розуміє правильне функціонування нашого організму і кожної з його систем. Окрім цього, автор виділяє інші різновиди здоров’я. Так, критерієм психічного здоров’я виступає рівновага та сталість психіки людини, адекватне сприйняття реального світу, нормальна діяльність вищих психічних функцій [5, с. 3]. Духовне здоров’я вбирає все найкраще в людині, що розкривається через її світобачення, вироблення певних правил поведінки як за законами суспільства, так і за певними моральними нормами, ставлення до життя у відповідності з певною вірою і власними ідеалами. Соціальне здоров’я трактується як безконфліктна взаємодія людини з навколишнім світом, доброзичливі стосунки в колективі однолітків, сім’ї, суспільстві, задоволення обраною професією, вплив на особистість інших людей, соціальних груп, соціальних інститутів і суспільства в цілому.

Ми дотримуємося думки М. Чайковського про те, що фізичне здоров’я людини слід визначати не тільки за станом фізичних функцій організму, але й за їх резервними можливостями, які змінюються в процесі життя. Збільшення або зменшення цих резервів в значній мірі пов’язані зі способом та умовами життя і праці людини [5, с. 4].

Здоров’я студентської молоді у сучасних умовах є одним із важливих факторів підготовки майбутніх спеціалістів. Сучасний період життя висуває необхідність виховання у молодій людині свідомого ставлення до збереження та зміцнення свого здоров’я.

Значна кількість фахівців (В. Завацький [1], М. Зубалій [2] та інші) вивчали роль фізичного здоров’я, рівень фізичної підготовленості та мотивації до занять фізичними вправами різних верств населення, в тому числі і студентів. Проте, недостатня увага приділялась дослідженням стану здоров’я спортсменів та їх реабілітації після отриманих травм.

Проблема відновлення здоров’я залишається однією із найактуальніших проблем спорту. Фізична реабілітація вигідно вирізняється на фоні інших методів відновлення у спортивній практиці – вона не інвазійна, на відміну від фармакотерапії, або інших методів. Є дві найголовніші цілі у фізичній реабілітації: попередження ушкодження спортсменів; безпечне повернення травмованих спортсменів до попереднього рівня фізичної підготовленості так

швидко, як це тільки можливо. Дана ціль найкраще досягається повною початковою оцінкою, відповідним лікуванням, та різносторонньою програмою реабілітації. Спортивний реабілітолог повинен безпосередньо контактувати з тренером, фізіотерапевтом, лікарями інших спеціальностей, спортсменами [6].

Фізична реабілітація (англ. *Physical therapy*) – це використання з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних чинників у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих і інвалідів. Вона є невід'ємною складовою частиною медичної реабілітації та застосовується у всі її періоди та етапи. Її засобами є: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, трудотерапія. Призначення засобів фізичної реабілітації, послідовність застосування її форм і методів визначаються характером перебігу захворювання, загальним станом хворого, період та етап реабілітації, руховим режимом.

Реабілітація спортсменів, на відміну від реабілітації звичайних постраждалих, має ряд істотних особливостей. Це розходження полягає в тому, що спортсмен, крім повернутої здатності виконувати трудові та побутові обов'язки, повинен бути в змозі переносити великі фізичні навантаження сучасного спорту, що пред'являють вимоги до стабільності суглобів, їх рухливості, сили м'язів; тобто є істотна відмінність між поняттям здоровий для звичайної людини і здоровий - для спортсмена.

В. Зуєв, К. Губко, М. Мельчина та Д. Овчиннікова [6] визначають наступні принципові особливості реабілітації спортсменів:

1. Неодмінною умовою ефективного відновлення здоров'я спортсменів є її більш ранній початок (збіг з початком підгострій стадії хвороби), тобто активний вплив різними лікувально-відновлювальними засобами на організм спортсмена, поки ще не розвинулися незворотні зміни. Ранній початок реабілітаційних заходів можна розглядати також як вторинну профілактику ускладнень основного захворювання.

2. Надзвичайно важливим у відновлення здоров'я спортсменів є різноманітність використовуваних методів і засобів відновлення, що об'єднуються у вигляді комплексів. У процесі реабілітації спортсменів бере участь колектив фахівців-реабілітологів медичного і педагогічного профілю, використовуються лікувально-відновлюючі засоби. Чим вони різноманітніші, тим вище їх ефективність, оскільки вони діють на різні механізми регуляції організму спортсмена

3. Захворювання і травми у спортсменів відбуваються стадійно. Відповідно стадіям захворювання (гостра, підгостра, ремісія, одужання) визначаються завдання реабілітації та проводиться підбір засобів відновлення. Це дозволяє виділити етапи реабілітації: медична, спортивна, слідом за якими відбувається початковий етап спортивного тренування.

4. Першорядне значення мають питання довгострокового планування реабілітаційних заходів, так як реабілітаційний прогноз і терміни відновлення в професійному спорті досить істотні: з ними пов'язано формування спортивних команд. Довгострокове перспективне планування повинне дати відповідь на питання, чи зможе пацієнт після хвороби або травми повернутися в спорт і, якщо

зможе, через який термін. Перспективне планування охоплює всі етапи реабілітації. На кожному з них визначаються завдання, засоби і терміни, що дозволяє лікарю-реабілітологу визначити і загальну тривалість реабілітації при конкретному виді патології [6].

5. Система точного дозування, оперативного контролю та коригування фізичних навантажень використовується, в основному, починаючи з етапу СР, коли загальні і спеціальні фізичні навантаження досягають значного обсягу та інтенсивності. В цей час процеси саногенезу ще не завершені повністю, зокрема, зона ушкодження опорно-рухового апарату володіє ще підвищеною реактивністю, зберігаються окремі функціональні порушення у роботі інших органів і систем. Безсистемне неконтрольоване використання фізичних навантажень майже неминуче призводить до різних ускладнень. Особливо небезпечно безконтрольне використання різних тренажерів, все більш широко впроваджуються в практику. У той же час тривале застосування явно занижених фізичних навантажень без їх збільшення та ускладнення спеціальних вправ, хоча і безпечно, але не дає тренувального ефекту [6].

6. Неодмінною умовою ефективності системи РС є експертна оцінка готовності до тренувально-змагальним навантаженням. Кваліфікована експертиза попереджає ускладнення і рецидиви захворювань у спортсменів, недостатньо підготовлених до початку спортивного тренування. До складу експертної комісії входять лікарі-спеціалісти та педагоги, які брали участь у реабілітації спортсменів. Заключна експертиза проводиться після завершення етапу СР. При винесенні вердикту беруться до уваги різні фактори (анамнестичні дані, клініко-функціональні показники, у тому числі ручні та рухові тести, спортивна кон'юнктура), які зіставляються зі специфічно за своїм обсягом, інтенсивності і специфіці наближаються до тренувальним [6].

Отже, особливістю реабілітації спортсменів є не тільки ранній початок, але і прагнення з перших же днів після закінчення гострого періоду хвороби використовувати поряд з традиційною лікувальною гімнастикою (якщо дозволяє стан пацієнта) досить інтенсивні загальнорозвивальні, а в ряді випадків, спеціально-підготовчі і навіть спеціальні вправи тренувальної спрямованості. Саме ранній початок комплексної реабілітації є одним з найважливіших компонентів скорочення термінів реабілітації спортсменів.

### **Література**

1. Завацький В.І. Інститут здоров'я та фізичної культури молоді Волинського державного університету імені Лесі Українки // Матер. II Всеукр. конф. "Концепція підготовки спеціалістів фізичної культури в Україні". – Луцьк: Вежа, 1996. – С. 37-50.

2. Зубалій М.Д. Соціально-культурні фактори розвитку фізкультурно-спортивної активності молоді // Соціологічна наука і освіта в Україні: зб. наук. пр. / укл. В.І. Судаков, М.В. Туленков. – К., 2000. – Вип. 1. Концептуальні засади становлення та розвитку соціологічної науки і освіти в Україні. – С. 363-365.

3. Муравьев А. В. Культура здоровья личности как предмет структурно-функционального анализа // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2008. – № 12. – С. 28-31.

4. Поташнюк Р., Кубович О. Методологічні підходи до дослідження проблеми підготовки майбутніх фахівців здоров'я людини до здоров'язберігальної діяльності // Фізичне

виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. – 2012. – № 2. – С. 77-80.

5. Чайковський М.Є. Стан та напрями удосконалення науково-методичного забезпечення підготовки фахівців напряму “Фізична реабілітація, здоров'я людини” // Матер. круглого столу. – Хмельницький, 2010. – С. 3-5.

6. Зуев В., Губко К., Мельчина М., Овчинникова Д. Спортивная медицина, физическая реабилитация и адаптивная физическая культура / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://migha.ru/sportivnaya-medicina-fizicheskaya-reabilitaciya-i-adaptivn.html>

**Батюк А.М.**

Криворізький економічний інститут  
ДВНЗ “Київський національний економічний університет”

## **ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ОЗДОРОВЧИХ ФІЗИЧНИХ ЗАНЯТЬ НА ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Фахівці визначають, що в Україні науково обґрунтована загальна концепція національного виховання підростаючого покоління вимагає пошук шляхів її реалізації в усіх виховних сферах, зокрема у навчальних закладах [2].

Фізична культура у студентському середовищі виступає як частина загальної культури, сукупність духовних і матеріальних цінностей, основа здорового способу життя, розвиток фізичних якостей молоді, проведення дозвілля та оздоровлення нації. Цілеспрямоване залучення студентів до занять фізичними вправами дозволить ефективно протистояти розповсюдженню різних антисоціальних явищ, шкідливих звичок, сприяти формуванню здорового способу життя та підвищення працездатності [9].

Аналізуючи наукові данні, останнім часом, спостерігається погіршення стану здоров'я студентської молоді. Загальна закономірність виявляє зниження рівня фізичної підготовленості та морфологічного стану юного організму, погіршення функціональних можливостей, збільшення серцево-судинних захворювань. Значно низький рівень, вище згаданих можливостей молоді людини, зумовлений дефіцитом практичних рекомендацій, діючих розробок та усвідомлення щодо систематичного фізичного вдосконалення протягом всього життя [7].

*Мета дослідження* - виявити особливості впливу оздоровчих фізичних занять на показники фізичного здоров'я студентської молоді.

*Методи дослідження* - аналіз літературних джерел, наукових та методичних, психолого-педагогічне спостереження, анкетування, методи рухових тестів.

*Завдання дослідження:* 1) проаналізувати підходи до вирішення проблеми покращення стану здоров'я студентської молоді через організацію, проведення та зміст занять, використовуючи науково-дослідні джерела; 2) дослідити ефективність різних програм з фізичного виховання для вдосконалення фізичної підготовленості та фізичного здоров'я студентів; 3) провести комплексну оцінку рівня здоров'я студентів з дотриманням норм здорового способу життя.

На сучасному етапі розвитку суспільства однією з актуальних проблем є відсутність дійових чинників оздоровчого впливу практичних занять на студентську молодь. Все це переконує про необхідність підвищення соціальної адаптації студентської молоді, розширені її стресостійкості, підвищення компенсаторних можливостей засобами фізичного виховання.

Відомо, що у зв'язку з різним зниженням рухової активності, значення засобів фізичного виховання у житті людини поступово зростає. Рухова активність сприяє підвищенню розумової та фізичної працездатності, позитивно впливає на психічне здоров'я та емоційний стан студентів. Особливу увагу заслуговує організація, зміст та проведення навчальних занять з фізичного виховання зі студентами. Умовно кажучи, щоб забезпечити ефективність процес оздоровлення студентів, необхідно чітко уявити собі завдання які необхідно вирішувати.

Як відомо, що заняття в межах навчальної програми для ВНЗ з фізичного виховання недостатньо для вирішення завдань покращення здоров'я студентів. Тільки комплексне поєднання практичних та самостійних занять фізичними вправами може професійно формувати та успішно вдосконалювати у студентів фізичні якості і навички необхідні у майбутній професійній діяльності та гармонійно розвинутої людини.

В. Пильненьким [5] встановлено, що найбільшого рівня оздоровчого тренування можна досягти за умови використання базових методичних принципів (поступовості і безперервності фізичних навантажень, адекватності їх рівню здоров'я, ритмічності застосування), а також такого співвідношення затрат часу на розвиток фізичних якостей: на загальну витривалість 50-60% , на силу і силову витривалість 15-20%, на швидкість до 10%, на гнучкість 5-10%, на спритність 10-15% від загального часу.

Крім того, автором встановлені межі фізичних навантажень залежно від рівня соматичного здоров'я студента [5]: для низького рівня: інтенсивність занять 40-50% від max допустимої ЧСС, пріоритетний метод –повторної вправи; для середнього рівня: інтенсивність занять 56-66% від max. допустимої ЧСС, пріоритетний метод –колове тренування; для високого рівня: інтенсивність занять 70-80% від max. допустимої ЧСС, пріоритетний метод –виконання вправи “до відмови”.

У сучасних умовах розвиток вищої школи супроводжується подальшою інтенсифікацією праці студентів, зростанням інформаційного потоку, широким впровадженням технічних засобів і комп'ютерних технологій, сильним соціально-економічним пресингом на всі сторони студентського життя. Більшість зі студентів знають про позитивний вплив фізичного виховання на індивідуальне здоров'я і фізичну підготовленість людини, однак значній масі з них лінь займатися тим чи іншим видом фізичної діяльності. Разом з тим деяка частина (дівчат), надають перевагу заняттям аеробіки чи фітнесу, (хлопці) індивідуальним єдиноборствам або силовим видам.

Вивчаючи ставлення студентів до свого стану здоров'я, ми отримали деякі результати. Оцінюючи власний стан здоров'я, загальна маса студентів зупинилася на позначці 6,7 балів за десяти бальною системою. Оцінка власного

способу життя була оцінена середнім показником 6,9 балів. У анкетуванні приймали участь студенти трьох факультетів (38; 43; 24) всього 105 чоловік. Чинники які заважають студенту назвати свій спосіб життя здоровим є: мало часу на відпочинок 35,2%; незбалансоване харчування 26,7%; тютюнопаління 11,2%; вживання алкоголю 7,8%; недостатньо рухової активності 17,0%; не має негативних наслідків 2,1 %.

Відповіді на питання “Чи достатньо часу Ви витрачаєте на заняття фізичною культурою?” позитивно відповіли лише 18,3%, скоріше так 25,4%, скоріше ні – 39,6%, ні не достатньо – 16,7 %. Аналізуючи відповіді, приходимо до висновків, що студенти доволі критично оцінюють своє відношення до фізичної активності.

Аналіз використання студентського часу на навчання дало такі результати: використовується на навчання – 6,5 на добу, позааудиторне – 2,7 годин, самостійно займаються – 2,4 години на добу, вільного часу молодь має – 4,3 години на добу, що складає 15,9 годин.

Заняття з фізичного виховання у ВНЗ (одне заняття на тиждень) регулярно відвідують 62,7 % від загального числа опитаних, лише 25,7% “задоволені” цими заняттями, “не задоволені” - 7,0%, “скоріше задоволені чим ні”- 21%, “скоріше ні чим задоволені” 11,5%, 34,8% вибрали відповідь “важко сказати”.

Фізичними вправами в поза навчальний час займаються 53,7% опитаних, витрачений час у середньому 2,7 годин на тиждень складає заняття фізичними вправами та спортом.

Отже, підсумовуючи, часові показники маємо лише приблизно по 3,4 години організованої фізичної активності. На тиждень десь 10-12 години рухових занять студентської молоді [1].

Наведені дані свідчать, що існує гостра необхідність вдосконалення системи фізичного виховання у вищих навчальних закладах.

Для дослідження рівня фізичної підготовленості студентів ми провели тестування відповідно нормативних тестів-оцінки фізичної підготовленості студентської молоді. Визначивши силу, швидкість, спритність, гнучкість та швидко-силову можливість, використовували 5 стандартних тестів: біг на 100 м, підтягування на перекладині, нахил тулуба, човниковий біг 4x9м, стрибки у довжину з місця.

#### Стан розвитку рухових якостей

100 м/сек	Підтягування разів	Вправи на гнучкість	Човниковий біг 4x9	Стрибки см
13,8 ± 0,93	9,6 ± 4,17	12,7 ± 3,56	10,1 ± 0,48	213 ± 15,42

Фізична підготовленість показує рівень розвитку фізичних якостей студента, який був досягнутий у процесі фізичної підготовки. Так, середній показник стрибка у довжину з місця знаходиться на низькому рівні. Результат гнучкості і швидкості трохи вищий, але теж знаходиться на межі середнього та низького рівня.

Для покращення стану фізичної підготовленості пропонуються різні варіанти оздоровчих програм. Як правило це вправи циклічного швидкісно-силового або комплексного характеру. Установлено, що найефективнішим є комплексний підхід в оздоровчому занятті, який поєднує різноманітні навантаження [8]. Для того, щоб процес комплексного оздоровчого тренування давав найкращі результати забезпечуючи високий рівень здоров'я, необхідно раціонально поєднувати засоби різної спрямованості. Важливо визначити співвідношення засобів оздоровчого тренування як на одному занятті, так і на більш тривалий час.

На підставі аналізу теоретичних положень можна сказати, що фізичне виховання впливає на чинники гармонійної особистості студентської молоді: морфологічні характеристики розвитку тіла, що визначають його пропорціональність статури людини; функціональні характеристики фізіологічних систем організму, що визначають рівень розвитку його життєдіяльності; показники розвитку фізичних якостей, що характеризують рівень розвитку фізичних здібностей; кількість рухових умінь і навичок, що характеризують моторні здібності молодого організму; фізкультурно-спортивна освіченість, що передбачає широке коло спеціальних знань; усвідомлення важливості ролі фізичного виховання для соціальної та творчої діяльності для гармонійного розвитку молоді.

Отже, з наведеного можна зробити наступні *висновки*: 1) здоров'я студентської молоді це еквівалент сучасного стану середовища, дією великого комплексу факторів зовнішнього середовища та факторів внутрішніх, які стосуються самої молоді людини; 2) недостатня фізична активність приводить до порушень різних систем організму студентської молоді; 3) студенти повинні самостійно і регулярно займатися фізичними вправами; 4) необхідно й надалі втілювати і розвивати оздоровчо-тренувальні заняття з фізичного виховання у вищих навчальних закладах.

### Література

1. Анікеєв Д. Аналіз способу життя сучасної студентської молоді/ Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. в галузі фізичної культури і спорту. – Львів, 2010. - Т. 2. - С. 10-14.
2. Булига Н. Гра – складова частина життя дитини // Зб. наук. ст. в галузі фізичної культури і спорту “Молода спортивна наука України”. - Львів: ЛДіФК, 2001. – Вип. 5, том 1. - С. 205-206.
3. Грибан Г.П. Аналіз причин і наслідків низького стану здоров'я учнівської молоді // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 15. Фіз. вих. і спорт. – 2011. - Вип. 10. - С. 207-211.
4. Королінська С.В. Клубна форма організації фізичного виховання у вищих навчальних закладах: дис. ... канд. наук з фіз. вихов. і спорту: 24.00.02. – Львів, 2007. - 196 с.
5. Мухін В.М. Фізична реабілітація: Підр. для студ. ін.-тів фізичного виховання. – К.: Олімпійська література, 2005. - 470 с.
6. Пильненький В.В. Організаційно-методичні основи оздоровчого тренування студентів з низьким рівнем соматичного здоров'я: Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вихов. і спорту. – Львів: ЛДіФКЕ, 2006. – 22 с.
7. Присяжнюк С.І. Фізичне виховання: Навч. посіб. – К.: Центр навч. літ-ри, 2008. – 504 с.



8. Чернік В. Статистичний підхід до аналізу ефективності навчального процесу з фізичної культури // Здоров'я та фізична культура. – 2009. - № 25. - С. 9.
9. Цільова комплексна програма//Фізичне виховання – здоров'я нації. – К., 1998. – 48 с.

**Богдановський І.В.**

Запорізький національний університет

## **ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬО-ОЗДОРОВЛЮВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТРЕНЕРА-ВИКЛАДАЧА В РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Наразі національне відродження України потребує розв'язання проблеми національної освіти, оновлення системи дошкільної освіти. Враховуючи те, що у сучасних умовах відбувається збільшення інтелектуальних і статистичних навантажень на дитину, що неминуче порушують гігієнічні основи режиму життя дошкільників, організм яких за своїми морфофункціональними та психофізіологічними можливостями далекий від категорії зрілості необхідно знаходити засоби підтримки соматичного та психічного здоров'я.

Дані спеціальних поглиблених досліджень [1, с. 49-57] свідчать про те, що зі здоров'ям дітей, особливо дошкільного віку, склалася несприятлива ситуація. В основі погіршення здоров'я лежить цілий комплекс соціально-економічних причин, серед яких не останню роль відіграють недосконалість існуючої системи медичного обстеження дітей; погіршення якості харчування; “техногенні перевантаження” у результаті промислового забруднення навколишнього середовища; зменшення обсягу профілактичних програм; зростання стресових ситуацій у повсякденному житті дітей; недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки дітей дошкільного і раннього віку із соціально неблагополучних родин; відсутність ефективних освітніх програм, спрямованих на формування в дітей культури здоров'я і сприятливих їхньому гармонічному розвитку фізичних навантажень [2, с. 25-27].

Також відомо, що рівень здоров'я та природні задатки необхідно враховувати, наприклад, при виборі певного виду спорту для дитини. Високих результатів можна досягти тільки в тому випадку, якщо фізична підготовка розпочата вчасно. Науковці вважають, що “всі фізичні якості є вродженими, тобто дано дитині у вигляді природних задатків, які необхідно розвивати і вдосконалювати, і тоді процес природного розвитку набуває спеціально організований, тобто педагогічний характер” [3, с. 122-124]. Саме тому дошкільне фізичне виховання у дошкільних навчальних закладах повинне формувати рівень здоров'я дитини та фундамент фізичної культури майбутньої дорослої людини, куди входить: позитивне ставлення дітей до фізичних вправ, спортивних ігор, загартовуючих процедур, дотримання режиму дня та пізнавальний інтерес до фізичної культури. Сучасний вихователь, вчитель, тренер має стати справжнім майстром своєї справи з високим рівнем знань і вмінь у сфері педагогічної діяльності. Необхідною умовою досягнення високої професійної, методичної підготовки, майстерності педагога є оволодіння основами теорії і методики фізичного виховання [4, с. 305-309].

У зв'язку з цим, виникла необхідність вести пошук нових підходів у питаннях формування здоров'я, в організацію освітньо-оздоровлювальної діяльності тренера-викладача при роботі з дітьми дошкільного віку в дошкільних навчальних закладах, саме тих соціальних структур які в основному визначають фізичний розвиток і рівень здоров'я дітей.

Загальновідомо, що головна роль в дошкільному закладі належить вдосконаленню системи організації освітніх та оздоровчих видів діяльності, встановленню взаємозв'язку всіх ланок, наступності з попередніми і з подальшими етапами роботи [5, с. 36-38]. Ураховуючи вище зазначене, вихід з ситуації, що склалася можливий при впровадженні в дитячий сад програм сприяння зміцнення здоров'я вихованців, створення умов для повноцінного фізичного та психічного розвитку дітей.

Дослідження виконується в межах планової теми науково-дослідної роботи кафедри теорії та методики фізичної культури і спорту Запорізького національного університету "Теоретичні та методичні засади підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання, спорту і туризму" (номер державної реєстрації 0115U004337) та проходить під гаслом – "Через спортивні ігри – до здоров'я дітей".

При цьому, ми вважали, що саме спортивні ігри можуть сприяти гармонічному психофізичному розвитку дитини та поліпшити її здоров'я через: природну біологічну потребу дитини в русі; розвиток і тренування всіх систем і функцій організму дитини через спеціально підібрані для дошкільного віку спортивні ігри та фізичні навантаження; формування навички в різних видах рухів; сприяння розвитку рухових якостей і здібностей дитини; стимулювання функціональних можливостей дитини; активізування дитячої самостійності та вміння грати в команді; створення оптимальних умов для різнобічного розвитку дітей: пошуку адекватних форм поведінки, активізації розумової діяльності, формування позитивних емоційних і морально-вольових проявів дітей.

Головним завданням фізичної активності дитини дошкільного віку (4-6 років) було засвоєння нових рухів, головним чином з арсеналу вправ спортивного характеру. Новий напрям фізичного тренування в цей період – постановка мети при виконанні окремих вправ, а саме – пробігти швидко, метнути далеко, потрапити м'ячем у мішень, далеко стрибнути, точно відтворити рух, швидко відреагувати на команду.

Діти в цьому віковому діапазоні знаходяться напередодні інтенсивного розвитку координаційних здібностей, який відбудеться у них на наступний рік. Підготовка до цього дуже відповідального моменту для розвитку моторики людини становить основу цільової програми фізичного виховання дітей 6 років. У цей період триває активний розвиток рухових здібностей: сили, швидкості, спритності, гнучкості – і вдосконалення раніше освоєних видів рухів. Дедалі більше місця в тренуванні починають займати рухи, виконання яких пов'язане з включенням в активну роботу великих м'язових груп рук, ніг, живота і спини.

До освітньо-оздоровлювальної діяльності тренера-викладача при роботі з дітьми дошкільного віку в дошкільних навчальних закладах вважали за потрібне віднести: дотримання основних засад теорії та методики фізичного виховання і

спорту; визначення психологічного, анатомо-фізіологічного та функціонального вихідного стану організму дітей дошкільного віку за відповідними їх віковим нормам діагностичними методиками; визначення рівня здоров'я та наявність перенесеного захворювання; врахування віку дитини та вподобань дітей щодо конкретного виду спортивних ігор та орієнтацію на матеріально-технічне забезпечення дошкільного закладу та пору року.

Таким чином, розроблена структурно-педагогічна модель організації освітньо-оздоровлювальної діяльності тренера-викладача при роботі з дітьми дошкільного віку в дошкільних навчальних закладах є необхідною умовою для гармонійного фізичного розвитку і оздоровлення дітей дошкільного віку. Вона не тільки дозволяє на ділі здійснити індивідуальний підхід до кожної дитини, а й залучити до спільних зусиль з оздоровлення дитячого організму і підвищення їх фізичної підготовленості; стимуляції самореалізації кожного і взаємозбагачення всіх дітей під час командної гри. В результаті забезпечується взаємозв'язок всіх складових здоров'я – фізичного, психічного, функціонального, що в свою чергу сприяє досягненню мети фізичного виховання, яка передбачає як виховання, так і оздоровлення дитини.

### **Література**

1. Дудіна О.О., Терещенко А.В. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення // Вісник соціальної гігієни та охорони здоров'я України, 2014. – Вип. 2.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України / за ред. Квіташвілі О. – К.: МОЗ України, 2015.
3. Апанасенко Г.Л. Охрана здоровья здоровых: постановка проблемы в Украине // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 4.
4. Воронцова И.Л., Прокопьев Н.Я. Особенности физического воспитания детей дошкольного возраста // Молодой ученый. – 2014. – № 2.
5. Глазырина Л.Д., Овсянкин В.А. Методика физического воспитания детей дошкольного возраста. – М.: ВЛАДОС, 2001.

**Бойчук Ю.Д.<sup>1</sup>, Зуб Е.В.<sup>2</sup>,**

**Турчинов А.В.<sup>2</sup>, Алфимова Л.Д.<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Харьковский национальный педагогический университет имени Г.С. Сковороды

<sup>2</sup>Национальная академия

Национальной гвардии Украины (г. Харьков)

### **ПЕТР ФРАНЦЕВИЧ ЛЕСГАФТ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ (К 180-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

20 сентября этого года исполняется 180 лет со дня рождения многогранной личности, педагога - Петра Францевича Лесгафта (20.09.1837-28.11.1909). Прогрессивная педагогическая, научная, общественная деятельность П. Лесгафта позволяет отнести его к числу выдающихся представителей науки и культуры. Круг его научных интересов был поистине энциклопедическим: анатомия и

физиология, биология и антропология, гигиена и лечебная гимнастика, педагогика и психология, физическое воспитание, история педагогики и история физического воспитания. В этих отраслях научных знаний Лесгафт создал многочисленные труды, до сих пор не потерявшие значения и научной ценности. В истории развития педагогической теории, П. Лесгафту принадлежит особое место. Ему удалось создать всеобъемлющую стройную систему физического воспитания [3].

В основе педагогической системы П. Лесгафта лежит учение о единстве физического и духовного развития личности. Ученый рассматривал физические упражнения как средство не только физического, но и интеллектуального, нравственного и эстетического развития человека. При этом он постоянно подчеркивал важность рационального сочетания, взаимовлияния умственного и физического воспитания. “Необходимо, – писал Лесгафт, – чтобы умственное и физическое воспитание шли параллельно, иначе мы нарушим правильный ход развития в тех органах, которые останутся без упражнения” [4]. Так же, как и И. Сеченов, он считал, что движения, физические упражнения являются средством развития познавательных возможностей школьников. Поэтому, по его мнению, школа не могла существовать без физического образования; физические упражнения должны быть непременно ежедневными, в полном соотношении с умственными занятиями. Используя при этом термин “образование”, П. Лесгафт понимал его шире, чем мы это делаем сегодня. По сути дела, образование у него – это воспитание, формирование личности человека, а физическое образование – целенаправленное формирование организма и личности под воздействием как естественных, так и специально подобранных движений, физических упражнений, которые с возрастом постоянно усложняются, становятся напряженнее, требуют большой самостоятельности и волевых проявлений человека. Учебно-воспитательный процесс физического воспитания П. Лесгафт определял как объект социально-научного исследования, как часть созданной им общей теории физического образования. Он считал важной целью физического образования умение сознательно управлять своими движениями, “приучаться наименьшим трудом в возможно меньший промежуток времени сознательно производить наибольшую работу или действовать изящно и энергично”. Говоря о единстве духовного и физического развития личности, П. Лесгафт считал, что гармоническое развитие возможно лишь при соблюдении принципа постепенности и последовательности напряжений с учетом возрастных, половых и индивидуальных особенностей каждого школьника.

При посредстве физического образования, писал он, необходимо приучить молодого человека владеть собой, познакомить его с пространственными отношениями, распределением своей работы по времени, возвысить энергию его деятельности [1, с. 58-59].

Повышенные требования П. Лесгафт предъявлял к гигиене питания занимающихся физическими упражнениями. Он не признавал никаких “прибавочных раздражителей”: горчицы, перца и других пряностей, в которых не нуждаются доброкачественные и разнообразные продукты. Особенно осуждал алкогольные напитки [5]. Большое внимание П. Лесгафт обращал на содержание

физического образования, на использование упражнений и игр как метода познания. Он классифицировал физические упражнения по четырем основным группам: 1) простые упражнения в движениях головой, туловищем, конечностями и сложные упражнения с разновидностями движений и метаний; 2) упражнения с увеличивающимися напряжениями при двигательных действиях с палками и гирями, при метании деревянных и железных шаров, прыжках, борьбе, лазании, удержании равновесия; 3) упражнения, связанные с изучением пространственных и временных отношений при беге в заданном темпе, прыжках на определенное расстояние и метании в цель; 4) систематические упражнения в процессе простых и сложных игр, плавания, бега на коньках и на лыжах, в походах, на экскурсиях и в единоборствах. Последовательно боролся он за равноправное и равноценное физическое образование, как мальчиков, так и девочек.

Во второй половине XIX в. Министерство просвещения под явным давлением военного ведомства сделало ряд попыток введения в учебных заведениях гимнастики. Циркуляров, приказов и рекомендаций было много, физического воспитания же в школе фактически не было. Об этом свидетельствует доклад Н. Филитиса, сделанный им в 1899 г. в Московском университете: “Цели были поставлены большие, но осуществление их неудовлетворительное. Помещений в большинстве учебных заведений для гимнастики нет, и она проводится в пыльных коридорах. За отсутствием подготовленного педагогического состава преподают офицеры и полуграмотные унтер-офицеры. На свежий воздух, о котором говорится в инструкции 1889 г., не пускают, образовательные экскурсии заменили военными походами”.

Деятельность Лесгафта привлекает внимание военного ведомства. В эти годы военный министр Д. Милютин проводит реформу военного образования, стремится улучшить физическую подготовку в армии. В конце 1874 г. Главное управление военных учебных заведений (ГУВУЗ) приглашает Лесгафта для подготовки “Руководства гимнастики”. С 1874 г. он ведет занятия по гимнастике во Второй петербургской военной гимназии. Спустя несколько месяцев директор гимназии, убедившись в высоком педагогическом мастерстве, увлеченности и энергичности Лесгафта, предложил ему перейти на постоянную службу в Главное управление военно-учебных заведений чиновником для особых поручений.

При разработке “Руководства гимнастики”, ученый считал необходимым основательно изучить зарубежный опыт в этой области. По заданию Военного министерства он в течение двух лет в каникулярное время изучает опыт физического развития и подготовки специалистов по гимнастике в Западной Европе, побывав в 26 городах 13 стран. В 1876 г. Лесгафт делает отчет “Приготовление учителей гимнастики в государствах Западной Европы”. Работу в качестве врача-консультанта во Врачебно-гимнастическом заведении доктора А. Берглинда и изучение зарубежных систем физического воспитания можно считать основными обстоятельствами начала работы Петра Францевича над теорией и практикой физического образования.

В 1877 г. при 2-й Петербургской военной гимназии П. Лесгафт организовал двухгодичные учебно-гимнастические курсы, которыми руководил

в течение 5 лет. В практическом плане ему удалось добиться лишь организации в 1877 г. двухгодичных учебно-гимнастических курсов для офицеров при Второй военной гимназии. Программа курсов включала в себя антропологию, анатомию, физиологию, гигиену, теорию телесных движений, методику гимнастического искусства, математику, физику, химию, а также практические дисциплины: гимнастику, фехтование, плавание, игры и ремесла.

В 1893 г. в Петербурге было организовано Общество содействия физическому развитию (ОСФР), ученым секретарем которого стал П. Лесгафт. Члены Общества занимались вопросами пропаганды физического воспитания среди родителей, воспитателей и чисто практическими делами: организовывали экскурсии, занятия, игры, зимой заливали катки. П. Лесгафт, в частности, ежегодно организовывал и проводил водные экскурсии по Неве. К 1895 г. Общество насчитывало более 400 человек. Уже на одном из первых заседаний П. Лесгафт изложил свои взгляды, касающиеся понимания физического образования: “Физическое развитие состоит в развитии сил и здоровья ребенка, а задача образования - приучить молодого человека относиться к своим действиям сознательно, в полном соответствии с умственным развитием и производить свою работу в наименьший промежуток времени и с возможно меньшей тратой материала и сил”.

В марте 1895 г. на заседании ОСФР П. Лесгафт выступил с предложением открыть специальные курсы для подготовки лиц, способных проводить занятия физическими упражнениями с детьми. Созданная для этой цели комиссия разработала устав и программу будущих курсов. В январе 1896 г. заседание ОСФР утвердило “Положение о временных курсах для приготовления руководительниц физических упражнений и игр” и назначило П. Лесгафта заведующим этих курсов.

На курсах изучались следующие дисциплины: физические упражнения, теория движений, фехтование, педагогика, психология, история психологии, история педагогики, анатомия, физиология, гигиена, органическая химия, физиологическая химия, ботаника, черчение, физика, математика, химия, зоология, механика, сопротивление материалов, рисование.

Система физического образования изложена П. Лесгафтом в фундаментальном труде “Руководство по физическому образованию детей школьного возраста” (1888-1901). В книге изложен принцип научной обоснованности физического образования на базе использования методов исследования - педагогических, медико-биологических, психологических; разработаны принципы профессиональной подготовки специалистов по физическому образованию, по сути дела, с высшим специальным образованием; обоснованность возрастного подхода при физическом образовании; представлена классификация физических упражнений; установлена взаимосвязь физического образования с умственным и эстетическим воспитанием; показана образовательная роль двигательных действий в трудовой, военной и повседневной жизни человека; сделан значительный вклад в практику физкультурного образования женщин [1].

П. Лесгафт, как и Г. Демени, считал, что система физического образования должна состоять из небольшого количества естественных движений: ходьбы, бега, прыжков, метаний, борьбы, простых гимнастических упражнений, игр, экскурсий. Он был противником снарядовой гимнастики.

В основу физического образования должна быть положена связь физического и духовного: “Между умственным и физическим развитием человека существует тесная связь... Умственный рост и развитие требуют соответствующего развития физического”. По этическим мотивам он отрицательно относился к соревновательному спорту, придавал большое значение тому, чтобы в процессе выполнения физических упражнений включалось мышление, т.е. осознание того, что делает обучающийся.

Работая в период 1893-1896 гг. ученым секретарем ОСФР, П. Лесгафт взялся за новое, ранее не существовавшее в России дело - организацию площадок для игр и проведение экскурсий с учащимися. Самой любимой экскурсией для детей были поездки на пароходе по Неве под непосредственным руководством Петра Францевича. На каждую такую поездку собиралось более 600 детей. Слушательницы и слушатели курсов Лесгафта деятельно помогали проводить эти экскурсии.

Созданные П. Лесгафтом в 1896 г. курсы стали по сути дела высшим учебным заведением, готовящим руководителей и организаторов физического образования. Однако по всей России они продолжали называться Курсами П. Лесгафта. Учиться приезжали с Кавказа, Украины, Дальнего Востока, Урала, из Средней Азии. Среди слушательниц были даже девушки из Финляндии, Болгарии и Польши. Авторитет П. Лесгафта в ученом мире и прогрессивных общественных кругах привлек к работе на курсах ряд крупных специалистов: В. Баумана, В. Комарова, Н. Котляревского, Е. Тарле и др. Практические занятия на курсах вели ученицы П. Лесгафта - А. Красусская, С. Познер, С. Теренина и др.

Выдающийся физиолог Л. Орбели, высоко оценивая заслуги П. Лесгафта в деле развития физического воспитания, назвал его методику “очеловеченной гимнастикой”, требующей развития всего организма.

Система физического образования П. Лесгафта для своего времени была одной из передовых в мире. Многие ее положения не утратили своего значения до настоящего времени. П. Лесгафт предъявлял высокие требования к педагогу, считая, что “руководитель физическим образованием должен быть хорошо образованным человеком”. Творческое наследие П. Лесгафта и сейчас остается весьма актуальным как для теории, так и для практики физического воспитания.

### **Литература**

1. Лесгафт П.Ф. Руководство по физическому образованию детей школьного возраста / Избранные труды / Сост. И.Н. Решетень. - М.: Педагогика, 1988. - 400 с.
2. Лесгафт П.Ф. Собрание педагогических сочинений: в 5 т. Т. 3.: Семейное воспитание ребенка и его значение. - М.: Физкультура и спорт, 1956. - 439 с.
3. Таймазов В.А., Курамшин Ю.Ф., Марьянович А.Т. Пётр Францевич Лесгафт. История жизни и деятельности. — СПб.: Печатный двор им. Горького, 2006. — 480 с.
4. Шабунин А.В. П.Ф.Лесгафт. - М.: Медицина, 1982. - 80 с.
5. Шойфет М.С. Лесгафт (1837–1909) // 100 великих врачей. — М.: Вече, 2008. — 528 с.

## **ГРИДОДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЮНИХ ФУТБОЛІСТІВ 16-18 РОКІВ**

Сучасний спорт і його технічні результати мають дуже великі вимоги до людини, а тому викликають необхідність значного розширення морфологічних, функціональних, психологічних, тактичних та інших можливостей представників різних видів спорту.

Усе це в рівній мірі відноситься і до футболу - емоційній і масовій спортивній грі, якою захоплюються дуже багато людей різного віку і статі.

У зв'язку з тим, що в грі футболісти ведуть напружену боротьбу за м'яч на протязі довгого часу із застосуванням найрізноманітніших рухів (ходьби, бігу з прискореннями, зупинками, поворотами; стрибків, ведення та ударів по м'ячу), вони повинні мати розвинуті фізичні і технічні якості, а також добру функціональну підготовленість. Це досягається не тільки спеціальною роботою з м'ячем, але й із застосуванням різноманітних вправ, які сприяють атлетичній підготовці.

У теперішній час в підготовці футболістів, як і в підготовці спортсменів будь-якого виду спорту, застосовується цілорічне тренування [1, с. 64], яке поділяється на наступні періоди: підготовчий, що включає зимове і весняне тренування; основний, тобто період календарних ігор і тренувань між іграми; період переходу до активного відпочинку і сам відпочинок.

Зв'язані між собою, ці періоди відрізняються один від одного задачами, засобами їх рішення, а як слід, і формою проведення занять.

Як правило, послідовна зміна усіх періодів цілорічного тренування, вірне планування і розподіл засобів загальної і спеціальної підготовки футболістів, сприяють підвищенню майстерності спортсменів.

Однак, практика і наукові дослідження переконують в тому, що навіть при вірній побудові тренувального процесу і застосуванні різнобічної підготовки, успіху досягають не всі, а лише ті, хто разом із міцним здоров'ям, добрими даними фізичного розвитку, високими функціональними можливостями усіх органів і систем, відрізняються моторною обдарованістю (руховими координаційними можливостями) і високо розвинутими пристосовуваними механізмами організму. Інакше кажучи ті, хто володіє більшою рухливістю нервових процесів і здібністю до швидких переключень під час роботи у різноманітних умовах спортивної діяльності. Слід підкреслити, що вказаний стан нервово-психічного кола, задатки і якості особистості тих, хто займається є головними факторами, які визначають здібність до занять тим чи іншим видом спорту.

У зв'язку з цим, а також необхідністю вірної побудови тренувальної роботи з футболістами та забезпечення їх прогресивного спортивного росту, систематичним заняттям повинен запобігати щільний відбір молоді [2, с. 78],



з урахуванням морфологічних (анатомічних) і функціональних показників, обдарованості, задатків і можливостей кандидатів до футбольних команд або відділень молодіжних спортивних шкіл.

У практиці спортивної роботи на різноманітних етапах комплектування і підготовки футбольних команд застосовується комплексна методика відбору, що включає у себе, як педагогічні, так і медико-фізіологічні методи дослідження.

Ігрова діяльність футболістів відбувається в складних умовах, особливості яких визначають у кожний момент дії. Чим більше відповідають ці дії ситуаціям гри, тим вище їх необхідність.

Своєчасний вибір і реалізація найбільш необхідних і ефективних, у таких обставинах, тактичних рішень можливі лише при швидкому і вірному орієнтуванню в ігрових обставинах. Ці чинники і визначають тактичну майстерність футболістів.

“Гра кожного футболіста багатогранна, і успіх її найчастіше залежить від того, як він орієнтується в грі, наскільки вірно він обирає засоби для рішення задач, які стають перед ним”, - говорить Г. Качалін.

Швидка і вірна оцінка обставин і вміння знаходити найбільш необхідні рішення визначають “ігрову кмітливість” футболіста і лежать в основі його тактичної майстерності [3, с. 42].

Але, не зважаючи на те, що вміння орієнтуватися в ігрових ситуаціях необхідно футболістам, у більшості гравців воно розвинуто далеко не завжди. Це можна пояснити тим, що питання методики виховання вміння орієнтуватися у теперішній час опрацьовані недостатньо і тренери не знають засобів виховання цієї важливої якості.

Успішна розробка методики виховання вміння орієнтуватися можлива лише на основі розкриття психологічних механізмів самого процесу орієнтування футболіста в ігрових обставинах.

Процес орієнтування включає в себе два основних моменти: отримання більш повної і вірної інформації та опрацьований варіант на основі аналізу даних.

Ігрова ситуація, в якій повинен орієнтуватися футболіст, складна і постійно змінюється. Вона складається із дій двадцяти польових гравців, які швидко рухаються з м'ячем і без нього, та двох голкіперів, дії яких проходять на значно меншому майданчику.

Таким чином, успіх орієнтування футболіста визначається насамперед тим, наскільки швидко і точно він сприймає все, що відбувається на полі. Отже, саме зорове сприйняття визначає поведінку гравця на полі.

У футболі дуже велике значення має зоровий аналізатор. Швидке орієнтування на полі залежить від діяльності органів почуття та рухливості нервових процесів.

Основна функція зору складається з розпізнавання кольору, форми, розмірів спостерігаємих об'єктів. Поруч з іншими аналізаторами зір грає велику роль у регуляції положення тіла і в визначенні відстані до об'єкта.

Пігмент райдужної оболонки ока грає визначну роль у захисті органів зору від інфекцій. Люди з сірою райдужкою більше за інших піддаються травмам і запаленням очей. Менш підвернуті травмам і запаленням люди з блакитними та карими очима.

Простежуючи функціональний стан та спостерігаючи за роботою систем можливо дізнатися, як витримують футболісти різноманітні навантаження під час самої гри, як пов'язана фізична працездатність юних спортсменів з кольором радужної оболонки ока.

Метою нашого дослідження є виявлення залежності функціональних можливостей від генетичних факторів, а саме – кольору райдужної оболонки ока у юних футболістів 16-18 років та виявлення змін в організмі спортсменів після використання навантаження з реверсом.

*Завдання дослідження:* виявлення кольору райдужних оболонок очей футболістів 16-18 років; визначення реакції систем організму хлопців 16-18 років на фізичне навантаження з реверсом; визначення залежності фізичної працездатності юних спортсменів від кольору райдужної оболонки ока.

Організація досліджень складалася з наступних етапів: знайомство з методикою проведення тестування по визначенню фізіологічної працездатності при використанні навантаження зі зміною потужності (з реверсом); визначення та оцінка фізичної працездатності методом велоергометрії; визначення антропометричних показників досліджуваних; іридографія райдужної оболонки ока футболістів 16-18 років; визначення фізичної працездатності юних футболістів при використанні навантаження зі зміною потужності (з реверсом); іридоскопія загальної групи по кольору райдужної оболонки ока (світлоокі та темноокі).

Аналіз показників фізичного розвитку (зріст та маса тіла) юних футболістів 16-18 років встановив, що світлоокі юнаки перевищують своїх темнооких однолітків.

Тестування зі зміною потужності навантаження за замкненим циклом являється інформативним для оцінки характеру системної реакції організму, що не викликає перенапруження механізмів адаптації та є адекватним їх функціональним можливостям. Сукупність показників петлі гістерезису дозволяє виявити індивідуальні особливості фізичної працездатності, ефективності адаптивних реакцій, кровопостачання, енергетичні рівні організму, стан перехідних процесів. Це дозволяє створити для кожного дослідженого індивідуальний функціональний "портрет" та нормативні значення з усіх показників тесту.

Показники фізичної працездатності світлооких спортсменів дещо вищі ніж у темнооких:  $W_{рев.}$  - 163,8 і 148,7 Вт,  $T_{заг.}$  - 597,6 і 542,6 с,  $A_{заг.}$  - 52,07 і 41,71 кДж,  $PWC_{170}$  - 192,6 і 195,43 Вт,  $PWC$  відносно маси тіла - 3,9 і 4,1 Вт/кг.

Таблиця 1.

Фізична працездатність футболістів загальної групи 16-18 років  
(при використанні навантаження з реверсом)

№	Показники	M±m	δ	V в %	Різниця в %
1.	Рівень потужності в момент реверсу (W реверс., Вт)	155±9,21	31,9	20,6	10,15
2.	Тривалість роботи (T заг., с)	565,5±33,3	115,34	20,39	10,14
3.	Об'єм виконаної роботи (A заг., кДж)	46,03±6,1	21,11	45,86	24,84
4.	Потужність роботи при ЧСС рівній 170 уд/хв. (PWC <sub>170</sub> , Вт)	194,25±16,5	57,06	29,38	-1,45
5.	PWC <sub>170</sub> /кг, Вт/кг	4,02±0,35	1,22	30,35	-4,88
6.	Індекс стомленості (I, Вт)	132,66±14	48,47	36,54	32,13
7.	Коефіцієнт залишкових адаптивних резервів - КАР, в. о.	0,79±0,11	0,38	48,1	-17,14

**Примітка:** \* - різниця показників розраховувалась по відношенню до темнооких футболістів.

Таку різницю можна пояснити кращою фізичною підготовленістю світлооких футболістів на даному етапі підготовки.

При порівнянні показників ЧСС було виявлено, що вони майже однакові у обох груп. Лише перед навантаженням у світлооких ЧСС було більше на 17,32% (94,2 і 80,29 уд/хв), що можна пояснити передстартовим станом юнаків. Пульсова вартість роботи у світлооких теж була вище на 13,35% (1298,6 і 1145,7 уд.), що свідчить про перевагу показників витривалості і фізичної працездатності.

Таблиця 2.

ЧСС футболістів загальної групи 16-18 років  
(при використанні навантаження з реверсом)

№	Показники	M + m	δ	V в %	Різниця в %
1	ЧСС поч., уд/ хв. (перед навантаженням)	86,08±4,07	14,11	16,39	17,32
2	ЧСС пор., уд/ хв. (порогова)	98,08±3,01	10,43	10,63	7,42
3	ЧСС реверс., уд/ хв. (реверс)	154,33±2,66	9,2	5,96	1,87
4	ЧСС мах, уд/ хв. (максимальна)	158,25±2,48	8,59	5,428	0,6
5	ЧСС вих., уд/ хв. (закінчення роботи)	104,9±3,45	11,96	11,4	5,83
6	ЧСС сер., уд/ хв. (середнє значення)	128,17±1,06	3,68	2,87	2,76
7	Пульсова вартість- L, уд.	1209,4±74,65	258,59	21,38	13,35

**Примітка:** \* - різниця показників розраховувалась по відношенню до темнооких футболістів.

При аналізі показників ефективності регуляції серцевої діяльності при використанні навантаження зі зміною потужності з реверсом встановлено, що час інерції у світлооких футболістів менший, ніж у темнооких, це підтверджується значенням коефіцієнта інерції та коефіцієнта ефективності. Коефіцієнти інерції в обох групах майже однакові.

Отже, результати досліджень функціональних можливостей футболістів 16-18 років свідчать про те, що світлоокі спортсмени відрізняються більш адекватними адаптивними процесами до дозованих навантажень, що відображається у більш економічному виконанні фізичної роботи при меншому напруженні забезпечуючих систем.

Встановлені вікові нормативні значення показників функціональних резервів за вивченими параметрами можливо використовувати при відборі у футбольні ДЮСШ та при плануванні навчально-тренувального процесу як орієнтовані, оскільки встановлення більш об'єктивних і точних вікових нормативів вимагає більш чисельних обстежень і впровадження результатів наукових досліджень у практику. Це підтверджує перспективність наукових пошуків за обраною темою. Перспектива подальшого вивчення цього напрямку полягає у встановленні статистичних високо достовірних нормативних значень показників функціональних резервів світлооких і темнооких футболістів та впровадженні їх у практику, що вимагає обстежень значно більшого за чисельністю контингенту людей.

### **Література**

1. Дублінський А.В., Фалес Й.Г. Техніко-тактична підготовка юних футболістів. – Київ, 2004.– 120 с.
2. Дулібський А.В., Яценко А.Г., Ніколаєнко В.В. Спортивний відбір у футболі: Науково-методичний посібник. - Київ, 2004. - 200 с.
3. Рижкова В.Є. Методи дослідження функціонального стану організму і рівня розвитку фізичних якостей футболістів (методичний лист). - Л., 1971. – 48 с.

**Бугаевский К.А.**

Классический приватный университет,  
г. Запорожье

## **ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Важным показателем репродуктивного здоровья населения является невынашивание беременности, которое не имеет тенденции к снижению во всём мире [2, с. 91-94; 4, с. 95-98]. Частота самопроизвольных абортів остається стабільною і достаточною високою. Прямые репродуктивные потери от невынашивания беременности на Украине ежегодно насчитывают 36–40 тысяч нерождённых, желанных детей [2, с. 91-94; 4, с. 95-98]. После невынашивания беременности обязательно необходима реабилитация репродуктивного здоровья женщины независимо от количества самопроизвольных выкидышей с учётом всех причин и условий, способствующих реализации самопроизвольного прерывания беременности [2, с. 91-94; 4, с. 95-98]. Принципы программы реабилитации репродуктивного здоровья женщин после невынашивания беременности включают в себя максимально раннее начало лечебно-восстановительных мероприятий, принцип индивидуального подхода к проведению реабилитационных мероприятий у каждой пациентки [2, с. 91-94;

4, с. 95-98]. При применении восстановительного лечения, важен принцип динамического контроля за эффективностью проводимых реабилитационно-оздоровительных мероприятий, преемственность в деятельности стационарного, амбулаторного и санаторно-курортного звеньев реабилитационных мероприятий [2, с. 91-94; 4, с. 95-98].

Для проведения исследования была отобрана группа из 38 пациенток ( $n=38$ ), с достоверно одинаковой гинекологической патологией. Группа пациенток была практически однородна по возрасту. Средний возраст пациенток в исследуемой группе составлял  $31,4 \pm 2,3$  года ( $p > 0,05$ ). Была разработана комплексная программа восстановительного лечения женщин, после их стационарного лечения, после невынашивания беременности на ранних сроках гестации (от 10 до 16 недель). Мы использовали для проведения исследования предварительное ознакомление с медицинской документацией пациенток. Все они прошли клинический и расширенный гинекологический осмотр, УЗИ. Применялся метод психологического исследования – САН [4, с. 95-98]. В состав предложенной нами, комплексной программы физической реабилитации, были включены такие методы и средства физической реабилитации, как вумбилдинг, ЛФК, вибрационный и гинекологический массаж, лечебная гимнастика, упражнения Кегеля, футбол, рефлексотерапия биологически-активных точек (БАТ) половой и эндокринной систем на стопах, футбол [1; 2, с. 91-94; 3; 4, с. 95-98].

Дополнительно, в условиях санаторно-курортного этапа реабилитации, все пациентки принимали по 15 сеансов ароматерапии с применением аромамасел с седативным эффектом, водолечение в виде душа Шарко, циркулярного душа, хвойных ванн [3; 4, с. 95-98].

Эффективность реабилитационных мероприятий оценивали сразу после применения и в динамике: через 1-12 месяцев. Для определения качества жизни и субъективной оценки состояния женщин, перенесших самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках гестации, было проведено их анкетирование, во время их стационарного и амбулаторного лечения и через 6 месяцев после него, на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Согласно данным анамнеза, все женщины ( $n=38$ ) была подразделены нами на три подгруппы, в зависимости от срока прерванной беременности: I подгруппа – до 10 недель, II подгруппа – 10-12 недель гестации, третья группа – 12-16 недель гестации. При сборе анамнеза фиксировался возраст больной, её профессия, отмечался профессиональный аспект (стаж работы, наличие у пациенток профессиональных вредностей) Кроме этого отмечалось наличие психо-эмоциональных и физических нагрузок, вредные привычки. Соматический статус больной оценивался по анкетированию и изучению медицинской документации. Подробно изучалась менструальная и репродуктивная функция, а также гинекологическая заболеваемость. Осложнения беременности в сроки до 10 недель, свидетельствуют о том, что ведущим осложнением в основной группе была угроза прерывания беременности ( $45,71 \pm 8,42\%$ ) ( $p < 0,05$ ). Пациентки всех трёх подгрупп, в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, проходили по 15-20 сеансов гинекологического массажа. [5]. При его проведении

определялись имеющиеся индивидуальные патологические изменения (положение матки, придатков и связочного аппарата в полости малого таза, изменение их размеров, консистенции), наличие болевых ощущений, спаечных образований, инфильтратов [5]. В группе, у пациенток с перенесённым самопроизвольным абортom, помимо применения основных моментов гинекологического массажа, внимание уделялось дополнительному использованию массажа зоны промежности, внутренней поверхности бёдер, пояснично-крестцовой зоны, низа живота. В группе пациенток, проходящих восстановительное лечение после выкидыша на ранних сроках гестации, были добавлены сеансы упражнений по методике Кегеля, для укрепления мышц тазового дна [1; 2, с. 91-94; 3; 4, с. 95-98]. Также, в восстановительном комплексе использовалась ЛФК по методике В. Васильевой, которая помогает укрепить мышцы тазового дна, пояснично-крестцовой области и живота [1]. Особенно высока эффективность применения ЛФК в начальной стадии заболевания, на амбулаторном этапе реабилитации [1; 2, с. 91-94; 3; 4, с. 95-98].

При использовании в восстановительной терапии пациенток, после самопроизвольного прерывания беременности, мы учитывали психологический фактор, связанный с потерей беременности. В лечении мы использовали 15 сеансов ароматерапии [2, с. 91-94; 3]. Нами применялись следующие ароматические масла, которые обладают седативным, расслабляющим и адаптогенным эффектом (лаванда, апельсин, мандарин, герань, валериана, душица, шалфей мускатный, Melissa, пихта, сосна, кедр, мята [3; 5]. Также пациентки в процессе восстановления получали водолечение с использованием душа Шарко и циркулярного душа (через день) № 10, хвойные и йодобромные ванны (через день) № 10 [2, с. 91-94; 3; 4, с. 95-98]. Из физиотерапевтического лечения нами применялись процедура с использованием аппарата “Электросон-5”, с седативной целью [2, с. 91-94; 3; 4, с. 95-98].

При анкетировании через 3-6 месяцев после самопроизвольного прерывания беременности, 63,2% пациенток исследуемой группы, физическая реабилитация которых включала ЛФК в виде комплекса специальных упражнений, укрепляющих мышцы живота и тазового дна (по методике В. Васильевой) [1] отмечали нормализацию менструальной функции. Для активизации менструальной и эндокринной функций яичников мы применяли, как альтернативный медикаментозному лечению, метод рефлексотерапии стоп, с воздействием на БАТ, отвечающих за репродуктивную функцию [2, с. 91-94; 4, с. 95-98]. При оценке функции яичников в послеоперационном периоде с помощью измерения базальной температуры в исследуемой группе, в первые 2-3 месяца, овуляторные циклы восстановились у 12 женщин (31,6%), на 3-4 месяце после реабилитации овуляции определялись ещё у 15 женщин (39,5%), на 5-6 месяце ещё у 6 женщин (15,8%). Овуляторные циклы через 6 месяцев не зафиксированы у 3 (7,89%) женщин в группе. Также нами, с интервалом через день, применялись вибрационный массаж на низ живота (15-20 сеансов) и гинекологический массаж по И. Бенедиктову, в модификации М. Шнейдермана (по 15-20 сеансов на курс реабилитации) [5]. Эти виды массажа использовались нами как средство, улучшающее гемодинамику, для

профилактики и немедикаментозной терапии образования спаек и застойных явлений в малом тазу. На амбулаторно-поликлиническом этапе, с целью укрепления мышц тазового дна, улучшения крово- и лимфообращения, а также профилактики спайкообразования, 3-4 раза в неделю мы применяли упражнения на фитболе [1; 2, с. 91-94; 3; 4, с. 95-98]. В последующие 6 месяцев после потери беременности у 14 (36,8%) пациенток исследуемой группы, после применения предложенного комплекса физической реабилитации, наступила беременность. У 12 (31,6%) пациенток была зафиксирована прогрессирующая беременность, у 2 (5,26%) женщин произошел самопроизвольный выкидыш на 6-8 неделе их беременностей. Так, после применения предложенного нами реабилитационного восстановительного лечения, через 9-12 месяцев, у 41,67% женщин исследуемой группы репродуктивная функция была восстановлена, 18 (47,4%) женщин группы забеременели и родили. Индивидуальный мониторинг качества жизни проводился нами до начала лечения, в процессе лечения, а также на этапах ранней и поздней реабилитации с использованием анкеты-опросника “Качества жизни женщин”, с оценкой 5 параметров (физическое и психическое состояние, социальное и ролевое функционирование, общее субъективное восприятие состояния своего здоровья). Оценка качества жизни пациенток, позволяла нам осуществлять постоянное наблюдение за ходом реабилитации и, при необходимости, проводить её коррекцию [2, с. 91-94; 3; 4, с. 95-98]. В периоде реабилитации, после перенесенного восстановительного лечения у 65,0% женщин имеет место благоприятная психологическая адаптация, у 35,0% – патологическая психологическая адаптация. Применение психологической поддержки женщин в периоде реабилитации способствовало более быстрой нормализации менструальной (53,8%) и фертильной (30,8%) функции пациенток.

Из вышеизложенного можно сделать следующие *выводы*: 1) разработанный комплекс физической реабилитации, являясь методически простым и не требующим больших материальных затрат, может быть активно использован в широкой сети лечебно-профилактических учреждений, как стационарно (в гинекологических отделениях), так и амбулаторно – в женской консультации, на ФАПе; 2) включение в практику восстановительного лечения у гинекологических пациенток предложенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, на амбулаторном и санаторно-курортном этапах, может значительно уменьшить частоту и риск рецидивов самопроизвольного прерывания беременности у пациенток.

### **Литература**

1. Васильева В.Е. Лечебная физкультура при гинекологических заболеваниях. – М.: Медицина, 2007. – 48 с.
2. Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А., Аушева А.А. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе // Журнал акушерства и женских болезней, 2006. – Т. LV, вып. 1. – С. 91–94.
3. Пономаренко Г.Н., Силантьева Е.С., Кондрина Е.Ф. Физиотерапия в репродуктивной гинекологии / ред. Э.К. Айламазян, В.Н. Серов. - СПб.: ИИЦВМА, 2008. – 192 с.
4. Шатунова Е.П., Калиматова Д.М. Комплексный подход к реабилитации пациенток после прерывания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога, 2013. – № 6. – С. 95–98.

5. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: РИТМ, 2011. – 89 с.

**Буц А.М.**

Український державний університет  
залізничного транспорту (м. Харків)

## **ГОТОВНІСТЬ СТУДЕНТІВ ДО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ТЕХНОЛОГІЯ КЕРУВАННЯ ЗДОРОВИМ СПОСОБОМ ЖИТТЯ**

У теперішній час здоровий спосіб життя студентів визначає їх професійне довголіття, а також високий рівень здоров'я у цілому. Високий рівень здоров'я студентів ВНЗ характеризується низькою захворюваністю та гарним станом функціональних систем організму. Сучасні умови навчальної діяльності у ВНЗ висувають високі вимоги до стану здоров'я студентів [2]. Студенти, вступаючи до самостійного життя, зазнають великі навчальні і психологічні навантаження. Все це негативно впливає на фізичний і функціональний стан організму. У зв'язку з цим перед фахівцями фізичної культури і спорту стає необхідність піклування про здоров'я студентів [4].

Здоров'я – велика цінність людини. Гарне здоров'я – основна вимога для виконання студентами біологічних і соціальних функцій. Велика “вартість” професійної підготовки, підвищені вимоги до професійного довголіття, а також наявність соціально-демографічних факторів висувають і підвищені вимоги до здоров'я молоді [1]. Велике значення у вирішенні цієї проблеми належить формуванню у студентів навичок здоров'язбережувальної поведінки і створення системи керування здоровим способом життя. Аналіз студентського життя вказує на те, що багато студентів не мають навичок здорового способу життя [5]. Більшість студентів втрачає розуміння того, що саморозвиток, володіння навичками здорового способу життя – це допомога не тільки собі, але й тим, хто їх оточує.

Рухова активність з оздоровчою спрямованістю у теперішній час розглядається як головний засіб формування і підтримки здоров'я. Важливе місце у формуванні навичок здорового способу життя належить показникам готовності студентів до здоров'язбережувальної поведінки [3].

В УкрДУЗТ фахівцями фізичної культури і спорту було проведено анкетування студентів першого курсу (100 чол.) з метою аналізу зв'язку ефективності здорового способу життя з головними показниками готовності студентів до здоров'язбережувальної поведінки

Проаналізувавши результати опитування студентів були зроблені висновки, щодо визначення основних показників готовності студентів до здоров'язбережувальної поведінки: систематичне використання фізичних вправ та інших засобів оздоровлення організму, висока мотивація до занять фізичними вправами і спортом, знання основних систем організму людини та їх значення у забезпеченні повноцінного життя (табл. 1).



Таблиця 1.

Аналіз ефективності здорового способу життя з головними показниками готовності студентів до здоров'язберігаючої поведінки

№	Основні показники готовності студентів до здоров'язбережувальної поведінки	Результати опитування щодо ефективності здорового способу життя, %
1	Висока мотивація до систематичних занять фізичною культурою і спортом	61
2	Систематичне заняття фізичними вправами і спортом	68
3	Знання основних систем організму людини та їх значення у повноцінному житті	32
4	Уміння додержувати режим праці і відпочинку під час навчання	25
5	Відмова від шкідливих звичок	22
6	Правильне використання гігієнічних факторів під час занять фізичними вправами і спортом	26

Виявлення пріоритетних показників готовності студентів до здоров'язбережувальної поведінки дозволяє створити спрямованість педагогічних впливів у процесі формування в них навичок здорового образу життя. Спираючись на цей аналіз була розроблена і впроваджена у навчальний процес в УкрДУЗТ технологія керування здоровим способом життя студентів, яка має декілька етапів, які розкривають мету і завдання навчання студентів, засоби і методичні прийоми з формування в них здорового способу життя.

На початковому етапі перед студентами була визначена мета надбання знань і розширення кругозору зі здорового способу життя, що вирішувало задачі підвищення знань з валеології, з впливу фізичних вправ на системи організму, визначення змісту, об'єму самостійних тренувальних занять, контролю фізичного стану, визначенню навантаження. На другому етапі була визначена мета – формування навичок здорового образу життя у процесі навчання, що вирішувало задачі удосконалення навичок, вибір засобів тренування, координація самостійних дій і поведінки у суспільстві. На останньому етапі проводилися корегувальні заходи з керування здоровим способом життя студентів. Під час їх проведення вирішувалися завдання вдосконалення навичок студентів, комплекс довготривалих рішень зі здорового способу життя, визначення напрямків фізкультурної і спортивної діяльності з урахуванням можливостей організму.

Ця технологія була випробувана за участю 100 студентів упродовж семестру.

Отже, результати анкетування та випробування показали, що систематичне заняття фізичними вправами і спортом має перший пріоритет у студентів в організації здорового способу життя. Під час випробування були покращені показники, що характеризують рівень розвитку навичок, контролю особистого стану здоров'я, проведення самостійних тренувань оздоровчої спрямованості.

### Література

1. Болотин А.Э., Васильева В.С. Педагогическая модель профессиональной подготовки специалистов по защите в чрезвычайных ситуациях в вузе, с использованием служебной

деятельности в добровольных пожарных командах // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 2 (96). – С. 14 – 19.

2. Виленский М.Я., Горшков А.Г. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: Учеб. пособ. – М.: Гардарики, 2007. – 218 с.

3. Калакуцкий Р.Н. педагогическая технология формирования навыков здоровьесберегающего поведения студентов вузов // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 4 (74). – С. 71 – 74.

4. Фізична культура і спорт у системі загальнолюдських цінностей, забезпечення здоров'я і професійної діяльності : Конспект лекцій / Т.В. Шепеленко, О.Р. Лучко, С.С. Довженко, М.І. Дорош. – Харків: УкрДАЗТ, 2013. – 28 с.

5. Шепеленко Т.В., Шевченко В.П., Лучко О.Р. Фізична культура та основи здорового способу життя студентів. Гігієнічні основи фізичного виховання та спорту: Конспект лекції. – Харків: УкрДАЗТ, 2009. – 34 с.

**Вахнова А.П.**

Національний університет фізичного  
виховання і спорту України

## **ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ЦІНІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ СТАРШОЇ ШКОЛИ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

Загальна структура ціннісного світу українського молодого покоління, тенденції його розвитку в сучасних умовах, ціннісні орієнтації молоді, переваги щодо проведення дозвілля та рівень зацікавленості питаннями здоров'я – усе це є основою завтрашнього дня України. Посилення уваги до проблем здоров'я дітей, підлітків та молоді зумовлено різким погіршенням стану здоров'я молодого покоління і негативними демографічними тенденціями в суспільстві.

У 2014 році, як і в попередні роки, продовжився процес зменшення чисельності молодих людей віком 14–35 років в Україні та зниження їх питомої ваги в загальній кількості населення. За період 2011–2015 рр. чисельність молоді зменшилась на 1 965 тис. осіб, тобто на 13,3 %, а питома вага в загальній чисельності населення – з 31,9 % до 29,9 %. Смертність молодих людей від усіх причин у віці 15–29 років, який охоплює 15-річний інтервал від періоду статевого дозрівання до віку, коли переважна більшість уже створює сім'ю, в Україні значно вища, ніж у країнах Європейського Союзу [1].

Здоров'я, за визначенням ВООЗ, – це стан повного фізичного, душевного (духовного) і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад. Національна програма “Діти України” визначає здоров'я як стан найвищого фізичного, психічного, духовного і соціального благополуччя.

За даним ВООЗ та багатьох дослідників здоров'я зумовлено (в середньому): 10% - рівнем розвитку медицини; 10% - спадковістю; 20% - соціальними і природними умовами; 60% - способом життя людини. Саме в останніх показниках криється довголіття людини.

Проблеми здоров'я і здорового способу життя учнівської молоді та умови їх оптимізації є предметом дослідження на протязі багатьох десятиліть і залишається актуальною й до сьогодні в різних напрямках: філософському

(І. Солоненко, Л. Жаліло, 2004; О. Яременко, 2000; М. Ібрагімов, 2011; Н. Москаленко, 2010; Г. Безверхньої, 2010; S. Karvonen 2012; A. Budreikaite, 2011), медико-біологічному (Г. Апанасенко, 2006, Д. Давиденко, 2005; В. Волков, 2002, Ю. Лісцин, 2002, 2004; Колберт Дон, 2013), психолого-педагогічному (Т. Бойченко, 2009; Ю. Бойчук, О. Попов, 2010; Т. Круцевич, 2011; О. Марченко, 2010). Численні дослідження останніх років доводять про незадовільний стан здоров'я дітей шкільного віку.

*Мета та завдання дослідження:* визначити за літературними джерелами сучасні тенденції у формування ціннісного ставлення та мотивації до збереження здоров'я у дітей старшого шкільного віку. Проаналізувати негативні чинники, що впливають на здоров'я та існуючі форми та методи формування здорового способу життя у учнів.

*Об'єкт дослідження:* процес формування ставлення до збереження свого здоров'я у дітей старшого шкільного віку на уроках фізичної культури. *Предмет дослідження:* ціннісне ставлення до збереження здоров'я у хлопців і дівчат старшого шкільного віку.

За даними досліджень і статистики інтернетресурсів можна виділити негативні чинники, що впливають на здоров'я це: 1) екологічний стан довкілля. В Україні майже не залишилося якісних поверхневих вод, забруднення природного середовища сприяє накопиченню відходів, забрудненню ґрунтів; 2) бідність, безпритульність, безробіття, забезпечення населення здоровим харчуванням; 3) суспільна мораль. Поширюється практика дошлюбних та позашлюбних статевих стосунків, що створює додаткові ризики поширення соціально небезпечних інфекційних хвороб; 4) пасивні форми дозвілля. Тривогу викликає низький рівень залучення населення України до занять фізичною культурою і спортом.

За даними МОН України, 36% учнів загальноосвітніх шкіл мають низький рівень фізичного здоров'я, 34% – нижчий за середній, 23% – середній, 7% – вищий середнього і лише 1% – високий. Близько половини опитаних практикували фізичну активність лише півгодини або годину на тиждень. 75% на перегляд телепередач витрачали щодня в будні 1-4 години, а 65-90% проводили за комп'ютером 0,5-3 години [1].

За даними МОЗ України, поширеність захворювань (всі зареєстровані хвороби (гострі та хронічні), якими хворіла особа протягом року) серед юнаків 15–17 років впродовж останніх 5 років збільшилась майже на 10%. Також показники інвалідності шкільної молоді кожен рік зростають.

Інститутом педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України встановлено, що до закінчення школи лише у п'ятій частині (21,9%) сформовано здорову форму дозвілля, де регулярність занять фізкультурою і спортом є важливою складовою поведінки. На жаль, ситуація зі збереженням здоров'я населення катастрофічна. Таке оцінювання, базується на офіційних даних ООН і ВООЗ. Ключовою системною проблемою для більшості населення України стає процес руйнації сталого способу життя громад і пов'язане з цим поширення в них депресивних груп і спільнот, що призводить до суттєвого зниження спроможності до їх самостійної ефективної життєдіяльності.

Розглядаючи різні категорії учнівської молоді особливу увагу привертає старший шкільний вік як перехідний період у фізичному, інтелектуальному та духовному розвитку особистості. На сучасному етапі в педагогічних працях проблема здорового способу життя розглядається в контексті підвищення ефективності системи фізичного виховання (О. Богініч, 2008; Е. Вільчковський, 2011; Н. Денисенко, 2002; О. Рудік, 2010, С. Футорний, 2014 та ін.).

Однак криза періоду дорослішання може стати причиною різних форм відхилень поведінки. Тому враховуючи, що здоров'я це соціальна проблема, останнім часом дослідження враховують гендерну диференціацію поведінки (А. Ворожбитова, 2008; Е. Ильин, 2007, 2010; К. Габріелян, Б. Єрмолаєв, 2010 р., О. Марченко, 2014; В. Зайцев, 2009; А. Москальова, 2008; С. Котова-Олійник, 2008, 2009), ціннісні та мотиваційні установки до занять фізичною культурою (М. Gonsoulin, 2005; Р. Бака, 2008; Ш. Берн, 2008; О. Подлесний, 2009; О. Марченко, 2009; А. Маслоу, 2009; Т. Круцевич, 2010; М. Саїнчук, 2011, 2012; О. Біліченко, 2011, 2014; А. Воак, 2014).

Могутнім засобом формування ціннісного ставлення учнів до власного здоров'я є фізичне виховання і зокрема фізкультурно-оздоровча робота. Основні напрямки фізкультурно-оздоровчої діяльності в школі передбачають[2; 3]:

*Гігієнічний напрямок* – застосування засобів фізичної культури для зміцнення здоров'я і відновлення працездатності учнів, як в умовах школи, так і вдома. Зокрема це: ранкова гігієнічна гімнастика. Загартовуючи процедури (обтирання, обливання, душ), раціональне харчування, дозована ходьба, оздоровчий біг, рухливі та спортивні ігри, плавання та інші фізичні вправи.

*Оздоровчо-рекреаційний* – застосування засобів фізичної культури і спорту під час колективної організації відпочинку і культурного дозвілля у вихідні та у період канікул з метою відновлення і зміцнення здоров'я. До засобів цього напрямку належать туристичні походи. Екскурсії, рухливі ігри, спортивні заходи, які можуть бути організовані і проведені в оздоровчо – спортивних таборах.

*Загально-підготовчий* – забезпечує всебічну фізичну підготовленість і підтримку її протягом певного часу на рівні вимог і норм відповідної вікової групи. Засобами підготовки є види вправ, що входять у загальний комплекс. Для планомірної роботи організуються групи загальної фізичної підготовки і секції. Проводяться спортивні змагання.

*Спортивний напрямок* – систематичні заняття одним із видів спорту в спортивних секціях в школи чи спортивного клубу або індивідуально, участь у спортивних змаганнях з метою підвищення чи збереження визначного рівня спортивної майстерності.

*Лікувально-профілактичний* - полягає у використанні спеціальних фізичних вправ, загартовуючи процедур під час реабілітації учнів, які за станом здоров'я віднесені до спеціальної медичної групи. Фізичне виховання в спеціальних медичних групах спрямоване на відновлення здоров'я чи окремих функцій організму, знижених або втрачених внаслідок захворювань або травм.

Виховання ціннісного ставлення учнів до власного здоров'я, здорового способу життя має бути побудоване на утвердженні ідеалу і норм здорового гармонійного та щасливого життя кожного [2].

Тому процес формування ціннісного ставлення учнів до здоров'я складається з таких етапів: виникнення інтересу до занять фізичною культурою; поява бажання щоденно займатися фізичними вправами; відчуття внутрішньої потреби в повторенні рухових дій, і врешті-решт, поява стійкої позитивної звички до систематичних занять оздоровчою фізичною культурою і спортом.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить про неефективність існуючих форм та методів формування ціннісного ставлення до здоров'я у учнів, виявлена низка суперечностей, а саме між: соціальним замовленням суспільства та реальним станом здоров'я учнів; реаліями освітнього середовища в навчальних закладах та реалізацією ціннісного, системного, діяльнісного та особистісно орієнтованого підходів у навчанні й вихованні; необхідністю проведення системної роботи щодо формування ціннісного ставлення до власного здоров'я в учнів і низьким рівнем мотивації здорового способу життя і культури здоров'я.

Проблеми пов'язані з формуванням ціннісного ставлення до здоров'я у молоді турбує вчених багатьох країн світу які шукають нові ефективні здоров'язбережувальні технології, та все ж таки найефективнішим вважається розвиток мотиваційної сфери. Також узагальнюючи світовий досвід можна виділити такі теоретичні підходи які допоможуть у формуванні ціннісного ставлення до збереження здоров'я: підвищення теоретичних знань у сфері фізичного виховання учнів, використання телекомунікаційного простору у навчальному процесі, підвищення рівня теоретичних знань вчителів фізичного виховання по питанням збереження здоров'я та інтеграції теоретичної підготовки в сфері здоров'язбереження та процесу фізичного виховання в єдину систему занять [4; 5].

Таким чином, зазначені суперечності і реалії сьогодення переконують в актуальності проблеми формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів старшого шкільного віку та зумовлюють необхідність пошуку відповідей на низку запитань щодо визначення концептуальних положень, якими доцільно керуватися під час організації навчально-виховного процесу на уроках фізичної культури. Оскільки мотив виконує директивну функцію, то виникаюча під його впливом активність може стимулювати до дій, або її затримувати. Особистісний підхід дасть змогу виділити ті мотиви, що допоможуть формувати ціннісне відношення до здоров'я з урахуванням стереотипів поведінки, соціальних ролей, біологічних особливостей. Пошук нових форм і методів підвищення мотивації до занять фізкультурою і спортом може допомогти в процесі формування здорового способу життя, формуванні культури особистості, регулювання поведінки у бік збільшення життя.

### Література

1. Матеріали щорічної доповіді Президентіві України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні “СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ МОЛОДІЖНОЇ ПОЛІТИКИ: ОСВІТА, ЗАЙНЯТІСТЬ, ЖИТЛО” (за підсумками 2014 року). Міністерство молоді та спорту України / [dsmsu.gov.ua](http://dsmsu.gov.ua)

2. Круцевич Т.Ю., Саїнчук М.М. Значення ціннісних орієнтацій та їх сформованість в галузі фізичної культури у старшокласників // XIV Міжнар. конгрес “Олімпійський спорт і спорт для всіх”. – К., 2010. – С. 471.

3. Марченко О.Ю. Особливості гендерної ідентичності у школярів різного віку // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 1. – С. 37–41.

4. Boak A., Hamilton H., Adlaf E., Beitchman J., Wolfe D., Mann R. // The mental health and well-being of Ontario students / CAMH Research Document. – 2014. – № 38. – P. 213–244.

5. Zanetta R.L. Nobre MRC., Lancarotte I. et al. Bringing Up Students in the Healthy Lifestyle Multiplier Students Program, São Paulo, Brazil // Preventing chronic diseases. – São Paulo, Brazil, 2008. – V. 5. - № 3 – P. 1-8.

**Волик Г.П., Скоропадська С.О.**

Київський обласний ліцей – інтернат фізичної культури та спорту

## **ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЗАКЛАДУ СПОРТИВНОГО ПРОФІЛЮ**

В Україні намітилася тенденція до збільшення проявів негативної поведінки серед дітей та молоді. За ряду несприятливих соціокультурних умов дитяче та підліткове середовище спрямоване на прилучення до нікотину, алкоголю, різноманітних наркотиків, на ранні сексуальні зв'язки, що різко погіршує стан фізичного і психічного здоров'я підлітків.

У дітей розвивається агресивність, невдоволеність, почуття заниженої самооцінки. Все це нерідко перетворюється на конфлікти з однолітками, вчителями, батьками. Дослідження засвідчили, що половина дітей, які мають проблеми з фізичним та психічним здоров'ям, схильні до негативних виявів поведінки. Як результат, кожний п'ятий важко засвоює навчальний матеріал. Такі діти втричі частіше порівняно з іншими залучаються до вживання наркотиків. Утрата здоров'я серед молоді створює проблему національної безпеки самого існування держави.

Підхід, спрямований переважно на боротьбу з наслідками негативних явищ, виявився не просто безперспективним, а викликав розчарування, роздратованість, соціальну апатію серед молоді. На жаль, тактика залякування та моралізаторства продовжує панувати в українському інформаційному й освітньому просторі.

Просвітницька робота серед молоді щодо здорового способу життя поки не дуже ефективна. Знання про шляхи збереження і зміцнення здоров'я в навчальних закладах України реалізуються здебільшого формально, епізодично, без урахування об'єктивних тенденцій у молодіжному середовищі (погіршення життєвих умов, послаблення мотивації до здорового способу життя, низький рівень превентивних знань, навичок і вмінь).

Виходячи із завдань реформування освіти на утвердження здорового способу життя в Україні, вчителі Комунального закладу Київської обласної ради “Київський обласний ліцей – інтернат фізичної культури та спорту” визначили мету своєї роботи – сприяння розумінню дітьми і молоддю через просвітницьку роботу переваг здорового способу життя, формування принципів здорового способу життя, стимулювання до самостійного й усвідомленого вибору життєвої

позиції, визначення шляхів позитивної соціалізації молоді, здобуття знань, умінь, навичок здорового способу життя та відмова від негативної поведінки.

Однією з ефективних форм навчання є проведення різноманітних тренінгів, які передбачають отримання знань не в готовому вигляді від вчителя, а через власне сприйняття інформації. А це вже принципово інша основа особистісного розвитку, де переважають процеси мислення та сприйняття свого “Я”.

Тренінгові заняття спрямовані: на підвищення компетентності учасників у сфері формування здорового способу життя; формування умінь та навичок, які сприятимуть усвідомленому вибору правильних варіантів поведінки підлітків щодо здорового способу життя; розвиток установок на усвідомлення потреб та мотивів підлітків у формуванні здорового способу життя.

### **Тренінг “СВОБОДА ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ”**

*Мета:* переконати учнів, що сама лише свобода не приведе їх до досягнення мрій; формувати вміння переконувати своїх однокласників, що свобода завжди повинна супроводжуватися відповідальністю; вміти розрізняти незрілі уявлення про свободу; зрозуміти, що здоровий спосіб життя - це складова для досягнення своєї мрії .

*Обладнання і матеріали:* скринька, паперовий літак, мотузка, пластикова пляшка.

#### **ХІД ТРЕНІНГУ**

##### **I. ЗНАЙОМСТВО**

- Мене звати... -

Моя мрія...

##### **II. ОСНОВНА ЧАСТИНА**

I. Складова для досягнення мрій - це свобода. Що ж таке свобода? Скринька з літаком.

- Змайструйте літак з паперу. Як вони літають?

Скринька з листом. Прочитати листа.

- Напишіть на крилах літака “Свобода” і “Відповідальність”. Відірвіть одне крило від вашого літака і спробуйте запустити.

- Що хотіли сказати розповіддю в листі?

Висновок:

1) літати з одним крилом не можливо;

2) дуже легко відірвати крило ;

3) втрата одного крила спричинює біль.

- Сьогодні будемо говорити про свободу і чому однієї її не достатньо для того, щоб досягти наших мрій у житті. Давайте спробуємо дати визначення свободи, яку мають дорослі.

- Ніхто не вказує мені, що робити.

- У мене достатньо грошей.

- У мене є автомобіль.

- Я не зобов'язаний виконувати хатню роботу.

*Аналіз свободи.*

1. Дивишся телевізор + не робиш домашні завдання = отримаєш погані оцінки.

2. Граєш на комп'ютері + лінуєшся на тренуванні = відсутні успіхи у спорті.  
*Гра "Найсильніший".*

- Колись гнули підкови, демонструючи фізичну силу, а зараз зігнемо пластикову пляшку. Ця гра відповідає 2-ому рівнянню?

*Гра "Два воли".*

( Два учасники запряжені в упряж: хто кого перетягне і дотягнеться до призу)

- Складемо рівняння до цієї гри: Лінуєшся на тренуванні + не засвоюєш правила боротьби або плавання = програєш на змаганнях

*Гра "Найспритніший".*

(Горошок консервований. Виделки. Тарілка. Хто скоріше з'їсть горошок)

- Складемо рівняння до цієї гри: Не правильно харчуєшся + пізно лягаєш спати = перевтомлений організм і хвороби

- Зріла свобода містить у собі розуміння відповідального вибору. Бути відповідальним означає думати наперед і намагатись передбачити, до чого може призвести той чи інший вибір. Якщо ваш вибір може якимось чином зашкодити вам, то краще його скоригувати.

Ось що означає зрілий вибір! Зріла свобода завжди вимагає обмежень. Безмежна свобода може принести нам багато шкоди. Зріла свобода завжди включає в себе відповідальність.

*Гра "Дерево життя".*

Ліцеїсти наліплюють свої розуміння зрілої свободи, можна рівняннями. Наприклад : Тренуюсь + навчаюсь = майстер спорту.

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА. Розповідь Ісуса із Біблії.

Обговорення результатів тренінгу.

Здоров'я людини значною мірою залежить від *екологічних чинників*. Негативно позначається на формуванні здоров'я несприятлива екологічна обстановка, зокрема забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови (частка цих чинників – 20%).

Забруднення ґрунту, повітря чи води хімічними речовинами (відходами заводів, відпрацьованими газами автотранспорту), безконтрольне і неправильне застосування хімічних добрив чи отрутохімікатів у сільському господарстві спричиняють у людей алергічні захворювання, ураження шкіри, травної та дихальної систем, зумовлюють збільшення частоти виникнення злоякісних пухлин (онкологічні захворювання).

Забруднення навколишнього середовища таїть у собі ще й небезпеку генетичних змін. Особливо негативно позначилась на стані здоров'я населення нашої країни аварія на Чорнобильській атомній станції.

Саме цій проблемі присвячено виховну справу "Радіація та харчування".

### **Сценарій виховного заходу з основ здоров'я "РАДІАЦІЯ ТА ХАРЧУВАННЯ"**

Проводиться на зразок програми "Все буде добре".

*Мета:* дати уявлення про явище радіоактивності та його наслідки для здоров'я людини; показати користь та шкоду від радіації; навчити правильно обирати продукти та харчуватися у зоні радіоактивного забруднення.



До глядачів виходить Надія Матвєєва.

*Надія Матвєєва:* Доброго дня, мої любі! Дякую, що завітали до мене!

Ви живете в зоні радіаційного забруднення і у вас немає змоги переїхати в іншу місцевість? Ви, звісно, переймаєтеся своїм здоров'ям та здоров'ям своїх близьких? Не засмучуйтеся! Наші експерти допоможуть вам та дадуть корисні поради.

1. Зустрічайте! У нас у студії Тарас Шпіра, який розповість, що таке радіація та яка від неї небезпека.

*Тарас Шпіра* (розповідь)

- Історія відкриття радіоактивності.

*Виступ учнів в ролі радіоактивних частинок*

- Характеристика дії альфа-, бета – та гамма - променів.

*Тарас Шпіра.*

- Дія опромінення на живі організми.

*Надія Матвєєва:* А де використовується явище радіоактивності з користю для живих організмів?

*Тарас Шпіра.*

- Використання явища радіоактивності

*Надія Матвєєва:*

- Необхідність дотримання певних правил харчування в зоні радіоактивного забруднення

Наш експерт Андрій Бабаєв познайомить нас з радіоактивними елементами, які саме і шкодять нашому організму.

*Андрій Бабаєв.*

До нас у студію ми запросили ті хімічні елементи, які можуть зашкодити нашому організму. Знайомтесь: Стронцій, Йод, Радон та Цезій (виступи учнів, які перевтілилися у відповідні радіоактивні елементи).

*Надія Матвєєва.*

Кожна людина відповідальна за своє здоров'я, а кожна родина – за здоров'я своїх дітей. Добровільно піддаючи себе впливу додаткових факторів ризику у вигляді паління, вживання спиртних напоїв, неправильного харчування, малорухливого способу життя, надлишкового перебування в закритих приміщеннях, нехтуючи елементарними гігієнічними правилами, людина ризикує значною мірою підірвати своє здоров'я і без впливу радіаційного фактора.

А тепер дієтолог Світлана Фус розповість про правильне харчування в умовах радіаційного зараження місцевості.

*Світлана Фус.*

Правильне харчування дозволяє зменшити накопичення радіонуклідів в організмі та мінімізувати дози внутрішнього опромінення. Харчування є найважливішим чинником, що визначає функціонування захисних систем організму від негативних впливів навколишнього середовища, у тому числі радіаційного опромінення. Недостатнє, незбалансоване харчування, наприклад нестача білка або вітамінів, не тільки знижує можливості організму протистояти негативним зовнішнім впливам, але й може призвести до серйозних

захворювань. небезпека радіонуклідів обумовлюється їх всмоктуванням із травного тракту й наступним розподілом і накопиченням в органах і тканинах людини. Тому важливо запобігти надходженню радіонуклідів в організм із продуктами харчування й водою. При цьому раціон харчування повинен містити як речовини, які блокують всмоктування радіонуклідів, так і речовини, що сприяють їхньому виведенню з організму. Для грудних дітей найкращою їжею є материнське молоко. Матерям, які годують, варто споживати продукти, перевірені на вміст радіонуклідів, і уникати вживання дикорослих грибів і ягід, а також риби з непротічних водойм. Раціон дітей, які харчуються із загального столу, повинен включати продукти, багаті на вітаміни і мінеральні речовини, в першу чергу, калій та кальцій, які є антагоністами найбільш значимих радіонуклідів цезію та стронцію. До таких продуктів належать: твердий сир, сир, молоко та кисломолочні продукти, житній хліб, вівсяна, гречана, рисова крупи, м'ясо, морепродукти, яйця, вершкове масло й рослинні олії. Важлива складова раціону – овочі, зелень, фрукти. Як джерело вітамінів і мінеральних речовин, вони також містять пектини й клітковину – речовини, які покращують процеси травлення, зв'язування та виведення різних токсинів і радіонуклідів. Найбільш багаті пектиновими речовинами буряк, редис, морква, баклажани, яблука, зелений горошок, фруктові соки з м'якоттю, фруктові пюре, зефір, джеми, мармелад, желе. Хліб з борошна грубого помолу, вівсяна й гречана крупи поліпшують роботу кишківнику і є важливим елементом харчування як джерела вітамінів і мікроелементів. Для жінок репродуктивного віку і дітей дуже важливо забезпечити достатнє споживання продуктів, що містять йод, у першу чергу, шляхом постійного використання йодованої солі. Йод міститься в морській капусті, морепродуктах, бобових, волоських горіхах. Як особливо цінний продукт можна виділити морську капусту – джерело йоду й альгінату.

*Надія Матвєєва.*

Переможець шоу майстер-шеф Євген Клопотенко розповість правила правильної обробки продуктів та поділиться рецептами корисних страв.

*Євген Клопотенко.*

- Прості способи кулінарної обробки продуктів харчування дозволяють істотно знизити надходження в організм радіонуклідів.

- Ретельне миття овочів і зелені запобігає потраплянню радіонуклідів в організм із часточками ґрунту. Це також важливо з погляду профілактики інфекційних захворювань і глистяних інвазій. Відомо, що цезій добре розчиняється у воді.

- Вимочуванні й варінні овочів, м'яса та грибів значна частина радіоактивних та шкідливих речовин, важких металів і пестицидів переходить у воду або відвар. Квашення, маринування, 10 соління овочів і фруктів знижує вміст у них радіонуклідів на 20 %.

*Надія Матвєєва.*

А Костянтин Грубич покаже, як правильно вибирати овочі та фрукти.

*Костянтин Грубич*

- Правила вибору овочів, фруктів, грибів.

І насамкінець - харчовий астропрогноз від мольфарки *Магдалени Мочіовські.*

*Овен* - їсти побільше листових культур щоб краще наростала вовна.

*Телець* – можна їсти все, крім червоних овочів та фруктів, інакше всі будуть потерпати від вашої агресії.

*Близнюки* – можна вживати всього потрошки, головне не їсти за двох.

*Рак* – вживати прісноводну рибу. Тільки перед вживанням потрібно проводити її термообробку та не займатися сиріодженням.

*Лев* – як хижак, який споживає багато м'яса, повинен під час його термообробки у воді першу її порцію зливати.

*Діва* – потрібно не переїдати та берегти фігуру.

*Терези* – треба зважити всі “за” та “проти”, перш ніж споживати гриби та ягоди.

*Скорпіон* – включати у свій раціон продукти, що містять вітаміни та мінеральні речовини, та не займатися самоїдством.

*Стрілець* – дичину, яку ви вполювали, потрібно ретельно перевіряти у лабораторії на вміст радіонуклідів

*Козеріг* – як знаку стихії Землі треба вживати побільше городини, вирощеної на власній присадибній ділянці.

*Водолій* – пити побільше рідини, особливо соків з м'якоттю та фрешів.

*Риби* – побільше їсти морепродуктів, особливо ламінарію (тобто морську капусту)

Отже, підсумовуючи, зазначимо, що просвітницька робота серед молоді щодо збереження здоров'я має неабияке значення у сучасному світі. Ми – за здорову українську націю!

### **Література**

1. Програма Міністерства освіти і науки України / ПРООН/ЮНЕЙДС “Сприяння просвітницької роботи “рівний – рівному” серед молоді України щодо здорового способу життя”.

2. Шумакова Л.П. Мотиваційний тренінг як засіб активного соціально психологічного навчання // Нові технології навчання: наук.–метод. зб. – К., 2000. – Вип. 25 – С. 114 -120.

3. <https://uk.wikipedia.org/wiki/>

4. <http://verano.rv.ua/navkolishnij-svit/yaki-buvayut-vidi-radioaktivnogo-viprominyuvannya/>

5. <http://mailswm.com/faktori-riziku-zdorov-ya-lyudini/>

**Гончарук В.В., Волкова Т.В.**

Одеська національна академія харчових технологій

## **СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ПРИ ВИРІШЕННІ ПИТАННЯ УКРІПЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Проблема збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді у наш час набула особливої актуальності. Це пов'язано з тим, що на даний час близько 90% студентів мають серйозні відхилення в стані здоров'я, 50% із них знаходяться на диспансерному обліку, а кожного п'ятого студента віднесено до підготовчої чи спеціальної медичної групи або звільнено за станом здоров'я від фізичних навантажень, більше 70% студентів мають низький і нижче

середнього рівні соматичного здоров'я. Наведена статистика свідчить про необхідність неупередженого аналізу найбільш поширеної форми організації занять з фізичного виховання студентської молоді. Соціологічні дослідження встановили, що інтерес до фізичної культури має формальний характер, її засоби у повсякденному житті студентів використовуються дуже обмежено. Факторами впливу на формування негативного ставлення до фізичного виховання є відсутність вільного часу, інтересу до фізичної культури, слабка довузівська підготовка.

Студентська молодь України сьогодні складає науковий, культурний, інтелектуальний потенціал країни, генофонд нації. Питання збереження і зміцнення здоров'я студентів є важливою культурно-освітньою, економічною і соціально-політичною проблемою. Фізичне виховання є складовою всебічного розвитку особистості. Чим більше розвинені фізичні і духовні сили людини, тим вищий рівень її працездатності і результативності праці. Отже, проблема фізичного виховання і сьогодні є актуальною та соціально значущою. Сучасний стан фізичного виховання студентів вимагає об'єктивного аналізу існуючих форм, систем і концепцій його розвитку в українському просторі. Лише такий підхід створює можливості визначення пануючих в ньому тенденцій, існуючого потенціалу, але також і врахування недоліків. На сьогоднішній день серйозне занепокоєння викликає погіршення стану здоров'я сучасної української молоді. Тому нині активно йде переосмислення перспектив розвитку фізичного виховання.

На нашу думку, сучасний фахівець повинний відзначатися не тільки високим рівнем професійної підготовки, але і гарним здоров'ям.

Організаційно-педагогічне та методологічне підґрунтя вдосконалення системи фізичного виховання викладено у дослідженнях Л. Волкова, Т. Круцевич, О. Куца, Б. Шияна, диференційованому фізичному вихованню присвячені дослідження Т. Петровської, Н. Москаленко, В. Веселової та ін.

Процес навчання вимагає напруги пам'яті, стійкості і концентрації уваги, часто супроводжується виникненням стресових ситуацій (іспити, заліки), на що вказує практичний досвід.

У процесі навчання у ВНЗ за курсом фізичного виховання передбачається вирішення наступних завдань: виховання у студентів високих моральних, вольових і фізичних якостей; готовності до високопродуктивної праці; збереження і зміцнення здоров'я студентів; сприяння правильному формуванню і всебічному розвитку організму; підтримка високої працездатності протягом усього періоду навчання; професійно-прикладна фізична підготовка студентів з урахуванням особливостей їх майбутньої педагогічної діяльності; вдосконалення спортивної майстерності студентів-спортсменів; виховання у студентів переконаності в необхідності регулярно займатися фізичною культурою і спортом.

Фізичне виховання у ОНАХТ проводиться протягом двох років навчання і здійснюється у трьох формах, які взаємопов'язані, доповнюють одна одну і

являють собою єдиний процес фізичного виховання. Перша форма, що реалізується на академічних заняттях у навчальний час, передбачає комплексне розв'язання трьох груп педагогічних завдань: освітніх, виховних та оздоровчих з переважною освітньою спрямованістю. Здійснення цієї системи може вважатися задовільним, якщо у студента сформована потреба і він опановує необхідні вміння власного фізичного удосконалення та використовує їх у організації свого життя.

Друга форма передбачає активні заняття спортом у позаурочний час.

Масові оздоровчі, фізкультурні і спортивні заходи, які проводяться в ОНАХТ, такі як походи вихідного дня (2 рази на рік), змагання студентів-першокурсників у студентському багатоборстві. Спортивні свята до Дня визволення Одеси, Дня захисника Вітчизни, Дня Академії, проводяться при активній участі викладачів фізичного виховання. Практикується також Дні здоров'я інститутів і факультетів академії. Всі вищезгадані заходи спрямовані на широке залучення наших студентів до занять фізичною культурою і спортом, на зміцнення їхнього здоров'я, вдосконалення їх фізичної і спортивної підготовленості.

Третя форма – активне дозвілля студентів – передбачає організацію самостійних занять у позаурочний час, використання різних форм і засобів фізичної культури.

Самостійність у роботі, збільшення її ролі у системі навчання сприяє повнішому розкриттю потенційних можливостей студента, забезпечує формування інтересу до вивчення предмету, активізує мислення, спонукає до глибокого знання і слугує вмінню активно набувати його [3, с. 321]. Окремі аспекти теорії і практики фізичного виховання у вищій школі, а саме проблеми організації самостійної роботи студентів ВНЗ досліджували Т. Овчаренко, Т. Цюпак, Р. Сіренко [4, с. 188]. Обов'язкові заняття з фізичного виховання в вищих навчальних закладах не завжди спроможні поповнити дефіцит рухової активності студентів, забезпечити відновлення їхньої розумової працездатності, запобігти захворюванням, що розвиваються на фоні хронічної втоми. Вирішенню цього завдання сприяють самостійні заняття студентів фізичними вправами протягом тижня. Організація самостійних занять студентів передбачає: підвищення рівня теоретичних знань з фізичної культури і спорту; підготовку до виконання нормативів з програми фізичного виховання, професійну підготовленість, удосконалення рухових умінь та навичок, які були засвоєні на обов'язкових заняттях. Самостійні заняття фізичною культурою та спортом допомагають ліквідувати дефіцит рухової діяльності, сприяють більш активному засвоєнню навчальної програми та здачі контрольних нормативів. Під час проведення самостійних занять підвищується не тільки рівень фізичної підготовленості студентів, але й розвиваються такі моральні якості, як працьовитість та само дисциплінованість [1, с. 15]. У сукупності з навчальними заняттями правильно організовані самостійні заняття забезпечують оптимальну безперервність і ефективність фізичного виховання.

Самостійні заняття сприяють кращому засвоєнню навчального матеріалу, дозволяють збільшити загальний час занять фізичними вправами, прискорюють

процес фізичного вдосконалення, та є одним із шляхів впровадження фізичної культури і спорту в побут і відпочинок студентів.

Діяльність сучасного загальноосвітнього закладу зі збереження та зміцнення здоров'я учнів лише тоді може вважатися повноцінною та ефективною, якщо в повній мірі, професійно та ефективно в єдиній системі реалізуються здоров'язбережувальні та здоров'яформувальні технології. На сьогоднішній день зростає значення фізичної культури як засобу оптимізації режиму життя, активного відпочинку, збереження і підвищення працездатності студентів протягом усього періоду навчання у ВНЗ. Поряд з цими засобами фізичної культури забезпечується загальна і спеціальна фізична підготовка стосовно до умов майбутньої професії.

#### **Література**

1. Боднар І.Р. Фізичне виховання студентів з низьким рівнем фізичної підготовленості: автореф. дис. ... канд. наук з фізичн. вих. і спорту. – Луцьк, 2000. – 19 с.
2. Давиденко Д. Фізична культура і культура здоров'я // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. - 2010. - № 2. - С. 65-70.
3. Операйло С. Фізична культура і спорт – реалії і перспективи в умовах розбудови національної освіти // Фізичне виховання в школі. – 2004. – № 4. – С. 8-11.
4. Сіренко Р. Методичне забезпечення самостійної роботи з фізичного виховання студентів вищих навчальних закладів // Зб. наук. пр. Волинського державного університету імені Лесі Українки. – Луцьк, 2005. – С. 187–189.

**Гурова А.І.**

Херсонський державний університет

### **ЗАВДАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Цукровий діабет є актуальною медико-соціальною проблемою сучасності, яка за поширеністю захворюваності має всі риси епідемії, що охоплює більшість економічно розвинених країн світу. Це захворювання характеризується, як правило, важким, прогресуючим плином, що вимагає постійного проведення комплексних лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на збереження працездатності хворих, профілактику появи і прогресування ускладнень, поліпшення якості життя хворих шляхом оптимізації надання лікувальної допомоги [1].

За узагальненими даними ВООЗ поширеність цукрового діабету коливається в межах 4-7% населення. В економічно розвинутих країнах світу до 4-6% населення хворіє на цукровий діабет. В Україні цей показник вдвічі менший – близько 2,9%.

Під час досліджень проведених у Херсонському обласному ендокринологічному диспансері, нами було виявлено що загальна кількість людей хворих на цукровий діабет у м. Херсоні складає приблизно 3% від населення і з 2013 по 2015 р. становила: 8257, 8690, 9159 осіб, що показано у табл. 1.

Таблиця 1.

## Загальна кількість осіб хворих на цукровий діабет за 2013-2015 рр.

	Перебуває на диспансерному обліку		
	2013	2014	2015
Місто Херсон	8257	8690	9159

Проаналізувавши дані таблиці, ми бачимо, що з 2013 по 2014 рік збільшилася кількість хворих на цукровий діабет на 435 осіб, що складає 5,2%, а з 2014 по 2015 рік на 469 осіб, що становить 5,3%.

У табл. 2 показаний гендерний розподіл хворих на цукровий діабет у місті Херсоні за цей же період.

З табл. 2 видно, що кількість хворих чоловіків переважає кількість хворих жінок, за кожний з років, які ми дослідили. На жаль, поширеність цього захворювання неухильно зростає незалежно від статі, що збігається із загальною тенденцією у світі.

Таблиця 2

## Гендерний розподіл хворих на цукровий діабет

Місто Херсон	2013 р.		2014 р.		2015 р.	
	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж
Усього хворих	4675	3582	4916	3774	5163	3996

Вітчизняна і зарубіжна практика фізичної реабілітації при цукровому діабеті накопичила достатньо даних про лікувальний вплив фізичних вправ, масажу, фізіотерапевтичних процедур на організм страждаючого діабетом. При правильно побудованих заняттях і постійному контролі можна позбавитися від побічних явищ хвороби (ожиріння, підвищення АТ, порушення обміну речовин), нормалізувати вміст цукру в крові, покращити самопочуття хворого.

У комплексному лікуванні цукрового діабету значне місце приділяється основним методам та засобам фізичної реабілітації (лікувальній фізичній культурі, масажу і фізіотерапії), що діють не тільки симптоматично, а і націлені на окремі ланки патогенезу.

Завдання лікувальної фізкультури при цукровому діабеті вирішуються в рамках раціональної комплексної терапії і зводяться до компенсації відносної інсулінової недостатності, підвищення стійкості організму до вуглеводів, поліпшення і нормалізації обмінних процесів у цілому. Особливо важливе використання засобів лікувальної фізкультури для відновлення адаптації до фізичних навантажень зростаючої інтенсивності, для відновлення рухових навичок і нормалізації моторики, а також для підвищення рівня неспецифічної опірності і нормалізації реактивності [4].

Використання в комплексній терапії ЛФК сприяє швидшій нормалізації обміну речовин, що пов'язано як із стимулюючою, так і з трофічною дією фізичних вправ. Під впливом останніх збільшується споживання м'язами глюкози, жирних кислот і кетонових тіл, що зменшує вміст цих речовин у крові.

При короткочасній роботі споживання вуглеводів м'язами невелике і не супроводжується зменшенням рівня глюкози в крові. При тривалій м'язовій роботі помірної інтенсивності рівень глюкози знижується. Дозована м'язова робота під час занять 30-хвилинної тривалості призводить до зниження рівня цукру в крові [1].

За даними Річардсона, Б. Бажанова, фізичні вправи сприяють посиленню дії інсуліну в циклі Кребса. Таким чином, можна вважати встановленим, що фізичні вправи сприяють нормалізації окислювально-відновних процесів при цукровому діабеті в рамках комплексної терапії, посиленню компенсаторної перебудови обміну речовин, а також перешкоджають патологічним наслідкам такої перебудови у вигляді накопичення кетонових тіл. Під впливом фізичних вправ поліпшується здатність організму хворого засвоювати глюкозу, перш за все м'язовою тканиною. Важливою стороною дії засобів лікувальної фізкультури є підвищення стійкості організму хворого до прийому вуглеводів і, отже, зменшення небезпеки виникнення діабетичної коми [3].

Покращуюча дія фізичних вправ виявляється при цукровому діабеті по відношенню не тільки до вуглеводного, але й до решти видів обміну. Так, при систематичному застосуванні лікувальної фізичної культури зменшується патологічне відкладення жиру. У дітей, що перебувають у стані росту і розвитку, застосування лікувальної фізкультури необхідне і як засіб нормалізації енерговитрат [3].

У методиці лікувальної фізкультури при цукровому діабеті враховується фізіологічна і біохімічна дія фізичних вправ різної інтенсивності. Так, м'язові вправи великої інтенсивності, при виконанні яких утворюється значний кисневий борг, стимулюють анаеробні енергетичні процеси (гліколіз, розпад глікогену) і приводять до накопичення молочної кислоти і метаболічного ацидозу, не впливаючи на рівень цукру в крові. Навпаки, м'язове навантаження помірної інтенсивності, що досягається фізичними вправами для середніх і крупних м'язів з обмеженим числом повторень, в повільному і середньому темпі, в чергуванні з динамічними дихальними вправами, сприяє споживанню глюкози з крові і її повному згоранню в м'язах, зменшуючи вміст цукру в крові. Таким чином, при цукровому діабеті в лікувальній фізкультурі використовуються гімнастичні вправи у поєднанні з дихальними, а також рухливі ігри при помірному (середньому) рівні фізичного навантаження.

Заняття проводяться в добре провітрюваному приміщенні. Конкретний підбір вправ встановлюється руховим режимом хворих, що своєю чергою призначається на основі оцінки загального стану, клінічної картини, виразності інсулінової недостатності [5].

В умовах постільного режиму лікувальна фізкультура проводиться у формі індивідуальних занять тривалістю до 15 хв. з використанням простих за виконанням гімнастичних вправ для малих і середніх м'язових груп. Початкові положення лежачи і сидячи, темп – повільний. Допустиме включення вправ для крупних м'язів з прийомами полегшення або допомогою інструктора. У цьому періоді застосовуються як статичні, так і динамічні дихальні вправи. Можливе



застосування ігор малої рухливості. Фізичне навантаження нижче середньої інтенсивності.

По мірі поліпшення стану хворого і зниження рівня цукру в крові руховий режим розширюється до палатного. Заняття лікувальною фізкультурою проводяться після легкого сніданку. Крім того, лікувальна фізкультура призначається також у формі самостійно виконуваних вправ і елементів лікувальної фізкультури в режимі дня у вигляді спокійних прогулянок на свіжому повітрі та ігор малої і середньої рухливості в періоди неспання. Спеціальні заняття тривалістю до 25 хв. включають вправи для всіх м'язових груп з будь-яких початкових положень, але для крупних м'язів як і раніше використовують прийоми полегшення. Темп виконання вправ – повільний і середній. Із загальнорозвивальними вправами чергуються дихальні і в розслабленні, збільшуються паузи, так що загальна моторна щільність заняття не вище 60%. При введенні рухливих ігор виключають інтенсивні навантаження. Повільне, поступове зростання фізичних навантажень під час занять дозволяє підвищити адаптацію до них.

При подальшому поліпшенні функціональних і клінічних показників пацієнта переводять на загальний режим. Лікувальна фізкультура, що проводиться у всіх формах, повинна підготувати його до навантажень в об'ємі побутового і трудового режимів, а також забезпечити повноцінне вирішення всіх лікувальних завдань. Це досягається збільшенням тривалості занять лікувальною фізкультурою до 30-40 хв. і доведенням їх щільності до звичайного рівня, введенням у заняття фізичних вправ загальнорозвивального характеру для всіх м'язових груп, збільшенням числа повторень, включенням обтяжень і опору, різних початкових положень тощо. Проте рівень фізичного навантаження не повинен перевищувати середній, що забезпечується ретельним контролем за реакцією на заняття. При суб'єктивних і об'єктивних ознаках стомлення, м'язових болях, пітливості, неприємних відчуттях в області серця навантаження знижується, зменшується число повторень вправ, збільшується число дихальних і вправ в розслабленні. Кращому перенесенню навантажень сприяють прикладні вправи циклічного характеру, що виконуються на хорошому емоційному фоні, рухливі ігри, вправи на координацію і рівновагу [3].

Окрема, найважливіша складова занять лікувальною фізкультурою з хворими на цукровий діабет – лікувальна гімнастика для стоп. Початкове положення - сидячи на стільці. Стопи спираються на підлогу. На перших процедурах з 1 по 5-ю вправу можна виконувати у в.п. лежачи на спині.

1. Підняти ногу, зігнути в коліні, відірвавши стопу від підлоги. Випрямити ногу. Потягнути пальці стопи на себе. Опустити ногу на підлогу. Вправа виконують поперемінно для правої і лівої ноги.

2. Те ж, але з відтягуванням пальців стопи від себе.

3. Те ж, що і в 1-й вправі, але проводиться обома ногами одночасно.

4. Те ж, що і в 3-й вправі, але в той час, коли ноги витягнуті, здійснювати тильне і підошовне згинання стоп поперемінно. При згинанні рух виконується з помірним напруженням, тому що іноді виникають судоми литкового м'яза.

5. Те ж, що і в 1-й вправі, але рухи в гомілковостопному суглобі виконують за довільною траєкторії (кругові, у формі “вісімки” і т.п.). Пацієнт повинен уникати положення “нога на ногу”, яке часто використовують, щоб полегшити виконання вправ (при цьому істотно погіршується кровообіг в гомілці і стопі).

6. В.п. - Стопа на підлозі. Поперемінне (або одночасне) піднімання і опускання носків правої і лівої ноги. Їх кругові рухи.

7. В.п. - Те саме. Поперемінне (або одночасне) піднімання і опускання п'ят правої і лівої ноги. Їх кругові рухи.

8. В.п. - Те ж. Підняти внутрішні краї стоп так, щоб підошви були звернені одна до одної, потім підняти зовнішні краї стоп.

9. Розведення пальців із затримкою на 5-6 сек і повернення у в.п.

10. Здавлювання пальцями стопи невеликого гумового м'яча.

11. Пальцями стопи зібрати шматок тканини або аркуш паперу (газети) в грудку, потім так само ногами розгладити його. Вправу можна проводити в іншій формі: захоплювати пальцями стопи дрібні предмети, розсипані по підлозі, або збирати пальцями в складки шматок тканини і т.п.

12. Катання ногами циліндричних предметів, краще валика з гумовими шипами від масажера для ніг або масажного м'ячика-їжачка. Рухи різними площинами стопи від носка до п'яти повинні бути досить повільними, тоді ефективніше поліпшення крово- і лімфообігу.

13. Стоячи, піднятися навшпиньки і повільно опуститися.

Вправи 11-13, крім поліпшення кровообігу і зміцнення м'язів стопи і гомілки, служать для профілактики плоскостопості, швидко прогресуючого у хворих діабетом через ослаблення м'язів нижньої кінцівки. Більш підготовлені пацієнти ряд перелічених вище вправ можуть виконувати в ізометричному режимі або як динамічні з опором, яке надає п'ята або носок непрацюючої ноги. Так, при тильному згинанні правої стопи п'ята лівої ноги, розташована на носку першої, чинить опір підйому стопи. Всі вправи виконують по 10-12 разів в помірному темпі 2-3 рази на день [2].

Після проходження реабілітації у лікарні, хворі перебувають на диспансерному обліку під спостереженням ендокринолога. Їм дозволяються заняття фізичною культурою в спеціальній медичній групі або в амбулаторно-поліклінічних умовах. Завдання таких занять – сприяти стійкій компенсації процесу і підтримці досягнутого рівня адаптації до фізичних навантажень. У комплексному відновленні хворих на цукровий діабет застосовуються також, обов'язково, масаж, фізіотерапія, дієтотерапія.

### Література

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремьинская М.В. Лечение сахарного диабета и его осложнений. - М.: ОАО “Изд-во Медицина”, 2005. — 512 с.

2. Лечебная физическая культура: учеб. пособ. / В.А. Епифанов. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2006. – С. 249-262.

3. Касаткина Э.П. Физическая нагрузка у больных сахарным диабетом [Електронний ресурс] // Проблеми ендокринології, 2013- Режим доступу: <https://moidiabet.ru/articles/epkasatkina-fizicheskaja-nagruzka-u-bolnih-saharnim-diabetom>.

4. Мухін В.М. Фізична реабілітація. - К.: Олімпійська література, 2005. - 472 с.

5. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу / за ред. проф. В.В. Клапчука, проф. О.С. Полянської. – Чернівці: Прут, 2006. – 208 с.

Дегтяренко Т.В.<sup>1</sup>, Яготін Р.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Південноукраїнський національний педагогічний  
університет імені Ушинського,

<sup>2</sup>Одеська національна академія харчових технологій

## **ПРОГРАМА ОЦІНКИ ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕНІ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

Організація занять з фізичної культури для студентів, які отримують університетську освіту в теперішній час спрямована на вдосконалення їх адаптації до фізичних і психічних навантажень, має профілактичну, реабілітаційну спрямованість та набув медико-соціального значення. Подальша розробка цього наукового напрямку передбачає: 1) вдосконалення теоретико-методологічних підходів до організації учбового процесу з фізичного виховання для вищезазначеної категорії молоді; 2) розробку комплексних програм психофізіологічного обстеження з використанням об'єктивних діагностичних критеріїв визначення адаптаційних можливостей студентів; 3) своєчасне впровадження в практику роботи освітніх установ орієнтованих методів медико-педагогічного супроводу студентської молоді, що буде сприяти поліпшенню стану психосоматичного здоров'я студентів та їхній успішній інтеграції в соціальне середовище.

Доцільність проведення психофізіологічних досліджень полягає в тому, що надає можливість оволодіння фахівцями в галузі фізичної культури необхідним арсеналом засобів валідної психофізіологічної діагностики стану перцептивно-когнітивних і психомоторних функцій студентів, що дозволить реалізувати застосування диференційованих та індивідуалізованих заходів педагогічної роботи зі студентською молоддю при проведенні занять з фізичної культури в умовах університетської освіти [3; 4].

Актуальною, але недостатньо вирішеною в педагогічній практиці залишається проблема реалізації диференційованого підходу до визначення адаптаційних резервів у студентів з різним станом психосоматичного здоров'я при проведенні занять з фізичної культури

*Метою роботи* стало обґрунтування доцільності реалізації при медико-педагогічному супроводі занять з фізичної культури комплексних програм психофізіологічного обстеження студентів для визначення їх адаптивних можливостей та стану психосоматичного здоров'я.

Поняття психофізіологічного стану (ПФС) на відміну від розуміння функціонального стану людини як простого комплексу (чи сукупності) показників відразу почали розглядати як єдину інтегральну систему, методологічно спираючись при цьому на теорію функціональних систем, яка була розроблена видатними науковцями двадцятого століття К. Судаковим, П. Анохіним та іншими в 50-70 роках минулого століття. Питання системної психофізіології отримали подальшу розробку у цілому ряді фундаментальних досліджень і вчення про системну організацію ПФС знайшло своє підтвердження і в подальших дослідженнях. ПФС слід розглядати як систему

психофізіологічних функцій особистості, що визначають продуктивність професійної діяльності та працездатність людини в даний термін відрізок часу.

На нашу думку розгорнутим та докладним наступне визначення психофізіологічного стану: ПФС – це складна ієрархічна система, що має довершенні механізми саморегуляції та самовдосконалення; вона являє собою динамічну за складовими і своєрідно розгорнуту в часі єдність внутрішніх компонентів індивіду – біоенергетичного, нейрофізіологічного, психічного, поведінкового, особистісного та соціально-психологічного. Вищезазначені компоненти, що організовані за холархічною стратегією забезпечують досягнення бажаних цілей певної діяльності і при цьому майбутнім результатом і системно утворювальним фактором такої психофункціональної системи індивіда є досягнення суб'єктом корисного пристосувального (адаптивного) результату.

Здійснена реалізація комплексних програм психофізіологічного обстеження у дітей при різному стані їх психосоматичного здоров'я з використанням запропонованих авторських способів визначення стану перцептивно-когнітивних і психомоторних функцій та ступеню їх порушень [1; 2]. Розроблені нові методи психофізіологічної діагностики мають реальні перспективи для впровадження в практику роботи вищих навчальних закладів для здійснення валідної оцінки адаптивних можливостей студентської молоді. Наукова-педагогічна діяльність в галузі університетської освіти потребує вдосконалення індивідуалізованих методів оцінки психофункціонального стану організму майбутніх фахівців та опрацювання фізіологічно-адекватних заходів оздоровлення студентської молоді

Перспективним але ще не достатньо розробленим науково-практичним, напрямом слід вважати розробку та опрацювання універсального алгоритму психофізіологічного забезпечення діяльності особистості, послідовне виконання якого надасть можливість досягнути максимально можливого ефекту при такому соціально важливому виді діяльності, як навчальна діяльність.

Запропонована нами комплексна програма психофізіологічного обстеження студентів містить наступні розділи і визначає ПФС за такими об'єктивними показниками:

*I. Загальні дані: вік, стать, анамнез.*

*II. Властивості нервової системи*

1. “Теппінг-тест” за Іл’їним:

1) Швидкість руху лівою рукою N: 5.6 →

2) Швидкість руху правою рукою N: 5.6 →

3) Різниця швидкостей по модулю, N: 0,07-1,8

4) Показник стомлюваності: ліва рука N: -20-5

5) Показник стомлюваності: права рука N: -20-5

6) Тип нервової системи: 1 - слабкий, 2 - середній, 3 – сильний

7) Визначення коефіцієнту міжпівкулевої асиметрії мозку N: 1-3.

*III. Психомоторні якості*

1. Зорові сенсомоторні реакції

1) Проста сенсомоторна реакція, мс, N: 220-260

2) Складна сенсомоторна реакція, мс, N: 280-320

- 3) Сенсомоторна реакція вибору, мс, N: 360-400
2. Реакція на рухомий об'єкт
  - 1) РРО-коло: сенсомоторна точність, мс, N: 26-38 ←;
  - 2) РРО-коло: рівень сенсомоторного збудження, мс, N: 1-10
  - 3) РРО-смуга: сенсомоторна точність, мс, N: 26-38
  - 4) РРО-смуга: рівень сенсомоторного збудження, мс, N: 1-10
  - 5) РРО-сектор1: сенсомоторна точність, мс, N: 26-38
  - 6) РРО- сектор1: рівень сенсомоторного збудження, мс, N: 1-10
  - 7) РРО-сектор2: сенсомоторна точність, мс, N: 26-38
  - 8) РРО- сектор2: рівень сенсомоторного збудження, мс, N: 1-10
3. Динамометрія
  - 1) Сила кистей рук, N: 25-45
  - 2) Визначення м'язової витривалості
4. Координаціоннометрія
  - 1) Середня кількість торкань за сек.,
  - 2) Середня тривалість торкань за сек.

#### *IV. Якості уваги*

1. Таблиці Горбова
  - 1) Час пошуку чорних чисел, N: 40-50
  - 2) Час пошуку червоних чисел, N: 40-50
  - 3) Концентрація уваги, N: 80-100
  - 4) Перемикання уваги по Горбову, N: 90
2. Таблиці Шульте
  - 1) Стійкість уваги N: 40-50
  - 2) Показник стомлюваності

#### *V. Активність мислення*

1. Кубики Косса  
Швидкість дії, N: 240-420

Завдяки об'єктивним параметрам оцінки стану перцептивно-когнітивних, інтелектуальних та психомоторних функцій відбувається фіксація, реєстрація, порівняння, класифікація всієї інформації про інтелектуальну, психомоторну та емоційну складові ПФС студентів, а відтак і отримується змога виявляти прояви зниження адаптаційних можливостей та відхилень у стані психосоматичного здоров'я студентської молоді. На підставі оцінки індивідуальних властивостей нервової системи за превалюванням процесів збудження чи гальмування, а також визначання стану психомоторики і перцептивно-когнітивних функцій у обстеженого контингенту мають розроблятися орієнтовані заходи адаптивної корекції.

До тепер існуючі психофізіологічні дослідження, щодо оцінки розвитку перцептивно-когнітивних функцій і стану психомоторики у студентів в основному відносилися до кола наукових інтересів валеологів та фізіологів, але в дійсний час валідні психофізіологічні методики мають реальні перспективи для впровадження в практику організаційно-виховної роботи вищих навчальних закладів. Проведення досліджень у вищезазначеному науковому напрямі спрямовано на вирішення актуальних проблем адаптації студентів до фізичних і

психічних навантажень в процесі їх навчальної діяльності для досягнення високого рівня їх працездатності та творчої активності

Таким чином, розробка, опрацювання та впровадження в практику роботи вищих навчальних закладів комплексних програм психофізіологічного обстеження студентів з використанням авторських, інформативних та об'єктивних скринінгових методик оцінки психофізіологічного стану дозволяє визначити наявність розладів у психоемоційній сфері, порушень психомоторних та перцептивно-когнітивних функцій. Вищезазначене є вельми актуальним для оцінки адаптативних резервів студентської молоді та вдосконалення надання ефективної психолого-педагогічної допомоги при існуючих проблемах зі станом психосоматичного здоров'я та відхиленнями у поведінці, що має соціально-психологічне значення в сучасному освітньому просторі. Доцільним слід вважати використання з цією метою об'єктивних психофізіологічних параметрів оцінки ПФС студентів при медико-педагогічному супроводі занять з фізичної культури.

Запропонована розробка має практичну спрямованість і в теперішній час є реальні перспективи для її використання при комплексному психофізіологічному обстеженні студентів з метою своєчасного виявлення їх адаптаційних резервів, визначення стану когнітивних функцій і психомоторних якостей, а також запровадження орієнтованих заходів фізичної реабілітації.

#### Література

1. Дегтяренко Т.В. Психофизиологическая парадигма в решении актуальных проблем рекреационной психологи // Наука і освіта. - Одеса: ПНПУ ім. К.Д. Ушинського, 2011. - № 11. - С. 42-46.
2. Дегтяренко Т.В., Коджебаш В.Ф. Антропогенетика для психологов: учеб. для студ. психол.-пед. профиля. - Одесса: Бондаренко М.А., 2016. – 268 с.
3. Коробейніков Г.В. та ін. Діагностика психофізіологічних станів спортсменів: метод. посіб. – К.: 2008. – 64 с.
4. Макаренко М.В., Лізогуб В.С. Онтогенез психофізіологічних функцій людини. – Черкаси: Вертикаль, ПП Кардич С.Г., 2011. – 256 с.

Долинний Ю.О.

Донбаська державна машинобудівна академія  
(м. Краматорськ)

### **АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ**

Актуальною проблемою сучасної педагогічної теорії і практики є процеси професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями у вищій школі. Підвищена увага до цього питання великої кількості педагогів, психологів, соціологів зумовлена тим, що діти з обмеженими фізичними можливостями в сучасному демократичному суспільстві не мають права

залишатися на узбіччі соціально-культурних процесів, системи людських взаємин і цінностей. Ці діти мають такі ж права, як і здорові: їм необхідно повноцінно навчатися, отримувати загальну освіту та в майбутньому приносити користь суспільству та державі.

Процес становлення нашої держави, демократичний розвиток суспільства, соціальна політика України вимагає переходу до нового типу гуманістично-інноваційної фізкультурної освіти, яка здійснюється на основі впровадження нового змісту, форм, методів навчання, підвищення якості професійної підготовки, розвитку професійно значущих якостей майбутнього фахівця з фізичного виховання та спорту, що відповідають вимогам сучасної реабілітаційної роботи з дітьми.

Отже, якісна професійна підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту є актуальною проблемою сучасності.

Напрямок професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання і спорту у своїх роботах розкривають такі автори як Р. Арзютов, Н. Віленський, О. Демінський, Є. Каргополов, А. Конох, О. Петунін, Л. Сущенко, В. Чичикін, Б. Шиян, Ю. Шкретій та ін. Питання організаційно-педагогічних умов професійної підготовки майбутніх спеціалістів до управлінської діяльності розглядали автори М. Дутчак, Т. Коваль, В. Пикельна, С. Тарасова та ін. Аналіз різних аспектів професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання та спорту у вищих навчальних закладах у своїх роботах дають В. Бабич, М. Данилко, Л. Демінська, Л. Іванова, Р. Карпюк, М. Карченкова, В. Омеляненко, О. Тимошенко, Ж. Холодов та ін. Особливості розвитку готовності до професійної діяльності майбутніх фахівців у вищих закладах з різних позицій досліджували Ю. Бойчук, І. Гавриш, М. Галицька, Т. Руднева, Р. Санжаєва, Р. Троцько, О. Хрущ-Ріпська та ін.

*Мета дослідження* - розглянути сучасний стан готовності майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями на прикладі трьох навчальних закладів України.

*Завдання дослідження:* 1) розглянути вітчизняні літературні джерела, які висвітлюють сучасний стан підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до професійної діяльності; 2) провести анкетне опитування щодо готовності майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями.

Фізичною реабілітацією дітей і молоді з обмеженими фізичними можливостями, крім медиків, соціальних робітників, педагогів, займаються фахівці фізичної культури та спорту. Фахівці з фізичного виховання і спорту відчутно розширили межі у методах, засобах і напрямках реабілітації. У співпраці з лікарями та працівниками соціальних і педагогічних служб фахівці з фізичного виховання і спорту закладають основи національної системи фізичної реабілітації людей з обмеженими фізичними можливостями.

Українське суспільство вже давно потребує підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями за спеціальностями “Фізична

реабілітація”. На це вказує й цільова комплексна програма “Фізичне виховання – здоров’я нації”, де мова йде про потребу використання кадрового потенціалу у функціонально оздоровчій сфері. Підвищення якості підготовки спеціалістів з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями через впровадження сучасних наукових досягнень має перспективи розвитку цієї галузі (Цільова комплексна програма “Фізичне виховання – Здоров’я нації”. – К., 1988. , с. 48).

У зв’язку з цим І. Прихода вказує на те що постала гостра проблема оптимізувати систему професійної діяльності та підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Україні на підставі аналізу організаційно-методологічних підходів до цього процесу[5, с. 61].

Система професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації, що діє в Україні, має порівняно недовгу історію, яка пройшла у своєму розвитку декілька етапів і у наш час має певні організаційно-методологічні особливості, які не дозволяють повною мірою вирішувати оздоровчо-реабілітаційні завдання, що стосується реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями (І. Прихода).

Фізична реабілітація зараз розглядається як галузь знань, що знаходиться на стику фізичного виховання й охорони здоров’я, має своєю метою максимальне відновлення функціональних можливостей організму людини шляхом використання фізичних вправ, тому підготовка фахівців фізичної реабілітації повністю відповідає завданням, що стоять перед українською системою охорони здоров’я і є у наш час надзвичайно актуальною (Є. Приступа).

А. Гаврилов, І. Прихода вказують на те що успішна вступна компанія абітурієнта не гарантує під час навчального періоду оволодіння студентом високим рівнем професійної компетенції випускника реабілітолога. Це зумовлено такими чинниками: вищі навчальні заклади не відповідають за якість професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи; комерціалізація вищих навчальних закладів [1; 5].

На основі організованих спостережень Н. Гусевої., Т. Осадчої, І. Приходи, Г. Степанова за останні роки були визначені структура й етапи, з яких складається система підготовки фахівця з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з людьми з обмеженими фізичними можливостями, а саме:

1. Визначення критеріїв відбору абітурієнтів на спеціальність “Фізична реабілітація”.

2. Створення у кожному вищому навчальному закладі моделі фахівця з фізичної реабілітації з урахуванням стану здоров’я регіону і кадрово-базових можливостей конкретного закладу.

3. Формування профілів спеціалізації фахівця відносно розподілу праці.

4. Виділення і повний опис типових завдань, що буде вирішувати фізичний реабілітолог у своїй майбутній професійній діяльності.



5. Побудова ієрархії типових завдань і професійних цінностей вищого порядку.

6. Побудова моделі підготовки майбутнього фахівця, в якій здійснюється проекція вимог до фахівця відповідно змісту навчального процесу, навчальних планів, програм, методів навчання.

7. Визначення необхідного базового рівня, а також «нижньої межі» базових знань, допустимих для цієї спеціальності.

8. Пропорційне співвідношення медичних і валеологічно-реабілітаційних оздоровчих знань, а також визначення ступеня їх впливу на формування внутрішніх цінностей і стилю професійного мислення.

9. Визначення вектора одержання знань з урахуванням зміни вимог до оздоровчої спеціальності [2].

10. Аналіз програм, запланованих для викладання дисциплін, і пропонує методів навчання.

11. Неперервність теоретичної і практичної підготовки [2; 5].

Великою проблемою підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи є недостатнє знання анатомії та фізіології нервової системи дітей з обмеженими фізичними можливостями. У більшості ВНЗ на їх вивчення виділений мінімальний час, недостатній для хоча б більш-менш повного усвідомлення матеріалів.

Для вирішення цієї проблеми Д. Воронін пропонує ввести спецкурс нейроанатомії або збільшити кількість навчальних годин предмету “Фізична реабілітація дітей при захворюваннях нервової системи” та викладання основних положень нейроанатомії на початку цього курсу. У цей курс варто також внести опис розвитку нервової системи у дитини й окремих її функцій, що відсутній у підручниках з фізичної реабілітації.

Сучасна підготовка майбутнього фахівця з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи із слів авторів О. Матрошиліна, О. Зав’ялової, О. Рогалюк, Г. Пшисада, І. Кволек поряд з вивченням основ анатомії, фізіології потребує ще й знання етіології, патогенезу, клініки різних захворювань. Робочі програми передбачають обов’язкове оволодіння різними методами лікування та відновлення здоров’я, зокрема й підготовка спеціаліста-реабілітолога в галузі фізіотерапії.

С. Іванова вказує, що сучасний фахівець з фізичного виховання і спорту, що у майбутньому буде проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями, під час навчання у вищих навчальних має оволодіти знаннями з анатомії та фізіології дитини та використовувати потім у своїй професійній діяльності: методи профілактики й корекції м’язово-скелетних дисфункцій на підставі виявлення анатомічних, фізіологічних, патологічних та психосоціальних характеристик; теорію та практику застосування фізичних вправ; біомеханіку, моторний контроль, розвиток дитини, кінезіологію та патокінезіологію; методика, доцільність і обсяг застосування заходів профілактики та корекції рухових дисфункцій у осіб різного віку, зокрема при неврологічних, опорно-рухових, серцево-судинних і респіраторних захворюваннях; закономірності організації й розвитку систем

фізичного виховання, охорони здоров'я, освіти й соціального захисту, основи національного та міжнародного законодавства у цих галузях; основи психології, соціології, антропології, екології та валеології, основи наукових досліджень, планування та виконання експериментальних робіт, засади організації праці, адміністрації й менеджменту в державному і приватному секторах (С. Іванова).

Дослідження В. Кукси вказує на те, що майбутні фахівці зі спеціальності “Фізична реабілітація” повинні отримувати знання з питань анатомії, фізіології людини, фізіологічних основ фізичної культури, лікувальної фізкультури, фізичної реабілітації при різних захворюваннях і травмах, технічних засобів і методів фізичної реабілітації, спортивної медицини.

Розглянувши роботи сучасних вітчизняних та іноземних авторів, які розглядали питання підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи ми вирішили за доцільне здійснити своє соціологічне дослідження сучасного стану підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями на базі трьох вищих навчальних закладів Міністерства освіти і науки України, а саме: Донбаського державного педагогічного університету (м. Слов'янськ), Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, Донбаський інститут техніки і менеджменту Міжнародного науково-технічного університету ім. акад. Ю. Бугая (м. Краматорськ).

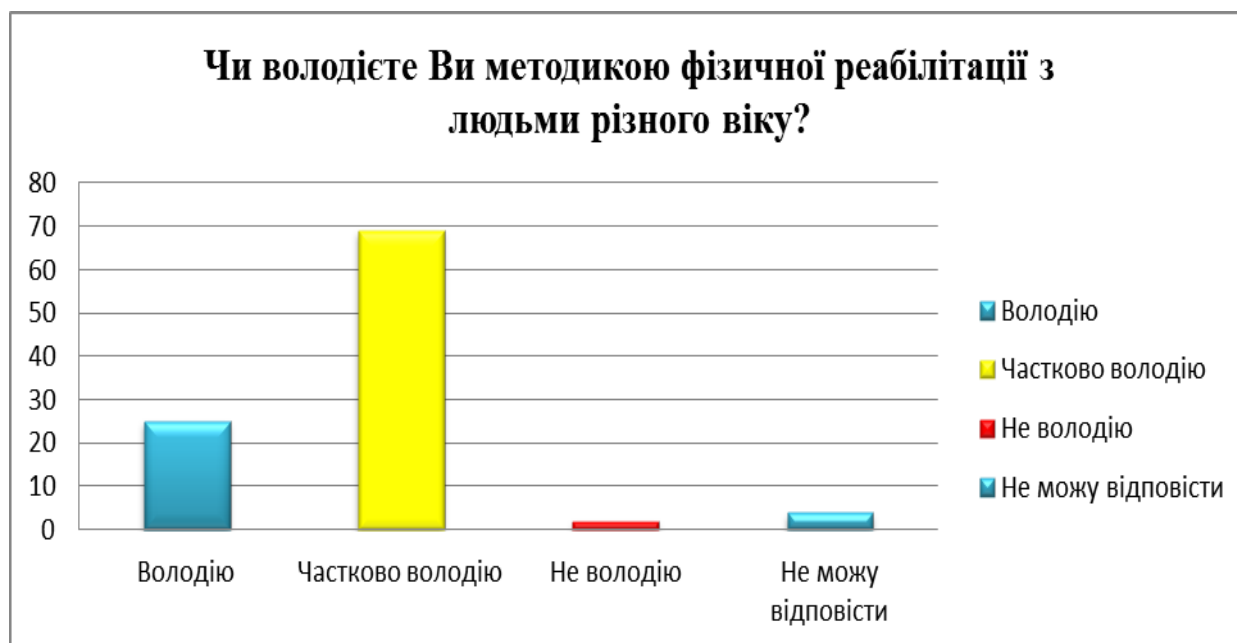
З цією метою нами була розроблена анкета - інтерв'ювання для виявлення окремих аспектів формування професійної готовності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах. Зміст анкети включав наступні запитання, такі як: Чи знаєте Ви сучасні апаратурні та технічні технології фізичної реабілітації?; Володієте Ви методикою фізичної реабілітації з людьми різного віку? Маєте Ви знання про організацію діяльності реабілітаційних центрів? Можете Ви застосувати свої знання для реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями? Готові Ви проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями?

Респондентами нашого опитування виступили студенти 4, 5 курсів за напрямком підготовки “Фахівець з фізичної реабілітації”, а саме: 19 студентів Донбаського державного педагогічного університету, 18 студентів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, 21 студент Донбаського інституту техніки і менеджменту Міжнародного науково-технічного університету ім. акад. Ю. Бугая. Всього в опитуванні прийняло участь 58 студентів.

Розглянувши підсумки опитування ми бачимо, що знаннями про сучасні апаратурні та технічні технології фізичної реабілітації володіють - 45% майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Частково знають сучасні апаратурні та технічні технології фізичної реабілітації - 49% майбутніх випускників. Не знають сучасні апаратурні та технічні технології фізичної реабілітації - 6% студентів (рис.).



На питання „Чи володієте Ви методикою фізичної реабілітації з людьми різного віку?” опитуванні респонденти відповіли наступним чином: володіють методикою фізичної реабілітації з людьми різного віку - 25% майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Частково володіють методикою фізичної реабілітації з людьми різного віку - 69% майбутніх фахівців. Не володіють методикою фізичної реабілітації з людьми різного віку - 2% студентів. Не можуть відповісти на поставлене запитання - 4% студентів (рис.)



На питання “Маєте Ви знання про організацію діяльності реабілітаційних центрів?” опитуванні респонденти відповіли наступним образом: маю знання про організацію діяльності реабілітаційних центрів - 38% майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Частково мають знання про організацію діяльності реабілітаційних центрів - 53 % майбутніх фахівців. Не маю знання про організацію діяльності реабілітаційних центрів - 9% студентів (рис.).



На питання “Чи можете Ви застосувати свої знання для реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями ?” опитуванні респонденти відповіли наступним образом: **можу застосувати свої знання для реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями - 27%** майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. **Частково** **можу застосувати свої знання для реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями - 62%** майбутніх фахівців. **Не** **можу застосувати свої знання для реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями - 11%** студентів (рис.).



На питання “Чи готові Ви проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями?” опитуванні респонденти відповіли наступним образом: **готов** **проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями - 19%** майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. **Частково** **готов** **проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями - 59%** майбутніх фахівців. **Не** **готов** **проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями - 22%** студентів (рис.).



Проведене репрезентативне опитування вказує на те що майбутні фахівці з фізичного виховання і спорту, які у майбутньому планують займатися реабілітаційною роботою з дітьми з обмеженими фізичними можливостями не достатньо або частково володіють питаннями реабілітаційної роботи, як: знання сучасних апаратурних та технічних технологій фізичної реабілітації?; методика фізичної реабілітації з людьми різного віку? знання про організацію діяльності реабілітаційних центрів?

Крім того опитування показало, що малий відсоток майбутніх фахівців може застосувати свої знання для реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями, а також не всі готові на даний час проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями.

Останнім часом для підвищення якості фахової підготовки майбутніх фахівці з фізичного виховання і спорту, які у майбутньому планують займатися реабілітаційною роботою з дітьми з обмеженими фізичними можливостями застосовують проблемне навчання. Його суть полягає в тому, що у процесі підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту створюються проблемні ситуації (ситуаційні задачі), для розв'язання яких необхідна сукупність знань, набутих на різних етапах виконання навчального плану. Викладач у проблемному навчанні створює перед студентом штучну проблему, надає, за необхідності, допомогу у вигляді конкретніших питань, пошук відповіді на які наводить виконавця на вирішення поставленого завдання.

Цим проблемне навчання підвищує мотивацію до вивчення предмета. Крім того, студент отримує можливість безпосередньо застосувати отримані впродовж семестру теоретичні знання і закріпити їх під час практики в умовах лікувально-профілактичних і санаторно-курортних закладів. Таке навчання прищеплює майбутнім фахівцям з фізичного виховання і спорту дослідницькі навички, вміння самостійно отримувати і аналізувати отримані знання. Створення проблемних ситуацій під час навчання, застосування однокласників у спільну діяльність, впровадження колективного мислення у студентів здійснюється за допомогою діалогового спілкування, що забезпечує можливість

вирішення тієї чи іншої навчальної проблеми (Т. Дьяченко, М. Пересадін, А. Кавакзе).

Проблемне навчання підвищує мотивацію до вивчення предмету. Використання ситуаційних задач з метою контролю рівня опанування матеріалу сприяє підвищенню зацікавленості до теми, розвиває навички мислення, тренує пам'ять і допомагає засвоєнню складних тем, а також зосереджує увагу на застосуванні вивченого матеріалу у практичній діяльності. Крім того, студент отримує можливість безпосередньо застосувати отримані впродовж семестру теоретичні знання і закріпити їх під час виробничої практики в умовах лікувально-профілактичних і санаторно-курортних закладів. Оскільки основною сферою професійної діяльності фахівця-реабілітолога є робота з хворими людьми, надзвичайно велика увага викладачами кафедри приділяється відпрацюванню студентами практичних навичок в умовах масажного кабінету, спортивного залу, біля ліжка хворого. Попередньо їх опановують і вдосконалюють як на занятті (з наступною корекцією допущених помилок), так і під час заключного контролю. Основними практичними навичками, які мають засвоїти всі студенти є проведення процедури масажу, опитування й обстеження хворого, оцінювання результатів лабораторного й інструментального обстеження, розроблення індивідуальної програми реабілітації для пацієнтів з різною патологією, аналіз її ефективності (Л. Волошко).

Під час підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями використовують професійний тренінг. Це форма активного навчання, призначена для формування комплексної навички конкретного виду ділової поведінки (професійної діяльності і професійного спілкування), що досягається в ході ігрового імітаційного моделювання до вирішення професійно орієнтованих ситуацій, що безперервно ускладнюються при педагогічно доцільному поєднанні індивідуальної й групової ігрової діяльності студентів.

Таким чином, на даний час фахова підготовка майбутні фахівці з фізичного виховання і спорту, які у майбутньому планують займатися реабілітаційною роботою потребує перегляду програмного матеріалу та структури підготовки. Проведене репрезентативне опитування вказує на те що майбутні фахівці з фізичного виховання і спорту, які у майбутньому планують займатися реабілітаційною роботою не достатньо або частково володіють питаннями реабілітаційної роботи, як: знання сучасних апаратурних та технічних технологій фізичної реабілітації?; методика фізичної реабілітації з людьми різного віку?; знання про організацію діяльності реабілітаційних центрів? Крім того опитування показало, що малий відсоток майбутніх фахівців може застосувати свої знання для реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями, а також не всі готові на даний час проводити реабілітаційну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями.

У подальшому наша дослідницька робота потребує розробки програми підготовки майбутні фахівці з фізичного виховання і спорту, які у майбутньому планують займатися реабілітаційною роботою.

## Література

1. Гаврилов А.С. Підходи до проектування моделі фахівця з фізичної реабілітації // Тези доп. Міжнар. наук.-метод. конф. “Наука. Олімпізм. Здоров’я. Реабілітація”. - Луганськ: Знання, 2003.
2. Гусева Н.Г., Осадчая Т.Ю. Опыт организации и проведения клинико-реабилитационной практики студентов института физического воспитания и спорта по специальности “Физическая реабилитация” // Тези доп. Міжнар. наук.-метод. конф. “Наука. Олімпізм. Здоров’я. Реабілітація”. - Луганськ: Знання, 2003.
3. Дьяченко Т.В. Акмеология и синергетика в подготовке специалистов по физической реабилитации // Тези доп. Міжнар. наук.-метод. конф. “Наука. Олімпізм. Здоров’я. Реабілітація”. - Луганськ: Знання, 2003.
4. Дьяченко Т.В. и др. Интегративно-комплементарный подход в преподавании специальных дисциплин студентам-реабилитологам // Тези доп. Міжнар. наук.-метод. конф. “Фізична реабілітація як напрям підготовки спеціалістів”. – К.: НУФВСУ, 2003.
5. Прихода І.В. Організаційно-методологічні підходи до професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Україні // Проблеми сучасної педагогічної освіти. - 2007. - Вип. 15. - Ч. 1. - С. 60 - 66.

**Дорофєєва О.Є.<sup>1</sup>, Яримбаш К.С.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця (м. Київ)

<sup>2</sup>Дніпропетровський державний університет  
фізичної культури і спорту

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ І ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ШКОЛЯРІВ 11-12 РОКІВ**

Збереження здоров'я школярів є актуальною проблемою для України. Так, за даними Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації (КМДА), результати медичних профілактичних оглядів свідчать, що серед дітей шкільного віку міста Києва рівень захворюваності хронічними хворобами становить 689,5 на 1000 учнів. Тобто майже 70% школярів мають серйозні порушення стану здоров'я [7].

За даними НАМН України, захворюваність дітей шкільного віку за останні десять років зростає майже на 27%. Так, якщо в першому класі вже налічується більше 30% дітей, що мають хронічні захворювання, то до п'ятого класу їх кількість зростає до 50%, досягаючи в дев'ятому 64%. А в цілому лише у 7% (!) Українських школярів спостерігається задовільний функціональний стан організму [7]. Уже в першому класі відхилення у стані опорно-рухового апарату мають 11% школярів, носоглотки - 25%, нервової системи - 30%, органів травлення - 30%, алергічні прояви зафіксовано у 25% дітей. З першого по дев'ятий клас частота зниження гостроти зору зростає у 1,5 рази (так звана хвороба відмінника), частота порушень постави - теж у 1,5, поширеність хвороб органів травлення - в 1,4, поширеність хвороб ендокринної системи - в 2, 6 рази. У той же час лише 5% учнів зараховано до спеціальної медичної групи [4]. Ще більш трагічними виявилися дані Інституту педіатрії, акушерства і

гінекології НАМНУ, згідно з якими тільки 6-10% підлітків 12-18-річного віку є здоровими, а у 50% хлопців і 65% дівчат резерви адаптаційних можливостей - низькі чи нижчі за середні [7].

Згідно з даними ВООЗ, головною причиною випадків смерті на Європейському континенті є неінфекційні хвороби, на які припадає понад 85%. Крім того, стан здоров'я тісно пов'язане зі способом життя [4; 7].

На думку провідних фахівців, одним з головних шляхів впливу на чинники, що формують здоров'я дітей, є корекція способу життя (дотримання режиму дня, підвищення рухової активності, раціональне харчування, профілактика шкідливих звичок, актуалізація цінності власного здоров'я, дотримання правил гігієни) [1; 2; 3; 5; 6].

Школа як соціальне середовище, в якій діти перебувають чимало часу, нерідко створює для них психологічні труднощі. Специфіка сучасного навчального процесу обумовлена як тривалістю навчального дня і великою кількістю домашніх завдань, так і структурою діяльності, кількістю, темпом і способами подачі інформації, вихідним функціональним станом і адаптивністю учня, характером емоційного фону й іншими чинниками. Учневі доводиться пристосовуватися до тиску, що чиниться на нього вимогами навчального процесу [4].

Отже, однією з актуальних практичних завдань школи є створення комфортної, екологічної, психологічно здорової освітнього середовища для учнів шляхом впровадження науково-ефективних технологій, що сприяють адаптації та створення педагогічних умов для саморозвитку і творчої реалізації дітей і підлітків [4; 5; 6]. На сучасному етапі розвитку шкіл, неприпустимо обмеження рухової активності учнів тільки на уроках фізичної культури. В умовах школи підвищити рівень фізичного здоров'я учнів можна тими видами фізичного виховання, які є щоденними, масовими і обов'язковими для всіх здорових дітей [4].

Тому вивчення особливостей психофізіологічного здоров'я школярів і впливу на нього рухової активності, особливо в умовах екологічно несприятливого Дніпропетровського промислового регіону дуже актуально, оскільки може бути основою корекції цих порушень.

Дана робота проводилася згідно зведеного плану НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2016–2020 рр. МОН України за темою *“Науково-теоретичні засади вдосконалення процесу фізичного виховання різних груп населення”* (№ держреєстрації 0116U003010), а також зведеного плану НДР на 2015–2017 рр. МОЗ України за темою *“Якість життя та фізична підготовленість молоді в залежності від повсякденної рухової активності”* (№ держреєстрації 0115u000906).

*Мета роботи* - вивчити вплив програми HOPSportsBrainBreaks на психофізіологічний статус школярів.

У 50 школярів загальноосвітньої школи № 35 м. Дніпра (30 хлопчиків і 20 дівчаток) 10-11 років вивчали психофізіологічний статус на початку і через



3 місяці після використання програми HOPSportsBrainBreaks (США) за даними модифікованого восьмикольорового тесту Люшера (МЦВ- метод колірних виборів), колірного тесту відносин (ЦТО), тесту самооцінки “Драбинка”, функціональної проби Руф’є. Програма HOPSportsBrainBreaks розроблена в США для школярів 7-14 років і включає відеороліки тривалістю 5-10 хвилин з комплексом вправ в ігровій формі для копіювання та імітації рухових навичок. Відеороліки використовувалися під час уроків, на протязі шкільного дня 1-3 рази.

У обстежених школярів при первинному і повторному обстеженні скарг не було. Кожен з них вважав себе здоровим. За даними тесту самооцінки “Драбинка” у 74,0% при першій діагностиці і 78,0% при повторної діагностики було виявлено адекватний тип самооцінки (обдумавши завдання, дитина ставить себе на 2-ю або 3-ю сходинку знизу, пояснює свої дії, посилаючись на реальні ситуації і досягнення, вважає, що оцінка дорослого така ж або трохи нижче).

У той же час реакція на навантаження при первинному обстеженні за даними функціональної проби Руф’є у 70,0% була поганою (в межах 10-14), у 20,0% - задовільною (в межах 7-9), і у 10,0% (3 школяра займаються плаванням і 2 футболістом) - середньої. Це поєднувалося з виявленням ерготропного тону у 56,0% школярів і трофотропного тону у 41,0% за даними модифікованого восьмикольорового тесту Люшера.

При повторному обстеженні, після 3 місяців використання програми HOPSportsBrainBreaks, 50,0% школярів мали задовільний індекс Руф’є, 30,0% - поганий і 20,0% - хороший ( $p < 0,05$ ). При цьому збільшилася кількість школярів з ерготропним тону з 56,0% до 74,0%, а з трофотропним зменшилася майже в 2 рази (22,0%) ( $p < 0,05$ ).

Отже, результати, отримані в нашому дослідженні, показують позитивну динаміку психофізіологічного статусу школярів і доцільність постійного використання програми HOPSportsBrainBreaks для поліпшення здоров’я учнів.

### Література

1. Круцевич Т. та ін. Мотивація учнів 6-9 класів до уроків фізичної культури // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2014. - № 2. – С. 68–72.
2. Лихачев Б.Т. Философия воспитания. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2010. — 335 с.
3. Слостенин В.А., Подымова Л.С. Педагогика: инновационная деятельность. – М.: Магистр, 1997. – 224 с.
4. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Частина 1. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2006. – 272 с.
5. Beighle A. et. all. Children’s physical activity during recess and outside of school // Journal of School Health. – 2006. - № 76. – P. 516–520.
6. Carson, D.E., Reiboldt, W. An after-school program on nutrition and physical activity for elementary school children // Family & Consumer Sciences Research Journal. – 2011. – № 39. – P. 267–278.
7. <http://www.umj.com.ua/article/81628/zdorove-detej-i-podrostkov-aktualnye-voprosy>.

## СПОРТИВНІ ТРАВМИ СТУДЕНТІВ

Спортивні травми, сумна статистика. Щорічно спортивні медики збирають статистику найпоширеніших травм і найбільш небезпечних для здоров'я видів спорту. Лідерами цього сумного рейтингу є футбол, баскетбол, хокей, конкур, регбі, а також боротьба, бокс, карате, дзюдо. Найбезпечнішими видами спортивної діяльності, на думку МОК, є настільний теніс, стрільба з лука, волейбол. Найбільші показники смертності серед спортсменів займають: стрибки з трампліну, альпінізм, парашутизм і бокс. Але на вершині black-листа травмонебезпечних видів спорту варто відзначити дельтапланеризм, де гине кожен тисячний з “крилатих” людей [1].

Якщо говорити про найбільш поширені види травм серед студентів, то тут перші місця посідають розтягнення зв'язок і серйозні забої - їх отримують практично в будь-якій дисципліні, починаючи від вільної боротьби і закінчуючи гольфом. Переломи ніг і пошкодження суглобів нижніх кінцівок дуже часто зустрічаються у футболістів, сноубордистів, хокеїстів, гімнастів. Не останню позицію займають черепно-мозкові травми - їх найчастіше фіксують в хокеї, боротьбі, мотоспорті, фігурному катанні.

Виникати травми можуть з абсолютно різних причин, в залежності від виду спорту. Це можуть бути зіткнення в ігрових дисциплінах, прямі удари в борцівських видах спорту, перевантаження суглобів і м'язів в гімнастиці, ковзанярському і велоспорті. Причиною розривів сухожиль стають ковзаючі удари, раптове перенапруження м'язів і їх розтягнення. Черепно-мозкові ушкодження є результатом падіння й удару.

Як ми вже сказали, для різних видів спорту характерні травмування різних частин тіла. Далі наведемо детальну характеристику травм:

- *голови і обличчя*. У першу чергу, це удари і поранення, а також черепно-мозкові травми. Особливо характерні для боксу та інших “файтерських” дисциплін, а також для хокею і мотоспорту;

- *плечей*. Для таких видів спорту як метання диска і штовхання ядра, бодіблінг (особливо, аматорський) характерні вивихі плечового суглоба, розтягнення м'язів;

- *ліктя*. Пошкодження ліктьового суглоба спостерігаються у багатьох спортсменів: тенісистів, гольфістів, дзюдоїстів. Найчастіше фіксують випадки ліктьового бурситу, медіального і латерального епиконділіта - для них навіть існують неофіційні назви: “лікоть гольфіста” і “лікоть тенісиста”;

- *кисті*. Кистьові вивихи та розтягнення – найбільша проблема баскетболістів і волейболістів, а також веслярів. Пошкодження пальців і розриви зв'язок великого пальця спостерігають у боксерів, гірськолижників;

- *хребта*. Різної тяжкості травми хребта можна отримати при заняттях, мабуть, будь-якою дисципліною: від кінного спорту до біатлону. Причому,

захворювання хребетного стовпа можуть бути викликані як падіннями і ударами, так і систематичним перенапруженням. Найбільший ризик зазнати пошкоджень у гімнастів, стрибунів у воду, а також у мото і автогонщиків (при аваріях) [2];

- *кісточок*. Цей вид травм найбільш поширений серед футболістів, баскетболістів і волейболістів. Практично жоден матч не обходиться без того, щоб спортсмен не отримав розтягнення, сильного пошкодження внаслідок удару або падіння;

- *стоп*. Синдром здавлення лижним черевиком - специфічне захворювання лижників і біатлоністів, а ось розтягування сухожиль гомілковостопного суглоба однаково характерні і для лижного спорту, і для бігу. Крім бурситів і епіконділіта ліктьового суглоба, спортивні медики часто фіксують випадки вивихів і переломів колінних суглобів (у футболістів, баскетболістів, лижників, хокеїстів), плечових (які займаються великим тенісом, гольфом, бейсболом). Лише деякі професійні спортсмени з великим стажем незнайомі з ушкодженнями меніска колінного суглоба. переломи плеснових кісток стопи внаслідок падіння снаряда на ногу.

Класифікація травм, звичайно, умовна, бо часто атлет чи студент отримує відразу декілька видів пошкоджень [3, с. 155].

Спортивні травми також можна розділити за їх характером:

- *первинні*, тобто отримані вперше;
- *викликані перевантаженнями*. Про ці типи ми вже згадували. Внаслідок постійних надмірних навантажень можуть виникати розриви, переломи, зміщення хребців;

- *повторні*, коли спортсмен отримує травму в одному і тому ж місці (наприклад, розрив м'язів колінного суглоба) два і більше разів. Повторні травми небезпечні тим, що можуть призвести до хронічних захворювань;

- *гострі*, що виникають одномоментно через зовнішні впливи, або внутрішні пошкодження;

- *хронічні*, що розвиваються поступово, часто через повторне травмування або постійне надмірне навантаження, що викликають стрес організму.

Щоб уникнути повторних і розвитку хронічних травм, потрібно проходити повний курс лікування при отриманні первинних травм та не допускати перенапруження на тренуваннях.

У студентів вищих навчальних закладів травм набагато менше ніж у спортсменів.

### Література

1. <http://vitaportal.ru/lechenie-i-profilaktika/reabilitatsiya-sportsmenov-posle-travm.html>
2. <http://www.medical-enc.ru/sport/travmatologiya/>
3. Валеєв Н.М. Восстановление работоспособности спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособ. – М.: Физическая культура, 2009. – С. 156-160.

## **РОЗВИТОК ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Фізична культура – складова частина загальної культури суспільства, що спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних, морально-вольових та інтелектуальних здібностей людини з метою гармонійного формування її особистості. Сучасна галузь фізичної культури і спорту потребує негайного реформування. Серед причин такої потреби економісти (Є. Імас, Ю. Мічуда), педагоги (С. Операйло, О. Остапенко та ін.), фахівці в галузі фізичної культури і спорту (П. Віноградов, М. Дутчак, Ю. Окуньков та ін.) визначають існування в умовах екологічної кризи, малорухливий спосіб, низький рівень матеріального забезпечення галузі фізичної культури і спорту, знищення мережі спортивних споруд, погане харчування, схильність молодого покоління до зловживання алкоголем, тютюнопалінням та наркотиками тощо.

Вивчаючи дану тему маємо на меті дослідити соціально-економічні основи діяльності та фінансування у сфері фізичної культури і спорту в сучасних умовах.

Розвиток фізичної культури і спорту в Україні характеризується значними проблемами, пов'язаними з умовами існування суспільства: глибокою економічною кризою, обумовленою переходом на нові форми економічного господарювання (з державної форми власності на приватну): стрімким спадом виробництва у промисловості та аграрному секторі; суттєвим зниженням державного фінансування сфери фізичної культури і спорту; значним зниженням рівня життя населення; порушенням екологічної рівноваги: різким погіршенням фізичного розвитку людей і рівня їхнього здоров'я, скороченням тривалості життя.

У зв'язку з переходом на нові форми економічного господарювання (з державної власності на приватну) кількість підприємств, організацій та установ, які проводили фізкультурно-оздоровчу роботу, зменшилася на 15,5 тисяч одиниць, а кількість працюючих, залучених до цього процесу, більш як на 1 млн. чоловік, тобто на 56%, інструкторів по спорту, що працювали у виробничих колективах, на 5,7 тис. чоловік. Лише 13% трудових колективів мали спеціалістів, які проводили фізкультурно-оздоровчу роботу. Це призвело до різкого погіршення рекреації, фізичного та психічного стану працездатної частини населення і проявилось у значному зростанні серцево-судинних, онкологічних, психічних та інших захворювань, зумовило посилення тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії.

Припинили діяльність більш як 900 дитячих і підліткових фізкультурно-оздоровчих клубів, було скорочено 590 посад педагогів-організаторів спортивної роботи з населенням за місцем проживання, більше 3,5 тис. інструкторів фізичної культури у трудових колективах. Переважна більшість населення, особливо в сільській місцевості, практично була позбавлена можливості брати участь у будь-яких формах фізкультурно-оздоровчої і спортивної роботи.

Погіршився стан утримання і використання матеріально-технічної бази фізкультури і спорту, а приватизація частини спортивних споруд супроводжувалася використанням їх не за призначенням.

Під загрозою руйнування була в цілому досить ефективна система підготовки спортсменів високого класу, скорочувалась мережа дитячо-юнацьких спортивних шкіл, кількість національних змагань і навчально-тренувальних зборів. Спостерігався перехід висококваліфікованих фахівців і спортсменів в інші сфери діяльності або виїзд на роботу за кордон, тобто втрата їх для фізкультури та спорту. Змінилася питома вага позаурочних занять з фізичного виховання в усіх навчальних закладах. Чисельність контингенту дітей і підлітків, залучених до регулярних занять у ДЮСШ, підліткових фізкультурно-спортивних клубах за місцем проживання і спортивних секціях, скоротилася на 620 тис. чоловік.

Згортання цієї роботи негативно позначилося на стані здоров'я дітей та підлітків - майже 90% дітей, учнів і студентів мали відхилення у здоров'ї, 50% - незадовільну фізичну підготовку що призвело до посилення антисоціальних проявів - майже кожний десятий злочин в Україні здійснювався підлітками і на 60% збільшилася кількість неповнолітніх, що вживали наркотики.

Також негативний вплив цих чинників позначився на результатах літньої Олімпіади в Ріо-де-Жанейро, де Україна посіла за кількістю медалей 31 місце (2 золотих, 5 срібних і 4 бронзових). У порівнянні з США (121 медаль), Великобританією (67 медалей), Китаєм (70 медалей).

Фінансування розвитку фізичної культури і спорту здійснюється відповідно до Закону України "Про фізичну культуру та спорт" та інших нормативно-правових актів за рахунок коштів відповідно державного та місцевого бюджетів, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Маючи належні законодавчо забезпечені економічні повноваження, держава мала б досягти істотного економічного впливу на сферу фізичної культури і спорту. Однак цього не відбувається у практичному житті, оскільки держава реально не спроможна підкріпити отримані повноваження відповідними фінансовими ресурсами.

При цьому значно зросла роль місцевих бюджетів із широким залученням позабюджетних коштів, які надходять у результаті власної діяльності фізкультурно-спортивних клубів, центрів тощо, що характерно для країн з ринковою економікою. В Україні, протягом останніх років на розвиток фізичної культури і спорту виділялось з державного бюджету у середньому 0,5% його видаткової частини, що у кілька разів нижче середньоєвропейських показників, на одного мешканця припадало всього 5,2 грн.

Одним з головних соціально-економічних факторів, який негативно впливає на процес формування та розвитку ринку фізичної культури в Україні, є низький рівень доходів населення. За даними Держкомстату України, у 2014 році наявний дохід у розрахунку на одну особу становив в середньому 1176 грн. на місяць. Такий рівень доходу, не дозволяє середньо статистичному українцю не лише користуватись послугами елітних фізкультурно-оздоровчих структур (ціна місячного абонементу понад 250 грн.), а навіть відвідувати дешевші заклади (ціна абонементу 100-185 грн.). Так, у 2013 році населенням України було

витрачено на споживання фізичної культури 15 млн. грн., що становило всього 0,09 % загальних витрат громадян на платні послуги .

Доцільно розглянути рівень значимості причин пасивного ставлення людей до занять спортом (середнє значення оцінки за п'ятибальною шкалою, де "5" - дуже велике, "4" - велике, "3" - середнє, "2" - мале, "1" - ніяке значення.

Причини	Оцінки
Висока вартість послуг	4,1
Дефіцит коштів для відвідування спортивних клубів, центрів та на придбання спеціального одягу, взуття, інвентарю	3,9
Відсутність вільного часу	3,7
Відсутність матеріальних стимулів для підтримки і покращення здоров'я і фізичного стану	3,7
Низький рівень пропаганди цінностей масового спорту і здорового способу життя	3,5
Не дозволяє рівень здоров'я, часті хвороби	3,4
Недостатня кількість спортивних клубів, центрів	3,4
Недостатній розвиток у суспільстві свідомості значимості занять спортом для всіх	3,5
Низький рівень індивідуальної фізичної підготовки	3,5

Отож фізичне виховання в Україні залежить від багатьох політичних, економічних і фінансових умов. Світовий досвід та практика розвинутих країн свідчать про посилення ролі фінансових чинників держави в розвитку фізичної культури і спорту. Саме тому необхідно істотно змінити підходи до рівня фінансування галузі фізичної культури і спорту: віднайти нові джерела державного фінансування, змінити підходи фінансування галузі з місцевого бюджету, активізувати залучення позабюджетних коштів тощо. Для цього потрібно, розробити та прийняти правові акти для залучення фінансових та матеріальних ресурсів у сферу фізичної культури і спорту, домогтися створення достатнього багаторівневого та багатоканального фінансування закладів фізичної культури і спорту, що дасть можливість істотно покращити ефективність їх роботи та зміцнення їх фінансового стану.

### Література

1. Закон України "Про фізичну культуру і спорт". – К., 1993. – 22 с.
2. Імас Є., Мічуда Ю. Економічні проблеми розвитку сфери фізичної культури і спорту в перехідних суспільних системах // Економіка і держава. – 2006. – № 2. – С. 40-43.
3. Ліцензійні умови провадження фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності, затверджені спільним наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Державного комітету молодіжної політики, спорту і туризму України від 2 квітня 2001 року № 58/852 // Збірник нормативно-правових документів з питань ліцензування фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності в Україні. – К., 2001. – С. 3-9.
4. Столбов В.В. История физической культуры: Учеб. для студ. пед. инст. - М.: Просвещение, 1989. - 288 с.
5. Традиції фізичної культури в Україні: збірник наукових статей. - К.: [б. в.], 1997.
6. Філь С.М., Худолій О.М., Малка Г.О. Історія фізичної культури: Навч. посіб. - Харків: ОВС, 2003. - 160 с.
7. Цьось А.В. Витоки фізичного виховання в Україні // Фізичне виховання в школі. - 1997. - № 3. - С. 52-54

## **ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У СИСТЕМІ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

На сьогодні виникла необхідність у глибокому вивченні діяльності педагога з метою визначення рівня професійної підготовки, об'єктивної оцінки його праці. Від якості отриманих у ході навчання компетенцій залежить майбутнє потенційних вихованців. На жаль вирішенню оздоровчих задач у викладанні фізичної культури приділяється мало уваги. Ми зіткнулися з проблемою, що навіть далеко не кожен студент може чітко сформулювати, які ж саме завдання можна віднести до оздоровчих, не кажучи вже про їх вирішення чи реалізацію в освітньому процесі.

Професійна некомпетентність є значним недоліком у будь-якій професії, оскільки вона є причиною претензій і нарікань. А якщо це явище спостерігається в педагогічній діяльності, і зокрема на заняттях фізичною культурою, то ми ризикуємо отримати хворе покоління.

Як зазначає О. Стасенко формування інформаційно-технологічного суспільства, докорінні зміни в соціально-економічному, духовному розвитку держави потребують підготовки вчителя нової генерації. Сучасний роботодавець (державна або окрема особа – представник приватного підприємства) прагне, щоб спеціаліст був не тільки висококваліфікованим фахівцем за певним профілем, а й здоровою людиною, спроможною витримувати (відповідно до конкретної професії) фізичні та інтелектуальні навантаження. Тобто стан здоров'я фахівця відіграє значну роль у його працевлаштуванні [5].

С. Кудін вказує, що в організації здоров'язбережувального освітнього середовища у вищих навчальних закладах участь повинні приймати як викладачі, так і студенти [3]. Г. Жара засвідчує, що усвідомлений вибір майбутньої професії та розуміння її призначення сприяє кращому засвоєнню матеріалу [1].

Суспільство змінюється, змінюється і навчальний процес. Потрібно враховувати науково-технічний прогрес та вміти застосовувати його винаходи. Не слід забувати про те, що сучасний студент суттєво відрізняється від студента минулих років: імунітет слабкіший, розумовий розвиток випереджає фізичний. Студенти стали інформаційно розвиненішими, але більше хворобливими та слабкішими. Проблеми зі здоров'ям студентів призвели до зниження нормативів з фізичної підготовки. Почали з'являтися летальні випадки під час занять. Викладачі все частіше скаржаться на слабкість студентів та бояться давати фізичне навантаження, що ще декілька років назад вважалось незначним.

Сучасні педагоги повинні враховувати зміни, що відбулися, а найголовніше вміти донести матеріал зрозумілою мовою та в доступній формі, сприяти гармонійному розвитку студентів. Спираючись на ті суттєві зміни, що відбуваються у суспільстві з кожним роком (важка екологічна, демографічна ситуація, недостатня фінансова база освітньої галузі, нова законодавча база і т.п.), ми вважаємо за потрібне проводити поглиблену роботу зі студентами. Процес формування у студентів професійної компетентності, як інтегрованої

системи професійних знань, умінь, навичок фахівця та його особистісних якостей, відбувається поступово впродовж як всього періоду навчання, так і всього життя.

Як один з варіантів підвищення компетентності студентів ми пропонуємо проводити тренінги, які включали б лекційний матеріал, моделювання та розв'язання задач та проблемних ситуацій, що можуть виникнути під час занять фізичною культурою, з врахуванням подальших дій учасника тренінгу, а також тестування для перевірки отриманої інформації та виявлення недоліків тренінгу, подальшого вдосконалення.

Розробку структури, змісту та методичного забезпечення тренінгового заняття покладаємо на студентську спільку під керівництвом досвідчених педагогів. За мету проведення подібних тренінгів було поставлено виявлення та вдосконалення компетенцій майбутнього вчителя фізичної культури, розкриття індивідуальних особливостей та здібностей, виявлення проблемних ділянок та прогалин у знаннях, а також розвиток комунікативності, оригінальності, нестандартного мислення студентів.

Наряду з тренінгами можна також проводити інтерактивні конкурси із застосуванням наочності (презентації з аудіо-, відеосупроводом) та творчі вечори, присвячені певній проблемі, зустрічі з вчителями.

Не можна забувати, що вищий навчальний заклад повинен готувати конкурентоспроможного фахівця, з високим адаптаційним потенціалом, потужним арсеналом методичних засобів та компетенцій.

Студентський вік – це головний період для розвитку основних соціогенних і професійних компетенцій людини, а саме: формування професійних, світоглядних і громадських якостей майбутнього фахівця; розвиток професійних здібностей як передумови подальшої самостійної професійної творчості; ставлення інтелекту і стабілізація рис характеру; перетворення мотивації та всієї системи ціннісних орієнтацій; формування соціальних цінностей у зв'язку з професіоналізацією.

Тому сьогодні на тлі зростаючої конкуренції освітніх послуг, загострення демографічної ситуації в країні підвищується значущість потенціалу робітника. А завданням кожного навчального закладу є не просто надати студентові певний набір знань, а сформувати у них повагу до обраної професії, вироблення необхідних для неї рис, умінь і навичок, розвиток творчого потенціалу майбутнього фахівця.

Проблема оптимізації професійної підготовки фахівців у системі вищої освіти є на сьогодні однією з актуальних. Це пов'язано з необхідністю зміцнення авторитету і конкурентоспроможності України на міжнародній арені, про що йдеться у законі України “Про освіту” [2]. В основі підвищення ефективності підготовки кадрів лежить формування професійної спрямованості студентів. Вирішення цієї проблеми сприяє забезпеченню готовності майбутніх фахівців до творчої праці, освоєнню і впровадженню інноваційних технологій, сталого розвитку наукового світогляду.

Отже, головним завданням сучасної системи освіти є формування професійно-підготовленого фахівця, який би володів не тільки великим



арсеналом знань з фахового предмету, але й вмів би застосувати їх на практиці. Студент, який поступово починає відчувати себе суб'єктом процесу навчання, використовуючи весь комплекс вмінь, накопичує досвід у спілкуванні, привчається ефективно працювати у групі, колективі, вчиться співвідносити та гармонізувати власні інтереси з інтересами інших. І якщо педагогічний колектив прагне виховати не просто професійно компетентного фахівця, а особистість, пристосовану до мінливостей ринку праці, політичних та економічних змін в державі, особистість, здатну адаптуватися в такому складному сучасному світі, він повинен розробляти для цього відповідні засоби і прийоми. Адже навчання не може мати зупинок, перерв, не може закінчуватися. К. Ушинський зазначав: “Учитель живе до тих пір, доки вчиться, як тільки він перестає вчитися, в ньому вмирає вчитель”.

### Література

1. Жара Г.І., Жиденко А.О. Положення про здійснення профорієнтаційної роботи на факультеті фізичного виховання (проект) // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт / гол. ред. Носко М.О. – Чернігів: ЧНПУ ім. Т.Г. Шевченка, 2011. – № 86. - Т. 2 – С. 340–343.
2. Закон України “Про освіту” № 1060-ХІІ, із змінами від 11 червня 2008. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.osvita.org.ua/pravo/law\\_00/](http://www.osvita.org.ua/pravo/law_00/).
3. Організація здоров'язбережувального освітнього середовища у вищих навчальних закладах: метод. рекомендації для виклад. ВНЗ / А.О. Жиденко, Л.М. Кузьомко, Г.І. Жара, О.В. Савонова, С.Ф. Кудін. – Чернігів: ЧНПУ ім. Т.Г. Шевченка, 2012. – 44 с.
4. Освітні технології: навч.-метод. посіб. / О.М. Пехота, А.З. Кіктенко, О.М. Любарська та ін. / ред. О. М. Пехота. – К.: А.С.К., 2004. – 256 с.
5. Стасенко О. Дидактико-методичні аспекти фізичного виховання студентів у вищих навчальних закладах [Електронний ресурс] // Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення – Режим доступу : <http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/2286/1/anot62.pdf>

**Єгорова А.С.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С.Сковороди

## **ГІПОДИНАМІЯ У ДІТЕЙ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

Гіподинамія серед дітей - це нове і дуже небезпечне явище 21 століття, яке викликано не стільки комфортним та зручним життям скільки наповненістю життя дітей гаджетами та нерозумінням батьків у необхідності фізичних навантажень під час розвитку їхніх дітей. На жаль, більшість батьків недооцінюють або взагалі не знають про небезпечність виникнення гіподинамії у власних дітей, тому Міністерством охорони здоров'я України спільно з Міністерством освіти та науки, Міністерством молоді та спорту постійно розробляють та запроваджують програми з пропаганди здорового способу життя. Так, у 2016 році в Україні розпочалася імплементація Національної стратегії з оздоровчої рухової активності на період до 2025 року під гаслом “Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація” та Міжнародної Хартії

фізичного виховання, фізичної активності та спорту, яка була переглянута у ході 38-ї сесії Генеральної Конференції ЮНЕСКО у листопаді 2015 року тощо. Але для того щоб всі ці стратегії держави були сприйняті людьми треба постійно проводити широку роз'яснювальну роботу, доводячи до широких верст населення причини виникнення, наслідки та методи профілактики гіподинамії у тому числі у дітей. У цій публікації ми разом спробуємо розібратися в стрімкому помолодінні гіподинамії як стану організму, який раніше був притаманний тільки поколінню пенсіонерів.

Причинами гіподинамії можуть служити фізичні, фізіологічні та поєднані фактори: в першу чергу малорухливий спосіб життя, а також професійна діяльність, під кінець – перебування в замкнутих приміщеннях та тривалий ліжковий режим. Гіподинамія у дошкільному та шкільному віці часто пов'язана з нераціональним розпорядком дня дитини, перевантаженням її навчальною роботою, унаслідок чого залишається мало часу для прогулянок, рухливих ігор, заняття спортом. Також фактором поширення гіподинамії серед дітей та підлітків є зростання ролі сучасних засобів комунікації (телефон, інтернет, телебачення) сприяють популяризації більш пасивних форм проведення дозвілля, оскільки потреби дітей усе повніше задовольняються в умовах менш рухомого способу життя. У зв'язку з цим проблема гіподинамії стає проблемою соціальною, вирішення якої залежить від спільних зусиль медиків, психологів, соціологів, а також представників суспільних і спортивних організацій. На жаль, більшість людей звикають до малорухливого образу життя, недооцінювати небезпечність такого стану організму, так як не розуміють, що рухова і фізична активність є винятково важливим, фундаментальним чинником формування, збереження, зміцнення здоров'я та розвитку людини, особливо в дитячому, підлітковому та юнацькому віці. Завдяки здатності організму до саморегуляції відбувається його адаптація до змін зовнішнього середовища, організм стає стійкішим і життєздатнішим.

Під час фізичних вправ в організмі людини спрацьовують певні механізми, в результаті дії яких посилюються функції не тільки м'язів, але й дихальної, серцево-судинної, нервової та травної систем. Кожна людина зобов'язана дбало ставиться як до свого здоров'я так і до здоров'я своїх дітей, тому прислухайтесь до себе та своїх дітей: чи не виникає у вас загальної слабкості, безсоння, прискороного серцебиття, швидкої стомлюваності навіть при невеликих навантаженнях, нервозності, зниженні розумової активності, погіршення пам'яті. Хоча гіподинамія це ще не хвороба, а стан організму, але його тривалий перебіг призведе до виникнення хвороб у тому числі хронічних, так як без необхідної роботи м'язи людини починають слабшати, а потім і зовсім атрофуються, зменшуються сила і витривалість, порушуються важливі нервово- рефлекторні зв'язки, що призводить до розвитку таких станів, як вегето- судинна дистонія, депресія, фасціальні синдроми, а потім до хвороб серця, кісток, суглобів та обміну речовин.

Треба усвідомлювати, що унаслідок обмеження м'язової активності виникає детренованість серцево-судинної системи, збільшується частота серцевих скорочень у спокої. Також, при гіподинамії звужуються найдрібніші

артеріальні й венозні судини, зменшується кількість функціональних капілярів у тканинах, змінюється стан центральної нервової системи, виникає так званий астеничний синдром, який виявляється у швидкій втомлюваності та емоційній нестійкості. Особливо небезпечна гіподинамія у ранньому дитячому і шкільному віці. Вона затримує формування організму, негативно впливає на розвиток опорно-рухового апарату, серцево-судинної, ендокринної та інших систем. При цьому значно знижується опірність до збудників інфекційних хвороб; діти часто нездужають, захворювання можуть переходити в хронічні. Недостатня рухливість школяра і тривале перебування в одному положенні за столом чи партою можуть спричинити порушення постави, виникнення сутулості, деформації хребта. Так зване м'язове голодування в дитини може викликати більш явне порушення функцій, ніж у дорослих, воно призводить до зниження не тільки фізичної, але й розумової працездатності.

У сьогоднішній шкідливий вплив гіподинамії ми можемо бачити безпосередньо на вулицях міст – нас оточує значна кількість людей з надмірною вагою серед яких багато дітей. Цей факт є підтвердженням того, що зниження витрат енергії при гіподинамії навіть за нормального харчування спричиняє збільшення жирової тканини. Надмірна концентрація жиру в крові призводить до утворення його нерозчинних сполук із солями, що осідають на стінках судин, просвіт яких при цьому звужується, сприяючи порушенню кровообігу.

Гіподинамія виявляється передусім у зниженні обміну речовин та енергії. Відповідно зменшується кровопостачання тканин, постачання їх необхідними поживними речовинами і киснем. Виникає киснєве голодування головного мозку, серця та інших край важливих органів, зменшується життєва ємкість легень, кількість еритроцитів і гемоглобіну в крові та відповідно знижується здатність крові переносити кисень.

Рекомендується зайнятися спортом, ходити в спортивні клуби, на фітнес, займатися плаванням. Треба з'ясувати у дитини, які саме фізичні вправи більше їй до душі, які розвивають швидкість (спринтерський біг, плавання, їзда на велосипеді на невеликі дистанції); розвивають спритність (спортивна і художня гімнастика, акробатика, стрибки, гірські лижі, волейбол, бадмінтон); розвивають витривалість (марафонський біг, велосипедні шосейні гонки, спортивні ігри, лижні перегони, альпінізм, веслування); або розвивають силу (важка атлетика, єдиноборство, атлетична та спортивна гімнастика, скелелазіння). Серед багато різноманіття видів спорту ви обов'язково знайдете той самий, що стане улюбленим для вашої дитини. Але треба пам'ятати що фізичні вправи дадуть бажаний ефект тільки за умови дотримання основних валеологічних принципів: систематичності занять, поступового збільшення навантаження, відповідної періодичності, яка дає змогу організму відпочити та відновити сили. Тільки в поєднанні з інтелектуальним та духовним розвитком і самовдосконаленням рухова активність створює умови для гармонійного фізичного розвитку особистості.

Отже, в поєднанні з духовністю, розумом і здоров'ям гармонія тіла становить найбільший скарб, яким може володіти людина. Фізичні вправи, фізична робота справляють дуже великий вплив на тілесний, розумовий і

психічний розвиток людини, особливо в перші роки її життя. Вони позитивно впливають не тільки на фізичну працездатність, а й стимулюють ріст і розвиток усіх органів і систем організму. Тому рухова і фізична активність є винятково важливим, фундаментальним чинником формування, збереження, зміцнення здоров'я та розвитку людини.

**Загородня Л.І.**

Середня загальноосвітня школа № 44  
м. Кам'янське Дніпропетровської області

## **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ЗАЛУЧЕННЯ УЧНІВ ДО ОЗДОРОВЧОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У СИСТЕМІ РОБОТИ ШКОЛИ**

У народі кажуть: “Або ви турбуєтесь про своє здоров'я, або воно починає турбувати вас”. Батьків і педагогів сьогодні надзвичайно хвилює питання: як допомогти дітям бути здоровими, сильними, витривалими. Тому кредо педагогічного колективу, обране ще в 2004 році, “Здоров'я дитини сьогодні – успіх України завтра і в майбутньому” залишається актуальним і сьогодні. Вирішуючи такі завдання, як розвиток рухливих якостей, формування мотивації щодо дбайливого ставлення до життя і здоров'я, навчання методам самооцінки і контролю за станом здоров'я, розширення можливостей організму та зміцнення здоров'я, формування культури здоров'я в навчальний та позаурочний час, усвідомленої потреби у здоровому способі життя, виховання потреби самопізнання та самовдосконалення, формування особистісно-ціннісного ставлення до здоров'я, ознайомлення з основними принципами, шляхами і методами збереження здоров'я і зміцнення всіх складових здоров'я, ми створили динамічну модель школи здорового способу життя, вона діє і дає свої результати.

Створенню здоров'язбережувального простору в закладі сприяє відповідна матеріально-технічна база. У нашій школі це дві спортивні зали, тренажерна та хореографічна зали, спелеоінгаляторій, кабінети ЛФК та фізіотерапії, спортивні та ігрові майданчики, відкритий в цьому році скейтпарк на базі ДЮСШ № 1 і, звичайно, відновлений до роботи плавальний басейн.

Проблеми формування основ здорового способу життя педагогічний колектив вирішує шляхом системного цілісного підходу до навчально-виховної діяльності. У навчальній роботі це реалізується на уроках з основ здоров'я, використанням здоров'язбережувальних технологій на всіх уроках, через введення спецкурсів “Я і моє здоров'я” - в 5<sup>x</sup>-6<sup>x</sup> класах, “Молодь проти СНІДу” - в 8<sup>x</sup> класах, “Захисти себе від ВІЛ” - в 9<sup>x</sup> класах, через участь у проєкті “Вчимося жити разом” (1<sup>1</sup>-11<sup>1</sup> класи), в роботі за програмою “Абетка харчування” в 1<sup>x</sup>-4<sup>x</sup> класах.

Щорічний моніторинг стану здоров'я учнів, вивчення і аналіз причин захворювань учнів дозволяють обирати педагогам відповідні технології збереження здоров'я, оздоровчі технології, технології навчання здоров'ю.

Порівняльний аналіз стану здоров'я учнів свідчить, що кількість здорових дітей повільно, але зростає, відсоток захворювань опорно-рухового апарату зменшився в 2 рази, але стабільно зростає відсоток порушень зору.

Значна увага в школі приділяється роботі з учнями, які віднесені до спеціальної медгрупи. В кабінеті лікувальної фізкультури проводяться заняття з відповідними групами учнів, сформованими за захворюваннями. Для цього в кабінеті є необхідний спортивний інвентар, тренажери, профілактори Евмінова.

Групи коригуючої гімнастики працюють за дитячими оздоровчими програмами: а) “Культура хребта”, яка призначена для щоденного використання з метою профілактики захворювань; б) “Підвищення зросту”, - що дозволить підроснути більше, ніж закладено природою, за рахунок стимуляції ростових зон і спеціальних вправ. Унікальні методики “Сила та витривалість”, “Гнучкість та рухливість” забезпечують необхідну рухову активність, закріплюють м'язи, що підтримують хребет, формують міцний м'язовий корсет.

І якщо лікувальною фізкультурою займаються 40 учнів, то така проста технологія, як фізкультхвилинка, охоплює всіх учнів. Система різноманітних фізкультхвилин діє в нашій школі більше 20 років. Це комплекси м'язо-суглобної і дихальної гімнастики, які запроваджені з метою фізичного розвантаження учнів під час навчального процесу, підвищення рухової активності, запобігання втомі, пов'язаній з активною розумовою діяльністю та тривалим нерухомим сидінням.

Кожному педагогу, вихователю відомо, що дитині властива природна потреба в рухах. М'язовий голод для дитини небезпечніший, ніж кисневий чи харчовий, його важче розпізнати, а отже, важче й усунути. “Ніщо так не зморює і не руйнує людину, як тривале ледарство”, - писав Аристотель. Обов'язковою для всіх учнів нашої школи вже давно стала ранкова гімнастика за різними комплексами, яка проходить на свіжому повітрі, або у навчальних кабінетах. В оздоровчій практиці нашого закладу є проведення динамічних ігрових перерв, до яких долучаються вчителі початкових класів, вчителі фізичної культури, члени учнівського парламенту, хореографи. Методом підвищення рухової активності також може стати і суспільно-корисна продуктивна праця. В нашій школі вже 15 років проводиться акція “Школа-сад”, під час проведення якої висаджуються нові кімнатні рослини, або на шкільному подвір'ї закладаються дендро-клумби, алеї.

У позакласній роботі здоров'яспрямована діяльність педагогічного колективу реалізується через участь у міжнародних проектах “Маршрут безпеки”, “Школа проти СНІДу”, через шкільні проекти “Здорова дитина – здорова нація”, “Стежина здоров'я”, волонтерський рух “Здоров'я – це спосіб життя”, в рамках яких передбачено ряд цікавих пізнавально-розважальних заходів: щоденна ранкова гімнастика, конкурс фізкультхвилин та комплексів ранкової гімнастики (1<sup>і</sup>-4<sup>і</sup> класи), конкурс танцювальної аеробіки (5<sup>і</sup>-7<sup>і</sup> класи), танцювальний конкурс “Non-stop” (8<sup>і</sup>-11<sup>і</sup> класи), проведення місячника сталого розвитку (спорту, здоров'я, довкілля), спортивно-оздоровчі квести (5<sup>і</sup>-9<sup>і</sup> класи), тематичні флешмоби (8<sup>і</sup>-11<sup>і</sup> класи), родинні спортивні свята “Тато, мамо, я – спортивна сім'я” (1<sup>і</sup>-4<sup>і</sup> класи), участь у міському конкурсі “Молодь та здоров'я”,

фізкультурно-спортивна гра “Козацькому роду нема переводу” (4<sup>і</sup> класи), спортивні змагання “Ігри патріотів” (8<sup>і</sup>-9<sup>і</sup> класи), “Туристична стежина” тощо.

Забезпечення рухової активності учнів продовжується для учнів 1<sup>х</sup>-4<sup>х</sup> класів в групах продовженого дня: це спортивні години, змагання, заняття в тренажерній залі, обов’язкові прогулянки на свіжому повітрі, екологічні квести, національні родинні свята з використанням національних українських ігор та змагань. Ми продовжуємо пошук нових форм і методів зміцнення здоров’я дітей. Наприклад, через залучення батьків до широкого руху “Сімейні прогулянки до лісу”, чи організація і проведення для всіх учнів школи Днів нордичної ходьби.

Отже, вся робота педагогічного колективу нашої школи направлена на те, щоб допомогти дітям усвідомити, що здоров’я – це прекрасний дарунок, першооснова щастя людини, тому треба його берегти і зміцнювати, адже жоден лікар не зробить для людини того, що вона може і повинна зробити для себе сама – забезпечити умови для збереження власного здоров’я, а справа педагога – зародити та виплекати в дитині прагнення до цього.

**Іваненко В.В.**

Мелітопольський державний педагогічний  
університет імені Богдана Хмельницького

## **ПСИХОЛОГІЧНА КУЛЬТУРА ЯК ВАЖЛИВА УМОВА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

Для успішної роботи вчитель повинен мати певний набір професійних якостей. Наприклад називають такі особисті професійні якості як: здатність до творчості, імпровізації, індивідуальний творчий пошук, неординарність, комунікативність, гуманізм, демократизм, організаторські здібності. Вербальне спілкування вчителя для учнів визначає наявність розвинутого мовлення у педагога, різноманітність характерів та перепади настроїв вихованців потребують від вчителя вияву врівноваженості, терплячості. Педагог мусить бути висококваліфікованим спеціалістом з конкретного навчального профілю. Учителеві необхідні такі професійно важливі якості, як розподіл та переключення уваги, довготривала пам’ять, правильне мовлення, широкий тезаурус, тональність голосу, виразність міміки та жестів. У праці вчителя присутні чинники моральної відповідальності за вплив навчально-виховного процесу та стан здоров’я та психіки учня, тому значну роль відіграють моральні якості та риси особливості: відповідальність, порядність, чесність, дисциплінованість. Соціально-економічна ситуація в країні накладає свій відбиток на системі освіти. Цей процес супроводжується появою нових професійно важливих якостей, зміною і перебудовою їхніх структур і співвідношень, відмиранням старих, що стали непотрібними якостей [1, с. 111].

Система освіти завжди була пов’язана практично з усіма соціальними процесами та проблемами суспільства, дедалі стає необхідним вдосконалення процесу навчання через розкриття особливості вчителя та учня. “Програми

розвитку” ООН визначили освіту як основний фактор національної безпеки та соціально-економічного розвитку. Вже зараз необхідні така професійна підготовка педагога яка б сприяла розкриттю здібностей учня, його індивідуальних особливостей: дитина не тільки має успішно засвоювати знання та навчатися нестандартно мислити при вирішенні учбових завдань, а також її особистісний розвиток має відбуватися відповідно до вікових особливостей і бути гармонійним. Як стверджують фахівці, у сучасній системі освіти визначається два основних підходи - традиційний та гуманістичний. За ними стоять відмінні педагогічні парадигми: навчально-дисциплінуюча і особистісно спрямована. Ця дилема визначає певне коло проблем в сучасній освіті.

Розглянемо деякі із них.

1. Навчальна програма викладається у швидкому темпі, діяльність вчителя більш спрямована на те, щоб учень скоріше засвоїв матеріал та показав позитивні результати при контрольній перевірці. Основний наголос робиться на освоєння учнями “правильної” інформації, заданої раз і назавжди, учні опановують уміння розв'язувати стандартні задачі: перенесення знань з однієї сфери в іншу практично відсутнє.

2. Учень для педагога є об'єктом навчання та виховання, часто-густо прихованих або явних маніпуляцій. Позиція педагога частіше за все егоцентрична, учитель не звертає увагу на особливості індивідуального досвіду учня. При навчанні не заохочується інтуїтивний спосіб пізнання, багатозначне, метафоричне мислення скоріше репресується. Дисципліна є результатом зовнішнього тиску і контролю, вона формальна і умотивована, насамперед, страхом покарання. При проведенні досліджень було виявлено, що учасникам педагогічного процесу властиві такі типові негативні психоемоційні стани: тривожність, фрустрація, страх, агресія, аутоагресія (наприклад, майже у 75% учителів та учнів рівень особливості тривожності сягає вище норми).

Однією з основних проблем у навчально-виховному процесі (за даними досліджень) є те, що особливості учня сприймається й оцінюється через призму шкільної оцінки. В результаті сприйняття учня самого себе набуває фрагментарного характеру, воно не є цілісним, а стає функціонально-рольовим. Дитина знаходиться немов би у “оціночних рамках”, які впливають на її само сприйняття та самооцінку. Існує трагічна статистика дитячих суїцидів, які пов'язані саме з оцінюванням дитини (сюди входить оцінка знаків з навчальної дисципліни, оцінка особистісних якостей), такі діти не отримали вчасну допомогу від оточуючих дорослих. Стає зрозумілим, що необхідне реформування освітянської системи, потрібні зміни, які зроблять акцент на гуманістичному, особистісно – орієнтованому, педагогічному спрямуванні, що сприятиме: засвоєнню учнями “вміння вчитися”; оволодінню методами вирішення проблем; формування в учнях навчальної активності; здобуття учнями знань перед організацію власного досвіду; урахуванню індивідуального темпу засвоєння знань учнями; формуванню стосунків учасників педагогічного процесу як суб'єкт–суб'єктних. Необхідно створити передумови для реальної співпраці між учасниками педагогічного процесу [4, с. 6-8]. При підготовці як вихователів, так і педагогів необхідний принцип особистісного підходу, який

допомагає формуванню гармонійної особистості майбутнього вчителя фізичного виховання та зростанню особистісної культури, під якої розуміється вдосконалення своїх внутрішніх та зовнішніх характерних рис та якостей. Д. Донцов писав, що "без духовної регенерації не освоїться нація серед бур життя; ... що цю регенерацію ми можемо оперти не на нашій світогляді народі – племена зі звихненою довгим невірністю душею, ні на культурі нації – провінції, що панує на західноукраїнських землях, ані на отруйній культурі автократичної - білої чи червоної – Росії, лише на світогляді сильних, здорових фізично і душевно народів Окциденту [2, с. 56], а на злобу дня він говорить про те, що "Пласт може і повинен стати великим чинником морального оздоровлення нації провідником у нашу розчавлену й безхребетну моральну націю минулого ідей сей найздоровішої, найвідважнішої, найбруднішої, але й найшляхетної, повної ідеалістичного запалу раси Окциденту і тих ідей, на яких збудована велика цивілізація Європи, Америки і які – одні вони можуть піднести нас з упадку" [2, с. 56]. До компонентів особистісної культури відносяться: культура емоцій, інтелекту, поведінки, спілкування, зовнішнього вигляду, мови та мовлення – наявність цих компонентів обумовлює успішну реалізацію рефлексивної та формуючої функції особистості майбутнього вчителя фізичного виховання.

Як наукове поняття психологічна культура стала розглядатися в 70-х роках ХХ століття в роботах російських дослідників (Л. Колмогорова, А. Орлова, О. Моткова та ін.). Сучасні дослідження І. Зязюна, О. Проскури, В. Семиченко, В. Рибалки, Г. Балла, Е. Помиткіна та ін. дозволяють визначити поняття психологічної культури особистості: психологічна культура це цілісне, системне утворення в структурі особистості, яке є невід'ємним від особистісного і професійного розвитку студентів [3, с. 193]. На думку М. Окси, проблема психологічної культури фахівців залишається відкритою, чітко неозначеною і не розкритою. Треба зазначити наявність недостатньої кількості робіт, які присвячені розвитку психологічної культури при підготовці студентів у ВНЗ до майбутньої професійної діяльності та соціального життя. О. Мотков, визначав психологічну культуру особистості як характеристику гармонійної побудови основних процесів поведінки та їх регулювання. Психологічна культура виявляється, в першу чергу, в достатньо розвинутому вмінні саморегуляції дій та емоцій, в конструктивності спілкування та конструктивному веденні різних справ, в наявності процесів самовизначення, творчості та саморозвитку. За М. Обозовим, поняття "психологічна культура" складається з трьох компонентів: 1) розуміння і знання себе та інших людей, 2) саморегулювання станів і властивостей особистості; 3) саморегуляція діяльності, регулювання відносин з іншими людьми. За М. Обозовим, поняття "психологічна культура" складається з трьох компонентів: 1) розуміння і знання себе та інших людей, 2) саморегулювання станів і властивостей особистості; 3) саморегуляція діяльності, регулювання відносин з іншими людьми. В. Рибалка пропонує розуміти психологічну культуру як особистісний феномен, як соціально, онтологічно та внутрішньоособистісно детермінований рівень свідомого засвоєння, використання та збагачення особистістю психологічних цінностей,



в якості яких виступають психологічні знання, вміння навички, здібності особистості до високоефективної психологічної діяльності [3, с. 22]. Найважливішою особливістю підготовки майбутніх учителів фізичного виховання у виші є посилення акценту на індивідуальному підході до формування особливості майбутніх фахівців закладів освіти, розвитку у них професійних якостей, творчих здібностей, нахилів і нестандартного мислення. Необхідним стає розробка засобів розвитку психологічної культури особистості в умовах навчання ВНЗ, у використанні методів психодіагностики психологічної культури у сфері освіти.

Відбір майбутніх педагогів – одне з найактуальніших завдань, від якого залежить рівень розвитку суспільства. Необхідно, щоб молоді люди, майбутні вчителі фізичного виховання, цілеспрямовано вступали до педагогічного навчального закладу, вибір педагогічної професії та перші кроки в цьому напрямі є певними етапами самоідентифікації молодої людини з образом “ідеального Вчителя”, який в уяві кожної молодої людини є своїм. Наближення до цього образу потребує особистісного зростання майбутнього фахівця. Ми визначаємо провідні психологічні ознаки, які детермінують розвиток педагогічної майстерності. Першорядною ознакою є гуманістична спрямованість майбутнього вчителя, що відображає ставлення до дітей та людей взагалі. Саме гуманістична спрямованість знаходить свій вияв у доброзичливості педагога, його уважному ставленні до учнів та колег. Необхідно, щоб майбутні педагоги навчилися бачити в кожній людині унікальну особистість, гідну поваги. Важливою ознакою педагогічної майстерності є також готовність вчителя до постійного особистісного самовдосконалення. Саме такий педагог буде цікавим як особистість для своїх учнів. Вчитель, який спрямований до самовдосконалення, розвиває в собі такі позитивні риси та якості, як доброзичливість, оптимізм, урівноваженість, оригінальність, дотепність та ін. До істотної психологічної ознаки педагогічної майстерності належить активна пізнавальна діяльність викладача, володіння ним сучасними предметними знаннями та методиками.

Із зазначеного вище, можна зробити наступний висновок: на сучасному етапі існує нагальна необхідність створення таких соціально-психологічних умов для підготовки майбутніх вихователів та педагогів, які б сприяли формуванню та розвитку у них психологічної культури, що детермінує розвиток педагогічної майстерності майбутніх фахівців. Психологічній службі у педагогічних навчальних закладах необхідно поділяти увагу створенню таких діагностичних програм, які б виявляли професійну спрямованість студентів та рівень їх психологічної культури.

### **Література**

1. Актуальні проблеми психології. – Т. 10. – Ч. 1 / За ред. С.Д. Максименка. – К.: Плавник, 2007. – 234 с.
2. Донцов Д. Юнацтво і Пласт / Вибрані твори: у 10 т. - Т.3. – К., 2013. - С. 54-59.
3. Окса М.М. Виховання ціннісних професійних орієнтирів майбутніх учителів засобами педагогічної практики. - Мелітополь: ВБ ММД, 2013. - 208 с.
4. Робота психолога з педколективом / Упоряд. Т. Гончаренко. - 2-ге вид. стереотипне. - К.: ВД “Шкільний світ”, 2006. - 168 с.

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЗМІШАНИХ АТАКСІЙ У ВІЙСЬКОВИХ, ЩО ОТРИМАЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ В РЕЗУЛЬТАТІ БОЙОВИХ ДІЙ**

Вивчення медико-соціальних наслідків черепно-мозкової травми (ЧМТ) набуває в останні роки особливої актуальності з огляду на значне збільшення контингенту осіб молодого і середнього віку із зазначеною патологією і необхідності розробки комплексу заходів щодо їх реабілітації [5]. ЧМТ в структурі травм становить 30-40% і є однією з провідних причин смертності та інвалідизації працездатного населення [1].

Наслідки ЧМТ надзвичайно різноманітні, виникають у 30–96% випадків ЧМТ та залежать як від тяжкості первинного пошкодження, так і від вторинних пошкоджень, а також від перебігу відновлення. До них належать змішані атаксії, що виявляються через 3–12 місяців та більше після травми, та ті клінічні прояви, що зберігаються у вигляді окремих залишкових явищ перенесеної травми або видозмінюються. Особове значення мають наслідки контузійно-травматичних пошкоджень під час бойових дій з терористичними формуваннями на сході України.

Бойова ЧМТ виникає у потерпілих під час бойових дій і включає в себе всю сукупність травм і поранень. Вогнепальні поранення черепа і головного мозку під час Другої Світової війни становили 5,2-7,0 %, а під час ведення бойових дій у локальних конфліктах сьогодення частота поранень черепа і головного мозку значно зросла і сягає 16,0-59,0 % [4].

Все більше значення для лікування цих розладів у клініці набувають альтернативні методи: фітотерапія, гомеопатичні препарати але можливості лікувальних технік фізичної терапії та реабілітації використовуються недостатньо.

За даними деяких авторів використання у нейрореабілітації хворих із наслідками ЧМТ середнього ступеня тяжкості краніо-сакральних мануальних технік поліпшує якість неврологічного відновлення, вегетативного балансу, церебрального кровообігу та когнітивні функції та може бути використана як амбулаторно так і в стаціонарних умовах [2]. За даними інших авторів, науковій та методичній літературі є дуже мала кількість робіт, які стосуються теми фізичної реабілітації (ФР) осіб з травматичним порушенням функції головного мозку та в наявних роботах висвітлюються лише загальні рекомендації щодо застосування засобів та методів ФР в гострий період травми [3]. На даний момент дуже мало робіт, що присвячені особливостям процесу ФР наслідків ЧМТ на постклінічному етапі реабілітації у військових, що постраждали в результаті бойових дій на сході України, тому це питання лишається актуальним для сьогодення.

*Мета роботи* - науково обґрунтувати, розробити та довести ефективність програми фізичної реабілітації змішаних атаксій у військових, що отримали ЧМТ в результаті бойових дій.

Для реалізації мети, були використані такі *методи дослідження*: аналіз науково-методичної літератури, клінічні методи досліджень (опитування хворих і вивчення медичної документації; оцінка рівноваги за шкалою *Bohannon*; тестування за шкалою САН), інструментальні методи (комп'ютерна стабілографія), методи математичної обробки даних.

Педагогічний експеримент проводився на базі Національного військово-медичного клінічного центру “Головний військовий клінічний госпіталь”, упродовж 2016-2017 років. У ньому взяли участь 22 учасники Антитерористичної операції, віком від 19 до 45 років. Термін початку спостереження після травми складав від 3 до 6 місяців. Окрім того були визначені сучасні тенденції розвитку реабілітаційних технологій та намічені шляхи для їх реалізації. Виходячи з чого, прагнення оптимізувати процес фізичної реабілітації у відновленні навичок ходьби у військових, що отримали ЧМТ для підвищення ефективності відновного процесу цілком логічно. При реалізації процесу фізичної реабілітації при корекції змішаних атаксій у пацієнтів з наслідками ЧМТ на постклінічному етапі відновлення засоби підбираються таким чином, щоб вони, по-перше, впливали на вестибулярний апарат з метою зниження його реактивності і, по-друге, певною мірою сприяли поліпшенню кровопостачання головного мозку.

Розробляючи програму фізичної реабілітації, спрямовану на корекцію змішаних атаксій, у військових з наслідками ЧМТ на постклінічному етапі відновлення, ми виходили з таких міркувань: заняття, перш за все, повинні бути спрямовані на тренування функції рівноваги, зменшення спастичності і вогнищевих порушень, відновлення повноцінного кровообігу головного мозку, м'язів шиї і плечового поясу і зняття больового синдрому.

Розроблена програма фізичної реабілітації спрямована на корекцію змішаних атаксій у військових з наслідками ЧМТ на постклінічному етапі відновлення, що включає 2 режими рухової активності, кожен з яких вирішує певні завдання. Виконання представленої програми розраховувалося в термін 1 місяць.

*Щадний руховий режим.* Тривалість – 10 днів. Завдання, що формувалися на даному режимі: оцінка функціонального стану організму, визначення рівня фізичних навантажень, активізація резервних можливостей організму для адаптації до фізичних навантажень, формування мотивацій, позитивного настрою на тренувальний процес та підвищення психоемоційного тону хворого. Засоби ФР, що застосовувалися: фізичні вправи, спрямовані на розслаблення м'язів шиї, плечового поясу і верхніх кінцівок, дихальні вправи, окорухова гімнастика в вихідному положенні (В.п) лежачи, сидячи, лікування положенням, масаж комірцевої зони, фізіотерапевтичні процедури: електромагнітний вплив і електрофорез знеболюючих препаратів на комірцеву зону.

*Щадно-тренуючий руховий режим.* Тривалість – 20 днів. Завдання, що формувалися на даному режимі: покращення вісцеральної регуляції, адаптація всіх систем організму до зростаючого навантаження, підвищення стійкості вестибулярного апарату до фізичних навантажень, тренування функції рівноваги, покращення координації рухів, покращення функції ходьби, підвищення

толерантності організму до зростаючого фізичного навантаження, відновлення працездатності хворого. Останні 3-4 дні курсу вирішували наступні завдання: закріплення отриманих результатів, оцінка змін функцій організму, що сталися внаслідок проведеного курсу реабілітації, формування мотивацій для самостійного продовження тренувань. Засоби ФР, що застосовувалися: фізичні вправи, спрямовані на підвищення загальної активності пацієнта, зміцнення м'язів, відновлення динамічного стереотипу, вправи для тренування рівноваги, вправи для поліпшення координації, масаж комірцевої зони, фізіотерапевтичні процедури (електромагнітне поле і електрофорез знеболюючих препаратів на область комірцевої зони).

Одним із завдань даного дослідження було виявлення ефективності запропонованої програми ФР у військових зі змішаними атаксія з наслідками ЧМТ. З цією метою було проведено порівняльне вивчення ефективності реабілітаційних заходів у хворих основної групи (ОГ) та контрольної груп (КГ). При порівняльному аналізі клінічних результатів після закінчення курсу ФР хворих як в ОГ, так і в КГ були отримані наступні результати.

Частота симптомів, що турбують у хворих зі змішаними атаксія з наслідками ЧМТ знизилася в обох групах. Однак в ОГ всі показники були достовірно нижче по відношенню до показників до реабілітації. В КГ достовірно були знижені тільки 3 показники: головний біль (на 38,7%), порушення сну (на 25,8%) і дратівливість (на 25,8%) ті симптоми, які піддаються переважно медикаментозній корекції. В ОГ завдяки інтенсивним тренуванням значно і достовірно знижені такі показники, як зниження працездатності (на 41,8%), погіршення пам'яті (на 25,6%), порушення сну (на 39,6%), підвищена стомлюваність (на 28%), дратівливість (на 28%).

При клінічній оцінці функції рівноваги ми відзначили, що повністю, (до 6 балів) функція рівноваги немає компенсувалася ні у одного випробуваного. Однак, як видно з таблиці, у основної частини випробуваних як в ОГ і в КГ відновлення рівноваги до 4-5 балів слід розглядати як стійку компенсацію функції, що забезпечує можливість раціональної ходьби без падінь і використання додаткових опор. Дані, отримані при даному дослідженні наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Порівняльна оцінка стану функції рівноваги за шкалою *Bohannon* в ОГ та КГ (n=36)

Кількість пацієнтів	Оцінка стійкості в балах					
	3		4		5	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
При надходженні	8	7	3	2	1	1
%	66,7	70	25	20	8,3	10
За підсумками курсу	2	5	4	3	6	2
%	16,7	50	33,3	30	50	20

При аналізі вихідних параметрів статокінезіограми (СКГ) у військових з наслідками ЧМТ відзначається підвищення значень площі СКГ (при стоянні з відкритими очима в 6,7, з закритими очима - в 5,9), середньоквадратичних відхилень у фронтальній і сагітальній площинах, а також швидкості переміщення загального центру мас (ЗЦМ), що свідчить про більш виражене зниження у них вертикальної стійкості. Значення зорового коефіцієнта у хворих з ЧМТ - 1,83.

Після курсу традиційного лікування у пацієнтів з наслідками ЧМТ значення параметрів СКГ при стоянні як із зоровим контролем, так і без нього, а також значення зорового коефіцієнта незначно змінюються ( $p > 0,05$ ), що свідчить про недостатню ефективність методів традиційного лікування при корекції розладів у військових зі змішаними атаксіями з наслідками ЧМТ. Після курсу комплексного лікування з використанням програми ФР у хворих з наслідками ЧМТ відзначається зменшення площі СКГ ( $p < 0,05$ ), при стоянні з зоровим контролем в середньому на 41,7%, без нього - на 36,2%, в той час як після традиційного лікування - на 9,5% і 7,9% відповідно, що свідчить про більш виражене покращення вертикальної стійкості при використанні запропонованого реабілітаційного комплексу, ніж при традиційному лікуванні ( $p < 0,05$ ).

Значення зорового коефіцієнта після курсу ФР стало більше (2,0), ніж до лікування (1,83), що свідчить про компенсаторне підвищення ролі зорового аналізатора при підтримці вертикальної пози і може бути одним з механізмів поліпшення вертикальної стійкості у військових з наслідками ЧМТ. Після використання програми ФР у них відзначається зменшення значень середньоквадратичних відхилень як у фронтальній, так і в сагітальній площинах, а також швидкості переміщення ЗЦМ ( $p < 0,05$ ), що узгоджується з даними про покращення вертикальної стійкості.

Тестування за шкалою САН показало, що самопочуття, психоемоційний стан покращився в обох групах, однак в ОГ показники психічної активності зросли більш помітно, чому, безсумнівно, сприяло зростання рухової активності і працездатності під впливом заняттями фізичними вправами. З цієї - ж причини цілком виправдано помітне покращення показників психічної активності і настрою (на 43 і 47% відповідно) у пацієнтів ОГ, чого не скажеш про пацієнтів КГ (33 і 18% відповідно), які не займалися фізичними вправами.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження була розроблена диференційована програма ФР у військових зі змішаними атаксіями з наслідками ЧМТ, що була отримана в результаті бойових дій. Ця програма включала в себе, перш за все, заняття фізичними вправами, спрямованими на тренування вестибулярного апарату, масаж і фізіотерапевтичні процедури. Показано, що запропонована програма ФР може бути використана в комплексному відновленні у хворих зі змішаними атаксіями з наслідками ЧМТ.

### **Література**

1. Иванова М.Ф., Евтушенко С.К., Евтушенко И.С. Особенности консервативной терапии черепно-мозговых травм в остром и отдаленном периодах // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – № 2. – С. 76–80.

2. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 560 с.
3. Крук Б., Рокошевська В., Білянський О. Фізична реабілітація осіб із черепно-мозковою травмою // Спортивна наука України. – 2015. – № 1. – С. 60–69.
4. Семчишин М.Г., Шевага В.М., Задорожна Б.В. Особливості клініки та перебігу закритої черепно-мозкової травми легкого ступеня тяжкості у вояків Антитерористичної операції у віддаленому періоді // Буковинський медичний вісник. – 2016. – № 3. – С. 171–174.
5. Эпидемиология инвалидности вследствие черепно-мозговых травм в Украине / Хобзей Н.К., Педаченко В.Г., Голик В.А. та ін. // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3. – С. 30–34.

**Качан О.А.**  
**Завідувач відділу фізичної культури**  
**і спортивно-масової роботи**  
**Донецького інституту**  
**післядипломної педагогічної освіти**

## **СОЦІАЛІЗАЦІЯ УЧНІВ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ ТА СПОРТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Сучасна система фізичного виховання учнівської молоді ще не в повному обсязі забезпечує досягнення психофізичної готовності до професійної діяльності та потребує подальшого аналізу й удосконалення. Тому актуальним стає обґрунтування теоретичних положень та впровадження інноваційних технологічних підходів у забезпечення професійної спрямованості фізичного виховання учнів професійно-технічних навчальних закладів (ПТНЗ).

На думку О. Качана, В. Пристинського [4] залишаються ще недостатньо розробленими технології впровадження різноманітних видів рухової активності, котрі моделюють елементи майбутньої професійної діяльності у поєднанні з оптимальним фізичним та психоемоційним дозуванням впливу психолого-педагогічних факторів, що сприятиме подальшій оптимізації процесу навчання і виховання учнів ПТНЗ.

Необхідність дослідження даної проблеми обумовлена наявністю певних протиріч, насамперед, між потребою теорії і практики соціальної педагогіки у використанні засобів фізичної культури з метою соціалізації особистості і недостатньою розробленістю організаційно-педагогічних умов, форм і методів соціально-педагогічних впливів, необхідних для забезпечення успішності цього процесу.

Дане дослідження являє собою спробу наукового пошуку та обґрунтування властивостей і функцій фізичної культури, завдяки яким вона може розглядатися як дієвий чинник соціалізації особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, та котрим присвячується стаття. Виявлення ролі

фізичної культури у формуванні цінностей здоров'я і здорового способу життя, у забезпеченні оптимальної рухової активності учнів, як чинників соціалізації особистості, є предметом дослідження вчених у галузі філософії, педагогіки, соціальної педагогіки, психології, теорії і методики фізичного виховання, валеології, медицини. Відзначимо цінність для розробки даної проблеми наукових досліджень і праць соціальних педагогів (А. Капська, Л. Міщик, С. Харченко [3]), в яких закладено концептуальні основи соціалізації та соціального виховання молоді; основи валеологічного виховання особистості та вплив рухової активності на здоров'я людини (М. Амосов, Г. Апанасенко, В. Горашук [1,2]); формування здорового способу життя в контексті соціального виховання та взаємодії соціальних інститутів суспільства (О. Безпалько, В. Григоренко, С. Омельченко, В. Пристинський). При цьому зазначимо, що питання соціалізації учнів професійно-технічних навчальних закладів засобами фізкультурно-спортивної діяльності залишаються ще недостатньо дослідженими у соціальній педагогіці.

Необхідно визнати, що в сучасному суспільстві місце фізичної культури і спорту в системі культурних цінностей поки що не відповідає її призначенню, як одного з важливих факторів соціалізації особистості. Усвідомлення фізичної культури і спорту, як суспільної й індивідуальної цінності, як одного із засобів соціалізації має стати імпульсом для виявлення й мобілізації перспектив розвитку фізичної культури і спорту, появи нових тенденцій у формуванні громадської свідомості та особистісних мотивацій, які сприяють активному засвоєнню цінностей фізичної культури і спорту суспільством і особистістю.

Формулювання цілей статті (постановка завдань). *Метою* даної статті є обґрунтування доцільності використання засобів фізкультурно-спортивної діяльності та сучасних інформаційних технологій для забезпечення процесу соціалізації учнів ПТНЗ.

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Теоретичне узагальнення даних літературних джерел та їх аналіз й осмислення дають нам підстави зазначити, що соціалізація особистості є одним із основоположних соціальних процесів, що забезпечує існування людини в суспільстві та передбачає процес засвоєння певної системи знань, норм і цінностей, котрі дозволяють їй функціонувати як повноцінному членові суспільства.

Особливої актуальності цей процес набуває по відношенню до учнівської молоді, котра навчається в ПТНЗ, так як в Україні останнім часом спостерігається не лише значне погіршення стану здоров'я, а й знецінення здоров'язбережувальної поведінки, поширення серед підлітків соціально небезпечних і негативних явищ. Але одні тільки досягнення в галузі медицини, генетики, екології не здатні зробити людину здоровою. Вирішення цієї проблеми неможливе без підвищення соціальної значущості фізичної культури і спорту, без досягнення розуміння важливості фізичної активності, без формування погляду на фізичну культуру і спорт як чинників формування здоров'я.

Соціально-виховна значущість фізкультурно-спортивної діяльності полягає в досягненні розуміння важливості фізичної активності; у формуванні погляду на фізичну культуру і спорт, як на чинники здоров'я і здорового способу життя; у зміни мотивації до занять (від мотиву досягнення успіху та самоствердження – до мотиву отримання задоволення, зміцнення здоров'я тощо); у спільних зусиллях учня, родини і навчального закладу щодо відволікання молоді від наркотиків, алкоголю, згубного впливу злочинного світу.

Необхідно констатувати, що, нажаль, цінність фізичної культури і спорту в сучасному українському суспільстві ще не є пріоритетною. Практика показує, що в учнівській молоді поняття “здоровий спосіб життя”, “здоров'я”, “оздоровчо-рекреаційна рухова активність” майже не асоціюється з поняттями “фізична культура”, “культура здоров'я”, а відповідно й соціально-виховні можливості фізкультурно-спортивної діяльності ще не використовуються в належній мірі. Здоров'я, як соціальний феномен, що в інтегрованому вигляді відображає якісну сторону включеності особистості в природну і соціальну сфери, є однією з важливих передумов загальної активності людини, її активної життєвої позиції, професійної самореалізації.

Цілеспрямоване створення умов, адекватних гуманістичному способу життя, вимагає сьогодні глибокої світоглядної переорієнтації суспільства щодо здоров'я підростаючого покоління як найважливішої соціальної цінності.

Методологічні підходи щодо соціалізації учнівської молоді засобами фізкультурно-спортивної діяльності визначені в Законах України “Про фізичну культуру і спорт”, “Основи законодавства України про охорону здоров'я”; в Концепції загальнодержавної цільової соціальної програми “Здорова нація”; в Національній доктрині та державній програмі розвитку фізичної культури і спорту в Україні.

Аналізуючи сутність фізичної культури і спорту необхідно зазначити, що вона є соціальним феноменом, який на рівні особистості, соціальних груп і спільнот проявляє себе в системі знань, норм і цінностей; є соціальною практикою (фізичне виховання і фізкультурно-спортивна діяльність), якій притаманні властивості виховувати цінності здоров'я, цінності тілесності, духовні цінності людини. Фізична культура і спорт все більше проникають в повсякденну життєдіяльність людини, а отже з'являється нагальна необхідність в проведенні наукових досліджень з вивчення ефективності впливу фізкультурно-спортивної діяльності на процес соціалізації особистості, на формування мотиваційно-ціннісних орієнтацій учнівської молоді.

Для будь-якого суспільства проблема виховання та соціалізації підростаючого покоління є однією з найважливіших. Процес соціалізації, як відомо, передбачає як контрольовані, усвідомлені і спрямовані впливи на людину через систему різноманітних соціальних інститутів, так і спонтанні, стихійні впливи соціального середовища. У зв'язку з цим, учнівській молоді, яка отримує професійну підготовку і виховання в системі початкової професійної освіти належить включитися в нові, часом незвичні і нестандартні



виробничі відносини в умовах якісного перетворення як у сфері технологічних систем, так і в умовах управління виробництвом.

Незворотний процес поступального розвитку суспільства до загальнолюдських цінностей, нового технологічного рівня виробництва і виробничих відносин, незважаючи на всі складності і протиріччя, вимагає зміни ролі людського фактора в системі цих відносин і виробництва. Рішення складних соціальних завдань в сучасних умовах можливо лише при глибокому осмисленні кожною молодою людиною цілей і суті соціально-економічних перетворень, критичному засвоєнні вже накопиченого досвіду і усвідомленій готовності до творчої перетворювальної діяльності. Соціально-виховний потенціал фізкультурно-спортивної діяльності в даному контексті є надзвичайно важливим.

Висновки з результатів дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі. Таким чином, на підставі викладеного вище необхідно зазначити, що використання інноваційних технологій в процесі фізкультурно-спортивної діяльності сприятиме: активізації психоемоційної діяльності учнів; нормалізації функціонального стану учнів; удосконаленню соціально значущих та професійних рухових умінь і навичок (координація та ступінь свободи рухів, оптимальна амплітуда рухів, орієнтація у просторі, дисциплінованість, організованість, стриманість, толерантність тощо); підвищенню фізичної культури, загальної фізичної працездатності та рухової активності (правильна постава, нормалізація виги тіла, відчуття темпу і ритму тощо); покращенню психоемоційного і морфофункціонального стану (зняття стресів, підвищення показників психосоматичного здоров'я, мотивація до систематичних занять різноманітними видами оздоровчо-рекреаційної рухової активності тощо).

*Перспективами подальших розвідок у даному напрямі, на наш погляд, є необхідність пошуку та наукового обґрунтування найбільш універсальних засобів, методів і форм фізкультурно-спортивної діяльності, які сприяють підвищенню ефективності процесу соціалізації учнів професійно-технічних навчальних закладів. Таким універсальним засобом є фізична культура і спорт, як специфічний вид людської діяльності, котра має стати потужним фактором соціалізації особистості.*

Духовними цінностями фізичної культури є генерування здоров'я людини, формування потреби у здоровому способі життя та забезпеченні оптимальної рухової активності, що в системі загальнолюдських цінностей визначає можливості засвоєння інших культурних цінностей, і в цьому сенсі є основою, без якої процес соціалізації малоефективний.

### **Література**

1. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова: Алгоритм здоровья. Человек и общество. - Донецк: Сталкер, 2002, - 464 с.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. - К.: Здоров'я, 1998. - 248 с.
3. Капська А. Й. Соціальна робота : навч. посіб. / А. Й. Капська. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 328 с.
4. Качан О.А. Нетрадиційні форми і методи проведення занять з фізичної культури, як засіб навчально-виховного процесу підлітків : навч. посібник /О.А. Качан – Донецьк, 2010. - С. 13-15.

## АЕРОБІКА ТА ЇЇ РІЗНОВИДИ В ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В сучасних умовах розвитку суспільства відмічається різке зниження рівня здоров'я населення та тривалість життя. Про це свідчить аналіз щорічних доповідей українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України про стан здоров'я населення [5]. Як свідчать дані, на кінець 2016 року населення України становило 42 462 218 чоловік. За 2016 рік населення України зменшилось приблизно на 155 127 осіб. Ураховуючи, що населення України на початку року оцінювалось в 42 617 345 осіб, річний приріст склав – 0,36 %. З цієї кількості населення налічується до 2,7 мільйонів непрацездатних осіб, які потребують реабілітації [4]. Такі дані свідчать про причину погіршення стану здоров'я населення, пов'язану із впливом зовнішнього середовища (токсини, інфекції та ін.), нездоровим способом життя (харчування, шкідливі звички), низькою фізичною активністю, а також конфліктом на сході нашої країни. Такі причини вимагають специфічного підходу до формування і збереження здоров'я людини, а реабілітація є ключем до вирішення даної проблеми.

*Мета роботи:* визначити основні види оздоровчої аеробіки та їх вплив на організм людини. Обґрунтувати важливість підготовки спеціалістів з оздоровчої аеробіки.

Фізична реабілітація займає щільне місце в суспільстві і використовується як оздоровчий і профілактичний засіб з метою комплексного відновлення фізичного здоров'я і працездатності хворих та інвалідів. Тому у ВНЗ особливу увагу в останні роки приділяється підготовці спеціалістів з реабілітації. Сучасний етап розвитку вищої професійної освіти спрямований на створення цілісної системи неперервної освіти та формування фахівця, який володіє знаннями й навичками у сфері професійної діяльності. Реалізація міжпредметних зв'язків у процесі викладання професійно-орієнтованих дисциплін створює умови для ефективної профпідготовки реабілітологів. Вивчення дисциплін закінчується виробничими практиками (ознайомча, педагогічна, тренерська), що надає студентам можливість отримати різнобічну підготовку з усіх напрямів майбутньої фахової діяльності [1].

Важливе значення в підготовці майбутніх реабілітологів займає також і аеробіка. Багато фахівців у галузі фізичного виховання відзначають оздоровчий ефект при використанні на заняттях аеробних вправ особами різного віку, рівня фізичної підготовленості та стану здоров'я.

У широкому розумінні до аеробіки відносяться: ходьба, біг, плавання, катання на ковзанах, лижах, велосипеді, різні види рухової активності. У вузькому значенні найбільш точно визначення аеробіки надала О. Іванова: "Аеробіка" – це гімнастика оздоровчої направленості, основним засобом якої є комплекси гімнастичних вправ, різноманітних по своєму характеру, які виконуються переважно поточним способом під музичний супровід,

що базуються на основних елементах оформлених танцювальними стилями. Основними видами аеробіки є: спортивна; прикладна; оздоровча.

*Спортивна аеробіка* – це вид спорту, в якому спортсмени виконують безперервний і високо інтенсивний комплекс вправ, що включає поєднання ациклічних рухів зі складною координацією, а також різноманітні по складності елементи різних структурних груп і взаємодія між партнерами.

*Прикладна аеробіка* – застосовується як базове тренування майже для всіх видів спорту, широко використовується в показових виступах та шоу-програмах.

*Оздоровча аеробіка* – одна з форм фізичної культури з регульованим навантаженням. Характерною рисою оздоровчої аеробіки є наявність аеробної частини заняття, впродовж якого на певному рівні підтримується робота серцево-судинної, дихальної та м'язової систем.

В оздоровчій аеробіці можна виділити достатню кількість програм, що відрізняються змістом та побудовою заняття: програми з використанням предметів і спеціального устаткування [2]: степ, слайд, фітбол, обруч, манжети з додатковим навантаженням, гумові амортизатори; програма без предметів, танцювальні напрямки (базова, класична); програми з використанням елементів інших видів спорту.

Оздоровча аеробіка поділяється на такі основні види [3]:

1. *Класична аеробіка (базова): super low impact, non impact* (безударна) – коли рухи виконуються тільки у вигляді кроку; *low impact* (низькоударна) – коли хоча б одна нога під час контакт з опорою виконує пружинні рухи в гомілкостопному суглобі; *high impact* (високоударна) – характеризується безопорною фазою та складається з елементів бігу та стрибків; *high low impact* (комбінована) – це найбільш розповсюджений практиці оздоровчої аеробіки вид навантаження, який поєднує в собі: *low* – безпеку та *high* – інтенсивність.

2. *Танцювальна аеробіка* – це вид оздоровчої аеробіки, змістом якої є танцювальні рухи на основі базових кроків. Важливою її особливістю є застосування під час занять великої кількості музичних інтерпретацій у поєднанні з виконанням специфічних рухів, які відрізняються за технікою. Залежно від стилю танцю, який використовується, розрізняють наступні види танцювальної аеробіки: фанк, джаз-фанк, хіп-хоп, кардіо-фанк, стріт-денс, модерн-денс, латина, сальса, джаз модерн, афро-джаз або афро-аеробіка, боді балет, танго-аеробіка, сіті-джем, рок-н-рол аеробіка, рівер- денс (ірландські танці).

3. *Силова аеробіка* – це один із напрямів оздоровчої аеробіки, в основу якого покладено використання засобів силового тренування: кондиційної гімнастики, атлетичної та бодібілдингу. Цей напрям направлений на корекцію фігури. На заняттях широко застосовується різне обладнання: гантелі, штанги, еспандери тощо. До силової аеробіки входять: каллонетика, терра аеробіка (тегга), боді памп (памп аеробіка), боді блейд, боді контрол, шейпінг-тренінг, памп, боді денс, аппер боді, фіт пресс, хелсі бек, ловер боді та інтервальне тренування з чергуванням навантаження та відпочинку.

4. *Аеробіка психічно-регулюючої направленості* - направлена на розвиток окремих функцій організму і концентрації уваги. Вона будується на основі вправ, що розвивають гнучкість та рухомість суглобів, координацію рухів, вправи на

розтягування м'язів. Також активно застосовуються дихальні вправи, прийоми релаксації та медитації. Вправи можуть носити статичний, динамічний, активний та пасивний характер. Даний напрям аеробіки складається з наступних видів: стретчинг, пілатес (класичний, атлетичний та хореографічний), фітнес-йога, тайчі (китайська дихальна гімнастика).

5. Аеробіка з елементами бойових мистецтв – є найефективнішим засобом позбавлення надлишкової ваги тіла. Заняття з використанням бойових мистецтв : карате, кікбоксінга, тайчі та таеквандо будується за принципами оздоровчої аеробіки з застосуванням специфічної техніки виконання вправ: ударів ногами та руками, стрибків, кидків, підсічок, падінь, загально-розвиваючих вправ та базових рухів оздоровчої аеробіки. Видами цієї аеробіки є : тай-бо, кі-бо, кік, аеробоксінг, каратробіка, бодікомбат.

6. *Аква-аеробіка* – це заняття у водному середовищі з використанням спеціального обладнання. Це безпечний вид аеробіки, як для звичайних людей, так і для осіб підвищеного ризику : вагітних, похилого віку, фізично ослаблених та інвалідів. Залежно від застосування різного спеціального інвентарю та техніки виконання вправ, розрізняють наступні різновиди: аква-гімнастика, аква-стретчинг, аква-боксінг, аква-джогінг, аква-білдинг.

7. *Аеробіка з використанням різного знаряддя (стен)* – направлена на корекцію фігури, розвиток пластики і поліпшення постави. Розвиває гнучкість, відчуття рівноваги і координації, сприяє розвитку і зміцненню великих і дрібних груп м'язів тулуба і ніг. Також служить для відновлення після травм коліна, профілактикою при варикозному розширенні вен, остеохондрозі та артритах. Видами цієї аеробіки є: фітбол, слайд, власкор (собкор), кенгуру (джамп), босу, степ (дубль-степ – дві одночасно).

8. *Циклічні види аеробіки* – цикл передбачає повторення рухів. Цей напрям оздоровчої аеробіки виступає як початковий. На практиці в циклічних видах аеробіки застосовують енергійну музику та відеоролики із зображенням бігу лісовим масивом, біля водоймища тощо. До цього виду відносяться: кросробіка , аеробіка зі скакалкою, сайкл, спінінг.

Таким чином, визначивши види оздоровчої аеробіки та їх вплив на організм людей та людей з обмеженими можливостями постає необхідність підготовки реабілітологів з оздоровчої аеробіки, оскільки заняття руховою активністю забезпечують не лише спалювання калорій, але й укріплення всіх систем організму, відновлення після травм, хвороб та ін. У людей, які регулярно займаються аеробікою, спостерігається покращення життєвої ємкості легень, об'єму крові і рівня гемоглобіну. Збільшується розмір серця та підвищується сила його м'яза, відбувається покращення фізичного вигляду, зміцнення опорно-рухового апарату, м'язів. Знижується ризик різних захворювань.

Отже, фахівці з фізичної реабілітації повинні володіти методикою проведення різних видів оздоровчої аеробіки, чітко знати і розуміти вплив використання різновидів аеробіки на організм людини та вміти відновити його після фізичного навантаження. Вміти правильно розраховувати навантаження на людей різної вікової категорії та тілобудови. Активно працювати над оновленням програм і швидко вивчати методику проведення занять різної

спрямованості. Це особливо важливо в умовах сьогодення, коли програми занять змінюються та вдосконалюються, з'являються нові обладнання, а отже виникає необхідність у обізнаності фахівців у нових програмах.

### Література

1. Воробйов М.І., Круцевич Т.Ю. Практика в системі фізкультурної освіти. – К.: Олімпійська література, 2006. – 192 с.
2. Значення і місце аеробіки в системі фізичного виховання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://5fan.ru/wievjob.php?id=40838>
3. Класифікація і характеристика різних напрямів аеробіки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zdamsam.ru/a399.html>
4. Населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://countrymeters.info/ru/Ukraine>
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення. 2015 рік / за ред. Квіташвілі О. – К.: МОЗ України, 2016. – 460 с.

**Козій Т.П.**

Херсонський державний університет

## **ПІЛАТЕС ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗАХ**

За офіційною статистикою остеохондрозом в Україні страждає близько 20% населення, а в країнах США і Західної Європи від 40 до 80%, вражаючи людей працездатного віку. Але в основному люди починають відчувати прояви остеохондрозу після 35 років. Найбільш схильне до остеохондрозу чоловіче населення [4].

Всі сучасні медичні методи лікування впливають тільки на прояви дегенеративного захворювання хребта, але не усувають причину його розвитку. Для проведення етіопатогенетичного лікування остеохондрозу необхідно включати у відновний лікувальний комплекс методи і засоби фізичної реабілітації. Особливий акцент у комплексній реабілітації хворих на остеохондроз потрібно робити на застосування фізичних вправ. Багато традиційних фізичних вправ ЛФК або заняття на тренажерах не можна використовувати особам з патологією хребта, так як вони зазвичай дають дуже сильне перенавантаження на м'язи спини та хребет. Пацієнтам, які страждають на остеохондроз, показана більш щадна гімнастика за одним із напрямків оздоровчого фітнесу – пілатес. Правильно підібране фізичне навантаження в необхідному дозуванні допоможуть запобігти прогресуванню захворювання, зменшать вираженість існуючих симптомів і стануть профілактикою їх прояву в майбутньому [3].

Система Дж. Пілатеса на сьогодні визначається ефективністю та привабливістю у зв'язку з тим, що пропонує систему щадних навантажень, у якій закладений фактор оздоровлення і розвантаження хребта, усунення больових синдромів, корекція вади постави та поліпшення самопочуття при остеохондрозі й грижах міжхребцевих дисків [1; 3; 5]. Ця система спрямована на зміцнення м'язів-стабілізаторів, які утримують хребет, на розвиток відчуття балансу, координації, поліпшення постави та відчуття свого тіла в просторі, розвиток та

вдосконалення сили і м'язової витривалості, поліпшення роботи опорно-рухового апарату та інших функціональних систем організму. У системі Дж. Пілатеса передбачена велика кількість вправ для реабілітації різних відділів хребта при больових синдромах. Плавність і точність виконання вправ пілатесу дозволяють уникнути розривів м'язових тканин, ударного навантаження на суглоби та м'язового перевантаження. Специфіка вправ та вихідних положень дає змогу зарахувати подібні заняття до реабілітаційних [5].

На сьогоднішній день в західних клініках пілатес вважається еталоном лікування остеохондрозу. Лікувальна гімнастика в даному випадку має ряд основних впливів, які можуть позитивно позначитися на самопочутті пацієнта, що страждає від порушень і дегенеративних змін в структурі суглобів хребта і міжхребцевих дисків.

Пілатес при остеохондрозі впливає на наступні фактори [2; 5].

- *Збільшення і зміцнення м'язового корсету.* Однією з основних особливостей остеохондрозу є атрофія м'язів. Зазвичай вони або майже повністю не задіюються, або використовуються не повною мірою. М'язи тулуба в даному випадку виступають в ролі своєрідного корегуючого і підтримуючого природного корсета, який утримує хребці в правильному положенні та не дозволяють хребту зайняти анатомічно неправильне положення. Таким чином, вправи пілатеса дозволяють зняти частину осьового навантаження з хрящових прошарків, переносючи його на м'язи.

- *Відновлення рухливості пошкодженої ділянки хребта.* Пілатес при остеохондрозі допомагає розтягнути м'язи хребта, роблячи їх еластичними і, таким чином, позбавляє від застійних явищ без агресивного впливу.

- *Поліпшення живлення міжхребцевих дисків.* Особливо це важливо на першій стадії остеохондрозу. Після 25-30 років судини в хрящовій тканині міжхребцевих дисків поступово атрофуються, що призводить до дефіциту необхідних поживних речовини, які тепер надходять в диски виключно з навколишніх тканин. В результаті хрящові прошарки поступово стоншуються, зменшуються по висоті, погіршуючи амортизаційні властивості хребта. Вправи пілатесу задіють навіть глибокі та дрібні групи м'язів, активізуючи живлення хрящів.

- *Формування правильної постави за рахунок контролю і підтримки рівноваги тіла.* Навантаження на все тіло поширюється рівномірно, без викривлень в той чи інший бік, що зменшує прояви і ймовірність появи остеохондрозу та інших відхилень у хребті.

- *Усунення м'язового спазму.* При остеохондрозі хребта часто розвивається м'язовий дисбаланс: одні м'язи і м'язові групи перебувають в стані тонічної напруги (м'язового спазму), інші - надмірно розслаблені. Якщо м'язовий спазм триває довгий час, то в товщі м'язів формуються локальні ущільнення (міогелози), які стають джерелом болю (тригерними точками). Правильно підібрані вправи пілатесу дозволяють позбутися від болю за рахунок довільного розслаблення кожного м'язу.

- *Усунення больового синдрому за рахунок декомпресії спинномозкових корінців.* Спеціальні вправи пілатесу сприяють поверненню хребців в потрібне положення і звільненню нервових волокон від здавлення.

- *Система вправ пілатес використовує нижньогрудний тип дихання,* при якому на вдиху розширюються нижні відділи легень, нижні ребра розходяться в сторони, а живіт залишається злегка напруженим і втягнутим. Саме такий тип дихання зберігає нормальну глибину поперекового вигину хребта, а значить попереджає болі в попереку.

- *Зниження маси тіла.* Надмірна вага значно збільшує навантаження на хребет, а заняття пілатесом поступово і природно призводять вагу в норму.

- *Удосконалення нейро-м'язового управління.* Уміння правильно розподілити зусилля, грамотно підставити плече, взяти вантаж - важливий фактор профілактики дорсопатій. Велика роль в удосконаленні міжм'язової і внутрішньом'язової координації належить тренуванню пропріоцептивного апарату. Для цього в програму пілатесу включені вправи на рівновагу з використанням спеціальних дестабілізуючих пристроїв, так званого малого обладнання (півсфера Босу, фітбол, ролер, пілатес-м'яч).

При застосуванні пілатесу, як засобу реабілітації при остеохондрозі, необхідно дотримуватися наступних принципів і правил [5].

1. При захворюваннях хребта перед тим, як починати заняття, варто пройти медичне обстеження і проконсультуватися у лікаря для визначення рівня проблеми.

2. Категорично забороняється виконання вправ під час запального процесу, так як це може привести до загострення патології. Заняття можна починати в період ремісії захворювання, коли знятий больовий синдром.

3. Заняття вдома або в групі при захворюваннях хребта може бути небезпечним. Необхідно знайти грамотного інструктора, який зможе підібрати безпечний комплекс вправ і контролювати правильність їх виконання. У цьому випадку ефект буде оптимальним і безпечним.

4. Більшість вправ системи пілатес для хребта підходять добре, але все ж, деякі можуть бути потенційно небезпечні. Підбирати їх потрібно з урахуванням захворювання, що зробити самостійно практично неможливо, зате це під силу кваліфікованому інструкторові. Техніка виконання в деяких випадках включає силові рухи, які можуть бути небезпечними для здоров'я пацієнтів, що страждають від грижі хребта. Але силове навантаження на хребет не повинно бути вертикальним. Особливо обережними у підборі вправ повинні бути пацієнти, що проходять реабілітацію після хірургічного втручання.

5. Головне правило пілатесу при грижі міжхребцевого диска: вправи не повинні бути болючими. Якщо під час виконання вправи виникає різкий біль, значить, необхідно зменшувати амплітуду руху до повного зникнення болю, а також перевірити, чи все виконується правильно. Якщо вправа викликає дискомфорт і раніше, значить, виконувати її рано, або взагалі не потрібно.

6. Заняття повинні бути регулярними, разові навантаження будуть просто безглузді і небезпечні. Кожне нове заняття буде для організму стресом, тоді як регулярні заняття поступово введуть організм в тонус. Оптимальна частота

занять - 2-3 рази в тиждень на початку і 3-4 - потім. Проміжки між ними повинні бути регулярні.

7. Рівень навантажень повинен відповідати рівню фізичної форми, занадто інтенсивні тренування не принесуть користь. Але найголовніше - запастися терпінням. Не варто чекати результатів від пілатеса вже через пару тижнів, але кілька місяців регулярних занять допоможуть відчути помітне полегшення.

Таким чином, проаналізувавши літературні джерела, можна зробити висновки проте, що система Джозефа Пілатеса на сьогодні є ефективною та привабливою з огляду на те, що пропонує фізичні навантаження у повільному темпі. У них закладений фактор безпечності, оздоровлення і розвантаження хребта, усунення больових синдромів за рахунок декомпресії нервових спинномозкових корінців, збільшення витривалості хребта до статичних і динамічних навантажень шляхом зміцнення м'язового корсету тулуба, покращення координації та балансу рухів, корекція вад постави та поліпшення самопочуття при остеохондрозі й грижах міжхребцевих дисків. При розробці вправ основний упор має робитися на те, щоб зміцнити глибокі м'язи-стабілізатори спини без ударного та осьового навантаження для усунення гіпермобільності та запобігання подальшого прогресування захворювання і зняти м'язовий спазм, що виникає в гострому періоді захворювання як захисна реакція організму.

### **Література**

1. Буркова О.В., Лисицкая Т.С. "Пилатес" – фитнес высшего класса. Секреты стройной фигуры и оздоровления. – М.: Радуга, 2005. –208 с.
2. Вейдер С. Пилатес для идеальной осанки. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. –192 с.
3. Гребенькова В. Сравнительный анализ эффективности тренировочных программ по различным направлениям "метода Пилатеса" // Матер. Междунар. науч.-практ. конф. "Фитнес – 2010" / РГУФКСиТ. – М.: Светотон, 2010. – С. 13–15.
4. Данилов И.М. Остеохонроз для профессионального пациента. – М.: Аллантра, 2010. – 124 с.
5. Робинсон Л., Фишер Х., Масси П. Пилатес для профилактики и снятия болей в области спины. – Мн.: Попурри, 2005. – 256 с.

**Козуб С.В.**

Коммерческий техникум Днепропетровского  
государственного технического университета

## **ОЗДОРОВЛЕНИЕ И РЕКРЕАЦИЯ ПОСРЕДСТВОМ ТАНЦЕВ**

В современных условиях пространство действия физической рекреации неизмеримо расширяется, она наполняется новым содержанием, за счет научных факторов. Не теряя своего значения в восстановлении и оздоровлении организма человека, она продолжает формировать и эмоциональное состояние, возникающее под влиянием чувства свободы, радости, благополучия и внутреннего удовлетворения, освобождения от напряжения и стресса. Рекреационная функция физической культуры связана с тем, что угроза гиподинамии делает средства физической культуры едва ли не единственным в



деле повышения физической активности современного человека. Функция эмоциональной разрядки становится особенно важной для здоровья и составляет весомую часть здорового образа жизни. Получить ее можно и в простых вещах современной жизни – это танцы. Первый язык в нашем мире – это язык движений, которым владели все народы во все времена. С давних времен люди верили в целительную силу танца. Танец – это искусство способное передать мысли, чувства, эмоции человека. Это набор жестов и движений, которые порой могут сказать даже больше чем слова, может передать чувства, страсть, ненависть. Он воздействует на организм человека только положительно, с его помощью можно улучшить фигуру, сбросить лишний вес, приобрести необходимый заряд энергии и бодрости. В широком смысле танец оказывает большое влияние и на формирование внутренней культуры человека. В современном мире танцу снова начинают уделять больше внимания и выражать больше уважения. И это совсем не зря, ведь они становятся настоящим спасением для многих. Танцевальная терапия считается новым и очень популярным направлением современной медицины.

*Польза танцев* действительно велика, и регулярные занятия ими могут способствовать постепенному улучшению общего состояния здоровья человека. Танец – это красивая осанка и походка, подтянутые мышцы, умение двигаться под любую музыку, натренированный вестибулярный аппарат, хорошая координация движений, владение своим телом, повышенная работоспособность. Ритмичные движения под музыку — эффективный, а главное, приятный вариант оздоровления. Если постоянно давать телу нагрузку, включаются его скрытые возможности, организм закаляется, повышается выносливость и общий тонус.

Когда танцуют маленькие дети, им проще найти общий язык, их сближает мелодичная музыка, атмосфера танцкласса и общение с педагогом. Танцы помогают ребятам учиться работать в команде, у них развивается чувство доверия и сотрудничества. Детские танцы раскрепощают – скромных и застенчивых детей, снимают все барьеры и сделают их более смелым. Детям они полезны для психического здоровья, поскольку повышают самооценку, развивают чувство уверенности и способности выражать эмоции.

*Главный эффект* – это повышение настроения. Каждый человек на учебе или на работе испытывает стрессы и психологические нагрузки. Занятия танцами помогают улучшить работу нервной системы человека. Двигаясь под музыку мышцы, начинают расслабляться, а в кровь начинают поступать эндорфины – так называемые “гормоны радости”. Это позволяет ему обрести гармонию со своим телом, начиная ощущать легкость и душевный подъем. Есть еще и психотерапевтический эффект. Занимаясь танцами, замкнутый, хмурый или застенчивый человек сможет научиться общению и с противоположным полом, стать увереннее в себе.

Многообразие танца велико, быстро меняются названия, стили, характер популярных бытовых танцев. Феерия стилия, разнообразие поз, новые знакомства и дух молодости – вот что такое современный танец – это жизненный поток энергии, ритмическая пружина латиноамериканских движений, чувственная окаямлнность восточных танцев, зажигательных массовых флэшмобов.

*Танцевальные флэшмобы* - это огромное количество людей, выполняют синхронные движения, сливаясь в одно целое. Такое массовое явление сформировалось благодаря наличию удобных и быстрых средств связи, и позволило стремительно стать популярным практически по всему миру. Поэтому можно утверждать, что они имеют уникальную идеологию и не имеют аналогов в мировой истории. Они доступны каждому, не требуют большого финансирования. Очень популярны в сфере студенческой молодежи, с помощью которых выражается всегда взрыв эмоций, позитива, радости и хорошего настроения! Те, кто внимательно следит за современными тенденциями, наверняка слышали о танцевальной программе “Зумба”. Идеальный вариант для всех, кому не подходят спортивные тренировки высокой интенсивности. Популярная по всему земному шару танцевальная программа на основе зажигательных латиноамериканских и мировых ритмов создает ощущение настоящей танцевальной вечеринки.

Танцы являются прекрасным средством физической, психологической, эмоциональной и социальной реабилитации для инвалидов. В результате занятий танцами происходит повышение самооценки, устранение комплекса неполноценности и чувства одиночества; раскрытие и реализация творческого и спортивного потенциала инвалидов; улучшение состояния здоровья за счет включения в работу не задействованных в повседневной жизни групп мышц; интеграция в общество, взаимодействие с танцорами, не имеющими инвалидность; пропаганда толерантного отношения к инвалидам. Танцы на колясках рассматривается как часть системы социального становления личности. Таким образом, танцы на колясках - это универсальное средство, которое одновременно выполняет ряд функций: познавательную, развивающую, духовно-нравственную, функцию социального закаливания, гражданского становления личности, функцию проектирования собственной деятельности, осознанию роли и места своего “Я”.

Танец не зря называют “песней души”. На примере художественной китайской труппы, показан весь потенциал, сила величественного слова “танец”. Двадцать глухонемых девушек инвалидов, следя за руками режиссёра, “читают” музыку во время исполнения танца, воспевающего Тысячерукою Гуаньинь — добрую фею из народных китайских преданий, помогающих людям. Репетициями руководит глухонемая девушка по имени Тай Лихуа. Как и в любом другом виде искусства, а современный танец – это искусство! Каждый отдельный стиль и направление – это отдельная история со своими особенностями и набором движений. Для подрастающего поколения - это эстетическое развитие, которое уравнивает и приводит в порядок природные качества.

В принципе, если отбросить романтику и творчество, танцы - обычная оздоровительная “физкультура под музыку”. Поэтому для занятий ими нет каких-то особых ограничений. Они подходят буквально всем. Идите и танцуйте! Живите танцуя!

## **ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ЯК ОСНОВНИЙ ЗАСІБ КОМПЛЕКСНИХ МЕТОДИК У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ХРЕБТА**

В умовах сьогодення, не дивлячись на різноманіття фармакологічних препаратів і впровадження нових методів лікування, кількість хворих, які страждають захворюваннями опорно-рухового апарату неухильно зростає. Різноманітними порушеннями функцій хребта сьогодні хворіє близько 75% населення країни, особливо поширений остеохондроз. Основною причиною виникнення і розвитку остеохондрозу є малорухливий спосіб життя, спадковість (слабкість опорно-рухового апарату і його хрящової структури), порушення обміну речовин та інфекційні захворювання. Остеохондроз може розвиватися і від надмірних навантажень на хребет у людей, що займаються важкою фізичною працею, а також у спортсменів.

При порушенні морфо-функціонального стану хребта, а особливо при його деформації, порушуються функції органів, робота яких регулюється вегетативною нервовою системою: легень, серця, печінки, нирок та інших органів і систем. Як і раніше, дуже часто проблема вирішується оперативним лікуванням гриж міжхребцевих дисків [1].

У розвитку остеохондрозу виділяють IV стадії [1; 2]: *I стадія* – пульпозне ядро нерівномірно розподіляється в фіброзному кільці, внаслідок чого відбувається випинання ядра і на фіброзні тканини чиниться тиск; *II стадія* – розміри випуклої частини диска збільшуються, і тиск виявляється вже не тільки на фіброзне кільце, але і на сам хребет. Але фіброзне кільце все ще утримує ядро, хоча можуть здавлюватися кровоносні судини і нервові корінці, прилеглі до протрузії; *III стадія* – утворення грижі. На цій стадії захворювання фіброзне кільце втрачає здатність утримувати внутрішній вміст диска, в його тканинах відбувається розрив, і пульпозне ядро виливається назовні; *IV стадія* – поширення дегенеративного процесу на інші елементи міжхребцевого зчленування. Виникають крайові кісткові розростання (шипики, вусики тощо), які частково фіксують прилеглі хребці.

Застосування препаратів для зняття запалення та знеболювання є малоефективним, а оперативне втручання травматичне і не гарантує відсутність виникнення нових міжхребцевих гриж. Тому велике значення має застосування спеціальних лікувальних фізичних вправ. Вправи лікувальної фізкультури при остеохондрозі спрямовані на покращання кровообігу у м'язах, що підтримують хребет та посилення доставки поживних речовин до суглобів і м'язів, зменшення набряків. Лікувальна фізична культура – це один з найефективніших засобів для формування м'язового корсету навколо хребта. Завдяки цьому хребет підтримується в правильному положенні, а на хребцеві диски зменшується навантаження, тому що значну його частину беруть на себе м'язи. Це дозволяє зняти напругу з пошкодженого диска і дає можливість йому відновитися.

Цей метод лікування застосовують після виходу з гострого періоду за призначенням лікаря.

Як свідчить практика [3; 5], лікувальна фізична культура ставить два основні завдання при лікуванні протрузії і грижі хребта: 1) зміцнити м'язи спини. Це дозволить усунути причину утворення грижі хребта – підвищену рухливість хребців і зупинити розвиток захворювання; 2) зняти м'язовий спазм, що виникає як захисна реакція організму в гострий період захворювання.

Стійкість хребта обумовлена особливою дуже складною анатомією м'язово-зв'язкового апарату хребта. М'язи тулуба можна розділити на групи – на м'язи спини, грудей і живота. М'язи спини є поверхневі і глибокі. Поверхневі м'язи спини визначають її зовнішній рельєф, а тому саме вони отримують фізичні навантаження при виконанні рухів з великою амплітудою. Глибокі м'язи спини призначені для виконання рухів з малою амплітудою і є основною складовою частиною “м'язового корсета”. Тому спрямоване тренування глибоких м'язів лежить в основі кращих методик для лікування хребта.

Позитивно зарекомендувала себе реабілітаційна методика доктора Дікуля, яка дозволяє відновити здоров'я людини після перенесеної хребетної травми в період реабілітації. Вона передбачає виконання фізичних вправ як на тренажерах, так і без них, які можна виконувати в домашніх умовах [4].

У реабілітації хворих з порушеннями хребта широко використовують спеціальний тренажер – “профілактор Євмінова”, який дозволяє виконувати вправи для зміцнення хребта. Ця методика і спеціальний ортопедичний пристрій дає можливість попереджати і позбавлятися від захворювань хребта, таких як порушення постави, різноманітних проявів остеохондрозу тощо. Методика Євмінова рекомендована МОЗ України для використання в лікувально-профілактичних закладах різного профілю, спортивних і тренувальних залах, на виробництві і в домашніх умовах. Унікальність її в тому, що вона забезпечує вражаючий ефект на основі дозованого витягування хребта (його розвантажування) з одночасною спрямованою роботою глибоких м'язів. Важливо навчитися вибірково навантажувати короткі м'язи хребта. Таку роботу можна виконувати тривалий час, не відчуваючи втоми. Це дуже важливо, тому що при відновленні хребта деякий час необхідно виконувати вправи 1-2 години в день, а в окремих випадках і більше [3].

С. Бубновський [5] розробив і запатентував “кінезотерапію” – одну з найбільш ефективних і безпечних комплексних методик, що дозволяє лікувати опорно-руховий апарат без медикаментів, за допомогою спеціальних вправ, більшість яких виконують на спеціальних тренажерах. Лікування остеохондрозу методами кінезотерапії спрямоване, насамперед, на відновлення рухової функції м'язів. Спочатку відбувається поступова розробка спазмованих м'язів хребта, посилюються обмінні процеси у м'язах і прилеглих тканинах. Це знімає больові відчуття і зупиняє розвиток захворювання. Важливо при виконанні вправ оволодіти діафрагмальним диханням, точніше видихом в момент максимального напруження м'язів. Це основна умова для зниження внутрішньочерепного тиску, що запобігає перенапруженню судин серця і головного мозку.

При виконанні фізичних вправ необхідно уникати вісьового навантаження на хребет. Необхідно пам'ятати, що головне це відновлення мікроциркуляції у м'язах (тобто їх капілярної системи), а не збільшення їх об'єму. Головна трудність – подолання болі без медикаментів. Доктор Бубновський рекомендує для зняття болі, причиною яких є спазм навколо хребцевих м'язів в певній ділянці хребта, використовувати холодні ванни (погружатися з головою у воду на 5 с). Також для зняття гострої болі в спині необхідно застосовувати спеціальні, легкі у виконанні, фізичні вправи.

При лікуванні гриж важливо враховувати індивідуальні особливості, локалізацію грижі і рівень її випинання. Тому призначення лікувальної фізичної культури можливе тільки після обстеження і огляду вузьким спеціалістом. Виявлення у пацієнта грижі або інших порушень хребта є аргументом до призначення лікувальної гімнастики.

Отже, лікувальна фізична культура є основний засіб в комплексній реабілітації хворих з порушенням функцій хребта. Для нормалізації функції хребта необхідно виконувати фізичні вправи з малою амплітудою, які спрямовані на глибокі м'язи хребта і сприяють зміцненню “м'язового корсета”.

#### **Література**

1. Плахтій П.Д., Галаченко О.І., Пікуш В.М. Профілактика і лікування остеохондрозу хребта. – Кам'янець-Подільський: ПП Буйницький О.А., 2011. – 112 с.
2. Котешева И.А. Как избавиться от боли в спине. – М.: Владос-Пресс, 2005. – 256 с.
3. Евминов В.В. Как навсегда победить боль в спине: Восстановление позвоночника по методике автора с использованием “Профилактика Евминова”. – К.: Веды, 2005. – 92 с.
4. Дикуль В.И. 3 лучшие системы от боли в спине. – М.: Эксмо, 2011. – 208 с.
5. Бубновский С.М. Грыжа позвоночника – не приговор! – М.: Эксмо-Пресс, 2010. – 192 с.

**Кудін С.Ф.<sup>1</sup>, Козерук Ю.В.<sup>1</sup>, Савонова О.В.<sup>1</sup>, Мазур Т.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Чернігівський національний педагогічний  
університет імені Т.Г. Шевченка,

<sup>2</sup>Чернігівський національний технологічний університет

### **МЕДИКО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМАТИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ ТА СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЧЕРЕЗ ФІЗИЧНУ КУЛЬТУРУ**

Проблема збереження здоров'я дітей та молоді в сучасних умовах розвитку українського суспільства має виключну значущість та актуальність, оскільки безпосередньо пов'язана з проблемою існування держави. Тому збереження здоров'я, його формування є стратегічним завданням. Конституцією України визнано право на здоров'я як одне з головних громадянських прав, а захист життя і здоров'я людини є обов'язком держави. Серед найважливіших стратегічних завдань державних програм “Здорова нація”, “Формування здорового способу життя молоді України” на 2013-2017 роки, Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року “Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація”, Національної

доктрини розвитку фізичної культури і спорту основним визначено всебічний розвиток людини і збереження її здоров'я.

На жаль, на сучасному етапі розвитку українського суспільства питання збереження здоров'я молодого покоління поки що залишається досить гострим, а показники й тенденції продовжують залишатися незадовільними [2, с. 5]. Науково доведено, що одним із факторів кризового стану здоров'я громадян України є обмежена рухова активність [4, с. 36]. Лише 13% українців мають необхідний фізіологічно обумовлений рівень рухової активності, тоді як в країнах ЄС – 40-60%, а в Японії – 70-80%. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, 60 хвилин щоденної фізичної активності від помірної до високої – знижує ризик розвитку неінфекційних захворювань, зокрема ішемічної хвороби серця, інсульту, діабету II типу, раку товстої кишки, сприяє нормалізації кров'яного тиску, підвищує рівень ліпопротеїнів, холестерину, сприяє регулюванню глюкози в крові [5, с. 188].

Статистичні дані свідчать про те, що систематично у вільний від занять час займаються будь-якими фізичними вправами чи тренуваннями кожний третій шестикласник і лише кожний восьмий студент ВНЗ, незалежно від рівнів акредитації. Необхідно підкреслити, що в зазначеній категорії учнів і студентів спостерігається тенденція щодо зниження показника рухової активності з віком: 6-й клас – 31%, 8-й клас – 26%, 10-11-й класи – 24%, ПТНЗ – 20%, ВНЗ I-II рівнів акредитації – 17 %, першокурсники ВНЗ III-IV рівнів акредитації – 12%. Крім того, юнаки, незалежно від віку і типу навчального закладу, є більш активними, для дівчат характерний неактивний спосіб життя, їхня рухова активність здебільшого зводиться до обов'язкових фізичних навантажень на заняттях фізкультурою [3, с. 21].

Для з'ясування причин дуже низького стану рухової активності студентів проаналізовано відповіді на запитання – “Що заважає Вам організувати раціональний руховий режим протягом дня?”. У результаті аналізу анкет встановлено, що 53% студентів заважає недостатня організованість дотримуватись режиму дня, 16% – стан здоров'я, 40% студентів багато часу проводять біля телевізора або комп'ютера, 60% – недосипання, втомленість протягом дня, 4% – лінощі, стреси [1, с. 12].

Отже, як бачимо, у студентів є безліч причин, які заважають їм організувати необхідний руховий режим протягом дня, а більшості студентів – відсутність навичок це робити. Крім того, серед причин низького стану рухової активності значаться перевантаження навчальними заняттями, домашніми завданнями.

Необхідно зазначити, що неусвідомлення ролі фізичної активності в житті дітей і молоді залежить також від родини. Найчастіше на запитання про систематичні заняття фізичними вправами разом з іншими членами сім'ї респонденти обирали варіант відповіді – “ніколи”. Ніколи не займалися фізичними вправами разом із членами родини від 28% шестикласників до 61% першокурсників ВНЗ. Проведення сім'єю вільного часу в поєднанні із фізичною культурою непопулярне в Україні, хоча батьки учнівської молоді мали б добре знати, що недостатня фізична активність створює передумови для розвитку в

дітей хронічних неінфекційних захворювань, які мають тривалий перебіг, обмежують можливість повноцінної життєдіяльності, звужують можливості вибору професії, спричиняють залежність від ліків або медичних послуг, стають негативним “надбанням” на все подальше життя [1, с. 14].

У зв'язку із ситуацією, яка склалася, майбутнім педагогам необхідно усвідомлювати вплив фізичної культури і спорту на стан здоров'я.

Систематичні заняття фізичною культурою і спортом позитивно впливають на більшість функцій організму людини. Заняття фізичними вправами підвищують функціональні можливості практично всіх систем організму і збільшують його функціональні резерви. У результаті систематичних тренувань м'язова сила може збільшуватися в 2-3 рази, швидкість пересування – в 1,5-2 рази, витривалість при роботі помірної потужності – в десятки разів. Крім того, заняття фізичними вправами є незамінним методом профілактики захворювань, найважливішим фактором зміцнення здоров'я. Регулярні заняття фізичними вправами підвищують стійкість організму до дії несприятливих факторів зовнішнього середовища: стресових ситуацій, високих і низьких температур, радіації, травм, гіпоксії. У результаті підвищення неспецифічного імунітету підвищується і стійкість до простудних захворювань [2, с. 39].

Фізичні вправи підвищують творчу активність людини, її працездатність, позитивно впливаючи на продуктивність праці. Установлено, що систематичне фізичне навантаження нормалізує емоційний тонус, підвищує витрати енергії, тим самим компенсує надлишок харчування, покращує обмін холестерину, знижуючи ризик захворювання атеросклерозом, гіпертонічною та ішемічною хворобами серця. Крім оздоровчого впливу, рухова активність здійснює тренувальний ефект (підвищується розумова і фізична працездатність), а також формуються й удосконалюються фізичні якості і життєво важливі вміння та навички людини [4, с. 67].

Завдяки проведеним науковим дослідженням було встановлено, що без необхідного обсягу рухової активності у людини не може успішно відбутися процес дозрівання і самореалізації [3, с. 83]. Сприятливий вплив фізичних вправ особливо позначається на стані м'язової і кісткової тканини. У фізично розвиненого спортсмена мускулатура досягає 50% маси тіла (проти 35-40% у нетренованого). У тренуваних м'язах посилюється скорочувальна здатність, поліпшується активне і швидке їх розслаблення. Коефіцієнт утилізації кисню м'язами у тренуваних осіб вище, ніж у нетренованих. Підвищується збудливість м'язів, що сприяє збільшенню сили і працездатності м'язової системи [4, с. 69].

З боку серцево-судинної системи відзначається економічність роботи в стані спокою і при навантаженнях малої та середньої потужності, а також максимальна мобілізація функцій при граничній роботі. Тренованому серцю властиво виконувати роботу не стільки за рахунок підвищення частоти серцевих скорочень, скільки за рахунок збільшення сили скорочення міокарда. “Спортивне” серце завдяки розвитку капілярної мережі активно забезпечується кров'ю. Збільшення розмірів серця і збільшення обсягів шлуночків надають серцю високу працездатність і витривалість [2, с. 40].

Тренування фізичними вправами дихальної системи призводить до збільшення экскурсій грудної клітини і рухливості діафрагми, зростанню максимальної легеневої вентиляції і життєвої ємності легень [5, с. 191].

Економісти і соціологи підраховали, що у тих працівників, які регулярно займаються фізичною культурою, продуктивність праці на 3-4% вища, а захворюваність у 2-3 рази нижча ніж у людей, що працюють у режимі гіпокінезії. При цьому кількість робочих днів, пропущених через хворобу, у осіб першої групи зменшується на 20- 30%. Тому для збереження нормального стану здоров'я більшості людей, особливо дітям і молоді, необхідні систематичні заняття фізичними вправами [4, с. 68].

Доведено, що у людей, які систематично займаються фізичною культурою і спортом, виробляється певний стереотип режиму дня, підвищується впевненість поведінки, спостерігається розвиток престижних установок, високий життєвий тонус. Вони в більшій мірі комунікабельні, виражають готовність до співробітництва, прагнуть соціального визнання, гідно реагують на критику. У них спостерігається більш висока емоційна стійкість, їм більшою мірою властивий оптимізм, серед них більше наполегливих, рішучих осіб, що вміють повести за собою колектив [5, с. 188].

У теперішній час фізичну активність, зокрема виконання фізичних вправ, необхідно розглядати як фундаментальну життєву потребу сучасної людини та враховувати, що позитивні результати дуже швидко втрачаються, якщо припиняються систематичні заняття. Тому фізична культура і спорт є невід'ємними елементами здорового способу життя молодого покоління [3, с. 51].

Дані наукових досліджень свідчать, що в Україні поки що недостатня справжня і сучасна система пропаганди здорового способу життя. Країні потрібний комплекс різноманітних агітаційних заходів щодо залучення населення різного віку, особливо дітей і молоді, до активного способу життя. Потрібно формувати сімейні традиції фізкультурно-спортивного відпочинку, бо рівень здоров'я визначаються у першу чергу саме способом життя кожної людини, її поведінкою та ставленням до власного здоров'я [1, с. 22].

З іншого боку, науково доведено, що у переважної більшості студентів ще не сформована внутрішня потреба здоров'язбереження. Важливо розуміти – динаміка захворюваності серед молоді та перспективи збереження її здоров'я залежать не тільки від держави та її виконавчих органів. Кожна людина повинна усвідомлювати особисту відповідальність за власне здоров'я, докладати зусилля до його збереження та постійного зміцнення, що є важливою передумовою досягнення життєво важливих цілей, пов'язаних з успішним соціальним становленням (якісна освіта, професійний розвиток), створенням сім'ї, народженням та вихованням дітей.

### **Література**

1. Балакірева О.М. та ін. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: монографія / наук. ред. О.М. Балакірева. - К.: ЮШСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.О. Яременка. – К.: "К.І.С.", 2011. - 172 с.
2. Носко М.О., Гаркуша С.В., Воєділова О.М. Здоров'язбережувальні технології у фізичному вихованні: монографія. – К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 300 с.



3. Носко М.О., Грищенко С.В., Носко Ю.М. Формування здорового способу життя: навч. посіб. – К.: МП Леся, 2013. – 160 с.

4. Носко М.О., Архипов О.А. Рухові якості як основні критерії рухової функції людини // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету / гол. ред. Носко М.О. – Чернігів: ЧНПУ, 2013. Вип. 107, том II. – С. 67-69.

5. Яременко О. та ін. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – С. 188-191.

**Купрєєнко М.В., Непша О.В.**  
Мелітопольський державний педагогічний  
університет імені Богдана Хмельницького

### **З ДОСВІДУ ПРОВЕДЕННЯ КОМПЛЕКСУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЩАДНО-ТРЕНУВАЛЬНОГО РУХОВОГО РЕЖИМУ В ОСІБ ЗІ СКОЛІОЗОМ**

Фізична реабілітація – важлива складова медичної реабілітації, яка включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення функціональних здібностей, якості життя, фізичної працездатності хворих з тимчасовою або стійкою втратою працездатності. Роль засобів фізичної реабілітації підвищується в процесі переходу хворого від першого до наступних періодів лікування [1, с. 6].

Ураховуючи вікові особливості, характер перебігу сколіозу та його ступінь, наявність супутніх захворювань опорно-рухового апарату та організму в цілому нами було визначено підходи до застосування фізичної реабілітації у осіб зі сколіозом. У наших дослідженнях програма фізичної реабілітації осіб зі сколіозом містила щадний, щадно-тренувальний та тренувальний режими.

У щадно-тренувальному руховому режимі застосовували такі методи та засоби фізичної реабілітації, щоб адекватно та ефективно вирішити його завдання, які наведені у відповідній блок-схемі (рис. 1).



*Рис.1. Блок-схема застосування фізичної реабілітації для осіб зі сколіозом у щадно-тренувальний руховий режим*

До програми фізичної реабілітації осіб зі сколіозом у щадно-тренувальному режимі включали практично такі самі методи і засоби, як і у жадному руховому режимі, але вони мали принципові відмінності їхнього комбінованого підбору, композиційного складу та режимів застосування, об'єму та інтенсивності, тощо.

Зокрема, до основних завдань щадно-тренувального режиму відносили: призупинення розвитку сколіотичної хвороби та зменшення симптомів її проявлення; забезпечення умов для зміцнення м'язового корсету; корекція розладів у біологічних системах організму людини; корекція постави хворого.

Ортопедичний режим, що застосовували пацієнти зі сколіозом був не такий суворий, як в щадному, та мав більш індивідуальний підхід щодо його використання. Зокрема, пацієнти, які мали II чи III ступінь сколіозу продовжували використовувати ортопедичні корсети під час вертикального навантаження на хребет. Зниження больового синдрому у більшості пацієнтів на протязі щадного рухового режиму збільшувало їх загальну рухову активність та відповідно надавало можливість виконувати більший об'єм навантажень. Але обмеження вертикального навантаження, різких рухів, особливо поворотів тулуба при нахилі, особливості підйому важких предметів продовжували мати принципове значення у підтриманні ортопедичного режиму.

До комплексу лікувальної фізичної культури (ЛФК) на період щадно-тренувального режиму ми включали такі форми та засоби - ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), групову лікувальну гімнастику (ЛГ), самостійні заняття лікувальною гімнастикою. Також підключали спеціальні вправи, що були спрямовані на корекцію та нормалізацію станів пацієнтів, та враховують особливості симптоматики супутніх порушень та захворювань (остеохондроз, артоз; хронічні бронхіти; бронхіальна астма; хронічні гастрити, холецистити, коліти; ішемічна хвороба серця; гіпертонічна хвороба; цукровий діабет).

Проведення занять ЛФК у щадно-тренувальному руховому режимі набувало змін, оскільки функціональний стан організму пацієнтів дозволяв збільшити загальне та спеціальне навантаження за рахунок збільшення кількості повторів у виконанні кожної вправи. У щадному руховому режимі дозування фізичних вправ складало 4-6 разів, у щадно-тренувальному режимі збільшували до 6-8 разів. Це ускладнення збільшувало об'єм загального навантаження та не змінювало інтенсивності навантаження. Даний методичний підхід надає можливість поступово та раціонально збільшувати навантаження на організм пацієнтів без надання шкоди на основні системи організму, що відповідають за процеси адаптації.

Змінювалося співвідношення спеціальних та загально-розвиваючих вправ у відповідності 50% на 50%. Рівномірне застосування спеціальних та загально-розвиваючих вправ надає можливість вирішувати у процесі занять лікувальної гімнастики як спеціальні так й загальні завдання. Зокрема, за рахунок загально-розвиваючих динамічних вправ спрямовували роботу м'язів кінцівок у ізотонічному режимі, що поліпшує скорочувальні здібності м'язів та відповідно м'язово-суглобні відчуття.

Вправи, що використовувались у ранковій гігієнічній гімнастиці, пацієнти використовували самостійно у домашніх умовах та мали індивідуальну спрямованість. При цьому, комплекси вправ з РГГ мали загальні методичні підходи для всіх пацієнтів. Тривалість вправ РГГ складала 10-12 хв. та включала вправи динамічного та статичного характеру, вправи на самовитягання, дихальні вправи, вправи на розслаблення.

Групова чи малогрупова лікувальна гімнастика проводилась у реабілітаційному центрі з метою підготовки пацієнтів до процедури на механотерапевтичному апаратному комплексі. Тривалість заняття складала 25-30 хв. Заняття ЛГ було спрямовано на підготовку опорно-рухового апарату (ОРА) до формування раціонального м'язового корсету, що утримує хребетний стовп в положенні максимальної корекції.

До арсеналу спеціальних вправ, що застосовуються при сколіозах, крім симетричних вправ були введені асиметричні навантаження. Цей методичний підхід допомагає збільшити асиметричне навантаження на м'язи спини з одночасним виконанням симетричних вправ. Цей спосіб виконання вправ не змінює зміст та техніки виконання окремо взятої вправи, але надає більшого ступеня навантаження тільки тих груп м'язів, що є більш слабкими на ділянці спини відповідно типу сколіозу. Наданий методичний підхід уникає необхідності вивчати пацієнтам нові та складні асиметричні вправи, що є ефективними при сколіозах.

Застосування електромеханотерапевтичного апарату "Seragem Master" CGM-M3500 (далі механотерапевтичний апаратний комплекс МТАК), у комплексі фізичної реабілітації щадно-тренувального рухового режиму мало загальні зміни та індивідуальні підходи щодо процедури проведення. Загальним методичним положенням, що мав місце у застосуванні МТАК, було проведення процедури у повному обсязі у автоматичному режимі (час процедури 40 хв., застосування двох вихідних положень – лежачи на спині та лежачи на животі). Ці зміни надали змогу збільшити об'єм та інтенсивність впливу комплексних засобів МТАК. Наприклад, застосування вихідного положення - лежачі на животі надавало корекційно-оздоровчий вплив на ділянку передньої поверхні тіла та спрямовувало свій вплив на статеві органи та органи шлунково-кишкового тракту. До індивідуальних підходів щодо використання МТАК у даному руховому режимі входило: індивідуальна температура, застосування зовнішніх прожекторів.

Отже, вирішення завдань щадно-тренувального режиму та відсутність больових відчуттів, поява позитивних зсувів у роботі опорно-рухового апарату та інших органів і систем визначали критерії переходу до наступного рухового режиму – тренувального.

### **Література**

1. Фізична реабілітація, спортивна медицина: [підручник для студ. вищих мед. навч. закладів] / В.В. Абрамов, В.В. Клапчук, О.Б. Неханевич та ін.; за ред. В.В. Абрамова та О.Л. Смирнової. – Дніпропетровськ: Журфонд, 2014. – С. 6-7.

## **ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЕ СИСТЕМЫ БОЕВЫХ ЕДИНОБОРСТВ В ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗА**

В условиях быстрых изменений в обществе и осуществления реформы системы высшего образования Украины, всё более актуальной становится проблема поиска новых форм в организации физического воспитания студентов. Наша страна стремится стать частью культурного, экономического и политического пространства Европы, что объективно обуславливает повышение требований к профессиональному уровню профессорско-преподавательского состава и когнитивному потенциалу студентов. Во время обучения в вузе современный студент получает значительную нагрузку на физиологические системы организма и психику и от количества здоровья, которым он обладает, во многом зависит результативность процесса учения. Аксиомой стало теоретическое положение педагогической науки о том, что адекватное стрессовое воздействие на самоорганизующуюся сверхсложную систему, которой является организм человека, вызывает полезные для здоровья адаптационные изменения. Чрезмерный стресс, особенно продолжительный, в той или иной степени вызывает функциональные или органические нарушения. Нарушения в функционировании, накапливаясь и переходя определённый количественный рубеж, переходят в качественные и приводят к возникновению хронических заболеваний.

Анализ данных анкетирования проводимого на I-V курсах показывает озабоченность студентов состоянием своего здоровья, а также, что, во-первых, что основная масса студентов осознаёт необходимость регулярных занятий физическими упражнениями, во-вторых, студенты имеют ряд индивидуальных предпочтений в выборе видов физической активности. Научной группой кафедры физического воспитания и спорта Харьковского национального университета радиоэлектроники проводится начальное, промежуточное и итоговое тестирование физических возможностей студентов. Оно даёт объективную информацию о динамике изменения в степени развития физических качеств и об уровне работоспособности студентов и позволяет делать выводы о результативности применяемых методик в системе физического воспитания.

В Харьковском национальном университете радиоэлектроники теоретически обоснована, практически опробована и успешно применяется на практике система физического воспитания, которая обеспечивает интенсивное педагогическое воздействие на студентов и позволяет эффективно решать комплекс общепедагогических, дидактических и специальных задач физического воспитания.

Независимо от выбранного направления обучения студент должен обладать достаточным объёмом знаний о своём организме и путях его совершенствования. Теоретическая подготовка студентов проводится путём лекционных занятий, на которых излагаются основные знания о строении и функционировании человеческого организма. Так же студентам предлагаются базовые знания о методике укрепления здоровья, развития физических качеств и

совершенствовании функциональной готовности. Проверка усвоения знаний осуществляется экзаменом.

Сама же система физического воспитания предполагает выбор студентом одного или нескольких популярных видов спорта для физического совершенствования. Учебным планом предусмотрено одно занятие по физическому воспитанию студентов в неделю. Но студент имеет возможность дополнительно посещать до трёх занятий в неделю в факультативных группах. Три-четыре занятия в неделю позволяют обеспечить оптимальную нагрузку, оказывающую достаточное тренирующее воздействие и позволяющую вызвать в организме необходимые полезные адаптационные изменения.

Нами на академических и факультативных занятиях по физическому воспитанию частью педагогических методик применяются тренировочные элементы дальневосточных боевых систем ударного типа.

Во второй половине XX века японский вид ударных единоборств – карате, получил значительное распространение в странах Европы, создав необходимые предпосылки для детального знакомства западного общества с многовековыми традициями дальневосточных боевых искусств. Приспособленные для применения в современных условиях городской жизни, с учётом устоявшихся академических и общечеловеческих этических норм, они являются подтверждённым научными исследованиями эффективным средством укрепления здоровья студентов. Результативность педагогических воздействий обеспечивается здесь высоким квалификационным уровнем научно-педагогических работников, значительным опытом работы с различными, по уровню подготовленности и физическому развитию группами студентов, а так же самой методологией дальневосточных боевых систем.

Традиции подготовки воина в Китае, Японии и Корее носили комплексный характер. Особенно это проявлялось в подготовке самураев – привилегированном воинском сословии средневековой Японии, а также в закрытых клановых школах боевых искусств Китая. С юных лет тело адепта школы подвергалось физическим упражнениям, увеличивающим функциональные возможности и в известной мере изменяющим его анатомические характеристики. Формировались психофизические условия для гармоничного взаимодействия безусловных и условных рефлексов в процессе выполнения атакующих и защитных боевых приёмов. Психологическая подготовка ставила своей целью научить бойца в полной мере использовать скрытые биологические возможности организма, что связано с оптимизацией управления иерархически упорядоченными процессами в центральной и периферической частях нервной системы.

На занятиях по физическому воспитанию в Харьковском национальном университете радиоэлектроники студенты осваивают основы технико-тактического арсенала карате и кикбоксинга. Большое значение уделяется общей и специальной физической подготовке. Студенты с удовольствием отрабатывают приёмы карате в парах, наносят удары руками и ногами по специальным мешкам, выполняют упражнения различных модификаций круговой тренировки. Два раза за семестр, для желающих проверить свою соревновательную готовность

проводяться змагання по карате і кикбоксингу з легким контактом. Студенти, показуючі необхідний рівень технічної, фізичної і психологічної підготовленості мають можливість тренуватися в спортивних секціях бокса, кикбоксинга, карате і в повній мірі проходити етапи спортивного вдосконалення. Аналізуючи особливості спортивної підготовленості єдиноборців, на основі об'єктивних показателів тренувальної і змагальної діяльності (динаміку розвитку фізичних якостей, змінення коефіцієнта ефективності застосування прийомів карате і кикбоксинга в поєдинках) чітко визначаються змагальні розділи, в яких можливо досягнення максимального спортивного результату.

Таким чином, в результаті застосування засобів підготовки з арсеналу дальньосхідних бойових систем ефективно вирішуються спеціальні завдання фізичного виховання, а також загальнопедагогічні завдання. Створюються умови для результативного навчання студента, яке супроводжується не тільки засвоєнням фундаментальних і прикладних знань і передових технологій по вибраній спеціальності, але і набуттям навичок корекції свого фізичного і психологічного стану і зміцнення здоров'я.

#### **Література**

1. Ашанін В.С., Литвиненко А.М. Індивідуалізація техніко-тактичної підготовки в спортивних єдиноборствах // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. – Чернігів: ЧНПУ, 2013. Вип. 107, Т. 2. – С. 102-107.
2. Ермаков С.С. і др. Єдиноборства в системі фізичного виховання студентів // Проблеми і перспективи розвитку спортивних ігор і єдиноборств в вищих навчальних закладах. Сб. ст. X Міжнародн. научн. конф., 7-8 лютого 2014 року. – Харків-Белгород–Красноярськ: ХДАФК, 2014. - С. 69 – 77.
3. Литвиненко А.М. Кікбоксинг ВТКА : навчальна програма для дитячо-юнацьких спортивних шкіл. - Харків: Компанія СМІТ, 2016. – 86 с.
4. Литвиненко А.Н. Синергетический підхід к побудові і корекції тренувальної діяльності в карате-до: Монографія. – Харків: Компанія СМІТ, 2010. – 108 с.
5. Lytvynenko A., Gubnytska Iu. S. Analysis of information models of student's physical readiness in higher educational establishments // Матер. 5-й Міжнародн. научн.-техн. конф. "Інформаційні системи і технології", 12-17 лютого 2016 г. – Х.: НТМТ, 2016. - С. 221-222.

**Мальцева О.Б., Качанова В.В.,  
Гомонай М.В., Кручанія М.І., Дуб М.М.**  
Ужгородський національний університет,  
Ужгородська міська поліклініка

### **ВПЛИВ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА**

За даними світової статистики, 7-11% відсотків дорослого населення хворіють на виразкову хворобу шлунку (ВХШ), а частота щорічних рецидивів захворювання коливається від 30 до 75%. Збільшення серед працездатного населення захворюваності та поширюваності на ВХШ в значній мірі призводить до негативних соціальних та економічних наслідків. Хронічний перебіг ВХШ, психоемоційна перевтома та нервування тримають хворого в неймовірному

роздратуванні і напруженні. Враховуючи, що будь-яке соматичне страждання саме по собі є потужним психотравмуючим фактором з наступним формуванням психоемоційних порушень (ПЕП), ця обставина ставить ВХШ водночас із складністю її діагностики і лікування в ряд дуже важливих сучасних медичних проблем [1, с. 46].

На сучасному етапі в періодичних виданнях, монографіях, посібниках тощо зафіксовані публікації щодо сучасних підходів в лікуванні ВШХ, однак проблема оздоровлення таких хворих до кінця не вирішена. Тому нові методи лікування та фізичної реабілітації (ФР) заслуговують на увагу і потребують детального вивчення можливостей їхнього застосування [2, с. 61].

Відповідно до спеціального розділу Європейського плану “Забезпечення доступу осіб з проблемами психічного здоров’я до високоякісної первинної медико-санітарної допомоги”, рекомендацій ВООЗ, розроблено пропозиції щодо можливої стратегії та плану дій з охорони психічного здоров’я населення України. Серед основних напрямків даної стратегії передбачено включення і охорону психічного здоров’я хворих, необхідність наближення психіатричної допомоги до місця проживання пацієнтів з метою забезпечення більш високої якості життя (ЯЖ), підвищення якості реабілітації зокрема та надання медико-соціальної допомоги загалом [1, с. 46; 2, с. 61].

Відповідно до наукових розробок українських фахівців, при хронічних захворюваннях внутрішніх органів лікування легких та помірно виражених депресивних розладів, в т.ч. психоемоційних порушеннях (ПЕП), здійснюються на всіх етапах оздоровлення у вигляді проведення програми самопомоги. Елементи психокорекції патогенетичного спрямування у комплексі ФР для хворих із шлунково-кишковими захворюваннями вже з перших днів сприяють зменшенню загальної напруженості та коливань настрою, ліквідації ознак психологічного негативізму (страхи, тривожність); проявляється відновлювальна та загальнозміцнююча дія, що сприяє нормалізації секреторної та моторної функцій шлунку [3, с. 34; 4, с. 15; 5, с. 19].

*Мета роботи* - підвищити ефективність ФР хворих на ВХШ з проявами ПЕП. Завдання дослідження: проаналізувати матеріали літературних джерел відносно сучасних розробок щодо методів ФР для хворих на ВШХ з проявами ПЕП; розробити комплекс ФР для хворих на ВШХ, що буде включати сумісне та послідовне застосування ЛФК, класичної дієтотерапії та фітотерапії одночасно з використанням елементів психокорекції; вивчити ефективність застосування нового комплексу ФР для хворих на ВХШ з проявами ПЕП.

Під наглядом знаходились 29 хворих ВХШ, в тому числі у 12 (41%) чоловіків та у 17 (59%) жінок, що проходили оздоровлення в Ужгородській міській поліклініці. Хворі знаходились у фазі неповної ремісії захворювання і були розподілені на дві групи: контрольну та основну (КГ та ОГ). Результати ФР оцінювались по динаміці змін основних клінічних симптомів, включаючи ознаки ПЕП, показників лабораторних досліджень та функціональних показників (вивчення секреторної функції шлунка аспіраційно-зондовим методом), фіброгастроскопію. Використовувався також опитувальник нервово-психічна адаптація - призначений для інтегральної експрес-оцінки психічного стану в ході

масових психопрофілактичних та індивідуальних обстежень (І. Гурвич, 1992). Хворі в КГ (12 пацієнтів) продовжували традиційну антигелікобактерну, протибільову, спазмолітичну терапію. В ОГ (17 пацієнтів) для хворих ВХШ було додатково розроблено комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на ліквідацію проявів ПЕП. Пацієнтам ВХШ було передано рецепти з переліком лікарських трав. Відмінністю прийому фітопрепарату в ОГ було збільшення кратності прийомів лікувального розчину при зменшенні кількості вживаної рідини, що давало можливість подовжити контакт з ушкодженою слизовою, збільшення осилення дії загалом.

З метою підвищення функціональної здатності організму до рівня, необхідного для повсякденної побутової та трудової діяльності, пацієнтам в обох групах було рекомендовано виконувати комплекс вправ ЛФК, враховуючи, як фізичні вправи впливають на моторно-секреторну функцію травного каналу: інтенсивні – моторну функцію пригнічують, а низької інтенсивності – стимулюють. Цей вплив найбільше виражений при виконанні вправ для черевного пресу, оскільки вони “масажують” органи черевної порожнини та діафрагму. Патогенетичний зміст фізичних вправ полягав в отриманні загальних та місцевих локальних ефектів. Загальні вправи ЛФК були спрямовані на відновлення та нормалізацію функцій ЦНС, оптимізацію вегетативного статусу, формування адаптацій до фізичних навантажень на роботі та в побуті. Локальні впливи були спрямовані на нормалізацію трофічних процесів в слизовій оболонці, ліквідацію застійних явищ в черевній порожнині.

В ОГ використовувалися затверджені методики, рекомендовані відомими психологами-практиками: займаючись аутогенною гімнастикою, необхідно досягнути внутрішньої концентрації, зосередженості на почуттях, образах, представленнях і відчуттях без вольового зусилля, віддатися потоку уявлень, не аналізуючи і не направляючи їх, розчинитися у своїх відчуттях і викликаних ними образах, досягти стану самозабуття, тобто загальмувати діяльність вищих відділів мозку. І тут провідну роль відіграє вміння розслабитися (І. Пархотик, 1981, 2005). Були проведені індивідуальні та мало групові заняття з елементами психоемоційної корекції, з використанням позитивної формули самонавіювання, запропонованої ще в 1903 році французьким аптекарем Е. Куйе: “З кожним днем в усіх відношеннях мені стає все краще і краще”. Уникати гніву, звички шкодувати самого себе, злоби, поганих думок, заздрості, засудження, недобррозичливості, а також невпевненості, суєти, поспішності, невірноваженості, надмірної жадібності та обману. Тобто, аутотренінг або психофізична гімнастика дозволяла хворим управляти функціонуванням м’язів і внутрішніх органів.

При поступленні на курс реабілітації хворі на ВХШ як в КГ, так і в ОГ за важкістю та перебігом хвороби, тобто комплексом клінічних, лабораторних, функціональних показників та проявами ПЕП, - були приблизно однаковими. Клінічний перебіг захворювання та результати лабораторного обстеження відповідали даним літературних джерел. У всіх 29 (100%) хворих на ВХШ як ускладнення спостерігались також ознаки ПЕП: “вживання” хворого в хворобу, погіршення сну, загальна роздратованість, зміни настрою, швидка



втомлюваність, знижена працездатність, млявість, пригнічений настрій. Загальна задоволеність своїм життям теж була на низькому рівні.

У кінці курсу реабілітації обох груп хворих на ВХШ відмічено позитивні зміни і об'єктивних показників. У КГ пальпаторна болючість в епігастральній зоні та (або) верхньому лівому квадранті черева, позитивні симптоми Менделя та Лаєнека зникли у 6 (60%), зменшились у 4 (40%) хворих. Симптом Опенховського зник повністю. В ОГ хворих пальпаторна болючість в епігастральній зоні та (або) верхньому лівому квадранті черева зникли у 13 (86%), зменшились у 2 (14%) хворих. Патологічні симптоми Менделя та Опенховського – зникли у 100% випадків. Симптом Лаєнека зник у 13 (86%), зменшився у 2 (14%) хворих.

Повторне обстеження пацієнтів в КГ виявило значні позитивні зміни окремих показників ПЕП. Так, зниження інтенсивності больового синдрому сприяло підвищенню соціальної активності та покращенню настрою у 10 (83%) хворих. Сон за результатами опитування покращився також у 10 (83%) хворих. Симптом “вживання” в хворобу продовжував турбувати хворих, однак значно зменшився у 8 (67%) хворих. Такі прояви ПЕП як знижена працездатність, загальна роздратованість, та швидка втомлюваність зменшились у 6 (50%) хворих. У групі пацієнтів ОГ, хворих на ВХШ, при повторному опитуванні в кінці курсу оздоровлення також були засвідчені позитивні зміни окремих показників ПЕП. Так, скарги на загальну роздратованість, погіршення сну, зміни настрою, млявість, пригнічений настрій зникли повністю (100% випадків). У 15 (88%) пацієнтів підвищилась загальна працездатність та соціальна активність, втомлюваність зменшилась. Симптом “вживання” в хворобу залишився, однак не заважав життєдіяльності хворих, турбував зрідка.

Порівняльна характеристика позитивних змін в перебігу проявів ВХШ в обох групах виявив переваги оздоровлення в ОГ. Підвищення рівня знань пацієнтів про своє захворювання, впевненість в можливостях повного виліковування даної патології при дотриманні основних принципів здорового способу життя, особливо таких як збалансоване та раціональне харчування, фітотерапія, фізична активність, запобігання стресам та хронічним нервовим перенавантаженням, - все це сприяло швидкому загоєнню (зменшенню активності) виразкових змін слизової шлунка, зтишуванню проявів больового та диспепсичного синдромів. Спеціальні вправи на розслаблення, дихальні вправи з елементами аутогенного тренування дозволили посилити впевненість хворих в можливостях свого організму в напрямку на виліковування.

Таким чином, у хворих на ВХШ з симптомами ПЕП особливу увагу слід приділяти підйому настрою, душевних сил людини. Вони викликають відчуття радості та бадьорості, збільшують виділення і вміст у крові біологічних активних речовин – ендорфінів, – знімають спазм різних груп м'язів ШКТ, прискорюють утворення і закріплення умовних рефлексорних нервових зв'язків, що виникають під час занять аутогенними тренуваннями та релаксацією. Створюються оптимальні умови для покращення стану здоров'я, розкриття резервних можливостей людини, оптимізації міжособистісних взаємовідносин у поведінкових реакціях хворого в сім'ї, соціумі. Особливого значення такий

спосіб життя набуває при ПЕП у хворих на ВХШ: формування свого, індивідуального ритму життя: ранкова активна гімнастика, розслаблюючі вправи у вечірні години, релаксація, правильно організовані чергування праці та відпочинку, напруження і розслаблення. Той, хто виробить і добре засвоїть такий ритм, надовго позбавить себе від загострень при хронічному перебігу ВХШ, перевтомлення, нервувань, які тримають хворого в неймовірному роздратуванні і напруженні.

### **Література**

1. Федченко Ю.Г. Епідеміологічні особливості захворюваності і поширеності виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки серед працездатного населення України // Вісник соціальної гігієни та організація охорони здоров'я в Україні. - 2005. - № 2. – С. 46-49.
2. Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И. Функциональные заболевания органов пищеварения и их сочетание в свете современных представлений: от патогенеза до лечения // Сучасна гастроентерологія. - 2015. - № 3.- С. 61-73.
3. Кравцова Т.Ю., Голованова Е.С., Рыболовлев Е.В.. Изменение психовегетативного статуса и его коррекция у больных язвенной болезнью // Клиническая медицина. - 2000. - Т. 78. - № 12. - С. 34-36.
4. Педак А.А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики – семейной медицины. - Николаев: Илион, 2011. - С. 14, 15-28, 22-28, 370-373, 564-573.
5. Мороз Г.З. Депресивні та тривожні розлади в терапевтичній практиці: поширеність, діагностика та лікування // Therapia. - 2011. - № 3. - С. 19-24.

**Марчик В.І.**

Криворізький державний педагогічний університет

### **ВПЛИВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ**

У студентської молоді рівень рухової активності значною мірою обумовлений не стільки віковою потребою, скільки способом життя, що пов'язаний з навчальною діяльністю у внз. Уважається, що нормою рухової активності добової чи тижневої є така, яка задовольняє біологічні потреби людини у рухах та сприяє укріпленню її здоров'я. Для підлітків і молоді в літературних джерелах останніх років висвітлювались такі норми: 10-15 тис. кроків на день або 12-14 годин на тиждень при достатньому фізичному навантаженні. Дослідження рівня рухової активності студентів та формування мотивації щодо її збільшення, розробка спортивно-масових і фізкультурно-оздоровчих заходів сприятиме підвищенню працездатності та успішності навчання.

Дослідження свідчать про нерациональний режим дня в студентів і доводять необхідність його корекції через включення заходів, що сприяють підвищенню спеціально організованої рухової активності й зокрема діяльності, що відповідає її високому рівню. Отримані результати акцентують на важливості потреби підвищення мотивації студентів до збільшення їхньої рухової активності [2].

Л. Пустолякова вказує на можливості людини зміцнювати та підвищувати ресурси організму, зважаючи на їх генетичну обумовленість, засобами фізичного навантаження. На заняттях з фізичного виховання, уточнюється в роботі,

студенти мають змогу зміцнювати морфологічні, фізичні, емоційні ресурси організму, що позитивно позначається на їх загальному стані здоров'я [4, с. 587]. Звична гіпокенезія серед студентів є різновидом саморуйнівної поведінки та зазначає про необхідність посилення роботи щодо формування в студентів переконання в необхідності рухової активності як невід'ємного чинника самозбережувальної поведінки, зміцнення здоров'я тощо [1, с. 42].

Рівень адаптаційних резервів організму студентів значною мірою залежить від інтенсивності занять фізичними вправами. За результатами дослідження визначено, що у юнаків і дівчат з високим рівнем фізичної активності спостерігається задовільна адаптація і високі функціональні резерви серцево-судинної системи [3, с. 210].

*Метою* роботи стало розкриття залежності між рівнями рухової активності та працездатності дівчат другого курсу навчання у ВНЗ.

У дослідженні, що було проведено у лютому 2016 року на базі Криворізького педагогічного університету, взяли участь студентки другого курсу навчання у кількості 26 осіб. Рівень рухової активності визначали по суб'єктивним показником, а саме: респондентам була запропонована анонімна анкета, в якій необхідно було визначити свою активність у годинах (1 година і менше, 1-2 години, 2 години і більше) за добу у вигляді пересувань, занять фізичними вправами тощо.

Відомо, що вимірювання ЧСС дозволяють контролювати не тільки інтенсивність фізичного навантаження, але й поточну працездатність, оскільки фази відновлення ЧСС співпадають із фазами відновлення м'язової працездатності. В роботі використана проба Амосова, за якою необхідно було у повільному темпі зробити 20 присідань. Збільшення пульсу до 25% відповідає оцінці працездатності добре, 50% - задовільно, 75% - незадовільно, більше 75% - погано. Дані, що були отримані, підлягали порівняльному аналізу у відсотковому відношенні.

Оскільки вибірки були малочисельними, а також були задіяні суб'єктивні показники, отримані результати дослідження не вважають достовірними, а інтерпретуються як тенденція розвитку впливу рухової активності на працездатність студентів.

Аналіз отриманих даних показав, що трохи більше половини студентів визначили свій добовий об'єм рухової активності в 1 годину і менше (рис. 1).

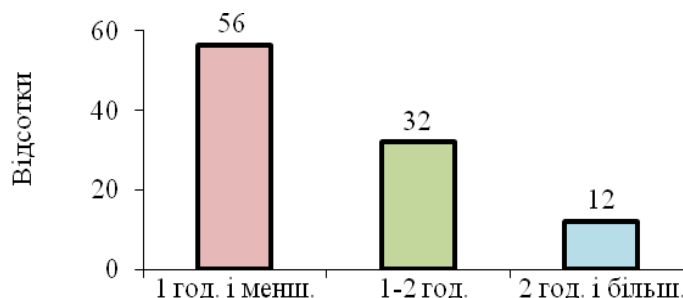


Рис. 1. Рухова активність за добу у студенток 2 курсу навчання (у годинах)

Можна відмітити найбільш активних студентів, які складають незначну частку (12%), з об'ємом рухів у 2 години і більше на добу.

Результати проби Амосова за вимірюванням підвищення пульсу після 20 присідань у повільному темпі виявили несподівано дуже чітку і точну пряму пропорціональну залежність з показниками добової рухової активності (рис. 2). Так, з оцінкою працездатності «погано» і «незадовільно» виявлено 62% досліджуваних, в той час як студентів з показниками найменшої рухової активності визначено 56%. Також співпадають, або близькі, й інші показники оцінки «задовільно» і «добре» з показниками рухової активності за добу 1-2 години і 2 години і більше.

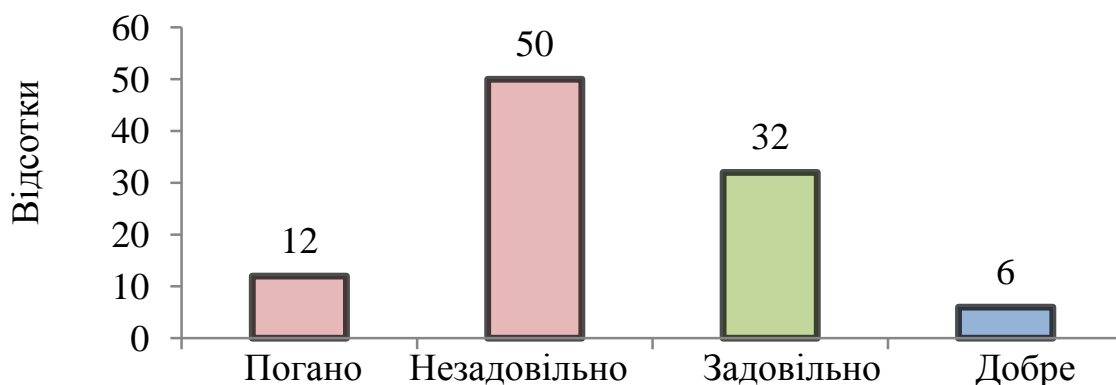


Рис. 2. Оцінка працездатності за пробою Амосова

Отже, з наведеного можна зробити наступні висновки:

1. Дослідження рухової активності студенток другого курсу навчання за суб'єктивними показниками виявило, що більше половини з них мають об'єм рухів протягом доби 1 годину і менше.

2. Аналіз показників рухової активності і оцінки працездатності виявив пряму залежність між ними: чим більше годин витрачається на рухову активність, тим краща оцінка працездатності (за пробою Амосова).

3. Проба Амосова з використанням 20 присідань у повільному темпі, не зважаючи на простоту організації тесту, є достатньо інформативною в дослідженні фізичного стану людини.

### Література

1. Горобей М.П. Рухова активність як фактор самозбережувальної поведінки студентів // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. – Чернігів: ЧНПУ, 2016. – Вип. 139. – Ч. II. – С. 40– 42.

2. Земська Н. Характеристика рухової активності студентської молоді [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [file:///C:/Users/admin/Downloads/Fvs\\_2012\\_3\\_53.pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/Fvs_2012_3_53.pdf)

3. Мелега К.П., Дуб М.М. Висока фізична активність як важлива складова підвищення адаптаційних резервів організмі студентів вnz // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – Випуск ЗК 2 (71) 16. – С. 207– 210.

4. Пустолякова Л.М. Форми і методи підвищення резервних можливостей організму студентів з різним рівнем фізичної підготовки // Педагогіка здоров'я: VI Всеукр. наук.-практ. конф. (Кривий Ріг, 28-29 квітня 2016 року): зб. наук. праць. – Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2016. – С. 583-587.

## **ВЗАЄМОДІЯ МІСЦЕВИХ ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ З ГРОМАДСЬКИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ З РОЗВИТКУ ОСВІТИ У СФЕРІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ: З ПОЛЬСЬКОГО ДОСВІДУ**

В сучасних умовах розвитку суспільства взаємодія органів управління з громадськими організаціями розглядаються як основа демократичного державного управління, цілісний управлінський механізм, який відбувається з урахування різних соціально-економічних інтересів громадян. Серед завдань, що стоять перед державними органами влади є постійна співпраця з громадськими організаціями та органами місцевого самоврядування. За допомогою громадських організацій державні органи влади можуть розробляти та ухвалювати більш ефективні та результативні рішення завдяки глибшому і ширшому розумінню існуючих проблем та питань, що необхідно вирішувати у соціальній сфері, в тому числі у сфері фізичної культури і спорту.

Польський досвід розвитку освіти вивчали Ф. Андрушкевич, А. Василюк, О. Вахріна, Я. Гречка, Л. Гриневич, І. Даценко, О. Карпенко, М. Карпуленко, В. Павленко, Р. Шиян, Т. Марешь, Ю. Соколович-Алтуніна, Н. Яковець та ін. Проблеми навчання молоді фізичній культурі і спорту в закладах освіти Польщі розглядали в своїх роботах С. Вавренюк, Е. Вільчковський, Р. Гах, В. Пасічник, Л. Сергієнко, В. Лишевська, А. Мандюк та ін. Інноваційний розвиток фізичній культурі і спорту в закладах освіти Польщі досліджували Н. Долгова, А. Кошура, Г. Ніколаї та ін. Разом із тим питання імплементації польського досвіду управління розвитком освіти у сфері фізичної культури і спорту знайшли необхідного відображення в сучасних науково-педагогічних дослідженнях.

*Метою статті* є розробка пропозицій взаємодії місцевих органів управління з громадськими організаціями з розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту на основі польського досвіду.

Громадські організації є одним із основних суб'єктів впливу громадськості на освітню сферу, оскільки вони виступають виразниками всього розмаїття суспільних інтересів і є, свого роду, проміжною ланкою між громадянином і владою [2]. Умовою ефективного управління розвитком освіти у сфері фізичної культури і спорту є взаємодія органів державної влади з органами громадського самоврядування, які мають право вносити пропозиції щодо формування державної освітньої політики, вирішувати питання навчально-виховної, науково-дослідницької, методичної, фінансово-економічної, фізкультурно-спортивної та оздоровчо-рекреаційної діяльності закладів освіти.

Імплементація польського досвіду взаємодії органів влади з громадськими організаціями освітньої та фізкультурно-спортивної спрямованості є важливим елементом щодо реформування існуючої системи їх взаємовідносин в Україні. Оскільки, за останнє десятиріччя у Польщі плідна співпраця громадських організацій з державними органами управління у сфері освіти та фізичної культури і спорту дала вагомі результати у різних напрямках діяльності. Розвиток системи освіти Польщі, як державної так і приватної форм власності, був

спрямований на зростання її привабливості на міжнародному рівні, а саме, відбулося покращення умов навчання, розбудова інфраструктури освітніх навчальних закладів в тому числі й у сфері фізичної культури і спорту, збільшення їх кількості та осіб, які там навчаються. Діяльність місцевих органів влади ґрунтується на урахуванні думок громади, щодо місць розташування спортивних об'єктів, сучасному облаштуванні місць відпочинку та масових занять спортом, можливості доступу до них широких верств населення. Саме процес взаємодії державних органів влади Польщі з громадськими організаціями освітньої та фізкультурно-спортивної спрямованості дозволяє з успіхом вирішувати проблеми розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту. Вагомі успіхи польських спортсменів на міжнародній арені (чемпіони світу з волейболу, гандболу, легкої атлетики, плавання, спідвею, лижних гонках тощо) свідчать про результативність діяльності системи спорту вищих досягнень та дитячо-юнацького спорту, її привабливості для населення країни.

Польській досвід розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту вказує на те, що ініціативи нав'язані з гори, як правило, не мають бажаного успіху, тому що не сприймаються місцевою громадою. Ініціатива розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту повинна виходити від самих громадян, громадських організацій та закладів освіти. Завдання органів влади полягають в вивченні проблем розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту та пошуку шляхів їх вирішення на місцевому та регіональному рівні управління. Саме процес взаємодії місцевих органів влади, закладів освіти та громадських організацій здатний вирішити більшу кількість проблем розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту. Тому ми сконцентруємо свою увагу на пошуку додаткових можливостей щодо удосконалення процесу взаємодії між місцевими органами влади та громадськими організаціями з проблем розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту в Україні.

Взаємодія органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів освіти, фізкультурно-спортивних організацій громадського самоврядування в Україні будується за принципом субординації та координації [1]. Система взаємодії органів управління з громадськими організаціями у сфері фізичної культури і спорту повинна мати переважно горизонтальну спрямованість і забезпечувати спілкування з цільовими аудиторіями на основі рівноправ'я, взаємоповаги та взаємодопомоги. Взаємодія органів влади з громадськими організаціями фізкультурно-спортивної спрямованості є важливим аспектом та напрямом діяльності системи управління розвитком освіти у сфері фізичної культури і спорту [3]. Будь-яка ефективна співпраця та партнерство має на меті створення відносин, що будуються на взаємній довірі та виражають добру волю учасників процесу та їх взаємодію. Налагодження ефективної взаємодії органів виконавчої влади з громадянськими організаціями фізкультурно-спортивної спрямованості повинна базуватися на спільній зацікавленості у досягненні цілей. Якщо немає спільної мети та спільного прагнення й зацікавленості, то будь-які контакти між органами державної влади з громадськими організаціями не перетворюються у дійсну співпрацю та взаємодію. Отже, процес взаємодії органів влади з громадськими організаціями фізкультурно-спортивної

спрямованості з розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту повинен ґрунтуватись на засадах: єдності цілей розвитку, партнерства, громадської активності, відкритості, відповідальності, політичної незалежності, раціональності, збалансованості, комплексності, запобігання корупції [4].

Ураховуючи сучасні реалії соціально-економічного розвитку України та польській досвід взаємодії місцевих та регіональних органів влади з громадськими організаціями, ми розробили рекомендації щодо удосконалення процесу взаємодії органів управління розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту з громадськими організаціями, як-от:

- залучення громадських організацій, активістів та фахівців до розробці стратегій регіонального та місцевого розвитку сфери фізичної культури і спорту;
- визначення механізмів та форм взаємодії місцевих органів виконавчої влади та органів самоврядування з обов'язкового врахування пропозицій громадських організацій щодо розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту, закріплення їх на законодавчому рівні;
- встановлення органами влади загальних вимог та процедур, за якими громадські організації можуть брати участь та отримувати дотації з місцевого бюджету для реалізації освітніх та фізкультурно-оздоровчих проектів;
- створення необхідних нормативно-правових, ресурсних та організаційних умов діяльності спортивних клубів закладів освіти;
- визначення механізмів та форм взаємодії між місцевими органами управління, закладами освіти та спортивними клубами;
- сприяння освітній діяльності спортивних клубів як суб'єкту освітнього процесу;
- використання міжнародного досвіду: розробка зразків доброї практики з розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту, рекомендацій європейських освітніх та фізкультурно-спортивних асоціацій;
- впровадження зразків доброї практики з розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту на регіональному та місцевому рівні;
- розробка програми суспільно-корисної діяльності закладів освіти та громадських організацій з розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту, встановлення механізмів її фінансування;
- налагодження системи зворотного зв'язку шляхом проведення соціологічних опитувань з питань розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту;
- залучення представників громадських організацій для обговорення цільового використання наданих фінансових та матеріально-технічних ресурсів;
- надання громадським організаціям розширеної інформації про діяльність державних органів управління з питань розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту;
- залучення громадських організацій, фахівців, науковців до спільної діяльності щодо проведення роз'яснювальної роботи в доцільності прийняття проектів державно-управлінських рішень;
- впровадження системи олімпійського навчання молоді та застосування правил “*Fairplay*” як елементу виховного процесу;

- широкого використання засобів масової інформації щодо висвітлення результатів обговорень актуальних проблем розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту, оприлюднення управлінських рішень в медіа засобах;
- висвітлення у засобах масової інформації результатів ефективної взаємодії та співробітництва органів виконавчої влади з громадянського організаціями, поширення передового досвіду на інші сфери діяльності;
- надання громадським організаціям можливості висувати кандидатури фахівців для призначення на керівні посади в сфері освіти та фізичної культури і спорту регіонального та місцевого рівня;
- надання представникам громадських організацій можливості брати участь у розробці стандартів освіти у сфері фізичної культури і спорту;
- залучення громадських організацій до спільного проведення спортивно-розважальних, оздоровчих та освітніх заходів на волонтерських засадах;
- надання громадським організаціям доступу та можливості використання спортивної інфраструктури для проведення суспільно-значущих освітніх, фізкультурно-оздоровчих та спортивних заходів;
- поширення можливостей проведення громадськими організаціями профілактичних заходів щодо боротьби з вживання алкогольних напоїв, куріння, вживання наркотичних речовин;
- проведення спільних заходів з розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту: семінарів, конференцій, круглих столів, громадських слухань, видання спеціальної літератури, методичних посібників, рекомендацій тощо;
- створення спеціалізованого програмного забезпечення розвитку освіти у сфері фізичної культури і спорту.

#### **Література**

1. Крисюк С.В. Державне управління освітою: навч. посіб. для слухачів, аспірантів, докторантів спец. “Держ. упр. освітою”. – К.: НАДУ, 2009. – 218 с.
2. Проненко Л. Механізм залучення громадських організацій до розвитку освітньої сфери // Вісн. НАДУ. – 2005. – № 4. – С. 221–226.
3. Саппа Н.Н. Развитие физической культуры и спорта как социальная проблема // Вісн. Харк. нац. ун-ту імені В.Н. Каразіна. Серія: Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи. – 2001. – № 511. – С. 140–142.
4. Brilman J. Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania. – Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2002. – 226 s.

**Мосейчук Ю.Ю.**

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

### **ВИКОРИСТАННЯ ПРАКСЕОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я У МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

Як свідчить медична статистика, в українському суспільстві ще й нині зберігається споживацьке ставлення до власного здоров'я, не формовано відповідальність та мотивацію щодо його збереження та зміцнення. Погоджуємось із І. Кучеровим [3] у тому, що здоров'я, як цілісна характеристика



стану людини, включає в себе не тільки сукупність характеристик і ознак індивідуального соматичного чи психічного здоров'я індивіда, а й інтегрує соціально-економічні риси, характерні для конкретного суспільства. У Концепції Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” на 2012-2020 роки [2] підкреслено, що нині здоров'я необхідно розглядати як головний чинник і результат розвитку суспільства та складова людського благополуччя. “У світі визнано, що інвестиції в охорону здоров'я мають важливе значення для успішного політичного, соціального та економічного розвитку сучасного суспільства” [2, с. 1].

Вагомість здоров'я та потреба його зміцнення задекларовані у Національній доктрині розвитку освіти України в XXI столітті [5]. Так, у розділі VI “Освіта і фізичне виховання – основа для забезпечення здоров'я громадян” в пункті 11 відзначено, що “пріоритетним завданням системи освіти є виховання людини в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих як до найвищої індивідуальної і суспільної цінності”, а у пункті 13 наголошено, що “Фізичне виховання як невід'ємна складова освіти забезпечує можливість набуття кожною людиною необхідних науково обґрунтованих знань про здоров'я і засоби його зміцнення, про шляхи і методи протидії хворобам, про методики досягнення високої працездатності та тривалої творчої активності”. Підтвердження позиції про вагомість фізичної культури у формуванні культури здоров'я знайдено й у публікаціях науковців з фізичної культури та спорту. До прикладу, як відзначають В. Маринич та І. Когут, “одним зі шляхів формування культури здоров'я учнівської молоді є раціональна організація фізкультурно-оздоровчої роботи в закладах освіти” [4, с. 66].

Отже, вчителі фізичної культури повинні стояти в авангарді боротьби за збереження та зміцнення здоров'я, та на власному прикладі формувати у своїх вихованців усвідомлену позицію щодо відповідального ставлення до власного здоров'я. Такі завдання по силі розв'язувати лише тим майбутнім фахівцям, які самі мають високий рівень культури здоров'я. З огляду на наведені аргументи, очевидним є той факт, що у майбутніх фахівців спеціальності “014 Середня освіта. Фізична культура” ще під час навчання необхідно формувати високий рівень культури здоров'я. Тобто, у загальній культурі майбутнього учителя фізичної культури чільне місце має посісти культура здоров'я, що виражається у сформованій системі цінностей, знань, потреб, умінь, навичок збереження та зміцнення власного здоров'я. У найбільш загальному розумінні, культура здоров'я є інтегрованим поняттям, що базується на розумінні культурних норм здорової життєдіяльності; передбачає поєднання компетентності в питаннях зміцнення та збереження здоров'я на основі виваженої оцінки чинників, які зміцнюють та руйнують здоров'я. У студентів факультетів фізичного виховання ще під час навчання необхідно формувати ґрунтовні теоретичні знання та практичні уміння й навички щодо оптимального вибору інтелектуальних, емоційних, фізичних навантажень.

Відзначимо, що нині у ВНЗ спостерігається зростаюча потреба у забезпеченні процесу формування культури здоров'я майбутніх учителів фізичної культури на основі тривимірного освітнього процесу, який має

забуватися на позитивній внутрішній мотивації, охоплювати континуум навчання, самоосвіти та самовиховання. Головним у цьому процесі, у нашому баченні, має бути практична спрямованість знань та можливість їх постійного оновлення. Вважаємо, що у цьому контексті вагомим потенціалом володіє саме праксеологічний підхід.

У найбільш загальному баченні праксеологічний підхід базується на позиціях філософії дії, а в його основу покладено класичні роботи А. Еспінаса, Т. Котарбінського. Л. фон Мізеса. Є. Слуцького та ін. Сутність цього підходу в професійній підготовці майбутніх учителів фізичної культури, насамперед, полягає в організації найбільш раціональної діяльності учасників освітнього процесу, що забезпечує ефективне досягнення поставлених цілей щодо формування у них високого рівня культури здоров'я. Практичний підхід спрямований на оптимізацію професійних дій майбутніх учителів у зміцненні та збереженні здоров'я.

Відзначимо, що праксеологічний підхід є доволі новим та інноваційним у системі професійної підготовки студентів, які здобувають фах учителя фізичної культури. До прикладу П. Зуєв [1, с. 9] переконливо доводить, що праксеологічний підхід допоможе ефективно дослідити норми, принципи, структуру й закономірності організації ефективної діяльності, яка впливатиме на вирішення таких основних завдань, як: 1) виявлення чинників та умов, що дають змогу підвищити ефективність діяльності особистості; 2) зміни суб'єкта діяльності з метою актуалізації, саморегуляції та самовдосконалення; 3) органічне поєднання теорії й практичних дій суб'єктів діяльності.

У нашому розумінні використання ідей праксеологічного підходу в навчально-виховному процесі ВНЗ уможливило підвищення ефективності професійної підготовки студентів та відповідає вимогам нової освітньої парадигми. Ми переконані у тому, що з метою організації ефективної професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури доцільно використовувати праксеологічний підхід, який дасть змогу виявити шляхи й умови підвищення ефективності професійних дій у контексті формування у студентів високого рівня культури здоров'я. Він впливатиме також і на формування у студентів вміння “бути успішними”, що з праксеологічної точки зору передбачає: 1) оволодіння прийомами самопізнання, що дають змогу виявити можливості вдосконалення свого власного рівня культури здоров'я; 2) дослідження “сильних” і “слабких” сторін власного здоров'я (у цьому контексті значну допомогу відіграють психологічні тести, самоаналіз); 3) формування вміння ефективно будувати та при потребі корегувати свої життєві плани і стратегії щодо збереження та зміцнення здоров'я, базуючись на самопізнанні та власних можливостях; 4) практичне використання найбільш перспективних стратегій професійної діяльності в сфері культури здоров'я.

Тобто, реалізація праксеологічного підходу в освітньому процесі факультетів фізичного виховання ВНЗ дає можливість сформувати у студентів сукупність професійно зумовлених знань, практичних умінь, що є основою успішної діяльності за рахунок свідомого вибору методів, прийомів і засобів роботи, які забезпечать результативність їх професійної діяльності, активізують

творчість, спонукають до активної діяльності по збереженню і зміцненню як власного здоров'я так і здоров'я своїх вихованців під час уроків фізичної культури.

Загалом процес формування культури здоров'я майбутніх учителів-бакалаврів фізичної культури на основі праксеологічного підходу під час вивчення двох найбільш практично спрямованих навчальних дисциплін “Загальна теорія здоров'я” (4 кредити, 7 семестр), “Основи здорового способу життя” (4 кредити, 8 семестр) передбачає три етапи, які відрізняються один від одного своїми специфічними завданнями, які ставлять перед собою викладачі.

*Перший етап* передбачає загальне ознайомлення з основними поняттями та уявленнями щодо сутності культури здоров'я та здорового способу життя. До найбільш перспективних завдань, які необхідно розв'язати відносимо: 1) мотивувати студентів до ведення здорового способу життя; 2) висвітлити потенціал культури здоров'я у реалізації майбутньої професійної діяльності; 3) сформувані загальні теоретичні знання про головні правила збереження та зміцнення здоров'я.

*Другий етап* базується на ґрунтовному вивченні студентами теоретико-методичних аспектів здорового способу життя та поглибленому дослідженні змісту культури здоров'я. Основні завдання, які були покладені на викладацький склад на цьому етапі передбачали: 1) формувати у студентів цілісне розуміння культури здоров'я та цінності здорового способу життя; 2) досягти свідомого дотримання студентами загальних правил збереження та зміцнення здоров'я; 3) сформувані практичні уміння та навички, необхідні для реалізації майбутньої професійної діяльності у контексті збереження та зміцнення здоров'я.

*Третій етап* охоплює закріплення знань в галузі культури здоров'я та акцентований на подальше вдосконалення практичних умінь і навичок у збереженні та зміцненні здоров'я. Основні завдання на цьому етапі були спрямовані на: 1) досягнення автоматизму при використанні правил збереження здоров'я; 2) переведення сформованих умінь зберігати здоров'я в навички, що будуть системно використовуватися майбутніми учителями фізичної культури під час реалізації професійної діяльності; 3) забезпечити формування цілісної системи культури здоров'я та умінь її формувати у своїх вихованців в залежності від конкретних умов.

Як бачимо, праксеологічний підхід передбачає ретельну підготовку на основі планування й проектування освітнього процесу, яка полягає в обдумуванні дій, прогнозуванні очікуваних результатів. Особливість цього підходу полягає у співвідношенні знань і практики, які розглядаються в єдності. Вважаємо, що організація професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури на засадах праксеологічного підходу уможливило оволодіння студентами методами і засобами самостійного пошуку нових знань з культури здоров'я. Практичне підход має багатий потенціал, що проявляється як у розвитку особистості студента, так і в пошуку нових способів збагачення змісту культури здоров'я.

Таким чином, праксеологічний підхід у професійній підготовці майбутніх учителів фізичної культури передбачає формування у них практичних умінь

результативно планувати й виконувати фахову діяльність на основі високого рівня культури. Цей підхід дає можливість передбачати й реалізовувати нове бачення результатів процесу формування високої культури здоров'я, яке передбачає не лише сформованість певних теоретичних знань у сфері збереження та зміцнення здоров'я, але й розвиток готовності до практичної діяльності у цьому контексті та досягнення професійного зростання.

### **Література**

1. Зуев П.В. Праксеологичекий подход к решению проблемы повышения эффективности обучения // Пед. образов. и наука. – 2008. – № 3. – С. 7–15.
2. Концепція Загальнодержавної програми “Здоров’я 2020: український вимір” на 2012-2020 роки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1095.9378.0>
3. Кучеров І.С. Управління здоров’ям нації – проблема педагогічна // Фізичне виховання в школі. – 2000. – № 1. – С. 53–55.
4. Маринич В., Когут І. Підходи до реалізації освітньої політики з питань формування культури здоров’я учнівської молоді // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 2. – С. 63–67.
5. Указ Президента України “Про Національну доктрину розвитку освіти” від 17 квітня 2002 року (№ 347/2002) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/347/2002>

**Осадчий О.В., Кропива О.С.**

Чернігівський національний технологічний університет

## **НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ОСОБЛИВОСТІ ГАЛУЗІ “ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ” В УКРАЇНІ**

Фізична реабілітація почала застосовуватись ще у стародавні часи, але ще немала такої назви. На Заході з’являється цей профілактичний напрямок, наприклад: гімнастика Лінга, лікарська гімнастика Фуллера, перший інститут гімнастики і масажу у Стокгольмі тощо. Наукова думка і досягнення вітчизняних учених передували зарубіжним в області лікувальної гімнастики, про що говорять роботи таких вчених: М. Пирогова “Про значення гімнастики у житті людини і народів”, В. Крамаренко “Посібник з масажу та лікарської гімнастики”, В. Пруського, який першим розробив учення про мототерапію тощо.

На сьогодні українське визначення фізичної реабілітації як професійної діяльності є майже тотожним з міжнародним визначенням фізичної терапії. Міжнародним відповідником спеціальності “фахівець з фізичної реабілітації” слід уважати спеціальність “фізіотерапевт” (фізичний терапевт), що є нелікарською професією і внесена за кодом 2264 у частину 226 “Інші професіонали в галузі охорони здоров’я” Міжнародного класифікатора професій ISCO-08. У контексті інтеграційних процесів видається коректним та доцільним замість прийнятої лише в Україні назви професії “фахівець з фізичної реабілітації” застосовувати загальноприйнятий міжнародний термін “фізичний терапевт”.

Відповідно до Міжнародного класифікатора професій ISCO-08 така заміна повинна знайти відображення у Класифікаторі професій України та інших

нормативних документах. Зокрема, це стосується введення відповідних посад до штатних розписів медичних закладів. Будь-які зміни на законодавчому рівні стосовно назви та статусу спеціальності в Україні доцільно вносити з урахуванням ролі фахівця-реабілітолога з нелікарською університетською освітою у сучасній моделі мультидисциплінарної реабілітації осіб з руховими розладами.

Упровадження запропонованих змін потребуватиме скоординованої роботи працівників різних відомств та галузей і є складним процесом, оскільки реабілітація поділена між міністерствами: Міністерством охорони здоров'я, що відповідає за “медичну реабілітацію”, пов'язану зі здоров'ям; Міністерством соціальної політики, що відповідає за соціальну компенсацію та надання допоміжних засобів; Міністерством освіти та науки, яке відповідає за акредитацію освітніх програм для фахівців з реабілітації як у медичних, так і немедичних закладах.

Фахівець з фізичної реабілітації – людина, яка закінчила повний курс навчання за спеціальністю “Фізична реабілітація”. Відповідає міжнародному терміну *Physical therapy (Physiotherapy)* – фізична терапія або фізіотерапія, відповідно, фізичний терапевт або фізіотерапевт (не слід плутати з терміном “фізіотерапія” в пострадянському розумінні) [1].

Фізичні реабілітологи працюють як незалежні практикуючі фахівці, а також в команді з іншими фахівцями сфери охорони здоров'я, дотримуючись етичних принципів Світової Конфедерації Фізичної терапії (WCPT). Вони можуть вести первинний прийом пацієнтів, а пацієнти/клієнти можуть, в свою чергу, безпосередньо звертатись до фахівців фізичної реабілітації без скерування від інших медичних фахівців [1]. Фахівці з фізичної реабілітації є провідними спеціалістами з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій. Вони володіють системними знаннями у сфері рухової діяльності людини.

Фахівець фізичної реабілітації – це сформована і легітимна професія, з особливими професійними аспектами клінічної практики та освіти, що визначається різноманітністю соціальних, економічних, культурних та політичних умов. Але вона є окремою самодостатньою професією. Першою професійною кваліфікацією, отриманою в будь-якій країні, є успішне завершення навчальної програми, якою присвоюється кваліфікація фахівця фізичної реабілітації, надається право використовувати назву цієї професії і працювати як незалежний спеціаліст.

Фахівці фізичної реабілітації обстежують пацієнтів з метою виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу, розробляють і виконують індивідуальний план фізичної реабілітації у співпраці з іншими спеціалістами (лікарями, соціальними працівниками, психологами, вчителями, тренерами) та пацієнтом. Фахівці фізичної реабілітації також проводять наукову, адміністративну, викладацьку та консультативну діяльність [2].

Фахівець фізичної реабілітації для виконання своїх професійних обов'язків повинен користуватися Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я, яка на сьогоднішній день є кращою для застосування її в якості основи для побудови реабілітаційних діагнозів у процесі клінічної

діяльності фізичного реабілітолога. Рекомендації для її використання дають не тільки Всесвітня організація охорони здоров'я, але й Всесвітня конфедерація фізичної терапії (членом якої віднедавна є і Україна).

Фахівці фізичної реабілітації надають свої послуги у медичних закладах, навчально-реабілітаційних центрах, закладах освіти та соціального захисту населення, спортивно-тренувальних центрах, спортивних командах. Згідно з діючим законодавством, вони можуть обіймати посади “спеціаліст фізичної реабілітації”, “медична сестра (інструктор) з лікувальної фізкультури”, “медична сестра з масажу”. Наявний стан справ в українському законодавстві та в українській системі охорони здоров'я не відповідає потребам у цій професії (він не задовольняє ані пацієнтів, ані фахівців з фізичної реабілітації) [2].

Спеціальність “фахівець з фізичної реабілітації” внесена до класифікатора професій України ДК 003:2005 під кодом 3226.

Затверджено паспорт спеціальності 24.00.03 – “Фізична реабілітація” постановою президії вищої атестаційної комісії України від 11 травня 2005 р. “Про затвердження переліку паспортів спеціальностей в галузі фізичного виховання і спорту”.

Одним із найбільших досягнень є лист міністра МОЗ України В. Москаленка від 05.11.2001 р. “Органам та закладам охорони здоров'я” про дозвіл лікувальним закладам у разі виробничої необхідності наймати фахівців фізичної реабілітації на посади лікарів (без категорії).

Міністерством праці України затверджена професійно-кваліфікаційна характеристика спеціаліста з фізичної реабілітації. Наказ МОЗ України від 27.10.2008 р. № 614 “Про подальший розвиток та удосконалення лікарсько-фізкультурної служби в Україні”, зокрема у пункті 2.8.1. Примірної посадової інструкції медичної сестри (інструктора) з лікувальної фізкультури вказується, що “На посаду інструктора з лікувальної фізкультури також можуть призначатись фахівці, які мають вищу фізкультурну освіту за спеціалізацією “фізична реабілітація”. Ці фахівці вважаються такими, що мають спеціальну підготовку з лікувальної фізкультури” [3].

На даний час цей Наказ скасовано Наказом МОЗ України від 06.08.2010 р. № 660 “Про скасування наказів МОЗ, які підлягали державній реєстрації, але не зареєстровані в Міністерстві юстиції України”. Натомість чинним вважається Наказ МОЗ України № 176 від 29.03.2011 р. “Про затвердження примірних посадових інструкцій та кваліфікаційних характеристик з метою поліпшення лікарсько-фізкультурної служби в Україні” у якому в додатку висвітлені вимоги призначення на посаду інструктора з ЛФК фахівців, які мають вищу фізкультурну освіту за спеціалізацією “фізична реабілітація”, що практично збігається з попереднім Наказом №614 МОЗ України від 27.10.2008 р.

Також зараз внесено законопроект № 4458 від 15.04.2016 р. “Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні”, який визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для попередження інвалідності та функціонування системи

реабілітації в Україні, усунення або компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з інвалідністю фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. Завдяки тривалому лобіюванню 10.08.2016 р. до Класифікатора професій було внесено професію “фізичний терапевт” (код 2229.2), що відкриває шлях до уніфікації і в подальшому доступу до європейського та світового ринку праці в цій галузі [3].

Зараз існує нагальна потреба в фахівцях з фізичної реабілітації в сучасних економічних та геополітичних умовах в Україні. Процес професійної підготовки фахівця з фізичної реабілітації нещодавно відбувався в умовах вищих навчальних закладів фізкультурного профілю галузі знань 0102 – “Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини” напряму підготовки 6.010203 – “Здоров'я людини”. Постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 “Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти” спеціальність 227 – “Фізична реабілітація” віднесено до галузі знань 22 – “Охорона здоров'я”.

Український досвід підготовки в галузі діяльності фахівців з фізичної реабілітації свідчить, що крім загальнобіологічних і медичних знань та умінь, даний фахівець повинен повною мірою володіти основами деонтологічних, педагогічних, психологічних, валеологічних, соціологічних знань, і повною мірою використовувати їх в своїй практичній діяльності. Освітня програма фахівців з фізичної реабілітації повинна передбачати формування їх як особистості, здатної до плідної професійної діяльності в сучасних умовах, готової до надзвичайно відповідальної та складної професійної діяльності, яка володіє системою спеціальних знань, професійних дій і соціальних відносин, відрізняється сформованістю і зрілістю професійно значущих якостей, відповідною кваліфікацією.

Подолання низки усталених пострадянських стереотипів та міжвідомчих бар'єрів сприятиме розвитку даної професії, що позитивно вплине на якість реабілітаційних послуг, дозволить наблизити їх рівень до сучасних вимог, а також прискорить вихід України на європейський і світовий ринок праці та освітніх послуг.

### Література

1. Всесвітня конфедерація фізичної терапії [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.wcpt.org/>.
2. Герцик А.М. Організаційно-методичні аспекти підготовки бакалаврів фізичної реабілітації в Канаді: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03. – К., 2006. – 21 с.
3. Документи, які регламентують діяльність фізичного терапевта [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: [http://www.physrehab.org.ua/external\\_uk.html](http://www.physrehab.org.ua/external_uk.html).

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ  
ЗДОРОВ'ЯФОРМУВАЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ  
ДІТЕЙ 5- 6- РІЧНОГО ВІКУ**

Наукові дослідження та статистичні матеріали свідчать, що протягом останніх років в Україні сформувалась досить негативна ситуація у стані здоров'я дітей, яка пов'язана з впливом різних чинників біологічного, соціально-економічного, екологічного, медико-організаційного характеру (Г. Апанасенко, 1998; Л. Галаманжук, Г. Єдинак [3]; О. Дубогай, 2015; Т. Круцевич, 2000; А. Цьось [5]). Збереження та зміцнення фізичного, психічного й духовного здоров'я дитини – одне із основних завдань, визначених Законом України “Про дошкільну освіту”. На сучасному етапі переходу закладів освіти на навчання дітей з 6-річного віку особливого значення набуває забезпечення їхньої готовності до школи. За даними психолого-педагогічних досліджень (Н. Богдановська, В. Слободянюк, 2009; Е. Вільчковський, 1998; Л. Ковальчук, 2007), успішне навчання в школі можливе лише за умови, що на момент вступу дитина набула відповідного особистісного, інтелектуального та фізичного розвитку. Наукові дослідження Інституту педіатрії, акушерства і гінекології Академії медичних наук України показали, що при обстеженні дітей семи дошкільних закладів м. Києва, які готувались до школи, лише 22,7% з них були віднесені до групи здорових, а у 51,7% дітей виявлено різні хронічні захворювання.

Результати вивчення фізичного розвитку дітей, які подав Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, показують тенденцію погіршення цих показників у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку: 30–35% першокласників мають надлишкову вагу, у 40% дошкільнят і 64% учнів початкових класів спостережено різноманітні порушення постави, які значною мірою визначаються фізичним розвитком дітей. При вступі до школи близько 70% першокласників мають порушення у фізичному розвитку. Кількість здорових дітей зменшилася у 5 разів і серед контингенту дітей, які йдуть до школи, становить лише 10% (Н. Маковецька, 2005).

Важлива роль у формуванні, збереженні та зміцненні здоров'я дітей, їхньому гармонійному фізичному і нервово-психічному розвитку належить педагогам дошкільних закладів – першій ланці в системі виховання і навчання. Підготовка педагога-вихователя, як і будь-якого спеціаліста, потребує величезної кількості знань, зокрема і в галузі педіатрії та дитячої гігієни, без яких неможливо бути висококваліфікованим фахівцем і успішно вирішувати важливі проблеми виховання й навчання дітей (Н. Коцур, 2008).

Сучасний стан фізичного виховання дітей дошкільного віку характеризується недостатньою ефективністю, яка не може забезпечити необхідного рівня фізичного здоров'я дошкільників (Л. Галаманжук, 2016; Л. Гаращенко, 2011; О. Лахно, 2013; С. Шарманова, 2002). Застосування



традиційних форм і методів фізичного виховання дошкільників ще й досі не орієнтовано на профілактику відхилень від норми і не сприяє активному попередженню функціональних порушень, хронічних захворювань і досягненню повноцінного фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей (Л. Балацька, 2013; К. Балунова, 2009; О. Богініч, 2003; І. Боднар, Я. Вітос, 2011; Е. Вільчковський, Н. Денисенко, 2011; Н. Пангелова, 2013).

Стан здоров'я дітей та фізичного виховання в дошкільних навчальних закладах потребує виявлення обставин виникнення складної ситуації в дошкільному вихованні та перегляду комплексу заходів з її покращення. Один із таких заходів – упровадження здоров'яформувальних програм у фізичне виховання дітей дошкільного віку, особливо старшого дошкільного віку, зважаючи на критичний період в онтогенетичному розвитку та перехід дітей на наступний соціальний щабель – навчання в школі (О. Богініч, Н. Ленінець, Ж. Петрова (2008); Л. Гаращенко, 2011). З'ясування закономірностей розвитку дитини, специфіки функціонування фізіологічних систем на різних етапах онтогенезу і механізмів, що визначають цю специфіку, є необхідною умовою забезпечення нормального фізичного і психічного розвитку молодого покоління.

Дитячий організм розвивається індивідуально, і біологічний вік може не збігатися з календарним, випереджуючи, або, навпаки, помітно відстаючи. У зв'язку з цим, удосконалення традиційних та пошук нових організаційно-методичних підходів до фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку є актуальним. Зважаючи на актуальність розв'язання завдань із формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей дошкільного віку, виникла потреба розробки та введення технологій здоров'яформувального фізичного виховання в навчально-виховний процес дошкільних навчальних закладів завдяки комплексному підходу, а саме: застосування інтеграційних занять із фізичної культури (виконання вправ загальнорозвивального та спортивного характеру, елементів спортивних ігор та фізичних навантажень під музичний супровід); використання тестів для оцінки і корекції фізичного стану дітей, комп'ютерних технологій для об'єктивного моніторингу процесу фізичного виховання; раціонального використання обладнання та інвентарю під час занять; відповідної підготовки фахівців дошкільних закладів.

Аналіз наукових джерел, практики фізичного виховання в дошкільних навчальних закладах дає змогу виявити суперечності, які посилюють актуальність роботи, а саме між: декларативними заявами суспільства щодо збереження здоров'я дітей дошкільного віку й ефективністю фізичного виховання в дошкільних навчальних закладах; завданнями фізичного виховання, сутністю законодавчих документів для дошкільних навчальних закладів та забезпеченням здоров'яформувального змісту занять; необхідністю здоров'яформувального змісту фізичного виховання в дошкільних навчальних закладах та недостатнім його науково-методичним обґрунтуванням.

Потреба розв'язання зазначених суперечностей, а також недостатнє теоретичне і практичне обґрунтування обраної теми зумовили актуальність дослідження.

*Мета дослідження* – обґрунтувати організаційно-методичні засади здоров'яформувального фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку та експериментально перевірити їх ефективність в умовах дошкільного навчального закладу.

*Завдання дослідження:* 1) проаналізувати стан вивчення проблеми реалізації здоров'яформувального фізичного виховання дітей у дошкільних навчальних закладах; 2) визначити стан фізичного розвитку, функціональних можливостей та фізичної підготовленості дітей 5–6 років як передумови реалізації здоров'яформувального фізичного виховання в дошкільних навчальних закладах; 3) виявити організаційно-методичні засади здоров'яформувального фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку; 4) експериментально перевірити ефективність впровадження здоров'яформувального фізичного виховання в умовах дошкільного навчального закладу.

*Методи дослідження:* аналіз і узагальнення літературних джерел, порівняння та узагальнення інформації, педагогічне спостереження, анкетування, педагогічне тестування, хронометрування, констатувальний і формувальний експерименти, методи математичної статистики.

Результати ретроспективного аналізу дозволили констатувати, що формування здоров'я, культури здоров'я, здорового способу життя активно розроблялися вчені в галузі філософії, педагогіки, психології, медицини, фізичного виховання (Г. Апанасенко, 2005; Е. Вільчковський, 2016; О. Дубогай [4]; І. Коцан, 2011). У наукових працях подано загальні рекомендації щодо формування здоров'я людини (І. Боднар, 2014; І. Мурашов, 1989), виховання культури здоров'я та здорового способу життя (В. Бабич, 2004; В. Горащук, 2004; Ю. Бойчук, 2010), створення здоров'язберезувального освітнього середовища (Н. Белікова, 2012; Н. Завидівська, 2011), впровадження нових методик і технологій навчання (Л. Балацька [1]; О. Богініч, 2003; Н. Пангелова, 2013).

Важливого значення набуває розроблення здоров'яформувального фізичного виховання. Аналіз наукових праць засвідчив, що науковці пов'язують здоров'яформувальну діяльність із технологіями фізичного виховання. Так, Л. Лубишева (2014) розглядала здоров'яформувальну технологію як невід'ємну частину навчально-виховного процесу, основною метою якого є формування фізичної культури особистості. М. Смирнов (2012) уважає, що “здоров'яформувальні освітні технології” спрямовані на виховання в учнів культури здоров'я, особистісних якостей, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я. Т. Леван і Н. Нежкіна (2015) визначають це поняття як алгоритм реалізації освітньої програми, що веде до досягнення суб'єктами освітнього процесу конкретних освітніх результатів у галузі свого здоров'я. Отже, в науковій літературі немає єдиного підходу до характеристики сутності здоров'яформувального фізичного виховання. Під цим терміном дослідники розглядають або усю діяльність, направлену на формування здоров'я дитини (Н. Денисенко, Л. Лихолід, С. Лупінович, 2010; О. Є. Конох, 2014), або алгоритм створення здоров'язберезувального середовища чи його окремих компонентів (О. Богініч, Ю. Бабачук, 2014; Л. Гаращенко, 2011; О. Цибанюк, 2011). Ми розглядаємо здоров'яформувальне фізичне виховання як педагогічний

процес, спрямований на формування здоров'я дітей за допомогою цілеспрямованої навчально-виховної та оздоровчо-спортивної діяльності на заняттях із фізичної культури, позаурочних заходах та в родині.

Результати аналізу медичних карток підтверджують існування тенденції погіршення стану здоров'я у дітей дошкільного віку. Від 45 до 60% дошкільнят належать до другої групи здоров'я. Це загалом здорові діти, але мають функціональні й морфологічні відхилення, зі зниженою опірністю до захворювань і вимагають особливої уваги.

Оцінку фізичного розвитку проводили шляхом порівняння антропометричних показників обстежуваних із середніми показниками статевої вікової групи. Як свідчать результати наших досліджень, довжина тіла дітей становить 112,4–114,8 см, маса тіла – 19,6–20,6 кг, обвід грудної клітки – 53,2–55,6 см. Для оцінювання рівня фізичного розвитку розраховано індекс фізичного розвитку (за О. Дубогай), який дорівнює 38,4–41,9 ум. од. У цілому ці показники відповідають середньому рівню розвитку.

Важливе значення для підвищення опірності організму дітей до несприятливих чинників зовнішнього середовища, адаптації до фізичних навантажень мають функціональні можливості. Результати вимірювань засвідчили, що частота серцевих скорочень у стані спокою становить 96,8–98,1 уд. хв., частота дихання – 25 разів за хв., систолічний артеріальний тиск – 95,4–98,9 уд. хв., діастолічний – 60,8–64,6 уд. хв. Занепокоєння викликає підвищений, у середньому на 24 %, діастолічний артеріальний тиск. Це, водночас, зумовило на 19 % відхилення від норми пульсового тиску. Тому на заняттях важливе рівномірне та поступове фізичне навантаження, систематичний лікарсько-педагогічний контроль за роботою серця і кров'яним тиском.

За допомогою педагогічного тестування виявлено, що результати фізичної підготовленості дітей дещо нижчі, порівняно з прийнятими нормами (за Е. Вільчковським [2]). Зокрема, результати бігу на 10 м становлять 3,27–3,59 с, стрибка в довжину з місця – 76,45–90,3 см, метання тенісного м'яча на дальність – 6,01–8,05 м, метання тенісного м'яча в мішень – 3,84–5,18 балів, вису на перекладині – 20,55–27,57 с.

Результати анкетування вказують на позитивне ставлення батьків до впровадження здоров'яформувальних технологій у фізичне виховання дітей старшого дошкільного віку та спонукають до застосування ігрових та спортивно-орієнтованих елементів фізичних вправ у навчально-виховному процесі дошкільних навчальних закладів.

Результати дослідження засвідчили, що здоров'яформувальне фізичне виховання – це цілеспрямований і структурований процес, який охоплює формування мотивації до фізичної активності, засвоєння спеціальних знань та практичних умінь, підвищення фізичної підготовленості й функціональних можливостей, зміцнення стану здоров'я. Метою здоров'яформувального фізичного виховання є формування фізичної культури особистості, що передбачає рівень усвідомлення особистісної значущості рухової діяльності, повноти й глибини знань, сформованості вмінь і навичок, засвоєння технологій

оздоровчої та профілактичної діяльності, уміння використовувати їх у практичній роботі.

Зважаючи на результати аналізу наукових джерел, практики роботи дошкільних навчальних закладів та позиції системного підходу як методологічної основи дослідження, визначено організаційно-методичні засади здоров'яформувального фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку: ігрова спрямованість фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку, використання нових видів рухової активності та вправ з елементами спорту, індивідуалізація та диференціація фізичних навантажень з огляду на індивідуальні особливості дітей, застосування нестандартного обладнання та інвентарю, моніторинг фізичного виховання, лікарсько-педагогічний контроль і самоконтроль, підготовка вихователів до здоров'яформувальної діяльності в дошкільному навчальному закладі (рис. 1).



Рис. 1. Організаційно-методичні засади здоров'яформувального фізичного виховання дошкільників

Беручи до уваги дані нашого дослідження, практику фізичного виховання, недостатнє забезпечення стандартним спортивним інвентарем дошкільних навчальних закладів, ми розробили обладнання для занять фізичними вправами дошкільнят. Для цього застосовували поліпропіленові труби та фітінги (спеціальні з'єднання, які можуть бути як універсальними, так і виготовлятися за цільовим призначенням). До основних переваг інвентарю, тренажерів і допоміжного обладнання з поліпропіленових труб слід віднести відповідність вимогам гігієнічних та санітарних норм, тривалий термін експлуатації, швидкий, простий та чистий монтаж. До набору № 1 "Легка атлетика" входили прилади для занять із лазіння, переступання та стрибків, бігу з перешкодами. Комплект

№ 2 містив інвентар для рухливих ігор (стійки для ширми, ворота різних розмірів для ігор із м'ячем).

Результати дослідження дозволили розробити й обґрунтувати методику здоров'яформувальних різноваріантних занять фізичними вправами дошкільників з використанням розробленого обладнання та інвентарю.

З метою обґрунтування результативності застосування комплексних занять ігрового характеру з поєднанням рухової активності й музичного супроводу на базі дитячих садків м. Луцька та м. Києва був проведений педагогічний експеримент із дітьми 5–6-річного віку. Експериментальним чинником стало введення в практику фізичного виховання старших дошкільників експериментальних груп здоров'яформувальних комплексних занять. Відомості медичних карток підтверджують результативність здоров'яформувального фізичного виховання.

За результатами обстеження відмічено значне зменшення в контрольних групах К1 – з 75 до 60%, К2 – з 55 до 45% та збільшення в експериментальних групах Е1 – з 70 до 85%, Е2 – з 45 до 65% дітей основної групи фізичного виховання завдяки підготовчій групі.

В експериментальних групах більші темпи приросту, ніж у контрольних, спостережено в масі тіла (Е2 – 19,4%), обводі грудної клітки (Е1 – 5%, Е2 – 5,3%) та від'ємному показникові індексу фізичного розвитку (Е1 – 1,6%, Е2 – 6,2%). Зниження темпів приросту індексу фізичного розвитку в експериментальних групах пояснюємо збільшенням показників приросту маси тіла, обводу грудної клітини, що вказує (згідно з індексом Пін'є) на покращення фізичного розвитку. Однією із причин таких позитивних змін може бути збільшення рухової активності дітей протягом навчального року відповідно до розроблених занять.

Аналіз результатів тестування психомоторного розвитку і біологічної “зрілості” виявив між результатами двох батареї тестів закономірний зв'язок. Виходячи з вищесказаного, було запропоновано об'єднати тестування біологічного віку (зрілості) і тестування психомоторного розвитку в один блок. Для дослідження психомоторної готовності 6-річних дітей були використані тести Озерецького та Керна–Ірасека, “Перемога – Ріжки”, “Руки”. Біологічну зрілість визначали за кількістю постійних зубів та філіппінським тестом.

Результати дослідження психомоторного розвитку, біологічної (зрілості) вказують на те, що готові до навчання в школі, згідно з тестами: “зубний вік”: К1 – 75%, К2 – 70%, Е1 – 75%, Е2 – 80%; філіппінський тест – 100% дітей; тест “Перемога – Ріжки”: К1 – 85%, К2 – 80%, Е1 – 95%, Е2 – 90% дітей; тест “Руки”: К1 – 80%, К2 – 85%, Е1 – 90%, Е2 – 90% дітей. Не готові до навчання в школі: “зубний вік”: К1 – 25%, К2 – 30%, Е1 – 25%, Е2 – 20% дітей; тест “Перемога – Ріжки”: К1 – 15%, К2 – 20%, Е1 – 5%, Е2 – 10% дітей; тест “Руки”: К1 – 20%, К2 – 15%, Е1 – 10%, Е2 – 10% дітей.

Під час вивчення психомоторного розвитку дітей старших груп зафіксовано такий відсоток дошкільників, котрі готові до навчання в школі: за тестом Озерецького – К1 – 80%, К2 – 80%, Е1 – 95%, Е2 – 90%; за тестом Керна–Ірасека – К1 – 75%, К2 – 70%, Е1 – 90%, Е2 – 85%. Не готові: за тестом Озерецького – К1 –

20%, К2 – 20%, Е1 – 5%, Е2 – 10%; за тестом Керна–Ірасека – К1 – 25%, К2 – 30%, Е1 – 10%, Е2 – 15% дітей.

За результатами дослідження виявлено, що діти експериментальних груп більш готові до навчання в школі, ніж контрольних. Старшим дошкільникам 6-річного віку, які не пройшли тестування психомоторного розвитку та біологічної зрілості, рекомендовано залишитись ще на рік у ДНЗ.

Під час встановлення фізичної підготовленості дітей старших груп визначено такі темпи приросту показників: біг 10: К1 – 11,8%, К2 – 12,4%, Е1 – 14,8%, Е2 – 20,7%; стрибок у довжину з місця: К1 – 12,4%, К2 – 15,6%, Е1 – 26,5%, Е2 – 33,2%; метання тенісного м'яча на дальність: К1 – 15,5%, К2 – 16,1%, Е1 – 61,5%, Е2 – 65,4%; метання тенісного м'яча в мішень: К1 – 30,8%, К2 – 41,3%, Е1 – 62,5%, Е2 – 94,6%.

Найбільші темпи приросту показників в експериментальних групах спостережено у спритності, що позитивно впливає на показники загальної підготовленості дітей до навчання в школі. Протягом дослідження під час кожного заняття проводили педагогічне спостереження за реакцією дітей на навантаження, яке залежно від їхнього стану, корегували його в ході занять, що дало змогу уникнути перенавантажень.

Протягом дослідження помічено незначну зміну результатів у контрольних групах і досить значну в експериментальних. Вірогідно значимі відмінності між групами виявлені за показниками індексу фізичного розвитку, бігу на 10 м, стрибка в довжину з місця, метання тенісного м'яча на дальність, вису на перекладині. Отже, заняття за методикою здоров'яформувального фізичного виховання позитивно впливають на фізичний стан та здоров'я дітей дошкільного віку, що є основою для її широкого впровадження в практику роботи дошкільних навчальних закладів.

### **Висновки.**

1. Аналіз наукових літературних джерел засвідчує, що в сучасних умовах здійснюється активний пошук шляхів удосконалення фізичного виховання в дошкільних навчальних закладах. Учені вивчали шляхи та засоби формування здоров'я, культури здоров'я, здорового способу життя дітей, створення здоров'язбережувального освітнього середовища, впровадження нових методик і технологій фізичного виховання. У науковій літературі немає єдиного підходу до характеристики сутності здоров'яформувального фізичного виховання. Під цим терміном дослідники розглядають або усю діяльність, направлену на формування здоров'я дитини, або алгоритм створення здоров'язбережувального середовища та його окремих компонентів. Ми розглядаємо здоров'яформувальне фізичне виховання як педагогічний процес, спрямований на формування здоров'я дітей за допомогою цілеспрямованої навчально-виховної та оздоровчо-спортивної діяльності на заняттях з фізичної культури, позаурочних заходах та в родині.

2. Результати дослідження засвідчили, що метою здоров'яформувального фізичного виховання є формування фізичної культури особистості, що передбачає рівень усвідомлення особистісної значущості рухової діяльності, повноти й глибини знань, сформованості вмій і навичок, засвоєння технологій

оздоровчої і профілактичної діяльності, уміння їх використовувати в практичній роботі. Зважаючи на відомості наукових джерел, практику роботи дошкільних навчальних закладів та позиції системного підходу як методологічної основи дослідження, визначено організаційно-методичні засади здоров'яформувального фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку: ігрова спрямованість фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку, використання нових видів рухової активності та вправ з елементами спорту, індивідуалізація та диференціація фізичних навантажень з огляду на індивідуальні особливості дітей, застосування нестандартного обладнання та інвентарю.

#### Література

1. Балацька Л. Особливості розвитку фізичних якостей у дітей з 4-х до 6-ти років з різною спрямованістю мануальної рухової асиметрії // Спортивна наука України, 2012. – № 4. – С. 47–52.
2. Вільчковський Е. С., Денисенко Н. Ф. Організація рухового режиму дітей у дошкільних навчальних закладах: Навч.-метод. посіб. – Тернопіль: Мандрівець, 2008. – 128 с.
3. Галаманжук Л., Єдинак Г. Стан вивчення проблеми, пов'язаної із забезпеченням оздоровчої спрямованості занять фізичними вправами дошкільників та учнів початкової школи // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві, 2012. – № 2. – С. 104–109.
4. Дубогай. О. Освітньо-рухова методика навчання учнів молодших класів в системі здоров'язбереження // Вісник Інституту розвитку дитини. Серія: Філософія, педагогіка, психологія. – 2015. – Вип. 38. – С. 61–67.
5. Цьось А.С., Андрійчук І.С. Особливості фізичного й психологічного компонентів здоров'я населення залежно від місця проживання // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2015. – № 3. – С. 194–202.

**Петров Д.О.**

Національний юридичний університет  
імені Ярослава Мудрого (м. Харків)

## РЕГУЛЮВАННЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

*“Гімнастика, фізичні вправи, ходьба повинні  
міцно увійти в повсякденний побут кожного,  
хто хоче зберегти працездатність, здоров'я,  
повноцінне і радісне життя”*  
Чак Норріс

Спорт – одна із найважливіших складових нашого життя. У сучасному світі поряд із шаленими оборотами та швидкістю життя, спорт з одного боку дедалі більше стає популярнішим, а з іншого боку він втрачає свій “людський попит” і суспільство перетворюється у цілковито аморфний суб'єкт. У сучасних умовах всебічний і гармонійний розвиток молодої людини є не тільки бажаним, а й життєво-необхідним. Фізичне навантаження є невід'ємною складовою гармонійного розвитку молодої людини, що є, в свою чергу, запорукою майбутнього держави. Спорт варто розглядати не лише як професійне заняття тим чи іншим видом спортивної діяльності, а можливе просто заняття спортом з метою підтримання здорового стану організму людини.

Студентські роки життя надзвичайно напруженні і потребують розвантаження із науково-навчальницької роботи. Одним з напрямків, який впливає на стан здоров'я, є активно-спортивний спосіб життя, який має особливе значення для людей молодого віку. Тому заняття фізичною культурою і спортом вже не є самоціллю. Вони стають каталізатором життєвої активності, умовою і невід'ємною частиною гармонійного і повноцінного життя. Україні потрібні фізично міцні, впевнені в собі люди, які не бояться труднощів. Різні види людської діяльності вимагають здоров'я.

Спортивні навички із студентського життя спрямовують і подальше належне ставлення до спорту. Немає фізичної тренуваності, немає і повноцінного працівника. Досвід переконливо свідчить, що студенти, які займаються фізкультурою і спортом, повністю засвоюють навчальну програму, успішно складають екзаменаційні сесії, досягають добрих результатів в науково-дослідній роботі. Свідченням та підтвердженням вказаних тверджень є і дослідницькі результати, статистичні дані.

Що ж стосується виробництва, то працездатність у фізично тренуваних людей на 20-30% вища від середніх показників, а захворюваність, особливо простудного характеру, значно нижча, ніж у іншого населення. Для того, щоб фізкультура і спорт стали частиною життя, необхідно формувати на них міцну орієнтацію. Поруч з такими важливими соціальними інститутами суспільства як сім'я, школа, вагому роль в цьому плані можуть і повинні відіграти медичні працівники, засоби масової інформації, особливо телебачення, яке збирає біля своїх екранів багатомільйонну аудиторію. Через засоби масової інформації медичні працівники, як ніхто інший, можуть донести до свідомості людей інформацію про соціальну значимість фізичної активності, яка б збуджувала зацікавленість до занять фізичними вправами.

Так, аспекти поставленої нами проблеми знайшли своє відображення у роботах вітчизняних науковців: Р. Белякова, Л. Матвєєва, В. Мудрик, Є. Приступи, О. Римара та інших.

*Мета роботи* – проаналізувати механізми правового регулювання та державну політику у сфері фізичного виховання у вищих навчальних закладах України. Для досягнення окресленої мети, визначено такі *завдання*: 1) дослідити поняття, природу та особливості фізичного виховання; 2) розглянути наявний стан проблеми; 3) з'ясувати можливі шляхи вирішення вказаних питань.

*Об'єкт дослідження* – відносини, що виникають у сфері регулювання фізичного виховання студентів в Україні. *Предмет дослідження* – конкретні методики фізичного виховання студентів.

*Методологічну основу* дослідження становить діалектичний підхід, який застосовано для з'ясування суті фізичного виховання.

У роботі використано також загальнонаукові та спеціальні методи пізнання: аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення, ідеалізація, індукція, дедуктивний, системно-структурний метод та ін.

*Теоретичну основу дослідження* становлять наукові положення, що містяться у працях вітчизняних та іноземних дослідників з питання методик фізичного виховання студентів.



Суспільні відносини у сфері фізичного виховання студентів регулюються Законом України “Про фізичну культуру і спорт”.

Відповідно до цього Закону спеціалізовані навчальні заклади спортивного профілю є навчальними закладами системи загальної середньої освіти або вищими навчальними закладами – закладами фізичної культури і спорту, які забезпечують відбір та спортивну підготовку найобдарованіших дітей та молоді, створюють умови для розвитку їхніх індивідуальних здібностей з метою досягнення високих спортивних результатів та поповнення національних збірних команд у поєднанні із здобуттям учнями та студентами відповідної освіти.

*Школи вищої спортивної майстерності* - заклади фізичної культури і спорту, які забезпечують підготовку спортсменів резервного спорту та спорту вищих досягнень шляхом проведення постійно діючих навчально-тренувальних зборів та участь спортсменів у відповідних змаганнях.

*Центри студентського спорту вищих навчальних закладів* - заклади фізичної культури і спорту, які забезпечують створення умов для поєднання навчання у вищому навчальному закладі та підготовки студентів, зокрема, до участі у чемпіонатах Європи та світу серед студентів з видів спорту, визнаних в Україні, Всесвітніх універсіадах.

Центри студентського спорту вищих навчальних закладів створюються та діють відповідно до положення про центр студентського спорту вищих навчальних закладів, затвердженого Кабінетом Міністрів України. Отже, вказаним нормативним актом досить детально врегульовано суспільно відносини у сфері фізичного виховання студентів.

Стан вищої фізкультурної освіти на сучасному етапі розвитку може розглядатися з двох позицій. По-перше, на фоні загальних змін, які відбуваються з вищою спортивною освітою, а по-друге, з урахуванням особливостей програмного змісту навчання фізичним вихованням. У зв'язку з розширенням ринку освітніх послуг і появою нових спортивних спеціалізацій, студентів, які відрізняються від основної маси невеликим обсягом рухової активності, виникло питання вивчення оптимальної системи навчальної діяльності, яка враховує особливості різних груп студентів. Однак, незважаючи на те, що існує досить детальне правове регулювання суспільних відносин у сфері фізичного виховання, існує ряд проблем у вказаній сфері.

Залежно від характеру проблем, які виникають перед вищою освітою, є можливим відокремити рівні вирішення державних, відомчих, регіональних і вишівських проблем. Поставлені вище проблеми у повній мірі стосуються і займають з фізичного виховання, але, вони мають ряд особливостей, що вносять певні корективи у сам процес навчання. Ці особливості зв'язані зі змістом освіти та з контингентом студентів. Реформування вищої фізкультурно-спортивної освіти протікає на фоні трьох основних процесів: фундаменталізації, гуманітаризації і демократизації [2].

Рекомендації щодо вирішення цих проблем:

По-перше, потрібно досліджувати інтереси та сфери діяльності абітурієнтів, які їм до вподоби. Склад студентів багато в чому визначає успіх усієї роботи вищого навчального закладу. По-друге, необхідно вивчати особливості

студентів, а також досліджувати ступінь сформованості їхніх навичок з метою індивідуалізації навчальної діяльності, яка зумовлює успішність і розкриття творчого потенціалу. Присутність даного параграфу пояснюється завданнями дослідження. У процесі роботи були розкриті особливості сучасної вищої освіти, досліджено соціально-психологічна та педагогічна характеристика студентів, які займаються спортом, визначено напрямки підвищення продуктивності навчального процесу, але залишається недостатньо вивченим процес формування оптимальної моделі навчальної діяльності. Подальші розробки в даному напрямі повинні проводитися з метою підвищення рівня мотивації кожного студента, посилення позицій фізичної культури та здоров'я у свідомій діяльності. Необхідно підвищувати зацікавленість студентів у їх власному здоров'ї, найвищій цінності, яка дана нам природою.

Досить детально правове регулювання фізичного виховання студентів відображено у європейських нормативних актах.

Завдання дослідження: 1) розглянути загальноєвропейські документи щодо фізичного виховання та спорту у вищій школі; 2) визначити вплив діяльності Європейського парламенту на модернізацію фізичного виховання.

Керівники більшості міжнародних організацій, асоціацій та об'єднань наголошують на значенні фізичного виховання в освіті.

Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури – UNESCO неодноразово акцентувала увагу на важливості занять молоді фізичним вихованням і спортом при здобуванні ними освіти. Метою Міжнародної хартії фізичного виховання і спорту, прийнятою UNESCO, стала координація розвитку фізичного виховання та спорту для прогресу людства [3]. У цьому документі проголошується, що кожна особа має право на доступ до фізичного виховання та спорту, необхідних для розвитку особистості. У хартії наголошено, що державні органи всіх рівнів і неурядові організації повинні сприяти розвитку фізичної культури та спорту що реалізується у прийнятті відповідних норматив-но-правових актів, забезпеченні матеріальної підтримки, а також – використанні інших засобів заохочення і стимулювання. У політиці європейських держав наголошується на інтеграційній, культурній, рекреаційній ролі фізичної культури, а також її толерантності.

Важливим суб'єктом у даній сфері суспільних відносин виступає також Європейський суд з прав людини, у практиці якого іноді попадаються рішення, пов'язанні із фізичним вихованням студентів у вузах, та негативних випадках у вказаній сфері [4].

Ще одним важливим суб'єктом правового регулювання вказаної сфери суспільних відносин є Європейська асоціація фізичного виховання.

Європейська асоціація фізичного виховання – *EUPEA (European Physical Education Association)*, вивчає досвід фізичного виховання дітей і молоді європейських країн, досліджує найбільш ефективні шляхи удосконалення системи фізичного виховання учнів і студентів, проводить консультації з провідними фахівцями цієї галузі з різних країн Європи [1].

У Бергенському комюніке конференції міністрів освіти країн-учасниць Болонського процесу наголошено на важливості розроблення Рамок кваліфікацій

для європейського простору вищої освіти стандартів якості освіти про необхідність розвитку соціального виміру вищої освіти, тобто надання рівного доступу до освіти представникам усіх соціальних груп, у тому числі, студентам з обмеженими можливостями. Дослідження діяльності університетів Польщі засвідчує, що заняття для студентів із особливими потребами проводяться в межах обов'язкових занять із фізичного виховання і факультативних занять оздоровчої спрямованості. Викладачами польських вишів розробляються спеціальні авторські програми для цієї категорії студентів, залежно від матеріальної бази того чи іншого вишу. Міжнародна федерація студентського спорту (FISU) є організатором міжнародних змагань, універсіад, студентських світових та європейських чемпіонатів, спортивних фестивалів і різних спортивних змагань державного та регіонального рівнів [4].

Європейською комісією у 2011 р. схвалено комюніке для Ради ЄС і Європарламенту “Розвиток європейського виміру в спорті”. У цьому документі зроблено акцент на соціальну роль спорту, зокрема – на зміцнення здоров'я населення за рахунок фізичної активності, підвищення ролі спорту в освіті, соціальну інтеграцію, боротьбу з расизмом, волонтерську діяльність тощо.

Таким чином, аналіз документів Європейського парламенту засвідчив наявність ефективних кроків у напрямку модернізації фізичного виховання і спорту стосовно вищої школи, які спрямовані на поєднання в раціональних пропорціях розумових і фізичних занять та визначення форм реалізації фізичного виховання і спорту в університетській освіті країн Європейського Союзу. Активізується увага до фізичного виховання студентів з обмеженими можливостями. Міжнародні конвенції, матеріали Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (UNESCO), результати програми Ради Європи EYES – 2004, комюніке конференції міністрів освіти країн-учасниць Болонського процесу, Резолюції Європейського Парламенту “Про роль спорту у сфері освіти”, “Розвиток європейського виміру в спорті” та інші європейські ініціативи є актуальними для України, оскільки її освітня політика спрямована на інтеграцію до європейського простору вищої освіти.

Перспективи подальших досліджень передбачають оглядові та порівняльні дослідження проблеми якості організації фізичного виховання студентів університетського спорту у західноєвропейських вишах [2].

З огляду на вищевикладене, варто вивчати європейську законодавчу базу розвитку спорту, правове регулювання фізичного виховання студентів, розвиток нових напрямів такого виховання, уніфікацію українських та європейських методів фізичного (спортивного) виховання студентів.

### **Література**

1. Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теорія і методика фізичного виховання і спорту: Навч. посіб. - М.: Академія, 2014.– 292 с.
2. Чермен К.Д. Теорія і методика фізичної культури: опорні схеми: навч. посіб. - М.: Радянський спорт, 2015.– 99 с.
3. Карпюк Р.П. Вище фізичне виховання / За ред. В. І. Мудріка. – К.: Педагогічна думка, 2013. – 192 с.
4. Приступа Є., Приступа Т., Болях Е. Закономірності розвитку параолімпійського спорту інвалідів // Спортивна наука України. – 2006. - № 2 (3). – С. 18-23.

**Печко О.М., Дудоров О.М.**

Чернігівський національний технологічний університет

## **ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СПОРТУ ІНВАЛІДІВ І ЇХ ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ**

На даний час однією з найважливіших проблем в Україні та за її межами є інвалідизація. З одного боку, за своєю масштабністю, з іншого, як індикатор “гуманності” суспільства. Загальне поширення має точка зору, відповідно до якої турбота суспільства про своїх співгромадян-інвалідів є мірилом його культурного і соціального розвитку.

Існують відомості, що спорт інвалідів часто ототожнюють із лікувальною фізичною культурою, фізичною реабілітацією, адаптивним фізичним вихованням. Проте, для спорту інвалідів, на відміну від зазначених соціально значущих галузей, властивою є специфічна змагальна діяльність, що власне, у відповідності із особливостями спорту в цілому, виступає його системоутворюючим фактором. Отже, метою спорту інвалідів є соціалізація інвалідів, задоволення їхніх потреб як членів суспільства у самоактуалізації та реалізації своїх можливостей в умовах змагальної діяльності. Спорт інвалідів як соціально значуща галузь, передбачає можливість досягнення зазначеної мети на різних результативних рівнях – як загальне оздоровлення, подолання невпевненості у власних силах і перемога над своєю “неповносправністю”, так і досягнення максимального спортивного результату, встановлення рекорду, демонстрація найвищих людських можливостей.

Серед основних принципів спорту інвалідів варто, на наш погляд, розглядати загальні принципи – гуманістичності, соціалізації, оздоровчої та реабілітаційної спрямованості; дидактичні принципи – принцип свідомості та активності, принцип наочності, принцип доступності та індивідуалізації, принцип систематичності та безперервності; а також специфічно-спортивні принципи – принцип спрямованості до вищих досягнень та принцип нозологічної детермінованості структури змагальної діяльності та підготовки спортсменів.

Так, принцип гуманістичності спорту інвалідів передбачає визнання цінності кожної окремої особи незалежно від ступеня фізичних чи інтелектуальних порушень, поваги до її вибору та бажань, створення рівноправних умов для занять спортом, розкриття усіх особистих можливостей.

Принцип соціалізації передбачає спрямованість спорту інвалідів на створення підґрунтя для набуття соціального досвіду, включення до суспільного життя, професійного навчання і перенавчання, можливості соціально корисної трудової діяльності, матеріального забезпечення тощо.

Принцип оздоровчої та реабілітаційної спрямованості спорту інвалідів передбачає переважну орієнтацію діяльності не лише і не стільки на досягнення

максимально можливого результату (детерміноване не лише ефективністю методики підготовки, талантом і працездатністю, а, перш за все, рівнем збереження можливостей організму), а на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних якостей, компенсацію недостатньо розвинених, порушених або втрачених функцій, адаптацію до зовнішніх умов, активізацію адаптаційних і компенсаторних процесів, покращання якості життя [2].

На жаль, у сучасному спорті інвалідів цей принцип реалізується не у повній мірі. Наприклад, в Україні, яка за темпами розвитку національного паралімпійського руху (за показниками результативності участі у Параолімпійських іграх), визнана одним із світових лідерів, у системі центрів "Інваспорт" спортом займаються менш, ніж 2% інвалідів, тобто понад 98% інвалідів не охоплено спортивно-оздоровчою діяльністю [4].

Методичні принципи спорту інвалідів – принцип свідомості та активності, принцип наочності, принцип доступності та індивідуалізації, принцип систематичності та безперервності – змістовно віддзеркалюють відповідні принципи фізичного виховання, адаптивного фізичного виховання, адаптивної фізичної культури.

Варто відзначити, що реалізація загальнометодичних принципів спорту інвалідів має яскраво виражений нозологічно детермінований характер. Наприклад, реалізація принципу свідомості і активності може ускладнюватися нозологічними особливостями спортсменів з вадами інтелекту. Реалізація принципу наочності у спортивних заняттях серед спортсменів з вадами слуху та вадами зору передбачає використання специфічних способів демонстрації [3].

Відомо, що наочність для спортсменів з вадами слуху обумовлюється обмеженістю сприйняття через відсутність слухових відчуттів, обмеженості тактильно-мовного спілкування і пояснення тощо, і компенсація порушень слуху відбувається за рахунок зорових, тактильних та кінестетичних сприйнять. Для спортсменів з вадами зору (що він забезпечує 80% інформації у звичайних умовах) принцип наочності реалізується через використання залишкового зору, слуху, тактильних та кінестетичних сприйнять, спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату – комплексним використанням сенсорних систем за винятком нозологічно обумовлених обмежень.

Реалізація принципу систематичності та безперервності передбачає, з одного боку, забезпечення спадкоємності тренувальних ефектів, забезпечення цілісності та нерозривності процесу спортивної підготовки, а з іншого боку створення можливості і необхідності спортивних занять протягом всього життя, досягнення та підтримання оптимального рівня рухової активності. Так, одним із концептуальних положень Спеціальних Олімпіад є саме забезпечення цілорічного тренування та участі у змаганнях.

Специфічно-спортивні принципи – принцип спрямованості до вищих досягнень та принцип нозологічної детермінованості структури змагальної діяльності та підготовки спортсменів.

Принцип спрямованості до вищих досягнень реалізується у повній відповідності із аналогічним принципом системи підготовки спортсменів у олімпійському спорті у межах двох структурних складових спорту інвалідів –

параолімпійському та дефлімпійському. Вершиною паралімпійського спорту є Параолімпійські ігри, де спортсмени демонструють без перебільшення видатні досягнення, де в останні роки відзначається значне загострення конкурентної боротьби, зростає кількість країн, представники котрих виборюють параолімпійські нагороди, досягають значних результатів команди, що раніше не мали їх, відбувається зміна лідерів у неофіційному командному заліку. Подібні тенденції спостерігаються і у Дефлімпійських іграх. Слід відзначити, що механістична реалізація принципу спрямованості до вищих досягнень у спорті інвалідів спричиняє до виникнення у ньому проблем, до яких належать зміщення пріоритетів з реабілітаційної та адаптивної спрямованості на встановлення рекордів та завоювання медалей, морально-етичних проблем класифікації, вживання допінгів тощо. З іншого боку, у Всесвітніх іграх Спеціальних Олімпіад принцип спрямованості до вищих досягнень реалізується індивідуально для кожного спортсмена, якому створюються умови для максимальної самореалізації [1].

Отже можна зробити висновок, що дотримання основних принципів спорту інвалідів, передбачає відповідну модифікацію засобів і методів підготовки спортсменів-інвалідів, реалізацію усіх складових системи підготовки спортсменів та тенденції до хвилеподібності та варіативності навантажень, циклічності процесу підготовки, єдності та взаємозв'язку тренувального процесу та змагальної діяльності із позатренувальними факторами, взаємообумовленості ефективності тренувального процесу і профілактики травматизму.

#### Література

1. Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів у міжнародному спортивному русі. – Львів: Край, 2006. – 346с.
2. Григоренко В.Г. Теория и методика физического воспитания инвалидов. – Одесса: ОГПУ им. К.Д. Ушинского, 1991. – 182 с.
3. Історичні, організаційні та соціальні аспекти розвитку спорту інвалідів: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фіз. вих. і спорту / С.Ф. Матвеев, Ю.А. Бріскін, І.О. Когут та ін. – К.: Асконіт, 2011. – 250 с
4. “Инваспорт” в цифрах и фактах / Государственный комитет Украины по физической культуре и спорту. - К., 1997. – 25 с.

**Плахтій Д.П.<sup>1</sup>, Плахтій М.П.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Подільський державний аграрно-технічний університет

<sup>2</sup>Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

## РУХОВА АКТИВНІСТЬ І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ

Збільшення тривалості життя людини в процесі філогенезу є перш за все наслідком науково-технічного прогресу, зокрема в області медичних і біологічних наук. Так, тривалість життя людини у первісному суспільстві складала 20-25 років, у мідному, бронзовому і залізному віках – 30, сьогодні – близько 70 років. Середня тривалість життя чоловіків у Японії – 76,5 років, жінок – 81,6 роки, в нашій країні чоловіки живуть менше 60 років, жінки – менше 70 років.

Метою роботи було теоретичне дослідження проблеми пов'язаної з впливом рухової активності на рівень здоров'я і тривалість життя людини.

З давніх-давен існує думка про те, що втома і пов'язана з нею рухова активність, шкідливі для організму. Цю точку зору підтримував відомий фізіолог першої половини ХХ ст. М. Рубнер. Досліджуючи собак різних порід, серед яких були карлики вагою 5 кг і гіганти вагою більше 40 кг, вчений виявив, що у великих тварин інтенсивність обміну речовин і напруженість функціонування вегетативних органів менша, ніж у малих. Тривалість життя великих тварин більша, ніж малих. Враховуючи цю закономірність і виходячи з положення про те, що кожній людині (тварині) "відпущено" природою на життя чітко визначена кількість енергії, М. Рубнер зробив помилковий висновок – тривалість життя організму являє собою функцію інтенсивності обміну речовин і енергії.

Згідно з цією концепцією всі види тварин (ссавців) можуть витратити упродовж всього життя близько 1916000 ккал енергії на 1 кг маси тіла. Потенціальний запас життєвої енергії для людини за Рубнером - 720000 ккал на 1 кг маси тіла. Отже, при енерговитратах 2000 кілокалорій на добу тривалість життя людини складатиме 69 років (720000 ккал 70 кг = 50400000 ккал; 50400000 : 2000 = 25200 діб або 69 років).

Відмічена величина енерговитрат запрограмована в генах і передається спадково. Успадковану організмом життєву енергію основоположник вчення про стрес Г. Сельє порівнює з банківськими заощадженнями, які можна вичерпати, але не можна збільшити; кожна стресова реакція, особливо у стадії виснаження, обумовлюючи зношення організму, наближає його до старості і смерті. Отже, згідно концепції Рубнера, щоб довше прожити, необхідно менше втомлюватися, витрачаючи на фізичну роботу менше енергії.

Розмірковуючи над проблемою рухової активності і тривалості життя людини знаменитий філософ І. Кант, ще в 1798 році стверджував, що однією з причин захворювань і скорочення тривалості життя є лінь і гіподинамія: "Постіль – це місце в якому зосереджене значна кількість хворіб" [3, с. 103].

Спростовуючи біологічну концепцію Рубнера про залежність тривалості життя від величини енерговитрат, І. Аршавський [1, с. 18] приводить дані тривалості життя таких звірів-родичів як кріль та заєць, кінь та корова, пацюк і білка, звичайна миша та летюча миша. При однакових лінійних розмірах, однакової масі тіла, тривалість життя згаданих тварин досить різна (табл. 1).

Таблиця 1

Фізична активність, стан серця і тривалість життя тварин різних видів

Тварини	ЧСС ск/хв	Маса серця щодо маси тіла, %	Тривалість життя, літ
Кролик	250	0.3	5
Заєць	140	0.9	15
Миша	-	0.7	2
Летюча миша	-	0.9	20-30
Щур	450	0.3	2.5
Білка	150	0.8	15
Корова	75	0.5	20-25
Кінь	35-45	0.7	40-45

Ці протиріччя в енергетичному правилі Рубнера І. Аршавський пояснює “енергетичним правилом скелетних м’язів”, згідно якого більш висока рухова активність є основним чинником активізації процесів анаболізму (позитивного енергобалансу). Після інтенсивної фізичної роботи спостерігається не просте відновлення енергії до початкового (передробочого) рівня, а відбувається зверхвідновлення енергосубстратів (суперкомпенсація). Збільшене накопичення запасів енергії лежить в основі збільшення обсягу функціональних резервів органів та систем організму, обумовлюючи, таким чином, більш високу продуктивність діяльності і більшу тривалість життя [5, с. 146].

Людина може жити близько 100-120 років. Такою тривалість життя буде тоді, коли лікарі зможуть більш успішно лікувати хворих на серцево-судинні та ракові захворювання. Сьогодні ж прогрес в цій області помітно уповільнюється. В середньому для одного року приросту тривалості життя необхідно близько 10 років прогресу суспільства.

Існує три основних реальних шляхи збільшення тривалості життя: соціально-економічні перетворення, спрямовані на покращення умов життя; боротьба з хворобами та несприятливими чинниками довкілля; активне втручання в процеси старіння і направлена їх зміна перш за все на молекулярно-генетичному рівні.

Важливим чинником збільшення тривалості життя та зміцнення здоров’я є заняття фізичними вправами. Раніше вважалось, що, не змінюючи саму тривалість життя, фізична культура тільки допомагає людині досягти її без втрат. Сьогодні доведено: оптимальна за величиною рухова активність може підняти саму межу тривалості життя. Ця залежність тривалості життя від рівня рухової активності генетично обумовлена і є специфічною видовою особливістю організму.

Систематичні фізичні тренування, розпочаті в ранньому віці, сприяють продовженню життя піддослідних тварин на 20-25% зверх їх видової біологічної межі. Проведені І. Мудровим [4] дослідження на лабораторних тваринах одного приплоду показали, що тривалість життя пацюків дослідної групи (з моменту обмеження рухової активності) в середньому становила 82,2 доби, тварини контрольної групи жили 529 днів [4, с. 98]. Отже, гіпокінезія скоротила тривалість життя піддослідних тварин більш ніж у шість разів.

Одним із механізмів цього є викликана фізичним тренуванням економічність діяльності органів і систем організму [2, с. 136]. Так, при однаковій масі тіла і розмірах малорухливі кролики мають ритм серця близько 250 ск/хв і живуть 4-5 років; ЧСС зайця 70-80 ск/хв, а тривалість життя - 10-12 років (табл. 1). Значно менше своїх вільних родичів, живуть циркові тварини, тварини в зоопарках живуть 50-60 років, а на волі - 150 років і більше.

Практичні дані щодо фізичної активності, стану серця і активності життя характерні не лише для тварин різних видів, вони проявляються і щодо тварин одного виду. П’ятимісячні фізичні тренування кроликів з місячного віку сприяли зменшенню енерговитрат в стані спокою на 30%, у два рази зменшилася частота дихання, значно економніше стало працювати серце. Натреновані кролики набули ознак, які властиві зайцям [2, с. 170]. Аналогічні зміни функції окремих



органів і систем, а особливо білкового метаболізму саркоплазми м'язів були виявлені нами і при тренуванні пацюків [5, с. 187-189].

Щодо впливу великого спорту на тривалість життя рекордсменів світу міркування вчених неоднозначні. Загальноприйнятою сьогодні є точка зору про те, що спорт і пов'язані з ним великі фізичні навантаження не сприяють реалізації генетично запрограмованої тривалості життя. Аналізуючи цю проблему, необхідно враховувати той факт, що сам по собі чинник величини фізичного навантаження при цьому не є визначальним, головне – відповідність величини навантажень рівню підготовленості конкретної особи. Окрім того, істотними чинниками, які впливають на тривалість життя спортсменів високої кваліфікації, є психоемоційні переживання, конфліктні ситуації, які постійно виникають в процесі підготовки до змагань, на самих змаганнях і після змагань. Важливими причинами негативного впливу великого спорту на стан здоров'я та тривалість життя спортсменів є нехтування педагогічними принципами тренування в zenіті спортивної слави, порушення режиму праці (тренування) та відпочинку спортсменів у наступні після занять великим спортом, роки.

Для попередження передчасного старіння і забезпечення фізіологічно повноцінного довголіття необхідно так організувати фізичне тренування людини, щоб досягти у дорослому віці економної роботи серця (50-60 сек/хв) і легень (8-10 за хв). Зрозуміло, без систематичних тренувань досягнути цього у молодому віці неможливо. Окрім того, слід пам'ятати, що позитивний ефект спортивних занять у молодому віці короткотривалий, і, щоб підтримувати здоров'я на належному рівні, необхідно продовжувати посильні фізичні тренування упродовж всього життя [1, с. 8].

Таким чином, фізичні вправи є могутнім чинником адаптації людини до дії самих різноманітних подразників довкілля. Особливо висока ефективність фізичних вправ, як профілактичного засобу на етапах неспецифічних змін в організмі, дисинхронізмів, перенапруги. Зберігати енергію, жити в режимі гіподинамії, значить позбутися її взагалі, адже життєва енергія – це не просто наявність енергосубстратів в організмі, це перш за все спроможність організму до їх відновлення. Без витрат немає відновлення, а отже, не відбувається і вдосконалення механізмів нейро-гормональної регуляції функцій, не зростають резерви загальної і специфічної реактивності, не розвивається загальна і спеціальна працездатність.

### Література

1. Амосов М.М. Роздуми про здоров'я. – Київ: Здоров'я, 1989. – 62 с.
2. Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. – М.: Наука, 1982. – 282с.
3. Кант И. Трактаты и письма. Изд. Наука. - М.: – 1980р. – С. 303
4. Мудров И.В. Оздоровительные эффекты физической культуры и спорта. – К.: Здоровье, 1989. – 272с.
5. Плахтій П.Д. Зміни рівня концентрації білків саркоплазми м'язів лабораторних тварин в умовах фізичних навантажень. // Збірник за підсумками наукової конференції викладачів і аспірантів. – Т. 2. – Кам'янець-Подільський, 2006. – С. 187-189.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕТОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ У ДЕТЕЙ 11-12 ЛЕТ

Нормальной стопе присущи основные функции: рессорная — способность к упругому распластыванию под действием нагрузки; балансирующая — участие в регуляции позы активности при стоянии и ходьбе; толчковая — сообщение ускорения центру тяжести тела при движении.

Реализация этих функций обеспечивается за счет сводов стопы (рис. 1).

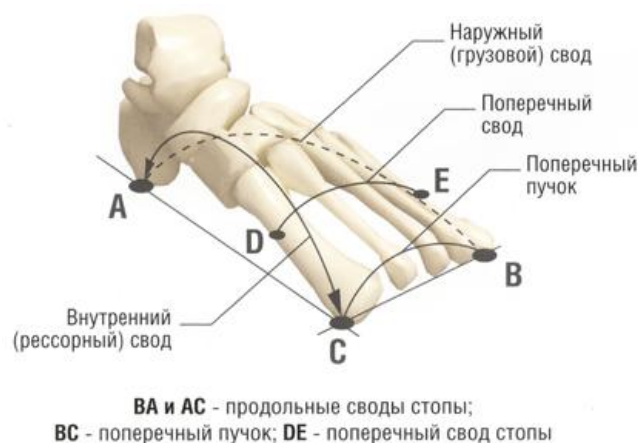


Рис. 1. Своды стопы

При слабой выраженности сводов или при их сглаживании стопа становится плоской, что влечет за собой существенное нарушение ее функций. Вопросам диагностики и лечения плоскостопия посвящено большое количество работ, в которых в качестве ведущего корригирующего фактора выступают мероприятия, направленные на повышение силы мышц голени, укрепление мышечно-связочного аппарата стопы и коррекцию осей нижних конечностей. Это определяет важную роль кинетотерапии в восстановительном лечении, направленном на коррекцию дисфункции мышечно-связочного аппарата стопы [1; 2; 3; 4].

Выявлению особенностей физического развития и нарушений ОДА у школьников был посвящен институциональный проект “Современные тенденции профилактики и реабилитации нарушений опорно-двигательного аппарата у детей школьного возраста посредством применения методов физического воспитания и соблюдения здорового образа жизни”, реализованный в 2011-2014 гг. В проекте были задействованы 14 школ Республики Молдова, обследованы более 2 тыс. учащихся. В ходе реализации проекта нарушения стоп (увеличение и уплощение сводов, варусные и вальгусные отклонения) были отмечены у значительного количества учащихся общеобразовательных школ (от 13,3 до 54,4%) [5].

*Цель исследования:* Выявление нарушений стоп у учеников спортивной школы, разработка кинетотерапевтической программы, направленной на коррекцию и профилактику прогрессирования плоскостопия и выявление ее эффективности.

**Задачи исследования:** апробировать комплекс диагностических методик по выявлению плоскостопия; выявить основные методы кинетотерапии, направленные на укрепление мышечно-связочного аппарата стопы и голени; разработать программу комплексной физической реабилитации при плоскостопии; проанализировать динамику изменения состояния сводов стопы участников исследования в результате применения разработанной программы.

Исследование проводилось на базе Спортивного лицея № 3 г. Кишинева в период с октября 2013 по май 2014 г. Объектом исследования являлся процесс профилактики и реабилитации плоскостопия у учеников 11-12 лет при помощи разработанной кинетотерапевтической программы.

Комплекс диагностических методик оценки функционального состояния пациентов включал:

- **Общее обследование:** анамнез, осмотр стоп, наличие жалоб и болей, их локализация и время появления, интенсивность и продолжительность; утомляемость при физической нагрузке; нарушение походки.

- **Специальное обследование:**

- **Тест на статическую балансировку.** Методика проведения: встать на ровную поверхность без обуви на одну ногу. Вторую ногу согнуть в колене, руки вытянуть вдоль туловища. Определяется время, которое пациент может продержаться на одной ноге без сильных раскачиваний.

- **Оценка состояния стопы по методу Фридлянда.** Рассчитывали соотношение  $B \times 100/D$ , где В - высота стопы, D - длина стопы. Интерпретация результатов: 31-29 мм - нормальная стопа, 29-25 мм - плоская стопа или понижение свода, < 25мм - резко выраженное продольное плоскостопие.

- **Тест на стабильность сводов стопы Очерт А.А.** Сесть на стул так, чтобы нога стояла на полу строго вертикально. На ладьевидной кости маркером отметить точку. В положении сидя, без нагрузки на стопу измерить высоту свода - от пола до отмеченной точки, вертикально удерживая линейку. Затем, не меняя положения стопы, встать. Снова измеряется высота свода. Определяется разница между высотой свода без нагрузки и в положении стоя. Изменение этой высоты более чем на 3-4 миллиметра говорит о слабости и нестабильности сводов из-за недостаточности связочного и мышечного аппаратов.

- **Анализ плантограмм по Чижину** (рис. 2).

Индекс Чижина равен соотношению отрезков БВ и АВ:

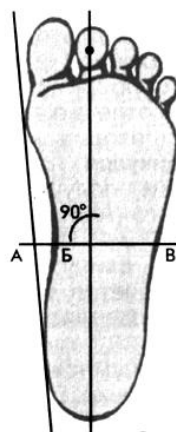
$$ИЧ = \frac{БВ}{АВ}$$

Заключение: ИЧ равен

0-1 – нормальная стопа;

1-2 – уплощение стопы;

2 и более – значительное уплощение стопы.



$$БВ=5, АВ=0,75 \quad ИЧ = \frac{5}{0,75} = 6,67$$

Заключение: значительное уплощение стопы

Рис. 2. Методика определения индекса Чижина

### Содержание реабилитационной программы:

- комплексы лечебной гимнастики для вводной и основной части курса, утренней гигиенической гимнастики и для самостоятельных занятий с включением специальных упражнений для мышц голеней, стоп, голеностопного сустава динамического и изометрического характера, координационных упражнений на балансировочной подушке, техник ПНП, элементов самомассажа, закаливания, а также применения специальных стелек.

На начальном этапе исследования был произведен первичный осмотр и опрос всех учащихся 5-Б класса (n=25) с целью выявления нарушений стоп, осей нижних конечностей и осанки, результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты первичного опроса и осмотра (n=25)

№	Вопросы	Количество положительных ответов	Вид спорта	%
1	Боли в стопах, коленях, спине.	6	- легкая атлетика (3), - футбол (1), - баскетбол (2)	24,0
2	Отклонение осей конечностей	4	- футбол (2), - баскетбол (2)	16,0
3	Износ обуви по внутреннему краю	5	- легкая атлетика (2), - футбол (1), - баскетбол (2)	20,0
4	Отечность ног после нагрузок	3	- легкая атлетика (1), - футбол (1), - волейбол (2)	12,0
5	Натоптыши в области поперечного свода	3	- легкая атлетика (2), - баскетбол (1)	12,0
6	Трудности с подбором обуви	2	- футбол (2)	8,0

Выяснили, что симптомы нарушений стоп чаще встречаются у детей, специализирующихся в занятиях легкой атлетикой и игровыми видами спорта.

В результате анализа полученных результатов в состав группы для дальнейшего участия в исследовании были включены 9 учеников (36,0%), у которых было выявлено от 1 до 3 симптомов. Для более детальной оценки состояния стоп провели специальное функциональное тестирование, затем в течении трех месяцев проводились занятия по разработанной реабилитационной программе. Результаты первичного и вторичного специального тестирования приведены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты специального тестирования стоп (n=9)

Тестирование	Исследование		t	P
	1	2		
Индекс Чижина	1,47±0,019	1,2±0,018	0,003	<0,05
Индекс Фридлянда	29,7±0,36	30,9±0,32	1,1	<0,05
Тест на стабильность стоп Очерт, (Δ h, мм)	3,9±0,002	3,1±0,001	0,4	<0,05
Тест на статическую балансировку(сек)	30,6±0,024	41,5±0,028	1,8	<0,05

Из табл. 2 следует, что при первичном тестировании индекс Чижина составлял от 1,1 до 2,0, в среднем 1,47, что соответствует уплощению стопы. При вторичном тестировании отметили уменьшение индекса Чижина - 1,0-1,7, в среднем – 1,2.

При первичном тестировании индекс Фридлянда составлял от 26,1 до 29,8, в среднем 29,72, что соответствует умеренному плоскостопию. При вторичном тестировании отметили увеличение индекса Фридлянда - от 27,0 до 30,0, в среднем – 30,9.

При первичном тестировании показатель высоты свода в положении сидя составлял в среднем 39,2 мм, а в положении стоя- 35,3 мм. Разница между этими показателями- 3,9 мм свидетельствует о существенной слабости связочного и мышечного аппарата стоп. При вторичном тестировании мы отметили уменьшение исследуемого параметра до 3,1 мм (высота свода в положении сидя 40,1 мм, стоя- 37,0 мм). Сделали вывод, что примененная нами программа способствовала улучшению выраженности сводов стопы.

Результаты исследования длительности удержания равновесия, стоя на одной ноге свидетельствуют, что на начальном этапе исследования участники смогли удержаться в тестируемом положении от 25,2 до 35,4 секунд, в среднем 30,6 секунд. После реализации реабилитационной программы этот показатель увеличился в среднем до 41,5 секунд. Сделали вывод, что разработанная программа оказала положительное влияние на продолжительность выполнения тестового упражнения, что косвенно отражает состояние мышечно-связочного аппарата стоп детей.

В заключение следует отметить, что стопа – это фундамент, опора тела, и любое ее нарушение может отразиться на здоровье ребёнка, его осанке и походке. Поэтому профилактике возникновения плоскостопия и его коррекции нужно уделять отдельное внимание. Своевременно начатое лечение позволит избавиться от многих проблем и плохого самочувствия в будущем. В коррекции различных видов плоскостопия преобладают функциональные методы лечения, среди которых кинетотерапия занимает ведущее место.

Проведенное исследование позволило сделать следующие *выводы*:

1. Нарушения стоп в школьном возрасте выявляются в диапазоне от 13,3 до 54,4% случаев, в том числе у участников исследования, являющихся учениками спортивного лица - 36%.

2. Разработанная реабилитационная программа для детей 11-12 лет способствовала снижению индекса Чижина с 1,47 до 1,2 и повышению индекса Фридлянда с 29,72 до 30,9.

3. В ходе реализации реабилитационной программы были улучшены такие показатели, как стабильность сводов стопы и способность к статической балансировке.

### **Литература**

1. Джумок А.А. Диагностика плоскостопия и проблема его коррекции у детей 9-10 лет, занимающихся большим теннисом // Ученые записки ун-та имени П.Ф. Лесгафта. – СПб., 2012. - № 11. – С. 24-28.

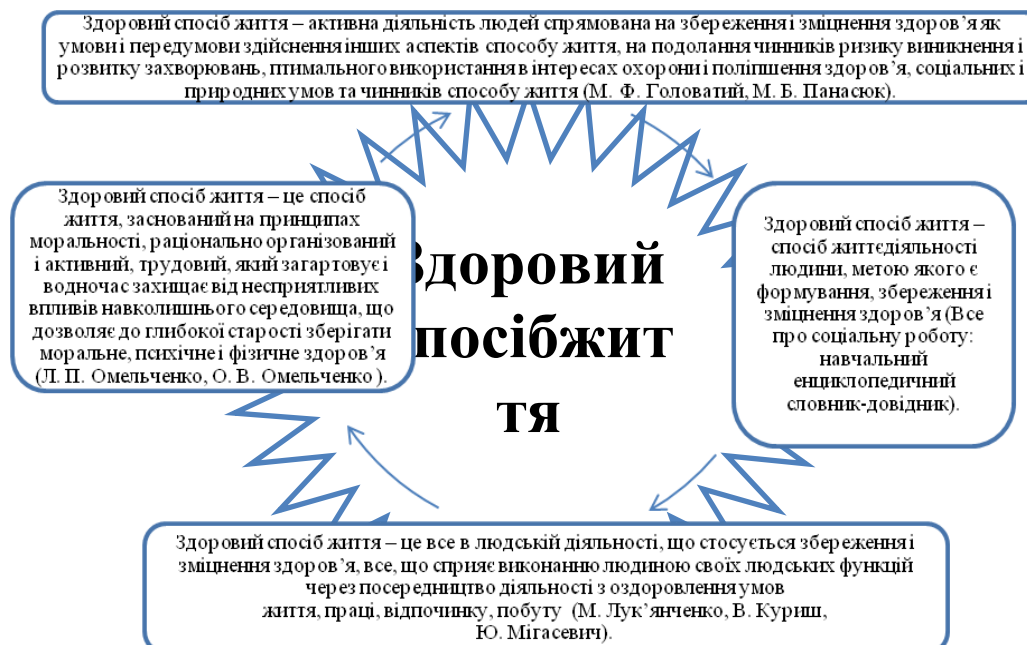
2. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. и др. Ортопедия. Краткое руководство для врачей. - СПб.: Гиппократ, 2001. - 368 с.
3. Красикова А.С. Профилактика и лечение плоскостопия. - М., 2002. -128 с.
4. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. – Минск: Наука и механика, 1978. – 509 с.
5. Zavalîșca A., Manolachi V., Demcenco P., Racu S., Caun E., Carp I., Pogorlețchi A., Rîșneac E., Zapanovici N. Monitorizarea dezvoltării fizice și pregătirii motorice a elevilor din școlile Republicii Moldova la etapa actuală. - Ch.: Pontos, 2014. - 130 p. (Tipogr., “Europress”).

**Прима А.В.**

Національний педагогічний університет  
імені М.П. Драгоманова

## ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ ФІТНЕС-ТРЕНЕРІВ ДО КУЛЬТИВУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

У сучасний період значна увага приділяється проблемі здоров'я, яка входить в число пріоритетних завдань соціального розвитку країни та обумовлює актуальність, необхідність проведення наукових досліджень і вироблення методичних і організаційних підходів до збереження і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя.



*Рис. 1. Визначення поняття “здоровий спосіб життя”*

Об’єктивна реальність не залишила ніяких сумнівів в тому, що існування цивілізації, а також майбутнє самої людини залежать від рішення найважливішої соціальної задачі сучасного суспільства – збереження здоров’я людини. Соціально-економічні і політичні перетворення у державі, формування загальнопланетарної цивілізації, глобалізація світових процесів, екологічні проблеми ведуть до цілого ряду невирішених проблем і негативно відбиваються на здоров’ї людей.

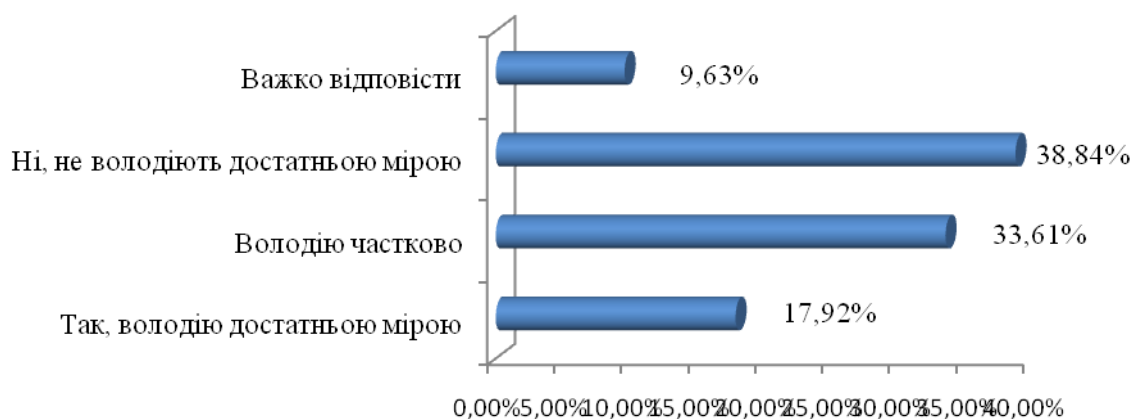
Це відбувається при зниженні “якості життя” на тлі збільшення вимог до рівня підготовки фахівців, посилення інтенсифікації навчального процесу в умовах інноваційних перетворень вищої професійної освіти.

З позицій сьогодення значну увагу приділяють професійній підготовці майбутніх фітнес-тренерів у вищих навчальних закладах, головною метою якої, як стверджує М. Василенко, є “забезпечення ринку праці конкурентоспроможними фахівцями. Особливо це актуально для сучасної сфери фізичної культури й спорту, для якої характерні високий динамізм ринку праці та поява нових професій (такий як фітнес-тренер). У професійному середовищі обговорюють проблему нестачі кваліфікованих кадрів – фітнес-тренерів та наголошують на невідповідності компетенцій фізкультурних кадрів реаліями практики. У зв’язку із цим доцільно конкретизувати вимоги роботодавців до майбутніх фітнес-тренерів” [1, с. 119].

Поняття “фітнес”, як наголошується у навчальному посібнику “Фізкультурно-оздоровчі технології формування фітнес-культури студентів”, під редакцією Ю. Усачова, з позицій сьогодення використовується досить широко в різних випадках: загальний фітнес як оптимальна якість життя, що включає соціальні, інтелектуальні, моральні і фізичні компоненти, асоціюючись з уявленнями про здоров’я і здоровий спосіб життя; фізичний фітнес, як оптимальний стан показників здоров’я, що дають можливість мати високу якість життя, корелюючи з рівнем фізичної підготовленості. В цьому випадку наводяться наступні похідні цього поняття: оздоровчий фітнес, мета якого – досягнення і підтримка фізичного благополуччя і зниження ризику розвитку захворювань (серцево-судинної системи, обміну речовин та ін.); фітнес як рухова активність спеціально організована у рамках фітнес-програм; атлетичний фітнес, сприяючий досягненню спеціальних морфофункціональних кондицій для успішного виступу на змаганнях; спортивно-орієнтований або руховий фітнес, спрямований на розвиток здатності до рішення спортивних завдань на досить високому рівні [5, с. 25].

О. Сайкіна трактує поняття “фітнес-технології” як сукупність наукових способів, кроків, прийомів, сформованих в певний алгоритм дій, що реалізовується певним чином в інтересах підвищення ефективності оздоровчого процесу, забезпечує гарантоване досягнення результату, на основі вільного, усвідомленого і мотивованого вибору зайняття фізичними вправами з використанням інноваційних засобів, методів, організаційних форм зайняття, сучасного інвентаря і устаткування [4, с. 157].

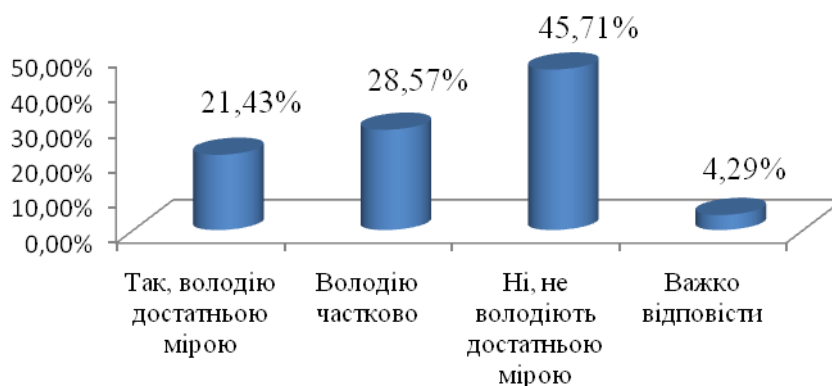
Нами було проведено анкетування 67 майбутніх фітнес-тренерів, які навчаються у Національному педагогічному університеті імені М.П. Драгоманова. Позитивним з опитування студентів, на нашу думку, є те, що 17,92% студентів володіють достатньою мірою знаннями щодо вимог до місця занять, інвентарю та обладнання для проведення занять з фітнесу, 33,61% частково володіють, 38,84% опитаних студентів не володіють достатньою мірою, 9,63% респондентам важко відповісти.



*Рис. 1. Результати анкетування майбутніх фітнес-тренерів щодо їх володіння знаннями щодо вимог до місця занять, інвентарю та обладнання для проведення занять з фітнесу*

На основі теоретичного аналізу навчально-методичної літератури, зокрема навчального посібника “Фізкультурно-оздоровчі технології формування фітнескультури студентів” під редакцією Ю. Усачова, зазначимо, що поряд з поняттям “фітнес” використовують і поняття “фітнес-технології”, яке трактується як “процес використання різноманітних засобів фізичного виховання з оздоровчою метою та наукова дисципліна, яка в результаті виявлення педагогічних і психофізіологічних закономірностей розробляє і удосконалює основи методики фізкультурно-оздоровчого зайняття” [5, с. 31].

Не значна частина опитаних студентів, а саме 21,43% володіють достатньою мірою знаннями щодо методів професійної діяльності фітнес-тренерів, частково володіють 45,71%, не володіють достатньою мірою – 28,57%, відповідь “важко відповісти” обрало 4,29% респондентів.



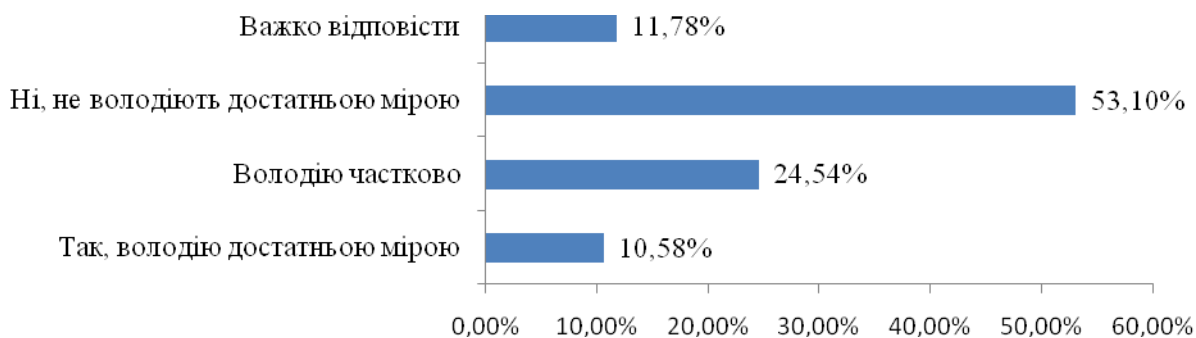
*Рис. 2. Результати анкетування майбутніх фітнес-тренерів щодо їх володіння знаннями щодо методів професійної діяльності фітнес-тренерів*

О. Кібальник розглядає поняття “фітнес-технології” як “системне поняття, що є синтезом сучасних науково обґрунтованих фізкультурно-оздоровчих засобів, що застосовуються у фітнесі та новітніх психолого-педагогічних підходах у методиці побудови та проведення занять з урахуванням статевих і вікових особливостей учнів та їх мотиваційних пріоритетів” [3, с. 43]. Дослідниця наголошує на тому, що “особливість фітнес-технології полягає в можливості її



використання на більш широкому контингенті ніж, наприклад фітнес-програма, що розробляється під конкретну людину або групу людей” [3, с. 43].

Результати анкетування студентів свідчать про те, що 10,58% респондентів повністю володіють знаннями щодо методики контролю та самоконтролю у процесі занять фітнесом, 24,54% респондентів частково володіють, 53,10 не володіють достатньою мірою, а 11,78% було важко відповісти на це запитання.



*Рис. 3. Результати анкетування майбутніх фітнес-тренерів щодо їх володіння знаннями щодо методики контролю та самоконтролю у процесі занять фітнесом*

О. Завальнюк трактує поняття “фітнес-індустрія” як “сферу діяльності, а також сектор економіки, що включає в себе розроблення, виробництво та реалізацію товарів і послуг, зорієнтованих на досягнення здоров’я та підтримку загальної фізичної форми” [2, с. 130]. Нам особливо імпонує це визначення поняття “фітнес-індустрія”.

Формування готовності майбутніх фітнес-тренерів до професійної діяльності у фітнес-індустрії є цілісним процесом, який здійснюється у вищих навчальних закладах з метою отримання студентами кваліфікації відповідно до освітніх ступенів “бакалавр” і “магістр”, що дозволить їм ефективно надавати послуги, зорієнтовані на застосовування засобів фітнесу з метою оздоровлення громадян, ефективного розвитку їх рухових здібностей при проведенні спеціально організованих фітнес-програм чи досягнення відповідних морфофункціональних кондицій для успішного виступу на спортивних змаганнях.

Отже, глибокі соціально-економічні зміни в Україні, бурхливий розвиток фітнес-індустрії та постійно зростаюча потреба у професійних фізкультурних кадрах зумовили потребу у фітнес-тренерах, які здатні застосовувати ефективні засоби оздоровлення нації з метою підвищення рівня її та залучення до здорового способу життя.

### **Література**

1. Василенко М.М. Сучасні вимоги роботодавців до формування готовності майбутніх фітнес-тренерів до професійної діяльності // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. – 2014. – Вип. 38. – С. 119-124.
2. Завальнюк О.В. Філософська інтерпретація фітнесу як складової здоров’я та благополуччя людини // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наук. пр. / За ред. Г.М. Арзютова. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. – Вип. 3К 2 (71)16. – С. 128-131.

3. Кібальник О.Я. Зміст фітнес-технології для підвищення рухової активності підлітків // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2009. – № 2. – С. 42-46.
4. Сайкина Е.Г. Фитнес в модернизации физкультурного образования детей и подростков в современных социокультурных условиях: монография. - СПб.: Образование, 2008. – 301 с.
5. Физкультурно-оздоровительные технологии формирования фитнес-культуры студентов: учеб. пособ. / под. ред. Ю.А. Усачева. – К.: Логос, 2015. – 200 с.

**Редькін Ю.В.**

Бердянський медичний коледж

## **ШКОЛА ЗДОРОВОЇ ПОСТАВИ**

*Не варто сподіватися на медицину. Медицина непогано лікує багато хвороб, проте не може зробити людину здоровою. Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, знання, уміння й навички.*

*Академік Микола Амосов*

Охорона та зміцнення здоров'я населення є пріоритетними державними задачами, оскільки фундамент фізичного стану дорослої людини закладається ще в дитячому віці. Фізичне виховання як невід'ємна складова освіти забезпечує можливість набуття кожною людиною необхідних науково обґрунтованих знань про здоров'я та способи його зміцнення, про шляхи й методи протидії хворобам, про методики досягнення високої працездатності та тривалої творчої активності. У Державній програмі розвитку фізичної культури та спорту сплановано дієві заходи на рівні органів місцевого самоврядування, які спрямовані на оздоровлення суб'єктів освітнього середовища.

Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду формування здорової особистості в умовах навчально-виховного процесу свідчить про те, що пасивне ставлення до проблеми профілактики постави дитини призводить до суттєвих захворювань не лише опорно-рухового апарату, а й усього організму. Багатьма дослідженнями медиків, фізіологів і реабілітологів доведено, що появі порушень постави в більшості випадків передують кістково-м'язова патологія. Упроваджуючи в режим навчального дня заходи щодо профілактики порушень постави, можна в подальшому уникнути тяжких захворювань людини.

Серед факторів, які негативно впливають на стан здоров'я, визначено гіпокінезію. До поняття "гіпокінезія" ми відносимо не лише недостатність рухової активності в режимі дня (тижня) людини, а й змістову невідповідність (неадекватність) рухових дій індивідуальним особливостям людини. Саме цей фактор сприяє появі дегенеративно-дистрофічних захворювань опорно-рухового апарату, у тому числі й недостатньої мінералізації кісток і остеопорузу вже в дитячому віці. Як наслідок – знижуються захисні сили організму людини, що проявляється в підвищеній втомлюваності, порушенні сну, зниженні рівня розумової та фізичної працездатності.

За результатами обстеження, яке здійснювалося в межах вибіркового моніторингу фізичного здоров'я учнів 1–11 класів загальноосвітніх навчальних закладів м. Бердянська, із загальної кількості учнів (595 уч.) 52% мають порушення постави, із них 28% – дівчаток, 24% – хлопців.

Лише у 7% (!) українських школярів спостерігається задовільний функціональний стан організму. Низький рівень фізичного розвитку дітей і є причиною летальних випадків на уроках фізкультури.

[<http://ru.tsn.ua/ukrayina/smert-na-fizkulture-obyasnili-katastroficheskim-sostoyaniem-zdorovya-shkolnikov.html>]

Багаторічний досвід роботи з фізичного виховання та фізичної реабілітації дітей різних вікових категорій (від 4 до 18 років) дозволяє засвідчити необхідність докорінної перебудови організації фізичного виховання, зміни поглядів на фізкультуру.

Урок як основна, а для декотрих дітей – єдина форма фізичного виховання, має “навести лад” в організмі учнів. Усе, що пропонує виконувати на уроці педагог, має бути зорієнтоване на індивідуальні психофізичні кондиції дитини. Зміна нормативів у той чи інший бік або повна їхня відміна не призведуть до позитивних результатів доти, доки педагог не отримає чіткий індивідуально-диференційований педагогічний інструментарій. Актуальною сьогодні є альтернативна методика оцінювання досягнень дитини, за якою враховується як особистісне її зростання, покращення психофізичних показників, так і фактор активності та свідомості під час занять різними видами фізкультурної діяльності. Цілком зрозуміло, що при зміні методики оцінювання досягнень учнів проводити урок фізичної культури, спираючись на старі принципи та методи навчання, стає не просто неактуальним, а й критично небезпечним.

Сьогоднішній стан фізичного виховання наочно демонструє невідповідність загальноприйнятих (умовно класичних) методів навчання та підходів до учнів, в основі яких – маніпулювання їхніми діями, поведінкою. У ситуації, яка склалася, вихід може бути лише один – цілеспрямована здоров'яцентрована дидактична система фізичного виховання для всіх, унікальна для кожного. Зважаючи на зазначене, а також маючи намір вирішити глобальне протиріччя – між накопиченим науково-технологічним потенціалом фізичної культури та рівнем його опанування окремими людьми, обрано тему “ШКОЛА ЗДОРОВОЇ ПОСТАВИ”.

### **МЕТА І ЗАВДАННЯ ШКОЛИ ЗДОРОВОЇ ПОСТАВИ**

Ідеальна ціль Школи здорової постави – нова фізична культура, фізична культура – для кожного, фізична культура – без звільнених. Мета Школи здорової постави – упровадження в систему фізичного виховання інноваційної технології розвитку психофізичного здоров'я учнів 1–11 класів шляхом відновлення функцій хребта й суглобів.

Завдання Школи здорової постави: 1) корекція функцій опорно-рухового апарату учнів 1–11 класів; 2) відновлення м'язової константи (відношення м'язової маси тулуба до загальної маси тулуба людини) та формування м'язового

корсету учня з метою закріплення навичок утримання правильної постави під час роботи стоячи, сидячи, у процесі руху, на відпочинку; 3) розвиток силової витривалості учнів 1–11 класів як основи оптимізації адаптаційних можливостей організму та підвищення резервів здоров'я; 4) досягнення індивідуального, достатнього для якісної життєдіяльності кожного учня рівня фізичної підготовленості шляхом підтримки відповідного обсягу рухової активності; 5) покращення функціонування серцево-судинної та дихальної систем організму учнів; 6) формування нового стереотипу рухового вдосконалення на уроках фізичної культури з використанням кінезітерапевтичного методу; 7) формування морально-вольових якостей особистості шляхом усунення “комплексів скутості і неповноцінності”, поява яких пов'язана з різними видами відхилень у стані здоров'я учнів 1–11 класів, їхній статурі тощо.

### **ЗМІСТ, ФОРМИ І МЕТОДИ ШКОЛИ ЗДОРОВОЇ ПОСТАВИ**

Основний засіб реабілітації – кінезітерапія. Кінезітерапія (грец. “кінезіс” – рух, “терапія” – лікувати) – наука, яка використовує рух як засіб лікування. Найчастіше застосовується в реабілітації захворювань апарату руху, також – при захворюваннях інших систем людського організму, що дає можливість докладніше здійснювати процес лікування, реабілітації з позитивним результатом. В основі Школи здорової постави – методика використання спеціальних тренажерів локальної та багатофункціональної дії з метою відновлення та підтримки м'язової константи в межах норми на засадах індивідуально-диференційованого підходу до кожного учня в режимі навчального дня.

Основні форми організації Школи здорової постави:

1) для вчителів фізичної культури – постійно діючий семінар за розробленою програмою, яка включає теоретичний і практичний блоки.

*Теоретичний блок:* основи функціональної анатомії; вікова фізіологія; основи сучасної кінезітерапії; педагогічна валеологія; оздоровчі методики.

*Практичний блок:* опанування комплексів силових і стретчингових вправ на локальних і багатофункціональних тренажерах; вивчення техніки діафрагмального дихання з руховими діями та опанування методики навчання учнів означеним видам вправ; навчання методиці укладання індивідуальних корекційно-відновлювальних програм для учнів; особливості ведення учнями щоденника самоконтролю; вивчення правил міофасциального моніторингу щодо контролю ефективності розроблених індивідуальних корекційно-відновлювальних програм;

2) для учнів – обов'язковий індивідуально адаптований тренувальний компонент на уроці фізичної культури; у тому числі й для тих, кого віднесено до спеціальної медичної групи – додаткові корекційно-відновлювальні заняття.

До змісту обов'язкових індивідуально адаптованих тренувальних компонентів на уроках фізичної культури, корекційно-відновлювальних занять включено такий програмний матеріал: комплекси вправ декомпресійного та антигравітаційного, стретчингового характеру на спеціальних тренажерах

“кроссовер” локальної та багатофункціональної дії; комплекси вправ суглобної гімнастики аеробного та стретчингового характеру з використанням інвентарю й обладнання: гумові джгути, фітболи, гімнастичні ролики, гімнастичні диски, гімнастичні палки, скоби для віджимання, джимфлекстори тощо; діафрагмальне дихання.

Основним змістовим компонентом інноваційної технології є комплекси вправ на локальних і багатофункціональних тренажерах;

3) для вчителів з інших навчальних дисциплін, батьків учнів школи – серія семінарів-практикумів з питань педагогічної валеології, формування свідомого ставлення учнів до власного здоров'я, його збереження засобами фізичної культури; методики динамічних поз під час роботи учнів на уроці.

### **ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ШКОЛИ ЗДОРОВОЇ ПОСТАВИ**

Передбачено, що досягнення зазначених мети та завдань Школи здорової постави забезпечується тим, що учні 1–11 класів загальноосвітніх навчальних закладів: досягнуть індивідуального, достатнього для якісної життєдіяльності рівня фізичної підготовленості, функціонального стану органів і систем організму; опанують новим руховим стереотипом; відійдуть від “комплексів скутості і неповноцінності”; стануть менше пропускати уроки в школі з різних причин, в першу чергу – у зв'язку з хворобою; перестануть сприймати рекомендацію лікаря “Звільнений від уроків фізичної культури” як вказівку щодо відмови від рухів.

В учителів фізичної культури сформується нове педагогічне мислення, яке забезпечуватиме трансформацію маніпулятивної методики фізичного виховання на гуманну методику формування особистої фізичної культури кожного учня. В учителів інших загальноосвітніх предметів сформуються вміння та навички збереження правильної постави учнів без порушення дидактичної канви уроку. У батьків учнів сформуються стійкі поняття про здоров'язберігаючий режим праці, відпочинку, харчування своїх дітей.

Сформується позитивна суспільна думка щодо навчального предмета “Фізична культура” в освітніх закладах як форму фізичного виховання, в процесі якої відбувається розвиток індивідуального здоров'я кожного учня. Необхідна модернізація методики фізичного виховання учнів у контексті збереження, формування і відновлення їхнього здоров'я. На базі загальноосвітніх навчальних закладів потрібно створювати тренажерні зали для впровадження в навчальний процес інноваційних і традиційних технологій кінезітерапії, розвивати рекреаційні зони пасивного та активного дозвілля учнів, учителів; створювати умови для реабілітації стану здоров'я учасників освітнього середовища, які сприяють регулюванню розумової працездатності учнів і вчителів.

Модель тренажерного залу Школи здорової постави та практичне заняття студентів Бердянського медичного коледжу з медичної та соціальної реабілітації на багатофункціональних, антигравітаційних тренажерах можна переглянути на сайті коледжу [bmedcol.edu.ua](http://bmedcol.edu.ua) (електронна бібліотека).

## **ФОРМУВАННЯ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТОК ЗАСОБАМИ ІННОВАЦІЙНИХ АЕРОБНИХ ФОРМ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

Збереженню здоров'я студентської молоді та впровадженню у систему фізичного виховання вищої школи різноманітних оздоровчих фітнес технологій присвячено наступні праці [1; 3; 4; 5; 6; 7]. Науковець Л. Івашенко [2] вказує на те, що адекватні фізичні навантаження, відповідні функціональним фізіологічним резервам організму, вже через 8-10 тижнів занять підвищують загальну фізичну працездатність і аеробну продуктивність на 10-25%. Вплив фізичних вправ на організм людини обумовлює певне навантаження, що за умови його систематичності та тривалості, викликає відповідну фізіологічну реакцію суперкомпенсації, яка визначається часом, протягом якого функція чи параметр, на який було надано вплив, набуває більш високого показника порівняно з вихідним рівнем. Повторне виконання фізичних вправ протягом ряду днів і місяців призводить до поліпшення функції або підвищення бажаного параметру, що й обумовлює можливість фізичного розвитку та вдосконалення людини. Проте організація позааудиторних фізкультурно-оздоровчих занять різних вікових груп, метою яких окрім вдосконалення окремих фізичних якостей є формування культури здоров'я має свої відмінні риси, що потребує розробки виокремленої методики формування культури здоров'я засобами фітнесу в позааудиторній роботі вищого навчального закладу.

Принцип оздоровчої спрямованості фізичного виховання конкретизується у фізкультурно-оздоровчих технологіях, які сьогодні набули інтенсивного розвитку. Поняття фізкультурно-оздоровча технологія об'єднує процес використання засобів фізичного виховання з оздоровчою метою і наукову дисципліну, що розробляє і вдосконалює основи методики побудови фізкультурно-оздоровчого процесу. Практичним втіленням фізкультурно-оздоровчих технологій у фізичному вихованні є різні фітнес програми, що складають основний зміст діяльності фізкультурно-оздоровчих груп, які утворюють на базі фізкультурно-спортивних організацій, а також персональних фітнес-занять.

Проблема збереження і зміцнення здоров'я населення може знайти своє рішення у використанні масових форм оздоровчої фізичної культури. Однієї з найпривабливіших рухових систем унаслідок своєї доступності і емоційності є заняття різними видами аеробіки. Основні завдання оздоровчої аеробіки - поліпшення функціонального і фізичного стану організму, а також збалансованість кількісного співвідношення компонентів статури.

Вирішення цих задач неможливе без науково обґрунтованих методів контролю за станом здоров'я що займаються, знання закономірностей і конкретизації фізіологічних ефектів систематичних занять оздоровчою аеробікою і без урахування індивідуально-типологічних особливостей організму.

*Метою* даного дослідження визначити особливості впливу сучасних фітнес технологій на формування фізичного здоров'я студенток ВНЗ.

Дослідження тривало протягом шести місяців з жовтня 2015 року по березень 2016 року на базі спортивно-оздоровчого комплексу Чернігівського національного технологічного університету. У дослідженні взяли участь 20 практично здорових студенток у віці від 18 до 23 років, які займалися за програмою для початківців зі степ аеробіки.

Основними цілями занять вони ставили перед собою підвищення рівня фізичної підготовленості, поліпшення стану свого здоров'я, здійснення корекції фігури, придбання навичок пластичності. У контрольну групу ввійшли практично здорові на момент першого обстеження студенти. У деяких з них в амбулаторних картах були зареєстровані захворювання: остеохондроз хребта грудного й поперекового відділів, хронічний гастрит, вегето-судинна дистонія, ожиріння легкого ступеня, хронічний бронхіт.

Заняття проводилися в денний і вечірній час. Перші два місяці вони містили в собі лише окремі початкові елементи степ аеробіки. Особлива ж увага приділялася підготовці м'язів для виконання танцювальних елементів. Тривалість заняття становила одну годину перший місяць, надалі час заняття складав 1 годину 20 хв.

З метою розробки моделей майбутніх досліджень, порівняння й оцінки ефективності створеної нами програми, була утворена експериментальна група. Вона сформувалася зі студенток у віці від 18 до 25 років, що побажали підвищити рівень фізичної підготовленості та поліпшити стан свого здоров'я. Середній вік студенток експериментальної групи –  $20,9 \pm 4,1$ ; контрольної  $21 \pm 3$ . У групу ввійшли 10 студенток. В експериментальну групу також увійшли практично здорові на момент першого обстеження студенти. У деяких з них в амбулаторних картах були зареєстровані захворювання: остеохондроз хребта (у двох), хронічний гастрит (в одного), вегето-судинна дистонія (у двох), ожиріння легкого ступеня (у трьох). Отже, можна відзначити, що для дослідження були взяті практично однорідні групи. Більш докладно склад груп представлений у табл. 1 та 2.

Таблиця 1

Відомості про склад груп (експериментальна група)

№	ПІБ	Вік	Наявність супутніх захворювань	Початок занять аеробікою
1.	Б-ч Е.З.	19 років	Остеохондроз грудного відділу хребта	11.09.2015
2.	Б-а А.Г.	23 роки	Хронічний гастрит	01.10.2015
3.	Г-а Н.П.	18 років	-----	18.09.2015
4.	Є-а А.В.	20 років	Вегето – судинна дистонія	10.09.2015
5.	З-а А.А.	23 роки	Ожиріння	15.09.2015
6.	К-а Л.А.	21 рік	Остеохондроз грудного відділу хребта	13.09.2015
7.	К-к У.Л.	20 років	Вегето – судинна дистонія	11.09.2015
8.	М-а А.З.	23 років	-----	10.09.2015
9.	П-о Е.В.	19 років	Хронічний гастрит	02.10.2015
10.	С-о І.Л.	20 років	-----	13.09.2015

Таблиця 2

## Відомості про склад груп (контрольна група)

№	ПІБ	Вік	Наявність супутніх захворювань	Початок занять аеробікою
1.	Б-о В.І.	23 роки	Остеохондроз грудного відділу хребта	14.09.2015
2.	Г-а О.А.	23 роки	Хронічний гастрит	03.10.2015
3.	Г-о Г.В.	18 років	Гіпертонія 1 ст.	18.09.2015
4.	Є-о А.З.	20 років	Вегето – судинна дистонія	12.09.2015
5.	З-о С. Г.	23 року	Хронічний бронхіт	17.09.2015
6.	З-а Я. Л.	18 років	Остеохондроз грудного відділу хребта	10.09.2015
7.	К-а Л.А.	20 років	Ожиріння	15.09.2015
8.	Л-а С.Г.	23 років	-----	25.06.2015
9.	М-о Н. П.	19 років	Хронічний гастрит	11.01.2015
10.	Ф-о Л.Л.	20 років	Остеохондроз поперекового відділу хребта	20.09.2015

Заняття проводилися в залі спортивно-оздоровчого комплексу Чернігівського національного технологічного університету у вечірній час. Музичні програми склалися на основі виконуваних вправ. Була розроблена й налагоджена 3-х денна програма занять.

Показники, отримані в результаті проведених проб (проба Штанге, проба Генчі, проба Руфье, показники контролю маси тіла) у ході дослідження й до нього в обох групах представлені в табл. 3-6.

Таблиця 3

Показники за досліджуваними пробами на початку занять  
(експериментальна група)

№	Проба Штангес	Проба Генчі, с	Проба Руфье				Маса тіла, кг
			П1	П2	П3	Індекс Руф'є	
1	32	15	18	34	27	12	62
2	40	30	16	33	24	10	74
3	40	20	17	32	20	8	70
4	35	22	22	40	22	14	56
5	25	10	18	35	19	9	72
6	50	30	15	35	22	9	63
7	30	17	17	32	20	8	65
8	40	20	15	36	15	7	68
9	25	15	24	42	23	16	78
10	50	25	12	34	11	3	69
$(\bar{X} \pm S)$	$36,2 \pm 13,8$	$20,4 \pm 9,6$	$17,4 \pm 6,6$	$35,3 \pm 6,7$	$20,3 \pm 3,7$	$9,6 \pm 6,4$	$67,7 \pm 10,3$



Таблиця 4

Показники за досліджуваними пробами через півроку (експериментальна група)

№	Проба Штангес	Проба Генчі, с	Проба Руф'є				Маса тіла, кг
			П1	П2	П3	Індекс Руф'є	
1	60	40	16	30	20	7	56
2	40	20	13	29	21	6	67
3	45	22	15	31	19	6	68
4	50	30	20	39	21	12	56
5	30	17	18	34	17	8	67
6	55	35	12	29	20	5	58
7	60	40	14	32	19	6	66
8	45	20	15	37	16	8	74
9	35	20	23	39	24	15	64
10	90	42	11	33	11	2	68
$(\bar{X} \pm S)$	51 ± 19	28,6 ± 13,4	15,7 ± 7,3	33,3 ± 5,7	18,8 ± 5,2	7,5 ± 6,5	64,4 ± 9,6

Таблиця 5

Показники за досліджуваними пробами на початку занять (контрольна група)

№	Проба Штангес	Проба Генчі, с	Проба Руф'є				Маса тіла, кг
			П1	П2	П3	Індекс Руф'є	
1	40	20	16	33	25	10	63
2	55	40	23	40	23	15	69
3	35	25	12	40	11	6	70
4	90	20	18	38	17	10	56
5	80	20	17	32	20	8	72
6	35	22	23	44	21	16	59
7	82	40	15	38	14	7	63
8	80	35	14	35	12	5	68
9	100	25	16	33	23	10	65
10	35	28	17	44	16	11	74
$(\bar{X} \pm S)$							

Таблиця 6

Показники за досліджуваними пробами через півроку (контрольна група)

№	Проба Штангес	Проба Генчі, с	Проба Руф'є				Маса тіла, кг
			П1	П2	П3	Індекс Руф'є	
1	45	20	14	30	24	8	63
2	80	45	21	38	22	13	68
3	35	30	11	39	11	5	72
4	91	25	19	40	17	11	57
5	82	24	14	32	18	6	70
6	40	30	21	41	20	13	58
7	83	42	14	35	14	7	60
8	81	35	12	34	10	3	65
9	100	30	13	29	21	6	65
10	40	30	14	41	15	8	74
$(\bar{X} \pm S)$							

З дослідження, проведеного на експериментальній групі, що складається зі студенток у віці від 18 до 25 років, що бажають поліпшити стан свого здоров'я, підвищити рівень стану кардіо-респіраторної, дихальної систем, досягти різнобічного фізичного розвитку, здійснити корекцію фігури, використовуючи величезний потенціал фізичного виховання й спортивного тренування для перетворення власного тіла за законами краси, можна сміло судити про позитивні результати, отриманих під впливом занять аеробікою і виконання практично всіх завдань, поставлених на початку даного дослідження. На них була розроблена й налагоджена 3-х денна програма занять, яка стала прийнятною й цікавою для займаючихся. Крім цього, запропонована програма завдяки раціонально підбраному часу проведення занять добре вписується в повсякденне життя займаючихся.

Результати дослідження показали:

1. На підставі порівняння контрольної й експериментальної груп, після застосованих нами в ході дослідження методик і розробленої програми занять, підвищилися показники кардіо-респіраторної системи, про що свідчать отримані показники по пробі Руф'є.

2. Відбулася позитивна динаміка зниження маси тіла спостережуваних спортсменок експериментальної групи, що займаються по розробленій з нашою участю програмі фізичної активності.

3. Було забезпечене поліпшення стану здоров'я й різнобічний фізичний розвиток.

4. Був забезпечений постійний облік стану здоров'я, фізичного розвитку фізичної підготовленості.

5. Було відзначено різке зниження захворюваності серед членів групи, підвищення їхньої працездатності й соціальної активності

6. Також відзначалося поліпшення діяльності всіх органів і систем, підняття настрою, поліпшення рівня психічного стану.

Отже, з вище наведеного можна зробити такі *висновки*.

1. Аналіз літературних джерел показав необхідність створення нової методики оздоровчого фітнесу, яка раціонально об'єднає різноманітні види фітнес-тренування і максимально відповідатиме фізіологічним та індивідуальним особливостям жінок.

2. Оздоровчий напрям забезпечує зміцнення здоров'я, підтримку працездатності та істотно впливає на функціональні системи організму. Основна орієнтація цих занять — оволодіння життєво важливими руховими діями, розвиток фізичних здібностей, адаптація організму до навантажень і зняття психоемоційної напруги. Аеробіка відповідає сучасним вимогам і принципам оздоровчої фізкультури, сприяє поліпшенню здоров'я, підвищенню працездатності, має величезний загартувуючий і психорегуляторний ефект.

Прикладний напрям покликаний забезпечити характер і рівень психофізичної готовності, який необхідний в конкретному виді трудової діяльності. Він використовується для розвитку і зміцнення окремих груп м'язів, розвитку спеціальних психофізичних якостей, профілактики професійних захворювань.

Лікувальний напрям використовується для відновлення здоров'я, працездатності, корекції форм і частин тіла, підвищення життєвого тону та поліпшення загального самопочуття хворих. При зменшенні навантажень вправи можуть виступати як реабілітаційний засіб.

Спортивний напрям аеробіки використовується як додатковий засіб в різних видах спорту для досягнення певного рівня результатів.

3. Основою для побудови занять з аеробіки є біологічні закономірності функціонування організму, які визначають його працездатність. Типові заняття складаються з трьох частин: підготовчої, основної і завершальної.

Завдання підготовчої частини (5-10 хв.) — активізація організму. У підготовчій частині комплексу переважають рухи з одночасною роботою м'язів ніг і плечового поясу, які стимулюють процеси обміну і кровообігу на найбільш видалених ділянках тіла. Для емоційної дії можна включати нескладні танцювальні елементи.

Далі слідує основна частина, завдання якої — зміцнення м'язового апарату, серцево-судинної і дихальної систем. Вона складніша по координації рухів, вправи поєднують рухи в багатьох суглобах в положенні стоячи, сидячи, лежачи. Навантаження може мати декілька піків, що досягається включенням бігу, підскоків, стрибків, різних рухів руками.

У завершальній частині необхідно привести в норму частоту серцевих скорочень, добитися відновлення дихання.

4. Систематичні заняття з аеробіки протягом шести місяців позитивно вплинули на всі показники самоконтролю. Через півроку занять ми отримали такі дані: 60% студенток стали почувати себе набагато краще. У них покращилась працездатність, хороший апетит, гострого відчуття потреби в їжі не відчувається, життя сприймають оптимістично. У 37% спостерігалось відчуття фізичного і духовного піднесення, радості, бадьорості, бажання працювати. Вони відмітили глибокий сон, достатньої тривалості, легке засипання, відчуття бадьорості і свіжості після пробудження, відмінний апетит і дуже добра працездатність. І лише у 3% студенток спостерігався задовільний стан здоров'я.

Якщо порівняти показники до початку занять і після півроку тренувань, то ми бачимо такі зміни: погані показники вже зовсім відсутні, задовільний стан здоров'я спостерігається тільки у 3% студенток. Вже добре видно, що у більшості студенток переважають добрі показники над задовільними. Так, як ми мали лише 3% відмінних показників на початку занять, то після півроку тренувань вони складають 37%.

У подальшому планується, що результати досліджень дозволять значно розширити особисті знання про особливості структури, розподілу навантаження та основні засоби аеробіки, а впровадження дослідження оцінки рівня здоров'я за показниками самоконтролю, допоможе тренеру сформулювати свідому, цілеспрямовану мотивацію до занять, активне відношення до тренувального процесу серед жінок, що займаються фітнесом.

### Література

1. Дубовой О.В., Сасенко В.Г. Збереження здоров'я студентської молоді – запорука ефективного розвитку держави // Mater. IX Miedzynarodowej nauk.-prakt. Konf. "Aktualne problemy nowoczesnych nauk – 2013": Przemysl: Nauka i studia, 2013. – Vol. 25. – Medycyna. - Str. 17-22.

2. Иващенко Л.Я., Благий А.Л., Усачев Ю.А. Программирование занятий оздоровительным фитнесом. – К.: Наук. світ, 2008. – 198 с.
3. Носко М.О., С.В. Грищенко, Ю.М. Носко Формування здорового способу життя. – К.: “МП Леся”, 2013. – 160 с.
4. Роджер В. Эрла, Томас Р. Бехль. Основы персональной тренировки / пер. с англ. И. Андреев. – К.: Олимп. лит., 2012. – 724 с.
5. Толчева Г.В. Організація тренувальних занять хатха-йогою зі студентами вищих навчальних закладів у процесі позааудиторної роботи // Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту. – Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – № 4. – С. 191-194.
6. Фурман Ю.М., Мірошніченко В.М., Драчук С.П.. Перспективні моделі фізкультурно-оздоровчих технологій у фізичному вихованні студентів вищих навчальних закладів: монографія. – К.: НУФКСУ, вид-во “Олімп. л-ра”, 2013. – 184 с.
7. Білокопитова Ж.А. Основы теории шейпинг. – К.: Наук. світ, 2000. – 32 с.
8. Грудина С.В. Актуальность внедрения фитнес-технологий в учебно-воспитательный процесс школьников // Теория и практика образования в современном мире: матер. II междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, ноябрь 2012 г.). – СПб.: Реноме, 2012. – С. 70-72.
9. Давыдов В.Ю., Краснова Г.О. Научно-методическое обеспечение тренировочного процесса спортсменов, занимающихся аэробикой: Учеб. пособ. – Волгоград: ВГАФК, 2000. – 158 с.

**Рябченко В.О.**

Колендж Національного фармацевтичного університету  
м. Харків

## **УПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕМЕНТІВ КРОССФІТУ ЯК ЗДОРОВ’ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ НА ЗАНЯТТЯХ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У КОЛЕДЖІ НФаУ**

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується погіршенням стану здоров’я населення, що за спостереженням медиків є наслідком впливу способу життя, екології та урбанізації. Данні наукових досліджень свідчать про виникнення хвороб та патологічних станів, пов’язаних із зайвою вагою. ВООЗ було проведено та оприлюднені дослідження згідно яких: більш ніж 1,9 мільярда дорослих людей у віці 18 років та старше мають зайву вагу, з них 600 мільйонів страдають на ожиріння. Так, статистика свідчить, що у 2014 році: 12% населення планети (11% чоловіків та 13% жінок) страждають на ожиріння; 39% людей у віці 18 років та старше мають зайву вагу (38% чоловіків та 40% жінок); у 2013 році 42 мільйона дітей у віці до 5 років мали зайву вагу або ожиріння (з 1980 року кількість людей в усьому світі, що страждають на ожиріння, майже подвоїлась).

Унаслідок виникнення ожиріння виникає низка ускладнень, а саме: розвивається гіподинамія (знижуються адаптаційні можливості людини, погіршується процес метаболізму); збільшується ризик серцево-судинних захворювань (головним чином захворювання серця та інсульт); порушується скелетно-м’язової системи (в особливості остеоартрит, який приводить до інвалідності); 44% випадків діабету обумовлено зайвою вагою; виникають деякі онкологічні захворювання.

Фахівці ВООЗ звертають увагу на способи профілактики зайвої ваги, а саме: дотримання правильного харчового раціону; ведення щоденника самоконтролю; дотримання рухової активності протягом дня; раціональний розподіл часу в режимі дня; регулярне обстеження у лікарів.

*Метою* публікації є обмін досвідом з впровадження елементів кроссфіту як здоров'язбережувальної технології на заняттях з фізичного виховання у Коледжі НФаУ.

Професійна діяльність фармацевтів, як й представників інших спеціальностей, характеризується певним набором рухових навичок та психофізичних функцій. Зважаючи на це на заняттях з фізичного виховання переслідуються такі цілі та завдання: розвиток та вдосконалення фізичних якостей, необхідних для здійснення професійної діяльності фармацевта; формування важливих рухових умінь і навичок необхідних для професії фармацевта; удосконалення професійно значущих психофізичних функцій організму студентів, від яких залежить повноцінність засвоєння професії; здійснення відновлювальної функції для груп м'язів, які беруть активну участь у професійній діяльності; розвиток вольових якостей, які сприяють подоланню негативних емоційних станів у випадку появи втоми.

Останні декілька років серед молоді набуває популярності новий вид спорту, такий як кроссфіт. З метою збереження стану здоров'я, покращення емоційного фону занять, вдосконалення фізичних якостей та рухових навичок на заняттях з фізичного виховання, у Коледжі НФаУ впроваджуються комплекси фізичних вправ з елементами кроссфіту [1; 2; с. 25-28]. Це функціональні рухи, що постійно змінюються, виконуються в різних часових інтервалах та навантажують максимальну кількість м'язових груп.

Заняття з елементами кроссфіту вимагають використання обладнання з різних видів спорту: штанги; гантелі; перекладини; скакалки; гирі; медбол. Вправи включають жими, ривки, присідання, тяги, трастери з гантелями, подвійні стрибки на скакалці та інше. Користь від впровадження елементів кроссфіту у заняттях з фізичного виховання неможливо переоцінити. Різноманітність рухів сприяє зміцненню нейронних зв'язків, що у свою чергу підвищує розумову діяльність студентів. Рухи виконуються в різних напрямках, що розвиває високу координацію яка необхідна фармацевту під час його трудової діяльності. Заняття з елементами кроссфіту проводяться зі значною інтенсивністю та значним обтяженням, м'язи виконують одночасно декілька задач, що призводить до позитивних неврологічних і ендокринних адаптацій, допомагає розвитку сили, витривалості, координації, балансу, спритності і точності.

Ще один плюс – збільшення щільності кісткової тканини, що зменшує ризик переломів кісток та інших травм. Розвитку сили сприяють вправи, які виконуються з вагою у декількох підходах від 1 до 5 повторів. Це оптимізує управляючу функцію, тобто навчає мозок іннервувати м'язові волокна у правильній послідовності та кількості. Слід зазначити, що за таких умов м'язова тканина збільшується без вираженої гіпертрофії, стає метаболічно більш активна, ніж жирова. Відомо, що навіть у стані спокою один кілограм м'язів споживає 66–110 калорій в день, в той час як один кілограм жирової тканини –

лише 6,6 калорій. Таким чином високий рівень метаболізму, його значна тривалість запобігає ожирінню та набору зайвої ваги, яка може спровокувати зростання ризику розвитку серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, гіподинамії тощо.

З метою контролю ваги тіла студенти використовують показник індексу маси тіла – ІМТ (англ. *bodi mass index (BMI)*). Це величина яка дозволяє оцінити міру відповідності маси тіла людини до його зросту, тим самим, орієнтовно визначити чи є маса недостатньою, нормальною або зайвою. Розрахунок ІМТ проводиться за формулою.

Головна роль у збереженні й формуванні здоров'я все ж таки належить самій людині, її способу життя, її цінностям, установкам, ступеню гармонізації внутрішньо о світу і відносин з довкіллям. Водночас сучасна людина в більшості випадків перекладає відповідальність за своє здоров'я лише на лікарів, нехтуючи індивідуальною відповідальністю. Студентські роки характеризуються величезним інтелектуальним, фізичним й психологічним напруженням. У частини студентства, особливо у першокурсників, з'являються розгубленість, зневіра у власні сили, можливості, здібності, а недостатньо розвинута воля підштовхує до зневіри у себе як у особистість.

Отже, впровадження елементів кроссфіту як здоров'язберезувальної технології на заняттях з фізичного виховання у коледжі НФаУ допомагають студентам не тільки запобігти зайвої ваги та ожирінню, але й повірити у свої сили, надбати навички самостійних занять фізичними вправами, укріпити своє здоров'я підготуватись до належного виконання своїх професійних обов'язків.

### **Література**

1. Бухаркина М.Ю., Полат Е.С. Современные педагогические информационные технологии в системе образования: Учеб. пособ. - М.: ИЦ "Академия", 2010 – 368 с.
2. Воронін Д.Є. Здоров'язберігаюча компетентність студента в соціально-педагогічному аспекті // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2012 – № 2 – С. 25-28.

**Семенець Н.В.**

Криворізький медичний коледж

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО ВИБОРУ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМ ВИХОВАННЯМ І СПОРТОМ**

Умови життя сучасної молоді у зв'язку із стрімкими темпами науково-технічного прогресу характеризуються недостатністю рухової м'язової активності, що викликає значні порушення в регуляції різних функцій організму, призводить до розвитку детренованості життєво важливих систем, що різко зменшує діапазон пристосувальних реакцій організму, сприяє розвитку різних захворювань і знижує працездатність людини.

У даний час особливою соціальною групою, для якої найбільш важливе питання оптимізації рухової м'язової активності, є студентство. Актуальність

підвищення рухової активності студентів підтверджується численними дослідженнями. У них, крім підвищення функціональних показників, відзначається зниження рівня фізичного розвитку і фізичної підготовки студентів. Щоб студенти успішно адаптувалися до умов навчання у вищому навчальному закладі, зберегли і зміцнили здоров'я за час навчання, необхідно проводити цілеспрямовану мотивацію щодо дотримання основ здорового способу життя та оптимізації рухової діяльності. Як показує практика, дворазових занять на тиждень фізичним вихованням не достатньо для підтримки оптимального психофізичного стану студентів.

Однією з основних вимог щодо добору форм організації діяльності молоді є включення студентів до активної пізнавальної, рухової і контрольної-оціночної діяльності протягом усіх занять, що забезпечують постійну зайнятість і активність, досягаючи цим високої результативності занять. Аналіз усіх форм занять, особливостей та умов їх проведення у вищому навчальному закладі, поза начального закладу, в сім'ї та ін. свідчить про те, що випадіння хоча б одного ланцюжка із комплексного підходу до організації фізичного виховання молоді призводить до порушення неперервності педагогічного процесу, неможливості забезпечити якісне рішення всіх задач фізичного виховання. В теорії і практиці фізичного виховання студентської молоді всі форми прийнято розділяти на дві групи. Одна уявляє собою переважно навчально-виховний процес, який використовується на заняттях; інша – комплекс виховних напрямків поза навчальним процесом.

Відносно вільна форма занять фізичними вправами у процесі самостійних занять дозволяє вирішувати переважно оздоровчі завдання. Цьому сприяють різноманітні форми проведення занять в умовах, в яких допускаються зміни характеру і змісту фізичних вправ в залежності від мотивів, інтересів та потреб студентів. Однак, незважаючи на свободу вибору змісту, характеру та форм занять фізичними вправами, позитивний ефект можна отримати лише завдяки грамотній і вмілій організації, знань їх впливу на організм студентів. При використанні різноманітних форм, засобів і методів самостійні заняття виховують у молоді почуття природного бажання регулярно використовувати фізичні вправи з метою свого духовного і фізичного розвитку.

Існує безліч точок зору, що стосуються розуміння мотиваційних особливостей вибору студентами самостійних занять фізичним вихованням. Практичний досвід показує, що найбільш оптимального ефекту щодо мотивації самостійними заняттями з фізичного виховання можна досягти за рахунок наступних аспектів: оздоровчий ефект, що проявляється у оптимізації функцій організму людини і стану її фізичного здоров'я; освітній ефект, пов'язаний з розширенням рухових і пізнавальних здібностей студента, актуалізацією його резервних можливостей; виховний ефект, що забезпечує формування позитивного ставлення студента до необхідності ведення здорового способу життя. Цей ефект сприяє раціональній організації дозвілля, самопізнання, самореалізації потенційних здібностей, прояву індивідуальності та самобутності студента; соціально-психологічний ефект, що розширює можливості неформального спілкування, формування соціально – психологічної

компетентності, оптимізації емоційного стану людини, підвищення соціального статусу в середовищі молоді; “фізкультурний” ефект, що виражається в проявах фізичної культури особистості студента, якісному освоєнні нею цінностей фізичної культури, здатності до перетворювальної та творчої діяльності у сфері фізичної культури.

Крім вище перерахованих, існують специфічні напрямлення або функції самостійних занять фізичним вихованням:

1. Функція організації дозвілля. Відомо, що самостійні заняття є частиною фізичного виховання і є ефективним видом рухової активності студента. Рухова активність здійснюється з урахуванням інтересів, нахилів студента і за його вибором. Але вона функціонує і як важлива форма дозвілля, спосіб, засіб його корисного проведення.

2. Компенсаторно-релаксаційна. Перемикання з одного виду діяльності на інший вид сприяє зняттю фізичної і нервово-психічної напруги, а також профілактики гіподинамії. Вона сприяє актуалізації здібностей і потреб студентства, часом незатребуваних із-за обмежень, обумовлених повсякденним життям і навчальною діяльністю. Вона дозволяє компенсувати дефіцит спілкування з переважним колом друзів, створює умови для прояву свободи волі, реалізації індивідуальних і групових інтересів у різних видах діяльності.

3. Гедоністична функція широко представлена в зарубіжних дослідженнях. Ефект від її реалізації полягає в отриманні задоволення від доступним, посильним рухової активності, спілкування з переважним колом людей. Дана функція при відповідній розробці методологічних, теоретичних і технологічних основ може грати роль у формуванні потреб, інтересів і мотивації у студентів до регулярних занять фізичними вправами. Можливо, посилення акценту викладачів і тренерів на цієї функції дозволить істотно підвищити мотиваційний і оздоровчий ефект від залучення студентів до самостійних занять спортом.

4. Креативна функція. Самостійні заняття спортом можуть складати різноманітні види, форми і способи рухової активності оздоровчого характеру. Їх доступність для студентів різних соціальних груп стимулює самостійність, відкриває широкі можливості для самопізнання, самореалізації і, як результат, самоствердження.

5. Видовищна функція. Її значення визначається особам інтересом не стільки до результату оздоровчої діяльності, скільки до задоволення від факту причетності до занять спортом, ідентифікації себе з його безпосередніми учасниками. Реалізація цієї функції передбачає не тільки спостереження за тим, що відбувається на тренуваннях або змаганнях, але й пов'язані з цим переживання.

6. Престижна функція самостійних занять спортом забезпечує розуміння студентами престижності бути здоровими, мати гармонійну статуру і здатність демонструвати досконалість у виконанні різноманітних вправ. Останнім часом престижним стає ведення здорового способу життя, в рамках якого рухова активність – обов'язковий його елемент.

Формування позитивного ставлення студентів до фізичної культури і спорту - одна з актуальних соціально-педагогічних проблем. Численні



дослідження свідчать про те, що фізкультурно-спортивна діяльність ще не стала для студентів потребою, не перетворилася в інтерес особистості.

Виходячи з вище сказаного ми вважаємо, що необхідно впровадити вже сьогодні методи, що сприяють більш широкій мотивації студентства до свідомого вибору самостійних занять спортом, а саме цьому сприяють:

- підвищення моторної (рухової) щільності заняття, його тренувального ефекту. Як показує практика, оптимальний обсяг рухової активності при досить великою величиною фізичних навантажень приводить до помітного поліпшення фізичного розвитку, суттєво удосконалюються органи і системи організму, що росте, відбуваються складні біохімічні і гематологічні зміни, що відбиваються на стані захисних сил організму і зумовлюють підвищення стійкості до різних несприятливих факторів зовнішнього середовища. Разом з тим, як недостатня, так і надлишкова рухова активність надають несприятливий вплив на здоров'я молоді, тому важливо вміле визначення фізичного навантаження для всіх груп, що займаються;

- забезпечення індивідуалізації та диференціації фізичних навантажень, оскільки в кожній віковій групі виявляються студенти, що володіють різним рівнем фізичної працездатності (високим, середнім, низьким) і, отже, обсяг виконуваної м'язової роботи повинен бути строго індивідуальним. Як правило, всі фізіолого-гігієнічні норми рухової активності та програми з фізичного виховання спираються на дослідження здорової молоді з нормальним морфофункціональним розвитком, раціональним фізичним вихованням і режимом дня. Однак існуюча в реальному житті значна неоднорідність біологічного та морфофункціонального розвитку дітей та підлітків, стану їх здоров'я, відмінності соціально-середовищних умов вимагають необхідність нормування рухової активності студентів з урахуванням індивідуальних можливостей і потреб організму при заняттях фізичним вихованням. У свою чергу, це вимагає реалізації наступних вимог:

- на занятті повинні вирішуватися освітні завдання, необхідні для посилення світоглядного аспекту фізкультурних занять, що дозволяє формувати ціннісні орієнтації та переконання в області фізичної культури;

- створюватися умови для переростання навчального процесу на рівень процесу фізичного самовдосконалення;

- заняття повинно розв'язувати оздоровчі завдання – зміцнювати фізичне і психічне здоров'я студента; необхідно вчити студентів масажу, релаксації, розминці, мотивувати до самостійних занять і самовдосконалення;

- на занятті відносини в системі “викладач-студент” повинні носити суб'єкт-суб'єктний характер. При такому підході стимулюється активність і ініціатива студента, проявляються його інтереси і бажання, розкриваються його індивідуальні можливості і здібності;

- повинно бути забезпечено створення умов для різнобічного розвитку особистості та її самовизначення під час творчого оволодіння руховою, фізкультурно-оздоровчою і спортивною діяльністю;

- необхідно враховувати конкретні умови ВНЗ у різних областях країни, необхідно забезпечувати медико-фізіологічний контроль за станом здоров'я і фізичного розвитку молоді;

- наповнюваність навчальних груп повинна становити 10-15 чоловік, що розширить можливості індивідуальної роботи;

- необхідно використовувати навчальні посібники, в яких студенти можуть знайти поради щодо організації самостійної роботи;

- повинна бути забезпечена реалізація трьох основних функцій: медико-фізіологічного і психологічного контролю, корекції та управління руховим режимом молоді.

Результати багаторічної практичної діяльності засвідчують, що такий підхід сприяє формуванню у студентів позитивного відношення до самостійних спортивних занять і, які є педагогічно виправданими та відповідають вимогам вищої школи.

### **Література**

1. Отношение студентов к здоровью и здоровому образу жизни / Н.И. Белова, С.П. Бурцев, Е.А. Воробцова, А.В. Мартыненко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - № 1. - С. 14-15.

2. Анурін В.Ф. Ціннісні орієнтації та їх вплив на формування потреб // Соціологія вищої школи підготовки студентів: зб. наук. пр. – Горький, 2004. - С. 116 - 129.

3. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. - М.: Мысль, 2003. - 158 с.

4. Бальсевич В.К., Лубишева Л.И. Фізична культура: молодь і сучасність // Теорія і практика фізичної культури. - К., 2005. - № 5. - С. 5-12.

5. Барановская Д.И., Врублевская В.И. Роль физкультурных занятий в формировании мотивации к занятиям физической культурой студенческой молодежи // Матер. VIII Междунар. науч. сессии по итогам НИР за 2004 г. "Актуальные проблемы оздоровительной физической культуры и спорта для всех на современном этапе". – Минск: БГУФК, 2005. - С. 13-16.

**Синіцький О.М.**

Харківський автотранспортний коледж

### **ВИКОРИСТАННЯ ВПРАВ СИСТЕМИ ЧЖУНЬ ЮАНЬ ЦИГУН ДЛЯ ПІДТРИМАННЯ ТА ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ**

У сучасних умовах, при проведенні навчальних занять зі студентами, слід приділяти особливу увагу підтриманню стану їхнього здоров'я. Тому завданням педагогів є не лише виховати та навчити, але й потурбуватися про фізичний стан своїх вихованців.

На навчальних заняттях студенти перебувають переважно в сидячому положенні протягом тривалого часу, напружують зір, шийно-коміркову зону, більшість м'язів не отримує потрібного руху. Особливо значні застої виникають у тазовій ділянці. Все це може призвести до негативних наслідків і виникненню хвороб у молодого покоління.

З метою підтримання та покращення якості здоров'я студентів можна використовувати фізкультурні хвилинки.

Як варіант комплексу фізичних вправ можна використати фізичні вправи системи Чжунь Юань цигун. Чжунь Юань цигун – це система підтримання здоров'я організму, яка включає в себе філософську думку, спосіб мислення та взаємодії з оточуючим світом та фізичні вправи.

До групи фізичних вправ входить вивчення основного положення тіла, відкриття каналів рук і ніг, підготовчі вправи, основні вправи. До підготовчих вправ належать: 1) “Дитина, яка молиться Будді”; 2) “Рука Будди спостерігає образи”; 3) “Священний журавель п’є воду”; 4) “Дракон поміщує море”.

Алгоритм виконання вправи “Дитина, яка молиться Будді”:

1. Початкове положення: встати прямо, ноги на ширині плечей, ступні паралельні, тіло розслаблене.

2. Скласти долоні на рівні грудей. Руки повинні бути відставлені від тулуба. На Сході це прийнята форма вітання, прояви поваги до людини, що стоїть перед вами. Так моляться Будді.

3. Відкрити долоні до себе, обертальним рухом на себе опустити кисті рук пальцями вниз таким чином, щоб кисті зімкнулися тильною стороною.

4. Продовжити обертання, відкривши долоні від себе, потім, стуливши їх, повернути в вихідне положення. Виконати 8 разів.

5. Повторити обертання рук в протилежному напрямку, від себе, ще 8 разів.

Потрібно звернути увагу на те, що при обертанні рук перекочування кистей має відбуватися одночасно на рівні долонь і пальців. Перший смисловий рівень: розробляє суглоби: кистей рук, ліктьовий і плечовий. Другий смисловий рівень: приведення в рівновагу інь-ян в організмі. Третій смисловий рівень: уявлення себе маленьким Буддою, котрий виявляє повагу до Великого Будди, що знаходиться перед ним. Але можна подумки звернутися до будь-якого бога, якого ви почитаєте, або просто до шановного вами людині. головне – обов’язково відчувати в собі цей стан, що йде від серця. при хорошому розслабленні тіла можна відчувати, як одночасно з обертанням рук щось починає переміщатися всередині тіла. Таким чином ви стикаєтеся з енергією і інформацією більш високого рівня - тих істот і богів, яких ви собі уявляєте.

Алгоритм виконання вправи “Рука Будди спостерігає образи”:

1. Повільно підняти руки в сторони до рівня плечей, долонями вниз.

2. Плавна перемістити руки вперед, концентруючи увагу на долонях, а потім знову розвести їх в сторони. Тіло при цьому трохи подається за руками. Повторити 8 разів.

3. Повернути кисті долонями вгору. Повторити ті ж рухи 8 разів.

4. Розвівши руки в сторони останній раз, повернути кисті долонями вниз і повільно опустити руки вздовж тулуба.

Перший смисловий рівень: розкриття каналів середніх відділів хребта. Другий смисловий рівень: після деякого тренування, якщо тіло розслаблене, можна відчувати ци Землі - прохолодну інь, а також ци Космосу - теплу ян. Вправа дозволяє навчитися розрізняти інь і ян. Третій смисловий рівень: руки тягнуться в нескінченність, подібно до руки легендарного Будди Татхагата, і бачать на будь-якій відстані.

Алгоритм виконання вправи “Священний журавель п’є воду”:

1. Злегка нахилити голову вперед, максимально повернути вліво, як це роблять птахи, злегка підняти голову вгору і по верхній дузі, описуваної підборіддям, повернутися в початкове положення. Підборіддя при цьому описує витягнутий овал. Виконати 8 разів.

2. Повторити те ж саме в іншу сторону 8 разів.

3. Витягнувши шию якомога далі вперед, опустити голову, ніби набираючи дзьобом воду з озера. Потім, притиснувши підборіддя до грудної клітки, тягніть його вгору так, щоб підборіддя ковзало по грудині. При цьому весь хребет здійснює хвилеподібні рухи від стоп ніг вгору. Коли голова знову піднімається перед черговим витягуванням шиї, підборіддя відривається від грудей і піднімається вгору, ніби птах ковтає набрану дзьобом воду. Повторити вісім разів.

Перший смисловий рівень: тренування і збільшення рухливості шийного і грудного відділів хребта. Особливо корисно тим, кому за 40, тим, хто веде сидячий спосіб життя, і тим, у кого шийний остеохондроз. В останньому випадку практика даної вправи дає кращі результати, ніж масаж. Коли хребет здійснює хвилеподібні рухи, то він розслабляється, і це є профілактикою багатьох захворювань. Вправа сприяє поліпшенню кровообігу і живлення мозку, лікуванню головних болів, вегето-судинної дистонії, нормалізації стану вестибулярного апарату. Другий смисловий рівень: вправа покращує циркуляцію ци в енергетичних каналах, допомагає їй підніматися від стоп ніг вгору по хребту, відкриваючи БАТ на тілі по ходу її просування.

Алгоритм виконання вправи *“Дракон помішує море”*.

1. Руки покласти на талію великими пальцями вперед, а решту пальців помістити на область нирок.

2. Виконати обертальні рухи тіла спочатку вліво, проти годинникової стрілки 8 разів, потім 8 разів вправо, за годинниковою стрілкою. Коли тулуб нахилиється вперед – спина залишається прямою, назад - спина прогинається. Ступні ніг при цьому не відриваються від підлоги. Під час руху уявити, що тіло переміщається в воді, відчуті опір води, її рух від вашого обертання.

3. Закінчивши обертання, різко струсити весь тулуб (від стоп ніг до верхівки), відштовхнувшись від підлоги, наче дракон вистрибує з глибини моря в повітряну стихію. Повторити 1-3 рази.

Перший смисловий рівень: розробляє пояснично-крижовий відділ хребта і суглоби ніг. Другий смисловий рівень: допомагає поліпшити функції всієї сечостатевої системи. Перша вправа розробляє суглоби кистей рук, ліктів, плечей. Друга вправа розробляє плечовий пояс та хребет. Третя вправа тренує і збільшує рухомість шийного і грудного відділів хребта, покращує циркуляцію крові в шийному відділі та мозковий кровообіг. Четверта вправа розробляє пояснично-крижову зону хребта і суглоби ніг.

Отже, комплекс підготовчих вправ не займає багато часу, є простим у виконанні, дає повноцінне залучення основних суглобів, м'язово-сухожильних комплексів, хребет, покращує мозковий кровообіг, що є дуже важливим для покращення навчальної діяльності та підтримки здоров'я.

## Література

1. Сюи Минтан, Тамара Мартынова С98 Чжун Юань цигун. Книга для чтения и практики. I ступень — К.: “София”, Да-Ю, 2001. — 352 с.

**Слобожанінов П.А.**

Чернівецький національний університет  
імені Юрія Федьковича

### **ПРО ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІТНЕСУ ТА РЕКРЕАЦІЇ ДО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

У сучасний період національна освіта в Україні є головним стратегічним чинником соціально-економічного, інтелектуального і духовного розвитку суспільства, а також вирішальним чинником його виживання та безпеки. Нарощування інтелектуального потенціалу українського суспільства має стати, на думку Г. Калінічевої, “вирішальним чинником підвищення конкурентоспроможності національної економіки та забезпечення національного добробуту держави і громадян, запорукою економічної та суспільно-політичної модернізації країни, вагомою складовою національної безпеки, а також сприяти суспільному прогресу, соціальній рівновазі та розвитку знанневої, освітньо орієнтованої особистості” [6, с. 149].

З позицій сьогодення у вищій школі сформувалася така освітня парадигма, з позицій якої якість професійної підготовки майбутніх фахівців з фітнесу та рекреації визначатиметься тим, наскільки у випускників сформувалася їх професійна компетентність. Проблема формування компетентного фахівця є, на думку Л. Васіної, “вкрай актуальною з позицій реформування освіти, тому увесь процес формування професійної компетентності слід підпорядковувати кінцевому результату – формуванню фахівця, здатного ефективно конкурувати на ринку праці” [3, с. 50].

Вища освіта як система є, на думку Л. Пшеничної, “єдиною активною силою, здатною сформулювати й реалізувати українську національну ідею європеїзації країни на основі технологічних надбань сучасного світу зі збереженням національної ідентичності” [9, с. 10]. Українська освіта, щоб досягти європейських стандартів, на думку Л. Пшеничної, “повинна здійснити конкретні кроки, передбачені Болонською декларацією: увести двоциклове навчання для одержання першого та другого академічного ступеня; запровадити у всіх національних системах освіти систему обліку трудомісткості навчальної роботи в кредитах; забезпечити контроль якості освіти через організацію акредитаційних агентств, незалежних від національних урядів і міжнародних організацій; істотний розвиток мобільності студентів; орієнтація на кінцевий результат – забезпечення працевлаштування випускників; залучення на навчання в Європі більшої кількості студентів через забезпечення привабливості

європейської системи вищої освіти; навчання впродовж життя; автономність вищих навчальних закладів і студентське самоврядування; забезпечення позитивного іміджу європейської системи вищої освіти та навчання докторантів як запровадження третього циклу підготовки” [9, с. 11].

Головною метою інформатизації вищої освіти є, як вказує Т. Коваль, “підготовка майбутніх фахівців до професійної діяльності в інформаційному суспільстві, підвищення якості, доступності й ефективності освіти в умовах запровадження у вищих навчальних закладах принципів Болонської декларації” [7, с. 86]. Нам імпонує ця думка вченої.

Серед інноваційних ознак фітнесу як ефективного засобу фізичної активності людини О. Берест виділяє “створення його нових напрямків, виникнення новітніх рекреаційних фітнес-технологій відповідно запитам сучасності, збільшення кількості фітнес-клубів, оснащених новітнім обладнанням” [1, с. 113]. О. Берест указує, що “оптимізувати прогноз розвитку фітнесу в Україні дає змогу те, що на сучасному етапі він повністю відповідає державній політиці у сфері фізичної культури, створення умов для задоволення потреб кожного громадянина в зміцненні свого здоров’я, виховання соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя та профілактику захворювань” [1, с. 113]. Ми поділяємо цю думку.

На підставі аналізу визначень поняття “фітнес” М. Василенко констатує, що “він вживається в різних значеннях, які можна умовно позначити чотирма групами, що мають різні рівні значущості. Перший рівень – це оптимальний фізичний стан, готовність. Другий рівень – сукупність форм, засобів і методів, спрямованих на досягнення цілей фітнесу. Третій рівень – соціальне явище, яке включає філософський, соціальний і психологічний аспекти. Четвертий рівень – сектор економіки” [2, с. 6]. Для нашого дослідження ця думка вченої є доречною.

Фахівець з фітнесу, як вказує О. Корх-Черба, “повинен бути всебічно підготовленим до творчої професійно-педагогічної, фізкультурно-оздоровчої, агітаційної роботи з різними соціальними групами населення, володіти основами знань соціальних, гуманітарних, психолого-педагогічних, медико-біологічних, спеціально-педагогічних наук, володіти знаннями анатоми-фізіологічних і психологічних особливостей стану здоров’я різних вікових груп населення тощо” [8, с. 194].

Визначення поняття “фітнес” подано у табл. 1.

Рекреація цілком відноситься до дозвілля і являє собою діяльність протягом дискреційного (вільного) часу, спрямовану на відновлення життєвих сил організму. Частина цієї рекреаційної діяльності здійснюється поза звичайного середовища проживання. В результаті, подорож, оздоровлення та відпочинок на курорті стають важливими компонентами, визначальними цю форму рекреації, що відноситься до туризму і курортної справи. На думку І. Севрюкова та Є. Таскаєва, рекреація є підсистемою вільного часу, що включає рекреацію, як не пов’язану, так і пов’язану з виїздом з постійного місця проживання людини [10, с. 77].

## Визначення поняття “фітнес”

Автор	Визначення
А. Боляк, Н. Боляк, О. Корх-Черба, П. Кизім	Фітнес – це “оптимальний фізичний стан, що включає досягнення певного рівня результатів виконання рухових тестів і низький рівень ризику розвитку проблем зі здоров’ям”
Н. Воловик	Фітнес – це “загальна (а не тільки фізична) готовність людини до виходу з “поточного життя” та забезпечення ефективної природності до дій в ситуаціях, які вимагають мобілізації фізичних та духовних сил; стан психологічної та фізичної підготовленості для досягнення успіху в конкретному завданні”; “як складова здоров’я, яка забезпечує високу якість життя”; “як ефективно діюча сукупність засобів вибіркового впливу, що за рядом принципових обставин відповідає класифікаційному рівню біолого-соціальної, концептуальної, ймовірної, сумативно-цілісної складної системи”
В. Григор’єв	Фітнес – це специфічний сектор економіки, що відображає соціально-економічні, правові та організаційні засади її функціонування і розвитку (фітнесіндустрія) або як діяльність з надання матеріально-побутових і соціально-культурних послуг, яка задовольняє фізкультурні потреби населення
А. Менхін	Фітнес – це система фізичних вправ оздоровчої спрямованості (за винятком спортивних форм фітнесу), з достатньо широким набором різноманітних і доступних рухових завдань, що складають індивідуально-стандартизовані програми, особисто мотивовані і функціонально зумовлені (співвідносні з нормативною базою)
О. Сайкіна	Фітнес – це інноваційна форма фізичної культури, яка поєднує в собі сукупність інноваційних видів, форм, обладнання та технологій фізкультурно-спортивної діяльності, та наявність комфортних соціокультурних умов, в яких і відбувається процес “споживання” продукту, що визначається як “фітнес-послуги”
Е. Хоулі і Б. Френкс	Фітнес – це фізична придатність (від “ <i>to be fit for</i> ” бути придатним до чого-небудь, бути здоровим)

Теоретичний аналіз наукової літератури, який здійснив В. Дручик, засвідчив, що у сучасний період не існує загальноприйнятого визначення поняття “здоров’язбережувальні технології” [4, с. 6-7]. Його тлумачать: як сприятливі умови навчання дитини у школі (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання); оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм); повноцінний та раціонально організований руховий режим (О. Ващенко та С. Свириденко); як валеологічно обґрунтоване сполучення операцій, спрямованих на активізацію, гармонізацію резервних можливостей особистості людини, які забезпечують безпечний її розвиток, навчання, виховання (Н. Денисенко та О. Аксьонова); як частину педагогічної науки, яка вивчає і розробляє цілі, зміст і методи навчання здоровому способу життя, яка спрямована на вирішення питань здоров’язбереження у системі освіти; як спосіб організації, модель навчального процесу, яка гарантує збереження здоров’я всіх суб’єктів навчального процесу; як засіб організації і послідовних дій у навчально-виховному процесі, реалізації освітніх програм на основі всебічного урахування індивідуального здоров’я учнів, особливостей їх

вікового, психофізичного, духовно-етичного стану і розвитку (О. Ковальова); як такі педагогічні технології навчання, які ґрунтуються на: вікових особливостях пізнавальної діяльності учнів; навчанні на оптимальному рівні трудності (складнощі); варіативності методів і форм навчання; оптимальному поєднанні рухових і статичних навантажень; навчанні в малих групах; використанні наочності і поєднанні різних форм надання інформації; створенні емоційно сприятливої атмосфери; формуванні позитивної мотивації до навчання; на культивуванні в учнів знань з питань здоров'я (В. Кучма і М. Степанова); як сукупність прийомів, методів, форм навчання і підходів до освітнього процесу, при якому виконуються як мінімум чотири вимоги: урахування індивідуальних (інтелектуальних, емоційних, мотиваційних тощо) особливостей учня, його темпераменту, характеру сприйняття ним навчального матеріалу, типу пам'яті тощо; недопущення надмірного інтелектуального, емоційного, нервового навантаження під час освоєння навчального матеріалу, прагнення досягти оптимальних результатів навчання обов'язково при оптимізації необхідних витратах часу і сил учня і педагога; забезпечення такого підходу до освітнього процесу, який гарантував би підтримку сприятливого морально-психологічного клімату в навчальній групі, зміцнення психічного здоров'я учнів (Н. Михайлова); як валеологічно обґрунтовану систему заходів, спрямовану на створення безпечних та сприятливих умов для розвитку, навчання та виховання дитини (Ю. Півненко); як функціональну систему організаційних засобів управління навчальною, пізнавальною і практичною діяльністю учнів, яка науково й інструментально забезпечує збереження і зміцнення здоров'я (Г. Соловійов) [4, с. 6-7].

Нами поняття “здоров'язбережувальні технології” використовується у тлумаченні В. Єфімової, яка трактує його як “частину педагогічної науки, що вивчає і розробляє цілі, зміст і методи навчання здоровому способу життя, яка спрямована на вирішення питань здоров'язбереження у системі освіти; як спосіб організації, модель навчального процесу, яка гарантує збереження здоров'я всіх суб'єктів навчального процесу; як інструментарій освітнього процесу, як систему вказівок, які повинні забезпечити ефективність і результативність навчання разом зі збереженням здоров'я учнів” [5, с. 57].

Таким чином, у системі вищої освіти з позицій сьогодення досить важливою є проблема кадрової політики. Для сучасних фахівців з фітнесу та рекреації у зв'язку з реалізацією вимог нових стандартів і інших нормативних документів є недостатнім усвідомлення необхідності власної адаптації до мінливих соціально-економічних умов, набагато важливішими стають питання, пов'язані з реалізацією себе як суб'єкта в складному процесі перетворень. Для цього майбутнім фахівцям з фітнесу та рекреації необхідно мати здібності до активної перебудови життєвих позицій, саморозвитку та самореалізації у здоров'язбережувальній діяльності.

### **Література**

1. Берест О.О. Сучасний стан проблеми підготовки фітнес-тренерів // Вісн. Глухівськ. нац. пед. ун-ту імені Олександра Довженка. Сер.: Педагогічні науки. – 2016. – Вип. 31. – С. 113-122.



2. Василенко М.М. Тезаурус дослідження професійної підготовки майбутніх фітнес-тренерів у вищому навчальному закладі // ScienceRise. Pedagogical Education. – 2016. – № 8. – С. 4-10.

3. Васіна Л.С. Формування професійної компетентності – пріоритетне завдання реформування освіти // Зб. наук. пр. Хмельницьк. ін-ту соц. технологій Університету “Україна”. – 2013. – № 1. – С. 47-50.

4. Дручик В.Д. Підготовка майбутніх учителів фізичної культури до впровадження здоров'язбережувальних технологій у старшій школі: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. – К, 2017. – 20 с.

5. Єфімова В.М. Здоров'язбережувальні технології у контексті педагогічних досліджень // Проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 1. – С. 57-60.

6. Калінічева Г. Вища освіта України в контексті сучасних цивілізаційних змін // Українознавчий альманах. – 2014. – Вип. 17. – С. 146-149.

7. Коваль Т. І. Проблеми впровадження електронного навчання під час професійної підготовки майбутніх менеджерів-економістів // Теоретичні питання культури, освіти та виховання. – 2010. – № 42. – С. 86-91.

8. Корх-Черба О.В. Основні напрями реалізації системного підходу у професійній діяльності майбутнього фітнес-тренера // Наук. часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Наук.-пед. пробл. фіз. культ. – К., 2015. – Вип. 3. – С. 192-195.

9. Пшенична Л.В. Вища освіта – дієвий механізм соціалізації молоді // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2015. – № 3. – С. 480-489.

10. Севрюков І.Ю., Таскаев Е.Н. Туристско-рекреационная деятельность: терминологический аспект // Символ науки. – 2015. – № 10. – С. 76-80.

**Сотрихіна О.С., Слімаковський О.В.**  
Дрогобицький державний педагогічний  
університет імені І. Франка

## **МОТИВАЦІЯ ДІТЕЙ ДО ЗАНЯТЬ УШУ НА ЕТАПІ ПОЧАТКОВОЇ СПОРТИВНОЇ ПІДГОТОВКИ**

В якості однієї з стратегічних задач підготовки спортивного резерву є, діяльність учбових закладів таких як, спортивні школи-інтернати, училища олімпійського резерву, але для того щоб підвищувати свою спортивну майстерність та якісно засвоювати свої знання, вміння та навички майбутньої професії, спортсмени повинні жити в режимі потрійного навантаження: навчального, тренувального, змагального, щоб витримати це навантаження, необхідні великі вольові зусилля, які будуть сильно промотивовані до занять спортом. Однак мотивація, як і вольові якості особистості, не формуються за короткий період, відповідно до цього проблеми їх виховання лягає на більш ранній вік. Згідно статистики в перші півтори-два роки спортивної підготовки близько 40% дітей припиняють займатись спортом з різних причин одна з яких є відсутність мотивації до занять спортом.

На основі ознайомлення з працями різних психологів, де розкриваються загальні питання мотиваційної сфери особистості (А. Леонтьєв, С. Рубінштейн, Ф. Маслоу та ін.) було припущено, що поведінка та діяльність тренера мають велике значення для формування у дітей стійкої мотивації до занять спортом на етапі початкової спортивної підготовки. Шлях до ефективності в навчанні,

пролягає через розуміння його мотивації. Тільки тоді, коли є розуміння, що спонукає людину до діяльності, які мотиви є в основі його дій, можна намагатись розробити ефективну систему форм та методів впливу. Для цього потрібно знати, як виникають ті чи інші мотиви, як здійснити мотивування людей. Це дуже важливо для видів діяльності пов'язаних з великими фізичними та психологічними навантаженнями, до яких і відноситься спортивна діяльність.

Мотиви спортивної діяльності не тільки спонукають людину займатись спортом, але й впливають на суб'єктивний ріст особистості. Різні спортсмени, які займаються одним і тим самим видом спорту, виконуючи однакові по складності та інтенсивності навантаження, нерідко керуються різними, і навіть повністю протилежними мотивами. В процесі спортивного вдосконалення вони змінюються під впливом обставин, інших спортсменів, оцінки власних дій, а головне – цілеспрямованій виховній роботі. Особливо важливо приділяти увагу до формувань стійких мотивів до занять на початковому етапі, тому що саме в цей період основними особливостями мотивації є недостатня освідомленість потреб, нестійкість, невизначеність [1; 2; 3; 4]. Тому саме в цей період спостерігається найбільша кількість випадків припинення дітьми постійних тренувань з причини відсутності мотивації до них, незалежно від здібностей дитини. Це і визначає необхідність приділяти особливу увагу до формування мотивації занять спортом у дітей саме на початковому етапі.

Загальними для мотивів початкової стадії є такі особливості, як недостатня освідомленість потреб, нестійкість, невизначеність. Їх зміст та сила визначається тим, що людина входить в новий руховий режим, в новий стиль життя, відбувається адаптація до фізичних навантажень і до відносин у спортивному колективі. В основі мотивів частіше за всього лежить соціально значущий досвід людини, який заохочує спортсмена можливостями проявлення фізичної активності, корекції фізичних та психічних недоліків, спілкування з одногрупниками, пізнання власних можливостей, засвоєння “модного” виду спорту [4]. Тому для розгляду проблеми мотивації був вибраний вид спорту ушу, так як він все більше набирає популярності у сучасної молоді. Великий арсенал різних розділів та видів ушу дуже великий, що допомагає тренеру мотивувати учнів до занять, пропонуючи їм різноманітність стилів, які вимагають постійного зосередження на вивченні складнокординованих рухів і приваблюють своєю “екзотичністю”.

Всі мотиви початкової стадії скеровані на визначення того, чи є спортивне тренування необхідним та бажаним для певної людини. Подальший розвиток мотивів пов'язаний зі стійкістю занять з ушу, досягненням успіхів в ньому, набуттям спеціальних знань та навичок. Саме в період початкової підготовки спостерігається найбільша кількість припинення дітьми занять.

Діяльність в ушу вищих досягнень пов'язана з високим психологічним напруженням. На відміну з іншими видами діяльності в спорті без великого психічного напруження неможливе перевищення попередніх результатів. Особливість спортивної діяльності так, що досягнення успіхів в ній вимагає більшої на відміну від інших діяльностей, волі. Вольові якості особистості не формуються за короткий термін, для цього необхідна тривала праця і спортсмена

і тренера і починається вона на першому етапі спортивної діяльності. Саме на цій стадії необхідна інтенсивна виховна робота тренера, яка скерована на формування у вихованців сильної стійкої мотивації занять ушу, розвиток вольових якостей.

Для виявлення структури мотивації дітей до занять ушу та причин, з яких вони починають та припиняють заняття, було проведено експеримент учнів (9-12 років) різних спортивних секцій та деяких загальноосвітніх шкіл м. Дрогобича, Львівської області. Дослідження складалося з чотирьох послідовних етапів: бесіда (1-й та 3-й етапи), анкетування (2-й етап) обробка результатів (4-й етап).

На першому етапі в процесі бесіди учні були розділені на три групи: 1 група – ті що займаються спортом, 2 група – ті що припинили займатись спортом і 3 група – ті що ніколи не займались спортом. Учням з перших двох груп було запропоновано відповісти на питання анкет. Учні третьої групи в анкетуванні участь не приймали.

*Анкета 1. (для тих хто займається спортом).*

1. Яким видом спорту ти займаєшся?
2. Скільки років ти займаєшся спортом?
3. Чому вирішив займатись спортом (щоб стати більш рухливим, батьки пропонували, друзі покликали, тренер запросив, зацікавився цим видом спорту)?
4. Чому продовжуєш займатись спортом, що подобається в тренуваннях (сам спорт, спілкування в групі, тренер, змагання)?
5. Що не подобається в тренувальній діяльності (навантаження, відношення в колективі, тренер)?
6. Плануєш й надалі займатись спортом? Якщо ні, то чому?
7. Через що ти міг би припинити займатись спортом?
8. Як ти відносишся до свого тренера (добре, дуже добре, погано, дуже погано)?
9. Що тобі подобається у твоєму тренері?
10. Що тобі не подобається у твоєму тренері?
11. Як би ти хотів урізноманітнити життя в спортивному колективі?

*Анкета 2*

*(для учнів, які припинили займатись спортом)*

1. Яким видом ти займався?
2. Скільки років ти займався спортом?
3. Чому вирішив займатись спортом (щоб бути більш рухливим, батьки пропонували, покликали друзі, запросив тренер, зацікавився цим видом спорту)?
4. Чому припинив займатись спортом (перестали подобатись заняття, не подобались відношення з одногрупниками, не подобався тренер і тп)?
5. Як ти відносився до свого тренера (добре, дуже добре, погано, дуже погано)?
6. Що тобі подобалося у твоєму тренері?
7. Що тобі не подобалося у твоєму тренері?

8. Що тобі подобалося у спортивному житті (змагання, самі тренування, спілкування з друзями, спілкування з тренером)?

9. Що тобі не подобалося у спортивному житті?

Проаналізувавши відповіді, було з'ясовано наступне. Середній "стаж" спортивного життя у тих, що займаються складає 1,8 року, ті що припинили заняття тренувалися до цього від 0,5 до 1,1 року.

Основні причини з яких діти починають займатись спортом, є: а) потреба в руховій активності (подобається бігати, стрибати, грати в рухливі та спортивні ігри) - 68,5%; б) порада друзів - 54,3%; в) бажання батьків - 43,7%.

Однак, серед мотивів, згідно яких діти продовжують займатись спортом, потреба в руховій активності відсунулась на 5-те місце, відносно цього мотиву причини продовжувати заняття назвали тільки 35,1% опитуваних. Крім того, зі змісту бесід, слід зауважити що діти не вважають заняття спортом єдиним способом задоволення цієї потреби; серед бажаних видів активного відпочинку діти назвали: "побігаю на вулиці з друзями" тощо.

Основними мотивами занять спортом є: а) спілкування з друзями (добрі відношення в колективі) - 63,4%; б) відношення до тренера - 61,2%; в) подобається спорт, змагання - 60,7%; г) позатренувальні чинники (сумісні свята, екскурсії тощо).

Позатренувальна діяльність займає важливе місце в уяві учнів про "ідеальне" життя спортивного колективу. Від відношення учнів до тренера залежить, будуть вони продовжувати займатись спортом чи ні. Був виявлений сильний позитивний зв'язок між бажанням дітей займатись спортом та їх відношенням до тренера. Аналогічно і негативне відношення до тренера визначає припинення дитини займатись у спортивній секції, з тих опитуваних, хто припинив заняття, 76,3% одною з причин назвали незадоволення тренером. Серед характеристик, які приваблюють дітей в особистості тренера, найбільш вагомими є: особистісні якості - доброта (75,3%), розуміння та увага (74,9%), ввічливість, уміння спокійно розмовляти (72,8%), характер навчально-виховної діяльності - бесіди (64,1%), активна участь у тренувальному процесі, організація позатренувальної діяльності.

Від виду спорту, яким займаються (займалися) учні, не залежать ні мотиви, ні причини з яких кидають спорт, ні причини з яких могли б припинити заняття.

Зі змісту проведених після анкетування бесід з учнями слід бути, що позатренувальна діяльність використовується тренерами недостатньо. При цьому самі свята, походи, екскурсії для учнів є вкрай яскравими та значущими подіями їхнього спортивного життя.

Для підтвердження отриманих даних, було проведено дослідження, яке полягало у виявленні особливості роботи тренерів дитячих учбово-тренувальних груп, воно складалось з трьох етапів: спостереження за роботою тренера, бесіди з їхніми вихованцями, обробка результатів.

У процесі спостереження фіксувалися ті факти, які вважаються значущими факторами мотивації до занять спортом: спілкування тренера з вихованцями, характер його поведінки в процесі тренування. З результатами були виділені дві групи тренерів.

Наступним було те що для кожної групи було вияснено кількість учнів, які покинули заняття за власним бажанням, після чого розрахован коефіцієнт кореляції між такими ознаками, як стабільність учбово-тренувальної групи і відповідність поведінки та діяльності тренера мотивуючим фактором. У результаті було виявлено сильний позитивний взаємозв'язок між вказаними ознаками – коефіцієнт кореляції дорівнював 0,78 ( $P < 0,05$ ), що підтвердило результати експерименту.

Аналіз результатів експериментів дозволяє зробити наступні висновки:

1. Частіше за все за власним бажанням припиняють займатись спортом учні в перший рік спортивного тренування, що визначає особливу важливість закріплення у дітей мотивації до спортивної діяльності саме в цей період.

2. Основними мотивами занять спортом у дітей на етапі початкової спортивної підготовки є: спілкування з друзями, позитивне відношення до тренера, позатренувальні фактори. Щоб спілкування з друзями було для дітей значущим на мотиваційному рівні, необхідно щоб був добрий “теплий” мікроклімат в колективі. Формування колективу та створення в ньому сприятливого психологічного мікроклімату – одне з виховних завдань тренера, як і організація дозвілля дітей позатренувальний час. Відношення вихованців до тренера визначається його особистими якостями (доброта, розуміння) та поведінка. Отже, поведінка та діяльність тренера вважається найважливішим фактором формування у дітей стійкої мотивації до занять спортом.

3. У перші роки спортивної підготовки структура мотивації дітей до занять спортом є універсальною для всіх видів спорту.

4. Для формування стійкої мотивації до занять спортом на етапі початкової спортивної підготовки, тренеру необхідно:

- підвищувати емоційну насиченість навчально-тренувальних занять (наприклад: збільшити кількість рухливих та спортивних ігор та змагань), викликати заняттями позитивні емоції, оскільки радість та задоволення – одне з найбільш значущих факторів залучення дітей до спорту і тривалості занять;

- активізувати діяльність дозвілля навчально-тренувальної групи: організувати тематичні бесіди, екскурсії, походи, колективні свята;

- турбуватись про створення сприятливого мікроклімату в колективі шляхом створення – атмосфери взаємної поваги та довіри, турботи про інтереси друзів, проявлення терпимості до помилок; - умов за яких діти відчували би гордість за причетність до дорученої роботи, особисту відповідальність за її результати, забезпечення можливості кожному показати свої здібності, краще впоратись із завданням, відчути власну значимість, публічна оцінка досягнутого спортсменом успіху;

- турбуватись про позитивне відношення до нього вихованців, для чого приділяти увагу ефективному спілкуванню з юними спортсменами, розвивати в собі комунікативні здібності, проявляти доброту та повагу до дітей, справедливість. Це дозволить більше дізнатись про своїх вихованців, розширить виховний вплив на них. Насиченість та інформативність спілкування впливає на характер взаємовідношень тренера та вихованців, і звісно, на стійкість мотивації дітей до занять спортом.

## Література

1. Нечаев А.П. Психология физической культуры. – М.; Л., 1930. - 112 с.
2. Общая спортивная психология: учеб. для вузов / под ред. Г.Д. Бабушкина, - Омск: СибГУФК, 2004. – 400 с.
3. Психология физического воспитания и спорта / под ред. Т.Т. Джемчарова, А.Ц. Пуни. – М., 1979. - 143 с.
4. Боевые искусства: Китай, Япония / В.В. Малявин. – М.: ООО “Издательство Астрель”, 2004. – 416 с.

**Старосельська Ю.І., Місевра Н.С.**

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

### **СИЛОВИЙ ФІТНЕС ЯК СКЛАДОВА ОЗДОРОВЧОГО ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЖІНОК II ВІКОВОЇ ГРУПИ**

Напружений ритм сучасного життя, постійний вплив шкідливих факторів навколишнього середовища, недостатність рухової активності внаслідок зменшення кількості фізичної праці, а також стрімкого розвитку “полегшуючих” життя технологій, піддають організм людини суттєвому навантаженню, пригнічують системи підтримання фізичного стану на достатньому рівні. Саме тому сьогодні багато осіб працездатного віку страждають захворюваннями серцево-судинної системи, порушеннями обміну речовин, надлишковою вагою тощо. На даний час недостатність фізичної активності як фактор ризику для здоров'я, поширена більш ніж будь-які інші класичні фактори ризику хронічних захворювань (Весткотт, 2004).

До групи ризику потрапляють і жінки II вікової групи (Бессесен, Кушнер, 2006). В організмі жінки після 35 років починають поступово відбуватися природні інволюційні зміни, відзначається зниження рухової функції, що проявляється у регресі координаційних здібностей – зменшується точність, знижується швидкість засвоєння рухових навичок, порушується взаємодія координаційних механізмів. Зміни в руховій сфері супроводжуються проявом порушень у стані здоров'я, наявністю хронічних захворювань, порушеннями психічного здоров'я жінки, зниженням рівня працездатності. Тому, необхідність додаткової фізичної активності, як важливої складової міцного здоров'я, набуває все більшого значення. Для реалізації оздоровчого та відновного потенціалу тренувальні програми для жінок віком від 35 років повинні включати вправи силової спрямованості, що становлять разом із заняттями аеробного характеру фундамент фізичної підготовленості та працездатності.

За даними зарубіжних та вітчизняних досліджень доцільність введення силового компоненту в тренувально-оздоровчий процес жінок визначається наступними факторами:

1. Перш за все, силові вправи не тільки запобігають скороченню обсягу м'язової тканини, але й сприяють його збільшенню. Відомо, що в осіб, які не займаються силовим тренуванням, спостерігається зниження м'язової маси на 2,3-3,2 кг за кожні десять років життя (Fornes, 1976; Evans, Rosenberg, 1992).

Хоча вправи аеробного характеру й показали свою високу ефективність для підвищення рівня витривалості, тим не менш, вони не дозволяють підтримувати або збільшувати обсяг м'язової тканини. Стандартна програма силового тренування тривалістю 25 хвилин 2 або 3 рази на тиждень протягом 8 тижнів дозволяє збільшити масу м'язової тканини організму людини майже на 1,5 кг (Westcott, 1995).

2. Вправи силової спрямованості сприяють збільшенню щільності кісткової тканини. Під впливом тих же тренувальних занять, які збільшують кількість міопротейнів у м'язовій тканині, відбувається збільшення вмісту структурних білків і мінеральних компонентів в кістковій тканині. За даними досліджень значне збільшення щільності кісткової тканини в осіб, які займаються силовим тренуванням, відзначається вже після декількох місяців занять (Menkes et al., 1993).

3. Силові вправи призводить до підвищення рівня обмінних процесів. У цілому, від занять силовим тренуванням відбувається потрійний позитивний ефект: відбувається збільшення м'язової маси на 1,4 кг, скорочення жирового компоненту тіла на 1,8 кг і ріст добової норми енергоспоживання на 370 калорій після декількох місяців занять.

4. Силові вправи сприяють нормалізації глюкозного обміну (профілактика діабету). Дослідники з Мерілендського Університету встановили, що вже після 4 місяців силового тренування спостерігається збільшення поглинання глюкози на 23% (Hurley, 1994).

5. Силові вправи сприяють поліпшенню моторної функції шлунково-кишкового тракту, що є профілактикою раку товстої кишки. Kottier у своїх дослідженнях виявив, що через 3 місяці регулярних занять вправами силової спрямованості відбувається поліпшення моторної функції кишечника на 56% (Kottier et al., 1992).

6. Силові вправи сприяють зниженню кров'яного тиску в спокої, а в поєднанні з аеробними вправами є ще більш ефективним засобом нормалізації кров'яного тиску (Westcott, Guy, 1996). Як було показано, заняття тільки силовими вправами можуть істотно знижувати кров'яний тиск у спокої в осіб з підвищеним тиском крові (Harris, Holly, 1987).

7. Силові вправи сприяють зниженню ймовірності травм попереку, а також знижують ймовірність болю в суглобах, збільшують їх рухливість.

8. Завдяки силовим вправам відбувається нормалізація рівня ліпідів в плазмі крові. Хоча ще до кінця не з'ясовано, яким чином силове тренування впливає на рівень ліпідів в плазмі крові, результати експериментів, проведених двома незалежними дослідниками, показують нормалізацію вмісту ліпідів в плазмі крові після декількох тижнів занять силовими вправами.

Сучасний ринок оздоровчого фітнесу пропонує багато його різновидів з елементами силового навантаження, а саме: бодіблдинг, степ-аеробіка, супер-стронг, Памп-аеробіка, пілатес, каланетика, *Bosu* (босу), Аштанга-йога, *AquaStrength* – силова аква-аеробіка з використанням гантелей, *Noodles* – з використанням поясів і рукавичок, ХАДУ тощо.

Ефективність занять силовим тренуванням оздоровчої спрямованості залежить від професійно побудованої програми, де в максимальному ступені повинні бути враховані особливості функціонального стану тих, хто тренується, грамотного супроводу з боку тренера, консультування з питань харчування й енерговитрат та контролю за самопочуттям.

**Титаренко В.І.**

Чернігівський національний технологічний університет

## **БІОМЕХАНІЧНІ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ У ТЕХНІЧНІЙ ПІДГОТОВЦІ МАСАЖИСТІВ**

З розвитком сучасної медицини велике значення набуває реабілітаційне спрямування. Термін “реабілітація” має широке змістове розуміння і вживається в усіх сферах діяльності людини — політичній, юридичній, розумовій, спортивній та інших. У медицині вона визначається як процес відновлення здоров'я і працездатності хворих та інвалідів. Комітет експертів з реабілітації ВООЗ (1963) наголосив, що реабілітація – це процес, “метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання”.

Реалізація цієї мети можлива у разі залучення до реабілітаційного процесу державних і соціально-суспільних закладів, в першу чергу реабілітаційних центрів, які проводять соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів. Пріоритет медичного аспекту реабілітації незаперечний з огляду на те, що органи соціального забезпечення, народної освіти, громадські організації проводять свої реабілітаційні заходи. Ефективність реабілітації забезпечується високим рівнем професійної підготовки фахівців, тобто у поєднанні технічної підготовки, психологічних, педагогічних та медичних знань, які сприяють позитивному впливу на відновлення, розвиток, корекцію і компенсацію розумової, фізичної та трудової діяльності пацієнтів.

Серед них фахівець з фізичної реабілітації, що закінчив вищий навчальний заклад з фізичного виховання і спорту, посідає одне з провідних місць. Він добирає засоби і форми лікувальної фізичної культури, розробляє методику застосування фізичних вправ, природних чинників, масажу з метою лікування, відновлення здоров'я і фізичної працездатності хворих, попередження інвалідності або зменшення її проявів та профілактики захворювань. Застосування фізичних вправ і масажу на ранніх етапах лікування, сприяє подальшому функціональному відновленню і покращенню фізичної дієздатності хворого, виявляє і розширює резервні можливості організму, тренує його і готує до фізичних навантажень на роботі і у побуті, повертає до активної участі у житті суспільства.

Серед засобів реабілітації масаж займає окреме місце.

Масаж з лікувально-профілактичною метою застосовувався людством ще у стародавні часи. Перші дані про використання масажу з лікувальною або



оздоровчою метою датуються за 2000-3000 років до нашої ери. За тисячі років розвитку людство здобувало нові знання про будову тіла людини та процеси, що протікають в тілі людини. З'явилися та розвинулися такі науки, як анатомія і фізіологія. Завдяки їх розвитку систематизувалися нові знання, на основі яких відбувався розвиток масажу. За всі тисячоліття з'явилося дуже багато систем та видів масажу. В наші часи найбільш використовуваний класичний масаж.

Класичний масаж – це науково обґрунтований метод упорядкованого, дозованого механічного впливу руками на різні ділянки тіла людини, без пошкодження шкіри та без мобілізації відносно один одного сегментів кістково-суглобових структур опорно-рухового апарату [5]. Класичний масаж має специфічну техніку виконання прийомів, які дозволяють досягти найкращого результату в найменш короткий проміжок часу. Виконання масажу, по суті, є виконання фізичних вправ. При виконанні масажу, масажист робить досить багато повторень одноманітних рухів. Це дозволяє провести аналогію з видами спорту, в яких спортсмени виконують одноманітні рухи протягом деякого часу. При виконанні одноманітних рухів, суглоби, зв'язки та м'язи несуть підвищене навантаження, що призводить до втоми м'язів, перенавантаження сухожилково-зв'язкового апарату суглобів.

Довготривала амортизація суглобів верхніх кінцівок масажиста та використання рухів при виконанні прийомів масажу, що виходять за рамки фізіологічних, призводить до пошкодження синовіальної оболонки суглобів та виникнення процесу розвитку артрозу. Це є фактор ризику до виникнення професійних захворювань суглобів.

У процесі навчання масажистів дуже важливо приділяти увагу саме відпрацюванню техніки раціонального виконання та застосування прийомів масажу, з використанням найбільш фізіологічних рухів у суглобах. Це досягається шляхом досконалого вивчення техніки виконання прийомів масажу.

*Мета статті* полягає у теоретичному обґрунтуванні застосування методики навчання масажистів техніці масажу на основі законів біомеханіки та фізіології рухів.

Розучування рухових дій істотно відрізняється від освоєння теоретичних знань. При виконанні фізичних вправ, якими є масажні прийоми, можливий і необхідний не тільки логічний, але й образний і чуттєвий самоконтроль [1]. Навчання руховим діям – елемент більш загальних систем навчання і виховання, регулюється принципами трьох періодів оволодіння руховими навичками [2]. Методика навчання руховим діям ґрунтується на фізіологічному механізмі організації рухів, який сформулював і експериментально обґрунтував М. Бернштейн. Процес здійснення механізму руху був названий Бернштейном схемою рефлекторного кільця. Ця схема заснована на принципі сенсорних корекцій і є його подальшим розвитком.

Крім рефлекторного кільця Бернштейн висунув ідею про рівневу побудову рухів. В ході своїх досліджень він виявив, що в залежності від того, яку інформацію несуть сигнали зворотного зв'язку - повідомляють вони про ступінь напруги м'язів, про відносне положення частин тіла, про предметний результат руху і т. д., - аферентні сигнали приходять в різні чутливі центри головного

мозку і відповідно перемикаються на моторні шляхи на різних рівнях. Причому під рівнем слід розуміти буквально “шари” в ЦНС. Так були виділені рівні спинного і довгастого мозку, рівень підкіркових центрів, рівень кори. Кожен рівень має специфічні, властиві тільки йому моторні прояви, кожному рівню відповідає свій клас рухів.

Рівень А - рівень палеокінетичних регуляцій, він же рубро-спінальний рівень центральної нервової системи, найнижчий і філогенетично найдавніший. У людини він не має самостійного значення, але відповідає за найважливіший аспект будь-якого руху - тонус м'язів. На цей рівень надходять сигнали від м'язових пропріорецепторів, які повідомляють про ступінь напруги м'язів, а також інформація від органів рівноваги. Самостійно цей рівень регулює вельми нечисленні рухи.

Рівень В - рівень синергій, він же таламо-паллідарний рівень. На цьому рівні переробляються сигнали в основному від м'язово-суглобових рецепторів, які повідомляють про взаємне положення та рух частин тіла. Таким чином, цей рівень замкнутий на простір тіла. Рівень В приймає велику участь в організації рухів більш високих рівнів, і там він бере на себе задачу внутрішньої координації складних рухових ансамблів. До власних рухів цього рівня відносяться потягування, міміка і т. п.

Рівень С - рівень просторового поля, він же пірамідно-стріальний рівень. Розпадається на два підрівні: С1 - стріальний, належить до екстра системи, і С2 - пірамідний, що відноситься до групи кортикальних рівнів. Цей рівень Бернштейн назвав рівнем просторового поля. На даний рівень надходять сигнали від зору, слуху, дотику, тобто, вся інформація про зовнішній простір. Тому на даному рівні будуються рухи, пристосовані до просторових властивостей об'єктів - до їх форми, положення, довжині, вазі тощо. До рухів даного рівня відносяться всі переміщуючі рухи.

Рівень D - рівень предметних дій (смыслових ланцюгів і т.п.), він же тім'яно-премоторний рівень. Це рівень кори головного мозку, що відповідає за організацію дій з предметами. До цього рівня відносяться всі гарматні дії і маніпуляції з предметами. Рухи на цьому рівні представлені як дії. У них не фіксований руховий склад, або набір рухів, а заданий лише конкретний результат.

Рівень Е - група вищих кортикальних рівнів символічних координації, найвищий рівень - рівень інтелектуальних рухових актів. До цього рівня відносяться: мовні рухи, рухи письма, рухи символічної або кодової мови. Рухи цього рівня визначаються не предметним, а абстрактним, вербальним змістом.

Процес формування рухової навички і принцип активності. Розробка схеми рефлекторного кільця і рівневої побудови рухів дозволили Бернштейну абсолютно по-новому розглянути механізми формування практичного досвіду, що є основоположним в навчанні масажистів техніці масажу.

Процес формування досвіду був описаний Бернштейном дуже докладно. Розглядаючи цей процес, він виділяє велику кількість окремих фаз, які об'єднуються в більш великі періоди.

У перший період відбувається поверхове знайомство з рухом і початкове оволодіння їм. На думку Бернштейна, все починається з виявлення рухового складу руху, з того, як треба його робити, які елементи руху, в якій послідовності, в якому поєднанні треба виконувати. Ознайомлення з руховим складом дії відбувається шляхом розповіді, показу або роз'яснення, тобто, в цей період йде ознайомлення з тим, як рух виглядає зовні. В ході багаторазового повторення починають прояснюватися і освоюватися сигнали зворотного зв'язку на нижчих рівнях. Як правило, вони дають більш точні і недоступні більш високому рівню відомості про різні сторони руху. Викладений вище процес підводить нас до другого періоду - автоматизації рухів. Протягом цього періоду відбувається повна передача окремих компонентів руху або всього руху цілком у відання фонових рівнів. У результаті провідний рівень частково або повністю звільняється від турботи про цей рух. У цей же період відбувається ще два важливі процеси: по-перше, ув'язка діяльності всіх низових рівнів, в процесі якої відбувається налагодження складних ієрархічних систем багатьох кілець, по-друге, "рекрутування" готових рухових блоків [4].

В останній, третій, період відбувається остаточне шліфування навички за рахунок стабілізації і стандартизації. Під стабілізацією розуміється досягнення такого рівня виконання руху, при якому воно набуває високу міцність і стійкість, тобто не руйнується ні при яких обставинах. У свою чергу, під стандартизацією розуміється придбання навичок стереотипності. У цей період при багаторазовому повторенні руху виходить серія абсолютно однакових копій, що нагадують, за висловом Бернштейна, "гвардійців в строю".

Слід зазначити, що стереотипність крім автоматизації забезпечується механізмом використання реактивних і інерційних сил. Коли рух здійснюється в швидкому темпі, виникають реактивні і інерційні сили. Їх вплив може бути двояким: вони можуть заважати руху або, якщо організм навчиться ефективно їх використовувати, сприяти руху. Тому стійкість досягається і за рахунок знаходження динамічно стійкої траєкторії [4].

Динамічно стійка траєкторія - це особлива, унікальна лінія, при русі по якій розвиваються механічні сили, що сприяють продовженню руху в обраному напрямку, завдяки чому рух набуває легкість, невимушеність і стереотипність. На думку Бернштейна, після формування динамічно стійкої траєкторії завершується формування навички.

Ураховуючи, що робота масажиста – це виконання певних рухових дій, можна зазначити, що навчання масажу, це перш за все оволодіння технікою виконання прийомів. Тобто набуття певних рухових навичок. При навчанні техніці масажу формуються певні рухові навички. Процес формування проходить всі три етапи описані Бернштейном: вміння, навик, руховий стереотип або динамічно-стійка траєкторія.

Розвиток медичної науки та суміжних напрямків, результати нових наукових досліджень в різних галузях, дають ґрунт для розвитку масажу, як науково-обґрунтованого методу лікування та реабілітації. Дають змогу по новому поглянути і на процес навчання техніці масажу.

Однак слід визнати, що на сьогодні визначення та розвиток масажу в контексті медичної науки надзвичайно ускладнений. Причини цього криються в наступному: 1) використання масажистами великої кількості жаргонних слів і виразів, частина з яких була запозичена з медичної термінології, але застосовується неправильно або протилежно первісного змісту; 2) практичне навчання, здійснюване за сумнівними “авторськими методиками” або на курсах “швидкої підготовки професійних масажистів з дипломами державного зразка”, після яких новоспечений масажист часом стає небезпечний для бажаних зцілення хворих людей; 3) відсутність критичного аналізу результатів, які змушують сумніватися в сумлінності деяких фахівців в області масажу, часто які не є навіть медичними працівниками і займаються практикою під різними “вивісками” в порушенні чинного законодавства; 4) гонитва за швидкою матеріальною вигодою, що дається практикою масажу, в обхід серйозних наукових досліджень масажної дії. В таких умовах практика “маніпуляцій” є спірною і нерідко схожа на нелегальне лікування або медичне шарлатанство [5].

У результаті з’явилося немало різних систем, технік та методів масажу. Але, не дивлячись на це, частіше за все використовується техніка класичного масажу, яка була науково обґрунтована та відпрацьована у другій половині двадцятого століття. Техніка класичного масажу – спосіб виконання окремих прийомів, які дають можливість досягнути найкращого результату за найкоротший час. Техніка масажу руками сформувалась давно і описана багатьма авторами. На сьогодні найбільш поширена техніка класичного масажу, описана О. Вербовим (1966). Масаж виконується спеціальними рухами рук, що називаються прийомами. О. Вербов виділяє 4 основних прийоми масажу: погладження, розтирання, розминання, вібрацію.

Класифікація прийомів класичного масажу обумовлена не тільки їх впливом на організм людини, але й різницею в техніці виконання прийомів, біомеханічною складовою їх виконання, від якої залежить характер рухів, що здійснює масажист.

Підсумовуючи, вище наведену інформацію, можна зазначити, що при виконанні масажних прийомів, дії масажиста ґрунтуються на основних положеннях біомеханіки. Існує, на наш погляд, помилкова думка про те, що оскільки праця масажиста пов’язана з відносно значною витратою фізичної енергії, він повинен мати велику мускульну силу. З цим не можна погодитися, наш багаторічний досвід показує, що правильне засвоєння робочих рухових навичок, що полягає в умінні залучати до роботи при застосуванні того чи іншого масажного прийому тільки ті групи м’язів, котрі беруть участь в його виконанні, вміння врівноважувати участь правої і лівої руки при масажі дозволяє масажисту значно економити свої сили. При цьому виключно важливе значення набувають циклічність, ритмічність, динамічний стереотип масажних рухів, використання законів біомеханіки в процесі виконання масажних прийомів [4].

Перший біомеханічний закон: найменше використання найбільших важелів. Якщо уявити собі, що наша рука є система кісткових важелів, то чим більше важелів втягується в рух, тим більше м’язів в ньому бере участь. Звідси висновок: якщо той чи інший масажний прийом можна виконати, задіявши

тільки один важіль, то інші важелі не повинні приймати участь у виконанні даного масажного прийому. Другий біомеханічний закон полягає у використанні ваги кісткового важеля. Це означає, що якщо ми хочемо посилити дію будь-якого масажного прийому, то замість збільшення м'язової напруги потрібно ввести в дію силу тяжіння, використовуючи вагу окремих кісткових важелів працюючої руки, або вагу всього тіла.

Третій біомеханічний закон зводиться до максимального застосування дугових рухів в роботі. Пояснюється це тим, що при дуговому русі відбувається розподіл кісткових важелів під час руху, внаслідок чого запобігають зайвим м'язовим скороченням, полегшується ритм рухів і зменшується стомлення. Ось чому в масажній практиці потрібно по можливості уникати осьових рухів, замінюючи їх дуговими. Найбільш економними будуть ті рухи, при виконанні яких використовується спіралеподібна траєкторія виконання прийому [4].

Для зменшення втоми при масуванні велике значення має часта зміна груп працюючих м'язів, яку можна здійснювати шляхом переходу від одного прийому до іншого за умови дотримання відповідних показань до його застосування. За законами біомеханіки ефективний лише той рух, який забезпечує досягнення поставленої мети з найбільшою вигодою для організму: найменшою напругою м'язів, навантаженням на скелет і витратою енергії. В рівній мірі це відноситься і до нерухомого положення тіла людини (лежачи, сидячи, стоячи) [4].

Отже, підвищення ефективності навчання масажистів техніці виконання масажних прийомів, його інтенсифікації вирішуються з позицій різних наук: анатомії, фізіології, біомеханіки, педагогіки, психології. Сучасна біомеханіка включає в себе методи оптимізації рухової діяльності, функціонального підходу і моделювання. Біомеханічний аналіз розглядає тіло людини як біомеханічну систему, яка має біокінематичні пари та ланцюги, які разом з м'язовою системою забезпечують рухові дії масажиста.

Принцип свідомості та активності, які передбачають активну співпрацю студента та викладача. Педагогічна майстерність, професіоналізм викладача полягає в доведенні до свідомості студентів конкретного змісту і значення виконуваних рухів, поясненням не тільки того, що і як виконувати, але і чому пропонується саме цей варіант виконання, а не інший, чому його слід виконувати так, а не інакше і як воно впливає на масажиста при неправильному виконанні. Розглядати кожний прийом з точки зору біомеханіки рухів.

Обов'язково використання принципу поступовості. Тільки від простого до складного, від виконання простих рухів, до виконання комбінованих прийомів. Тільки після оволодіння виконанням прийому кожною рукою окремо, переходити до відпрацювання виконання прийому двома руками. Починати вивчення наступного прийому тільки за умови оволодіння попереднім прийомом. Адже кожен прийом має свої біомеханічні особливості виконання, в залежності від механізму передачі зусилля на масоване тіло.

Тільки систематичні заняття, а це насамперед – регулярні, дають позитивний ефект набуття, закріплення та поглиблення стабільних рухових навичок. Тренувальний ефект у спорті присутній тільки при регулярних та

систематичних заняттях. Особливо це важливо на перших етапах оволодіння руховими навичками.

### Література

1. Архипов О.А. Біомеханічні технології у фізичній підготовці студентів: монографія. – К.: НПУ ім. Драгоманова, 2012. – 520 с.
2. Архипов О.А. Біомеханічний аналіз: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. - К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2010. 224 с.
3. Бернштейн, Н.А. Физиология движений и активность. - М.: Наука, 1990. - 496 с.
4. Вербов А.Ф. Основы лечебного массажа: монография. – 5-е изд. – М.: Медицина, 1966. – 303 с.
5. Ерёмускин М.А. Медицинский массаж. Теория и практика: Учеб. пособ. – СПб.: Наука и Техника, 2009. – 544 с.

**Третякова С.О.**

ДНЗ (ясла-садок) № 12 комбінованого типу  
м. Чугуїв Харківської області

## КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ЧЕРЕЗ УПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

*“Фізичні вправи можуть замінити безліч ліків, а жодні ліки в світі не можуть замінити фізичні вправи”*  
Анджело Моссо

Одним із пріоритетних завдань дошкільної освіти є забезпечення фізичного, психічного та соціального здоров'я дошкільника, його гармонійного розвитку. Проблема зміни підходів до фізичного виховання останнім часом отримала особливу *актуальність*. Скорочення рухової активності, збільшення навантаження і комп'ютеризація сучасних дітей та підлітків, наявність у них мобільних телефонів, планшетів із масою ігрових функцій – ось причини, що ведуть до погіршення стану здоров'я, рівня фізичної підготовленості та зниження інтересу до занять із фізичного розвитку та спорту. Тому й постає потреба заохочення дошкільників та їх батьків до активного фізичного розвитку, щоб допомогти сформувати основні можливості організму, вдосконалити рухові вміння і навички, закласти основи здоров'я та гармонійного фізичного розвитку.

Слабкий фізичний розвиток сучасних дошкільнят потребує особливих технологій, у яких повинен бути врахований увесь комплекс соматичних, фізичних та інтелектуальних проблем. Ці технології повинні, в першу чергу, сприяти корекції не тільки психомоторного, але й мовленнєвого, емоційного і загального психічного розвитку. В умовах дошкільного закладу це можливо завдяки інтеграції інноваційних оздоровчих технологій в освітній процес та раціональній організації рухового режиму.

*Мета досвіду* - формування здоров'язбережувальної компетенції дитини: вміння виконувати основні рухи та гімнастичні вправи; застосовувати здобуті знання, вміння та навички щодо збереження здоров'я на основі її природних задатків та здібностей.

У нашому ДНЗ сформовано модель оптимальної взаємодії всіх спеціалістів, які допомагають у реалізації медико-педагогічного супроводу дитини, створені умови для проведення оздоровчих та фізкультурних заходів щодо формування у дітей мотивації здоров'я і поведінкових навичок здорового способу життя.

У навчальному закладі відкрита та працює група компенсуючого типу № 8 для дітей із порушенням опорно-рухового апарату. Для проведення оздоровчої та корекційної роботи складено та затверджено план адаптаційного фізичного виховання на підставі “Програми розвитку дітей дошкільного віку з порушенням опорно-рухового апарату” (авт. М. Єфименко, А. Шевцова)

Головна складова моєї роботи - різноманітність форм рухової активності вихованців.

В основі розробленої нами моделі фізкультурно-оздоровчої роботи (рис. 1) закладена ідея поєднання традиційних фізичних вправ, відомих фізкультурно-оздоровчих методик із інноваційними технологіями, адаптованими до вікових особливостей дітей, які спрямовані на розвиток основних фізичних якостей дитини відповідно до державних вимог.

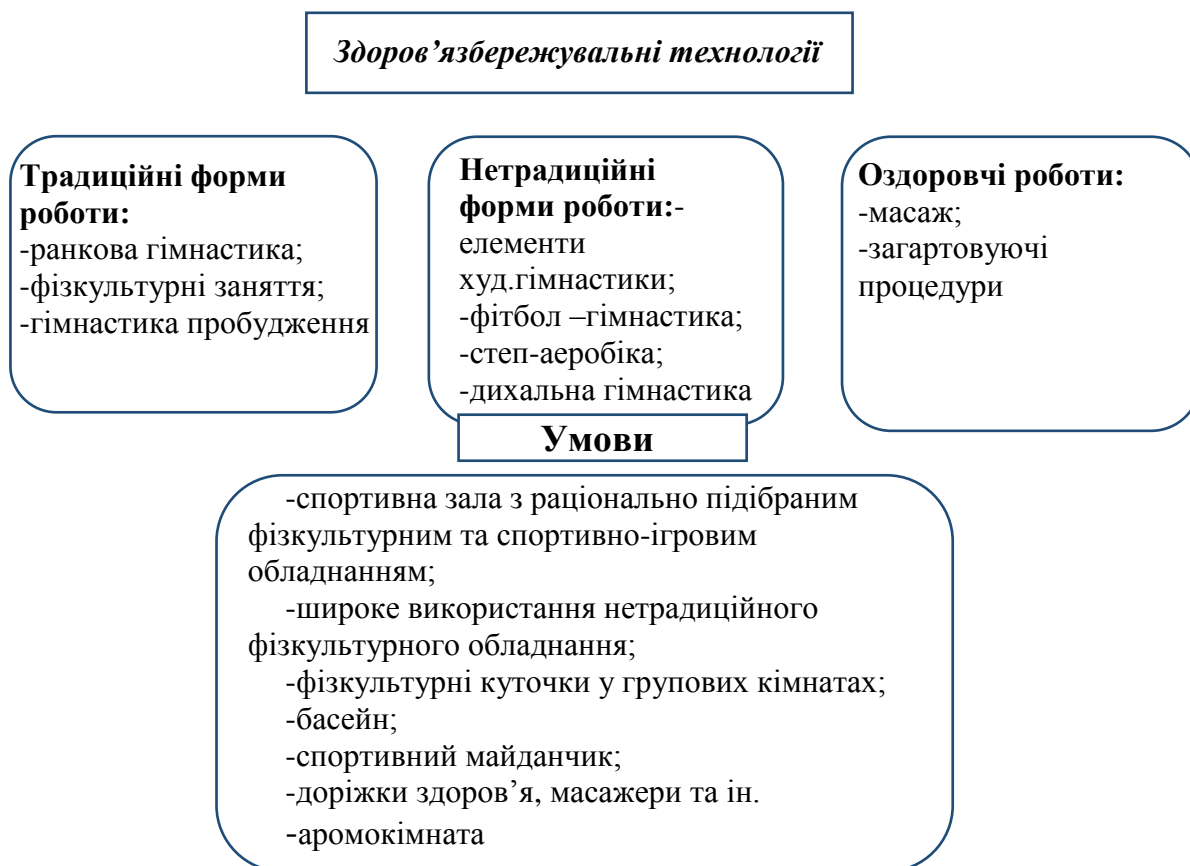


Рис. 1. Модель фізкультурно-оздоровчої роботи в ДНЗ № 12

Розроблена система занять використовується в усіх вікових групах і в тому числі у групі компенсуючого типу для дітей із порушенням опорно-рухового апарату.

Кожен день у ДНЗ починається з *ранкової гімнастики*. В теплу пору року вона проводиться на свіжому повітрі, в холодну – в приміщенні під музичний

супровід. Музично-ритмічні рухи є одним із кращих засобів профілактики і усунення психоемоційного напруження, підвищення працездатності організму. Фізкультурні вправи ранкової гімнастики спрямовані на формування узгодженості та координації рухів, швидкості, тривалості, виховання почуття ритму, сприяють врівноваженню нервових процесів. Наприкінці ранкової гімнастики діти разом промовляють коротенькі речівки про спорт, здоров'я, які стимулюють у дитини бажання займатися фізичними вправами.

Під час навчальних занять із фізичної культури традиційні вправи поєднуються з нетрадиційними. *Одне з трьох занять на тиждень становлять оздоровчі технології.*

Заняття з фізичної культури складається з підготовчої, основної і заключної частини. В основі підготовчої частини - організація групи для майбутнього заняття і розминка, основної частини - забезпечення загального фізичного розвитку, формування життєво необхідних і спеціальних навичок, умінь, вдосконалення рухових, моральних і вольових якостей та заключної частини - завершення навчально-тренувальної роботи дітей з використанням самомасажу, ходіння по доріжках "Здоров'я", що сприяє зниженню навантаження, відновленню організму.

Умолодших групах разом з традиційними вправами використовують *елементи методики М. Єфименко "Театр фізичного розвитку та оздоровлення дітей"* та *оздоровчої методики Жанни та Валентина Козіних "Маленькі чарівники"*, які розраховані на здорових дітей і дітей із відхиленнями в розвитку дошкільного та молодшого шкільного віку. Вони спрямовані на зміцнення здоров'я, розкриття фізичних, інтелектуальних, емоційних творчих здібностей маленької дитини.

На заняттях середніх групах вводиться *фитбол-гімнастика* - виконання гімнастичних вправ на великих надувних м'ячах різного розміру і конфігурації. Ці заняття сприяють корекції психомоторного, мовного, емоційного, загального психічного розвитку дітей дошкільного віку. Вправи на м'ячах доцільно використовувати також під час фізкультпауз, валеохвилинок, свята, прогулянок.

У старших групах використовують *елементи художньої гімнастики*, які спрямовані на формування у вихованців танцювальних рухів, та *стен-аеробіка* - ритмічні рухи вгору-вниз на спеціальній платформі. Такі вправи розвивають рухливість у суглобах, формують склепіння стопи, тренують рівновагу, серцево-судинну, дихальну систему.

З метою розвитку інтересу до спорту, поширення кругозору планується ознайомлення дітей віком 4-6 років із літніми та зимовими видами спорту, спортивними снарядами та інвентарем.

В усіх вікових групах використовують *прийом "Парашут здоров'я"*. Це полотно з різнокольорової тканини. Ігри з парашутом - цікаві командні ігри, які виховують вміння діяти в колективі узгоджено, розвивають спритність, окомір, координацію рухів, увагу, пам'ять.

Для дітей усіх вікових груп доцільно використовувати *дихальну гімнастику*, яка покращує функцію зовнішнього дихання, збільшує силу дихальних м'язів; пальчикову гімнастику для розвитку ручної вмілості дрібної моторики та



координації рухів рук, музично-рухливі ігри, психогімнастику, що дозволяє дитині коректувати свою поведінку і знімати тривожність, агресію, емоційну напругу.

*Моніторинг фізичних якостей* і навичок дітей на початку та наприкінці навчального року свідчить про ефективність даної методики. Облік виконання дітьми дошкільного віку основних фізичних рухів вказує на позитивну динаміку у сформованості загальної і силової витривалості, спритності. Дані діагностики доцільно використовувати під час подальшої роботи з фізичної культури, індивідуальної роботи з дітьми і батьками.

Оцінюючи і зіставляючи результати дитини і нормативи, можемо відзначити зростання фізичних якостей.

Отже, застосування комплексного підходу щодо формування здоров'язбережувальної компетентності у дошкільників дає змогу сформувати і розвинути фізичне, психічне і духовне здоров'я дитини. Результати впровадження традиційних і нетрадиційних технологій на заняттях фізичного розвитку свідчать про ефективність, актуальність, доступність їх використання у будь-якому дитячому колективі.

Послідовність та комплексність обраної фізичної діяльності є ефективним засобом підвищення опірності й захисних сил дитячого організму, оздоровлення, підвищення рухової активності, загартовування й профілактики захворювань, забезпечення належного рівня фізичної підготовленості та фізичної культури взагалі.

### Література

1. Вільчковський Є.С. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку. - Суми: "Університетська книга", 2004.
2. Єфименко М.М. Програма з фізичного виховання дітей раннього та дошкільного віку "Казкова фізкультура". - Тернопіль: Мандрівець, 2014.
3. Єфименко М.М. Театр фізичного виховання та оздоровлення дітей дошкільного віку. Авторський стиль роботи: Методичні рекомендації. - Одеса, 1997.
4. Провозюк Г.Г. Гра і здоров'я. Методичний посібник з питань організації фізкультурної та оздоровчої роботи з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку. - Тернопіль: Мальва-ОСО, 2005.

**Уварова Н.В.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

## СУЧАСНІ ОЛІМПІЙСЬКІ ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СПОРТИВНОГО СКЕЛЕЛАЗІННЯ

У березні місяці цього року у Квебеці (Канада), були затверджені вимоги до спортсменів для здобуття ліцензій для участі у Олімпійських Іграх спортсменами, та умови проведення змагань зі скелелазіння на них. Спортивне скелелазіння буде представлене на Олімпійських Іграх 2020 року, що відбудуться у Токію, як самостійна змагальна дисципліна. Зважаючи на те, що МОК виділив на скелелазіння лише 2 комплекти нагород (по одному чоловікам

та жінкам), було прийнято рішення проводити залік за підсумками багатоборства у всіх змагальних дисциплінах скелелазіння: лазінні на швидкість, на трудність та боулдерінг. Будуть розіграні двадцять ліцензій для чоловіків, та двадцять для жінок, які спортсмени отримують за сумою результатів змагань 2019 року (етапи Кубків Світу та Чемпіонати Світу, всього 19 стартів протягом року).

Змагання на швидкість проводяться на еталонній стінці, висотою 15 м. з кутом нахилу 5°, на якій розміщені дві траси, кожна з яких має ширину 3 м, зачіпки накручені на обох трасах ідентично. Переможець визначається за найкращим часом проходження траси. Змагання на трудність проводяться на нових, не знайомих спортсменам трасах, які вони повинні пройти як найвище, використовуючи при цьому “нижню страховку” (скелелаз застібує мотузку до карабінів у відтяжках по мірі проходження траси).

Боулдерінгом вважають траси довжиною від 6 до 14 перехватів ([правила змагань]), при проходженні яких на результат впливає кількість спроб, витрачених на досягнення фінішної зачіпки. Лазіння відбувається на високих матах, які забезпечують безпеку спортсменів.

За вимогами МОКу спортсменам доведеться виступати у всіх трьох видах змагань, хоча вони потребують дуже різної підготовки. Вперше багатоборство було проведено на Чемпіонаті Світу 2016 року, але не як обов’язковий, а лише як додатковий вид програми.

Що стосується історії проведення змагань, то перші змагання зі скелелазіння були проведені у колишньому СРСР наприкінці 1940-х років. На них увага була сфокусована на змаганнях зі швидкісного лазіння, дуже популярного серед радянських скелелазів до кінця 1980 років.

У 1985 р. в Олімпійському містечку біля Бардонесії (Італія), неподалеку від Торіно, Андреа Мелано, член міжнародної федерації альпінізму та скелелазіння, та Емануель Кассара, відомий італійський спортивний журналіст, зібрали групу найкращих скелелазів та провели змагання “*SportRocia*” [ifcs] на скельному масиві “*Valle Thousand*”. Це були перші змагання у лазінні на трудність, які відкрили нову еру у спортивному скелелазінні. Тисячі глядачів спостерігали за змаганнями та були свідками перемоги німецького атлета Штефана Гловача.

Наступного року змагання були повторені у м. Арко (Італія). Перемогу виборов француз Патрік Едлінгер та його співвітчизниця Катаріна Дестівеллі. За фіналами змагань спостерігали більше 10000 глядачів, їх висвітлювали сім європейських телевізійних станцій.

У 1987 року федерація скелелазіння Франції проводить перші змагання зі скелелазіння у приміщенні неподалеку від Леона, у гімназії Ваулкс-ен-Велін. Ці змагання визначили розвиток спортивного скелелазіння на найближчі роки, багато скелелазів зацікавилися новим напрямом, хоча до цього ставилися до “штучних скеледромів” не дуже привітно.

До речі, перший штучний скеледром був побудований нашим співвітчизником киянином П. Собтенко. Проектування скеледрому почалося ще в довоєнні часи. Проект був погоджений на науковій конференції Українського інституту фізичної культури у 1940-х роках. Реалізувати цей проект вдалося

лише у 1949 році на території альпіністського табору “Накра”, де П. Собтенко будував “штурмову стінку” для занять з альпіністами [1].

У 1989 р. у м. Ялта був організований останній в історії спортивного скелелазіння міжнародні офіційні змагання на скелях. За рішенням міжнародної Федерації всі змагання найвищого рангу повинні були у майбутньому відбуватися на штучному рельєфі, для забезпечення рівних і комфортних умов для всіх учасників заходів, глядачів, телебачення та інших ЗМІ, та з метою захисту довкілля при підготовці трас [2].

На міжнародному з’їзді представники федерації скелелазіння Франції та Поль Брассет переконали керівництво Всесвітньої федерації альпінізму організувати та провести офіційні змагання зі спортивного скелелазіння, які згодом переросли у Світову Серію у 1988 р., та перший Кубок Світу зі скелелазіння у видах швидкість та трудність у 1989 р. У результаті цих змагань, Брассет засновує нову організацію в рамках *UIAA* (сформовану на базі комітету зі скелелазіння), яка бере на себе відповідальність за розробку та впровадження правил змагання, та навчання суддів та підготовників трас.

На початку 1990 р. було організовано кілька великих змагань на найбільших аренах Європи, Японії та США. У 1991 р. було проведено перший Чемпіонат Світу у Франкфурті, Німеччина. Ці старти було вирішено проводити один раз у два роки. А у 1992 році відбувся перший Чемпіонат Європи, вслід за ним, того ж 1992 р. у Швейцарії, у м. Базель, було проведено перший Чемпіонат Світу серед молоді. Велика кількість учасників заходу продемонструвала популярність спортивного скелелазіння серед молодого покоління. Зараз ці змагання проводяться щорічно.

У 1997 р. нова структура *ISS* - міжнародний комітет зі спортивного скелелазіння – був створений у рамках *UIAA*, для того щоб забезпечити автономію цьому виду спорту, та забезпечити його інструментами та засобами, необхідними для розвитку та зростання.

У 1998 р. боулдерінг офіційно був признаний окремою дисципліною у скелелазінні. Змагання у тестовому режимі під назвою “*TOP Rock Challenge*” були проведені у рамках Кубка Світу 1999 р.

У 2000 р. у змаганнях зі спортивного скелелазіння регулярно приймають участь спортсмени понад 45 країн. Календар змагань включає проведення Чемпіонатів Світу, Молодіжний Чемпіонат Світу, Чемпіонати Континентів, Кубки Світу, змагання на континентах та багато неофіційних міжнародних змагань. Також підтримуються заходи для дітей (які по віку не можуть брати участь у офіційних стартах) та аматорів скелелазіння. Понад 75 країн проводять змагання зі скелелазіння по всьому світу, але Чемпіонат Світу та Чемпіонат Світу серед Молоді залишаються найголовнішими подіями у світі скелелазіння.

З 2005 р. спортивне скелелазіння включене у програму Всесвітніх Ігор з Неолімпійських видів спорту, що проходили у Дуйсбурзі, та Азіатських Ігор. Скелелазіння мало великий успіх на цих заходах.

У 2006 році *UIAA* припинило керування спортивним скелелазінням, та підтримало створення незалежної Федерації спортивного скелелазіння.

Цього ж року вперше пройшли міжнародні змагання з Пара-скелелазіння, у Єкатеринбурзі (Росія), паралельно з Чемпіонатом Європи. У них прийняли участь скелелазі з фізичними вадами та сенсорними проблемами з Білорусі, Італії, Японії та Росії.

У січні 2007 р., у Франкфурті (Німеччина), 57 федерацій - представників різних країн, заснували Міжнародну федерацію спортивного скелелазіння (*IFCS*). Статут та устав нової організації, які мають регулювати її діяльність були прийняті одностайно. У квітні 2007 р., на міжнародному мітингу *AGFIS* (Асоціація міжнародних Всесвітніх Ігор) прийняло *IFCS* до свого складу в якості нового члену. Через кілька тижнів після цього скелелазіння внесли до програми Всесвітніх Ігор у Каошунгу, що мали пройти у 2009 р.

10 грудня 2007 р. МОК прийняв до своїх рядів *IFCS*, подарувавши надію на майбутнє введення скелелазіння до програми Олімпійських ігор. На той момент до складу *IFCS* входило більше 80 країн з п'яти континентів.

У 2008 р. проводиться перший Кубок *IFCS* з Пара-скелелазіння у Москві (Росія), який проходить паралельно з Кубками Світу на швидкість та з боулдерінгу. В цих змаганнях прийняли участь спортсмени з різними вадами з України, Білорусі, Росії та Італії

12 лютого 2010 р. МОК зробив офіційну заяву про прийняття скелелазіння до Олімпійської Родина. В той же час була поведена серія Кубків Світу з пара-скелелазіння. Вони проходили у Єкатеринбурзі (Росія), Валь-Даоне (Італія) та Чіба (Японія). 38 скелелазів (26 чоловіків та 12 жінок) з Білорусі, Італії, Японії, Малайзії, Іспанії та Росії взяли в них участь.

4 липня 2011 р. виконавчий комітет МОКу включає скелелазіння до складу нових видів спорту, які мають шанси бути включеними до Олімпійських Ігор 2020 року [3]. Це стало стартом у новому вимірі розвитку спортивного скелелазіння.

Уперше було включено Пара-скелелазіння до програми одинадцятого Чемпіонату Світу у липні 2011 року. Спортсмени з різними вадами були запрошені та приймали участь у церемоніях відкриття та закриття Чемпіонату Світу. 35 атлетів (30 чоловіків та 5 жінок) з одинадцяти країн світу приймали участь у цих змаганнях. На сьогоднішній день, Чемпіонат Світу з пара-скелелазіння проводиться один раз на два роки, паралельно з Чемпіонатом Світу.

Завдяки включенню скелелазіння до списку претендентів на участь у ОІ федерації скелелазіння отримують велику підтримку на місцях та міжнародне висвітлення виду спорту.

У 2014 р. скелелазіння обрано МОК для демонстрації виду спорту на Молодіжних Олімпійських Іграх, що проводилися у Найджині (Китай).

У вересні 2015 р. спортивне скелелазіння було офіційно включене, як новий вид спорту, до програми Олімпійських Ігор, що пройдуть у Токіо у 2020 р.

Перед тренерами та спортсменами постали нові, цікаві задачі: планування тренувального процесу, виходячи з чотирирічного циклу; розробка нових тренувальних програм, для підготовки скелелазя-багатоборця; пошук місць, для відпрацювання "еталонної траси", бо зараз на Україні тільки в Одесі є скеледром

у приміщенні з такою трасою. А у Харкові, Нікополі та Дніпрі вона розташована на вулиці, що обумовлює тренування на ній тільки в теплий період року.

Є надія, що включення скелелазіння до програми Олімпійських Ігор сприятиме розвитку цього виду спорту у нашій країні, і ми разом будемо спостерігати будівництво нових скеледромів та вболівати за наших олімпійців-скелелазів.

### Література

1. Скелелазіння. Правила проведення змагань / укл. Л.М. Самсонова та ін.- К.: ФАиС України, 1999. - 41 с.
2. Скелелазіння у фізичному вихованні студентів: навч. посіб. / Ю.В. Котченко. – Севастополь: СевНТУ, 2012. – С. 9-13.
3. History of international climbing competition [Електроний ресурс]. – режим доступу: <https://www.ifsc-climbing.org/index.php/about-ifsc/what-is-the-ifsc/history>

**Федорець В.М.**

Інститут вищої освіти НАПН України,  
Вінницька академія неперервної освіти

## **ФЕНОМЕНОЛОГІЗАЦІЯ ЗНАНЬ ЯК ЗНАЧИМА СКЛАДОВА МЕТОДОЛОГІЇ РОЗВИТКУ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

*“Все видиме може бути також невидимим,  
але залишається тим, що може бути визначеним”*  
Едмунд Гуссерль

*Rerum cognoscere causas*  
(Пізнати причини речей, лат.)

Проблематика збереження здоров'я є вторинною відносно уявлень про сутність і природу людину. Тому в якому форматі ми визначаємо і розуміємо людину: чи в антропологічному, чи технократичному, трансгуманістичному або формальному – таку й отримуємо систему збереження здоров'я. Ми ж орієнтуємося при створенні методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури перш за все на феноменологічне [2, с. 158-165], екзистенційне і антропологічне бачення людини. Вказані розуміння людини є гуманістично орієнтованими, що співвідноситься з сучасними демократичними і європоцентричними тенденціями розвитку української освіти. Феноменологічне бачення – це перш за все розуміння поліонтологічності і невичерпності людини в форматах свободи, антропологічних і вітальних смислів, Духу, душі та потенційних можливостей здійснення вибору. Це є антитезою до позитивіських, не феноменологічних і “формально-методичних” уявлень про одномірну людину як організм, який потрібно берегти, “ремонтувати” і “нескінченно” вдосконалювати та вчити.

Феноменологічні підходи [2, с. 158-165] для педагогіки не є новими. Але їх реалізація потребує взаємодії чи, точніше, протидії культурі формалізму,

перфекціонізму і ананкастності (в розумінні правильності). І найголовніше – витрат душевних сил педагога і наявності в нього його великої Душі. Традиційно в педагогіці панували позитивістські, технократичні і формальні підходи як відображення освітньої проєкції модерністської парадигми. Особливим винятком були ідеї та досвід В. Сухомлинського та його послідовників.

Проблематика феноменології в педагогії здоров'я визначається перш за все через розуміння і розкриття в людині людського, через значний і домінуючий гуманітарний формат знань, відношень, розумінь, інтерпретацій тощо. Тобто проблему феноменологізації необхідно розглядати в контекстах гуманізації і гуманітаризації з урахуванням протидії сучасним технократичним і редуційним уявленням про людину її здоров'я і освіти. Цей вимір проблематизації нами визначається як феноменологічна освітньо орієнтована проблематика здоров'я, душі, смислів, людського і милосердя.

Для методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури особливе значення також має формування в педагога здатності актуалізувати, розуміти і “бачити” певні феномени – як нормативні, так і патологічні. Відносно феноменологічного розуміння патологічних, вікових і біологічних феноменів існує також досить обмежена педагогічна традиція, що визначає необхідність проведення досліджень у даному напрямі. Тобто це питання феноменології тіла, тілесності, психофізіологічної основи людини та гуманітарно орієнтована проблематика патології. Важливими в даному контексті є питання технологізації і об'єктивізації (як не парадоксально) збереження не тільки здоров'я але й життя дитини.

Феноменологічний підхід в аспекті використання його для розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в педагогічній науковій літературі висвітлений недостатньо, що в сукупності із значимістю для освітньої практики інтегративного збереження психічного, психологічного, духовного і фізичного здоров'я дітей визначає наше дослідження як актуальне.

*Мета дослідження* полягає в антропологічно орієнтованій актуалізації та інтерпретації феноменологічного підходу як важливої складової методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах післядипломної освіти.

Феноменологізація здоров'язбережувальних знань визначається нами як інтегративна епістеміологічно-педагогічна операція, що спрямована на актуалізацію, осмислення, рефлексію, інтерпретацію, розширення й поглиблення розуміння феноменів різної природи, уявлення, які розглядаються як необхідна онтогносеологічна передумова удосконалення педагогічної теорії й практики збереження здоров'я. Для феноменологізації здоров'язбережувальних знань застосовуються феноменологічно орієнтовані когнітивні операції актуалізації, проблематизації, аналізу, осмислення, екзистенціалізації, рефлексії, репрезентації, герменевтизації та інтерпретації значимих для збереження здоров'я феноменів, що визначаються як на рівнях свідомості, об'єктивної реальності, так і в знаннєвому вимірі.

Розуміючи феноменологізацію знань і мислення як цілісний пізнавально-діяльнісний процес, який спрямований перш за все на отримання знань в ціннісно-цілісних форматах, ми виділяємо в даній епістеміологічній операції два полюси чи напрями – знаннево-феноменологічний і ноологічно-феноменологічний. Ми говоримо саме про полюси (напрями), щоб підкреслити цілісність та інтегративність як цінність та актуалізувати наявність переходів між ними. Таке бачення дає можливість також висвітлити значимість і рівноцінність в здоров'язбережувальних знаннях і мислені як знанневого компонента, що є відображенням Логосу (*Logos*), так і смислового (ноологічного), екзистенційного, чуттєвого, міфологічного (*Mifos*), ірраціонального та ціннісного складника пізнання. Про значимість пізнання на основі розуміння вищих смислів в інтеграції з чутливою і кордоцентричною складовою говорить древня мудрість – *Tantum cognoscitur, quantum diligitur* (Ми пізнаємо настільки наскільки любимо). Таке пізнання на нашу думку має включати перш за все феноменологічну складову.

Завдяки цьому здоров'язбережувальні знання і сам процес пізнання розглядається не тільки традиційно виокремлено від інших психічних процесів (емоцій, сприйняття тощо), що прийнято в рамках репродуктивної моделі, а розуміється як аутопоезисний, екзистенційно-ціннісний, смислоформувальний, цілісний, емоційний феномен.

Знаннево-феноменологічний напрям ми визначаємо як освітнє відображення феноменів в інформаційному і знанневому форматах. У такому випадку домінує знаннево-гносеологічна складова уявлень про певні феномени на основі актуалізації їх специфіки, унікальності, темпоральності, просторовості, особливостей взаємодії з другими феноменами та інші характеристики. Цей спосіб репрезентації здоров'язбережувальних знань є наближеним до дескриптивного і репродуктивного відображення феноменів об'єктивної реальності, людини і свідомості. Саме це лежить в основі змістовного та дещо в меншій мірі смислового і ціннісного наповнення знань, які в кінцевому результаті репрезентуються у вигляді навчальних програм і освітніх стратегій та методик їх формування. Від звичайних нефеноменологізованих знань такі знання відрізняються цілісністю, багатомірністю, антропологічною полісемантичністю, змістовним і деяким смисловим наповненням, практичною і вітальною спрямованістю, інтенціональністю, здатністю бути включеним в когнітивний (інтелектуально-ціннісний) компонент компетентності та професійний дискурс, а також як такі, що можуть бути представленими в наративних і схематично-символічних форматах та дискурсивних практиках.

Наведемо приклад розглядаючи нефеноменологізовані (1) і феноменологізовані (2) формати репрезентації здоров'язбережувальних знань.

*Приклад 1. Нефеноменологізовані.* “Серце – це життєво важливий, центральний орган кровообігу. Воно представляє собою порожнинний м'язовий орган, основною функцією якого є нагнітання крові”.

*Приклад 2. Феноменологізовані.* “Серце це центральний орган життя. Це життєво важливий орган, що інтегрує діяльність організму на основі забезпечення і взаємодії його з кров'ю, яку воно постійно, безперервно нагнітає.

Завдяки серцю кров проникає усюди, пронизуючи і наповнюючи собою весь організм. Серце, будучи центральним органом кровообігу, формує разом з системою крові основу внутрішнього середовища організму, що ми можемо формально репрезентувати у вигляді методичного образу-концепту *Людина кров'яно-серцева (Homo Haemocardiacus)* чи висловити як серцеве буття. Основною функцією серця є нагнітання крові, яке можна розуміти як основу і спосіб існування серця. Тобто існування серця процесуально-темпоральне, а не тільки субстанційне. Серце, будучи порожнинним органом, при припиненні своєї роботи втрачає свою унікальну форму кордоїда”.

У другому прикладі змістовний компонент, який стосується безпосередньо морфології серця, незначно більший, як в першому. Але завдяки феноменологічним баченням серця та інтеграції з гуманітарними знаннями і використанню герменевтичних інтерпретацій з'являються нові переважно контекстуальні смисли і передзнання, які включають в себе елементи певного драматизму і психологічного напруження, відображаючи спробу відкрити грандіозність, велич і одночасно вразливість самого життя через семантику біологічних систем – серця і крові. Таким чином складна і багатомірна біосемантика серця репрезентується через смислові контексти життя, крові, людини. Завдяки цьому “невидимо” постають множинні питання смислів буття й існування самої особистості взагалі. Зазначене сприяє формуванню в педагога відповідних вітальних і здоров'язбережувальних смислів та інтенцій, а також виникненню екзистенційно орієнтованих питань, на які вчитель пробує знайти відповідь, аналізуючи і свій життєвий досвід. Це також переводить знання в формат оптимальний для включення їх в когнітивний (інтелектуально-ціннісний) компонент здоров'язбережувальної компетентності.

Розглянемо ноологічно-феноменологічний напрям феноменологізації, який відображає духовну і ціннісно-смислову сутність та спрямованість, антропологічну унікальність [4] і специфіку, інтенціональність та емоційний вимір певних феноменів і знань про них. У контексті цього напрямку феноменологізація здоров'язбережувальних знань і мислення нами розглядаються як необхідна передумова і складова формування в учителя здатності рецептувати й “вибудовувати” феноменологічно орієнтовані знання про збереження здоров'я і співвідносні до них когнітивно-смислові та аксіологічні стратегії, техніки і цілісні образи, а також мислити феноменологічно і діалогічно та бачити дитину і її здоров'я як цілісний і неповторний душевний, духовний, психофізіологічний та життєвий феномен. Ми, називаючи цей напрям феноменологізації ноологічно-феноменологічним, акцентуємо значимість і первинність смислів [4] відносно змісту й психологічного начала. Такі освітньо орієнтовані бачення проблеми є подальшою розробкою та інтерпретацією ідей Віктора Франкла, який виділив ноологічну сферу як первинну і значно ширшу щодо до сфери цінностей і психологічного.

Також відповідно до феноменологічно орієнтованих ідей Е. Гуссерля [1], які інтегративно визначаються його сентенцією “Назад до речей”, та ноологічних уявлень В. Франкла [4], а також філософсько-антропологічних бачень Х. Субіри [3], ми розуміємо феноменологію [2, с. 158-165] як методологію за допомогою,



якої в освітньому процесі організованому на принципах фасилітації, можемо допомогти слухачам побачити, зрозуміти та розкрити інтенції і смисли значимих для збереження здоров'я феноменів, а також визначити шляхи до самовдосконалення, самоактуалізації і трансформації через власний пошук чи розкриття (формування) у собі милосердя та співчуття як обов'язкових характерологічних якостей здоров'язбережувальної компетентності. Таким чином, інтегративне застосування феноменологічного підходу та логотерапевтичних і ноологічних ідей В. Франкла нами використовується не тільки для формування когнітивного (інтелектуально-ціннісного), але й особистісно-екзистенційного компонентів здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури.

Наведемо приклад актуалізації ноологічно-феноменологічної напряму феноменологізації. Для цього приклад (2) доповнимо наступним текстом, сформованим на основі гуманітарного і гуманістичного змісту та смислів, що ще більшою мірою сприяє ціннісно-смісловій і екзистенційній рефлексії феномену серця.

*Приклад 3.* “Серце є не тільки життєво важливим органом, воно визначається як центр самого життя та є сутністю людини і витокami її совісті любові і милосердя. Це в психології людини знаходить свої проєкції в специфіці рухової сфери, в поведінці, снах, поглядах на світ, у характері. Ми це можемо зрозуміти, аналізуючи стани, які загрожують існуванню серця: хвороби, навантаження, а також через актуалізацію проблематики доброти, милосердя, любові. Наприклад, нерідко люди із хворим серцем краще розуміють глибину і цінність життя, аніж здорові. Сама наявність проблем із кардіологічним здоров'ям сприяє розкриттю й розумінню своєї екзистенції, створює передумови до екзистенційного наповнення та знаходження смислів буття. При недостатності кровообігу (ішемії) серця (в розумінні міокарду) у передінфарктному стані в людини нерідко виникає екзистенційних страх...”

Важливою складовою розуміння серця є те, що як у світській, так і в релігійних традиціях серце визначається як духовний центр, як місце пересічення світу духовного і матеріального та як храм для Духу. Яскраво це відображено в українському філософському напрямі – кордоцентризмі, а також у китайських, японських, іудейських, індійських, арабських та інших культурних традиціях. У цьому плані є цікаві сучасні нейрональні дослідження, в яких висвітлюється можлива когнітивна функція серця – “розум серця”.

Вказаний зразок опису серця містить домінуючий знанневий компонент, сформований на основі ідеї знанневої феноменологізації (приклад 2). Продовжуючий його варіант (приклад 3) як прояв ноологічно-когнітивної феноменологізації, який доповнює знанневий (приклад 2), разом з ним сукупно є первинними текстами, які можуть мати переважно орієнтувально методологічне і смислове значення для методики викладання. Це обумовлено тим, що гуманітарна складова відображена в феноменологічному, герменевтичному й аксіологічному форматах репрезентує високу “концентрацію” смислів на фоні відсутності їх ситуаційних інтерпретацій. Ми говоримо про серце взагалі, а не конкретизуємо у вигляді певної ситуації, у формі наративу. Тому така подача матеріалу може розглядатися як первинна і орієнтувальна, але разом з тим як і необхідна складова.

Для розгортання смислів та інтенцій, висвітлених і в прикладі 1 і 2 нам необхідно перевести вказані два описи в комунікативно-дискурсивні, діалогічно-дискурсивні, наративні, ситуаційно-аналітичний і маєвтичні формати.

### **Висновки**

1. Актуальним антропологічно орієнтованим напрямом методології розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах післядипломної освіти є феноменологізація знань про здоров'я. Феноменологізацію здоров'язбережувальних знань ми розуміємо як інтеграцію епістеміологічно-педагогічну операцію, спрямовану на актуалізацію, осмислення, рефлексію, інтерпретацію та розуміння феноменів різної природи, кінцевим результатом якої є формування у фахівця орієнтованих на здоров'я смислів та інтенцій, а також феноменологічного мислення та відповідних ціннісно-смыслових установок і орієнтацій.

2. Феноменологізацію здоров'язбережувальних знань ми актуалізуємо в двох полюсах (напрямах) – знаннево-феноменологічному і ноологічно-феноменологічному. Для оптимального феноменологічного осмислення і ціннісно-смыслові рефлексії освітньої проблематики здоров'я, а також формування відповідних антропологічно орієнтованих смислів та інтенцій ми використовуємо комунікативно-дискурсивні, діалогічно-дискурсивні, наративні, ситуаційно-аналітичний і маєвтичні формати репрезентації здоров'язбережувальних знань. Використання на заняттях фасилітативних освітніх практик, що розкривають і використовують ресурс інтерсуб'єктивного і комунікативного виміру знань важлива складова методики феноменологізації здоров'язбережувальних знань.

### **Література**

1. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. Т. 1. – М.: ДИК, 1999. – 293 с.
2. Иванова Д.Н. Феноменологическая педагогика в проблемном поле онтологии / Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. – 2010. – Вып. № 2, Т. 2. – С. 158-165
3. Субири Х. Чувствующий интеллект. Часть 1. Интеллект и реальность. - М.: Институт философии, теологии и истории св. Фомы Аквинского, 2006. – 304 с.
4. Франкл В. Человек в поисках смысла. Библиотека зарубежной психологии. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

**Халайджі С.В.**

Одеська національна академія харчових технологій

## **ТЕСТУВАННЯ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ НА ЗАНЯТТЯХ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ ДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДОГЛЯДУ**

Сучасне життя вимагає від майбутніх працівників різних галузей нашої країни міцного здоров'я, достатньо високого рівня фізичної підготовленості, фізичної витривалості, гарного стану серцево-судинної та дихальної систем. Разом з тим, за останні 10 років рівень здоров'я та фізичної підготовленості студентів різко знизився. Більш ніж 50% студентів мають відхилення у стані здоров'я [1, с. 18].

Відомо, що практично всі сторони людського життя визначаються рівнем здоров'я людини. С. Омельченко стверджує, що “у країні склалася кризова соціально-економічна ситуація, яка призводить до значного погіршення здоров'я населення, підриву системи охорони його здоров'я і руйнування економічних умов її подальшого розвитку, яка ще довго буде відображатися не лише на демографічному, а й на соціально-економічному розвитку країни” [2, с. 444].

Погіршення стану здоров'я та зниження рівня фізичної підготовленості студентів показує неадекватність традиційного підходу до викладання фізичної культури у вузі. Отже, пошук нових шляхів та технологій оздоровлення студентської молоді є вельми актуальним.

Найчастіше навчальні заняття з фізичної культури починаються у виші до обов'язкового проходження медогляду, і студенти не розділені на різні медичні групи. Щоб не завдати шкоди здоров'ю студентів, але й при тому не втрачати занять до початку медогляду, необхідно мати інформацію про ризик серцево-судинних захворювань у студентів-першокурсників. Проте питанням первинної перевірки рівня стану їхньої серцевої системи до проходження медогляду в літературних джерелах не приділяється достатньо уваги.

*Завданнями* нашого дослідження було підібрати тест на виявлення у студентів ризику розвитку серцево-судинних захворювань та провести його на початку занять фізичною культурою на 1 курсі.

Для вирішення цього завдання використовувалися наступні *методи дослідження*: аналіз літературних джерел щодо поставленої проблеми з метою відбору необхідних тестів, визначення у студентів ступеня ризику серцево-судинних захворювань; статистична обробка результатів тестування та аналіз отриманих даних.

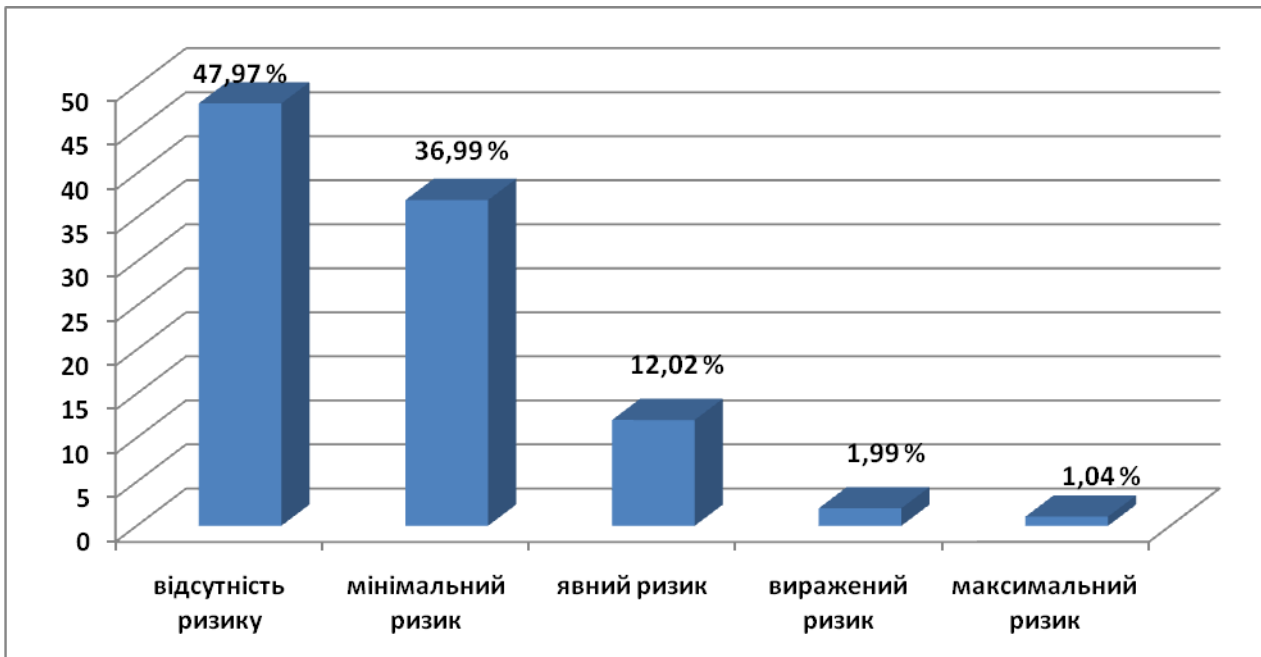
У процесі аналізу літературних джерел були відібрані тестові завдання на виявлення ризику розвитку серцево-судинних захворювань [4, с. 70; 5, с. 10].

У дослідженні взяли участь 1057 студентів 1 курсу 5 структурних підрозділів ОНАХТ: Факультету інноваційних технологій харчування, ресторанно-готельного і туристичного бізнесу (ФІТХРГіТБ), Інституту прикладної економіки і менеджменту (ІПЕіМ), інституту холоду, кріотехнологій та екоенергетики (ІХКіЕ), інституту механіки, автоматизації і комп'ютерних систем (ІМАіКС), технологічного інституту харчової промисловості (ТІХП), інституту механіки, автоматизації і комп'ютерних систем (ІМАіКС).

Завдання на виявлення ризику серцево-судинних захворювань являло собою анкету з 10 запитаннями стосовно віку, полу, артеріального тиску, ваги, схильності до стресу, якості харчування, відсутності або наявності шкідливих звичок, тижневого фізичного навантаження та наявності спадкових чинників.

Залежно від відповідей студенти набирали бали, і за сумарною кількістю балів виявлявся один з п'яти можливих рівнів: 1) ризик серцево-судинних захворювань відсутній; 2) ризик мінімальний; 3) ризик явний; 4) ризик виражений; 5) ризик максимальний.

Результати тестування наведені на рис 1.



*Рис. 1. Ступені ризику серцево-судинних захворювань у студентів-першокурсників (у відсотках)*

Як видно з рис. 1 відсутність ризику серцево-судинних захворювань виявилась у 507 студентів, що складає 47,97% від загального числа, мінімальний ризик показав 391 студент, що дорівнює 36,99%. Явний ризик серцево судинних захворювань спостерігався у 127 досліджених (12,02%). Виражений ризик виявився у 21 дослідженого (1,99%), максимального ризику серцево-судинних захворювань спостерігалось лише у 11 студентів 1,04% респондентів. Результати досліджень допомогли викладачам на першому етапі занять до проведення медогляду розділити студентів на групи згідно до загрози ризику серцево-судинних захворювань і надавати студентам кожної групи адекватне навантаження.

Отже, вивчивши літературні джерела стосовно підбору тесту для визначення ризику серцево-судинних захворювань та проаналізувавши сучасні методи тестування, нами було відібрано тест, що відповідав поставленим завданням. Анкетне опитування студентів для виявлення в них ступеня ризику серцево-судинних захворювань показало, що мінімальний ризик та відсутність такого ризику спостерігалось майже у 85% досліджених, а виражений та явний ризик виявився лише у 3,03% респондентів. Уважаємо, що данні нашого дослідження можна рекомендувати для вхідного тестування студентів вишів до проходження ними обов'язкового медичного огляду.

### **Література**

1. Апанасенко Г., Долженко Л. Рівень здоров'я та фізіологічні резерви організму // Теорія і практика фізичного виховання і спорту. –2007. - № 1. – С. 17-21.
2. Раєвський Р.Т. та ін. Використання здорового способу життя студентською молоддю України // Теорія і практика фізичного виховання. – 2006. - № 1/2. – С. 442-448.
3. Омельченко С. О. Теоретико-методологічні засади взаємодії соціальних інститутів у формуванні здоров'я та здорового способу життя особистості // Молодь і ринок. - 2007. - № 8 (31). - С. 68-73.

4. Душанин С.А., Пирогова Е.А., Иващенко Л.Я. Самоконтроль физического состояния. – К.: Здоровье, 1980.- С. 27.

5. Запесочный А.З. Физическая активность в профилактике ишемической болезни сердца у трудящихся промышленного производства: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – К., 1989. 43 с.

**Чернявський Ю.Д.**

Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця, м. Київ

## **РЕАЛІЗАЦІЯ СТАНДАРТІВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ О. О.БОГОМОЛЬЦЯ**

Здоров'я – це природний капітал, що дається кожному при його народженні, і від розумного розпорядження яким залежать перспективи людини, без якого практично неможливо досягти будь-яких успіхів у житті особистих, професійних [1; 2; 3]. “Здоров'я — не все, але все без здоров'я — ніщо”, — сказав свого часу Сократ. І це, безумовно, так. Перехід до здорового способу життя — це шлях до внутрішньої гармонії [1; 2].

Шляхи формування здорового способу життя впливають з розуміння функціональної структури самого поняття. У першу чергу, і чи не найважливіше – це медична активність (діяльність людей пов'язана з своїм та громадським здоров'ям і спрямована на охорону, зміцнення, відтворення здоров'я [1; 2]. У поняття “здоровий спосіб життя” (ЗСЖ) входять подолання чинників ризику здоров'ю і створення сприятливої обстановки, умов для зміцнення здоров'я, тобто розвиток тих індивідуальних і суспільних чинників, які беруть участь у формуванні здоров'я. Отже, існують два напрями формування здорового способу життя: 1) створення, розвиток, посилення, активізація позитивних для здоров'я умов, чинників, обставин, по суті, формування потенціалу суспільного здоров'я; 2) подолання, зменшення чинників ризику (висока/низька трудова активність, задоволеність/незадоволеність працею, висока/низька медична активність, пасивність, дискомфорт, фізична і душевна рівновага, інтелектуальні здібності, нездоровий побут, життєва позиція, фізична активність тощо).

Обидва аспекти взаємно пов'язані, але на практиці справа нерідко обмежується лише боротьбою з чинниками ризику, які лежать на поверхні, досить добре відомі і вимірювані (зазвичай це великі чинники ризику). Набагато складніше створювати чинники здорового способу життя. Однак не в розмежуванні аспектів полягає проблема, а в конкретних планах, програмах формування здорового способу життя, їх реалізації, зокрема, через що одержали широке поширення так звані програми здоров'я [4]. Практичну модель формування здорового способу життя серед дітей та молоді, яка була розроблена та реалізована у межах українсько-канадського проекту “Молодь за здоров'я”, описано у роботах О. Балакіревої, О. Вакуленко, Р. Левина, Н. Комарової, Н. Романової та ін.

Думка, що розвинута медицина мало допомагає зберігати і примножувати здоров'я суспільства, не нова. У 70-ті роки ХХ століття про це говорив блискучий кардіохірург Микола Амосов у своїй книзі "Роздуми про здоров'я". У ній він висловив побажання і рекомендації, у яких сформульовані основні принципи психології здоров'я, а саме [2]:

- У більшості хвороб винні не природа і не суспільство, а тільки сама людина. Найчастіше вона хворіє від ліні і жадібності, але іноді і від нерозумності.

- Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і великі. Замінити їх нічим не можна. Людина, на щастя, настільки досконала, що повернути здоров'я МОЖНА майже завжди. Необхідні зусилля зростають у міру старіння людини і поглиблення хвороб.

- Величина будь-яких зусиль визначається стимулами, стимули - значимістю мети, часом й імовірністю її досягнення. І дуже шкода, але ще і характером. На жаль, здоров'я, як важлива мета, встає перед людиною, коли смерть стає близькою реальністю.

- Для здоров'я однаково необхідні чотири умови: фізичні навантаження, обмеження в харчуванні, загартовування, час відпочинку й уміння відпочивати. І ще один чинник - щасливе життя! На жаль, без перших чотирьох здоров'я не забезпечується.

- Природа милостива: досить 20-30 хв. фізкультури в день, але такої, щоб захекатися, спітніти і щоб пульс пришвидшився вдвічі. Якщо цей час подвоїти, то буде взагалі відмінно - твердив Микола Амосов.

- Потрібно обмежувати себе в їжі. Підтримуйте вагу як мінімум у співвідношенні зріст у сантиметрах мінус 100. Це - загальновідома формула ідеальної ваги.

- Уміння розслаблятися - наука, якою необхідно оволодіти.

- Кажуть, що здоров'я - щастя вже саме по собі. Це невірно. До здоров'я дуже легко звикнути і перестати його помічати. Однак здоров'я допомагає домогтися щастя в родині і роботі. Допомагає, але не визначає. Правда, хвороба - все ж точно не щастя.

Микола Амосов писав: "Перш ніж навчитися працювати і піклуватися про суспільне благо, якому людина буде служити, вона повинна навчитися піклуватися про самого себе. Це насамперед відноситься до вчителів і лікарів, що займаються вихованням і лікуванням підростаючого покоління" [1; 2].

Роль формування здорового способу життя стає основним, універсальним засобом первинної профілактики і, отже, базою стратегії охорони і зміцнення здоров'я, воно має стати стрижнем всіх програм здоров'я, усіх профілактичних територіальних і галузевих програм [1]. Мають бути передбачені спільні дії органів і установ охорони здоров'я, освіти і культури та ін. Здійснення заходів первинної профілактики повинно бути найважливішим обов'язком всієї мережі лікувально-профілактичних установ і особливо служб первинної медико-санітарної допомоги. Також, не лише заклади охорони здоров'я мають розглядатися як форпости формування здорового способу життя, а й навчальні

заклади (школи, університети). Найважливіша функція і завдання всіх органів та установ – ефективна пропаганда здорового способу життя [1; 2]. Вона має ґрунтуватися не стільки на санітарній освіті, скільки на засобах гігієнічного виховання, тобто на навчанні гігієнічним навичкам, дотриманню правил і норм поведінки та їх активній реалізації в конкретних умовах життя. Суттєвою перешкодою для успішного формування ЗМЖ залишається низька медична культура значної частини населення [1; 2]. Це свідчить про невисоку загальну культуру, так як гігієнічна грамотність і культура – частина загальної культури і освіченості людей. Є обґрунтовані припущення включати в навчальні програми і плани всіх навчальних закладів викладання основ гігієнічного виховання, формування ЗСЖ. Це, перш за все, стосується медичних навчальних закладів (курси – валеології, санології). Вони навчають лікарів формуванню здорового способу життя.

“Сучасна молодь вкрай неграмотна в питанні здорового способу життя. Наркоманія, паління, вживання алкоголю, токсикоманія – часто це вбачається кращим дозвіллям серед певної частини юнаків та дівчат” (О. Лозовицький). Організація дозвілля є одним із важливих завдань на шляху соціалізації молоді, адже діяльність, якій присвячено вільний час, конструктивно впливає на формування особистісних якостей: інтелектуальних, моральних, культурних, на фізичний розвиток молодого покоління [1; 2]. Нереалізованість надлишку вільного часу, відсутність сформованості культури дозвілля призводить до посилення негативних процесів у молодіжному середовищі (вживання алкоголю, наркотиків, спроб суїциду, агресії) [3]. Проблема соціалізації молоді та підлітків сьогодні стоїть досить гостро у всьому світі, і викликає інтерес педагогів, вчених, соціальних працівників багатьох країн. Кафедра фізичного виховання і здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця приділяє велику увагу зацікавленості студентів у тих чи інших видах спорту і сприяє організації дозвілля студентів, що не лише розвиває їх фізичний стан, а й соціальний і розумовий. Студенти НМУ мають можливість займатися у різноманітних секціях: футболу, силового жонглювання, чоловічого і жіночого гирьового спорту, баскетболу, плавання, настільного тенісу, легкої атлетики, волейболу, шахів, кікбоксингу. Кожного року студенти НМУ беруть участь у легкоатлетичному кросі. Студенти регулярно, активно беруть участь в універсіадах, спортивних змаганнях з різних видів спорту серед студентів вищих навчальних закладів. Задля заохочення студентів до занять традиційно влаштовуються товариські зустрічі з ігрових видів спорту між командами професорсько-викладацького складу і студентами. Іноземні студенти також беруть участь у масових змаганнях. У 2009 р. в НМУ була заснована відкрита універсіада з семи видів спорту, в якій кожного року приймають участь команди різних вузів Києва. До того, що студенти беруть участь у міжуніверситетських змаганнях, більшість на цьому не зупиняється, а навпаки. Кафедра фізичного виховання і здоров'я тренує, навчає і закликає до участі у більш серйозних змаганнях (чемпіонати України, Європи, світу). Багато студентів з НМУ неодноразово посідають призові місця на етапах кубків світу. Таке спортивне дозвілля не лише загартовує характер, покращує фізичний стан, а й дозволяє

знайти нових друзів, згуртовує не лише команди чи факультети одного вишу, а й налагоджує міжособистісні стосунки студентів з різних вишів. Також досить важливим є те, що об'єднуються студенти не лише в командах чи секціях, а й з прихильниками, вболівальниками. Ті студенти, які не можуть займатися певним видом спорту мають можливість спостерігати за грою, вболівати, підтримуючи гравців університетської команди. Залучення студентів до різноманітних секцій формує здоровий спосіб життя. Заклики до участі (так звана пропаганда) у конкурсах, змаганнях, турнірах спрямовані на проведення культурного дозвілля. Проведення змагань сприяє розвитку ЗСЖ серед студентів.

З наведеного можна зробити *висновок*, що здоровий спосіб життя (ЗСЖ) – це будь-які дії поведінки і діяльності людини, що благотворно (!) впливають на її здоров'я. ЗСЖ можна визначати як діяльність людини, відповідну медико-гігієнічним нормам. У формуванні здорового способу життя проблемою залишається слабка мотивація його необхідності у населення [2; 3; 4]. За даними досліджень виявляється, що набагато більшу увагу респонденти приділяють окремим складовим (чинникам), таким як харчування, паління, а не всьому комплексу заходів з його реалізації, починаючи з гігієнічної гімнастики, дотримання режиму дня і т.п. Поки дуже непереконливо звучать заклики вести здоровий спосіб життя без доведення його вирішального впливу на поліпшення показників здоров'я на конкретних прикладах [3]. Саме в цій справі першорядна роль повинна належати практичним лікарям, майбутнім лікарям (студентам-медикам). Роль формування здорового способу життя – основний, універсальний засіб первинної профілактики і, отже, база стратегій охорони і зміцнення здоров'я, воно має стати стрижнем усіх програм здоров'я, усіх профілактичних територіальних і галузевих програм. Мають бути передбачені спільні дії органів і установ охорони здоров'я, освіти і культури та ін. Найважливіша функція і завдання всіх органів та установ – ефективна пропаганда здорового способу життя. Суттєвою перешкодою для успішного формування ЗСЖ залишається низька культура здоров'я значної частини населення [3].

Організація дозвілля є одним із важливих завдань на шляху соціалізації молоді. Нереалізованість надлишку вільного часу, відсутність сформованості культури дозвілля призводить до посилення негативних процесів у молодіжному середовищі (вживання алкоголю, наркотиків, спроб суїциду, агресії) [2; 4]. Студенти НМУ не завжди мають можливості займатися у спортивних секціях на підставі об'єктивних та суб'єктивних причин, проте мають велике бажання. Таке спортивне дозвілля не лише загартовує характер, покращує фізичний стан, а й дозволяє знайти нових друзів, згуртовує не лише команди чи факультети одного вишу, а й налагоджує стосунки між вишами. Залучення студентів до різноманітних секцій формує здоровий спосіб життя. Будь-яка робота щодо пропаганди здорового способу життя направлена на вирішення важливої задачі, основна мета якої – збереження майбутнього нації [2].

### Література

1. Амосов М.М. Моя система здоров'я. - К.: Здоров'я, 1997. - 56 с.
2. Амосов М.М. Раздумья о здоровье. - М.: Физкультура и спорт, 1987. - 64 с.



3. Головаха Є.І., Паніна Н.В. Соціальне самопочуття населення України // Українське суспільство на порозі третього тисячоліття / Під ред. М.О. Шульги. - К.: Ін-т соціології НАН України, 1999. - С. 398-409.

4. Міхєєва Л. Особливості формування здорового способу життя у молодого покоління // Український науковий журнал "ОСВІТА РЕГІОНУ". - 2011. - № 3.

**Шаповалова Ю.В.**

Харьковский областной Дворец  
детского и юношеского творчества

## **ГЛАВНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА**

Здоровье человека – залог успеха. Здоровый человек способен на достижение многих целей. Его не отвлекает ни головная боль, ни вздутие кишечника, ни боль в суставах. То, как мы выглядим и чувствуем себя, напрямую зависит от того, что мы едим, и присутствует ли в нашей жизни спорт. Эти два важных фактора играют главную роль в здоровье человека.

Обучение правильному образу жизни должно начинаться с первых дней. Родителями, педагогами школ, руководителями секций, кружков, тренерами. Но очень важно не только то, чему мы учим детей, но то, как мы это делаем. Чтобы достичь результата, недостаточно сказать ребенку “нельзя”, “это навредит твоему здоровью”, или “ты должен этим заниматься”, “это полезно для твоего организма”. Необходимо рассказывать – “почему”. И чем красочней будет ваше повествование, тем больше впечатлен будет ребенок. И не только ребенок, этот метод срабатывает и на подростках и даже на взрослых.

Я – руководитель танцевального коллектива. И для меня важен результат моих учеников. Для победы на конкурсах и фестивалях танец должен быть хорошо отработанный и синхронный, с четкими красивыми движениями, иногда резкими и быстрыми, иногда медленными и пластичными, иногда с использованием акробатических трюков. Но ничего не получится, если танцор не будет иметь крепкие мышцы и хорошую выносливость. Поэтому большое внимание на своих тренировках я уделяю физической подготовке. И не просто говорю им что делать и сколько, а рассказываю подробности: зачем нужны крепкие мышцы человеку, какую функцию они выполняют в нашем организме, где, какая мышца находится и как правильно ее “прокачать”. Внимательно слежу за правильным выполнением каждого упражнения, параллельно рассказывая своим ученикам о важности наличия крепких мышц для здоровья человека.

Ученые всего мира уже не раз доказали о большой пользе физической нагрузки для здоровья. Научные работники из Великобритании, основываясь на полученных результатах в исследованиях, пришли к выводу, что по физической силе мышц можно многое узнать о том, в каком состоянии находится организм человека и о его долголетию. “Регулярные занятия спортом могут быть эквивалентны омоложению на десять лет”, - говорит доктор Рай Шепорд из университета в Торонто. “Количество мышц в теле человека является ключевым фактором для метаболизма”, - уверяют ученые из университета Оттавы.

Мышцы или мускулы (от лат. *musculus* — мышка, маленькая мышь) — органы тела человека, состоящие из упругой, эластичной мышечной ткани, способной сокращаться под влиянием нервных импульсов. Предназначены для выполнения различных действий: движения тела, сокращения голосовых связок, дыхания. Мышцы позволяют двигать частями тела и выражать в действиях мысли и чувства. Какие бы действия ни совершал человек, будь то улыбка, смех, плач, произнесение слов, ходьба, бег, работа, игра, чтение или принятие пищи — в них участвуют мышцы. В теле человека 640 мышц (в зависимости от метода подсчета дифференцированных групп мышц их общее число определяют от 639 до 850).

Благодаря физическим тренировкам мы совершаем следующее: укрепляем состояние костной ткани. Тренируясь, мы даем нагрузку костям, которые становятся более плотными. В итоге, уменьшаем риск заболеть остеопорозом; контролируем вес. В процессе наращивания мышц организм сжигает больше калорий. Поэтому чем сильнее развита мускулатура, тем нам легче контролировать свой вес; уменьшаем риск травм. Крепкие мышцы защищают от травмы суставы. Это позволяет сохранять гибкость, чувство равновесия и быть в хорошей форме; развиваем выносливость. Становясь сильнее, мы не так быстро утомляемся; укрепляем чувство уверенности в себе. О какой неуверенности или депрессии можно говорить с такой подтянутой фигурой?; укрепляем сон. Люди, которые регулярно выполняют программу физических упражнений, гораздо реже страдают от бессонницы; противодействуем хроническим заболеваниям. Тренировки уменьшают проявления многих хронических проблем, таких как артрит, боли в спине, депрессия, диабет, ожирение и остеопороз.

Если мышцы не тренировать, то с годами мышечная масса (а значит, и сила) сокращается. Ученые подсчитали: без тренировки мышц взрослый человек теряет от двух до трех килограммов мышечной массы каждые 10 лет. Вывод очевиден: силу либо укрепляешь, либо теряешь. Мы инстинктивно потягиваемся по утрам, чтобы подготовить наше тело к дневным нагрузкам. В то же время растяжка придает тонус мышцам, улучшает кровоток и попросту поднимает настроение. А теперь представьте, какую пользу принесет вашему организму утренний зарядка.

Но нельзя забывать и о побочном эффекте хорошей тренировки – крепатуре. Этим термином в научном мире называются те неприятные ощущения в теле (мышцах), из-за которых порой хочется бросить занятия. И чтобы этого не произошло, достаточно объяснить ученикам, почему это происходит и как облегчить эти неприятные ощущения. Конечно же, учитывая возраст учеников, объяснение должно быть на понятном для них “языке”. В мышечных болях после тренировки нет ничего плохого, крепатура - это нормальная реакция на необычное напряжение и является частью процесса восстановления, которая приведет к увеличению выносливости и силе мышц. Эта боль является хорошим показателем того, что у вас была хорошая тренировка за день до этого. Когда вы больше не испытываете такого рода боль, то это признак того, что ваш организм уже адаптирован к тренировочной программе. Для наилучших результатов

тренировочную программу (физическую нагрузку) я усиливаю приблизительно каждые 2-3 месяца.

Крепатура мышц является результатом микроскопических разрывов в мышечных волокнах. Количество разрывов (в результате и болевые ощущения) зависят от того, как тяжело и как долго вы занимаетесь спортом, и какие упражнения вы делаете. Любые движения и упражнения, к которым вы не привыкли, может привести к крепатуре мышц. Крепатура или синдром отсроченной мышечной боли (СОМБ), как правило, проявляется в течение первых 2 дней после новой и активной физической нагрузки, затем медленно спадает в ближайшие несколько дней. Как правило, крепатура проходит сама на следующем занятии полностью или частично. Срабатывает понятие “клиноклином”.

Физические нагрузки нужны человеку на протяжении всей жизни. Но для этого телу необходима энергия. Нашему организму для выполнения любой работы и для его функционирования нужна энергия, которую он получает из продуктов питания. О том, что правильное питание – это один из основных фундаментов, на котором строится здоровье, известно если не каждому, то многим. Правильное употребление “хорошей” пищи способно предотвратить множество проблем и решить существующие. Постоянное соблюдение принципов правильного питания позволит поддерживать оптимальный вес, укрепить иммунитет, нормализовать метаболизм, функции пищеварительной и других систем. Также это поможет продлить молодость и сохранить, а иногда даже и вернуть здоровье организма. Но, к сожалению, многие не придают этому большого значения.

Для меня, как и для многих других педагогов, очень важно, чтобы ученики не пропускали занятия по причине болезни, чтобы были активными физически и всегда имели хорошее настроение. Поэтому мне не все равно, чем они питаются. На каждом занятии я уделяю время для “полезной минутки здорового питания”. Мы говорим о полезности и вреде напитков и продуктов. Я никогда не информирую учеников, что что-то кушать нужно, а что-то нельзя. Красочно, иллюстрировано рассказываю и показываю то, что происходит с их организмом, когда в желудок попадает газировка, сок, сухарики, овощи, шоколад и многое другое. После полученной информации ученики самостоятельно принимают решение и делают свой выбор в пользу того или иного продукта. Считаю этот метод наиболее эффективным, особенно для детей младшего и среднего возраста.

Вот уже третий год как я использую данный метод на своих занятиях. И могу с уверенностью сказать, что это – работает. Мои ученики хорошо знают, что и когда следует кушать перед тренировкой и после нее. Во время разминки у них не колит в боку и нет чувства тяжести в желудке. Они активные, сильные, выносливые и всегда в хорошем настроении. В группах старшей возрастной категории, помимо вреда и полезности продуктов, считаю, жизненно важно объяснять что такое калории. Все хотят иметь красивую и стройную фигуру. Но зачастую многие следуют неправильному решению этого вопроса. Предположив, что калории, описанные на упаковке, - это жир, голодают,

изнуряют себя физической нагрузкой, считая, что лишь так можно избавиться от лишнего веса; и еще хуже, верят рекламе, испытывая на себе действие различных препаратов. Обо всем этом нужно говорить, и учить принимать правильные решения, без вреда для своего организма.

Калориями называют единицу измерения энергии, а не количество жира. Метаболические процессы в организме человека напрямую связаны с энергообменом, так как обмен веществ не может существовать без расхода калорий, равно как и наоборот. Главный расход калорий всегда приходится на работу основных внутренних органов: сердце, дыхательную систему, печень, почки и некоторые другие органы. Даже в состоянии относительного покоя идет непрерывный энергетический расход. Калории – это энергия, получаемая организмом в процессе питания. Лишь избыток калорий преобразовывается в жировую массу. Избавиться от жировых накоплений можно с помощью правильных физических нагрузок, которые не только способны убрать лишние килограммы, но сделать фигуру стройной и подтянутой и здоровой.

Необходимо сформировать понимание о потребностях нашего организма и использовании его ресурсов. Владея информацией, человек принимает верные решения. Придерживаться здорового образа жизни – это единственный правильный выбор для каждого из нас. Здоровье – это самая большая “инвестиция”, в которую вкладывать нужно с детства. Ведь одной из главных задач общества – вырастить здоровое поколение.

**Шепеленко Т.В.**

Український державний університет  
залізничного транспорту (м. Харків)

## **МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ В УКРДУЗТ**

Світовою наукою накопичено досвід, який стверджує необхідність систематичних занять фізичними вправами для поліпшення здоров'я, підвищення специфічної та неспецифічної стійкості і працездатності. Стало загально відомим, що значення фізичної культури у попередженні відхилень у фізичному розвитку й анатомо-фізіологічних порушень опорно-рухового апарату надвелике. Велика й роль фізичної культури у профілактиці та лікуванні неспецифічних захворювань дихальної системи, порушень обміну речовин, низки розладів функції травлення тощо. Також фізична культура є діючим чинником лікування неврозів. Особлива роль фізичної культури щодо попередження порушень постави та деформації хребта полягає на період росту організму [1].

Широке використання засобів фізичної культури людьми різного віку має велике оздоровче та профілактичне значення. Заняття фізичними вправами – це перспективний шлях неспецифічної профілактики багатьох захворювань, функціональних відхилень у роботі внутрішніх органів. Фізичне тренування та

загартовування організму повинно здійснюватись регулярно та на усіх етапах розвитку сучасної людини [1].

Яка молода людина не бажає бути сильною, спритною, витривалою, мати гармонійно розвинуте тіло та високу працездатність? Як відомо, гарний фізичний стан – запорука успішного навчання та у майбутньому плідної роботи. Але, нажаль, не всім природа дарує такі якості. Однак їх можна придбати, якщо вести здоровий спосіб життя та займатися фізичними вправами.

Нажаль, за останні роки підвищився рівень захворювань серед молоді. Одна з причин цього явища – різке зниження фізичних навантажень, вплив несприятливих факторів: забруднення навколишнього середовища, не правильне та не якісне харчування, шкідливі звички, стреси та ін. Аналіз медичного обстеження студентів Українського державного університету залізничного транспорту (далі УкрДУЗТ) виявив що найбільш розповсюдженими захворюваннями серед студентів є захворювання кишково-шлункового тракту, захворювання опорно-рухового апарату, порушення зору, порушення органів дихання, у деяких випадках відмічається комплекс захворювань [5].

У табл. 1 показані основні захворювання студентів УкрДУЗТ за контингентом у порівнянні за три навчальні роки.

Таблиця 1

Розповсюджені захворювання студентів I го курсу УкрДУЗТ

Кількість студентів I-го курсу	Поруш. кишково-шлункового тракту	Поруш. зору	Поруш. опорно-рух. апарату	Поруш. органів дихання	Комплексні захворювання
<i>2014 – 2015 навч. рік</i>					
842	15/1,8%	37/4,4%	31/3,7%	28/3,3%	12/1,4%
<i>2015 – 2016 навч. рік</i>					
620	23/3,4%	26/4,2%	20/3,22%	12/1,9%	7/1,12%
<i>2016 – 2017 навч. рік</i>					
624	25/4%	43/6,8%	48/7,7%	29/4,64%	8/1,28%

Інтенсифікація навчального процесу, темп життя, який постійно зростає, нерациональний режим праці та відпочинку, інформаційні, психоемоційні перенавантаження у процесі навчальної діяльності, відсутність знань про свій фізичний стан, про можливості організму призводить до перенавантажень, нервово-психічних зривів та виникненню соматичних захворювань.

З перших днів навчання студенти I-х курсів поставлені у незвичні умови: з одного боку, вони зустрічаються з інтенсивним навчальним процесом, до якого не всі підготовлені ні фізично не психологічно, з іншого боку – не всі випускники шкіл, сьгоднішні студенти, мають навички у раціональному плануванні дня та знань з основ здорового способу життя [4; 5].

Однією з важливих задач вищого навчального закладу є підготування конкурентоспроможного фахівця, який володітиме професійною компетенцією, творчим відношенням до справи, психофізичною витривалістю, здібністю до

високо інтенсивної праці і всі ці риси може відображати тільки здорова та психічно стійка людина [2].

Для рішення проблеми збереження здоров'я студентів УкрДУЗТ розроблена концепція та методологічні підходи до створення здоров'язбережувальної системи професійно-освітнього процесу з формування культури здоров'я.

В основі концепції по створенню здоров'язбережувального середовища у системі професійного навчання полягають принципово нові підходи, які дозволяють створити умови для неперервного виховання здоров'я, формування мотивації зміцнення власного здоров'я та образу життя.

Фізичне виховання в УкрДУЗТ проводиться на I-х та II-х курсах і здійснюється в таких формах:

*Навчальні заняття:* обов'язкові заняття (практичні, методичні, теоретичні); консультативно-методичні заняття, які спрямовані на надання студентам методичної та практичної допомоги в організації та проведенні самостійних занять з фізичної культурою та спортом; індивідуальні заняття для студентів, які мають слабку фізичну підготовку, або студентів, що відстають в оволодінні навчальним матеріалом. Такі заняття організуються особливим розкладом кафедри протягом навчального року, канікул та на період виробничої практики.

*Позанавчальні заняття:* фізичні вправи у режимі навчального дня (малі форми самостійних занять); заняття у спортивних секціях за інтересами та клубі студентського естрадного майстерства; самостійні заняття фізичними вправами, спортом, туризмом; масові оздоровчі, фізкультурні та спортивні заходи.

Таке комплексне використання всіх форм фізичного виховання забезпечує включення фізичної культури в образ життя студентів та дозволяє досягти оптимального рівня фізичної активності.

При розробці моделі комплексного підходу до культури здоров'я в умовах УкрДУЗТ була сформульована *робоча гіпотеза:* формування здоров'я та розвиток особистості у професійному освітньому закладі будуть ефективними, якщо: на основі комплексного підходу розробити та впровадити до навчального процесу здоров'язберігаючі технології (впровадження нових методик); сформулювати у контингенту, що займається, мотивацію до підтримки власного здоров'я та особисто орієнтованому навчанню (постійне введення до практичних занять нових видів фізичної активності, проведення мастер-класів та ін.); проведення методологічних семінарів за питань здоров'язбережувальних технологій [3; 4; 5].

Курс фізичного виховання і масової спортивно-оздоровчої роботи в УкрДУЗТ покликаний розв'язати ще одне важливе завдання. Адже студенти при закінченні університету повинні бути фахівцями високої кваліфікації, працювати у великих колективах, деякі стануть керівниками різноманітних установ [3].

Для того щоб простежити за фізичним розвитком студентів університету кафедрою фізичного виховання та спорту використовується "Паспорт здоров'я студента", до якого починаючи з I-го курсу заносяться основні медичні

показники (вагово-зростовий показник, ЧСС та ін.), результати випробувань фізичної підготовленості тощо.

Вивчаючи особливості життєдіяльності студентів, можна стверджувати, що більшість слухачів вищої школи не піклуються про підтримання свого здоров'я, так як це потребує прояву вольових зусиль. Це є результатом низької активності особистості, поведінкової пасивності та безграмотності. В останні часи людина стає споживачем свого здоров'я а не його виробником, що свідчить про недостатній рівень знань та культури [3; 4].

Кафедра фізичного виховання та спорту постійно досліджує та проводить аналіз фізичного здоров'я студентів. Методика дослідження полягає у тестуванні фізичної підготовленості. Дослідження проводяться на усіх курсах. За результатами дослідження можна робити висновки, що середні показники постійно збільшуються при систематичному використанні моделі комплексного підходу [3].

За даними досліджень встановлено, що 15% студентів I-го курсу УкрДУЗТ мають високий рівень фізичної підготовленості, 62% мають середній рівень та 23% студентів мають низький рівень фізичної підготовленості. Стосовно II-го курсу результати є такими: 19% студентів мають високий рівень фізичної підготовленості, 78% - мають середній рівень фізичної підготовленості та тільки 9 % студентів мають низький рівень фізичної підготовленості. На III-х – V-х курсах показники фізичної підготовленості такі: 15% - високий рівень, 55% - середній рівень, 30% - низький рівень фізичної підготовленості. Слід відмітити, що показники фізичної підготовленості на III-х – V-х курсах знижуються. В основному це явище залежить від деяких чинників: фізичне виховання проводиться тільки на I-х – II-х курсах, і тільки небагата кількість старшокурсників відвідують заняття у групах спортивного удосконалення.

Отже, студенти старших курсів не зацікавлені у покращенні стану фізичної підготовленості. Так як фізичне виховання проводиться тільки на I-х та II-х курсах не має можливості контролювати їх фізичний стан. Тому необхідно обов'язково постійно мотивувати студентів до фізичного самовдосконалення, прищеплювати їм бажання до систематичних занять фізичними вправами, до ведення здорового способу життя й тим самим бути здоровими [4; 5].

### **Література**

1. Виленский М.Я., Горшков А.Г. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: Учеб. пособ. – М.: Гардарики, 2007. – 218 с.
2. Коршунов О.О. Професійно-прикладна фізична підготовка майбутніх фахівців залізничного транспорту: Навч.-метод. посіб. для фіз. підгот. студ. - Харків: УкрДАЗТ, 2004. – 58 с.
3. Шевченко В.П. Діагностика фізичного стану студентів: Навч.-метод. посіб. – Харків: ХарДАЗТ, 2000. – 79 с.
4. Шепеленко Т.В., Шевченко В.П., Лучко О.Р. Фізична культура та основи здорового способу життя студентів. Гігієнічні основи фізичного виховання та спорту: Конспект лекцій. – Харків: УкрДАЗТ, 2009. – 34 с.
5. Шепеленко Т.В., Шевченко В.П. Методичні рекомендації щодо проведення занять з фізичного виховання зі студентами спеціальних медичних груп: Конспект лекцій. – Харків: УкрДАЗТ, 2006. – 18 с.

## МОДЕРНІЗАЦІЯ БАЗОВОГО КУРСУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ СЕРЕДНІХ КЛАСІВ СІЛЬСЬКИХ ШКІЛ

Найважливішим стратегічним надбанням будь-якої нації є здоров'я її громадян. Стан здоров'я громадян України, у тому числі підростаючого покоління, викликає обґрунтовану тривогу. Вчені [1; 3], відмічають, що близько половини школярів страждають різними невротичними синдромами, 33% випускників шкіл мають обмеження за станом здоров'я, число дітей з порушенням осанки за 8 років навчання в школі зростає в 3 рази. Разом із захворюваннями в підлітковому віці зустрічаються також відхилення фізіологічних функцій, які не носять характеру захворювання, а є відображенням критичних станів розвитку або адаптаційних синдромів.

Серед чинників, що впливають на рівень здоров'я учнів (екологічних, біологічних, соціально-економічних та ін.) значне місце займає існуюча система традиційної шкільної освіти. У цих умовах усе більш значимим є пошук ефективних шляхів здоров'язбережувальних функцій освіти. Базовою умовою вирішення цієї проблеми є активне використання оздоровчого потенціалу фізичного виховання учнів загальноосвітніх шкіл [4].

Урочна форма, яка базується на стандартно-нормативному підході, коли в якості модельних характеристик для певної групи учнів використовуються стандартні популяційні нормативи, створює видимий ефект доброї організації, але не витримує перевірку часом через повну невідповідність її духу. Сучасні уявлення біології, теоретичної медицини і психології зводяться до того, що для оптимізації стану людини потрібний індивідуальний підхід. Аналогічні висновки роблять фахівці з фізичного виховання. Відповідно – індивідуалізація процесу фізичного виховання в школі є одним з найважливіших відправних положень в реалізації здоров'яформувальних функцій освіти. Принципове місце в цьому випадку повинно зайняти визнання пріоритету індивідуалізованих тренувальних дій [1; 2].

У зв'язку з цим, є актуальним, з теоретичної і практичної точки зору, розробка індивідуалізованого підходу до організації процесу фізичного виховання учнів середнього шкільного віку.

*Мета роботи* - модернізувати процес фізичного виховання учнів 5-6 класів сільських шкіл шляхом використання методу індивідуально-групових занять з урахуванням розвитку фізичних якостей.

Унаслідок нових тенденцій в освіті, поставлені завдання в області розвитку базової фізичної культури, залежить від розробки і обґрунтування інноваційних технологій, механізмів їх впровадження в практику освітніх шкіл. Модернізація шкільної освіти пропонує реалізацію принципу варіативної програми з фізичної культури, використання у фізичному вихованні науково-технологічних досягнень спортивної культури у рамках загальноосвітньої школи, яка дає



можливість виявити невикористані резерви для зміцнення здоров'я, гармонійного розвитку, підвищення розумової і фізичної активності підростаючого покоління [4].

Середній шкільний вік (підлітковий) - період максимальних темпів зростання всього організму, відповідальний етап не лише біологічного дозрівання, але і соціального дорослішання дитини. Основна спрямованість фізичного виховання підлітків фокусується на формуванні інтересу до систематичного зайняття фізичними вправами. У цей період відбувається зростання самосвідомості дитини, здійснюється перехід від конкретного мислення до абстрактного [2]. При організації фізичної активності підлітків необхідно враховувати особливості розвитку рухових якостей, наявність взаємозв'язку різних сторін фізичної підготовленості із станом здоров'я школяра [3]. Зайняття фізичними вправами для дітей середнього шкільного віку повинно проходити не лише з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку рухових якостей, але і феномену сенситивності. Онтогенез моторики школяра має гетерохронний (нерівномірний) характер розвитку різних ланок і систем морфології і функцій організму, які забезпечують реалізацію рухової діяльності. Фізична підготовка повинна співпадати за характером з природними прискореннями в розвитку окремих елементів і структур моторики та з поточною здатністю темпів приросту окремих фізичних якостей у дітей.

Традиційна система фізичного виховання базується на урочній формі та стандартно-нормативному підході організації уроків фізичної культури, коли в якості модельних характеристик для певної групи учнів використовуються стандартні популяційні нормативи, абсолютно не враховуючи індивідуальність учня. Такий підхід створює видимий ефект гарної організації, є самодостатнім, але не може забезпечити природну відповідність педагогічних, навчальних, виховних і тренувальних ефектів від занять фізичними вправами, а, отже, реалізувати оздоровчу спрямованість. Усереднене навантаження для одних мале, а для інших велике. На уроках фізичної культури є присутніми діти, які помітно відрізняються один від одного за рівнем фізичної підготовленості та рухової обдарованості.

Індивідуалізація процесу фізичного виховання більш ніж в два рази підвищує оздоровчо-розвиваючу ефективність від занять фізичними вправами. Індивідуально-груповою організацією процесу фізичного виховання дітей середнього шкільного віку на основі обліку особливостей розвитку рухових якостей дозволить кожному учню запропонувати ті навантаження, які найбільш відповідають його природженим задаткам.

Визначившись із стратегією організації процесу фізичного виховання дітей середнього шкільного віку, необхідно приступити до розробки програми та її реалізації.

Для цього необхідно оцінити початковий рівень фізичної підготовленості учнів і розділити їх на три групи з урахуванням особливостей розвитку рухових якостей.

До першої групи повинні входити школярі з вираженими швидкісними і швидко-силовими якостями, але низьким рівнем витривалості. До другої

групи– учні з вираженою витривалістю, але низьким рівнем швидкісних і швидко-силових якостей. До третьої групи повинні входити з рівномірним проявом швидкісних якостей і загальної витривалості. Розподіл необхідно робити у кінці навчального року, чи в крайньому випадку - на початку нового (при невеликому навантаженні).

При реалізації модернізованого курсу фізичного виховання дітей середнього шкільного віку на основі індивідуально-групової організації навчального процесу слід урахувувати технічну підготовленість учнів. Оцінка технічної підготовленості учнів здійснюється переважно на основі базових програмних вправах (наприклад, лазіння по канату без допомоги ніг, підйом переворотом на перекладині).

Змістовна частина навчальної програми планує включати два взаємозв'язані компоненти: базовий - визначається змістом освіти з фізичної культури рекомендованої МОН України; варіативний - в експериментальних групах спрямованість педагогічних дій реалізовувалася з урахуванням прояву і розвитку витривалості та швидкості, в контрольній групі - на базі стандартно-нормативного підходу.

Комплексний підхід до планування процесу фізичного виховання школярів неможливий без урахування можливостей усіх форм роботи і їх тісної інтеграції. У рамках загального офіційного курсу фізичного виховання урок є основною формою фізичного виховання учнів і спрямований на розвиток фізичного потенціалу і реалізації закладених в програму загальноосвітніх завдань. Позаурочні форми фізичного виховання в годинному вираженні перевищенням урочних, проводяться на основі індивідуально-групової організації занять, тому вони на відміну від урочної форми проведення занять більш варіативні і дозволяють більшою мірою індивідуалізувати процес навчання. Органічний, індивідуалізований взаємозв'язок урочних та позаурочних форм фізичного виховання школярів дозволить реалізувати цілеспрямоване і контрольоване розгортання адаптаційних процесів в організмі дитини, які забезпечують виражений оздоровчий ефект.

В експериментальних групах загальнофізичної підготовки учням будуть пропонуватися фізичні навантаження з урахуванням прояву і розвитку витривалості і швидкості:

1. Тренувальні цикли на розвиток загальної витривалості. Обстежуваним пропонувалися навантаження помірної потужності тривалістю 5-10 хвилин та великої потужності 3-5 хвилин. Інтервал відпочинку 5-7 хвилин. Короткочасний інтервал відпочинку сприятиме швидкому відновленню функцій і формуванню специфічного механізму адаптації.

2. Тренувальні цикли, спрямовані на розвиток швидкісних якостей. Встановлено, що швидкісна робота на коротких відрізках може проводитися впродовж двох днів із збільшенням об'єму навантаження на другий день на 15-20%. На третій день доцільно включати прискорення на довгих відрізках (30-40 сек), які висувають менші вимоги до швидкісних якостей. Для відновлення дається три-чотири дні, впродовж яких рекомендується проводити тренувальне заняття з навантаженням помірної інтенсивності та невеликим об'ємом.

3. Тренувальні цикли на розвиток швидкісних якостей і витривалості. Це поєднання першого и другого циклів.

Комплексний підхід до планування процесу фізичного виховання і його реалізація у школярів контрольної групи планується здійснюватися без урахування особливостей розвитку їх рухових якостей, на основі стандартно-нормативного методу.

Таким чином, результати проведених досліджень учнів середнього шкільного віку з вираженою аеробною і анаеробною працездатністю дозволили встановити, що залежно від індивідуальних особливостей розвитку рухових якостей учнів середнього шкільного віку однаково, педагогічна дія робить різноспрямований вплив на фізичну підготовленість дітей.

Для дітей середнього шкільного віку, які мають природну обдарованість до роботи на витривалість, найбільш раціональною системою побудови тренувальних дій являється програма з переважним розвитком витривалості. Із загального об'єму фізичних навантажень 70-75% доводяться на вправи з аеробної роботи і 25-30% - з пріоритетом анаеробних джерел енергозабезпечення. При плануванні змісту занять засоби підбираються так, щоб забезпечити переважний розвиток витривалості.

Для дітей з вираженою анаеробною працездатністю, які мають природну обдарованість до швидкісної і швидкісно-силової м'язової діяльності найбільш раціональною системою тренувальних дій являється програма з переважним розвитком швидкісних якостей. Із загального об'єму фізичних навантажень 55-60% доводяться на вправи з аеробною роботою і 40-45% - з анаеробним джерелом енергозабезпечення. При плануванні змісту занять засобу підбираються так, щоб забезпечити переважний розвиток анаеробних можливостей організму.

Для дітей з рівномірним проявом швидкісних якостей і загальної витривалості найбільш раціональною системою тренувальних дій являється комплексна програма на розвиток швидкісних якостей і загальної витривалості. Із загального об'єму фізичних навантажень 60-65 % доводяться на вправи з аеробним і 35-40% - з анаеробним джерелом енергозабезпечення. При плануванні змісту занять засобу підбираються так, щоб забезпечити рівномірний розвиток анаеробних і аеробних можливостей організму.

### **Література**

1. Інноваційні технології у фізичному вихованні школярів: навч. посібник для студ. вищ. навч. закладів / Н.В. Москаленко, О.О. Власюк, І.В. Степанова, О.В. Шиян. – Дніпропетровськ: Інновація, 2011. – 238 с.

2. Теория и методика физической культуры: Учебник / под. ред. проф. Ю.Ф. Курамшина. – 4-е изд., стереотип. – М.: Советский спорт, 2010. – 464 с.

3. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Частина 2. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. – 248 с.

4. Шуба Л.В. Педагогічні аспекти удосконалення структури уроку фізичної культури для дівчат 11–12 років // Вісн. Чернігівського держ. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт: зб. наук. пр. – Чернігів: ЧДПУ ім. Т.Г. Шевченка, 2013. – Вип. 112. – С. 357–360.

## **ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ**

Зниження рухової активності за рахунок штучного розвитку різних засобів транспорту та зв'язку, стреси, пасивність до виконання фізичних вправ, недосипання, перевтома, неправильне харчування та ненормований режим дня – все це на сьогодні призводить до порушень у здоров'ї сучасної молоді. На сьогодні спостерігається значне зниження інтересу студентів до фізичних вправ. А тривале перебування за комп'ютером в одній і тій же позі, відпочинок переважно за читанням або переглядом телепередач, обмежують їх рухову активність. Таке тривале зниження рухової активності призводить до виражених і стійких порушень, які поступово стають не зворотними. Такі як погіршення здатності м'язів скорочуватися, порушенню обміну речовин, розвитку атеросклерозу судин, виникненню різних хвороб: гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, судинних захворювань, порушень постави з ураженням кістково-м'язового апарату. Особливо ж малорухомість позначається на кровоносних судинах, серці та нервовій системі. Гіподинамія обумовлена сучасним способом життя, механізацією і автоматизацією виробництва. Через це і виникає необхідність у вишукуванні найбільш раціональних фізіологічних методах боротьби з недоліком рухової активності. Одним з таких засобів є фізичні вправи, які компенсують її нестачу.

Фізичне здоров'я розглядається як стан гармонії морфологічної структури тіла і функціонального стану систем організму. Зменшення фізичної активності і є однією з причин порушення цієї гармонії. Тому, все більшої актуальності набуває проблема формування у молоді позитивного відношення до виконання фізичних навантажень.

Для зміцнення фізичного здоров'я постійно треба застосовувати регулярні фізичні вправи (щоденна рухова активність, обов'язкове ходіння і біг, навантаження м'язової тканини, масаж як відновлення активного кровообігу), вживання натуральних продуктів, щоденне приймання вітамінів, зменшення кількості жирів і легкозасвоюваних вуглеводів, розвантажувально-дієтичні дні та періоди, регулярне і повноцінне харчування), почуття задоволення, радості і щастя. Регулярне фізичне тренування, підвищений руховий режим молоді сприяє підвищенню функціональних можливостей їх організму. Рухова активність забезпечує необхідні і достатні показники фізичного розвитку і фізичної підготовленості, готовності до виконання основних соціальних функцій, високу працездатність, відносно низьку втомлюваність в процесі навчання, міцне здоров'я і низьку захворюваність в умовах навчання.

Систематичне застосування фізичних вправ покращують нервову регуляцію дихальної системи, вони сприяють підвищенню окисно-відновних процесів за рахунок більш повноцінної утилізації кисню. Це забезпечується збільшенням глибини дихання, виробленням більш повноцінного ритму його, використання

допоміжних дихальних механізмів, насичення артеріальної крові киснем. Значно змінюється морфофункціональна характеристика дихальної системи: розвиваються дихальні м'язи, збільшується загальна ємність легень. Робота м'язів призводить до розширення судин і деякому зниженню артеріального тиску, що зменшує навантаження на серце і нормалізує його діяльність.

Найменший ризик розвитку захворювань та максимальне збільшення тривалості життя було у найбільш у фізично активної молоді, які щоденно витрачали близько 2000 кілокалорій. Здійснюється дія на центральну нервову систему. В результаті постійного продумування і повторення вправ виникає модель майбутньої дії, яка значно полегшує виконання наступних рухових дій.

При позитивних емоціях, які виникають під час занять фізкультурою, відбувається різне збудження симпатичної частини автономної нервової системи, покращується діяльність органів чуттів, підвищується тонус і працездатність центральної нервової системи. Механізм позитивної дії фізичних вправ на організм людей, які займаються фізичною культурою нейроендокринно-гуморальний. Нервова ланка цього механізму: покращення динаміки – основних нервових процесів кори півкуль великого мозку (збудження і гальмування); удосконалення умовно-рефлекторних зв'язків, утворення позитивного емоціонального на лаштування до фізичних вправ і збудження в центральній нервовій системі; утворення моделі рухової дії в центральній нервовій системі для виконання і удосконалення рухових актів.

Систематично виконувані фізичні вправи стимулюють умовно-рефлекторну діяльність, сприяють утворенню нових умовно-рефлекторних зв'язків між корою великого мозку, підкорковими утвореннями, внутрішніми органами і працюючими м'язами. Покращують динаміку основних нервових процесів – збудження і гальмування, збільшують їх рухомість, врівноваженість і силу, що здійснює вплив на діяльність основних систем організму, в тому числі і серцево-судинної.

Механізм позитивної дії фізичної активності являється основою для реалізації занять фізкультурою в різному віці при умові вивчення пристосувальних можливостей організму за допомогою рішень методів дослідження.

Стимулюючий вплив рухової активності проявляється в підвищенні функціональних резервів, працездатності, сили, витривалості. Покращується самопочуття, появляється відчуття бадьорості, нормалізується сон, апетит.

При адаптації до фізичних навантажень покращується скоротлива здатність міокарда, знижується потреба кисні підвищується вміст глюкози, білку і активність ферментів, необхідних для ефективної і тривалої роботи серця. Це призводить до економізації роботи серця і підвищенню енергетичних ресурсів. Основні фізіологічні показники в стані спокою у тренуваних, знаходиться на більш "економічному" рівні, а максимальні можливості при м'язовій роботі більш високі, ніж у не тренуваних.

Регулярні заняття фізкультурою підвищують опір організму застудним та інфекційним захворюванням, сприяють фізичному і нервово-психічному розвантаженню людини, тобто підвищують витривалість, толерантність і

адаптацію людини до негативних явищ навколишнього середовища. Фізичні навантаження являються гарним відпочинком після занять розумовою працею. На жаль, студенти не завжди беруть це до уваги.

Тому, *метою нашої роботи* було визначення фізичних здібностей студентів першого та другого курсів за допомогою анонімного тестування за Е. Лоро.

Результати показали, що тільки 58% студентів першого курсу пристосовані до фізичної діяльності, 42% – треба виконувати підготовчі вправи та рекомендуються помірні фізичні навантаження. Серед студентів другого курсу: 62% – пристосовані до фізичної діяльності, а 38% – є потреба виконувати підготовчі вправи та рекомендуються помірні фізичні навантаження.

Отже, фізична активність пов'язана не тільки з медичними, соціальними, економічними і виробничими аспектами життєдіяльності суспільства, але й з моральними, естетичними аспектами виховання молоді. Тому, для того, щоб виховувати здорове покоління треба навчити молодь правильно поєднувати працю та відпочинок, раціонально харчуватися, загартовуватись, займатись фізичною культурою, що є потужними оздоровчими чинниками. Особливе значення має тут фізична активність, регулярна м'язова діяльність, що лежить у основі життєдіяльності всього організму.

## **Розділ IV. Актуальні проблеми корекційної педагогіки та інклюзивної освіти**

**Голуб Н.М.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

### **ПИТАННЯ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ ЧИТАННЯ ТА ПИСЬМА У ДІТЕЙ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИНЕННЯМ МОВЛЕННЯ**

За останні десятиріччя чисельність дітей із порушеннями мовлення неухильно збільшується, а самі мовленнєві вади виявляються більш складними за етіологією, патогенезом, симптомокомплексом. Зазначена тенденція тісно пов'язана із високим рівнем перинатальної та ранньої постнатальної патології у дітей, яку обумовлюють різні шкідливі фактори, зокрема екзогенно-органічні. Органічні ушкодження мозку накладають відбиток на його розвиток: пошкодження певних мозкових систем призводить до недорозвинення інших систем, найбільш з ними пов'язаних у морфологічному і функціональному відношенні. У дітей із резидуальною органічною патологією ЦНС часто спостерігаються відхилення у розвитку моторики, мовлення, інших психічних функцій. Слід зважати на те, що більшість порушень складних функцій, які формуються у старшому дошкільному і молодшому шкільному віці, пов'язані з відхиленнями у розвитку елементарних функцій, які дозрівають, як правило, у більш ранньому віці (Л. Виготський, Д. Ісаєв, В. Ковальов, О. Лурія та ін.).

Проявами загального недорозвинення мовлення (ЗНМ) є лексичні, граматичні, фонологічні недоліки, які нерідко сполучаються з недостатністю низки когнітивних функцій. У дошкільний період діти часто не можуть опанувати рідною мовою на достатньому за віком практичному рівні, це значною мірою обумовлює виражені труднощі засвоєння ними мовних знань, умінь, навичок у школі. Недорозвинення усного мовлення, функціональної бази (гнозису, мнестичних, мисленнєвих процесів) призводить до значних труднощів формування або порушень писемного мовлення (Е. Данілавичюте, Л. Єфіменкова, О. Корнєв, Р. Лалаєва, Р. Левіна, Т. Пічугіна, І. Садовнікова, Є. Соботович, В. Тарасун, Н. Чередніченко, М. Шеремет, А. Ястребова та ін.). До того ж для таких дітей часто характерні: низька пізнавальна активність, швидка розумова втомлюваність, зниження об'єму уваги, пам'яті, недостатня сформованість умінь планувати, регулювати, контролювати свою діяльність (І. Власенко, Н. Жукова, В. Ковшиков, І. Марковська, І. Мартиненко, О. Мастюкова, Л. Переслені, Т. Фотекова та ін.). Своєю чергою, порушення писемного мовлення негативно відображаються на формуванні особистісних якостей учнів, заважають розвитку в них пізнавальних здібностей і творчих сил.

На жаль, не всі діти із ЗНМ до початку навчання у школі отримують спеціальну педагогічну допомогу в логопедичному кабінеті дитячої поліклініки

або логопедичній групі ДНЗ. Навіть при відвідуванні логопедичних занять не у всіх дітей дошкільного віку вдається повністю виправити недоліки мовленнєвої системи. Зазначені труднощі пов'язані із:

- більшім пізнім виявленням дітей із ризиком виникнення в них порушень усно-мовленнєвої та писемно-мовленнєвої діяльності (як правило, це діти з обтяженим анамнезом – перинатальною або ранньою постнатальною патологією ЦНС, але з незначними відхиленнями у психомоторному й мовленнєвому розвитку в ранньому дошкільному віці, саме через те, що виражених порушень у дітей не спостерігається, їм не надається своєчасна логопедична допомога);

- складністю самої мовленнєвої патології (найчастіше це стосується ЗНМ, обумовленого алалією, тяжкими дизартричними розладами);

- недбалістю ставлення батьків, які не виконують у повному обсязі рекомендації фахівців щодо медичних та психолого-педагогічних заходів корекційного впливу на розвиток дитини, сподіваючись на тимчасовий характер недорозвинення в неї тієї або іншої функції;

- недостатнім рівнем кваліфікованої діагностики та корекційної допомоги у сільській місцевості, невеличких районних центрах.

При вступі до школи дитина із нерізко вираженим ЗНМ не завжди своєчасно звертає на себе увагу саме через недостатню поінформованість педагогів про ті недоліки у її розвитку, які мали місце в дошкільний період. Логопеди нерідко стикаються з відсутністю об'єктивних відомостей про стан нервової та психічної сфери дитини, труднощами збору даних акушерського, особистісного, сімейно-побутового анамнезу.

У контексті зазначеного надзвичайно важливими є питання своєчасної діагностики готовності дітей із ЗНМ до навчання у школі, ретельного обстеження їх мовленнєвої та інших психічних функцій при виникненні в них труднощів розвитку або порушень писемного мовлення під час навчання у школі.

Первинною профілактикою дислексій, дисграфій є усунення факторів їх виникнення. Задля цього рекомендуються наступні заходи [1]: 1) заходи щодо попередження анте- і перинатальної патології плоду і новонародженої дитини; 2) заходи щодо зниження соматичної та інфекційної захворюваності дітей у перші роки їх життя; 3) ранню діагностику і своєчасне лікування перинатальної церебральної патології; 4) ранню діагностику і корекцію порушень розвитку мовлення у дітей; 5) вибір адекватних методів навчання грамоти при наявності білінгвізму; 6) робота з неблагополучними родинами і родинами дітей, які не відвідують ДНЗ; 7) усунення дидактогенних чинників (такими є: невиправданно раннє навчання грамоти, перенесення у дитсадок шкільних методів навчання читання та ін.); 8) забезпечення достатнього за термінами пропедевтичного, тобто підготовчого періоду в першому класі початкової школи.

Вторинна профілактика дислексій і дисграфій полягає у ранньому виявленні схильності до цих порушень і проведенні комплексу профілактичних заходів із дитиною дошкільного віку ще до вступу її до школи. Завданнями вторинної профілактики дисграфій вважається [1]: 1) своєчасне (до початку навчання у школі) виявлення групи ризику (відносяться діти з “ланцюжком” пери- і пост- натальних шкідливостей; з пізнім і аномальним розвитком усного



мовлення; із затримкою психічного розвитку; з вираженою незрілістю зображувальних здібностей; з білінгвізмом); 2) ранню діагностику дисграфій на першому році навчання; 3) формування функціонального базису письма; 4) вибір адекватної методики навчання письму (з точки зору індивідуальних мовних, метамовних і когнітивних недоліків дитини, її когнітивного індивідуального стилю); 5) у низці випадків патогенетичне медикаментозне лікування (стосується дітей із симптомами ММД, резидуально-органічними розладами, церебральною астенією, порушеннями активності та уваги, симптомами диспраксії); 6) рання логопедична і психологічна допомога, що відповідає структурі симптомокомплексу.

З урахуванням етіологічного аналізу дислексії та дисграфії у вітчизняній літературі [2] вказується на необхідність врахування під час підготовки дітей до школи таких факторів ризику: спадкову обтяженість нервово-психічними захворюваннями, мовленнєвими порушеннями та ін; органічну симптоматику, пов'язану з перинатальною та ранньою постнатальною патологією ЦНС (пологова травма, енцефалопатія, гідроцефалія, нейроінфекції та ін.); функціональні порушення НС (неврози, неврастенія, психастенія); незрілість психічних процесів та емоційно-вольової сфери дитини внаслідок недоліків виховання; тимчасову затримку психічного розвитку різної етіології; недостатній рівень підготовки дитини до школи (несформованість різних видів мовного аналізу, графічних умінь, умінь діяти за певним алгоритмом, правилами тощо).

Розвиток мовлення дітей із ЗНМ має відбуватися за напрямками, що формують: 1) уміння і навички, які забезпечують процес сприймання та розуміння мовлення: спроможність впізнавати та розуміти слова відповідно до їх значення, розрізняти за значенням слова, що є схожими за звучанням; розуміти предметно-змістовну сторону висловлення; орієнтуватися на інтонаційну сторону висловлення, що сприяє розумінню мети повідомлення; 2) уміння і навички, що забезпечують процес побудови висловлення: програмувати і передавати певний задум (думку, бажання та ін.); добирати для висловлення слова відповідного лексичного і граматичного значення; правильно відтворювати звуко-складову структуру слів; правильно будувати прості синтаксичні конструкції; використовувати різноманітні види висловлювань відповідно до комунікативного завдання; 3) уміння відрізняти правильно оформлені висловлення від неправильно (помилково) оформлених (як у чужому, так і у власному мовленні), визначати й виправляти почуті помилки; 4) уміння здійснювати елементарні форми мовного аналізу та синтезу (фонематичного, складового, поділу речення на слова, складання речення зі слів).

Слід відмітити, що в контексті сучасних досліджень у систему профілактичних заходів під час роботи з дітьми-дошкільниками "групи ризику" (за схильністю до порушень у формуванні писемного мовлення) мають включатися не тільки заняття з корекції та розвитку в них усного мовлення, а й заходи, що мають корекційно-розвивальний вплив на цілу низку невербальних функцій: гностичних, мнестичних, мисленнєвих, моторних. Тому важливими напрямками корекційно-профілактичної роботи є також: розвиток у дітей уваги, різних видів сприймання, пам'яті, мислення, уяви; формування позитивної

мотивації навчальної діяльності; формування передумов навчальної діяльності (умінь сприймати, запам'ятовувати, виконувати інструкції, планувати роботу, виконувати її зосереджено, до кінця, орієнтуватися під час роботи на систему правил, діяти за зразком, здійснювати елементарні перевірні дії); розвиток лінгвістичних здібностей, засвоєння на практичному рівні ряду лінгвістичних категорій (з привертанням особливої уваги до фонемі як одиниці мовленнєвого акустичного сприйняття), опанування спеціальними навчальними діями (аналізу та синтезу слів у реченні, фонематичного, складового аналізу та синтезу й ін.); формування пізнавальної активності та самостійності.

Отже, порушення писемного мовлення є складними мовленнєвими вадами, що обумовлені ушкодженням або незрілістю певних структур мозку. На дислексію, дисграфію, дизорфографію страждає значний відсоток дітей із ЗНМ, мовленнєвий дизонтогенез у яких обумовлений резидуально-органічною патологією ЦНС. Це потребує цілого комплексу діагностично-профілактичних заходів і систематичної роботи з корекції та розвитку в дітей усного мовлення, моторики, гностичних, мнестичних, мисленнєвих функцій.

### **Література**

1. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. — СПб.: Речь, 2003. — 330 с.
2. Логопедія: підр. / Шеремет М.К., Тарасун В.В., Конопляста С.Ю. та ін.; за ред. М.К. Шеремет. - К.: ВД "Слово", 2010. — 672 с.

**Гордієнко В.В.**

ДНЗ (ясла-садок) № 182, м. Харкова

## **ПРИЙОМИ ТА МЕТОДИ ФОРМУВАННЯ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ**

У роботах науковців, присвячених питанням розвитку дрібної моторики у дітей з порушеннями розвитку, розглядається це питання в залежності від дослідницьких інтересів спеціалістів: розвиток функцій рук засобами фізичного виховання (М. Єфименко, Г. Одинак, Б. Сермеєв, О. Мастюкова та ін.) і фізичної реабілітації (В. Мартинюк, В. Козявкін), компенсаторно-відновлювальними засобами в поєднанні з інтерактивними формами рухової діяльності (Ю. Лянной, Л. Мороз); визначено специфіку формування графічних навичок і корекцію порушень письма (Г. Кузнецова, Е. Данилявічуте, О. Чеботарьова та ін.); розкрито зміст корекційних занять із соціально-побутової орієнтації (Т. Ілляшенко, О. Наумов, А. Обухівська, Е. Постовойтов). Нашим завданням було систематизувати дані їхніх досліджень для використання в практичній роботі логопеда з дітьми дошкільного віку, які мають мовленнєві порушення різного ступеня прояву.

У даний час проблема виховання дітей дошкільного віку з відхиленнями у мовленнєвому розвитку стає все актуальнішою. З кожним роком помітно зростає кількість дітей з порушенням мовлення. Тому дуже важливо якомога раніше виявити і усунути ці порушення, щоб в школі дитина не зазнавав труднощів в навчанні і в спілкуванні з однолітками. Робота в даному напрямку буде

ефективна тільки в тому випадку, якщо в ній візьмуть активну участь вихователь, вчитель-логопед, психолог, музичний керівник, інструктор з фізичного виховання, батьки.

Діти, що навчаються в логопедичній групі, часто не мають впевненої координації рухів пальців рук. Як правило, у них відзначається моторна незграбність, неточність рухів, труднощі в переключенні рухів. Ще в середині минулого століття було встановлено, що рівень розвитку мовлення дітей корелює з сформованістю рухів дрібної моторики рук. Якщо розвиток рухів пальців відстає, то затримується і мовленнєвий розвиток, хоча загальна моторика при цьому може бути вище норми. Доведено, що рухи пальців рук стимулюють розвиток центральної нервової системи і прискорюють розвиток мовлення дитини. Тому постійний розвиток і зміцнення м'язів дрібної моторики необхідно в логопедичній роботі.

У роботі з дітьми нами було поставлено такі завдання: формувати графічні навички, підготувати руку дитини до оволодіння письмом: розвивати дрібну моторику пальців, кистей рук; розвивати точність і координацію рухів руки і очей, гнучкість рук, ритмічність, удосконалювати рухи рук; розвиток психічних процесів: довільну увагу, логічне мислення, зорове і слухове сприйняття, пам'ять, мовлення дітей.

Уміння діяти за словесними інструкціями, дитина порівнює індивідуальний темп виконання з заданим, і вміння самостійно продовжувати виконання поставленого завдання, контроль за власними діями. Поставивши перед собою цілі, завдання, вибравши форми, методи і прийоми навчання, зайнялася підбором матеріалу, зокрема пошуками всіляких пальчикових ігор, поступово формуючи ігротеку. "Пальчиковий ігротренінг": ігри з пальчиками, пальчикові ігри з паличками і кольоровими прищіпками, пальчикові ігри зі скоромовками, віршами, пальчиковий алфавіт, пальчиковий театр, театр тіней.

Використання елементів ТРВЗ (теорія рішення винахідницьких задач) в розвитку дрібної моторики: 1) малювання фарбами різними способами: пензлем, пальцем, свічкою, зубною щіткою тощо; 2) ліплення з використанням природного матеріалу: насіння яблук, дині, кавуна, камінчиків, черепашок тощо; ліплення з солоного тіста; 3) аплікація (мозаїчна, обривання, з паличок, листя, вати та ін.); 4) конструювання з паперу - орігамі. Ручна праця в розвитку дрібної моторики: шиття, вишивання, макраме, плетіння, нанизування бус з паперу, насіння, горобини, бісеру тощо, бісерографія.

Розвиток графічної моторики: малювання за трафаретами, малювання по фігурних лінійкам, штрихування, розфарбовування, робота в зошитах, виконання графічних вправ, робота в цікавих прописах для дошкільнят.

Діяльність з розвитку дрібної моторики проводиться регулярно, на заняттях логопеда та вихователя. Умовно ми виділяємо наступні блоки цієї роботи: блок спеціально організованого навчання в формі занять; спільна діяльність вихователя з дітьми; самостійна діяльність дітей.

Блок спеціально організованого навчання (у формі заняття). Ставляться цілі, реалізація яких вимагає систематичної постановки перед дітьми спеціальних завдань, які відповідають логіці розвитку тих чи інших здібностей (сенсорних, розвитку дрібної моторики, розумових). Дорослий тут завжди ініціатор.

Блок спільної діяльності вихователя з дітьми. Вирішуються завдання з розвитку соціальних навичок, освоєння різних видів діяльності (конструювання, малювання, гри, макраме, ліплення ...). Робота з дітьми в рамках цього блоку виключає спеціально організовані заняття. Створюється мікроклімат, в основі якого повага до особистості маленької людини. Дорослий виступає в позиції партнера дітей, що беруть участь у спільній діяльності, але партнера - ініціатора. При цьому важливо підтримувати самостійність вибору дітей до певного роду активності.

Блок самостійної діяльності. Забезпечує можливість саморозвитку дитини, який вільно вибирає діяльність, що відповідає його здібностям і інтересам. Дорослий знаходиться за колом дитячої діяльності, забезпечуючи предметне середовище для вільної діяльності дітей. Одночасно педагог є потенційним партнером, готовим підключитися до їх активності при проханнях про підтримку та допомогу, в реалізації вільних задумів, а також в конфліктних ситуаціях, що вимагають втручання або при необхідності, педагог допомагає увійти в групу однолітків тій чи іншій дитині, яка виявляє явне прагнення до контакту, але не володіє необхідними способами поведінки.

Кожен з цих блоків необхідний для розвитку дітей, і якою б не була програма не можна реалізувати її в рамках лише одного з блоків. У педагогічному процесі вони повинні існувати, як різні форми, пов'язані більш глибокими відносинами, ніж просте проходження друг за другом у часі з опорою на один і той же матеріал.

Різні види діяльності, що використовуються нами в роботі, при цілеспрямованому їх застосуванні визначають успішну роботу з підготовки дітей до навчання в школі, сприяють розвитку дрібної моторики, координації рухів пальців рук, розумових процесів і оволодіння навичками навчальної діяльності.

Визначивши основний напрямок в роботі, ми постійно шукали нові підходи та прийоми, зокрема створення такого середовища, такої системи розвиваючих відносин, які б розширили можливості дітей, стимулювали їх різноманітну творчу діяльність і в свою чергу сприяли розвитку дрібної моторики і координації рухів пальців, готували руку дитини до письму.

### **Література**

1. Дудьев В.П. Средства развития тонкой моторики рук у детей с нарушениями речи // Дефектология. - 1999. - №4. - С. 50-54.
2. Кольцова М.М. Развитие сигнальных систем действительности у детей. - Л., 1980. - 164 с.
3. Кольцова М.М., Рузина М.С. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. - Екатеринбург: У-Фактория, 2005. - 224 с.

## **СУТНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ**

У статті висвітлюється проблема освітньої інтеграції як початкової стадії соціальної інтеграції загалом; розглядається інклюзивна освіта як невід'ємний складник розвитку сучасного навчання, в основу якої покладено індивідуальний підхід до кожного учня, що є актуальним сьогодні в демократичному суспільстві.

Міжнародні стандарти в галузі прав людини передбачають участь кожної особи в суспільному житті на засадах рівності й без дискримінації (ООН, 1993). Поширення в Україні процесу інклюзивного навчання дітей з обмеженими можливостями фізичного та психічного здоров'я є не тільки нагальною потребою сьогодення, а й ще одним кроком до забезпечення повної реалізації прав дітей з особливими потребами на якісну освіту. Інклюзивна практика реалізує доступ до одержання освіти в загальноосвітньому закладі за місцем проживання та створення необхідних умов для успішного навчання для всіх без винятку дітей, незалежно від їхніх індивідуальних особливостей, психічних та фізичних можливостей. Збільшення кількості народження дітей із порушеннями в розвитку є не лише проблемою українського рівня, а й світового. Підтримка, гуманізм та терпимість у ставленні до дітей з особливими потребами, можливість надання їм доступної та якісної освіти – показники розвитку суспільства, у якому вони живуть. Реалізація прав на освіту дітей з обмеженими можливостями здоров'я розглядається як одне з найважливіших завдань державної політики в галузі корекційної освіти. Здобуття такими дітьми якісної загальної та професійної освіти є однією з основних і невід'ємних умов їх успішної соціалізації, забезпечення повноцінної участі в житті суспільства, ефективної самореалізації в різних видах професійної і соціальної діяльності. Метою роботи з дітьми, які мають порушення психофізичного розвитку, є їхня інтеграція в сучасну систему соціальних стосунків. Діти народжуються з великими потенційними можливостями пізнавати світ сповна, жити, розвиватись і творити в ньому. Спілкування є однією з важливих людських потреб. Дитина з особливими потребами – не пасивний член суспільства, а особистість, яка має право на задоволення власних соціальних потреб, на працю, відпочинок, створення сім'ї, пенсійне забезпечення, доступ до культурних цінностей [5, с. 17].

*Актуальність проблеми* інклюзивної освіти зумовлена, насамперед, тим, що кількість дітей, які потребують корекційного навчання, неухильно збільшується. Дітей, котрі потребують корекції фізичного або розумового розвитку, в Україні понад 1 млн, що становить 12% від загальної кількості дитячого населення в країні. Окрім цього, виявляється тенденція якісної зміни структури дефекту, комплексного характеру порушення в кожній окремій дитини. В основу інклюзивної освіти покладено ідеологію, яка не допускає будь-яку дискримінацію дітей, що забезпечує однакове ставлення до всіх людей,

однак створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами. Навчання таких дітей ґрунтується на принципах виваженої педагогіки, дієвість яких дедалі підтверджується. Вона враховує те, що неоднаковість людей є природним явищем. Через обмеження в спілкуванні, самообслуговуванні, пересуванні розвиток цих дітей значною мірою залежить від задоволення їхніх потреб іншими людьми, а це становить багатогранний процес соціально-педагогічної інтеграції, зокрема, процесу інклюзії. Це потребує створення інклюзивного існування. Суспільство зобов'язане дати змогу кожній дитині, незалежно від її потреб та інших обставин, повністю реалізувати свій потенціал, приносити користь суспільству і стати повноцінним його членом. Водночас, наше сьогодення потребує переосмислення ціннісних орієнтацій в освіті, визначення особливостей кожної дитини, що зумовлено зміною освітньої парадигми на гуманістичну, а саме: “освіта для всіх, школа для всіх” [2, с. 59].

Перед українським суспільством покладено гостру проблему залучення співгромадян, що мають певні особливості фізичного розвитку в соціум, проблему їх активної адаптації, соціалізації та розвитку в межах суспільства і на благо суспільства.

Одним із шляхів розв'язання цієї проблеми є розвиток в Україні інклюзивної освіти, спрямованої на: залучення дітей з обмеженими можливостями в освітній процес; соціалізація дітей-інвалідів у сучасному суспільстві; створення активної поведінкової установки в дітей-інвалідів на впевнене представлення себе в сучасному суспільстві; уміння перетворювати свої недоліки на позитивні якості; зміна ставлення сучасного суспільства до людей з обмеженими можливостями через залучення дітей з обмеженими можливостями в суспільство.

Упродовж останнього десятиліття вітчизняні науковці, зокрема, В. Бондар, А. Колупаєва, Т. Євтухова, В. Ляшенко, І. Іванова, О. Столяренко, А. Шевчук, О. Савченко та інші присвячують свої праці дослідженням проблеми залучення дітей з особливими потребами до навчання в загальноосвітніх навчальних закладах, їх реабілітації та соціалізації. Значний вплив на розвиток системи спеціальних навчальних закладів, удосконалення їх структури, розробку методик ранньої діагностики психічного розвитку дітей мали праці психологів Л. Виготського, О. Венгер, О. Запорожця, О. Киричука, Г. Костюка, Б. Корсунської, С. Максименка, Н. Морозової, В. Синьова, П. Таланчука, В. Тарасун, М. Ярмаченка. У них обґрунтовано принципові положення щодо особливостей розвитку психічних процесів у дітей різного віку, ролі корекційного виховання в підготовці до шкільного навчання, механізмів формування їхньої соціально-комунікативної активності. У дослідженнях учених вивчалася історія становлення і розвитку окремих напрямків спеціальної освіти дітей шкільного віку з різними психофізичними порушеннями. Водночас аналізувалася історія виникнення наукових поглядів на ті чи ті виникнення аномального розвитку та засоби їх психолого-педагогічної корекції.

*Метою статті* є визначення сутності інклюзивної освіти, проблеми та перспективи її розвитку.

Інклюзія – процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціумі і насамперед тих, що мають відхилення у психофізичному розвитку. Він припускає розробку й застосування таких конкретних рішень, які дозволять кожній людині рівноправно брати участь в академічному і суспільному житті. Інклюзія є процесом реального залучення дітей з особливостями психофізичного розвитку до активного суспільного життя та однаковою мірою необхідна для всіх членів суспільства. Дитина з особливими потребами – це не скривджена долею, а насамперед, певний спосіб життя за обставин, що склалися, який може бути дуже цікавий їй та оточуючим людям, якщо порушення розглядати в межах соціальної концепції. Тоді головний сенс процесу інклюзії можна позначити так: “Усім тут раді!”.

*Інклюзивна освіта* – це система освітніх послуг, підґрунтям якої є принцип забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами, зокрема дитини з особливостями психофізичного розвитку, в умовах загальноосвітнього закладу [4, с. 11]. Інклюзивне навчання забезпечує доступ до освіти таких дітей у загальноосвітніх школах за рахунок застосування методів навчання, що враховують їхні індивідуальні особливості. Отримані поза соціумом знання та вміння не могли допомогти їм повністю адаптуватися в суспільстві, підготуватися до подолання неминучих життєвих труднощів, тобто реалізуватися повною мірою як рівноправні і повноцінні члени суспільства. В інклюзивних класах діти з особливими потребами включені в освітній процес. Вони осягають основи незалежного життя, засвоюють нові форми поведінки, спілкування, взаємодії, вчать виявляти активність, ініціативу, свідомо робити вибір, досягати згоди в розв’язанні проблем, приймати самостійні рішення.

Одним із аспектів інклюзивної освіти є забезпечення ефективності навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітньому закладі. Увага зосереджується на соціалізації дітей цієї категорії та якості їхнього навчання. Діти з особливими потребами стають частиною нашого життя. До них ставляться, як до рівних, і як таких, що заслуговують на повагу і сприйняття їх такими, якими вони є. Це те право, яким всі ми користуємося як члени суспільства.

Інклюзія базується на концепції “нормалізації”, в основу якої покладено ідею про те, що життєдіяльність людей з обмеженими можливостями мають бути максимально наближеними до умов і стилю життя всієї громади. Принцип “нормалізації” закріплено низкою сучасних Міжнародних правових актів: Декларацією ООН про права розумово відсталих (1971), Декларацією про права інвалідів (1975), Конвенцією про права дитини (1989) та ін. Зокрема, Декларація ООН про права розумово відсталих є першим нормативно-правовим документом щодо визнання осіб з порушеннями психофізичного розвитку суспільно повноцінною в соціальному сенсі меншиною, яка потребує соціального та правового захисту.

Досвід зарубіжних країн показує, що з будь-якої жорсткої освітньої системи певна кількість дітей виключається, оскільки система не готова до задоволення індивідуальних потреб таких дітей у навчанні. Ця співвіднесеність

становить 15% від загальної кількості дітей у школах. Потрібно розуміти, що не діти зазнають невдачі, а система сприяє цьому. Інклюзивні підходи можуть підтримати таких учнів у навчанні та досягненні успіху, що уможливило б шанси на кращого життя.

Цінними в науково-дослідницькій практиці є результати психолога Л. Виготського. На думку вченого, завданням виховання підлітка з будь-якими обмеженнями здоров'я є його інтеграція в життя. “Ми бачимо, яку цінність набувають загальні колективи інших і нормальних дітей, яку важливість набуває підбір груп і пропорції інтелектуальних рівнів у них”, – стверджував Л. Виготський. Учений у своїх роботах неодноразово зазначав, що наша спеціальна школа не готує дитину до справжнього життя, а тільки віддаляє її від повсякденної реальності. З огляду на це, він уважав за необхідне створення системи навчання, у якій дитина з різними дефектами не вилучається з соціуму, де основним завданням виховання такої дитини є його інтеграція в реальне життя [3, с. 82].

Вивченню проблем упровадження інклюзивної освіти підлітків присвячені роботи психолога С. Альохіної, яка стверджувала, що інклюзивна чи включена освіта – поняття, яке використовується для описання процесу навчання підлітків з обмеженими можливостями в загальноосвітніх закладах, у яких сутністю процесу є неприпустимість будь-якої нерівноправності індивідів з особливими освітніми потребами та водночас створення особливих умов для них. На думку вченого, основна мета інклюзії – створення безбар'єрного середовища в професійній підготовці й навчанні осіб з особливими освітніми потребами. Ця система освіти потребує розробки спеціальних навчальних курсів для педагогів та тих, хто навчається, а також матеріально-технічне оснащення навчальних закладів. За словами С. Альохіної, інклюзивну освіту представлено кількома принципами, які покладено в основу навчання: “Цінність людини не залежить від його здібностей і досягнень” і “Для всіх учнів досягнення прогресу полягає не в тому, що вони можуть робити, а в тому, що не можуть” [1, с. 39].

Зарубіжний досвід й теоретичні дослідження проблем упровадження інклюзивної освіти вчених засвідчують, що в суспільстві склався певний консенсус щодо важливості інтеграції підлітків з обмеженими можливостями здоров'я. Так, у США М. Рейнольдс публікує програму спеціальної освіти, у якій передбачається досягнення якомога більшої участі дітей з обмеженими можливостями здоров'я в загальному освітньому напрямку за принципом: “специфіки не більше, ніж зазвичай”. У 1970 р. американський учений І. Дено пропонує подібну концепцію – модель “Каскад”, під якою розуміється система соціально-педагогічних заходів, що дозволяють дитині з обмеженими можливостями здоров'я ефективніше взаємодіяти в загальному потоці. У 1975 р. США з прийняттям Закону № 94-142 “Про освіту дітей-інвалідів”, покликаною забезпечити право на безкоштовну освіту дітей-інвалідів в державних школах за рахунок коштів федерального бюджету, дали правову основу інтеграційним процесам в освіті.

В Англії в 1978 р. Комітетом з дослідження ситуації навчання дітей і молодих людей з відхиленнями в розвитку була опублікована доповідь



М. Уорнок, у якій окреслено перспективи розвитку інклюзивної освіти шляхом інтеграції дітей з обмеженими можливостями здоров'я в систему загальноосвітніх шкіл. У 1981 р. Закон про освіту затвердив цей напрямок як пріоритетний. М. Уорнок стверджувала, що невдачі в навчанні повинні розглядатися в тісній взаємодії і взаємозумовленості між вихідними характеристиками дитини і результатами педагогічної діяльності педагога, що має пріоритетне значення в навчанні, ніж фахівці-експерти. У 1981 р. Закон про освіту, який переважно врахував рекомендації М. Уорнок, змінив термін “діти-інваліди” поняттям “діти з особливими освітніми потребами” і закликав забезпечити відповідними формами навчання цієї категорії дітей у загальноосвітній школі. Посаду експертів було скасовано й замінено на шкільних координаторів, завдання яких полягало в наданні допомоги і підтримки особливим учням [5, с. 112].

Особливої уваги в демократичному суспільстві потребують громадяни з обмеженими фізичними можливостями, тому ще однією з проблем, яку має розв'язати суспільство і державна політика, є пошук інструментів соціальної та духовної реабілітації, спеціального навчання, адаптації та інтеграції в суспільство молоді з обмеженими фізичними можливостями. Адже ці люди розвиваються в умовах деформованого процесу соціалізації, що значно ускладнює процес становлення та формування повноцінної особистості. До інструментів, що застосовуються державою для розв'язання цього питання, належать освіта, психолого-педагогічний та духовний вплив на особистість [1, с. 83].

Аналіз досвіду навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в країнах Європи засвідчує, що у більшості з них інклюзивне навчання є основною формою здобуття освіти людьми з обмеженими можливостями. Однак варто зазначити, що діти з особливими освітніми потребами мають змогу здобувати освіту і в спеціальних навчальних закладах, і в типових. Російські науковці К. Холостова й Н. Дементьева зазначають, що “в теоретико-методологічному розумінні будь-яка особа має ті чи ті відхилення від середньостатистичної норми і завдяки цьому явищу є самостійною, відмінною від інших особистістю. Кожен індивід має ті чи ті особливі потреби, до яких суспільство повинно пристосовувати свої зовнішні умови. Усе соціальне життя організовується як безперервний процес компромісів в організації функціонування між особистістю та соціумом, індивідом, групою і суспільством. При цьому повага прав особистості передбачає водночас визнання прав суспільної спільноти”.

Так, дослідниця О. Ярска-Смирнова, розкриваючи специфіку інклюзії, стверджує, що інклюзивна освіта, “включення або інклюзія – це найбільш доречний термін, який можна трактувати, як перепланування навчальних приміщень і повне реформування шкіл так, щоб вони відповідали всім ситуаціям і потребам, які необхідні всім дітям без винятку”. Включена освіта передбачає, що освітнє середовище має відповідати учням з обмеженими можливостями здоров'я та бути сприятливим для них. Соціолог стверджує, що всі учні від початку повинні бути включені в соціальне та освітнє життя школи за місцем проживання, завданням якої є побудова системи, що задовольняла б усіх учнів без винятку, оскільки в загальноосвітньому закладі вчать не тільки підлітки з

особливими освітніми потребами. Учні з обмеженими можливостями здоров'я в загальноосвітньому закладі повинні почуватися в безпеці, бути захищеними, відчувати підтримку інших і поступово досягати успіхів не тільки поодиночки, а й у колективі. Основна мета загальноосвітнього закладу з інклюзивною освітою – дати змогу навчитися працювати активно в колективі, а також залучитися до повноцінного соціального життя, забезпечити повну взаємодію з оточуючими людьми, навчитися допомагати один одному як членам суспільства [6, с. 42].

У європейських країнах спеціальні заклади функціонують і надають допомогу дітям з обмеженими можливостями здоров'я, однак вони не є сегрегативними осередками. “Кордони” між спеціальною та загальною освітою прозорі, оскільки країни з демократичним устроєм пропагують цінності громадянського суспільства, яке базується на ідеях рівноправності, толерантності та інклюзії. В основу практики інклюзивного навчання покладено ідею прийняття індивідуальності кожного учня і тому навчання має бути організоване так, щоб задовольнити особливі потреби кожної дитини.

Інклюзія – це масштабне залучення всіх школярів до всіх аспектів навчання та шкільного життя, незалежно від наявності тих чи тих індивідуальних особливостей чи відмінностей. Вона передбачає усунення будь-яких форм шкільної сегрегації, зокрема, спеціальних класів для тих, хто не відповідає умовно визначеному стандарту “нормальності”. У межах інклюзивної моделі всі учні навчаються разом у звичайних школах, класах, які, зі свого боку, активно адаптуються та змінюються, щоб урахувувати й задовольняти потреби кожного.

Концепція інклюзивної освіти відбиває одну з основних демократичних ідей – усі діти є цінними й активними членами суспільства. Навчання в інклюзивних навчальних закладах є корисним для дітей з особливими освітніми потребами та дітей з нормальним рівнем розвитку, членів суспільства загалом. Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Інклюзія є соціальною концепцією, яка передбачає розуміння мети – гуманізація суспільних відносин і прийняття прав осіб з обмеженими можливостями на якісну та доступну освіту. Інклюзія в освіті – це ступінь інклюзії в суспільстві, одна з гуманітарних ідей його розвитку.

Основний принцип інклюзії: у разі, якщо це можливо, усі діти мають навчатися разом, незважаючи на певні труднощі чи відмінності, які існують між ними. Розкриття потенційних можливостей дітей з психофізичними відхиленнями залежить не тільки від форм навчання (інтернатна чи інклюзивна), хоча вони й визначають різний ступінь соціальної адаптованості, скільки від гнучкості системи спеціальної освіти, рівня та діапазону наданих послуг, які задовольняють їхні потреби (раннє виявлення порушень, єдність діагностики і корекції розвитку, наступність дошкільного та шкільного змісту освіти тощо).

Спеціалізоване навчання замінюється новими формами здобуття освіти – інтеграція та інклюзія, завдяки яким учні з особливими потребами мають змогу перейти зі спеціалізованих шкіл у загальні за місцем проживання. Однак, якщо інтеграція передбачає пристосування дітей з психічними і фізичними вадами до

вимог всієї системи освіти, яка в цілому залишається незмінною, не пристосованою для навчання такої категорії учнів, то інклюзія полягає в адаптації системи до потреб дитини. В основу інклюзивної освіти покладено ідеї рівного ставлення до всіх членів суспільства незалежно від їхньої національності, статі, раси, культури, соціального стану, релігії, індивідуальних можливостей і здібностей.

Отже, на підставі сказаного зазначимо, що освіта – це найвагоміша і найбільш проблемна сфера в житті людей з обмеженими можливостями. Освіта є ніби індикатором кола інших проблем, оскільки виявляє такі проблеми, як: доступність архітектурних споруд, транспортування людей з особливими потребами, комунікаційна обмеженість, матеріальне забезпечення, працевлаштування в майбутньому.

Інклюзивна освіта прагне розвинути методологію, спрямовану на дітей і орієнтовану на те, що всі діти – індивідууми з різними потребами у навчанні. Інклюзивна освіта розробляє підходи до навчального процесу, який буде більш гнучким для задоволення різноманітних потреб дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Із часу ратифікації Україною в 1991 році Конвенції ООН про права дитини дедалі більшого визнання та поширення набуває соціальна модель, пов'язана з дотриманням прав людини. На противагу медичній моделі соціальна модель “розглядає ваду здоров'я як соціальну проблему, а не як характеристику особистості”, оскільки проблема створена непристосованістю оточення, урахувавши ставлення до людей з особливими потребами та виробничі норми, архітектурну безбар'єрність і транспорт. Розвиток інклюзивної освіти – не створення нової системи, а якісні та планомірні зміни системи освіти загалом. Її метою є створення безбар'єрного середовища в навчанні і професійній підготовці людей з обмеженими можливостями. Цей комплекс заходів передбачає технічне оснащення освітніх установ та розробку спеціальних навчальних курсів для педагогів та інших учнів, спрямованих на їх роботу і розвиток взаємодії з людьми з обмеженими можливостями, розвиток толерантності та зміни установок. Необхідні спеціальні програми, спрямовані на полегшення процесу адаптації дітей з обмеженими можливостями в загальноосвітньому закладі.

Соціальна інклюзія потребує поваги до дитини з особливостями психофізичного розвитку, визначення ступеня первинного порушення, специфіки та змісту спеціального навчання, спрямованого на усунення вже наявних і запобігання виникнення нових негативних соціальних проявів. Інклюзивне навчання вимагає використання специфічних корекційних засобів, які не застосовуються у звичайній освіті.

Основна ідея інклюзивної освіти – від інтегрування в школі до інтегрування в суспільство. Спільне навчання має не лише гарантувати право дитини з порушеннями психофізичного розвитку не бути ізольованою від інших, а й забезпечити їй змогу відвідувати ту школу, яку б вона відвідувала, якби була здоровою. Основний принцип інклюзивного навчання полягає у зменшенні зовнішньої і збільшенні внутрішньої диференціації.

Прихильники спільного навчання вирізняють такі позитивні сторони інклюзивних процесів: стимуляційний вплив більш здібних однолітків; можливість розширено ознайомлюватися із життям; розвиток навичок спілкування та нестандартного мислення (у дітей з особливостями психофізичного розвитку та їх здорових однолітків); можливість виявлення гуманності, співчуття, милосердя, терпимості у реальних життєвих ситуаціях, що є ефективним засобом морального виховання [1, с. 156].

*Обґрунтування інклюзивної освіти:* 1) обов'язки щодо прав людини повинні виконуватися для всіх однаковою мірою; 2) аналіз інтересів того, що відповідає істинним інтересам кожної дитини, визначає, що насправді є для неї благом. Факти доводять, що інституційна (наприклад, в інтернатах, школах-інтернатах) опіка не завжди відповідає інтересам дітей, котрих опікають.

Соціальні послуги покращуються в результаті того, що стають більш гнучкими та адаптованими. У тому разі, якщо ресурси обмежені, результат може бути досягнутим без додаткових ресурсів, якщо стосунки і поведінка учасників підтримує методологію інклюзії.

Освітнім обґрунтуванням є твердження: вимоги до інклюзивних навчальних закладів стосовно спільного навчання всіх дітей означають, що школи повинні розробити такі адаптовані методи навчання, які відповідають індивідуальним відмінностям учнів і тому є корисними для всіх.

Соціальне обґрунтування передбачає: інклюзивні навчальні заклади можуть змінити ставлення до наявних відмінностей через спільне навчання всіх дітей, створюючи так основу для справедливого та недискримінаційного суспільства, яке заохочує людей жити разом у злагоді.

Економічне обґрунтування вказує: імовірно, дешевше створювати й утримувати загальноосвітні та дошкільні навчальні заклади, у яких навчаються та виховуються всі діти разом, аніж створювати складну систему різних типів закладів, що спеціалізуються в галузі освіти конкретних груп дітей. Інклюзивні заклади, які забезпечують ефективну освіту для всіх дітей, є економічно більш прийнятним засобом забезпечення освіти для всіх.

Для інклюзивного навчального закладу притаманна мобільність залежно від індивідуальних особливостей дитини, спрямованої на створення та підтримку можливостей реалізації здійснення якісної й пізнавальної, поведінкової діяльності кожного в навчанні й можливості бути успішними в цьому процесі.

Дослідження цієї проблематики показує доцільність упровадження інноваційних методів, високоефективних соціальних технологій і методик у практику роботи загальноосвітніх установ, держави та соціуму, які підтримують реалізацію проекту інклюзивної освіти, що передбачає створення особливих класів і груп для дітей з особливими освітніми потребами.

Отже, у сучасних умовах інклюзивна освіта є необхідною. Цей проект підкріплений законодавством, відповідає міжнародним вимогам і процесам світової інтеграції. Просування цієї системи освіти вимагає максимум зусиль для створення науково-дослідних програм, соціальних проектів і участі багатьох установ і організацій, зацікавлених у кращому майбутньому підростаючого покоління.

## Література

1. Актуальні проблеми спеціальної психології та педагогіки // Зб. наук. праць. – Херсон: ПП, 2005. – 202 с.
2. Борщевська Л.В. та ін.. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 1999. – 79 с.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Т.5. Основы дефектологии / под ред. Т.А.Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
4. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. – К.: САММІТ-книга, 2008. – С.17-18.
5. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: Наук.-метод. зб. / Ред. Н. Софій, І.Єрмакова та ін. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.
6. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер, 2004. – 316 с.

**Казачінер О.С.**

Комунальний вищий навчальний заклад  
“Харківська академія неперервної освіти”

### **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД НАВЧАННЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІНОЗЕМНОЇ (АНГЛІЙСЬКОЇ) МОВИ В ІНКЛЮЗИВНИХ КЛАСАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ: ДОСВІД ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ**

Упровадження інклюзивної освіти в загальноосвітнє середовище передбачає максимальне врахування індивідуальних психологічних особливостей дітей з психофізичними вадами та створення сприятливих умов для повноцінного формування особистості, де кожен, незалежно від віку й статі, етнічної належності, здібностей, наявності або відсутності особливостей у розвитку, зможе брати участь у життєдіяльності суспільства. Сьогодні існує низка проблем, пов'язаних із широким упровадженням інклюзії не лише в процес навчання іноземних мов, але й у навчальний процес у цілому. Але саме ця модель навчання розглядається як основний документ, який сприяє оптимізації коригувально-розвивального спрямування в роботі з дітьми, що мають особливі освітні потреби на уроках іноземної мови. Інклюзивне навчання надає таким дітям можливість опанувати хоча б елементарний рівень володіння іноземною мовою, що у свою чергу надасть шанс соціалізуватися в сучасному суспільстві, знизити кількість соціально неадаптованих дітей та підлітків, які “випали” з освітньої структури.

Аналіз наукових праць із теми дослідження свідчить про те, що питання організації навчання в умовах інклюзивного освітнього середовища було предметом наукових пошуків таких учених, як Ю. Бойчук, О. Бородіна, Л. Загоруйко [1], В. Засенко [2], Т. Ілляшенко [3], А. Колупаєва, Ю. Найда, М. Пісоцька, Т. Пушкар, Н. Софій, О. Фурман та інших. Проблема планування уроку, оцінювання навчальних досягнень учнів в інклюзивному класі розглядалися В. Павлюх [5], Т. Сак та іншими, організації навчально-виховного процесу з іноземної мови в інклюзивному класі – О. Казачінер [4].

*Мета статті* полягає у висвітленні досвіду Харківського регіону щодо організації психолого-педагогічного супроводу навчання молодших школярів іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах загальноосвітніх навчальних закладів.

Так, нами було відвідано та проаналізовано ряд уроків іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах початкової школи загальноосвітньої школи I-III ступенів № 38 Немишлянського району м. Харкова. Специфіка цих інклюзивних класів (їх усього 4) зумовлена наявністю в них дітей із вадами мовлення. Бесіди з заступником директора з навчально-виховної роботи, вчителями початкових класів, учителями англійської мови, асистентами вчителів та логопедом показали, що в 1-4 класах навчається 12 інклюзивних учнів: із затримкою мовленнєвого розвитку (8 дітей, 66,7% від загальної кількості таких школярів), з вадами мовлення, зумовленими проблемами зі слухом (1 дитина, 8,3%), дисграфією (2 дітей, 16,67%), порушеннями зорового гнозису (2 дітей, 16,67%) а також із комплексними розладами (3 дітей, 25%).

Основна мета вивчення іноземних мов у таких класах – розвивальна, “не знання, а розвиток”; отже, на уроках іноземної мови вчителів потрібно розвивати в учнів пам'ять, мовлення, сприймання, мислення, кругозір. Як відомо, навчальна діяльність учнів з обмеженими можливостями здоров'я містить у своїй структурі ті ж самі елементи (мотиви навчання, навчальні дії, контроль та оцінка), але формування їх відрізняється певною своєрідністю, що повинно долатися в процесі спеціально організованого навчання.

Спостереження під час проведених уроків іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах початкової школи показало, що вчителі використовують такі форми, методи та прийоми: артикуляційну гімнастику, метою яких є тренування дітей у вимові іншомовних звуків, що відрізняються від рідномовних; елементи логоритміки під час навчання та вдосконалення навичок читання; роботу в парах для розвитку навичок діалогічного мовлення; залучення учнів до виконання проектної роботи (наприклад, під час вивчення теми “Моя родина” – виготовлення власного родинного дерева); використання інтерактивних презентацій у Power Point, що дозволяє яскраво та наочно подати навчальні теми.

Аналіз відвіданих уроків свідчить про те, що з метою реалізації інклюзивного навчання вчителями забезпечувалося: формування лексичних умінь в ході виконання вправ для запам'ятовування нових слів та виразів і використання їх у мовленні; використання ІКТ, що дозволяє “особливій” дитині з задоволенням вивчати англійську мову; створення сприятливого психологічного клімату; створення ситуації успіху, щоб дитина з особливостями психофізичного розвитку відчула радість від маленького, проте добре виконаного завдання; використання здоров'язбережувальних технологій, адаптацію навчальної програми з урахуванням особливостей таких дітей, ілюстративного й аудіоматеріалу, інтерактивних елементарних завдань на CD.

Учителі англійської мови під час бесід наголошували на низці проблем, пов'язаних з організацією процесу навчання цього предмету в інклюзивних

класах, а саме: певна уповільненість засвоєння інклюзивними дітьми навчального матеріалу, яка певною мірою зумовлена наявністю мовленнєвих розладів, порушення пам'яті, уваги. Під час планування уроків вони враховують необхідність пояснення нового матеріалу таким чином, щоб дітям було доступно та зрозуміло, а також чергування видів діяльності на уроці.

Таким чином, можна дійти висновку про те, що Харківського регіон має певний досвід щодо організації психолого-педагогічного супроводу навчання молодших школярів іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах загальноосвітніх навчальних закладів. Нами було відвідано та проаналізовано ряд уроків іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах початкової школи загальноосвітньої школи I-III ступенів № 38 Немишлянського району м. Харкова. Специфіка цих інклюзивних класів зумовлена наявністю в них дітей із вадами мовлення.

Спостереження під час проведених уроків іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах початкової школи показало, що вчителі використовують форми, методи та прийоми, які сприяють коригуванню мовленнєвих порушень дітей, а також успішному розвитку навичок мовленнєвої діяльності молодших школярів. Проте вчителі англійської мови під час бесід наголошували на проблемах, пов'язаних із організацією процесу навчання цього предмету в інклюзивних класах.

Вважаємо, що предметом подальших наукових пошуків у напрямі окресленої проблеми може стати теоретична й практична розробка психолого-педагогічного супроводу навчання молодших школярів іноземної (англійської) мови в інклюзивних класах загальноосвітніх навчальних закладів з подальшою можливістю цієї діяльності в основній та старшій школі.

### **Література**

1. Загоруйко Л.О. Підходи до викладання шкільних дисциплін в умовах інклюзії // Управління в освіті: зб. матер. V Міжнар. наук.-пр. конф., 14–16 квітня 2011 року / Інститут інноваційних технологій і змісту освіти [та інші]. – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2011. – С. 111–112.
2. Засенко В.В. Рівний доступ до якісної освіти дітей з особливими потребами // Кроки до демократичної освіти. – 2002. – №1. – С. 34.
3. Ілляшенко Т. Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітній школі // Соціальний педагог. Шкільний світ. – 2009. – № 5. – С. 26-35.
4. Казачінер О.С. Інклюзивний підхід до конструювання уроку іноземної мови // Актуальні питання педагогіки та психології: наукові дискусії: зб. тез міжнар. наук.-пр. конф. (м. Харків, Україна, 12-13 вересня 2015 року). – Х.: Східноукраїнська організація “Центр педагогічних досліджень”, 2015. – С. 21-25.
5. Павлюх В.В. Корекційна спрямованість уроку у спеціальній школі // Науково-методичне забезпечення формування освітнього середовища: компетентнісний підхід. Методичний вісник. – Кіровоград: ПОЛІМЕД-Сервіс, 2009. – № 45. – 332 с.

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЖИТТЄВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ВИХОВАНЦІВ ІНТЕРНАТНОГО ЗАКЛАДУ

Соціально-політична нестабільність, економічні труднощі у державі змушують змінюватись всі системи, в тому числі і освітню. Випускник загальноосвітнього навчального закладу має бути конкурентноспроможним, усебічно розвиненим, здатним адаптуватися до постійних змін у соціумі. Існуюча дійсність вимагає від учня бути не лише освіченим, а й компетентним для успішної самореалізації у соціумі.

Ключових компетентностей потребує кожен учень для особистої реалізації, розвитку, активної громадянської позиції, соціальної інклюзії та працевлаштування, які здатні забезпечити життєвий успіх молоді у суспільстві знань.

Життєві навички (англ. *life skills*) – здатність до адаптації, позитивної поведінки та подолання труднощів повсякденного життя, а саме здатність до чогось чи компетентність. Отже, життєві навички – це синонім поняття «життєва компетентність», під яким розуміється низка психологічних і соціальних компетентностей, які допомагають учню ладнати зі своїм внутрішнім світом і будувати продуктивні стосунки з оточуючим світом [2].

Актуальною як для суспільства, так і для спеціальної освіти як науки є проблема адаптації дітей та підлітків з особливими освітніми потребами до активного суспільного життя та підготовка особистості до повноцінного життя в соціумі, продуктивної взаємодії з соціальним оточенням, що передбачає її автономність та компетентність. Саме компетентнісний підхід, поряд із особистісно орієнтованим, розглядається останнім часом як важлива концептуальна основа, яка визначає сучасну методологію оновлення змісту освіти в цілому, та спеціальної освіти – зокрема.

Як зазначає В. Матвієнко, компетентнісний підхід полягає у зміщенні акценту з накопичування нормативно визначених знань, умінь і навичок до формування й розвитку в учнів здатності практично діяти, застосовувати індивідуальні техніки та досвід успішних дій у ситуаціях професійної діяльності та соціальної практики. Перспективність компетентнісного підходу полягає у високій готовності учнів до успішної діяльності в різних сферах.

Економічні, соціальні, психологічні проблеми, з якими стикається така дитина, впливають на формування її життєвих орієнтирів, деформують соціальні установки, ускладнюють процеси пристосування до життя у соціумі, оскільки в неї відсутні навички самостійного життя, уміння побутового самообслуговування, позитивні стереотипи сімейних стосунків. Як наслідок, молода людина, якою опікувалися в інтернатному закладі, виявляється неготовою до самостійного життя із настанням повноліття.

Важливим результатом якості навчально-виховного процесу має бути формування життєвої компетентності у процесі навчання та реабілітації дітей з особливими освітніми потребами. Посилення компетентнісної спрямованості,



яка зазначається у Державному стандарті початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами, створює передумови для здатності дитини з особливими освітніми потребами застосовувати на практиці знання, досвід, суспільні цінності, базові навички комунікації і соціально-побутової адаптації, набуті у процесі навчання та комплексної реабілітації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій (М. Гонтар, О. Демчик, І. Єрмаков, В. Нищета, Л. Сохань, М. Степаненко та ін.), свідчить, що життєва компетентність – поняття не нове. Дослідження означеної проблеми здійснювалось на межі наук про суспільство і освіту. У зв'язку з цим аналіз філософсько-соціологічної літератури дозволяє констатувати часткову розробку загальнотеоретичних аспектів дослідження проблеми формування життєвої компетентності особистості. Це праці В.Афанасьєва, І. Блауберг, Р. Гурова, Л. Когана, М. Нугаєва, В. Садовського та ін. Психологічне підґрунтя досліджуваної проблеми складають роботи з психології особистості (Б. Ананьєв, Л. Виготський, О. Запорожець, О. Леонт'єв, С. Рубінштейн, Д. Ельконін та ін.).

Поняття життєвої компетентності особистості є одним із тих, що засвідчує складне і багатоаспектне явище у системі соціалізації людини, її освіти, навчання та виховання. Життєва компетентність охоплює у собі такі надбання особистості, як знання, вміння, навички, способи діяльності, розвинені можливості сприймання, розуміння та творчого використання матеріальних та духовних цінностей суспільства.

Л. В. Сохань запропонував науково-педагогічне бачення життєвої компетентності як системи [1]: *знання*: науково-теоретичні (про світ, закони життя, про себе), практичні (життєва мудрість, знання норм поведінки); *уміння і навички*: практичне застосування знань, норм поведінки; *життєтворчі здібності*: аналітичні, прогностичні, поведінкові; *життєвий досвід*: індивідуальний (усвідомлений, неусвідомлений), досвід інших людей (творче використання, наслідування); *життєві досягнення*: особисте щастя, соціальний статус, самореалізація.

Психологічний підхід Ю. Швалба до розкриття структури життєвої компетентності ґрунтується на психологічній структурі здатності особистості: *психологічної готовності* (психологічному стані індивіда): мотивація, емоційне ставлення, вольове напруження; *психологічної оснащеності* (наявності в нього необхідних психологічних ресурсів): психологічна функція організації та управління діяльністю; психічні процеси і функції; психічні якості індивіда як суб'єкта діяльності [4].

Багато науковців, педагогів-практиків розглядають проблему формування життєвої компетентності, і вказують на специфічність у формуванні життєвої компетентності вихованців інтернатних закладів (Г. Бевз, І. Єрмаков, І. Дубровіна, Н. Максимова, К. Мілютіна, В. Піскун, І. Пеша, А. Рузьська та ін.)

Таким чином, для здійснення повноцінної самостійної життєдіяльності в соціумі після виходу з інтернатного закладу вихованцям необхідно оволодіти різними видами діяльності в різних сферах, де для них представляється проблематичним виконання конкретної соціальної ролі, тобто оволодіння конкретними видами соціального досвіду.

Невідповідність умов життєдіяльності в інтернатному закладі і після випуску з нього призводить до того, що вихованці виявляються невідготтованими до самостійного життя в соціумі.

Низький рівень адаптації випускників інтернатних закладів в соціумі пояснюється несформованістю сукупності їх життєвої компетентності, зумовленої умовами життя в інтернатних установах, психофізичними особливостями вихованців, слабким соціальним досвідом [3].

Отже, для формування життєвої компетентності вихованців інтернатних закладів, нам представляється необхідним формування у них соціального досвіду, що дозволяє їм вирішувати особистісно значущі проблеми в самостійній життєдіяльності.

У зв'язку з цим, нами виділено п'ять сутнісних компонентів життєдіяльності особистості, в яких вона реалізує різноманітні соціальні ролі протягом усього свого життя, що представляють проблему для вихованців інтернатних закладів: соціально-побутовий; соціально-трудова; соціально-економічний; соціально-культурний; соціально-правовий, які взаємовизначають і взаємодоповнюють один одного.

Таким чином, використання компетентнісного підходу спрямоване на вирішення завдань, висунутих сучасними концепціями виховання дітей в інтернатних установах, а саме:

1. Формування соціальної грамотності, тобто комплексу політичних, економічних, психологічних знань і умінь, що забезпечують адекватне включення в систему соціальних відносин і реалізацію функцій соціального самозахисту.

2. Виховання сім'янина. Формування необхідних здібностей для побудови власної сім'ї, в якій реалізується зріле подружжя, на основі усвідомленої материнської та батьківської позиції.

3. Виховання готовності до трудової діяльності: розвиток різноманітних здібностей вихованців, підготовка їх до вибору професії; економічна підготовка, що дозволяє їм самостійно реалізувати свої життєві плани.

4. Формування конкурентоспроможної особистості, тобто оволодіння молодою людиною певними способами поведінки в реалізації своїх домагань за право зайняти більш значуще для всього місце в суспільстві.

5. Громадянське виховання, яке формує у вихованців усвідомлення громадянської відповідальності, патріотичних почуттів, готовності до участі в управлінні суспільством і державою.

6. Формування моральних цінностей і гуманістичної позиції у взаємодії з людьми, готовність до надання допомоги людям та іншим моральним вчинкам.

7. Виховання готовності до здорового способу життя, який пропонує раціональне виховання, регулярні заняття фізичною культурою і спортом, культуру сімейних відносин, стійке негативне ставлення до шкідливих звичок.

Виходячи з цього, можна сказати, що завдання формування життєвої компетентності вихованців спеціальних закладів обумовлює необхідність організації цілеспрямованої навчально-виховної роботи, спрямованої на набуття вихованцями соціального досвіду з метою їхньої підготовки до самостійного життя та формування показників життєвої компетентності.

Потрібно відмітити, що сьогодні, коли відбувається процес модернізації спеціальної освіти України, особлива увага звернена на роль навчального закладу, як організатора освітнього середовища для розвитку особистості. Тенденції розвитку освіти характеризуються переходом від традиційної репродуктивної моделі навчання і виховання до розвивально-конструктивної, орієнтованої на результат. Розширюються функція навчального закладу: не тільки навчання та виховання, але і формування життєвої компетентності, розвиток соціально значимих якостей вихованців з особливими освітніми потребами з метою їх ефективної соціалізації.

### **Література**

1. Життєва компетентність особистості: Науково-методичний посібник / За ред. Л.В. Сохань, І. Г. Єрмакова, Г. М. Несен – К.: Богдана, 2003. – 520 с.
2. Тараненко І.Г. Розвиток життєвої компетентності та соціальної інтеграції: досвід європейських країн // Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство; за ред. І. Єрмакова. – К.: Контекст, 2000 – 336 с.
3. Толстых Н.Н. Сравнительное изучение отношения к будущему у подростков, воспитывающихся в семье и вне семьи // Возрастные особенности психического развития детей. - М.: Просвещение, 1982. С. 15 - 23.
4. Швалб Ю.М. Психологічні аспекти компетентнісного підходу в освіті // Реалізація європейського досвіду компетентнісного підходу у вищій школі України: матеріали методологічного семінару. – К.: Педагогічна думка, 2009. – С. 105 – 113.

**Кляп М.І.**

Ужгородський національний університет

## **РОЛЬ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ**

У сучасному світі інтеграція дітей з особливими освітніми потребами в звичайні навчальні заклади – це глобальний суспільний процес, що реалізується і в Україні. Його основою є готовність суспільства і держави переосмислити ставлення до осіб з обмеженими можливостями здоров'я з метою реалізації їх прав на надання рівних з іншими можливостей, в тому числі й в освіті. Реформа освіти в Україні викликала і реформу в здійсненні спеціальної освіти для дітей з особливими потребами шляхом впровадження європейського досвіду щодо залучення цієї категорії дітей до навчання в найближчому за місцем проживання навчального закладу. В таких умовах діти краще адаптуються до середовища, оволодівають соціальними навичками, почуваються більш самостійними, потрібними у суспільстві.

В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей, що гарантує рівне ставлення до всіх, але забезпечує спеціальні умови для дітей з психофізичними вадами. Школа, в якій функціонують інклюзивні класи, – це заклад освіти, що реалізує інклюзивні підходи, тобто адаптує навчальні плани, програми, методи і форми навчання, все освітнє середовище до потреб учнів, які вирізняються своїми психофізичними особливостями. Такий заклад використовує наявні в громаді ресурси, залучає

батьків, фахівців, надаючи можливість всім учням одержати досвід, який сприяє подоланню упереджень і дискримінації, формуванню позитивного ставлення до тих, хто відрізняється [2, с. 15].

Аналіз останніх публікацій свідчить, що у даний час різні аспекти інклюзивної освіти досліджують вітчизняні науковці В. Бондар, А. Колупаєва, С. Литовченко, С. Миронова, Т. Сак, Н. Шматко, а також зарубіжні науковці Д. Мітчелл, Т. Лорман, Д. Харві та інші. Однак, питання ефективної організації психолого-педагогічного супроводу інклюзивної освіти поки що недостатньо вивчене.

*Мета повідомлення* – розкрити окремі аспекти психолого-педагогічного супроводу дитини з особливостями психофізичного розвитку в інклюзивному закладі, зокрема щодо залучення їх батьків як рівноправних учасників такого процесу.

Організація інклюзивної освіти передбачає наявність психолого-педагогічного супроводу навчання дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі. У сучасній психолого-педагогічній літературі поняття “психолого-педагогічний супровід” розглядається досить широко. На думку С. Миронової, “психолого-педагогічний супровід в інклюзивній освіті – це взаємоузгоджена комплексна діяльність мультидисциплінарної команди фахівців і батьків дитини, спрямована на створення необхідних умов, що сприяють розвитку особистості дитини, засвоєнню нею знань, умінь і навичок, успішної адаптації, реабілітації, її самореалізації та інтеграції в соціум” [2, с. 69]. Дослідники А. Конопльова і Т. Лещинська вважають психолого-педагогічний супровід розвитку дитини з особливими потребами спробою запобігти негативним моментам, надати підтримку кожній дитині, а група харківських дослідників обстоюють думку, що носієм проблеми розвитку дитини в кожному конкретному випадку виступають і сама дитина, і її батьки, і педагоги, і найближче оточення дитини [3], тому в інтересах дитини є комплексний фаховий підхід до розв’язання проблеми. Отже, психолого-педагогічний супровід – це не часткова подія, а довготривалий процес, спрямований на вивчення дитини, і діяльність щодо надання різнопланової підтримки і сприяння у вирішенні питань здобуття освіти дитиною, що потребує корекції фізичного та (або) психічного розвитку.

Психолого-педагогічний супровід покликаний вирішувати цілу низку завдань, серед яких: організація освіти дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання в загальноосвітній школі у поєднанні з корекційними заняттями та реабілітаційними заходами; моніторинг результатів навчальної, виховної та корекційно-розвиткової роботи; надання у процесі навчання комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги дитині з урахуванням стану її здоров’я та інші. Вагоме місце серед цих завдань займає консультування родини з питань виховання та розвитку дитини з психофізичними порушеннями, надання батькам такої дитини необхідної психологічної допомоги.

Одним із важливих чинників, що сприяють соціалізації дитини із психофізичними порушеннями, є її сім’я. Особливості функціонування сім’ї, її активна участь у процесі розвитку та освіти дитини впливають на її психофізичний та соціальний статус. Однак, сучасна українська сім’я дитини із

психофізичними вадами часто не може виступати дієвим фактором її успішного соціального інтегрування із-за низького економічного статусу батьків, відсутності дієвої державної допомоги та негативного соціального ставлення [1, с. 51]. У такої сім'ї наявна виражена тривога за майбутнє своєї дитини, відсутні знання щодо виховання та здійснення корекційних заходів для дитини з психофізичними вадами, порушується взаємодія із оточенням. Більшість батьків дітей з вадами розвитку мають особливе ставлення до такої дитини, що може проявлятися надмірною опікою щодо стану здоров'я, заниженою оцінкою її можливостей, полегшенні вимог до такої дитини. В окремих випадках може проявлятися емоційне нехтування дитиною, коли вона постійно відчуває, що є тягарем у сім'ї, або навіть жорсткі взаємини, що може призводити до надмірної боязкості або агресивності дитини [3].

Батьки дитини з порушеннями розвитку обов'язково мають бути рівноправними членами команди із здійснення психолого-педагогічного супроводу інклюзивної освіти. Корекційна робота лише тоді буде максимально ефективною, якщо всі члени родини будуть виконувати вимоги і рекомендації педагогів, психологів, лікарів. Важливо налаштувати батьків на активну участь у житті і вихованні дитини, бо від цього залежатиме її розвиток, навчання та адаптація. Батькам треба допомогти у формуванні адекватних взаємостосунків між іншими членами родини та дитиною, створення комфортної для розвитку дитини сімейної атмосфери, оволодінні прийомами організації різних видів діяльності, розширити інформованість батьків про потенційні можливості дитини, її життєві перспективи [2, с. 102].

Зараз інклюзивні навчальні заклади мають стати осередком психологічного супроводу батьків дітей з особливими потребами. Робота з батьками дітей, що мають вади розвитку, як правило проводиться у три етапи: підготовчий, основний та рефлексивний. На підготовчому етапі налагоджується контакт з сім'єю та проводиться первинна психологічна діагностика членів родини. Основний етап передбачає проведення індивідуальних та групових консультацій, відвідування тренінгів, відкритих заходів школи за участю дітей. Рефлексивний етап може проводитися після завершення навчального року або, за потреби, після завершення кожного семестру, з метою подальшого коригування психолого-педагогічного супроводу сім'ї [3].

Батьки – важливі учасники команди фахівців, що супроводжують навчання дитини з особливими потребами в інклюзивній школі. Вони найкраще знають здібності дитини, особливості її розвитку, тому можуть ефективно її підтримувати. Батьки мають право брати участь у прийнятті рішень щодо освіти своєї дитини, зокрема щодо планування навчальної програми, її впровадження і адаптації. Їхня участь у шкільному житті може значно покращити навчальні успіхи дитини з вадами розвитку.

Робота батьків у команді психолого-педагогічного супроводу дитини з вадами розвитку часто полягає у збиранні та підготовці важливої інформації щодо дитини: документів, звітів та інших даних щодо освіти своїх дітей. Батьки можуть вести Батьківські записники, Щоденники взаємодії з асистентом вчителя інклюзивного класу, зберігати індивідуальні навчальні плани, за якими

навчається їх дитина, рекомендації ПМПК тощо [3]. Також дуже важливо збирати і зберігати малюнки, навчальні роботи, інші підтвердження щодо результатів навчальної діяльності дитини, за якими можна робити висновки про позитивні зрушення у розвитку.

Батькам варто бути в курсі шкільних справ своєї “особливої” дитини, її навчання, особливостей корекційних занять, щоб вчасно і доречно надавати допомогу вдома або звернутися, за потреби, до фахівця. Для дитини підтримка рідних, їх схвалення її дій та досягнутих результатів є надзвичайно важливими.

Таким чином, запорукою успішної реалізації інклюзивної освіти є ефективна співпраця педагогів, відповідних фахівців, батьків та учнів. Цей процес має постійно супроводжуватися психолого-педагогічною підтримкою, спрямованою на створення для дитини емоційно сприятливого мікроклімату в класі під час спілкування з дітьми і педагогами, попереджати виникнення проблем розвитку дитини, допомагати дитині у вирішенні актуальних завдань розвитку, навчання і виховання, здійснювати психологічне забезпечення індивідуальних освітніх проблем, забезпечувати розвиток психолого-педагогічної компетентності батьків та педагогів.

### **Література**

1. Основи інклюзивної освіти. Навчально-методичний посібник / за заг. ред. Колупаєвої А.А. – К.: “А.С.К.”, 2012. – 308 с.
2. Миронова С.П. Педагогіка інклюзивної освіти: навч.-метод. посіб. – Кам’янець-Подільський: Кам’янець-Подільський національний університет ім. Івана Огієнка, 2016. – 164 с.
3. Калініченко І.О. Психолого-педагогічний супровід батьків з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://konferenciya2015.jimdo.com>

**Козачек Н. О.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

## **ВПЛИВ СЮЖЕТНО-РОЛЬОВИХ ІГОР НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Проблемі дитячих ігор була присвячена велика кількість робіт педагогів, психологів, філософів, етнографів. Те, що гра була в центрі уваги вчених різних спеціальностей і різних напрямків, не випадково. Це можна пояснити складністю ігрової діяльності і тим, що в дошкільному віці гра виконує особливу роль. “Для ребят дошкільного віку ігри мають исключительное значение: игра для них - учеба, игра для них –серьезная форма воспитания”. Дослідження психологів і педагогів, таких як А. Рау, Є. Речицька, переконливо показали великий вплив сюжетно-рольових ігор на формування деяких психічних функцій і особистості дитини-дошкільника в цілому. Л. Виготський підкреслював, що під впливом гри, в процесі якої реальні предмети заміщуються іграшками, а реальні дії – діями ігровими, у дитини розвивається здатність відтворювати ті чи інші сторони дійсності за допомогою різних способів її позначення (наочних символів, зображень, слів тощо).

Гра, як показали дослідження А. Запорожця, створює сприятливі умови для розвитку і вдосконалення рухів дитини, в ході ігор вдосконалюється його моторний розвиток. У ході сюжетно-рольових ігор діти використовують різні предмети, діють з ними, порівнюють їх, співставляють їх, відволікаються від одних якостей і домислюють, добудовують уявленням інші, використовують одні предмети в якості інших. Усе це вдосконалює відчуття і сприймання дітей, сприяє розвитку їх мислення, розвиває і тренує їх уяву.

Дошкільний вік – один з найважливіших етапів формування і розвитку індивідуальних і колективних ігрових інтересів дітей. Під ігровими інтересами ми розуміємо складне психічне утворення, яке сприймаємо одночасно і як особливе безпосереднє емоційно-пізнавальне відношення до гри або іграшки; і як прагнення виразити пізнане в діяльності; і як потреба дитини займатися саме цією діяльністю, яка забезпечує співучасть в житті дорослого, задовольняє необхідність в спілкуванні, приносить радість творчості.

У процесі гри дитини ніби виходить з підпорядкування дорослого і діє самостійно, вільно проявляючи свої почуття, бажання. Уява, фантазія допомагають дитині заповнити пробіли в знаннях про оточуюче і заміщати необхідні для гри предмети. Творча рольова гра в даному випадку – своєрідний місток, який дає можливість дитині переходити від дійсності в область фантазії і навпаки, при цьому кожен раз відштовхуватися від реального життя. Мотивом, що спонукає дитину до ігрової діяльності, являється внутрішня потреба дитини в активній участі в житті дорослих. На розвиток сюжету гри рішучий вплив здійснює розширення у дитини уявлення про навколишній дійсності. Структура ролевої гри, згідно Д. Ельконіну, включає наступні компоненти. Перший – це ролі, які беруть на себе діти в процесі гри; другий – ігрові дії, за допомогою яких діти реалізують взяті на себе ролі дорослих і відносини між ними; третій – ігрове використання предметів, умовне заміщення реальних предметів, які є в розпорядженні дитини, і четвертий – реальні відносини між дітьми які грають, які виражаються в різноманітних репліках, зауваженнях, за допомогою яких регулюється весь хід гри.

В умовах дитячого садка гра – одна з форм організації життя дітей, важливий засіб здійснення комплексного підходу до виховання дитини, так як в грі просліджується взаємозв'язок різних видів дитячої діяльності взаємообумовлюючих одна одну, гра і праця, гра і заняття. Гра один із незамінних засобів об'єднання дитячого колективу. Вона допомагає педагогу всебічно вивчити дітей, проникнути в їх духовний світ.

У процесі розвитку сюжету гри дитина здобуває навички планування діяльності, розвиває творчу уяву, необхідну в інших видах діяльності. Широке використання в грі предметів – заміників в подальшому дозволяє дитині оволодіти іншими типами заміщення, зокрема, підготуватися до розуміння змісту моделей, схем, символів і знаків в процесі шкільного навчання.

Уміння грати має рішуче значення для формування активності, ініціативи, зосередженості, цілеспрямованості та інших якостей, необхідних в подальшому для успішного навчання в школі і майбутній трудовій діяльності.

Глухі діти грають не менш охоче, ніж їх чуючі ровесники. Ігри дають глухим дітям велике задоволення, збагачують їх в розумовому та моральному відношеннях. Ігри глухих дітей, як і ігри чуючих, відображають реальну дійсність. Однак вони бідніші по змісту. Це зв'язано з тим, що сприйняття світу глухих дітей здійснюється в умовах обмеженого мовним спілкуванням, при мінімальній пізнавальній ролі мови. Для глухих дошкільнят типова схильність до педантичного, буквального відображення в грі дійсності. Через затримку мовного розвитку здібність до узагальнення і творчому відображенню дійсності в грі виявляється дуже обмеженою. Оскільки у глухої дитини відстають у розвитку: уява, фантазія, він не може творчо увійти в роль, а просто наслідує конкретних людей, ввідтворюючи їх предметні дії, копіюючи зовнішні особливості.

Сюжетно-рольові ігри мають неоціненне значення для всебічного і мовного розвитку дітей, тому необхідно, щоб вони по праву зайняли своє місце в житті глухих дошкільнят. У режимі дня спеціальних дитячих установ їм повинно бути відведено відповідний час, як і будь-якому другому виду діяльності.

Той невеликий час, котрий відведено в режим для сюжетно-рольових ігор, має бути використано тільки і виключно для їх підготовки і проведення. Потрібно так заздалегіть планувати і продумувати організацію ігор, щоб вони приносили дітям максимальну користь і наповнювати їх життя радісними переживаннями.

Необхідно показувати всі можливі варіанти використання кожної іграшки. Вихователь повинен слідкувати, щоб діти не переходили від одної іграшки до другої, не вичерпав свого замислу, допомогти їм організувати гру з іграшками, показати різноманітні способи дії з ними. Кожну нову іграшку вихователь повинен обіграти з дітьми.

При навчанні глухих дітей сюжетно-рольовим іграм і керуванні їми, окрім загальних виховних задач, перед вихователем стоїть і специфічна задача – формуванні і розвитку в ході ігор мовлення дітей. Вихователь повинен в ході кожної гри сприяти засвоєнню дітьми нових слів, повторенню і закріпленню нових слів, здобутих їми на занятті і в побуті.

Керівництво іграми проходить в процесі вільної діяльності дітей, а також на спеціальних заняттях. Програмою передбачено навчання сюжетно-рольової, дидактичної та рухливої гри, їй відводиться значна частина навчального часу (не менше двох занять в тиждень на протязі всіх років навчання).

При правильно організованому керівництві гри дітей цієї групи сприяють їх згуртуванню в колектив, розвитку у них дружби, формуванню пізнавальних і художніх інтересів, самостійності, ініціативності, цілеспрямованості, дають вихід їхній творчій активності.

Нові знання діти отримують не тільки на заняттях, але і під час прогулянок, екскурсій, при перегляді фільмів, розгляданні картин, читанні. В умовах гри створюються найбільш сприятливі умови для засвоєння нового. Все пережите в грі, емоційно забарвлене стає міцним надбанням дитини, входить в асортимент її досвіду.



## **УРАХУВАННЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ УЧНІВ НА УРОКАХ ЛІТЕРАТУРИ**

Увага до збереження здоров'я дітей, зокрема й розумово відсталих, в умовах сьогодення пов'язана з різким погіршенням стану їхнього розумового й фізичного розвитку та його впливу на якість засвоєння школярами знань і вмінь. Як указують Р. Бабенкова, А. Дмитрієв, М. Козленко, В. Мозговий, Б. Сермеєв, Б. Шеремет, Л. Шапкова та ін., розумово відсталі діти за станом здоров'я і рухових якостей значно відстають від рівня ровесників із типовим розвитком і потребують спеціальних умов оздоровлення. Тому значну роль у їхньому житті відіграє рухова активність, заняття фізичною культурою.

Питання збереження здоров'я нації, насамперед дітей, не нові. На збереження здоров'я і фізичний розвиток дітей ще у ХІХ столітті звернув увагу відомий швейцарський педагог Й-Г. Песталоцці, який розглядав педагогічний процес з позицій дитини, охоплюючи усі сторони дитячої особистості, що полягало в наступному: “формування в дитини сил серця, розуму й руки”. Головним засобом фізичного розвитку кожної дитини педагог визнавав регулярну фізичну працю. Вказуючи на значення фізичних вправ для розумового розвитку дитини, він наголошував: “Вправи всебічно впливають на розумові сили дитини – уяву, пам'ять, комбінаторні здібності, силу міркувань, винахідливість” [4, с. 291]. Отже, фізичні вправи сприяють подоланню порушень розумового розвитку.

Як переконливо довів відомий спеціаліст з питань фізичної культури розумово відсталих учнів М. Козленко, зміцнення здоров'я і загартування організму дитини, сприяння правильному фізичному розвитку розв'язуються одночасно із корекційними завданнями: “фізкультурні вправи ... сприяють підвищенню життєдіяльності всього організму, ... тонізують діяльність центрального і периферійного відділів нервової системи, позитивно впливають на м'язи і кістково-зв'язковий апарат. ... Така активізація життєдіяльності всього організму і насамперед центральної нервової системи – важлива умова всього успішного навчання і подолання вад розвитку відсталої дитини” [3, с. 168].

О. Іваненко в результаті тестування учнів 7-8 класів масової школи прийшов до висновку, що між дівчатками і хлопчиками 7-8 класів у функціональних пробах спостерігаються статистично достовірні розбіжності ( $p < 0,001$ ). За функціональним станом функції дихання й кровообігу учнів 7-8 класів автор оцінив як здорові й нетреновані, а за пробою Серкіна як такі, що мають приховану форму недостатності кровообігу. Результати хлопців і дівчат 8 класу оцінені як здорові нетреновані; за пробою Серкіна – як погано підготовлені [1, с. 7]. Фізичне виховання розумово відсталих учнів характеризується особливістю, зумовленою їхніми психічним і анатомо-фізіологічним станами, тому такі показники у них набагато нижчі.

Аналіз даних особових справ 204 розумово відсталих школярів засвідчив про наявність у дітей різноманітних порушень і відхилень здоров'я. Групу

соматично ослаблених склали діти, у яких розумова відсталість супроводжується соматичними порушеннями; серед них 5,5% страждають кіфосколіозом, у 7,5% обстежених наявний синдром Дауна, 1,5% мають серцево-судинні захворювання, у 4,5% наявна мінімальна мозкова дисфункція, 13,5% обстежених страждають різноманітними порушеннями зору, у 2% викривлена носова перетинка, 12% школярів мають плоскостопість. Значний відсоток дітей (19%) страждають хронічним тонзилітом, що заважає їм тривалий час зосереджуватися на будь-якій діяльності, зокрема й читацькій. Від педагогів дізналися, що учні даної групи часто пропускають уроки через респіраторні захворювання, загострення тонзиліту, хворі аденоїди, порушення діяльності яких заважає носовому диханню, внаслідок чого мозок недостатньо постачається киснем, що спричиняє зміну носового дихання на ротове, часте хрипіння. Нервові клітини втрачають сприйняття, перестають реагувати на подразники, настають сонливість, в'ялість, які призводять до швидкого стомлення, розсіювання, відсутності реакцій на оточення, порушень сприймання, уваги і як наслідок – порушень читацької діяльності.

Серед обстежених 42% дітей мали різноманітні нервово-психічні порушення: психоорганічний синдром наявний у 18% респондентів, аутистичні риси особистості були в 16% учнів, 3,5% склали діти з епілепсією, психопатія наявна у 4,5% школярів. Крім того, в усіх учнів наявні різноманітні порушення мовлення. Навчаючись у 7-9 класах, ці школярі мають значні проблеми з оволодінням знаннями й уміннями на уроках. На уроках літератури, коли підлітки значну кількість часу на році повинні сидіти, мало рухаючись або взагалі не рухаючись, слухаючи читання чи відповіді однокласників, розповідь учителя, зниження рухової активності погіршує стан їхнього організму, призводячи до нервово-психічного і соматичного ослаблення, значної стомлюваності, зниження працездатності, різноманітних хронічних захворювань. Поширений дискомфортний стан, що виникає у процесі читацької діяльності в розумово відсталих дітей – втомлюваність: сенсорна, фізична, розумова. Сенсорна втомлюваність виникає внаслідок значного навантаження у процесі читання на слуховий і зоровий аналізатори. Тривале сидіння за партою, зростання фізичного й статистичного навантаження на організм школярів призводить до фізичної втоми. Значне інтелектуальне навантаження спричиняє розумову втомлюваність. Недостатня рухова активність на уроках літератури виступає однією з причин порушення постави, впливає на серцево-судинну й дихальну системи, що призводить до порушень реакції серця на навантаження, зниження життєвої ємкості легенів. Дієвим засобом виправлення деформацій та відхилень у будові тіла учнів виступають фізичні вправи, які М. Козленко назвав “коригувальними або коригувальною гімнастикою” [3, с. 169]. Профілактика розумової втомлюваності полягала в раціональній організації уроку, застосуванні різноманітних видів діяльності учнів на уроках літератури, зокрема різноманітних фізичних вправ. З метою корекції недоліків фізичного розвитку, опорно-рухового апарату, м'язової працездатності ми застосовували вправи, зважаючи на корекційно-оздоровчу роль вправ, щоб уникнути порушень форм тіла в дітей внаслідок довготривалого сидіння за партами у процесі читання,

коли настає поступове викривлення хребта, насамперед плечей, деформація грудної клітини. Фізичні вправи виступали не лише як джерело працездатності, здоров'я, а й як фактор розвитку уваги, сприймання, мислення, пам'яті, тобто сприяли розумовому розвитку учнів. Щоб зняти візуальне напруження, пропонували учням вправи на переміщення погляду, моргання, доторкання долонями до очей.

Насамперед використали вправи для фізкультурних хвилинок, оскільки вони прості й зручні для виконання в умовах класу, забезпечують активний відпочинок тих частин тіла і груп м'язів, які найбільше стомлюються внаслідок одноманітної пози в процесі читання. Під час сидіння за партою і читання м'язи тривалий час перебувають у статистичній напрузі, що негативно впливає на регуляцію вегетативних функцій організму. Фізкультхвилинки включали вправи на розтягування, збільшення гнучкості й рухливості суглобів, дихальні вправи, вправи для зняття напруження з плечового поясу, з формування правильної осанки, для руху м'язів тулуба. Фізкультурні хвилинки забезпечували динамічні зміни робочої пози учнів: учні сидять – стоять, переходять із сидячого положення у положення стоячи. Виконання вправ відбувалося послідовно: на потягування, на розслаблення найбільше стомлених груп м'язів у процесі роботи – читання: вправи для рук і плечового поясу (повороти тулуба, нахили). Пропонуючи вправи, зважали, що довільні рухи пов'язані з розумовою діяльністю: рухи планування, аналізу й коригування їх виконання, оцінка. У процесі рухових дій учні набували рухового досвіду.

Гімнастичні вправи передбачали: рухи руками вперед, в сторони, вгору одночасно обома руками, почергово однією, а потім другою рукою. Колові рухи кистями рук в обидві сторони. Стискання пальців у кулак і одночасне розтискання на обох руках. Нахили вправо, вліво, вперед, назад. Піднімання і опускання плечей, рухи плечима вперед і назад. Повороти тулуба вправо, вліво, положення – ноги нарізно, а руки в сторони. Згинання і розгинання рук в положенні руки вперед, вгору, в сторони. Захльостуючи руки – повороти тулуба вправо, вліво, Колові рухи руками. Довільне розслаблення м'язів рук у положенні руки вгору, вниз. Пружні нахили вперед, в сторони з рухами рук. Асиметричні рухи руками. Колові рухи руками вперед і назад у положення руки до плечей. Повороти тулуба в положенні, нахилившись уперед. Різкі повороти тулуба направо, наліво, захльостуючи руками. Нахили тулуба вправо, вліво з однойменними поворотами тулуба.

Водночас застосовували гру, що полягала у закріпленні здоров'я, передбачала відновлення після розумової діяльності, сприяла удосконаленню нервово-психічних регуляцій, переключенню уваги, розвитку її рухливості, знімаючи втому. Гра виконувала різноманітні функції: пізнавальну, корекційну, розвиткову, виховну, лікувально-оздоровчу. Завдяки грі тренувався вестибулярний апарат, відбувалася профілактика порушень зору і постави, створювався стан психічного комфорту. Щоб зосередити увагу учнів, мотивувати їх до виконання вправ, ігри проводили під музику. Також використовували вправи, пов'язані з героями відомих учням казок, зважаючи на те, що розумово відсталім подобається використовувати ігрові казкові елементи,

виконуючи роль певного казкового героя. Відбувалося поєднання слова і показу дії, оскільки кожне наступне називання майбутнього руху викликало орієнтувальну реакцію і готовність до дії, а завдяки показу руху, що відбувався після його називання, учні пов'язували назву руху з його конкретним образом. У них формувалася сигніфікативна функція мовлення, розширювався словниковий запас, вони засвоювали образи вправ, про що свого часу вказував Ц. Пуні.

Отже, оптимальна за величиною рухова активність сприяла підвищенню розумової працездатності школярів, яка стимулювалася фізіологічними змінами в організмі внаслідок виконання фізичних вправ, завдяки чому учня краще засвоювали навчальний матеріал з літератури. Вони стали уважнішими, адекватно реагували на запитання і завдання, намагалися правильно їх виконувати. Крім того, зменшилася втомлюваність, що проявилось в активізації діяльності школярів, проявах позитивної мотивації до оволодіння навчальним матеріалом.

### **Література**

1. Іваненко О.В. Статеві особливості функціональної і рухової підготовленості учнів 7-8 класів // Теорія та методика фізвиховання, 2014. – № 4 (106). – С. 3-10.
2. Кравець Н.П., Шорохова В. Вплив психосоматичного стану здоров'я розумово відсталих дітей на їхню увагу // Наукові записки. Серія "Психологія і педагогіка". – Острого: Вид-во Нац. ун-ту "Острозька академія", 2011. – Вип. 18. – С. 127- 137.
3. Основи спеціальної дидактики / За ред. д-ра пед. наук, проф. І.Г. Єременка. – 2-е вид., переробл. – К.: Рад. школа, 1986. – 200 с.
4. Песталоцци И-Г. Избранные педагогические сочинения в 3 т. – М., 1965. – Т. 3. – 634 с.
5. Подвижные игры для детей с нарушениями в развитии / под ред. Л.В. Шапковой. – СПб.: Детско-Пресс, 2002. – 160 с.

**Kroshka S.A.**

Separated subdivision

Lisichansk's Teachers College University of Luhansk

### **INCLUSION - SPECIAL TRAINING SYSTEM**

The development of modern society determines the respect for human diversity, establishing the principles of solidarity and security, providing protection and full integration into society of all sections of the population, above all – people with disabilities. The basis of the concept of integration put holistic approach that opens the way for the rights and opportunities for everyone, above all, provides equal access to quality education.

Objective: to reveal pedagogical support education and rehabilitation of persons with disabilities in Lisichansk's Teachers College.

In modern Ukrainian educational system as a result of world processes of globalization, democratization and humanization experience influenced European educational space is upgrading special education of persons with special needs in the direction of formation of inclusive education [4].

Development of Inclusive Education in Ukraine dedicated to scientific papers W. Cooper, E. Danilavichyutye, V. Zasenka, A. Kolupaev, S. Litovchenko, S. Mironov,

N. Nazarova, T. Sak, V.Synova, N. Sofiy, O. Taranchenko. These studies give reason to believe that Ukrainian society has realized the need for recognition and affirmation of the rights of persons with special educational needs and disabilities to equal access to all levels of education, including higher education, and create quality conditions for the realization of this right.

Inclusion is based on the concept of “normalization”, which is based on the idea that the way of life of people with disabilities should be as close to the conditions and lifestyles throughout the community [3]. The principles of “normalization” secured a number of current international regulations.

Recently, Ukraine is being taken not only in order to preserve the experience of special education, but also increase modern technologies psycho-educational and rehabilitation of this category of children, create conditions for the realization of their right to choose the type of school and content and learning.

Inclusive education – a complex process to ensure equal access to quality education for children with special educational needs by organizing their training in schools on the basis of personality-oriented teaching methods, taking into account the individual characteristics of teaching and learning of these children [5].

It is necessary the introduction of new forms of education that would provide a special opportunity for children to study with healthy children, this is what provides inclusive education [1; 3]. This integrated approach to youth with disabilities, paying attention to its limited capacity, taking it as it is sensitive to their problems and respect as a person and sympathy – all manifestations of spiritual beauty and strength factors truly humane, harmonious relationships, high rates of personal development.

Training in an inclusive space to help children with special needs to adapt to the typical life situations, get rid of feelings of isolation, alienation, contributes to the disappearance of social barriers and integrating into the society teaches student team communicate and work together, creates a sense of responsibility for the comrades who need not just aid, but primarily – acceptance and recognition.

In Ukraine, a special education has a complex, extensive and differentiated system of educational (correctional) institutions, rehabilitation and medical and educational centers, educational facilities, remedial classes.

Lisichanskiy Teachers College has assured steps to provide the foundations of inclusive education college students, secondary school teachers, tutors pre-school institutions. The program was introduced courses specialized subjects “Building a culture of health of young people with disabilities”, where students learn the algorithm training and education of this category of children, which involves the use of personality-oriented approaches in the educational process of an individual, group forms of work, taking into account the impact of different types of disorders and diseases in the learning process.

Scientific and methodical work of the teaching staff Lisichanskiy Teachers College (director – Minyenko G.M.) aims to improve the professional competence of teachers, improve the educational, social and humanitarian processes. Feliksolohichnoho established system of movement, activity valeological studio “Beauty and Health”, sports studies “Start”.

Implementation feliksolohichnyh technologies in the educational process of college due to the use of health and hygiene, fitness, medical and health, socio-adapted, Health-environmental technologies. They allow you to save the current state of students, forming a higher level of their health, skills, healthy lifestyles, make it possible to monitor the performance of individual development and sportsmanship and conduct relevant psychological, educational, corrective, rehabilitative measures.

In Lisichansk Teachers College has developed an efficient system of propaganda on modern approaches to working with children of different categories. Teaching staff cooperating with various educational institutions on the local, regional, provincial, national, international level with a culture of health problems of young people with disabilities and professional readiness of future teachers to provide effective technologies, forms and methods of work with children in this category. The result is a diverse cooperation activities: Ukrainian scientific-practical conference “Actual problems of physical and valeological education in Ukraine” (Lisichansk); regional methodical cities “Valeouroky as a basis for providing a healthy learning environment” (at the secondary school № 18 Severodonetsk); Ukrainian scientific-practical seminar “Formation of health of children of all ages with special needs”, which was the result of effective cooperation with scientists of the department of human health and physical rehabilitation department pathology and psychological treatment, rehabilitation department for students with special educational needs Luhansk national Taras Shevchenko Luhansk regional youth public organization “Association of young disabled Eastern Donbass – East” (Lisichansk); workshop “Health-technology”; Seminar Exhibition “Actual problems of sport with dogs” (Lisichansk); Regional Scientific Conference “Providing education to persons with special needs in terms of inclusive educational space” (Lisichansk); Open regional scientific-practical conference “Actual problems of physical education, health and sport in modern society” (Kreminna); Ukrainian scientific-practical conference “The system of providing education to children with special needs in a modern educational institution” (Lisichansk).

These events justify the relevance of inclusive education in Ukraine; power on current theory and practice, issues of training and education, development and formation of the child with special needs; acquainted with the forms, methods and techniques of working with children with special educational needs in terms of family, kindergarten, secondary schools and specialized schools. The experience of the teaching staff on the issue of educating pupils with special needs are summarized in city, different regions of Ukraine, Russia and Belarus. As a result of fruitful work of teachers-innovators published articles in professional journals.

Inclusion requires changes at all levels of education, as it is – a special education system that covers all the diverse contingent of students and differentiates the educational process, responding to the needs of students in all groups and categories. The results of the teaching staff of college prove the accuracy and timeliness of the chosen path.

### References

1. Aktualni problemi navchannya ta viovannya lyudey z osoblivimi potrebami: zb. nauk. prats / red. kol.: P. Talanchuk (gol. red.), G. Nikulina, O. Barno. – K.: Universitet “UkraYina”, 2010. – № 7(9). – 560 s.

2. Voznyuk S.V. Problemi integrovanogo ta inklyuzivnogo navchannya ditey z osoblivimi potrebami // Sotsialno-pedagogichna reabilitatsIya v zakladah osvIti: problemi ta perspektivi. – vid. 2-e, dopov. – Hmelnitskiy, 2007. – S. 21–25.

3. Kolupaeva A.A. Spetsialna osvita v Ukrayini ta modernizatsiya osvitnoyi galuzi // Osobliva ditina : navchannya i vihovannya. – 2014. – № 3 . – S. 7–13.

4. Natsionalna strategiya rozvitku osviti v Ukrayini na 2012–2021 r. [Elektronniy resurs]. – Rezhim dostupu : <<http://www.mon.gov.ua/images/files/news/12/05/4455.pdf>.

5. Sofiy N. Inklyuzivna osvita v Ukrayini. Indeks Inklyuziyi, abo Naskilki mi rozumiamo Inklyuzivnu osvitu // Proftehosvita.

**Кукліна Г.І.**

Харківський спеціальний  
навчально-виховний комплекс

## **ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ НА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАНЯТТЯХ З РОЗВИТКУ СЛУХОВОГО СПРИЙМАННЯ МОВЛЕННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ВИМОВИ**

У сучасному суспільстві життя й здоров'я людини визначаються як найвищі людські цінності. Батьків і вчителів сьогодні надзвичайно хвилює питання допомогти дітям бути здоровими, сильними, витривалими. Головне завдання педагогів спеціального навчального закладу полягає в тому, щоб сформувати в учнів свідоме ставлення до власного здоров'я.

Утвердження загальнолюдських цінностей, збереження здоров'я школярів України є винятково актуальною проблемою сьогодення.

На індивідуальних заняттях з розвитку слухового сприймання мовлення та формування вимови треба: формувати мотивацію на досягнення успіху в навчанні (пояснювати виконання завдань, підтримувати зацікавленість, організовувати інтерактивне навчання); раціонально використовувати завдання, спрямовані на розвиток пам'яті, уваги, уяви, мислення, мови; створювати емоційно-позитивний клімат навчання (суб'єкт-суб'єктна взаємодія, наявність емоційних розрядок, добрих жартів, посмішок, використання гумористичних картинок, афоризмів, музикального супроводження тощо);

Завдяки загальному зусиллю вчителів, учнів і батьків щодо здоров'язбереження, завдяки систематичній, послідовній і творчій роботі з організації фізкультхвилинок, динамічних пауз, «пальчикової» гімнастики забезпечується достатній рівень функціональної діяльності всіх органів та систем організму дітей на індивідуальному занятті, їхній загальний бадьорий стан.

Фізкультхвилинка має стати обов'язковим елементом кожного заняття. Фізкультхвилинка включає 3-4 вправи, добре знайомі дітям і легкі для виконання. Тривалість фізхвилинки 2-3 хвилини. Вправи мають добиратися таким чином, щоб протягом заняття цілеспрямовано навантажувалися і розслаблялися різні групи м'язів дітей: плечового пояса, спини, тазостегнових суглобів. Необхідно включати в комплекс вправи для відпочинку очей, дихальні вправи, вправи на координацію рухів.

Дітям подобаються фізкультхвилинки, які супроводжуються віршованими текстами. Щоб у дітей не збивався ритм дихання, їхні рухи були точними і сильними, при проведенні таких фізкультхвилинки учитель промовляє текст, а діти виконують вправи.

Фізкультхвилинки з віршованими текстами

*1. Встаньте, діти, посміхніться, 2. Раз! Два! Час вставати:*

*Землі нашій уклоніться. Будемо відпочивати. За щасливий день вчорашній. Три! Чотири! Присідаймо. Всі до сонця потягніться. Швидко втому проганяймо. Вліво, вправо нахиліться. П'ять! Шість! Засміялись,*

*Веретенцем покрутіться. Кілька раз понахилились. Раз присядьте, два присядьте. Зайчик сонячний до нас. І за парти тихо сядьте. Завітав у вільний час. Сім! Вісім! Час настав. Повернутись нам до справ.*

Ще один вид роботи зі зміцнення здоров'я учнів спеціального навчального закладу – “пальчикова” гімнастика. Вона може бути використана як додаткова пауза відпочинку. До відомих дитячих віршиків, потішок придумуються різні рухи для відпочинку м'язів рук та для поліпшення настрою дитини. Ми правильно вимовляємо різні звуки завдяки відповідній роботі органів артикуляції (язик, губи, нижня челюсть та м'яке піднебіння). Точність та сила дій цих органів у дитини з різним ступенем порушення слухової функції розвивається поступово, у процесі мовної діяльності. Тому на індивідуальних заняттях впроваджується саме фонетична гімнастика, мета якої – навчання правильних рухів органів артикуляційного апарату, розвиток мовного апарату дитини, дикції, виразності мовлення, необхідних для вимовлення різних звуків.

Проводити фонетичну зарядку потрібно кожен день, для того щоб навикі дітей закріпилися, але робити це потрібно в ігровій формі. Такі вправи дуже корисні як для учнів з особливими освітніми потребами початкової ланки, так і для школярів середнього та старшого віку. Цей прийом можна використовувати не тільки на індивідуальних заняттях, а й на всіх уроках, він надасть можливість розвинути правильну вимову звуків, сприятиме підвищенню чистоти та правильності вимови. Для цього використовується робота над скоромовками, лічилками, загадками, чистомовками, які привертають дитячу увагу цікавим змістом і своєрідною формою. Наприклад:

**Скоромовка:** *Ходить квочка коло кілочка,*

*Водить діток коло квіток.*

**Чистомовка:** *Ка-ка-ка - край ставка.*

*Ку-ку-ку - хто співа: “Ку-ку-рі-ку?”*

*Кі-кі-кі - курчата чепурненькі.*

*Ки-ки-ки - курочки-чубарочки.*

*Ко-ко-ко - їм квоччуть “Ко-ко-ко!”*

*Не йдіть, діточки, далеко!”*

Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність є в Україні найвищою соціальною цінністю, невід'ємною складовою суспільного багатства. Головне завдання спеціального навчального закладу – виховання фізично і морально



здорового покоління, формування особистості, здатної вдосконалювати себе, готової до активного творчого життя в незалежній державі.

### Література

1. Астахова О.В., Тихоплав С.М. Динамічні паузи як один із ефективних методів забезпечення оптимізації рухової активності школяра. – Х.: Вид. група “Основа”. - 2011. - № 12. – С. 2-9.
2. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров’язберігаючих технологій у навчально–виховному процесі // Здоров’я та фізична культура. - 2006. - № 8.
3. Кравченко Т.В., Москвич Т.М., Виноградова О.М. Хто сказав, що ми не можемо змінити світ? Збірник матеріалів з досвіду апробації програми БФ “Крок за кроком”. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 2-33.
4. Кучинський М.В. Фізпауза на уроках української мови // Початкова школа. – 1991. - № 10. – С. 39-40.
5. Пометун О. І., Пироженко Л. В. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання. - К.: А. С. К., 2004.
6. Сугак З.К. Година здоров’я // Початкова школа. – 1988. - № 10. – С. 29.
7. Туріщева Л.В. Психокорекційні ігри в роботі педагога. – Х.: ВГ “Основа”, 2007. – 160 с.

**Кучмій О.Ю.**

Харківська ЗОШ № 137

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ НАВЧАННЯ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ**

В Україні для дітей з інвалідністю створена й успішно функціонує система спеціальної освіти. У цих закладах створені особливі умови для занять з такими дітьми, працюють лікарі, спеціальні педагоги. Але багато в чому через відособленість спеціальних / корекційних освітніх установ уже в дитинстві відбувається поділ суспільства на здорових та інвалідів. Через навчання дітей-інвалідів у спеціальних умовах їх конкурентність на освітньому ринку є низькою й в них відсутнє бажання продовжити освіту у вищих навчальних закладах у порівнянні з випускниками звичайних загальноосвітніх шкіл. Саме тому альтернатива такої системи – спільне навчання дітей з обмеженнями фізичного розвитку й дітей без інвалідності в звичайних, загальноосвітніх школах.

Інтегрування дітей з порушеннями психофізичного розвитку в загальноосвітній простір України як один з напрямів гуманізації всієї системи освіти відповідає пріоритетам державної політики, що окреслені в Національній доктрині розвитку освіти в Україні у XXI столітті і полягають в: особистісній орієнтації освіти; створенні рівних можливостей для дітей та молоді в здобутті якісної освіти; забезпеченні варіативності здобуття базової або повної загальної середньої освіти відповідно до здібностей та індивідуальних можливостей.

В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей та забезпечує однакове ставлення до всіх людей, але створює особливі умови для дітей, що мають особливі освітні потреби. Принцип інклюзивної освіти полягає в наступному: адміністрація і педагоги звичайних шкіл приймають дітей з особливими освітніми потребами незалежно від їх

соціального стану, фізичного, емоційного та інтелектуального розвитку і створюють їм умови на основі психолого-педагогічних прийомів, орієнтованих на потреби цих дітей.

Кількість дітей-інвалідів в інклюзивній школі обмежена – не більше 10% на всю школу і не більше трьох осіб в одному класі (10% – це показник, рекомендований психологами). Прийом дітей-інвалідів в загальноосвітню школу повинен відбуватися на основі висновку медико-психологічної та педагогічної комісії, тобто має бути обов'язково прописано, що дитина може вчитися в загальноосвітній школі.

Коли дитина з особливими потребами потрапляє до загальноосвітньої школи, над нею встановлюється психолого-педагогічний супровід, головною метою якого є формування позитивної думки дітей з особливими потребами, сприяння розвитку їхніх індивідуальних рис, самопізнання, самореалізації та інтеграції в суспільство, нормалізація порушень фізичного й психічного розвитку [5; 6].

Один з основних напрямків роботи з дітьми, які отримали інвалідність у зв'язку із вродженими чи набутими тяжкими соматичними чи психічними захворюваннями сенсорної, рухової, мовної недостатності, – включення цих дітей в активне суспільне життя, розвиток у них почуття самодостатності та реальних перспектив до подальшого життя, уміння жити зі своїми особливостями, будуючи при цьому адекватні стосунки з оточуючими [2, с. 12].

Можемо виділити наступні завдання психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами [1, с. 105]: 1) недопущення появи в дитини психопатичних рис особистості під впливом особливих умов її розвитку; 2) недопущення затримки в набутті знань і розвитку особистості; 3) формування позитивного ставлення до дефекту, прагнення перебороти його; 4) проведення просвітницької роботи щодо дітей з особливими потребами; 5) оптимізація спілкування з однолітками, батьками, педагогами; 6) допомога дітям в усвідомленні особистісного вибору, у конструктивному розв'язанні конфліктів; 7) заохочення до виявлення особистих пізнавальних інтересів дитини, її самостійності; 8) допомога в самостійному опануванні системою відносин зі світом і самим собою

**Психолого-педагогічний супровід** дітей з особливими потребами в загальноосвітній школі повинен **включати такі етапи:**

1. Психодіагностичний етап – діагностика рівня розвитку дітей: виявлення індивідуальних особливостей психічного, фізичного, інтелектуального розвитку; рівня розвитку психічних процесів; діагностики соціальної зрілості, інтелекту, стилю взаємодії педагогів і батьків з дитиною; тестування та анкетування педагогів та батьків на предмет готовності до здійснення інклюзивного навчання; вивчення особливостей сім'ї, у якій виховується дитина; психолого-педагогічне спостереження за особливостями соціальної взаємодії учнів у школі з інклюзивним навчанням.

Первинна діагностика відбувається на етапі вступу дитини до школи з метою виявлення сильних і слабких сторін розвитку особистості. За результатами діагностики складається план індивідуальної роботи на кожному

дитину, у якому окреслюються психологічні процеси, які потребують розвитку і корекції.

2. Оформлення документації для здійснення психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими потребами: банку даних дітей відповідно до особливостей та наявних порушень; картки здоров'я і розвитку дитини; психологічної картки індивідуального розвитку дитини; соціального паспорту сім'ї, в якій виховується дитина; щоденника спостереження за дитиною в початковому закладі; щоденника спостереження (за словами батьків) за станом здоров'я і поведінкою дитини вдома.

3. Розробка та затвердження індивідуального плану навчання з рекомендаціями для педагогів і батьків, розроблених за участі різних фахівців (психолога, соціального педагога, учителя).

Індивідуальний навчальний план – це один з найважливіших інструментів у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Індивідуальний навчальний план – це формальний документ, який містить детальну інформацію про дитину і послуги, які вона має отримувати. Навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку за індивідуальними планами в умовах загальноосвітнього навчального закладу здійснюється на основі навчальних програм спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів), рекомендованих Міністерством освіти і науки України, розглядаються педагогічною радою, погоджуються батьками (особами, які їх замінюють) і затверджуються керівником навчального закладу.

Батьки є активними учасниками розробки індивідуального навчального плану, оскільки вони знають своїх дітей краще за інших. Індивідуальний навчальний план визначає необхідні адаптації/модифікації та слугує підґрунтям для подальшого планування навчальних занять. Навчальні досягнення особливих учнів оцінюються за обсягом матеріалу, визначеного індивідуальним навчальним планом.

4. Корекційно-розвивальна робота. Індивідуальні й групові корекційно-розвивальні заняття слід проводити залежно від потреб дитини. Особливу увагу потребують учні з особливими потребами в першому класу і новоприбулі. Щоб діти не боялись, не почували себе не такими, як решта, не мали страху самотності і неприйняття іншими учнями, слід проводити саме групові заняття. Як правило вони проводяться у I семестрі, доки вони звикнуть до психолога, до нового колективу, зрозуміють, що вони не одні з подібними проблемами, потребами. Адже чим швидше відбудеться адаптація учня, чим комфортніше він себе буде почувати в новому колективі, тим краще і швидше він буде розвивати свої здібності.

На кінець I семестру складається план індивідуального розвитку на II семестр. У кінці року за результатами діагностики I і II семестру можна простежити, чи відбулись в дитини зрушення на краще.

Для проведення психокорекційних заходів потрібно вивчити такі показники: особистісні риси дитини, її зв'язок із соціумом; вікові і соціальні показники якості життя; наявність чи відсутність кореляції між психологічним аспектом якості життя дитини та якістю життя її близького оточення.

Для забезпечення ефективного вивчення психоемоційного стану дитини пропонуються такі методики: 1) багатофакторний особистісний опитувальник Кеттела – аналіз структури особистості, виявлення особистісних проблем і порушень адаптації; 2) методика Шмішека – аналіз характерологічних особливостей; 3) методика Дембо-Рубінштейна – самооцінка особистісних рис; 4) модифікована шкала Пірс-Харріс – визначення якості життя через вивчення самооцінки; 4) модифікована оцінка шкільного інтелекту за Терманом; 6) опитувальник АСВ – аналіз сімейних взаємин. За необхідності рекомендують додаткові методи вивчення: сімейна соціограма (оцінка матір'ю якості життя її дитини); методика визначення акцентуацій за Леонгардом.

Для організації профорієнтаційної роботи дітям пропонується опитувальник Клімова “Карта інтересів”, методика Голланда, анкети для батьків [3, с. 17].

5. Надання соціально-психологічної підтримки педагогам. Часто, працюючи з особливо складними дітьми, педагоги виснажуються, що може призвести до професійного вигорання. Крім того, інклюзивне навчання в Україні досить новий напрям, і тому за браком досвіду інколи важко знайти підхід до деяких учнів, вирішити деякі класні проблеми. У спільній роботі швидше знайти правильний вихід, підібрати ключики до кожної особистості.

6. Психолого-педагогічний супровід батьків дітей з особливими потребами направлений на мобілізацію родини для подолання проблем у природних умовах і може продовжуватися тривалий час. Він включає такі етапи: звернення сім'ї, яка виховує дитину з функціональними обмеженнями; оцінка проблеми сім'ї; планування роботи; виконання намічених дій; моніторинг; коригування плану дій; закриття/продовження супроводу; індивідуальна робота – консультування; групова робота: бесіда, лекція, диспут, дискусія, збори, тренінг, група взаємодопомоги, батьківський клуб, сімейна консультація тощо.

7. Підготовка учнівського колективу до прийняття дитини з особливими потребами. Це вимагає від педагогів вміння навчити дітей природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей; налагоджувати й підтримувати дружні стосунки з людьми, які відрізняються від них; виховати в них співчутливість. Цю роботу можна проводити як у групі, так й індивідуально.

8. Моніторинг результативності, який передбачає вивчення результативності різних сторін навчально-виховного процесу: простеження ефективності виховного процесу, системи взаємостосунків його учасників; спостереження за системою колективно-групових взаємовідносин, за характером психологічної атмосфери педагогічного колективу, психологічного стану дітей, батьків; відстеження динаміки стану здоров'я дитини з особливими потребами.

9. Виявлення і прогнозування можливих проблем, серед яких можуть бути наступні: виникнення опору новому середовищу з боку дитини, для зняття якого потрібно включати розробку додаткових освітньо-виховних ресурсів; виникнення внутрішніх і зовнішніх конфліктів між педагогом і дитиною, педагогом і батьками [4, с. 19].

Таким чином, психолого-психологічний супровід дітей з особливими потребами розглядається як цілісна діяльність, командна взаємодія (учителів, батьків, практичного психолога, соціального педагога, медпрацівників та інших

фахівців), що поєднує такі взаємопов'язані компоненти: 1) систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини (відповідність тих вимог, які ставить перед нею школа, особливостям розвитку школяра), динаміки її психічного розвитку в процесі шкільного навчання; 2) створення соціально-психологічних умов для розвитку особистості учнів та їхнього успішного навчання; 3) створення спеціальних соціально-психологічних умов для надання допомоги дітям, які мають проблеми в розвитку та навчанні [2, с.10].

Тому, на нашу думку, навчання в загальноосвітній школі допоможе дітям з особливими потребами адаптуватися до типових життєвих ситуацій, позбутися почуття ізольованості, відчуження, сприятиме зникненню соціальних бар'єрів та інтеграції в соціум, навчить учнівський колектив спілкуватися та працювати разом, сформує в них почуття відповідальності за товаришів, які потребують не лише допомоги, а, насамперед, – прийняття та визнання.

### Література

1. Кизимович Д., Ніжаща І., Герасимів Н. Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям і молоді з особливими потребами та їхнім батькам // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – № 3. – 2003. – липень-вересень. – С. 103 – 109.

2. Інклюзивна освіта: наукові засади, проблеми та перспективи впровадження в загальноосвітній навчальний заклад. Інформаційно-методичний бюлетень “Методист”. – Рівне. – № 2. – 2011. – 109 с.

3. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навчально-методичний посібник / кол. авторів: А.А. Колупаєва, Н.З. Софій, Ю.М. Найда та ін. ; під заг. ред. Л.І. Даниленко. – К., 2007. – 128 с.

4. Особливі діти в умовах загальноосвітньої школи (досвід закладів освіти Дніпровського району м. Києва). Практ.-метод. посіб. / Упоряд. Сидоренко Н.А. – К.: РНМЦ Дніпровського району, 2015. – 64 с.

5. Бойчук Ю.Д., Сіліна Г.О. та ін. Дитина з особливими освітніми потребами: медичні та психолого-педагогічні аспекти розвитку, навчання і виховання: навч.-метод. посіб. – Харків: ХАНО; вид-во “Точка”, 2014. – 292 с.

6. Бойчук Ю.Д., Бородіна О.С. Методичні рекомендації щодо організації та змісту діяльності вчителя загальноосвітнього навчального закладу в умовах інклюзивного навчання: методичні рекомендації для вчителів загальноосвітніх шкіл. – Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2013. – 24 с.

**Леплявенко А.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

## ВІКОВІ НОРМИ ТА ПОРУШЕННЯ ЗВУКОВИМОВИ У ДІТЕЙ

Спеціалісти відмічають, що значна кількість дошкільників та молодших школярів страждає мовними розладами. Серед мовних дефектів на перше місце виступають порушення вимови, які визначають якість як усної мови, так і відображаються в письмових видах мовної діяльності. Критичне ставлення до стану свого дефекту призводить до того, що діти починають соромитися говорити, уникають ситуацій мовного спілкування, стають замкнутими,

невпевненими у своїх силах і можливостях. Можуть формуватися негативні особистісні риси, конфліктність, неконтактність.

У батьків таких дітей постає питання, в якому віці потрібно звертатись до спеціалістів, чи потрібна дитині взагалі допомога?

*Мета статті* - розкрити основні вікові етапи формування звукової сторони мови та її порушення.

Вивченням питання, щодо оволодіння звуковою стороною мови дітьми дошкільного віку займались А. Гвоздєв, В. Бельтюков, Д. Ельконін, М. Хватцев та ін.

Засвоєння звукової сторони мови починається вже на першому році життя, коли дитина починає оволодівати своїм слуховим і мовним апаратом. Дитина опановує мову поступово, переходячи від більш простих структур до більш складних. Оволодіння мовою – активний процес пошуків, спостережень, порівнянь, встановлення відносин і узагальнень, що потребує використання дитиною всіх аналізаторів. Мова являє собою сукупність мовних одиниць різного рангу (звуків, морфем, слів, речень), а також правил їх конструювання і вживання [1, с. 42].

Нові звуки з'являються групами, об'єднаними наявністю однієї якої-небудь артикуляційної роботи, якої до цього бракувало. Є певна тривалість, протягом якої звук вводиться дитиною в усі слова. У цей час відсутні фонемі заміщуються їх субститутами. А. Гвоздєв, указував, що заміна одного звука іншим відбувається на основі артикуляційної близькості звуків, перш за все за місцем утворення, рідше – за способом утворення. Причиною спотвореної вимови звуків зазвичай є недостатня сформованість або порушення артикуляційної моторики. При цьому діти не можуть правильно виконувати рухи органами артикуляційного апарату, в результаті чого звук спотворюється, вимовляється неточно.

Причина заміни звуків зазвичай полягає в недостатній сформованості фонематичного слуху або його порушення, в результаті чого діти не чують різниці між звуком і його заміником (наприклад, між “р” і “л”). Подібні порушення називаються фонематичні, так як при цьому одна фонема замінюється іншою, внаслідок чого порушується зміст слова. Наприклад, рак звучить як “лак” [1, с. 44].

Основний шлях розвитку фонематичної сторони мови дитина проходить у переддошкільний період (від 1 до 3 років). До трьох років дитина оволодіває всією системою звуків мови, з деякими виключеннями. Складніше даються шиплячі (“ш”, “ж”), сонорні (“р”, “л”) та свистячі (“с”, “з”) звуки.

Важливою передумовою оволодіння правильною звуковимовою у дошкільному віці є відповідний розвиток слухового аналізатора і фонематичного слуху, а також діяльність мовнорухового апарату, який вже сформований, але має півні вікові особливості. Дуже важливо враховувати, що мова засвоюється завдяки наслідуванню. Наслідування мовних звуків виникає у другому півріччі першого року життя. У віці 10-11 місяців, виникає уміння повторювати за дорослим ті звуки які дитина ще не вміє промовляти під час лепету. Дитина з 2-річного віку вже розрізняє всі звуки мови. З 3-4 років дитина вловлює на слух відмінність між

своєю недосконалою вимовою, і вимовою звуків дорослої людини. Дитина прагне “підтягувати” свою вимову до зразка, наявного в мові дорослих.

Дитина у віці від року до двох років опановує вимову найпростіших по артикуляції звуків - голосних “а”, “о”, “е” і губних приголосних “п”, “б”, “м”. У віці від 2 до 3 років дитина засвоює голосні “і”, “и”, “у”, губно-зубні приголосні “ф”, “в”, передньоязичні “т”, “д”, “н”, задньоязичні “д”, “г”, “х” і звук “й”. Поява цих звуків вимагає більш складної артикуляції, а це означає, що у дитини вдосконалюється мовний апарат.

Найбільш складними за артикуляцією є свистячі звуки “с”, “з”, “ц”, шиплячі “ш”, “ж”, “ч”, “щ” діти опановують у віці від 3 до 5 років, замінюючи ці звуки на більш прості по артикуляції. Спочатку звук “ш” замінюється на більш простий за артикуляцією звук “т”, “ть”, пізніше “сь”, потім “с”, так як тверді приголосні з’являються пізніше м’яких і нарешті з’являється звук “ш”. У віці 5 років дитина опановує найскладнішими за артикуляцією звуками - твердим “л” і “р”. На цьому закінчується процес становлення звуковимови у дітей.

Таким чином, у дошкільному віці є усі передумови успішного оволодіння звуковою стороною мови. До них можна віднести, розвиток кори головного мозку в цілому, фонематичного сприйняття мови та мовнорухового апарату. Сприяють і такі особливості дошкільного віку, як пластичність нервової системи, підвищене наслідування, особлива чутливість до звуків мови. Будь-яке відхилення звуковимови у віці старшому за п’ять років, стверджує О. Рау, необхідно вважати недорікуватістю, яка може перейти в звичку дитини.

У повсякденному житті ми частіше зустрічаємо дітей, у яких спостерігається своєрідність у вимові звуків, так звані дефекти звуковимови на які звертають уваги батьки. Як правило, такі стійкі індивідуальні відхилення від норми у вимові звуків викликані специфічними причинами і вимагають безпосередньої участі фахівця.

Дефекти звуковимови можуть виражатися в декількох варіантах: повна відсутність звуку. У цьому випадку звук просто пропускається: “ука” замість “рука”, “апа” замість “лапа”; звук може замінятися іншими: “лука” або “юка” замість рука; звук може спотворюватися (вимовляється не нормовано для даної системи мови); змішання звуків в словах.

Причини виникнення дефектів звуковимови за патологічним механізмом класифікують як: органічні – вроджені або набуті зміни в центральному відділі мови, а також периферичному (артикуляційному); функціональні – коли немає змін анатомічних структур у відділах мовного апарату. Залежно від локалізації дефекти діляться на: центральні – ураження або недорозвиток у відділах центральної нервової системи; периферичні – пошкодження або аномалії у будові периферичного (артикуляційного) відділу мовленнєвого апарату. У будь-якому випадку всі порушення звуковимови вимагають надання дитині спеціальної допомоги, а спільна робота логопеда і батьків впливає на успішне навчання дитини в школі.

Отже, у статті ми розкрили вікові етапи появи звуків у мові дітей дошкільного віку, показали, що дошкільний вік є найсприятливішим для правильного формування вимови. Спираючись на дослідників, вказали, що після

п'яти років будь яке відхилення у звуковимові дитини є недорікуватістю. Розглянули які бувають порушення звуковимови.

Батьки дошкільників спираючись на вікові норми становлення звуків у мові дитини, можуть самостійно оцінити стан мови дитини, і як що він не відповідає нормам звернутися за допомогою до спеціалістів.

### **Література**

1. Алексеева Е.А. Понимание эмоционального содержания текста детьми с нарушениями речи // Коррекционная педагогика: теория и практика. - 2014. - № 1. - С. 41-45.
2. Милютин О.Н. Нарушения звукопроизношения у дошкольников // Логопед. - 2014. - № 5. – С. 8-14.
3. Смирнова Л.Н. Логопедия в детском саду. - М.: “Мозаика-Синтез”, 2009.– С. 60-61.

**Михайленко В.В.**

Національний педагогічний  
університет імені М.П. Драгоманова

## **ВИКОРИСТАННЯ ДОСВІДУ М. ЄФИМЕНКА ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ РУХОВИХ УМІНЬ І НАВИЧОК У РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ УЧНІВ**

Рухова діяльність людини, на думку вчених, які займалися і займаються вивченням її особливостей (М. Бернштейн, М. Боген, Л. Волков, В. Завацький, В. Заціорський, О. Дубогай, А. Ільченко, Т. Круцевич, В. Папуша, О. Худолій, Б. Шиян та ін.) – це специфічний вид діяльності, що складається з системи рухових дій. Вченими доведено, що оволодіння руховою діяльністю та її розвиток здійснюються на основі формування адекватного ставлення суб'єкта до актуальної ситуації і вибору оптимального способу її вирішення з урахуванням власних можливостей і завдань рухових дій. Одним з видимих проявів рівня засвоєння рухових дій є наявність таких функціональних утворень, як рухові вміння й навички.

Проте розвиток молодших розумово відсталих школярів створює низку ризиків для їхнього фізичного розвитку в цілому і рухової діяльності зокрема. Насамперед це стосується оволодіння новою провідною діяльністю – навчальною, яка потребує значних інтелектуальних та фізичних зусиль і статичної діяльності. Малорухливий спосіб життя сучасних розумово відсталих школярів доповнює захоплення дітей “екранною” культурою, проведення значної кількості часу перед екраном телевізора чи комп'ютера. На наш погляд, подолати певним чином притаманні розумово відсталим школярам недоліки фізичного розвитку допоможе технологія, розроблена і апробована педагогом-новатором М. Єфименком, який розробив і апробував у процесі власного педагогічного досвіду оригінальну систему фізичного виховання дошкільників та молодших школярів, побудовану на врахуванні особливостей дітей вказаного віку. Система дістала назву “Театр фізичного розвитку та оздоровлення дітей”. У роботі з дітьми М. Єфименко радив дотримуватися гасла: “Грати кожен день, грати постійно, грати завжди”, тобто того, що автор називає “тотальним ігровим методом”. Пропоновану технологію ми адаптували для роботи з дітьми з



помірною розумовою відсталістю. Автор назвав її “тотальним ігровим методом”, що означає всезагальний, всеохоплюючий, в якому повною мірою виражається його педагогічне кредо – “грати щодня, грати постійно, грати завжди!” [4, с. 174].

В основу фізкультурних занять М. Єфименко поклав “принцип повторно-кільцевої побудови заняття”, сутність якого передбачає “природну послідовність становлення рухових навичок дитини: від вправ у положенні лежачи на спині, на животі, через перевертання, повзання, руху в позі сидячи, а потім – стоячи, ходіння, бігу, стрибків, метань і складних скоординованих рухів”. Для створення рухового портрету дитини автор розробив методику ігрового тестування рухового розвитку, яка дуже проста в організації і не вимагає особливого оснащення. Кожен тест має ігрову основу дослідження [3].

Інтегрований характер можливостей власної інноваційної технології М. Єфименко висловив у такому кредо: “Граючи – оздоровлювати, граючи – виховувати, граючи – розвивати, граючи – навчати” [3]. Відповідно до концепції автора, пропонується технологія ґрунтується на 10-и наступних положеннях:

1. Йти за логікою природи (педагогіка повинна бути природною).
2. Фізичне виховання дітей повинно здійснюватися по спіралі, нове поєднуючи з відомим.
3. Педагогічний спідометр, або так звані загальнорозвивальні вправи (підбирати підготовчу частину заняття — уроку — згідно з “еволюційною гімнастикою”).
4. Поділ заняття на три частини за фізіологічною суттю.
5. Театр фізичного виховання дітей (граючи — оздоровлювати, граючи — виховувати, граючи — розвивати, граючи — навчати).
6. Позитивна, світла енергія радості і задоволення (фізичне виховання повинно заряджати дітей позитивними емоціями).
7. Руховий портрет дитини “малює” методика ігрового тестування.
8. Створи тренажери сам!
9. Здоров’я здорових вимагає профілактики та корекції.
10. Через рухи та гру — до виховання Людини майбутнього.

Як указує автор, уся послідовність рухів відбувається на фоні розповіді педагога. Через гру вона пізнає оточуючий світ, у грі розвиваються її психічні процеси, особистість; гра сприяє розвитку пам’яті, уваги, формуванню дитини як члена соціуму.

Дотримуючись запропонованої М. Єфименком технології, ми намагалися емоційно і яскраво розповісти учням казку “Рукавичку”, яка спонукає дітей до відповідних рухів. Ми продумали ігрову тему, на основі якої відбувається ігрова взаємодія педагога з дітьми. Сюжет фізкультурної казки передбачав обов’язкову послідовність способів рухової діяльності учнів: дії виконували спочатку сидячи, потім відбувалося поступове ритмічне спрямування руху до прямоходіння, поворотів у різні сторони, присідання, нахилів у різні сторони, що супроводжувалося активним мовленням дітей. Обрана нами технологія щодо удосконалення рухових умінь і навичок у розумово відсталих молодших школярів сприяла розвитку мовлення дітей. Виступаючи в ролі героїв “Рукавички”, учні входять у роль героїв казки, стаючи персонажами, які не лише

виконують певні фізичні дії, а й озвучують їхні висловлювання вголос. Мовлення дітей-героїв казки супроводжувало кожен рухову дію, кожен рухову ситуацію. У цьому випадку ми опиралися на вчення Ц. Пуні щодо оволодіння руховими діями та опанування руховим образом. У процесі рухово-ігрової діяльності ми знайомили дітей із героями різноманітних казок, їхніми вчинками, діти відтворювали мовлення казкових персонажів, супроводжуючи його відповідними руховими діями.

Діти слухали експериментатора, стежили за фабулою сюжету казки і одночасно копіювали рухові дії дорослого. Заняття спрямовувалося на те, щоб зарядити дітей позитивною, світлою енергією задоволення, а не лише на забезпечення його моторної щільності. Фізкультурна казка дала змогу виховувати в учнів самостійність і наполегливість, вміння співпрацювати в групі, колективі, почуття колективізму, отримати зворотній зв'язок і підтримку від кожного члена гри, об'єднувати за спільними інтересами, формувати й виховувати позитивну мотивацію до читацької діяльності. У грі кожна дитина оточена турботою, довірою, відчуває себе рівноправним партнером у діяльності та спілкуванні, внаслідок чого зростає впевненість у власних силах, у собі.

Для реалізації педагогічної технології “Театр фізичного розвитку та оздоровлення дітей” велике значення має створення образів, які розігрують діти. Працюючи з дітьми, ми керувалися поглядами М. Єфименка про те, що виховання має базуватися на максимумі образів, які виникають у дітей під час гри. У процесі гри уява допомагала учням бачити те, чого насправді немає, або те, що вони хотіли б бачити під час гри-заняття. У ігровому просторі ми намагалися створити ситуацію, в якій школярі уявляли себе в ролі казкових персонажів у казковому конкретному місці (біля рукавички та в рукавичці), учасниками ситуації спілкування, оволодівали комунікативними до роботи в групах, навичками спілкування і взаємодії в парах, у колективі. Рухові дії учнів, організовані відповідно до технології М. Єфименка, забезпечували реалізацію індивідуальних навчальних можливостей учнів; формування мотивів читацької діяльності.

Отже, використання у роботі з розумово відсталими учнями технології М. Єфименка сприяє удосконаленню рухових умінь і навичок у даній категорії дітей.

### Література

1. Аксьонова О. Нова фізична культура або школа розумного руху // Теорія та методика фізичного виховання: Наук.-метод. журн. – 2010. – № 12. – С. 29–34.
2. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образовании: Учеб. пособ. для студ. высш. уч. завед. – М.: Издат. центр “Академия”, 2002. – 176 с.
3. Технологія М. Єфименка [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://docs.google.com/document/d/1FGLGY1RaWvyM8P7FfQP2MG70mwvxdH5q9mYs2pCImwA/edit?pli=1>.
4. Подвижные игры для детей с нарушениями в развитии / под ред. Л.В. Шапковой. - СПб.: Детство-Пресс, 2002. - 160 с.
5. <http://dolphin.cherkassydnz.com/?p=224>
6. [http://bilatserkva-dnz31.edukit.kiev.ua/fizkuljturno-ozdorovcha\\_robota/ceminar-praktikum\\_m\\_yefimenka/](http://bilatserkva-dnz31.edukit.kiev.ua/fizkuljturno-ozdorovcha_robota/ceminar-praktikum_m_yefimenka/)

## **ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МЕТОДАМИ ІНТЕРАКТИВНОГО ВИХОВАННЯ В МОЛОДШИХ КЛАСАХ**

Ознакою гармонійного розвитку особистості є здоров'я – стан фізичного, психічного та соціального благополуччя людини. Кожна людина, визначаючи проблеми формування власного здорового способу життя, має усвідомити просту істину: ніхто не може зробити здоровим іншого; стати здоровим можна лише доклавши зусиль, навчившись цього особисто. Отже, в процесі здобуття здоров'я, отриманні інформації про нього, формуванні навичок здорового способу життя та реалізації його принципів у житті учень не повинен бути пасивним об'єктом. Ефективність процесу формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя залежить від спрямованості виховного процесу, форм та методів організації.

Методи інтерактивного виховання – це спосіб створення атмосфери в класі, котра найкраще сприяє співпраці, порозумінню та доброзичливості, дає змогу по-справжньому реалізувати особистісно-зорієнтоване навчання.

У дітей з вадами слуху формування навичок здорового способу життя відбувається як на уроках так і в позакласний час. У повсякденному житті учні набувають навичок самообслуговування, особистої гігієни. Становленню самостійності сприяє усвідомлення цієї діяльності, узагальнення шляхів та засобів роботи та перенесення їх у нові умови життєдіяльності.

Особиста гігієна – це невід'ємна частина культурної поведінки в побуті та співіснуванні в соціумі. Як початковий етап соціально-побутової потреби дітей з особливостями психофізичного розвитку, особиста гігієна формує у них настанову на здоровий спосіб життя. Вона охоплює питання догляду за шкірою, волоссям, ротовою порожниною, чистоту одягу, взуття, помешкання тощо.

У формуванні навичок важливим є набуття практичного досвіду, який можна отримати через виконання відповідних вправ, дій, відпрацювання моделей поведінки.

Формування здорового способу життя та санітарно-гігієнічної культури учнів початкових класів відбувається на уроках “Основи здоров'я”. Методи інтерактивного навчання можна поділити на дві великі групи: групові та фронтальні. Перші передбачають взаємодію учасників малих груп. Частіше я використовую роботу в парах або трійках. Робота в групах вимагає обміну думками і дозволяє швидко виконати вправи, які в звичайних умовах є часомісткими (обговорити подію, твір, інформацію, підвести підсумки). Після цього один з партнерів доповідає про результати перед класом.

При виборі завдань необхідно враховувати психолого-педагогічні, вікові особливості школярів, рівень пізнавальної активності та самостійності. У дітей внаслідок первинного дефекту (вади слуху) виникають вторинні відхилення у розвитку: зміни процесів сприймання, своєрідність



2. Кравченко Т.В., Москвич Т.М., Виноградова О.М. Хто сказав, що ми не можемо змінити світ? Збірник матеріалів з досвіду апробації програми БФ “Крок за кроком”. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 2-33.

3. Пометун О. Енциклопедія інтерактивного навчання. – К., 2007. – С. 6-15.

4. Сім'я та школа у виховному просторі дитини. – Х., 2015. - С. 65-69.

5. Сугак З.К. Година здоров'я // Початкова школа. – 1988. - № 10. – С. 29.

**Немшилова О.І.**

Харківський спеціальний

навчально-виховний комплекс № 7

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕКАЗУ УЧНІВ З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ (ТПМ)**

Успішність навчання дітей в школі з ТПМ і їх подальша соціалізація багато в чому залежить від рівня оволодіння ними зв'язним мовленням. Адекватне сприйняття і відтворення текстових навчальних матеріалів, уміння давати розгорнені відповіді на питання, самостійно висловлювати свої думки, відтворювати почуте – всі ці та інші навчальні й побутові дії вимагають достатнього рівня розвитку зв'язного (діалогічного і монологічного) мовлення. Характеристика зв'язного мовлення і його особливостей наявна у низці праць вітчизняної і зарубіжної лінгвістичної, психолінгвістичної і спеціальної методичної літератури. Стосовно різних видів розгорнених висловів зв'язне мовлення визначають як сукупність тематично об'єднаних фрагментів мовлення, які знаходяться в тісному взаємозв'язку і становлять єдине смислове та структурне ціле [1].

Питання формування зв'язного монологічного мовлення дітей шкільного віку з нормальним розвитком детально розглядаються в роботах А. Богуш, Л. Пен'євської, Л. Федоренко, Т. Ладиженської, М. Лаврік, М. Львова та ін. Дослідники відзначають, що елементи монологічного мовлення з'являються у висловах дітей, що нормально розвиваються, у віці 2–3 років. З 5–6 років дитина починає інтенсивно опановувати монологічне мовлення, оскільки завершується процес розвитку звуковимови і діти в основному засвоюють морфологічний, граматичний і синтаксичний стрій рідної мови (Є. Соботович, А. Гвоздев, Г. Фомічева, В. Лотарев, О. Ушакова та ін.). Даних про особливості розвитку і формуванню зв'язного мовлення у дітей з ТПМ, які навчаються в молодших класах спеціальної школи обмаль. Однак в літературі (Є. Соботович, В. Тищенко, Р. Лалаєва, Н. Серебрякова, Н. Бояркова, Р. Луцкіна) зустрічаються факти констатування окремих показників зв'язного мовлення і зазначення про збереження можливостей до реалізації простих форм монологічного мовлення.

Повноцінне оволодіння дітьми навичками монологічного мовлення можливо лише за умов цілеспрямованого навчання. До необхідних умов успішного оволодіння монологічним мовленням відноситься: формування спеціальних мотивів, потреби у використанні монологічних висловів; сформованість різних видів контролю і самоконтролю, засвоєння відповідних

синтаксичних засобів розгорнутого повідомлення (Н. Головань, М. Лаврік, Л. Федоренко, І. Зимня та ін.). Оволодіння монологічним мовленням, побудовою розгорнутих, зв'язних висловів стає можливим з виникненням регулюючої, плануючої функції мовлення (Л. Виготський, О. Лурія, А. Маркова та ін.). Дослідження низки авторів показали, що діти молодшого шкільного віку здатні опанувати навиками планування монологічних висловів (Л. Голубева, Н. Орланова, І. Сліта та ін.). Формування навичок побудови зв'язкових, розгорнутих висловів вимагає застосування всіх мовних і пізнавальних можливостей дітей, одночасно сприяє їх вдосконаленню. Слід зазначити, що оволодіння зв'язним монологічним мовленням можливо лише за наявності певного рівня сформованості словникового запасу і граматичної будови мови [2; 3]. Тому на рішення задач формування зв'язного мовлення повинна передувати мовна робота по розвитку лексичних і граматичних вмінь. Одним з найпоширеніших і часто використовуваних у шкільній практиці методів навчання, методів розвитку зв'язного мовлення є використання репродуктивних форм мовлення – мовлення за зразком, а саме переказ художніх творів, розповідей вчителя, статей підручників тощо.

Перед нами стала задача вивчити особливості переказу тексту учнями молодших класів і визначити напрями подальшої роботи по розвитку цієї форми зв'язного мовлення. Під час переказу більшість учнів продемонструвала різноманітні труднощі. Це виявилось в малому об'ємі тексту, неповному змістовному відображенні подій, порушенні зв'язку між реченням, окремими частинами тексту, великій кількості повторів, застрявань, перекрученні змісту, простому переліку персонажів, тощо. Все це свідчить о порушення внутрішньої програми тексту і зниження можливості будувати зв'язний текст. Також спостерігались помилки лексичного та граматичного оформлення речень.

При спробі провести переказ за серією сюжетних картинок учні всіх груп практично не покращили свої результати, хоча відповідність картинок тексту визначили. В більшості випадків вони починали перечислять те, що зображено на картинках відходячи при цьому від тексту переказу. При цьому кожному картинку сприймали як окрему, ізольовану, не пов'язуючи її з попередніми. Якщо педагог звертав увагу на послідовність подій, які відтворені на картинці, учні погоджувалися з цим. При наявності однієї картинки за сюжетом переказу результати незначно покращувались, але і при цьому варіанті спостерігалися чисельні помилки і рівень виконання завдання був низьким. При наданні педагогом допомоги у вигляді питань до тексту більшість дітей давала адекватні відповіді, які демонстрували розуміння послідовності подій, але об'єднати розрізнені відповіді у вислів об'єднаний єдиною смисловою задачею учні не могли.

Аналіз результату виконання переказу простого тексту дітьми показав, що передумови побудови тексту, змістовної програми у дітей збережені. Учні користуються допомогою при виконанні переказу, але не вся допомога їм доступна. Тому необхідно розширити межі використанні сторонньої допомоги, що дозволить більш ефективно формувати зв'язне мовлення. При подальшій

роботі по формуванню зв'язного вислову у дітей з ТПМ ми запропонували певну послідовність роботи.

У сучасних працях по педагогіці підкреслюється особлива роль переказу у формуванні зв'язного монологічного мовлення. При переказі вдосконалюються структура мовлення, його виразність, вимова, засвоюється побудова окремих речень і тексту в цілому. Навчання переказу збагачує словниковий запас, сприяє розвитку сприйняття, пам'яті, уваги. При цьому за допомогою імітації діти засвоюють нормативні основи усного мовлення, тренуються правильно вживати мовні засоби.

Визначимо деякі вимоги щодо послідовності подання мовленнєвого матеріалу та використання прийомів переказу: 1) на початковому етапі перевага віддається коротким текстам з чітко визначеним сюжетом, подіям. Тексти повинні бути актуальними для дитини, зрозумілими. Бажано, щоб текст був близький до її власного досвіду, щоб при переказі учень міг визначити власне відношення до подій, героїв оповідання їх учинків; 2) підготовча до переказу робота повинна включати: аналіз тексту, актуалізацію мовного і пізнавального матеріалу, який використовується в тексті.

Розбір змісту тексту доцільно проводити в формі діалогу, причому питання скласти так, щоб основні моменти сюжетної дії в їх послідовності були окреслені, визначити дійових осіб і найбільш значущі деталі оповідання. Крім того, з тексту виділяються і повторюються дітьми слова, словосполучення, що служать для характеристики предметів і героїв. Відтворення дітьми слів і словосполучень, що позначають дії, значно полегшує їм подальше складання переказу.

1. При роботі над переказом використовуються допоміжні засоби, які спрямовують і організують процес формування зв'язного мовлення: різні види наочності на основі якої відбувається мовленнєвий акт (Л. Ельконін, С. Рубинштейн); моделювання плану вислову (Л. Виготський). Важливо поступово вводити наочність, щоб дитина змогла опанувати зв'язок наочних стимулів з почутою розповіддю.

2. Залучати дитину до переказу поступово. Спочатку педагог розповідає, а дитина доповнює окремими словами, словосполученнями, іноді реченнями. Використовувати переказ по запитаннях.

3. Використовувати при переказі групові форми роботи, залучати дітей до рольового обігравання почутого, введення його в предметно практичну діяльність.

4. Використання наочних стимулів при переказі пропонуємо використовувати в такій послідовності: переказ з демонстрацією дій або ілюстрацій, які з'являються поступово відповідно до сюжету оповідання; переказ з опорою на одну сюжетну картинку з можливою допомогою педагога шляхом стимулюючих та спрямовуючих питань; переказ з опорою на серію сюжетних картин; переказ з опорою на умовну схему.

5. Після достатнього опанування переказу простих текстів треба переходити на вибіркові перекази. Там потрібно з оповідання вибрати ту частину, яка відповідає визначеному запитанню або визначеній темі. Допомога педагога при

цьому надається у вигляді питань, які допомагають учню визначити з якого моменту слід розповідати.

Запропонована система роботи була апробована упродовж двох років і має позитивні результати. Результати роботи були в прямій залежності від початкового мовленнєвого і інтелектуального рівня учнів. Всі діти навчилися використовувати допомогу педагогів при складанні вислову, користуватися наочністю.

### **Література**

1. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В., Зорина С.В. Нарушение речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития. – М.: ВЛАДОС, 2004. - 303 с.
2. Лурия А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования. – М.: Академия, 2002. – 352 с.
3. Рамазаева Т.Г., Львов М.Р. Методика обучения русскому языку в начальных классах. – М.: Просвещение, 1979. – 432 с.

**Никоненко Н.В.**

Дніпропетровський національний  
університет імені Олеся Гончара

## **РОЗРОБКА ПОСІБНИКА З ГЕНДЕРНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ**

Згідно з показниками статистики [1] дитина з порушеннями інтелектуального розвитку входить до групи високого ризику до насильства, у тому числі сексуального. Недостатній рівень статевого виховання серед дітей та молоді більшості країн, зокрема України, робить нове покоління громадян вразливими до примушення, зловживання та експлуатації, небажаної вагітності та інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ. Передача знань та навичок, які, за твердженнями світових експертів [1], допоможуть приймати відповідальні рішення, особливо необхідна найбільш незахищеним категоріям молоді: дівчатам-підліткам, яких ще в дитинстві видали заміж, хлопцям та дівчатам, які ведуть активне статеве життя, та особам з обмеженими фізичними та розумовими можливостями. Саме тому, ми вважаємо, що ця категорія дітей повинна отримувати відповідно віку інформацію та формувати навички, що сприятимуть їх соціалізації та безпеки.

Відповідно до “Стандартів статевої освіти в Європі” [2] під терміном “*статева освіта*” у сучасному світовому освітньому просторі розуміють не лише надавання інформації, але й сприяння процесу набуття знань та навичок, формуванню особистого ставлення до сексуальності. Таким чином, статева освіта розширює можливості дітей і молодих людей приймати самостійні, виважені рішення, шляхом засвоєння відповідних інформації та навичок. Рада Європи вбачає за необхідне надавати інформацію всім молодим особам. Саме тому розроблена універсальна матриця, яку можна адаптувати до потреб



окремих осіб або груп, зокрема осіб із спеціальними потребами, і запроваджувати у навчальному процесі.

Під *інформацією* розуміють відповідні віковим групам факти з галузі статевої освіти, зокрема: розвиток тіла людини; репродукція; позитивні та негативні аспекти сексуальності; попередження небажаної вагітності; зараження інфекційними хворобами, що передаються статевим шляхом.

*Навички статевої освіти* передбачають володіння практичними аспектами, пов'язаними із різними темами, що розбираються. Серед навичок статевого виховання визначають: вміння спілкуватися; вести перемови; висловлювати свої почуття; знаходити вихід з небажаної ситуації; навички ефективного використання контрацептивних засобів; засобів захисту від інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом; навички звернення за допомогою у випадку виникнення проблем.

Таким чином, статева освіта не зводиться лише до передачі фактів про репродукцію та профілактику захворювань [2, с. 43]. Вона допомагає формувати цінності розвинути почуття дитини, відчуття тіла, образ тіла, і одночасно підсилює віру дитини в себе, самовпевненість, сприяє розвитку самовизначення: дитина зможе відповідально поводитись відносно себе та інших.

Фахівці країн, де інклюзивне навчання впроваджено на 40-50 років раніше, наполегливо рекомендують батькам та працівникам освіти починати питання гендерних відношень достатньо рано для того, щоб дівчинка та хлопчик знали про статеві зміни організму, які стануться з ними, і очікували них. Дуже важливими є поняття рідної, знайомої та незнайомої людини для формування особистої безпеки, формування правил взаємовідношень за правилами більшості.

На перший погляд ситуація із формуванням навичок статевого виховання набагато краща, ніж із оволодінням знаннями, тобто передачею інформації, як описано вище. Однак, на жаль, в українських навчальних закладах передбачається необхідність інформування учнів про інфекційні хвороби, про функціонування органів людини, наявність родинних, дружніх, статевих стосунків, правила поведінки у певних ситуаціях, які залишаються знаннями і не мають жодного практичного втілення. Наприклад, поняття цінність життя, сімейні цінності, толерантність залишаються теоретичними поняттями, оскільки учні їх знають, розуміють їх значення та важливість, проте не лише не вміють, але й не уявляють, що такі уміння можна і навіть необхідно застосовувати в житті.

Зважаючи на всі вищезазначені фактори та відсутність українських підручників або посібників з означеного кола питань для дітей із особливими освітніми потребами, нами прийнято рішення розробити навчально-методичний комплекс для учнів із порушеннями інтелектуального розвитку [3], який має враховувати всі аспекти та особливості гендерного виховання, актуальні для сучасних європейських вимог. Робота виконувалась в рамках проекту “Різні можливості – рівні права на здоров’я” громадської організації “ДАСИД” в межах проекту *USAID* “Репродуктивне здоров’я жінки в Україні”, який виконував благодійний фонд “Здоров’я жінки та планування сім’ї”.

Головною метою навчально-методичного комплексу “Гендерне виховання для дітей із інтелектуальною недостатністю” є навчання дітей основам безпеки їх

життя та здоров'я. Коли дитина усвідомить, на якій відстані їй можна і не можна спілкуватися з різними категоріями людей, вона зможе уникнути багатьох проблем, пов'язаних із соціалізацією (безпека та уникнення спілкування з незнайомими людьми, відстань у спілкуванні в установах: школі, магазині, театрі, транспорті тощо).

Збереження здоров'я та формування навичок здорового способу життя є ще одним пріоритетом курсу, який досягається інформуванням про частини тіла, відмінності у розвитку хлопчиків та дівчаток, про правила гігієни та піклування про власне тіло.

Тема сімейних стосунків є також надзвичайно важливою у гендерному вихованні, метою якого є не лише усвідомлення своєї приналежності до певної статі, але й свідоме виконання ролей цієї статі у суспільстві, у школі, в сім'ї. Навіть якщо у родині не все складається найкращим чином на теперішній момент, необхідно сформувати у дитини цінність справжньої гармонії сімейних стосунків та розуміння життєвого вибору різних людей (виховувати багато дітей / не мати дітей взагалі, створювати власну сім'ю /ніколи не одружуватися тощо). Довіра до членів сім'ї – це захист дитини від потенційно небезпечного впливу незнайомих, зокрема від сексуального насильства, та надія на краще майбутнє, на реалізацію себе у дорослому житті.

Саме тому у навчально-методичному комплексі знайшли висвітлення такі теми: “Будьмо знайомі”, “Дівчинка і хлопчик”, “Зачіски дівчинки і хлопчика”, “Одяг дівчинки та хлопчика”, “Сім'я”, “Хатня робота”, “Тіло людини”, “Дії тіла людини”, “Внутрішні органи”, “Як я з'явився на світ”, “Правила поведінки у туалеті і душі”, “Правила поведінки та спілкування”, “Знайомі і незнайомці”, “Подарунки і секрети”, “Емоції”, “Дружба”, “Любов” тощо [3].

Основними принципами відбору змісту гендерного виховання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку для укладання посібника, окрім врахування загально педагогічних та принципів статевого виховання, стали такі:

*Принцип відповідності змісту загальним цілям сучасної освіти.* Згідно з цим принципом необхідно передбачати в складі змісту формування знань, умінь та навичок, і також власного ставлення до загальнолюдських цінностей відповідно до гуманістичної та особистісної орієнтації освіти. Передавання змісту цих елементів сприятиме вихованню якостей людини, що живе у сучасному суспільстві та готова слідувати його нормам та правилам.

Нами передбачено такий виклад матеріалу, за якого підсвідомі та природні методи виховання та вивчення себе доповнюються активними методами навчання та інформування, як це пропонується у Раді Європи [2], із врахуванням чотирьох аспектів гендерного виховання: 1) фізіологічний аспект (надання дитині базової інформації про будову і розвиток тіла людини, функціонування основних органів тіла, формування навичок гігієни тіла); 2) комунікативний аспект (вживання правильних наукових назв частин тіла позбавлятиме дитину відчуття особливості певних його частин, і надасть змогу спокійно спілкуватись із лікарем); 3) психологічний аспект (усвідомлення дитиною факту існування індивідуальних меж та соціальних норм і правил, які необхідно поважати, толерантне ставлення до життєвого вибору кожної людини); 4) соціальний

аспект (профілактика статевого насилля, зокрема насилля в сім'ї, формування уявлення про знайомих та незнайомих, норм та відстані у спілкуванні з членами сім'ї, друзями, вчителями, незнайомими людьми, особливості одягу та зачісок для дівчаток та хлопчиків, правила поведінки та спілкування для дівчаток та хлопчиків, уникнення спілкування із незнайомцями).

*Принцип наочності* полягає у забезпеченні навчального процесу комплексом засобів для різних каналів сприйняття, які полегшують розуміння та усвідомлення нового навчального матеріалу. Спеціально розроблено великі плакати для фронтальної роботи, які повторюють матеріал зошитів учнів та посібників для вчителів. Формуванню практичних навичок сприятимуть численні картки та лото для групової та домашньої роботи.

*Принцип безперервної дидактичної гри* характеризує динаміку гендерного виховання як безперервного, послідовного та динамічного процесу, який розпочинається з раннього віку і розвивається із настанням кожного нового етапу.

У посібнику учні знайомляться із його головними персонажами, дітьми – Анею та Вовою, сестрою і братом, однолітками учнів [3]. Все подальше навчання відбувається шляхом ознайомлення із матеріалом підручника разом із ними. Учні вчаться вітатися із персонажами, один з одним, знайомляться із членами їхньої родини (батьками, дідусями і бабусями), знайомлять Аню та Вову із своїми родинами (при цьому наголошується ідея рівності всіх сімей, незалежно від їх складу), разом вивчають цикли життя чоловіків та жінок, особливості розвитку тіла хлопчиків і дівчаток, внутрішні органи, питання догляду за тілом, охайності, вибору відповідного природі одягу і багато іншого.

Одночасно вводиться поняття “правила”. Правила існують у нашому суспільстві для комфортного життя всіх його членів, отже необхідні для засвоєння учнями із порушеннями інтелектуального розвитку також. Учні знайомляться із правилами поведінки із незнайомими людьми, дотримання відстані у спілкуванні із членами родини, друзями та незнайомими людьми, правилами поведінки у спілкуванні із друзями та однокласниками, правилами захисту (у випадку, якщо інша людина виявляє бажання порушити зону комфортного спілкування), правилами відвідування туалетів (умовні позначення, порядок дій, гігієна), магазинів, театру та кінотеатру, правила користування громадським транспортом.

*Принцип випереджувального навчання.* Інформація про майбутні зміни у фізіологічному, психологічному та соціальному аспектах життя учнів подається раніше, ніж відповідні зміни розпочинаються, наприклад, зміни фізіологічного розвитку хлопців та дівчат, гігієна менструацій та полюцій.

*Принцип актуальності відібраного змісту* (теми, проблеми, ситуації) для успішної соціалізації учня із врахуванням аспекту віддаленої перспективи, оскільки повноцінна соціалізація учнів та реалізація моделей дорослої поведінки може відбутись не відразу, а згодом, у той час як відібраний зміст навчання має їх враховувати вже зараз, у навчально-виховному процесі. Актуальність відібраних тем і ситуацій підтверджується анкетуваннями та опитуваннями серед

вчителів, вихователів та батьків дітей із порушеннями інтелектуального розвитку.

*Принцип культуровідповідності* полягає в орієнтації на сучасні світові тенденції гендерного виховання із одночасним врахуванням норм і правил поведінки різних статей в українському суспільстві. Наприклад, право на вибір зачісок, одягу та його кольорів, рівний розподіл хатньої роботи між представниками різних статей.

*Принцип посильності та доступності змісту навчання* для його засвоєння передбачає врахування можливостей учнів (серед них визначимо вікові та індивідуальні особливості учнів, ступінь фізичних або психічних вад, рівень навченості, досвід та бажання вступати у комунікацію) засвоювати відібраний матеріал. Врахування потреб учнів приносить їм позитивні емоції, дає стимул для продовження навчальної діяльності. Цей принцип забезпечується зокрема шляхом використання “правил спрощеної мови” [4] – європейських стандартів викладу інформації, яку легко читати та розуміти.

*Принцип повторення* передбачає багаторазове повторення інформації на всіх етапах навчання для її кращого засвоєння. Кожна з тем повторюється на наступному етапі навчання, при цьому учні доповнюють, уточнюють та розширюють свої знання з неї. Так, після ознайомлення із темами “Зачіски”, “Одяг хлопчиків та дівчаток” на початковому етапі, на наступних кроках учні обирають сезонний одяг відповідно погоди та культурі одягу нашої країни, вчать поводитись у магазині.

*Принцип врахування єдності змістовної та процесуальної сторін навчання* полягає у практичному використанні кожного компоненту змісту освіти на заняттях для подальшого повноцінного виконання гендерних функцій у суспільстві.

Розроблений навчально-методичний комплекс складається із п’яти зошитів (кроки 1-5), посібника для вчителів, посібника для батьків школярів із особливими освітніми потребами та розробленого унаочнення навчального процесу. Навчально-методичний комплекс може бути запроваджений у навчально-виховний процес незалежно або бути інтегрований у навчальну дисципліну “Основи здоров’я” та подібні.

Зошит кожного кроку містить наочність для пояснення або обговорення теоретичних питань та практичні завдання, розроблені спеціально для дітей із інтелектуальною недостатністю із урахуванням особливостей сприйняття та обробки інформації у осіб із різними нозологіями.

Посібник для вчителів має комплексний характер. На одному розвороті педагог зможе одночасно бачити матеріал зошита (на лівій стороні) та запропонований стислий конспект групового заняття із переліком можливого домашнього завдання (на правій стороні).

У посібнику для батьків дітей із порушеннями інтелектуального розвитку подано детальну інструкцію з організації виконання роботи над матеріалом кожного зошиту з гендерного виховання, практичні поради та пояснення стратегій гендерного виховання у сучасному світі.

Таким чином, із метою профілактики ВІЛ, зниження ризиків небажаної вагітності, примушення до занять сексом, зловживань, пов'язаних зі статевим життям та експлуатацією нами розроблено навчально-методичний комплекс із гендерного виховання для дітей із особливими освітніми потребами. Наступним етапом нашої роботи стане його апробація у спеціальних навчальних закладах для школярів із порушеннями інтелектуального розвитку та закладах із інклюзивним навчанням.

### **Література**

1. Международное техническое руководство по половому просвещению: Фактологически обоснованный подход для школ, учителей и специалистов по санитарному просвещению / под общ. руков. М. Ричмонда. - Режим доступа : <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281r>.
2. Стандарти сексуального образования в Европе: Рамочный документ для лиц, определяющих политику, руководителей и специалистов в области образования и здравоохранения // Режим доступа [http://rodkom.org/ftp/oficial/standart\\_sex.pdf](http://rodkom.org/ftp/oficial/standart_sex.pdf).
3. Шевченко В.Н., Никоненко Н.В. Гендерне виховання дітей із інтелектуальною недостатністю: Пілотний збірник. - Дніпро: Ліра, 2016. - 38 с.
4. Інформація для всіх: Європейські стандарти викладу інформації, яку легко читати та розуміти: Метод. посіб. - К.: ВГО "Коаліція". - 40 с.

**Ніколенко Л.М.**

Дніпропетровський національний  
університет імені Олеся Гончара

## **РОЛЬ ЕМПАТІЇ У ПРОФЕСІЙНОМУ САМОВИЗНАЧЕННІ КОРЕКЦІЙНОГО ПЕДАГОГА**

Сьогодні у системі вищої освіти відбуваються складні реформаційні процеси, спрямовані на підвищення рівня професійної підготовки майбутніх фахівців, підготовку кадрів із такими психологічними властивостями, які здатні забезпечити професійну мобільність та ефективну професійну діяльність протягом тривалого часу.

Насамперед ця проблема стосується підготовки педагогічних працівників, і зокрема, корекційних педагогів, майбутня діяльність котрих вимагає особливих зусиль та розвиненості професійних особистісних якостей.

Особливу увагу тут звертаємо на проблему формування емпатії, яка відіграє значну роль у професійному самовизначенні майбутніх корекційних педагогів.

Наша думка підтверджується численними дослідженнями емпатії як професійно спрямованого феномена у власне особистісному аспекті та у міжсуб'єктній взаємодії. Так, С. Максимець, Л. Скрипко, Т. Федотюк, О. Юдіна та інші дослідники відзначають позитивний вплив емпатії на професійну адаптацію лікарів, педагогів, шкільних психологів. Вони вказують, що завдяки розвиненій емпатії вдосконалюються перцептивні та комунікативні уміння, а у

взаємодії домінує не раціональне, а емоційне сприйняття внутрішнього світу іншого, що допомагає повернути до себе людей, здобути їхню симпатію та повагу [2; 3].

Тобто емпатія у структурі особистості корекційного педагога може бути представлена як стійка індивідуальна якість, спрямованість особистості, що виявляється у готовності проявити емоційне тепло, співпереживання, співчуття, сприяння особливій дитині у її самореалізації.

Беручи до уваги багаторічні психолого-педагогічні дослідження емпатії як особистісної якості, особливої здатності до співчуття, основи ефективної комунікації та альтруїстичної позиції особистості, доходимо думки, що здатність до емпатії впливає на професійне самовизначення особистості.

В. Штерн вказував, що вже у 2-3 роки дитина спроможна перейматися почуттям іншого, ідентифікувати себе з об'єктом симпатії та робити альтруїстичні вчинки [1]. У процесі подальшого розвитку під різними виховними впливами ця здатність може розвиватися і врешті перейти у стійку гуманістичну життєву позицію. Частина зарубіжних психологів називає емпатію гуманізмом у серці ("*humanism at heart*") [4]. На наше переконання, вона мотивує до особистісних вчинків і виборів, спонукає до надання допомоги іншим людям, а відповідно, до вибору справи усього життя – професії.

Розвинена емпатія – один з найважливіших факторів успіху у тих видах діяльності, які потребують тонкого розуміння партнера при спілкуванні, властивості відчувати душевний стан іншої людини, уміння ставити себе на її місце у найскладніших ситуаціях. Із нашої точки зору, свідоме прийняття особистістю рішення працювати у сфері спеціальної освіти автоматично передбачає у неї високий рівень розвитку емпатії. Тому рівень емпатії у майбутніх корекційних педагогів вище, ніж у тих, хто не вибрав для себе цю професію.

Емпірична перевірка даної гіпотези була здійснена на базі Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара. У дослідженні взяли участь 28 студентів першого курсу факультету психології напряму підготовки "Спеціальна освіта" та 30 студентів першого курсу географічного факультету напряму підготовки "Науки про землю". У рамках проведення емпіричної частини дослідження було поставлено завдання визначити рівень сформованості емпатії у всіх студентів – учасників емпіричного дослідження за такими методиками: "Діагностика рівня емпатії" В. Бойка, "Діагностика рівня емпатії" І. Юсупова, шкала емоційного відгуку А. Меграбяна та Н. Епштейна.

Узагальнені результати дослідження наявного рівня сформованості емпатії студентів наведені у табл. 1.

Рівень сформованості емпатії студентів першого курсу педагогічної та  
непедагогічної спрямованості

Методика	Рівні	Напря́м “Спеціальна осві́та”		Напря́м “Науки про землю”	
		I курс		I курс	
		Кількість	%	Кількість	%
Методика В. Бойка	Дуже високий	2	7	0	0
	Високий	8	27	4	13
	Середній	11	36	12	40
	Занижений	8	27	5	17
	Дуже низький	1	3	9	30
Методика І. Юсупова	Дуже високий	1	3	0	0
	Високий	8	27	5	16
	Середній	13	44	11	37
	Занижений	7	23	6	20
	Дуже низький	1	3	8	27
Методика А. Мергабяна і Н. Епштейна	Дуже високий	3	10	1	3
	Високий	7	23	5	17
	Середній	15	50	12	40
	Занижений	5	17	8	27
	Дуже низький	0	0	4	13
Загальний результат	Дуже високий	2	6	0	0
	Високий	8	27	5	17
	Середній	13	44	12	40
	Занижений	6	20	6	20
	Дуже низький	1	3	7	23

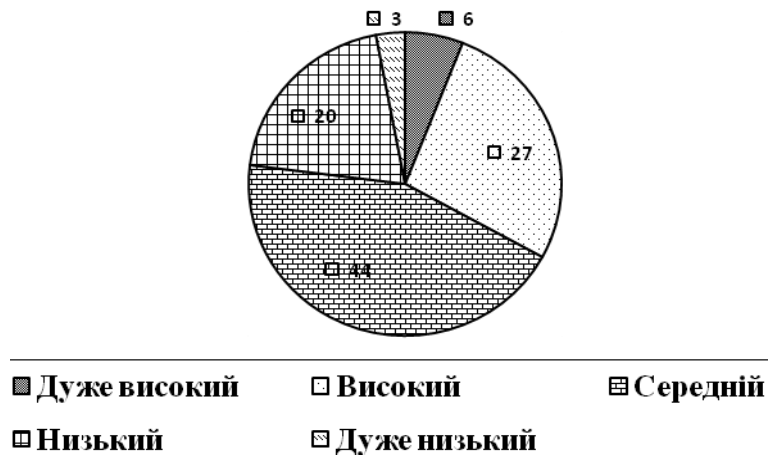
Отримані емпіричні дані говорять про доволі розвинутий рівень емпатії серед студентів першого курсу педагогічного спрямування: 77% респондентів мають середній, високий та дуже високий рівні, водночас тільки 57% студентів непедагогічного напряму мають середній та високий рівні сформованості емпатії, а дуже високого рівня не відмічено.

Так, серед студентів – майбутніх корекційних педагогів 6 % мають дуже високий рівень сформованості емпатії, у студентів – майбутніх географів цей рівень взагалі відсутній. Також беззаперечно підтверджує нашу гіпотезу те, що високий рівень спостерігається у 27 % опитуваних педагогічного напряму і лише у 17 % студентів іншої направленості, при цьому середній та занижений рівні представлені майже рівнозначно, а дуже низький рівень у студентів із напрямом наук про землю переважає на 20 % (23 % проти 3 %).

Як бачимо, при майже рівних частках середнього та низького рівня, помітно значне переважання дуже низького рівня у студентів спеціальності “Науки про землю” і наявність дуже високого рівня у студентів – корекційних педагогів.

Результати опитування за визначеними методиками наочно представлені на рис. 1 і 2 у вигляді діаграм.

**Рівні сформованості емпатії у студентів педагогічного напрямку**



*Рис. 1. Рівні сформованості емпатії студентів педагогічного напрямку*

**Рівні сформованості емпатії у студентів непедагогічного напрямку**



*Рис. 2. Рівні сформованості емпатії студентів непедагогічного напрямку*

Отже, гіпотеза про те, що рівень емпатії визначає професійну спрямованість особистості, підтверджується. Однак, варто зазначити, що висока здатність до емпатії може по-різному впливати на загальний емоційний стан здоров'я педагога, особливо – у галузі спеціальної освіти. Цьому питанню слід приділити особливу увагу у системі підготовки кадрів спеціальної освіти.

**Література**

1. Емпатійний розвиток дитини / упоряд. С. Максименко, К. Максименко, О. Главник. – К.: Мікрос-СВС, 2003. – 182 с.
2. Коваленко О.Г. Розвиток емпатії та атракції майбутнього педагога за умов професійного спілкування: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07. – К., 2004. – 21 с.
3. Максимець С. М. Місце емпатії в професіограмі вчителя// Психологія: Зб. наук. праць НПУ ім. М. П. Драгоманова. – Вип. 4 (7). – К., 1999. – С. 67-72.
4. Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students / S. Rosenthal, B. Howard, Y.R. Schlüssel et al. // Acad. Med. – 2011. – Vol. 86. – P. 350–358.



## СТАН СФОРМОВАНOSTІ ЛЕКСИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ТПМ

Сучасний етап становлення логопедичної допомоги в Україні відзначається підвищенням уваги вчених до вдосконалення науково-теоретичного та методичного апарату корекційно-розвивального навчання дітей із тяжкими порушеннями мовлення з метою створення ефективних корекційних програм, які б сприяли оптимізації особистісного розвитку дитини.

Аналіз дисертаційних досліджень [3], спеціальних програмно-методичних літературних джерел [2; 3] та ін. продемонстрував підвищення уваги до проблеми діагностики та формування лексичної складової в учнів із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ). Традиційні методики обстеження лексичної складової мовлення дітей із ТПМ (Н. Власової, Г. Волкової, Л. Журавльової, Г. Каше, О. Мастюкової, Н. Пахомової, М. Поваляєвої, Ф. Рау, Н. Серебрякової, Є. Соботович, Л. Спірової, Л. Трофименко, Т. Філічевої та ін.) містять повний і розгорнутий блок дослідження її особливостей. Проте, теоретичний аналіз літератури з проблеми дослідження свідчить про відсутність діагностичних завдань, спрямованих на вивчення особливостей лексичної складової мовлення у дітей із ТПМ з опорою на програмовий матеріал уроків читання. Практично невивченими є особливості розуміння та використання різних типів лексичних значень слів, лексичних явищ (антонімії, синонімії, полісемії), лексичних засобів та прийомів увиразнення змісту художніх творів (епітетів, метафор, порівнянь) на уроках читання учнями зазначеної категорії. Саме тому нами було вирішено провести діагностику лексичної складової з використанням підручників „Читанка” та з урахуванням програмових вимог уроків читання, оскільки саме уроки читання є провідним навчальним предметом, який має широкі можливості щодо корекції лексичної складової мовлення в учнів із ТПМ.

Діагностування лексичної складової мовлення – це своєчасне виявлення, оцінювання та аналіз перебігу природного процесу формування лексичної складової. У контексті нашого дослідження ми розглядаємо діагностування, як: обов'язковий процес у мовленнєвому розвитку (лексична ланка) дітей молодшого шкільного віку із ТПМ; засіб здійснення особистісно-орієнтованого й індивідуального підходів у формуванні лексичної складової мовлення у дітей із ТПМ.

Нами було розроблено зміст методики констатувального етапу дослідження, спрямованого на вивчення лексичної сторони мовлення учнів молодших класів із ТПМ. Метою цього етапу дослідження було визначення особливостей лексичних умінь та навичок учнів молодших класів із ТПМ на матеріалі змісту навчального матеріалу, передбаченого програмою з розділу „Читання та розвиток мовлення”. Діагностична методика констатувального етапу дослідження ґрунтується на традиційних методичних засадах з використанням існуючих адаптованих методик Р. Лалаєвої, В. Орфінської, Є. Соботович, Н. Серебрякової та у

відповідності до вимог програми загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення [3; 4].

Розроблена методика складалася із трьох діагностичних етапів. Перший етап дослідження передбачав вивчення розуміння та використання різних значень слів, що позначають предмети, дії, ознаки, вжиті в узагальнюючому, абстрактному, прямому та переносному значеннях. Другий етап дослідження передбачав вивчення лексичної системності та організації семантичних полів в учнів із ТПМ. Третій етап дослідження передбачав з'ясування розуміння учнями із ТПМ лексичних та лексико-стилістичних засобів та прийомів вираження змісту художніх творів.

У процесі дослідження ми використовували індивідуальні та колективні форми роботи з кожною дитиною, що дало змогу звернути увагу й зафіксувати мовленнєве порушення та рівень розвитку мовлення учнів, особливості психічних процесів, тип нервової системи (темперамент, характер) та особливості поведінки.

За результатами всіх трьох етапів констатувального дослідження у відповідності з оцінними критеріями, ми з'ясували, що для молодших школярів із ТПМ та учнів із НМР характерні такі рівні сформованості лексичної складової мовлення: *високий рівень* сформованості лексичної складової продемонстрували 90% учнів із НМР; *достатній рівень* сформованості лексичної складової характерний для 21% учнів із ТПМ та 4% учнів із НМР; *середній рівень* сформованості лексичної складової було виявлено у 58% учнів із ТПМ та 6% учнів із НМР; *низький рівень* сформованості лексичної складової показали 21% учнів із ТПМ.

Охарактеризуємо кожен рівень. Так, *високий рівень*. До високого рівня виконання завдань не було зараховано жодного учня із ТПМ. Тобто учнів із мовленнєвими порушеннями, які самостійно правильно виконали всі завдання, що були спрямовані на вивчення сформованості лексичних умінь та навичок (*a саме*: розуміння семантики окремих слів, що позначають дії, ознаки, назви предметів, явищ та істот; розуміння змісту текстів, передбачених програмою з читання для учнів із ТПМ 2-3 класу; розуміння лексичного значення узагальнених та абстрактних понять; розуміння прямого та переносного значення слів та словосполучень; розуміння лексичних явищ антонімії, синонімії, багатозначності; розуміння лексичних засобів вираження змісту художніх творів, які представлені епітетами, порівняннями та метафорами) не виявлено. Серед учнів із НМР високий рівень сформованості лексичних умінь та навичок виявлено у 90%.

*Достатній рівень*. Учні цього рівня відносно правильно виконували пропонувані завдання, але із допомогою педагога. Спостереження та аналіз результатів виконаних завдань дає змогу визначити наступні особливості лексичного розвитку учнів із ТПМ та учнів із НМР з достатнім рівнем. Школярі розуміють зміст текстів з читанок (оповідання, казки, загадки, вірша) після повторного прослуховування, відповіді за їх текстом мають простий зміст, іноді

виступають неповними реченнями, що, на нашу думку, вказують на невміння логічно та послідовно висловлювати розгорнуті відповіді. Учні із ТПМ даного рівня в цілому правильно розуміють вказані лексичні поняття, можуть пояснити їх, але потребують додаткових стимульних питань типу “Кому належить?..”, вказівок “Подумай. Будь уважним. Пригадай. Будь старанним”, пояснень та інструкцій. Безперечно, використання даного виду допомоги свідчить про відволікання, недостатню самоорганізацію та неухважність учнів. Було визначено значні труднощі (іноді до повного невміння) оперувати поняттями, що мають абстрактне та узагальнююче значення (наприклад, співвідносити певне лексичне поняття, що має абстрактне значення зі змістом прочитаних уривків із текстів, підбирати узагальнююче слово-назву предмета чи істоти за описом його характерних ознак). Було встановлено, що молодші школярі даного рівня сформованості лексичної складової недостатньо правильно розуміють та пояснюють пряме та переносне значення словосполучень, взятих із текстів та потребують додаткових питань типу “Скажи, що може бути, а що – ні”, частково знаходять їх в контексті оповідання та вірша. З’ясовано недостатню сформованість лексичної системності та організації лексичних полів, що виражається у частково розвиненому вмінні оперувати явищами синонімії, антонімії, багатозначності, а саме: вмінні самостійно знайти в тексті слова антоніми, синоніми, розкрити їх семантику та скласти з ними речення, пояснити відтінки значень синонімів. Учні часто не розуміють значень багатозначних слів, сприймають зміст пред’явлених слів та словосполучень у зв’язку із ситуаціями, явищами, що асоціативно виникають у їх свідомості та відповідають життєвому досвіду. Кількість неправильних відповідей також збільшується і в тих випадках, коли розуміння багатозначного слова в контексті відбувається з опорою на інше слово, яке означає конкретний предмет. Встановлено, що учні із ТПМ самостійно майже не розуміють значень лексичних засобів увиразнення художніх текстів, а саме: вказують на епітети, порівняння та метафоричні вислови лише з допомогою педагога та на основі використання демонстраційних та ілюстративних прийомів та засобів, відчувають значні труднощі у виділенні серед ряду словосполучень епітетів до вказаного вислову, у самостійному утворенні епітетів, у самостійному підборі порівнянь серед запропонованих та їх поясненні, у самостійному називанні епітетів, порівнянь та метафоричних словосполучень в контексті віршів, оповідань та їх уривків.

**Середній рівень.** До цього рівня сформованості лексичної складової було зараховано учнів, виконання завдання яких супроводжувалося значною постійною допомогою та контролем дорослого. Було встановлено, що школярі цього рівня неповністю розуміють зміст запропонованих творів навіть після повторного його прослуховування, про що свідчать неточні, іноді далекі від змісту відповіді на питання. Відповіді оформлені простими однослівними реченнями, що безумовно вказує на обмеженість активного лексичного запасу та невміння утворювати розгорнуті відповіді. Учні навіть із суттєвими підказками та поясненнями педагога розуміють лише деякі значення слів, що позначають

назви предметів, дій, явищ природи, істот. Частково можуть пояснити семантику понять окремих частин мови (переважно іменників, іноді – дієслів), вибірково розуміють та неповністю розкривають лексичне значення абстрактних та узагальнюючих понять, неточно підбирають слова узагальнюючого змісту. Практично не співвідносять уривок твору з абстрактним поняттям (лише вказують синонім до поняття вказаного педагогом). Пряме та переносне значення слів та словосполучень розуміють на основі пояснень, стимульних питань. Утворюють словосполучення в переносному значенні лише за зразком-штампом, частково упорядковують речення в переносному значенні. Недостатньо ґрунтовно розуміють значення синонімів, антонімів, багатозначних слів, лексичних засобів увиразнення змісту художніх творів (епітети, порівняння, метафори) лише за зразком та за умов значної допомоги дорослих.

**Низький рівень.** До цього рівня сформованості лексичних умінь та навичок ми зарахували учнів, які показали вкрай низькі результати, а саме: пояснили семантику лише 1-3 серед слів (серед 24 запропонованих), частково зрозуміли зміст лише жанру казки (серед 4 запропонованих жанрів), не пояснили та не підібрали слів синонімів, антонімів, багатозначних, слів узагальнюючого та абстрактного значення, прямого та переносного значення слів то словосполучень. Учні даного рівня не пояснили епітетів, метафор, порівнянь та не вказали їх в текстах.

Таким чином, в ході проведення дослідження лексичної сторони мовлення молодших школярів із ТПМ було виявлено недостатність розуміння творів різних жанрів, вивчення яких пропонується програмою з читання, неточне розуміння та оперування лексичними явищами, лексичними засобами увиразнення змісту художніх творів. Однією з характерних особливостей мовлення дітей з ТПМ є значне, порівняно з нормою, розходження в обсязі активного та пасивного словникового запасу. Встановлено, що характерною для дітей є варіативність лексичних замінів, що свідчить про збереженість слухового контролю. У дітей із НМР процес пошуку слова відбувається швидко, автоматизовано, тоді як у більшості дітей із ТПМ цей процес відбувається повільно, недостатньо автоматизовано. Вербальні парафазії обумовлені також недостатньою сформованістю семантичних полів, структурування одного семантичного поля, виділення його ядра і периферії.

### Література

1. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). – СПб.: Союз, 1999. – 158 с.
2. Програми загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення. Українська мова. 2–4 кл. – К.: Богдан, 2006. – 165 с.
3. Ревуцька О.В. Словотворча робота як засіб збагачення лексичного запасу молодших школярів із тяжкими вадами мовлення (ТВМ): дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. – К., 2003. – 229 с.
4. Соботович Є.Ф. Критерії оцінювання мовленнєвого розвитку дитини (у його лексичній ланці) на різних вікових етапах: нормативні показники мовленнєвого розвитку (у його граматичній ланці) дитини дошкільного віку // Дефектологія. – 2003. – № 2. – С. 2–11.

## **ПРОБЛЕМА ВИВЧЕННЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ КОМПЛЕКСНІ УРАЖЕННЯ СЛУХУ ТА ЗОРУ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

Складність структури дефекту і крайня неоднорідність контингенту людей, що мають комплексні порушення, обумовлюють необхідність створення єдиної науково-практичної бази інноваційних досягнень спеціальної педагогіки, спеціальної психології, медицини, в якій було б відображено скоординована взаємодія фахівців різного профілю, спрямоване на надання корекційної психолого-педагогічної допомоги кожній людині, що має поєднання різних відхилень первинного характеру. Органічне ураження центральної нервової системи іноді призводить до виникнення складних дефектів, що представляють собою поєднання двох і більше порушень розвитку. До даної категорії відносяться діти, які мають аномалії розвитку сенсорних функцій (зору, слуху) в поєднанні з інтелектуальною недостатністю (розумово відсталі незрячі або слабозорі, розумово відсталі не чують або погано чують), а також діти, у яких поєднуються різні сенсорні порушення (глухі слабозорі, сліпі слабочуючі, сліпоглухих, слабозоркіслабочуючі), або є поєднання порушень опорно-рухового апарату з сенсорними або інтелектуальними розладами. При цьому складний дефект являє собою не просто механічне поєднання різних дефектів, а якісно особливий стан людського організму.

*Складний дефект* це не просто поєднання, або математична сума двох або кількох дефектів розвитку. Поєднання цих дефектів дає нову якість, цей конгломерат має особливу структуру, яка явно його відрізняє від кожної аномалії або їх простої суми. Комплексне ураження спотворює психічний розвиток найбільшою мірою. Наприклад, при сліпо глухоті йдеться про штучне формування людської психіки, так як у людини практично відсутні можливості взаємодії із зовнішнім світом. Комбінований дефект характеризується поєднанням двох і більше порушень, які в рівній мірі обумовлюють структуру нетипового розвитку дитини і труднощі реалізації освітніх практик по відношенню до нього. При корекційно-педагогічної роботи з людиною, які мають комбіноване порушення, можливо виділення ведучого, головного порушення і ускладнюють його розладів. Дані дефекти можуть мати характер пошкодження або недорозвинення, але частіше за все вони поєднуються. Комбінований дефект являє собою не просто сумарне поєднання двох і більше дефектів розвитку; він має надсистемне якість і особливу структуру, відмінну від складових його аномалій. нервовий інтелектуальний сенсорний. Проблема з надання реальної своєчасної допомоги людям з комплексними порушеннями в розвитку посилюється ще і тим, що спостерігається деяка однобічність в наданні допомоги з боку педагога і з боку психолога. У даному випадку треба говорити про відсутність реальних практичних психолого-педагогічних підходів у вирішенні завдань розвитку людей з комплексними порушеннями. Як показує практика, педагоги і психологи проходять довгий шлях, перш ніж визначитися, як працювати з людиною, які мають складне порушення в розвитку. Навіть те,

що створюється фахівцями, залишається в межах того установи, де вони працюють, так як виявляється явна недостатність поінформованості всіх фахівців про існуючі сучасних технологіях навчання і виховання людей даної категорії. У результаті все виразніше проявляється слабкість існуючих форм допомоги дітям, в той же час створене має кустарний характер і застосовується хаотично, що природним чином позначається на результатах в цілому. Недостатність психолого-педагогічних технологій допомоги людям з комплексними порушеннями в розвитку в умовах інклюзивного навчання визначило стратегію нашої роботи. До категорії людей зі складними дефектами відносяться: 1) люди з розумовою відсталістю, комбінують з порушеннями слуху; 2) люди з розумовою відсталістю, ускладненою порушеннями зору; 3) люди слабозоркіслабочуючі; 4) люди глухі, слабозорі; 5) сліпоглухонімі люди; 6) люди з ЗПР, обтяжена дефектами зору або слуху; 7) глухі і сліпі люди з порушеннями соматичного характеру (вроджені вади серця, захворювання нирок, печінки, шлунково-кишкового тракту); 8) люди з множинними дефектами (сліпоглухих з розумовою відсталістю; діти з порушеннями опорно-рухового апарату в поєднанні з дефектами органів слуху, зору, мови або інтелектуальною недостатністю).

Своєрідність складних порушень у дітей даної категорії, де поєднуються дефекти зору, слуху, інтелектуальна недостатність, порушення опорно-рухової системи, мовні розлади потребують наукового обґрунтування процесу розвитку, навчання і виховання. Враховуючи цю обставину, слід визнати, що методологічне вчення про людей з множинними порушеннями розвитку будується на стику різних наукових галузей: психології, педагогіки, низки спеціальних дисциплін, медичного блоку, соціальної педагогіки. По відношенню до інклюзивної системи освіти, інклюзивна психолого-педагогічна освіта людей з комплексними порушеннями розвитку є інтегрованою підсистемою, яка має низку якостей: цілісність і єдність складових її елементів; багатомодульна, яка відрізняється варіативністю. У даний час система корекційної допомоги людям з комплексними порушеннями знаходиться в стадії розвитку особистості, незважаючи на це, може реалізовуватися в інклюзивному просторі і спиратися на розроблені програми, методичні та нормативні матеріали і керування органами керівництва освітою різних рівнів.

**Райчук М.І.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

## **ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ МОВНОГО РОЗВИТКУ**

Затримка розвитку мовлення може бути результатом порушень, пов'язаних з обробкою сенсорної інформації. Крім добре відомих п'яти почуттів: зору, слуху, смаку, дотику і нюху, існує ще два підсвідомих почуття, які однаково важливі: відчуття руху (вестибулярна система) та відчуття положення тіла

(пропріоцепція). Ці два почуття працюють разом підсвідомо, посилаючи сигнали в мозок, де інформація обробляється, організується і використовується. Це називається сенсорною інтеграцією.

Термін “сенсорна інтеграція” вперше було вжито Ч. Шеррінгтоном у 1902 році. Але наприкінці 1960-х рр. нового, ширшого значення цьому термінові надала д-р. Джейн Айрес. Вона визначає сенсорну інтеграцію, як процес, в якому настає організація вражень, які надходять до нашого організму так, щоб вони могли бути використані в цільовій дії, яка закінчиться успіхом. Сенсорна інтеграція – упорядкування відчуттів, які будуть використані в життєдіяльності дитини [1, с. 21].

Сенсорна інтеграція – процес, під час якого нервова система людини отримує інформацію від рецепторів всіх органів чуття (тактильні, слухові, зорові, смакові, нюхові, вестибулярні, відчуття тіла або пропріорецепція). Сенсорна інтеграція живить мозок потрібними знаннями, без яких ми не зможемо адекватно оцінювати ситуацію. Якщо з якихось причин інтеграція слабка, і мозок не може отримати достатню кількість знань і дати адекватну відповідь, це може призвести до проблем з мовленням і загальним розвитком. У такому випадку ми говоримо про порушення сенсорної інтеграції.

Прояви порушення сенсорної інтеграції умовно можна поділити на групи:

1. Перша умовна група проявів – чутливість: надмірна або недостатня чутливість до тактильних (боїться торкатись до якихось консистенцій – води, піску, пластилину, фарб); надвисока чутливість до зорових, слухових стимулів; не приймає близькості іншого обличчя.

2. Друга група проявів пов’язана з навчанням: затримка мовленнєвого розвитку; труднощі оволодіння читанням і писанням (при письмі чи читанні пропускає букви, склади; труднощі переписування (перемальовування) з дошки; труднощі з вислуховуванням рекомендацій, порад, розповідей; труднощі оволодіння математичними уявленнями;

3. Третя група проявів пов’язана з руховими діями: затримка рухового розвитку; занадто високий або низький рівень рухової активності; рухова незграбність; розлади м’язового тону; неправильна координація рухів (великої і дрібної моторики): неправильно тримає олівець, не може навчитись їздити на велосипеді, боїться кататись на качелях, каруселях або занадто захоплюється цими процесами.

4. Четверта група – поведінкові проблеми: труднощі в концентрації уваги; швидка стомлюваність; відмова від соціальних контактів; труднощі в організації поведінки; труднощі в запам’ятовуванні; імпульсивність поведінки [1, с. 73–75].

Щоб допомогти дитині отримати новий і необхідний їйому сенсорний досвід використовуються сенсорні ігри та вправи. Наведемо приклад вправ, які допоможуть дитині організуватися. Для розвитку руху та вестибулярної системи: розгойдування у гамаку, на гойдалці; перекочування; стрибки на великому м’ячі; танці / ходьба / стрибки; рухові вправи. Для розвитку пропріоцепції: м’які крісла-подушки; стрибки / ходьба; “Ведмежі обійми”; масаж глибокий; ігри у воді; ігри з важкими м’ячами; кручення, повзання, вилізання, прорізання. Для розвитку тактильних відчуттів: малювання пальцями; ігрове тісто; дотик

пензликом; масаж м'який; ігри з рисом, піском, сушеними бобами, каштанами, гелевими кульками та іншим матеріалом.

Сенсорні ігри є привабливими для дітей видом діяльності, забезпечуючи емоційно насичений фон. Skorиставшись сенсорними вправами можна урізноманітнити логопедичні заняття і подолати мовленнєвий негативізм. Сенсорний досвід, набутий при спеціально організованому навчанні, сприяє спонтанному формуванню мовлення. На занятті, виходячи з теми і мети, можна стимулювати кілька видів сприйняття, так, задіявши як можна більше сенсорних стимулів для сприйняття предмета, ми створюємо емоційну ситуацію для дитини, в якій вона краще і швидше запам'ятає цей предмет і його назву. На таких заняттях краще використовувати реальні предмети, діти бачать їх колір, розмір, форму, можуть помацати, понюхати і спробувати на смак, послухати їх звучання, якщо ж ми не маємо можливості застосовувати в роботі реальні предмети, то для стимулювання зорового сприйняття використовуються предметні картинки та іграшки, наближені до реальності.

Але для повноцінного сенсорного розвитку кабінет логопеда повинен бути оснащений різним стимулюючим матеріалом, який буде спрямований на розвиток основних видів сприйняття: тактильне сприйняття; зорове сприйняття; слухове сприйняття; нюхові сприйняття; смакове сприйняття; пропріоцептивне сприйняття; вестибулярне сприйняття.

З наведеного можна зробити наступний висновок. Метод сенсорної інтеграції задовольняє потребу кожної дитини в усвідомленні себе і навколишнього світу, забезпечує розвиток сенсорних, моторних, мовних і пізнавальних можливостей у дітей, дозволяє їм соціалізуватися. Але дуже важливо, щоб при виконанні вправ було як можна менше примусу, вся робота будується на інтересах дитини і залежить від його емоційного стану.

#### **Література**

1. Айрес Э.Д. Ребёнок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. – М.: Теревинф, 2009.

**Рассказова О.І., Тарасенко Н.В.**

Харківська гуманітарно-педагогічна академія

### **КАРТКИ “ЖИТТЄВІ ІСТОРІЇ” ЯК ЗАСІБ ЗДОРОВ'Я ЗБЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

Сприяння збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління – пріоритетне завдання сучасного, розвиненого демократичного суспільства. За даними щорічної доповіді про стан здоров'я населення санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2014 року рівень захворюваності дитячого населення за окремими класами хвороб має негативну динаміку зростання [4, с. 50-72, 107-128]. Поширення набувають такі соціально-небезпечні захворювання як наркоманія, алкоголізм, поширення-ВІЛ інфекції [4, с. 7]. Окрім того, в доповіді стверджується, що незважаючи на



зменшення кількості чисельності дітей-інвалідів, не зникає необхідність їх медико-соціального захисту та сприяння збереженню здоров'я [4, с. 66-72].

Наразі спеціалістами МОЗ України за участі провідних фахівців розроблено проект Концепції педіатрії, яким передбачено розробку і затвердження профілактичних заходів, спрямованих на попередження формування інвалідності у дітей, забезпечення заходів щодо удосконалення їхньої медичної, психолого-педагогічної та соціальної складових комплексної реабілітації [4, с. 71], тобто зокрема і заходів збереження здоров'я.

Теоретико-методологічну базу дослідження питання формування здорового способу, шляхів збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління, зокрема дітей з особливостями психофізичного розвитку, становлять фундаментальні ідеї класичної філософії (К. Гален, Г. Гегель, Гіппократ, Конфуцій, Л. Сенека, М. Цицерон та ін.), дослідження сучасних психологів та педагогів (Ю. Бойчук, В. Грибан, Г. Грай, С. Горбунова, Є. Желібо, Н. Заверуха, В. Зацарний, В. Зінченко, В. Казначеев, Н. Коцур, Б. Мещеряков, Г. Никифорова, Г. Отрошена, А. Хрипкова та ін.); наукові доробки в соціально-педагогічній літературі (О. Балакірєва, О. Вакуленко, Н. Зимівець, А. Мудрик, М. Лактіонова, С. Омельченко, В. Шкуркіна, О. Яременко та ін.) [3].

Наукові праці зазначених учених дають змогу констатувати, що до сьогодні вченими різних наукових галузей було висвітлено окремі аспекти проблематики збереження та зміцнення здоров'я різних категорій населення; охарактеризовано проблеми впливу девіантної поведінки на здоров'я школярів; розкрито розуміння процесу збереження здоров'я дітей з особливими потребами, однак можливості такого засобу, як картки-соціальні історії, як відносно інноваційного та ефективного шляху здоров'язбереження, залишається малодослідженим питанням, зокрема у соціальній педагогіці [3].

Питання сутності та змісту реалізації методики картки “Життєві історії” частково окреслено в контексті питання виховного потенціалу картини, як дидактичного засобу у методичних посібниках та підручниках з педагогіки (Е. Короткова, Т. Ткаченко, Л. Чернишова, М. Гусарова та ін.)

На основі вивчення наукових праць зазначених вчених можемо зробити висновок, що картки “Життєві історії” – тематичні картки, що мають яскраві зображення, привабливі для наслідування, до змісту яких покладено історії з реального досвіду дитини; картки “Життєві історії” – це соціальні історії за картинками, які дорослі створюють для дітей з метою корекції їх поведінки або прищеплення ним первинних навичок та поведінки.

За умови грамотного використання, картки забезпечують закріплення та розвиток у дітей різноманітних соціальних знань та вмінь, мовлення, навчання розумінню того, як інші люди реагують на ті чи інші соціальні ситуації тощо. Крім того, методика картки “Життєві історії” може бути використана не тільки для навчання дитини але і з метою прищеплення необхідних здоров'язбережувальних знань, вмінь, мотивації.

Розглядаючи картки “Життєві історії”, діти мають можливість вголос висловити своє ставлення до зображуваного сюжету, в той час як дорослі повинні підтримувати вислови дітей, вчити їх правильно визначати різні

соціальні ситуації і деякі їх характерні ознаки, допомагати краще зрозуміти зміст картки, а головне – стимулювати до висловлювань з приводу змісту зображеної картини. Для дітей дошкільного віку підійдуть картки щодо розпорядку дня, пояснення послідовності ранкових дій. Доступними розумінню, цікавими для розгляду та опису будуть тематичні картки “Моє здоров’я”, “Рухайся як Я”, “Спорт та здоров’я” тощо.

Для дітей шкільного віку сюжетні історії можуть мати тематики здорового харчування (“Смак”), загартовування, режиму відпочинку, навчання, шкідливості вживання алкоголю, наркотиків (“Спасибі – Ні”; “Творимо здоров’я власноруч”).

Також картки життєві історії можливо використовувати для дітей підліткового віку, з метою формування мотивації щодо здорового способу життя, розуміння збереження не лише фізичного але і психічного здоров’я (засвоєння соціальних реакцій на різні внутрішні почуття, такі як злість, роздратування, страх, депресія). Окрім вище зазначеного використання карток допоможе дитині подолати психічні особливості перебудові організму підлітка (сром’язливість, замкненість, агресія) та навчитися встановлювати нові соціальні контакти, зокрема з тими, хто може сприяти здоров’язбереженню. Доречними для використання будуть картки “Почни з початку – це не важко”, “Здоров’я – це диво”, лист “Здоров’я батькам”.

Рівень складності сюжету картки та характер завдань, які повинні виконати діти, розглядаючи її, залежить від психовікових особливостей дітей, рівня їх наявних знань, вмінь збереження здоров’я.

Уважаємо, що досить ефективною буде методика збереження здоров’я дітей з інвалідністю за розповіддю за серією карток-життєвих історій. Наприклад, на початку роботи відкривається перша картка, та пропонується відгадати, що зображено на наступній. Також можливим є варіант відкриття одразу усіх карток з запропонуванням встановлення їх послідовності або відкриття декількох останніх з завданням встановити початок історії. Цікавим також буде спосіб встановлення послідовності логічної побудови історії через відкриття першої та останньої картки.

У цілому, відзначимо, що розробка та використання методики з використанням карток “Життєві історії” з дітьми з особливими освітніми потребами уможливує процес їх навчання та виховання, забезпечує розвиток їх соціальності, сприяє процесу збереження здоров’я.

В умовах інклюзивної освіти використання методики картки “Життєві історії”, за умови грамотного використання, уможливує забезпечення закріплення та розвитку у дітей широкого кола соціальних знань та вмінь, корекції поведінки, навичок соціально схвалюваної поведінки, усвідомлення цінності здоров’я, прищеплення здоров’язбережувальної поведінки.

### **Література**

1. Богуш А.М., Гавриш Н.В. Дошкільна лінгводидактика: Теорія і методика навчання дітей рідної мови в дошкільних навчальних закладах: підручник / За ред. А.М. Богуш. – К.: ВД “Слово”, 2011. – 704 с.

2. Тарасенко Н.В. формування здорового способу життя підлітків засобами соціальної вуличної роботи: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 “Соціальна педагогіка”. – Слов’янськ 2013. – 20 с.

3. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О., МОЗ України, ДУ “УІСД МОЗ України”. – К., 2015. – 460 с.

**Сіліна Г.О.<sup>1</sup>, Климчук І.П.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харківська академія неперервної освіти

<sup>2</sup>ДНЗ (ясла-садок) № 12 комбінованого типу  
м. Чугуїв Харківської області

## **МЕТОД “ЛЯЛЬКИ – ПЕРСОНИ” – ІННОВАЦІЙНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ ПІДХІД ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ**

*“Ніхто не народжується з ненавистю до іншої людини через колір її шкіри, релігію чи стать. Нам доводиться вчитися ненавидіти. Та якщо ми можемо навчитися ненавидіти, то так само можемо навчитися любити, адже любов зароджується в серці людини більш природно, ніж її протилежність”*

*Нельсон Мандела*

У всьому світі дедалі більше з’являються різноманітні навчальні заклади: дитячі садки, школи, університети і коледжі, які в своїй освітній діяльності спираються на принципи недискримінації, або іншими словами, дотримуються якісної освітньої практики. Керуючись пріоритетами інклюзії, рівності й справедливості, вихователі, вчителі й викладачі допомагають змінювати на краще життя своїх вихованців та їхніх родин.

Поширений вислів про те, що навчання – це процес, що триває все життя, є особливо актуальним для будь – якого педагога, який у своїй професійній діяльності керується принципом недискримінації. Відповідно, йому самому теж необхідно прагнути усвідомити себе, оцінювати власні ставлення і практику, бути готовим і здатним змінюватися. Також, потрібно розуміти вплив соціальних ідентичностей на життєві перспективи дітей і родин, намагатися глибше розуміти, виховувати в собі емпатію та довіру, а допоможе в цьому педагогам метод “Лялька як персона”.

Ляльки – персони – це не звичайні іграшки чи маріонетки. Їх наділяють власною індивідуальною особистістю, або “персоною”, перетворюючи ці важливі неживі предмети на “людей” зі своїм характером, родиною, культурним і класовим походженням, іменем, гендером і віком. Більшість дітей швидко помічають, що лялька – персона чимось схожа на них, відчувають емоційну спорідненість з нею і починають їй співчувати, поділяючи її радості й печалі.

Під час цієї роботи слід бути обережним щоб уникнути мимовільного підсилення окремих стереотипів. Для цього до створення персони варто залучити цілу команду з числа працівників навчального закладу і мати набір різних ляльок.

Досвід показує, що найбільш ефективно такі зайняття проходять в малих групах, бо тоді в кожного є можливість взяти участь в обговоренні. У великій групі діти втрачають терпіння, очікуючи своєї черги щось сказати; вихователю або вчителю складніше слідкувати за тим, як почувається кожна дитина. І помічати для себе хто активно долучається до розмови, і хто залишається пасивним. Здатність чекати і слухати іншу людину є важливою складовою методики оповідання історії ляльки – персони.

Ляльки – персони та їхні історії – це ефективна педагогічна техніка, яка допомагає дітям усвідомити, що їхні слова і вчинки можуть завдавати болю оточуючим. У процесі спільної розмови про почуття інших людей діти отримують нагоду висловити власні емоції і поміркувати над способами виправлення ситуації. Складаючи історії на основі реальних випадків потрібно змінювати ситуацію таким чином, щоб уникнути точного зображення реальних переживань певної дитини. Зокрема рекомендується змінити стать ляльки, її етнічну приналежність чи характеристику родини. Під час таких занять орієнтованих на розв'язання проблемних життєвих ситуацій без осуду та звинувачування, діти почуваються достатньо впевнено, щоб ділитися власним досвідом і пропонувати шляхи вирішення проблем про які приходять “розповісти” ляльки. Вони пересвідчуються в тому, що сама розмова про проблему і прохання про допомогу можуть привести до позитивних наслідків. Розуміння того, що дії мають свої наслідки, є ще одним важливим уроком на створення якого спрямовані ці історії.

Педагогам необхідно постійно відстежувати свою реакцію на окремих дітей, щоб навчитися ставитися до кожної дитини однаково і з однаковою турботою. Похвала педагога, підтвердження того, що він почув та зрозумів сказане, позитивні коментарі у відповідь на слова дітей суттєво підвищують їхню самооцінку і впевненість у собі. Також, педагогу слід прийняти і визнати той факт, що уявлення деяких дітей про “правильний” спосіб дій і взаємодій не завжди збігатимуться з його власними. Варто пам'ятати, що в дітей мова тіла, їхня міміка і жести можуть відрізнятись від ваших.

Ляльки та історії, які вони “розповідають”, – це ефективна інноваційна педагогічна методика, що дає змогу в комфортний і незагрозливий спосіб усувати упередження і дискримінаційну поведінку.

Лялька “приходить” в гості до дітей в групу, коли вони збираються для спільної розмови, розповідає їм про щасливі й не дуже радісні ситуації, що з нею сталися. Ляльки допомагають долати ексклюзію, підтримують тих, хто потерпає від неї, та дають змогу кожній дитині почуватися частиною колективу. Ці персонажі та їхні історії виховують у дітей відчуття справедливості, допомагають розвинути здатність співчувати, слухати інших і вчитися в них.

Під час занять із використанням цієї методики в невимушеній атмосфері діти обговорюються складні питання. Ляльки несуть позитивні сили, наприклад, про інвалідність чи життя з ВІЛ/СНІД, але без повчання і рутинних настанов. Ляльки допомагають дитині почуватися достатньо захищеною, аби виражати власні почуття та ділитися гнітючими переживаннями. Ця методика дає дитині розуміння, що й інші люди також переживають щось подібне і що цими переживаннями можна ділитися. Поступово у дітей поповнюється словниковий запас, вони опановують і починають користуватися словами, що описують почуття ляльок та відображають їхні власні емоції. Під час роботи з ляльками-персонами діти на практиці вдосконалюють навички вирішення проблемних ситуацій, оцінюють різні варіанти їх залагодження й обирають ті, які найімовірніше приведуть до успіху.

З 2014 року Чугуївський дошкільний навчальний заклад відвідують діти, які є тимчасово перемішеними із зони військового конфлікту. За останні два роки заклад відвідало понад 20 таких дітей. Досвіду роботи з такими дітьми педагоги навчального закладу не мали, тому шукали різні шляхи, щоб налагодити контакт з дітьми, допомогти адаптації таких дітей. Одним із перших методів, який в цьому допоміг став метод впровадження в закладі методики “Лялька як персона”, яка реалізується завдяки участі у проекті Всеукраїнського фонду “Крок за кроком” “Створення безпечного інклюзивного середовища в школах і громадах”. Розпочав запроваджувати данну методику педагоги впевнилися, що вона ефективна, жива, допомагає кожній дитині розкритися, вести себе природньо. В закладі було виготовлено три нові ляльки, які мають свої історії, характер, звички, друзів, якісь проблеми, уподобання, все те, що знайоме і близьке дітям дошкільного віку. Тому вони із задоволенням йдуть на контакт з ляльками, розмовляють з ними, діляться своїми радіощами та проблемами, вчаться щиро співчувати, знаходити рішення у різноманітних ситуаціях, відкрито розповідають про свої страхи, переживання, вчаться долати їх. Діти кожного разу чекають ляльок, вони сприймають їх як своїх друзів. Лялька допомогла і дорослим по-іншому сприймати різні ситуації, дорослі стають більш уважнішими до дитячих проблем, чують кожну дитину, стали глибше розуміти причини вчинків дітей.

Мимоволі спливають на думку слова Ш. Амонашвілі: будь обережним, не помились, не зашкодь, даруй себе дітям, постійно шукай у дитині багатство її душі, будь терплячим, чекаючи дива, і будь готовим до зустрічі з ним у дитині...

### **Література**

1. Конвенція ООН про права інвалідів / Національна Асамблея інвалідів України. - Київ, 2014. - С.40.
2. Школа для кожного: Навч. посіб. / упорядник: Байда Л.Ю. – Київ, 2014. - 50 с.
3. Інклюзивна освіта. Досвід проекту: Зб. ст. / упорядники Мазін Д.М., Найда Ю.М. – Київ: ВД “Плеяди”, 2013. – 214 с.

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ ПОНЯТТЯ “ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ”**

Останнім часом широкої популярності в сучасній освіті набуває застосування як інноваційних, так і традиційних технологій. Але під технологіями часто неправомірно розуміють методики, методи, системи навчання тощо. *Мета статті* - розкрити поняття “педагогічна технологія”, з’ясувати структуру педагогічної технології, вимоги, яким вона відповідає та її складові.

Розглянемо найбільш поширені визначення поняття “педагогічна технологія”. Так, педагогічна технологія – сукупність психолого-педагогічних установок, що визначають спеціальний набір і компоновання форм, методів, способів, прийомів навчання, виховних засобів; вона є організаційно-методичний інструментарій педагогічного процесу (Б. Лихачов). Педагогічна технологія – це опис процесу досягнення планованих результатів навчання (І. Волков). Педагогічна технологія – це продумана у всіх деталях модель спільної педагогічної діяльності з проектування, організації та проведення навчального процесу з безумовним забезпеченням комфортних умов для учнів і вчителя (В. Монахов).

Отже, у сучасній педагогічній науці педагогічна технологія розглядається як чітке наукове проектування і відтворення гарантуючи успіх педагогічних дій [2]. Технологія відображує послідовність педагогічної діяльності, її логіку, тому завжди представлена етапами діяльності, кожен з яких має свою ціль. Лише після досягнення поставленої цілі одного етапу відбувається перехід до наступного етапу діяльності. Перший етап будь-якої технології – діагностичний, і це є відмінною особливістю технології. Для реалізації технологічного підходу потрібна детальна інформація про початковий стан кожної дитини.

Саме на основі інформації про стан розвитку дитини (у будь-якій освітній галузі або в галузі корекції порушень розвитку) відбувається оцінювання результативності педагогічного процесу на кожному етапі взаємодії з дітьми – чи відбулося досягнення учнями визначеного рівня розвитку. Відповідно до цієї оцінки здійснюється перехід до наступного етапу діяльності. Важливість безперервної діагностики стану дитини визначає їй місце одного з основних елементів в педагогічній технології.

Технологічний підхід до навчання дітей з особливими потребами (як і будь-яка технологія) передбачає точне інструментальне управління навчальним процесом і гарантований успіх поставлених навчальних завдань. Завдяки технологічному підходу стає можливим: більш визначено передбачати результати і керувати педагогічними процесами; науково аналізувати і систематизувати практичний досвід і його застосування; комплексно вирішувати освітні і соціально-виховні проблеми; забезпечувати сприятливі умови для розвитку особистості; оптимально використовувати ресурси, які є в

розпорядженні; вибирати найбільш ефективні і розробляти нові моделі для вирішення соціально-педагогічних проблем, які виникають.

Будь-яка педагогічна технологія повинна задовольняти певним вимогам, а саме [4]: *концептуальність* - кожна педагогічна технологія повинна спиратися на певну наукову концепцію; *системність*, тобто визначатися взаємозв'язком її частин, цілісністю; *керованість*, що передбачає діагностичне цілепокладання, планування, проектування процесу навчання, поетапну діагностику, варіювання засобів і методів, з метою корекції результатів; *ефективність* за результатами і оптимальними витратами, гарантованість досягнень певного стандарту навчання; *відтворюваність*, тобто можливість застосування (повторення, відтворення) педагогічної технології в інших однотипних умовах.

Педагогічна технологія має три складові: дидактичні процеси (припис способів діяльності); організаційні форми навчання (умови, в яких ця діяльність повинна здійснюватись); засоби здійснення цієї діяльності (цілеспрямована підготовка вчителя до занять та наявність відповідних технічних засобів навчання).

Основні складові педагогічної технології:

*Концептуальна основа.* Важливою ознакою педагогічної технології є концептуальне обґрунтування її сутності. Концепція повинна містити як мінімум п'ять змістовних блоків: 1) проблемне поле сфери діяльності, яка вивчається; 2) ціннісні основи перетворення педагогічної практики; 3) мета діяльності, яка проектується, з описом її кінцевого продукту; 4) теоретичні положення, які складають змістовне ядро задуму і визначають завдяки цьому основний зміст майбутньої діяльності; 5) принципи, що конкретизують усю побудовану діяльність;

Опис розробленої чи застосованої педагогічної технології, в першу чергу передбачає її концептуальну основу, яка пояснює, у зв'язку з чим виникла необхідність її розробки чи застосування (наявність проблеми та необхідність змінити педагогічну практику), які ціннісні положення в основі задуму, в чому вбачається мета педагогічної діяльності, які теоретичні положення покладено в основу задуму, з урахуванням яких принципів та як вибудовується педагогічна діяльність. Все це має бути не окремі і незалежні один від одного блоки, а логічний ланцюг, у якому кожен наступний елемент витікає з попереднього.

*Процесуальна характеристика технології.* Ця частина і є описом технології. Для пред'явлення технології розробляються технологічні характеристики кожного етапу діяльності: мета; засоби досягнення мети; продукт (результат). Зібрані в певній послідовності такі характеристики і складають технологію діяльності. Опис технології повинен бути чітким, алгоритмічним.

*Ресурсне забезпечення.* Для забезпечення можливості широкого застосування технології важливо запропонувати усі необхідні матеріали для її відтворення: зміст та методика діагностичної діяльності, методичні рекомендації педагогам до кожного етапу технології, опис необхідних засобів навчання тощо.

Отже, технологія відображує процес, послідовність, логіку і алгоритм педагогічних дій. Це чітко продумана, логічно побудована, алгоритмічна педагогічна діяльність, яка має певну структуру, відповідає зазначеним вимогам, а головне гарантує успіх поставленим цілям.

## Література

1. Кашлев С.С. Педагогическая технология как категория педагогики // Юра-ванне адукацым. – 2006. - № 2. – С. 34-37.
2. Лозова В.І., Троцко Г.В. Теоретичні основи виховання і навчання: Навч. посіб. – Харків: “ОВС”, 2002. – 400 с.
3. Масленникова А.В. Педагогические и образовательные технологии: определение и классификация // Директор школы: Журн. для рук. учеб. завед. и органов образов. - 2004. - № 7. - С. 50-56
4. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии. – М., 1998. – С. 17

**Туренко Н.М.**

Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

### НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КУРСУ “ЛОГОПЕДІЯ”

Робоча програма з курсу “Логопедія” розрахована на студентів третього року навчання, які тільки починають її вивчення.

#### **Мета та завдання навчальної дисципліни**

**Мета:** озброїти студентів системою загальнодидактичних та спеціальних професійних знань, сформувані уявлення про структуру порушеного психофізичного розвитку, про засоби попередження, виявлення та усунення різних мовленнєвих вад у дітей та дорослих, що забезпечують повноцінний загальний особистісний розвиток дітей, їх подальше успішне навчання та освіти.

**Завдання:** оволодіння науково-теоретичними та методологічними знаннями і практичними вміннями вивчення патогенезу, симптоматики, діагностування мовленнєвих порушень та проведення корекційної роботи для їх подолання відповідно до принципів, методів, прийомів корекційно-логопедичної роботи.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен **знати:** предмет, об’єкт, принципи, значення логопедії, класифікації мовленнєвих порушень; основні етіопатогенетичні механізми різних мовленнєвих патологій; клінічні і психолого-педагогічні характеристики дітей з різними мовленнєвими вадами; методи корекційного впливу при різних мовленнєвих вадах; **вміти:** виділяти характерні риси мовленнєвих порушень; обстежувати дітей з різними мовленнєвими вадами; проводити диференційну діагностику мовленнєвих порушень; здійснювати вибір корекційних методик, планувати і здійснювати корекційно-логопедичну роботу з дітьми, підлітками та дорослими, які мають вади мовлення.

#### **Орієнтовна програма навчальної дисципліни**

### **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЛОГОПЕДІЇ**

#### **Тема 1. Методологічні та науково-теоретичні основи логопедії.**

Визначення логопедії як науки. Предмет, об’єкт, цілі, завдання логопедії. Методологічні, науково-теоретичні основи логопедії. Зв’язки логопедії з іншими науками. Понятійно-категоріальний апарат логопедії.



Предмет, об'єкт, цілі, завдання логопедії як науки. Понятійно-категоріальний апарат (порушення мовлення, симптом порушення мовлення, етіологія, патогенез, структура мовленнєвого дефекту, його корекція, компенсація, реабілітація логопата). Принципи логопедії як науки та практики виявлення та усунення мовленнєвих вад. Методи та прийоми логопедичної роботи. Науково-теоретичні основи логопедії (вчення І. Павлова про взаємодію І-ої та ІІ-ої сигнальних систем, утворення умовнорефлекторних зв'язків, динамічних стереотипів, вчення П. Анохіна про функціональні системи, вчення про динамічну локалізацію психічних функцій (І. Сеченов, І. Павлов, О. Лурія), сучасне нейропсихолінгвістичне вчення про мовленнєву діяльність). Зв'язок логопедії з іншими науками.

### **Тема 2. Історія розвитку логопедії.**

Історія розвитку логопедії. Перші відомості про мовленнєві розлади та засоби їх виправлення. Витоки логопедії як науки та практики виявлення, подолання та профілактики мовленнєвих вад. Видатні вітчизняні та зарубіжні вчені в галузі логопедії. Праці Н. Рау, Ф. Рау, Л. Виготського, О. Лурія, С. Ляпідевського, М. Хватцева, Р. Левіної, О. Правдіної, Є. Соботович, М. Савченко та інших, їх вплив на розвиток логопедії.

### **Тема 3. Анатомо-фізіологічні механізми мовлення.**

Механізми мовлення (анатомо-фізіологічний та психолінгвістичний аспекти). Взаємодія І-ої та ІІ-ої сигнальних систем при утворенні умовнорефлекторних зв'язків та динамічних стереотипів. Поняття про функціональні системи та інтегративну діяльність мозку. Поняття про функціональні блоки в діяльності мозку (О. Лурія). Будова та функції мовленнєвого апарату. Центральний відділ мовленнєвого апарату. Периферичний мовленнєвий апарат. Будова та функції дихального відділу. Будова та функції голосового відділу. Будова та функції артикуляційного відділу.

Анатомо-фізіологічні та нейропсихолінгвістичні аспекти вивчення механізмів мовленнєвої діяльності. Мовленнєва функціональна система. Поняття про три функціональні блоки в діяльності мозку (за О. Лурія). Мозкова організація процесу мовлення. Модель породження мовленнєвого висловлювання (за Л. Виготським, М. Жинкіним, О. Леонтьєвим). Будова периферичної частини мовленнєвого апарату. Функції дихального, голосового, артикуляційного відділів мовленнєвого апарату.

### **Тема 4. Структура мовленнєвої діяльності.**

Структурні компоненти мовлення. Закономірності та особливості формування мовлення дітей дошкільного віку в нормі та при патології. Визначення понять "мова", "мовлення" та "мовленнєва діяльність". Форми мовлення. Зовнішнє і внутрішнє мовлення. Імпресивна та експресивна форми мовлення. Усне, письмове мовлення. Структурні компоненти мовлення. Лексико-семантичний лад мовлення. Пасивний та активний словник дитини. Граматичний лад мовлення. Поняття про аграматизм. Фонетико-фонематичний лад мовлення. Поняття про фонему та фонематичний слух. Мелодико-інтонаційний лад мовлення. Модель породження мовленнєвого висловлювання. Функції мовлення.

Структура мовленнєвої діяльності. Поняття “мова”, “мовлення”, “мовленнєва діяльність”. Зовнішнє, внутрішнє мовлення. Імпресивне, експресивне, усне, письмове мовлення. Лексичний, граматичний, фонетико-фонематичний, просодичний лад мовлення. Роль біологічних та соціальних факторів в розвитку мовлення.

#### **Тема 5. Закономірності формування мовлення в онтогенезі.**

Закономірності-оволодіння дитиною рідною мовою. Роль біологічних та соціальних факторів в розвитку мовленнєвої діяльності дитини. Етапи розвитку мовлення дитини. Особливості розвитку мовлення при патології. Фізіологічні недоліки дитячого мовлення. Негативний вплив вад мовлення на формування особистості дитини.

#### **Тема 6. Причини мовленнєвих порушень.**

Причини порушень мовлення. Критичні періоди в розвитку мовлення. Визначення поняття “порушення мовлення”. Мовленнєві порушення функціонального та органічного характеру. Мовленнєві порушення периферичного та центрального походження. Ендогенні та екзогенні шкідливі фактори в розвитку мовленнєвих порушень. Принципи аналізу мовленнєвих вад.

Етіологія порушень мовлення. Причини мовленнєвих порушень. Екзогенні та ендогенні фактори. Вивчення анамнестичних даних дитини-логопата (відомості про внутрішньочеревну патологію, патологію при пологах, патологію в період раннього розвитку дитини). Мовленнєві порушення функціонального та органічного характеру; периферичного та центрального походження. Критичні періоди в розвитку мовлення.

#### **Тема 7. Класифікація мовленнєвих вад.**

Класифікація вад мовлення. Клініко-педагогічна класифікація та психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих вад, їх порівняльний аналіз. Характеристика мовленнєвих порушень за клініко-педагогічною класифікацією. Характеристика вад мовлення за психолого-педагогічною класифікацією.

#### **Тема 8. Принципи аналізу порушень мовлення. Методика логопедичного обстеження.**

Принципи, методи, прийоми обстеження дітей-логопатів. Збір анамнестичних даних. Обстеження моторики (загальної, дрібної, моторики пальців рук). Обстеження будови та функцій артикуляційного апарату. Обстеження просодичного ладу мовлення. Обстеження звуковимови та фонематичних процесів. Обстеження лексико-семантичного та граматичного ладу мовлення. Обстеження процесів письма та читання. Обстеження інтелектуально-мнестичних функцій.

Принципи, методи, прийоми логопедичного обстеження. Методика логопедичного обстеження. Збір анамнестичних даних (перегляд та аналіз мовленнєвих карток логопатів). Обстеження немовленнєвих функцій. Обстеження фонетико-фонематичного та просодичного ладу мовлення. Обстеження лексико-граматичного ладу мовлення.

#### **Тема 9. Класифікація фонем рідної мови.**

Класифікація голосних за рядом та ступенем підйому спинки язика. Класифікація приголосних за місцем утворення. Класифікація приголосних за

засобом утворення. Диференціація приголосних за ознаками “твердий-м’який”, “глухий-дзвінкий”. Артикуляційні уклади голосних та приголосних звуків.

Класифікація звуків рідної мови. Класифікація голосних за участю губ, ступенем та місцем підняття язика. Класифікація приголосних за засобом та місцем артикуляції. Класифікація приголосних за звучністю, співвідношенням шуму й голосу, наявністю додаткового підйому спинки язика до твердого піднебіння, Класифікація фонем за місцем резонування.

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ II. ДИСЛАЛІЯ**

**Тема 1. Визначення дислалії. Історичний аспект розвитку проблеми. Форми дислалії.**

Загальна характеристика вад звукової системи мови. Тракткування вимовних порушень і перша поява терміну “дислалія”. Поширеність та особливості прояву дефекту в різних вікових групах дітей. Вплив вад звуковимови на оволодіння грамотою, на розвиток особистості дитини. Поняття рівнів порушеної вимови у вітчизняній і закордонній логопедії. Види порушень звуковимови (відсутність звука; спотворена його вимова; заміни та змішування звуків у мовленні дитини). Прості і складні дислалії. Форми дислалії – функціональна і механічна (органічна). Класифікація функціональної дислалії з урахуванням природи порушення, актуального для логопедичного впливу – фонематичного або фонетичного, або їхніх комбінацій. Порівняльна характеристика акустико-фонематичної, артикуляційно-фонематичної та артикуляційно-фонетичної форм дислалії. Механічна дислалія, її зумовленість аномаліями в будові артикуляційного апарату. Характер дефекту вимови звуків при даній формі.

**Тема 2. Система логокорекційної роботи при дислалії.**

Способи і прийоми виявлення недоліків звуковимови у дітей. Мета, зміст та методика обстеження дитини з дислалією. Обстеження артикуляційного апарату, дрібної моторики, звуковимови, фонематичних процесів. Оформлення необхідної логопедичної документації; заповнення мовленнєвої картки.

Методика логопедичного впливу при дислалії. Етапи і прийоми логопедичного впливу та задачі кожного етапу роботи. Основні етапи традиційної корекційно-педагогічної роботи з усунення недоліків звуковимови: підготовчий етап, етап формування первинних вимовних умінь і навичок, етап формування комунікативних умінь і навичок. Зміст логопедичної роботи з усунення мовленнєвих вад: розвиток фонематичних процесів (уваги, сприймання); розвиток артикуляційної моторики; розвиток дрібної моторики пальців рук; формування (постановка) правильної вимови звуку: за наслідуванням, з механічною допомогою (з використанням логопедичних зондів), змішаний спосіб постановки звуків; диференціація поставленого і змішаного звуку у вимові. Послідовність автоматизації поставленого звуку: автоматизація звуку у складах (прямих, обернених, із збігом приголосних); автоматизація звуку в словах (на початку слова, в середині, кінці); автоматизація звуку у реченні; автоматизація звуку у чистомовках і віршах; автоматизація звуку в коротких і довгих оповіданнях, автоматизація звуку у розмовному мовленні.

Урахування взаємозв'язку звуків при виборі послідовності їхньої постановки при складній дислалії. Терміни і тривалість логопедичних занять. Види логопедичних занять – індивідуальні, підгрупові, фронтальні. Організація занять з урахуванням провідної діяльності дитини і спрямування на стимуляцію її пізнавальної активності.

### **Тема 3. Недоліки вимови звуків “Р” - “Р’” (ротацізм і параротацізм), їх усунення.**

Характеристика фонем української мови за місцем і способом утворення, участю голосу та наявності або відсутності додаткового підняття середньої частини спинки язика. Вікові особливості розвитку правильної звуковимови у дітей до 5 років. Характеристика фонем “Р” - “Р’”. Опис правильного укладу органів артикуляції. Варіанти порушень фонем – перекручування і заміни. Корекція порушень вимови фонем “Р”, “Р’”. Прийоми постановки звуку. Задачі підготовчого етапу – активізація кінчика язика, формування повітряного струменя. Використання для цих цілей артикуляційної гімнастики, тренування з фонематичного сприйняття при замінах, вибір вихідної збереженої фонемі для постановки Р-Р’. Прийоми корекції фонем з використанням логопедичних зондів. Закріплення комунікативних умінь і навичок.

Недоліки вимови звуків р, р’, їх виправлення Артикуляційні уклади звуків р, р’ в нормі. Види ротацізму та параротацізму Комплекс артикуляційних вправ для формування правильної вимови звука р. Прийоми постановки звуків р, р’. Особливості корекції гаркавої вимови звуків р, р’. Складання планів-конспектів індивідуальних логопедичних занять ( тема: “Звук р.”) у відповідності до етапу корекційної роботи.

### **Тема 4. Недоліки вимови “Л”-“Л’” (ламбдацізм і параламбдацізм), їх виправлення.**

Характеристика фонем української мови за місцем і способом утворення, участю голосу та наявності або відсутності додаткового підняття середньої частини спинки язика. Вікові особливості розвитку правильної звуковимови у дітей до 5 років. Характеристика фонем “Л”- “Л’”. Опис правильного укладу органів артикуляції. Причини і варіанти порушень фонем. Корекція порушень вимови фонем “Л”, “Л’”. Артикуляційна гімнастика на підготовчому етапі постановки звуку. Прийоми корекції фонем з використанням логопедичних зондів. Закріплення комунікативних умінь і навичок.

Недоліки вимови звуків л, л’, їх виправлення. Артикуляційні уклади звуків л, л’ в нормі. Види ламбдацізму та параламбдацізму Комплекс артикуляційних вправ для формування правильної вимови звуків л, л’. Прийоми постановки звуків л, л’. Корекція окремих видів ламбдацізму (двогубного, міжзубного, носового).

### **Тема 5. Недоліки вимови свистячих звуків “С” - “С”, “З” - “З”, “Ц”, “ДЗ” (сигматизм, парасигматизм), їх виправлення.**

Характеристика свистячих фонем. Опис правильного укладу органів артикуляції. Види порушень звуковимови свистячих звуків, їх причини і характеристика. Методика виправлення різних видів сигматизмів та

парасигматизмів свистячих фонем. Значення артикуляційної гімнастики і вироблення спрямованого повітряного струменя. Прийоми корекційної роботи з постановки свистячих фонем в залежності від виду порушення з використанням логопедичних зондів. Робота з формування фонематичного сприйняття при парасигматизмах.

Види сигматизму, парасигматизму свистячих. Артикуляційні уклади звуків с, с', з, з', ц, ц', дз, дз' в нормі. Недоліки вимови свистячих звуків. Види сигматизму та парасигматизму (міжзубна, призубна, губнозубна, бокова, носова, шипляча вимова свистячих; характерні заміни, змішування звуків). Комплекс артикуляційних вправ для виховання правильної вимови свистячих звуків. Формування правильного артикуляційного укладу звука "с" як базового звуку даної фонетичної групи. Прийоми постановки звуків с, с', з, з', ц, ц', дз, дз'. Особливості етапів автоматизації, диференціації в роботі над даними звуками. Методика складання плану-конспекту індивідуального заняття по корекції недоліків вимовляння звуків з урахуванням етапу логопедичної роботи при дислалії.

**Тема 6. Недоліки вимови шиплячих звуків "Ш", "Ж", "Ч", "Щ", "ДЖ", їх виправлення.**

Характеристика шиплячих фонем. Опис правильного укладу органів артикуляції. Причини і варіанти порушень – сигматизми і парасигматизми шиплячих звуків. Артикуляційна гімнастика і формування спрямованого повітряного струменя. Прийоми і послідовність постановки. Вибір вихідної збереженої фонемі для постановки шиплячих. Залежність методичних прийомів корекції від виду порушення. Прийоми корекції фонем з використанням логопедичних зондів. Тренування з розвитку фонематичного сприйняття у випадках заміни звуку. Закріплення комунікативних умінь і навичок.

Види сигматизму та парасигматизму шиплячих, їх виправлення. Артикуляційні уклади звуків ш, ж, ч, дж в нормі. Види сигматизму та парасигматизму шиплячих. Комплекс артикуляційних вправ для виховання правильної вимови шиплячих звуків. Прийоми постановки звуків ш, ж, ч, дж.

**Тема 7. Недоліки вимови "Й" (йотацизм), "К" - "К", "Г" - "Г", "Х" - "Х" (капацизм, гамацизм, хітізм) , їх виправлення.**

Характеристика фонем. Опис правильного укладу органів артикуляції. Причини і варіанти порушень, що виявляються в перекрученнях і замінах звуків. Види капацизму (паракапацизму), гамацизму, хітізму, йотацизму. Артикуляційна гімнастика для формування правильної вимови звуків к, х, г, ґ, й. Прийоми корекції фонем з використанням логопедичних зондів. Розвиток фонематичного сприйняття при замінах. Закріплення комунікативних умінь і навичок.

**Тема 8. Дефекти оглушення, пом'якшення, їх усунення.**

Види вимови глухих, дзвінких звуків. Причини порушення диференціації звуків за ознаками "глухий", "дзвінкий". Постановка дзвінких звуків. Види вимови твердих, м'яких звуків. Причини порушення диференціації звуків за ознаками "твердий", "м'який". Постановка м'яких приголосних.

## **Тема 9. Механічна дислалія**

Механічна дислалія, її механізми. Будова артикуляційного апарату в нормі, механізм утворення звуків в нормі. Основні вади в будові артикуляційного апарату та причини їх виникнення, відносно механічної дислалії: аномалії зубів, щелеп, прикусу. Шкідливі звички у дітей та їх усунення. Характеристика порушень звуковимови органічного генезу. Основні етапи діагностичного обстеження: оцінка фізичного і неврологічного стану дітей; вивчення будови органів артикуляції; дослідження стану артикуляційної та мимічної моторики, а також моторики кистей пальців рук; поглиблене вивчення звуковимови, просодики та фонематичних процесів при логопедичному обстеженні мовленнєвої діяльності дітей. Особливості логопедичної роботи при механічній дислалії. Засоби корекції порушень артикуляційної та мимічної моторики у дітей із звуковимовними порушеннями та анатомічними вадами органів артикуляційного апарату: масаж мимічної та артикуляційної мускулатури, міогімнастика. Диференційна діагностика функціональної та механічної дислалії.

**Туріщева Л.В.<sup>1</sup>, Погорела Л.М.<sup>2</sup>, Пугач І.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

<sup>2</sup>Харківський спеціальний НВК № 7

## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МИСЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ**

Проблема навчання дітей з обмеженими можливостями у звичайних загальноосвітніх школах виникла давно. Зрозуміло, що індивідуальне навчання вдома не забезпечує соціалізації дитини з обмеженими можливостями у середовище, до того ж при такому навчанні недостатня його якість. Крім того, ці діти особливо потребують розуміння оточуючих та гуманного ставлення до себе суспільства взагалі. Інклюзивне навчання – термін, який використовують для опису процесу навчання дітей з обмеженими можливостями у загальноосвітніх школах.

Чи можуть діти із обмеженими можливостями вчитися разом з звичайними учнями? Чи дозволяє рівень розвитку їх психічних процесів успішно засвоювати навчальний матеріал нарівні зі звичайними дітьми?

Психічний розвиток дітей з порушеннями мовлення спирається на висунутий психологами Л. Виготським, О. Запорожцем, О. Лурії принцип взаємозв'язку мовлення з іншими сторонами психічного розвитку, який стверджує її провідну роль в опосередкуванні психічних процесів.

У своїй роботі ми розглядаємо особливості розвитку основних розумових операцій у дітей з вадами мовлення. Ми враховуємо, що існує різна природа виникнення порушень мовлення і необхідно вивчити як впливає характер порушень мовлення на розвиток розумових операцій.

*Мета роботи* полягала у вивченні особливостей розвитку розумових операцій аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення і абстрагування у дітей з різними видами порушення мовлення.

На основі поставленої мети були сформульовані такі завдання: 1) проаналізувати стан проблеми в психолого-педагогічній літературі; 2) визначити причини порушення мовлення; 3) вивчити особливості розумових операцій у дітей з різними причинами порушення мовлення; 4) порівняти особливості виконання завдань учнями з порушенням мовлення та учнями загальноосвітньої школи.

Порушення мовлення – відхилення у мові від мовленнєвої норми, прийнятої у певному середовищі, що виявляється у часткових порушеннях (звуковимови, голосу, темпу, ритму тощо) і зумовлені розладами нормального функціонування психофізіологічних механізмів мовленнєвої діяльності. Мовлення формується у процесі загального психофізичного розвитку дитини.

Умови формування нормального мовлення: збережена центральна нервова система дитини; наявність нормального слуху і зору; достатній рівень мовленнєвого спілкування дорослих з дитиною. Проте будь-яке відхилення від вікової норми як ізольований чинник не є свідченням порушення мовлення. Оцінювати це необхідно в комплексі, враховуючи цілісні показники психофізичного розвитку дитини.

Порушення мовлення у дітей характеризуються тим, що: не відповідають віку того, хто говорить; самостійно не зникають, а закріплюються; відображаються на подальшому розвитку дитини, затримуючи й ускладнюючи його; потребують логопедичної допомоги. Основні причини порушень мовлення: спадкові фактори; внутрішньоутробна патологія, зокрема: інфекційні чи соматичні захворювання, травми, несумісність крові за резус-фактором, інтоксикації та ін.; пологові травми або асфіксія; різні захворювання чи травми у перші роки життя дитини; соціально-психологічні фактори: недостатність емоційного і мовленнєвого спілкування з дорослими, двомовність у сім'ї, надмірне стимулювання мовленнєвого розвитку дитини, педагогічна занедбаність, психотравмуючі ситуації. Порушення мовлення можуть виникати внаслідок дії як однієї причини, так і їх поєднання.

Для вирішення поставлених завдань використовувався аналіз наукової та методичної літератури та проведено експеримент, який складався зі спостереження за учнями як в процесі навчальної діяльності, так і в ході виконання ними експериментальних завдань, бесіди з учителями, школярами. У процесі діагностики використовувалися методики С. Забрамної.

У дослідженні брало участь 20 випробуваних 2-3 класів КЗ “ХС НВК № 7”, які були поділені на 2 групи. До першої групи (10 учнів) увійшли учні з вадами мовлення, які обумовлені патологічними змінами голосового апарату. Другу групу піддослідних склали учні (10 осіб) з порушеннями мовлення, пов'язаних з ураженнями мовних зон кори головного мозку. Також в експерименті брало участь 10 учнів 2 класу КЗ “ХНВК № 8”.

За результатами виконання всіх чотирьох методик на першому етапі усі випробовувані були розділені нами на 3 групи: група з високим рівнем розвитку мислення (I група), середнім (II група) і низьким (III група).

Основним показником, за яким ми відносили розподіляли до певної групи, були результати, отримані в чотирьох методиках. Випробовувані I групи показали високий рівень виконання у всіх методиках. Випробовувані II групи демонстрували високий або середній рівень виконання чотирьох методик. Випробовувані III групи показували низький рівень їх виконання.

Серед учнів першої групи, у яких порушення існують мовлення, пов'язані з патологічними змінами голосового апарату, є діти з високим рівнем розвитку (10%), у другій групі випробовуваних, що мають порушення мовлення, обумовлені ураженням мовних зон кори головного мозку, учнів з високим рівнем мислення не виявлено. Учні із середнім рівнем мислення в першій групі 70%, а в другій - всього 20%. Однак слід зазначити, що з низьким рівнем розвитку мислення в першій групі 20% випробовуваних, а в другій - 80%.

У другому етапі брала участь група дітей із порушенням мовлення, які пов'язані з патологічними змінами голосового апарату та учні загальноосвітньої школи.

Ми провели ці ж чотири методики з 10 учнями 2 класу КЗ "ХНВК № 8".

Особливих відмінностей у розвитку мислення учнів загальноосвітньої школи і випробовуваних з порушеннями мовлення, що мають патологічні зміни голосового апарату, не виявлено.

З наведеного можна зробити наступні *висновки*:

1. Умовами формування нормального мовлення є збережена центральна нервова система дитини; наявність нормального слуху і зору; достатній рівень мовленнєвого спілкування дорослих з дитиною.

2. У науковій літературі проаналізовані основні причини порушень мовлення: спадкові фактори; внутрішньоутробна патологія, зокрема: інфекційні чи соматичні захворювання, травми та ін.; різні захворювання чи травми у перші роки життя дитини; соціально-психологічні фактори: недостатність емоційного і мовленнєвого спілкування з дорослими, двомовність у сім'ї, надмірне стимулювання мовленнєвого розвитку дитини, педагогічна занедбаність, психотравмуючі ситуації.

3. У психолого-педагогічній літературі встановлені відміни розвитку розумових операцій (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, абстрагування) у молодших школярів з порушенням розвитку мовлення, які передбачають низький рівень їх розвитку.

4. У процесі дослідження нами використовувалися методи психологічного дослідження: спостереження, бесіда, тестування (методики С. Забравної). У тестуванні приймали участь молодші школярі з порушенням мовлення. Першу групу склали учні з загальним недорозвитком мовлення, другу – учні з порушенням мовлення, які пов'язані з ураженням мовної зони кори головного мозку. Результати першої групи ми порівняли з результатами учнів загальноосвітньої школи. Особливих відмінностей у розвитку мислення учнів загальноосвітньої школи і випробовуваних з порушеннями мовлення, що мають патологічні зміни голосового апарату не виявлено.



## **ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПОМІРНОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ**

Одним з основних завдань сучасного навчального закладу є реалізація потенційних можливостей кожної дитини. Діти з особливими освітніми потребами на сучасному етапі розвитку суспільства розглядаються як особистості, які мають ті ж права, що й інші члени спільноти, але через особливості індивідуального розвитку вони потребують особливих освітніх послуг. У відповідності до закону України “Про освіту” сьогодні кожна дитина з особливими освітніми потребами має право на одержання адекватної її психофізичному розвитку освіти. Відомий науковець О. Гаврилов зазначав, що “...немає дітей, які не можуть навчатися. У них є лише різні можливості до навчання” [1].

На сьогодні, зміни в контингенті спеціального загальноосвітнього навчального закладу, зростання чисельності учнів з помірною розумовою відсталістю поставили серйозні питання щодо педагогічної роботи, підсилення корекційної спрямованості навчальної діяльності з дітьми, що мають помірну розумову відсталість, розробки навчального та виховного змісту роботи з такими дітьми. Лише завдяки включенню у систему корекційно-розвивальної роботи можливо досягнути оптимального рівня розвитку дітей даної категорії та побачити позитивні зміни в їхній особистісно-мотиваційній, пізнавальній, емоційно-вольовій сфері.

Установлено, що діти з помірною розумовою відсталістю характеризуються значними інтелектуальними та адаптивними порушеннями, що призводить до труднощів у їх адаптації та інтеграції в соціум. Оскільки помірною розумовою відсталістю виявляється в стійкому недорозвитку психіки людини, важливою умовою одержання освіти для таких дітей є поєднання психолого-педагогічної, медико-соціальної допомоги та корекційно-розвивальної спрямованості навчання, а також врахування важливості раннього, спеціального та інтенсивного втручання у розвиток дітей. Тому, застосування комбінованих програм навчання (які поєднують в собі різні методи роботи та забезпечується командою професіоналів різного профілю) дозволяє створити для дітей з помірною розумовою відсталістю найбільш оптимальні умови та форми навчання і виховання. Адже, як показала практика та вказують дослідники (О. Гаврилов, М. Кузьмицька, А. Маллер, А. Катаєва, Е. Стребелева, Г. Цикото, Л. Шипіцина, С. King та ін.), позитивна динаміка розвитку дітей з помірною розумовою відсталістю відбувається лише при створенні необхідних педагогічних умов (тобто, позитивного для дітей середовища, науково-обґрунтованих програм виховання та навчання, відповідного методичного забезпечення та підготовленого кадрового персоналу) [1; 2; 3; 4; 5].

Таким чином, на сьогодні головною метою корекційно-розвивального навчання дітей цієї категорії є: соціальна адаптація, реабілітація і подальше

приспособлення до життя в умовах соціального довкілля (А. Маллер, М. Пішчек, Л. Шипіцина, G. Cartwright та ін.). Удосконалення сучасного навчально-виховного процесу у дітей з помірною відсталістю спрямовується на їх соціалізацію. Узагальнення сучасних підходів до корекційно-розвивального навчання учнів цієї категорії (О. Аюпова, С. Баклі, О. Гаврилов, М. Пішчек, Г. Цикото, Л. Шипіцина та ін.) дало змогу виділити такі пріоритетні напрямки корекційно-розвивальної роботи з ними, як розвиток: моторики, мовлення, сприймання, навичок самообслуговування, здатності орієнтуватися в навколишньому світі, соціальної компетентності, соціально-трудових навичок, продуктивних видів діяльності, творчих умінь засобами предметної та ігрової діяльності. Тому, всі заходи корекційно-розвивального процесу мають базуватися на розвитку особистості дитини в цілому, а не на тренуванні окремих функцій. Розвиток особистості для успішного спілкування в соціальному середовищі визнається одним з ймовірних шляхів корекції, адже емоційно-вольова сфера в цілому залишається більш збереженою, ніж інтелектуальна (О. Гольдфарб та ін.) [1; 2; 3; 4; 5].

Отже, зміст, методи і форми навчання дітей з помірною розумовою відсталістю повинні визначатися необхідністю урахування особливостей процесу їх соціалізації у суспільство, пов'язаних зі специфічними закономірностями їх розвитку.

Аналіз літератури показав, що основне завдання навчання дітей з помірною розумовою відсталістю – домогтися того, щоб ставши дорослими, вони могли самостійно себе обслуговувати, виконувати в побуті і, по можливості, на виробництві спеціальні нескладні трудові операції, орієнтуватись в навколишньому середовищі.

Як доведено, організація роботи з дітьми з помірною розумовою відсталістю повинна бути підпорядкована вирішенню наступних завдань [1; 5]: 1) розвиток пізнавальної діяльності дітей; 2) трудове навчання і підготовка до посильних видів праці; 3) формування санітарно-гігієнічних навичок, виховання соціально-ціннісних норм поведінки, соціально-побутова адаптація і включення їх по можливості в соціальне середовище.

Установлено, що в основі роботи з дітьми з помірною розумовою відсталістю, яка проводиться з урахуванням їхніх потенційних можливостей, лежать як загальнодидактичні, так і спеціальні принципи навчання та виховання. При цьому використання таких загальнодидактичних принципів, як наочність, доступність, індивідуальний підхід, мають особливо важливе значення. Про застосування інших (таких як науковість матеріалу, усвідомлене сприймання матеріалу тощо) ми можемо говорити досить умовно [1; 4; 5].

Крім загальнодидактичних принципів, які прийнято використовувати в роботі з дітьми з особливими потребами, у спеціальному навчальному закладі використовуються ще такі принципи, як принцип практичної спрямованості навчання. При цьому позитивні результати у роботі з дітьми залежать від цілого ряду додаткових фактів.

Аналіз спеціальної літератури, дослідження науковців та практиків, свідчать, що лише в процесі практичних занять можна формувати пізнавальну

діяльність у дітей з помірною розумовою відсталістю, формувати позитивні емоційно-вольові якості особистості. [1; 2; 3; 4; 5]

У спеціальних навчальних закладах для дітей з особливими освітніми потребами потрібно організовувати заняття з предметно-практичної діяльності. Ці заняття мають бути спрямовані на корекцію їхнього сенсорного, моторного та розумового розвитку під час практичної діяльності з конкретними предметами, при виконанні ігрових, завдань з конструювання, у продуктивній діяльності, яка спрямовується вчителем. Тому, практична спрямованість всього навчально-виховного процесу – це головний принцип, який використовується під час організації роботи з дітьми.

Розвиток пізнавальної діяльності, в свою чергу, позитивно відображається на емоційно-вольовій сфері дітей з помірною розумовою відсталістю. Таким чином, організація корекційно-розвивального навчання дозволяє певною мірою виправити недоліки їхнього як розумового, так і емоційно-вольового розвитку. Таким чином, при організації роботи мова має йти про розвиток пізнавальної діяльності дітей з помірною розумовою відсталістю, формування якої найбільш успішно проходить в умовах спеціального корекційного навчання. Організація розвиваючого навчання з ними дозволяє не лише передати їм систему відповідних знань, умінь та навичок, але й формує в них хоч і елементарні, але все ж таки навички орієнтуватись в навколишньому, пристосовуватись до його змін.

Тому, потрібно зазначити, що систематично організована і цілеспрямовано впроваджувана система навчання не лише призводить до накопичення цими дітьми певних знань, умінь та навичок, але і позитивно впливає на їхній розумовий розвиток. Більшість дітей даної категорії, якщо з ними провести відповідну роботу, зможуть виконувати завдання, аналогічні тим, які вони вирішили на уроках. Це є свідченням того, що розвивальне навчання має значний корекційний ефект для дітей з помірною відсталістю вже у молодшому шкільному віці, та, їхній розвиток залежить великою мірою від того, як побудована система навчання, наскільки адекватними є ті методи і принципи, що використовують для цього педагоги.

Проаналізувавши спеціальну психолого-педагогічну, науково-методичну літературу та дослідження вчених та практиків ми дійшли висновку, що в дітей з помірною розумовою відсталістю пізнавальна діяльність сформована на досить низькому рівні [1; 2; 3; 4; 5]. Організація навчально-виховного процесу дозволяє забезпечити безперервність процесу формування пізнавальної діяльності молодших школярів з помірною розумовою відсталістю на уроках, індивідуальних заняттях та в позаурочній роботі. Формування пізнавальної діяльності у молодших школярів з помірною розумовою відсталістю засобами різних навчальних дисциплін сприяє підвищенню рівня загального психічного розвитку молодших школярів даної категорії, вибору ефективних методів роботи з дітьми з помірною розумовою відсталістю.

Оскільки головною метою корекційно-розвивальної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами вважається соціальна адаптація, реабілітація і подальше пристосування до життя в умовах соціального довкілля,

вдосконалення сучасного навчально-виховного процесу дітей молодшого шкільного віку з помірною розумовою відсталістю також спрямовується на їх соціалізацію.

Отже, корекційно-розвивальне навчання дітей з помірною розумовою відсталістю розглядається як основна умова корекції їх розвитку разом з іншими видами діяльності, зокрема, працею, а також спілкуванням, що є детермінуючим чинником формування готовності розумово відсталого дитини до адаптації у змінених умовах соціального життя є найважливішою метою корекційного виховання.

### Література

1. Гаврилов О.В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі: Навч. посіб. - Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. - 308 с.
2. Засенко В., Колупаєва А. Діти з особливими потребами: пріоритетні напрями державної політики України в галузі освіти, соціального захисту й охорони здоров'я // Особлива дитина: навчання і виховання. - 2014. - № 3.
3. Синьов В.Н., Матвеева М.П., Хохліна О.П. Психологія розумово відсталого дитини: підр. - К.: Знання. - 2008. - 359 с.
4. Освіта осіб з особливими потребами. Нормативно-правова база [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.mon.gov.ua/ua/activity/education/56/693/normativno\\_pravova\\_baza11/](http://www.mon.gov.ua/ua/activity/education/56/693/normativno_pravova_baza11/)
5. Шипицына Л.М. “Необучаемый” ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. - СПб.: Речь, 2005. - 477 с.

Харужева Л.Г.  
Харківська ЗОШ № 164

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДБОРУ ЛЕКСИЧНОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ РОБОТИ З УЧНЯМИ МОЛОДШИХ КЛАСІВ ІЗ ЗНМ

Формування лексичної сторони мовлення є однією з нагальних проблем у логопедичній практиці. Оволодіння лексичним аспектом мови викликає у учнів з порушеннями мовлення значні труднощі, оскільки само по собі слово — базисна одиниця мови — дуже складне, різнопланове і багатовимірне явище, універсальне по характеру і унікальне за об'ємом виконуваних в мові функцій [3]. З науково-теоретичної точки зору в ньому “перехрещуються самі різні лінгвістичні інтереси: фонетичні, морфологічні, лексикологічні, синтаксичні, не говорячи вже про слово як об'єкт логіки, психології, філософії...” [3, с. 35]. Оскільки слово є основною структурною одиницею мови, то без достатнього за кількістю і якісного за станом словника стає неможливим навчання, спілкування. Тому робота над словом в початковій ланці навчання проводиться досить широко - на корекційних та логопедичних заняттях, на навчальних уроках. Не зважаючи на досить великий обсяг роботи над лексичною стороною мовлення, ми можемо стверджувати, що словник учнів із ЗНМ, які навчаються в початкових класах обмежений не лише за кількісним наповненням але має певну своєрідність за якісними характеристиками. Про це свідчать і результати аналізу спеціальної літератури і дані проведеного нами дослідження. У лексиці дітей з

шкільного віку наявна диспропорція між активним та пасивним словником, з значною перевагою пасивного і суттєвими труднощами переходу його в активний словник. Спостерігається механічне накопичення слів, рівень узагальнення слів дуже низький. Значення слів, що використовують діти часто не відповідає їх дійсному значенню [2]. В активному словнику переважають іменники з конкретним значенням, інші частини мови представлені в недостатній кількості. Значення слів, які використовують діти характеризуються неточністю, розмитістю. При побудові власного вислову діти не завжди можуть актуалізувати відоме для них слово. Все це вимагає від спеціалістів пошуку прийомів та методів, які підвищують ефективність корекційної роботи і створюють для дитини більш широкі можливості реалізації власного потенціалу.

Говорячи про роботу з формування лексичної сторони мовлення більшість авторів виділяють такі напрями [2; 4]: 1) збагачення словника; 2) уточнення словника; 3) активізація словника.

Успішність лексичної роботи з дітьми з ЗНМ пов'язана не лише з урахуванням особливостей структури їхнього психічного розвитку а й, не в меншому ступені, з урахуванням особливостей організації лексичного матеріалу, його раціонального угруповання.

Одним з важливіших методичних принципів здійснення мовленнєвої роботи з дітьми є взаємозв'язок формування мовлення і розвитку мислення. З нього виходить, що, формуючи в певній послідовності мовлення учнів, ми тим самим розвиваємо і їх мислення, бо, як відзначав Л. Виготський: “думка не позначається в слові, але здійснюється в ньому”. Дотримання цього принципу вимагає також того, щоб засвоєння слів відбувалося не шляхом простих повторів або механічного їх заучування, що ще часто зустрічається на практиці. Необхідно, щоб учень в процесі лексичної роботи був поставлений в умови рішення розумової задачі. Як справедливо відзначає М. Жінкин: “вивчені з голосу словесні зв'язки ще не є смисловими зв'язками. Ознака смислового зв'язку — самостійність її складання на основі переробки отриманої інформації”.

Уже зазначали, що лексичний матеріал для логопедичних занять з дітьми повинен підбиратися і групуватися в такій послідовності, яка забезпечувала б учням поступовий перехід від властивого їм наочного, конкретного віддзеркалення навколишніх явищ до більш абстрактного і узагальненого усвідомлення дійсності на основі мовлення.

За основу в нашій роботі була взята система підбору лексичного матеріалу, яку запропонував А. Зікеєв для роботи з дітьми з вадами слуху. Дана система була адаптована нами до потреб учнів із ЗНМ. Угрупування лексичного матеріалу для роботи з дітьми молодшого шкільного віку із ЗНМ проводилось у відповідності до визначених принципів.

*Принцип тематичного об'єднання матеріалу.* Лексичний матеріал необхідно об'єднати в певні тематичні групи. При цьому слова об'єднані за смисловими темами на основі змістовного зв'язку. Об'єднання матеріалу проводиться відповідно до програми шкільного навчання і семантичної цінності матеріалу для умов повсякденного спілкування. На нашу думку, тематичне угруповання лексики дозволяє формувати лексичну системність, формувати

семантичні поля, реалізовувати в роботі комплексність засвоєння значення слів і готує дитину до сприймання учбового матеріалу.

*Принцип об'єднання матеріалу за словотворчими ознаками.* Цей принцип дозволяє сформулювати у учнів відповідні лексико-граматичні узагальнення, здатність щодо прогнозування значення слів на основі припущень, збагатити словник за рахунок слів яких ще немає у власному мовленні. В роботі ми використовували такі словотворчі моделі: іменники створені за допомогою суфіксів: префіксальні дієслова; прикметники створені з загальними по значенню суфіксами або префіксами.

*Принцип об'єднання матеріалу за ступенем складності засвоєння одиниць мовлення.* Практична реалізація цього принципу виявляється в тому, що засвоєння, уточнення, активізація лексики ведеться від значень конкретних до більш абстрактних. Спочатку засвоюються прості структури, а потім складніші, що вимагає більш високого рівня узагальнення. Відповідно до цього, ми виділили дві групи: I група – слова з конкретними значеннями, які в свою чергу поділяються на слова-предмети, слова –дії, слова-ознаки; II група – слова з абстрактними значеннями.

Так, учні спочатку працюють з позначенням назв предметів і дій, потім переходять до засвоєння назв ознак предметів, потім якостей дії, займенників тощо. Але не менш важливо, щоб при роботі над кожним розділом були вибрані слова на основі наростання абстрактності в значенні. Наприклад, спочатку засвоюються дієслова, які позначають стан і переміщення, потім ті, що позначають дію на предмет завершуючи дієсловами, що позначають поведінкові дії. Така послідовність роботи над лексикою забезпечує побудову і структурування семантичних полів, формування лексичної валентності слів. При цьому вдається якісно змінити характер розумового процесу: не тільки збільшити ступінь узагальнення у слові, але і розвинути у учнів здатність осмислювати слово в нових відносинах, уміння виділяти в явищі істотну ознаку. Необхідно підкреслити, що засвоєння слів дітьми із ЗНМ може бути ефективним і точним, коли це пов'язано з власною практичною діяльністю і поступовим осмисленням певного контексту, а не зводиться до повторювання. Як справедливо відзначав О. Лурія, слова “стають дієвими в мовленні тільки тому, що кожне з них є одиницею вислову з тими потенційними зв'язками, які розгортаються, коли це слово включається в ціле речення”. Утворення таких зв'язків між словами, їх зміцнення може бути забезпечене лише постійною мовленнєвою практикою. Ось чому ми не відокремлюємо лексичну роботу від роботи над граматичною стороною мовлення. Вперше принцип єдності формування граматичної будови і оволодіння лексикою був сформульований для навчання дітей з порушенням слуху (Р. Боскіс, К. Коровин, В. Синяк, 1955). В основу єдності лексичної роботи був покладений зв'язок лексики і граматики як в загальній системі мови, так і в слові, що є єдністю звукової, смислової і граматичної сторін [1; 4]. Проте ця єдність виявляється не в ізольованому слові, а в словосполученні і реченні де реалізується повністю і значення слова, і його граматична природа. Тому в основу цієї роботи покладене речення, що розкриває значення слів, їх лексичну і граматичну сполучуваність.

Спотворене граматичне оформлення лексики веде до нерозуміння смислу вислову в цілому, заважає правильно усвідомлювати зміст окремих слів, оскільки процес розуміння в спілкуванні спирається не тільки на віднесення слова до даного значення, але і на осмислення його в тих граматичних зв'язках. Тому при роботі над лексикою важливо здійснювати як смислову, так і граматичну варіативність у вживанні тих або інших слів, тобто використовувати їх в різних, але вже знайомих учню синтаксичних структурах. Оволодіння словом слід розглядати і як процес “обростання” його семантичними значеннями, лексичними зв'язками з іншими словами, і як процес послідовного засвоєння відповідного комплексу його граматичних форм. Тому, плануючи роботу над лексикою, слід враховувати кількість слів, що підлягають засвоєнню, їх можливу тематичну або ситуативну близькість, способи їх засвоєння. При роботі над лексикою важливо не тільки те, що засвоїла дитина, а і те, як, за допомогою яких розумових операцій вона засвоїла цей матеріал. Безумовно, важливим є сам факт засвоєння і глибина засвоєння, так і розвиток способів засвоєння лексики, тобто розвиток розумової діяльності в процесі засвоєння значень слів.

Найважливішою умовою правильного формування лексики є розкриття узагальнюючої функції слова. Це досягається не простим сприйняттям предмету, явища і його назвою, а підведенням учня до певних розумових операцій шляхом зіставлення близьких явищ, виділення їх істотних ознак (І. Соловьев, 1966; Ж. Шиф, 1968; Т. Розанова, 1971 та ін.).

Такий підхід до слова дозволяє сформулювати поняття, виражене цим словом, здійснити перенесення значення на близькі за змістом або схожі ситуації, явища або предмети. Безумовно, надалі необхідно систематизувати лексичний матеріал по класах відповідно до програм навчання дітей з різними порушеннями розвитку.

#### **Література**

1. Жинкин Н.И. Грамматика и смысл // Язык и человек. - М.: Наука, 1970.
2. Зикеев А.Ф. Работа над лексикой в начальных классах специальных (коррекционных) школ. - М.: Академия, 2002. - 176 с.
3. Лурия А.Р. Язык и сознание / Под ред. Хомской Е.Д. - Ростов н/Д.: Феникс, 1998. - 416 с.
4. Львов М.Р. Основы теории речи: Учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. завед. - М.: Академия, 2002. - 248 с.

**Шевченко С.М.**

Інститут педагогіки НАПН України

### **В. СУХОМЛИНСЬКИЙ: ТУРБОТА ПРО ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ – НАЙВАЖЛИВІШЕ ЗАВДАННЯ ВЧИТЕЛЯ**

Сьогодні, коли в нашій країні відбуваються масштабні процеси соціально-економічних і політичних змін, максимально загострюються суспільні суперечності, зростає небезпека виникнення відхилень у поведінці дітей. Досить актуальною проблемою для психологів, педагогів, фізіологів, лікарів є саме проблема здоров'я дитини. Здоров'я – найцінніший скарб. Цей вислів знайомий

кожному з дитинства. Проте його зміст ми усвідомлюємо лише тоді, коли з'являються перші недуги. Залишатися здоровою людиною усе життя – це постійна наполеглива праця. Найголовніше в житті – це бути здоровими. Від здоров'я нації залежить існування самої держави. Здоров'я людини визнано як найвищу людську цінність. Тому нині одним із головних завдань національної системи освіти є виховання свідомого ставлення учнів до свого здоров'я та здоров'я інших, формування засад і гігієнічних навичок здорового способу життя, збереження й зміцнення фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я дитини (закон України “Про загальну середню освіту”, “Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті”).

Особливої уваги до себе вимагають учні з ослабленим здоров'ям, з відхиленням у розвитку і поведінці, зростання кількості дітей з соціальною проблемою фізіологічних процесів які сприяють тому, що вони більш гостро реагують на фактори навколишнього середовища. Про збереження і зміцнення фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я дитини писали В. Агарков, Е. Білецька, В. Неділько та ін. Сполучення розумового й емоційного перевантаження дітей, починаючи з початкової школи досліджували В. Бардов, І. Сергета, В. Кучма та ін. Проблеми гарантії збереження здоров'я, гармонійного розвитку дитини щодо дотримання нормативів санітарно-гігієнічного стану внутрішньошкільного середовища й організації навчально-виховного процесу з питань захисту та повну інтеграцію у соціумі усіх верств населення, в тому числі й “осіб з обмеженими можливостями здоров'я” у своїх працях розглядали Н. Гребняк, Г. Даниленко, А. Колупаєва, Л. Савчук та ін. Питання формування здоров'я учнів через освіту, науково вивірене впровадження в українську школу здоров'язбережувальних освітніх технологій вимагає історико-педагогічного аналізу й творчого осмислення теорії й практики організації навчально-виховного процесу, спрямованого на збереження й зміцнення здоров'я дитини.

Одним з найзначніших представників такого підходу до виховання учнів є український педагог-новатор Василь Сухомлинський. Розвиваючи кращі ідеї світової гуманістичної педагогіки, він зумів високо підняти над усіма скороминущими цінностями ідеал здоров'я. Учений у книзі “Серце віддаю дітям”, у розділі “Здоров'я, здоров'я і ще раз здоров'я” стверджує: “Я не боюся ще й ще раз повторити: турбота про здоров'я – найважливіша праця вихователя. Від життєрадісності, бадьорості дітей залежать їхнє духовне життя, світогляд, розумовий розвиток, міцність знань, віра у свої сили. Якщо виміряти всі мої турботи й тривоги про дітей протягом перших чотирьох років навчання, то добра половина з них – про здоров'я”. В. Сухомлинський один із перших хто ставив питання про потребу включення у зміст освіти знань про основи здоров'я. Без знань про людину, – відзначав він, – освіта не була б повною. Він теоретично осмислив і практично реалізував ефективну модель організації здоров'язбережувального, здоров'ярозвивального середовища. За своєю суттю вся педагогіка Сухомлинського — це своєрідна “лікувальна педагогіка”. На багато років він випередив сучасне визнання турботи про фізичне і психічне здоров'я вихованців як спеціальну задачу школи [1, с. 132]. Проблеми формування здоров'я дитини у творчості В. Сухомлинського досліджуються у



вітчизняній педагогіці. Однак науковцями переважно зверталася увага на валеологічні аспекти організації навчання учнів, а не на осіб з обмеженими можливостями інтелектуального розвитку.

*Метою статті* є висвітлення поглядів, практичного досвіду В. Сухомлинського щодо здоров'язбережувальної освіти здорових учнів та дітей з обмеженими можливостями інтелектуального розвитку.

В. Сухомлинський надавав великого значення проблемам корекційної педагогіки. Використовуючи багатовіковий досвід рідного народу, власне розуміння розвитку дитини, напрацювання своїх колег, Василь Олександрович розробляв питання про самосвідомість учнів з недостатньо розвиненими здібностями. Видатний педагог дав психолого-педагогічну характеристику дітей з вадами розумового розвитку й визначив предмет корекції, тобто що саме в їхній психіці має підлягати корекційному впливу. Дитина з інтелектуальними вадами в його творах постає як “малоздібна”, “зі слабким розумом” або з “обмеженими можливостями інтелектуального розвитку”. Характерною особливістю психічного складу малоздібної дитини є пригнічене, “окостеніле” мислення не тільки у плані її успішності, а й мотивів навчальної діяльності. В. Сухомлинський розумів і моральний бік цієї проблеми, усвідомлюючи, що не всі діти мають розвинені розумові здібності. Тому в Павлівській середній школі велику увагу приділяли розвитку малоздібних школярів, виправленню недоліків розумового розвитку.

Спеціальні дефектологічні дослідження доводять, що саме знижена здатність до узагальнень (виділення, абстрагування та узагальнення суттєвого в матеріалі) є найістотнішою рисою мислення дітей із затримкою психічного розвитку. На мислення як “вершинний” пізнавальний процес у структурі інтелекту має спрямовуватися корекційний вплив педагога в роботі з відстаючими в навчанні дітьми. “Нерівність розумових здібностей” призводить до того, що не всі учні можуть досягти однакової межі розумового розвитку. Завдання школи полягає в тому, щоб ця нерівність не переживалась окремими вихованцями як нещастя. Саме розуміння окремими дітьми своїх обмежених можливостей в інтелектуальному розвитку є причиною їхнього небажання вчитись. Тому Василь Олександрович застерігав: “Людина вже в дитинстві відчуває себе неповноцінною. Цього не повинно бути!” [3, с. 73].

Здійснюючи складне і відповідальне завдання всебічного розвитку особистості кожного учня, загальноосвітня школа і вчитель нерідко стикаються з дітьми, які відчувають великі труднощі у засвоєнні знань. Власне, кожен невстигаючий учень не встигає по-різному, має свої особистості пізнавальної діяльності, відхилення від норми, потребує своїх особливих шляхів виховання.

Відхилення у психофізичному розвитку досить різноманітні й можуть належати до слухової, зорової, мовної, рухливої, інтелектуальної, емоційно-вольової сфер, до окремих сторін психічної діяльності сприймання, уваги, пам'яті, мовлення, мислення тощо, викликані патологічними відхиленнями в розвитку. Нині, такі діти навчаються в спеціальних школах, оскільки через особливості психофізичного розвитку вони потребують спеціального організованого корекційного навчання. Проте, на думку Василя Олександровича,

“таких дітей не можна посилати в допоміжну школу, бо вони не є розумово відсталими й небезнадійними у своєму інтелектуальному розвитку. Він писав: “Дитина – жива істота, її мозок – найтонший, найніжніший орган, до якого треба ставитися дбайливо й обережно” і треба “починати вивчати дитину саме з вивчення її здоров’я” [2, с. 126-127].

На першому плані в педагогічній діяльності В. Сухомлинського завжди стояла проблема фізичного розвитку і здоров’я дітей. Він вивчав і постійно враховував психологічні особливості кожного школяра: його мислення пам’ять, увагу тощо. Серед дітей, які приходили до підготовчої групи й першого класу, були такі, які повільно думали. Тривалий час цих дітей уважно вивчали. Василь Олександрович особливо піклувався про них і радив лікувати тонкими емоціями. За словами вченого, “якщо вихователь не побачив... не усвідомив причин, джерел відхилення від нормального розумового розвитку, труднощі дальшого розумового розвитку дитини дедалі більше посилюються. Якщо ж ці причини, джерела зрозумілі, вивчені, досліджені, в дію вступає могутня сила – виховання, побудоване на таких самих наукових основах, як лікування хворого” [4, с. 515].

Василь Олександрович розкрив виховні можливості збереження здоров’я школярів. Вивчаючи медичну літературу, він переконався в необхідності розуміння кожним педагогом внутрішніх фізіологічних, психічних, вікових і статевих процесів, які відбуваються в організмі школярів. Насамперед, учений звертав особливу увагу батьків і педагогів на вікові особливості дітей. Наголошуючи на важливості здоров’я дитини, особливо в перші роки навчання. Оскільки вікові особливості дітей такі, що вони сприймають світ образно й емоційно, навчав здоров’я не словом, а самою організацією шкільного та позашкільного життя учня, його духовною взаємодією з учителем. “Школою радості” він називає початкову школу, де вчитель не тільки наставник, а й друг, товариш, якого з дітьми пов’язують багатогранні емоційні стосунки в дружньому колективі. Це основа психічного й емоційного здоров’я дітей та вчителів. Наприклад, найбільшу увагу В. Сухомлинський приділяв природному джерелу оздоровлення дітей: ранкова гімнастика, душ, улітку – купання та ходіння босоніж, мандри до лісу, в поле. Важливо, щоб діти більшу частину доби будь-якої пори року бували на свіжому повітрі, багато рухалися й не засиджувалися над підручниками одразу після шкільних занять. Не можна, щоб домашня розумова праця втомлювала. Другу половину дня діти мають проводити не за підручниками й не в закритому приміщенні.

Природа – це сад здоров’я, фізичного й духовного, як стверджував великий педагог. Школа під блакитним небом, уроки мислення на природі – то мандрівка до джерела емоцій, образного сприйняття світу, єднання з прекрасним і початок духовного здоров’я малечі й підлітків. Великого значення надавав В. Сухомлинський здоров’ю – фізичному, психічному, моральному, духовному – вчителів, оскільки без цього важко досягти очікуваних результатів і в дітей. Щоб бути справжнім вихователем, учителем, потрібно переконливо донести до дітей інформацію про здоровий спосіб життя. Адже це запорука всіх майбутніх успіхів. Для цього передусім самому належить багато знати і, звичайно,

дотримуватись усіх вимог. Не можна переконати у шкідливості куріння, коли сам куриш. Постійна робота з дітьми, особливо у молодших класах (коли для них учитель, вихователь – переконливий наставник), може дати добрий результат. Учитель має формувати навички берегти здоров'я з дитинства, своїми порадами переконувати, що його стан залежить від нас самих. Навчити здоров'я – сьогодні першочергове завдання нашої школи. Особливо, коли у школах є предмет “Основи здоров'я”. Одним із важливих факторів ефективності реалізації змісту предмета “Основи здоров'я” є особистість учителя, його спосіб життя, ставлення до власного здоров'я, особистий приклад. Василь Олександрович вважав, що нова школа має бути носієм педагогіки співпраці, особистісно-орієнтованої, тобто такої, коли вчитель і учень самореалізуються у спільній праці. Педагог має формувати уявлення про здоров'я, основні життєві навички щодо здорового способу життя та безпечної поведінки, виховувати потребу в здоров'ї як важливої життєвої цінності.

Саме нині твори великого педагога, митця у справі формування здорової дитини, в аспекті сучасного розуміння, навчання основ здоров'я й виховання мають велике значення, особливо з природного виховання та гармонійного розвитку дітей, зокрема їхнього здоров'я, несе джерело наукових і практичних надбань, із яких кожен учитель може багато корисного взяти для своєї практики. При цьому вихідними засадами В. Сухомлинського завжди були гуманістичні ідеї про людину як вищу цінність і про дитину як надзвичайно складний і неосяжний світ, який учитель може осягнути не тільки розумом, а й серцем. І щоб ця маленька людина стала гармонійною істотою, досягла успіху в житті, максимально реалізувала свої здібності й таланти, потрібно бути здоровим. Врешті, шкільний курс “Основи здоров'я” повинен закласти підвалини здорового способу життя, на яких пізніше сформуються здорові звички, поведінка та світогляд, що дасть школяреві змогу створити індивідуальний здоровий спосіб життя. Теоретичні та практичні аспекти основ здоров'я і психогігієни навчально-виховного процесу щодо збереження та зміцнення фізичного, психічного й духовного здоров'я дітей і підлітків педагог повинен уміти використовувати. Учитель повинен спрямовувати свою професійну діяльність не тільки на навчання школярів, а й навчити дітей берегти та зміцнювати своє здоров'я. Це одне з найважливіших завдань сучасної школи, яке реалізується у предметі “Основи здоров'я”.

Виховання – це активний цілеспрямований і систематичний вплив дорослих на психічний та фізичний розвиток дітей. В. Сухомлинський вважав, що метою виховання є формування світогляду, розвиток характеру й волі, навичок і смаків, усебічний гармонійний розвиток, зміцнення здоров'я і підготовка до праці. Тільки коли педагоги та вихователі мають знання з основ здоров'я, вони можуть у процесі виховання враховувати, розвивати й удосконалювати розумові та інтелектуальні здібності дітей, не завдаючи шкоди їх психічному здоров'ю. Не випадково він приділяв велику увагу забезпеченню психічного здоров'я учнів початкової школи й при цьому наголошував на емоційно-вольовій готовності до навчання, зокрема вмінні керувати своєю поведінкою, спрямовувати її на розв'язання навчальних завдань.

Гуманізм навчання і виховання В. Сухомлинський убачав в особистості педагога – інструменті педагогічного впливу на учнів та вихованців, що зумовлювало потребу постійного набуття ним нових рівнів досконалості. Тому від особистості учителя та рівня його професійної підготовки багато в чому залежить формування, збереження і зміцнення фізичного, психічного й духовного здоров'я дітей. На своєму прикладі вчений закликає педагогів до вивчення особистості дитини, як він, в Павлівській середній школі, де починалося з огляду стану здоров'я дитини, розробки спільного з батьками режиму харчування, раціональної організації навчальної праці, відпочинку. Навчальний процес В. Сухомлинський починав ще влітку, в Саду здоров'я, де діти мали змогу зміцнити свої сили, загартуватися завдяки цілодобовому перебуванню на свіжому повітрі. Загальноосвітні уроки, проведені на річці, в саду, в лісі з елементами загартування, з максимальним використанням природних засобів фізичного оздоровлення – повітря, сонця та води, ставали в педагога унікальним явищем системи фізичного виховання. У працях В. Сухомлинського значне місце відводиться системі фізичного виховання, створеній в Павлівській середній школі. Слід зазначити, що вона була постійним і “природним фоном” усієї навчально-виховної роботи. Міцне здоров'я і всебічна фізична підготовленість школярів досягались насамперед оптимальним балансом між інтенсивністю навчальних навантажень та фізкультурно-оздоровчими заходами: ранкова зарядка, піший перехід до школи, шкільна гімнастика до занять, динамічні паузи на загальноосвітніх уроках, фізкультурна хвилинка на другому уроці, подовжена динамічна перерва (після другого уроку), фізична праця на свіжому повітрі.

Серед заходів зміцнення здоров'я молодших школярів В. Сухомлинський виділив такі: сон на свіжому повітрі в теплу пору року, (влітку, навесні та ранньої осені); перебування в “зелених класах” при проведенні бесід; використання води як одного з впливових засобів загартування; ходьба босоніж улітку та розтирання ніг снігом у зимовий період; дозоване сонячне опромінювання; поєднання заходів загартовування з фітотерапією.

У результаті тривалих наукових досліджень фізичного і розумового розвитку дітей В. Сухомлинський прийшов до висновку, що „турбота про людське здоров'я, тим більше про здоров'я дитини, – це не просто комплекс санітарно-гігієнічних норм і правил, не перелік вимог до режиму, харчування, праці, відпочинку. Це насамперед турбота про гармонійну повноту всіх фізичних і духовних сил, і вінцем цієї гармонії є радість творчості” [5, с. 109].

В організації навчання В. Сухомлинський звертав увагу на правильне чергування видів діяльності, встановлення індивідуального для кожної дитини режиму праці й відпочинку, активізацію учнів через фізичну працю, рух, ходьбу, біг, гру, оскільки без втоми не може бути здоров'я. “Єдиним радикальним лікуванням... може бути зміна режиму праці й відпочинку: тривале перебування на свіжому повітрі, сон при відкритій квартирці, виконання вимоги рано лягати спати і рано вставати, раціональне харчування”, а без дитячої “радість неможлива гармонія здорового тіла й здорового духу” наголошував Василь Олександрович [5, с. 48, 109].

У практичній діяльності В. Сухомлинського широко застосовувалися бесіди. Вони були одним із найважливіших стимулів збереження здоров'я школярів. Учений надавав їм великого значення, кожного разу відкриваючи перед учнями нові факти, явища, закономірності. Бесіди, за словами видатного педагога, повинні забезпечити пізнавальне ставлення школяра до свого організму, виробити в нього уміння берегти здоров'я, закріпити його правильним режимом праці, відпочинку, харчування, гімнастикою і спортом, загартовувати фізичні і нервові сили, запобіганню захворюванням. І весь оздоровчий комплекс притаманний як здоровій дитині так і дітям з порушеннями інтелектуального розвитку.

Багаторічні спостереження В. Сухомлинського свідчать про те, що „роки перебування в початкових класах у розумного, досвідченого педагога стануть для дитини школою мислення”, де “учитель ніби відкриває перед дітьми джерела явищ природи, причинно-наслідкові зв'язки, пробуджує дрімаючий мозок” [4, с. 523–524]. Виховна робота з важкими дітьми полягає в тому, “щоб речі, предмети, явища навколишнього світу, проходячи через призму мислення й емоцій, стали імпульсом, який оживляє дрімаючі сили дитячого мозку” [4, с. 524]. Видатний педагог стверджував, що “паралельно з основними уроками, де вчаться всі діти”, потрібно проводити спеціальні заняття в природу або в світ праці з групою важких дітей. На думку Василя Олександровича, “ці уроки, як повітря, потрібні дітям із затриманим розумовим розвитком”, але їх “треба проводити протягом двох-трьох років залежно від ступеня відставання розумового розвитку і від досягнутих результатів” [4, с. 524].

В. Сухомлинський постійно наголошував, що “важка дитина потребує виняткової уваги і терпіння на уроці, де вона працює поруч з більш здібними дітьми” [4, с. 524]. Тому він звертався до педагогів: “Будьте послідовні, наполегливі і водночас терплячі (і терпимі до нетямущості важкої дитини) – і настане те, що можна назвати осяянням... Душевна чуйність, знання психіки дитини, терпіння і наполегливість – усе це сприяє тому, що розумовий розвиток важкої дитини поступово вирівнюється, вона перестає бути важкою” [4, с. 525].

Останнім часом в Україні з'явилися паростки руху до спільного навчання дітей з особливостями психічного розвитку з їхніми здоровими ровесниками, до інклюзивної освіти. Це потребує розширення спектра соціальної, медичної та педагогічної допомоги таким дітям, забезпечення їм вільного доступу до якісної освіти, сфер життєдіяльності, створення умов для найповнішого розкриття їхнього потенціалу й максимально можливого рівня інтелектуального, духовного й фізичного розвитку.

В. Сухомлинський на основі свого досвіду звертав увагу на аспекти формування та збереження здоров'я дітей, зокрема і з обмеженими можливостями, що є актуальним і на сьогодні. Вивчення моделі навально-виховної роботи, за якою працювала Павлівська середня школа за часів В. Сухомлинського, свідчить, що системоутворювальним елементом була ефективна праця всього педагогічного колективу. Стан здоров'я школярів розглядався у взаємозв'язку з їх духовним життям, основою якого була повсякденна повноцінно організована учнівська праця. Тому, „щоб бути справжнім вихователем, треба глибоко вивчати, досліджувати природний,

анатомо-фізіологічний бік психічних явищ, духовного світу людини, залежність процесів, що відбуваються в голові дитини, від найрізноманітніших факторів навколишнього середовища” [4, с. 515].

Аналіз педагогічної спадщини В. Сухомлинського дозволяє зробити висновок про те, що видатним педагогом висловлювалися важливі ідеї щодо збереження й розвитку здоров'язбережувальної освіти здорових учнів та з обмеженими можливостями інтелектуального розвитку. Організація навчального процесу Павліської “Школи радості”, директором якої протягом багатьох років був В. Сухомлинський, є найяскравішим прикладом здоров'язбережувальної освіти зростаючого покоління.

Його праці побудовані на міцному фундаменті єдності теорії і практики, проникнуті глибокою вірою в можливості виховання кращих якостей учителя вже у процесі практичної діяльності. Успішне розв'язання завдань навчання і виховання потребує не тільки педагогічних знань, а й знань навчити людину з дитинства розумно ставитися до свого здоров'я, фізичної та психічної культури, гартувати організм, уміло організовувати працю і відпочинок, раціонально харчуватися, від хибних звичок. А це сприятиме збереженню і зміцненню здоров'я школяра, гармонійному розвитку його духовних сил і фізичних можливостей для того, щоб у майбутньому він став повноцінним громадянином суспільства.

Творча спадщина В. Сухомлинського не втрачає своєї актуальності й сьогодні. Пам'ять про видатного педагога житиме доти, поки існуватимуть школи, учні, педагогічна наука. В. Сухомлинський значно обігнав свій час і зумів продемонструвати зразки педагогічної мудрості, які мають велике значення не тільки для практики сьогодення, а й для сучасної педагогічної науки. Таким чином висловлені концептуальні положення педагогом-гуманістом про здоров'я підростаючого покоління у своїх творах “Павліська середня школа”, “Сто порад учителеві”, “Розмова з молодим директором школи”, “Серце віддаю дітям” та ін. є одними зі скарбниць для педагога не лише у навчально-виховному процесі але й оздоровчому. Отже, здоров'я школярів – найголовніше завдання вчителя.

### Література

1. Савченко О.Я. Навчально-виховне середовище сучасної школи: діалог з В.О. Сухомлинським / В.О. Сухомлинський у роздумах сучасних українських педагогів: монографія / упоряд.: О.В. Сухомлинська, О.Я. Савченко; авт. кол.: О. В. Сухомлинська, О.Я. Савченко, В.С. Курило, І.Д. Бех та ін. — Луганськ: Вид-во ДЗ “ЛНУ імені Тараса Шевченка”, 2012. — 504 с.
2. Сухомлинський В.О. Павліська середня школа // Вибр. тв.: У 5 т. — К.: Рад. шк., 1977. — Т. 4. — С. 125–129.
3. Сухомлинський В.О. Проблеми виховання всебічно розвиненої особистості // Вибр. тв.: У 5 т. — К.: Рад. шк., 1976. — Т. 1. — С. 55–208.
4. Сухомлинський В.О. Розмова з молодим директором // Вибр. тв.: У 5 т. — К.: Рад. шк., 1977. — Т. 4. — С. 324–626.
5. Сухомлинський В.О. Серце віддаю дітям // Вибр. тв.: У 5 т. — К.: Рад. шк., 1977. — Т. 3. — С. 19; С. 48–53; С. 103–111.

## ПІШОХІДНА БЕЗПЕКА ОСІБ ЗІ ЗНИЖЕНИМ ЗОРОМ

Згідно даних Управління безпеки дорожнього руху України у 2016 році зареєстровано 25 493 дорожньо-транспортних пригоди (ДТП) з постраждалими, з яких 1289 були скоєні з вини пішоходів. Однак, мало відомо щодо ризиків травмування пішоходів зі зниженим зором, оскільки стан зору не фіксується в актах дорожньо-транспортної пригоди. У той же час дослідження в різних країнах констатують наявність підвищених ризиків потрапляння у ДТП і труднощів у прийнятті рішення під час переходу через автомагістралі серед пішоходів зі зниженим зором. Так, у дослідженні встановлено, що батьки з дітьми зі зниженим зором до 15 років мають у 4 рази більше шансів стати учасниками ДТП, ніж зі зрячими дітьми [12]. Показано, що сліпі пішоходи зазнають труднощів у визначенні моменту початку переходу під час пересування вздовж широких вулиць, у знаходженні кнопок на світлофорі для подачі сигналу про можливість переходу та ідентифікації сигналу про можливість переходу. Із 163 опитаних сліпих, 13 осіб були збиті автомобілем, а у 47 осіб були збиті тростини [2]. На перехрестях зі світлофорами без звукових сигналів половина сліпих досліджуваних розпочинає перехід без подачі сигналу з боку водіїв. Близько половини досліджуваних на такому перехресті зробили ризиковані переходи у всіх 20 спробах [10]. Дослідженням поведінки пішоходів на перехрестях з коловим рухом або високим рівнем транспортного шуму продемонстровано збільшення часу очікування, неможливість достеменно визначити найбільш адекватні проміжки у дорожньому русі для здійснення переходу та збільшення кількості ризикованих рішень щодо переходу через автомагістраль [1]. Утім у дослідженні [6] показано, що подібна поведінка спостерігається тільки при середньому та високому рівні завантаженості автомагістралей та круговому русі з подвійними лініями, тоді як поведінка сліпих і зрячих не розрізнялася при переході автомагістралей з низьким рівнем завантаженості та однією лінією руху на кільцевих дорогах. Також встановлено, що сліпі намагаються уникати перехресть та кільцевих доріг у своїх повсякденних маршрутах, оцінюючи їх як занадто ризиковані, та прокладають альтернативні маршрути, навіть якщо вони є менш зручними [6].

Установлено, що на кільцевих розв'язках з двобічним рухом, водії найчастіше зупинялися для надання сліпим можливості перейти на в'їзній лінії, тоді як на виїзній лінії водії ніколи не зупинялися. Поведінкові дослідження дозволяють припускати, що це пов'язано з більшим латентним періодом у сліпих для початку переходу навіть після отримання сигналу про можливість переходу, та більш високим ризиком аварії ззаду для водія. Визначено наступні причини подовження латентного періоду для прийняття рішення сліпими про перехід на кільцевих дорогах з двома лініями руху: 1) запізніле усвідомлення того, що водій пропускає пішохода; 2) прогнозування того, що пішохід може бути не поміченим

водієм автомобілю, що наближується у другій лінії та рухається в тому ж напрямку, що й автомобіль, який зупинився [1].

Пішохідна безпека при переході через автомагістралі без світлофорів залежить від двох основних змінних: 1) час, необхідний для переходу вулиці; 2) часовий проміжок між двома автомобілями. Якщо пішохід досить точно визначає ці змінні, то він демонструє прийняття досить безпечних рішень для переходу через автомагістраль. Якщо ж пішохід недооцінює одну або обидві змінні, то він має досить високий шанс прийняти небезпечне рішення, а тому змушений більше часу очікувати біля тротуару внаслідок пропуску можливостей переходу [7].

Наявні експериментальні дані дозволяють припустити, що пішохідна безпека у осіб зі зниженим зором залежить від того чи має місце зниження центрального зору або звуження периферичного поля зору. Так, показано, що значне зниження гостроти зору (0,1 та нижче) не впливало на здатність людини приймати безпечні рішення про перехід через автомагістраль [5; 7], тоді як звуження периферичного поля зору різко підвищує кількість помилок при визначенні достатності часового інтервалу між автомобілями для здійснення переходу через автомагістраль [3].

Пішоходи зі зниженим зором значною мірою покладаються на звукову інформацію для ідентифікації транспорту, що наближується, визначення кількості полос руху на автомагістралі, моменту, коли транспорт починає рухатися, корегування свого пересування вздовж тротуару тощо. Особливо загострюються питання пішохідної безпеки осіб зі зниженим зором у зв'язку з появою автомобільного транспорту з гібридними або електричними двигунами, які є майже безшумними.

Пішохідна мобільність осіб зі зниженим зором значною мірою детермінується рівнем шуму від шин та двигунів автомобілів. При переході особи зі зниженим зором змушені звертати увагу на звуки автомобілів, що працюють на низьких швидкостях, для визначення найбільш безпечного моменту для початку переходу на перехресті вулиць, визначення прискорення автомобіля від зупиненого положення на паралельних вулицях або під час повільного руху транспорту на кільцевих розв'язках [9]. У подібних ситуаціях особи зі зниженим зором мають реагувати на звук від двигунів автомобілів. Однак, під час ходьби по тротуару вздовж автомагістралі, особи зі зниженим зором орієнтуються на звуки від автомобілів, що рухаються на більш високих швидкостях і передачах, тому більшу роль для орієнтування буде відігравати шум від шин та вітру [13]. Дослідженнями показано, що сліпі визначають уповільнення та зупинку автомобіля, що їх пропускає, шляхом співставлення шуму від двигуна з навколишнім шумом. Однак, в години-пік через високий рівень загального шуму на автомагістралі сліпі зазнають значних труднощів в подібній ідентифікації [1].

На сьогодні активно ведеться розробка допоміжних засобів, що сприяли б безпечному пересуванню пішоходів зі зниженим зором. Сучасні методи забезпечення безпечності таких пішоходів включають техніки радіочастотної ідентифікації, глобальної система позиціонування, інфрачервоні діодні та



безпровідні датчики, навігаційні пристрої, дистанційні системи зорового керування, інфрачервоні вербальні системи наведення, модулі комп'ютерного зору, однак вони не знаходять широкого поширення серед сліпих [11]. Крім того, дослідження [5; 7] свідчать, що обладнання перехресть додатковими звуковими пристроями суттєво не підвищує безпечність прийнятих рішень при переході через автомагістраль серед осіб зі зниженим зором. При переході вулиці з односпрямованим рухом у два ряди, спираючись лише на слухову інформацію, сліпі були найменш точними у прийнятті рішень при переході вулиці, ніж за умов наявності лише зорової інформації або комбінованої слухової та зорової інформації [5; 7].

У той же час, спеціальне навчання мобільності та формування пішохідних навичок можуть підвищити пішохідну безпеку осіб зі зниженим зором. Мобільність вимагає інтеграції сприйняття та пізнання, що потребує спеціальних рухових, перцептивних і реперезентативних навичок. Особи зі зниженим зором повинні навчитися орієнтуватися у мікро- (наприклад, уникнення перешкод на шляху у декілька кроків) та макропосторах (аллоцентрична система відліку та просторова орієнтація).

Для того щоб бути мобільними особам зі зниженим зором необхідно усвідомлювати простір та своє положення в даному просторі та знати наступні факти: 1) де вони знаходяться по відношенню до власних когнітивних карт; 2) де по відношенню до поточної позиції знаходиться наступний вузловий момент по маршруту; 3) як рухатися по маршруту; 4) здатність використовувати перцептивну інформацію про поточне положення у просторі для оновлення та контролю свого положення на власній когнітивній карті [8].

Серед технічних засобів для організації навчання просторовій мобільності осіб зі зниженим зором значна роль відводиться тактильним картам, які використовуються для підвищення загальної обізнаності людини з ділянкою маршруту, що вивчається, на зменшеній моделі території. Використання тактильних карт висуває значні вимоги до пам'яті та інтегративних процесів у головному мозку, оскільки інформація від рухів рук та пальців, а також тактильні відчуття, мають бути перетворені в елементи когнітивної карти простору. Крім того, досить важливим є поєднання тактильного відчуття зі звуками реального середовища, в якому прокладено маршрут. Для вирішення цієї задачі створюються тактильні карти з сенсорною звуковою панеллю, яка відтворює сигнальні звуки (шум від руху автомобіля, звук пішохідного переходу тощо) на ключових пунктах маршруту, або словесні інструкції щодо подальшого пересування [8].

Для досягнення мети з формування когнітивної карти маршруту можуть використовуватися також симулятори оточуючого середовища на основі звуку. Дослідженнями встановлена кореляція між успіхом проходження у грі на такому симуляторі та реальним виконанням навігаційних задач особами зі зниженим зором [4].

Після формування когнітивної карти нового маршруту доцільно переходити до відпрацювання практичного навичку орієнтації на маршруті. На даному етапі значну допомогу надають звукові радіомаяки, які при проходженні до вузлових

моментів маршруту подають звукові сигнали у разі невиконання пішоходом певної дії (поворот, зупинка тощо). Окрім звукових радіомаяків також можуть використовуватися тактильні системи заміщення зору, глобальні системи позиціонування GPS тощо. Це сприяє розвитку навички співвіднесення поточного положення з власною когнітивною картою маршруту та їх оновлення під час руху й подальшим внесенням коректив за необхідністю [8].

Звукова інформація відіграє важливу роль в розвитку пішоїдності мобільності осіб зі зниженим зором. Під час навчання така інформація може бути отримана у вигляді словесних інструкцій від педагога, а також з оточуючого середовища (наприклад, шум автомобільного руху). Саме тому навчання пішоїдній безпеці повинно бути спрямованим на формування навичок оцінки часу, який необхідний для переходу автомагістралі та/або на підвищення ефективності використання слухової інформації для ідентифікації рухомого транспорту та прогнозування часового проміжку між автомобілями.

Основні зусилля сьогодні спрямовані на з'ясування нейрофізіологічних механізмів формування когнітивної карти світу у осіб зі зниженим зором і створення тактильно-звукової бази даних з оточуючого середовища, що мають ключову роль для прийняття рішень пішоходами зі зниженим зором, з метою їх врахування при створенні нових або удосконаленні вже наявних технічних, інформаційних і педагогічних засобів формування пішоїдності безпеки та вдосконалення містобудування з врахуванням потреб даної категорії людей.

### Література

1. Ashmead D.H., Guth D., Wall R.S., Long R.G., Ponchillia P.E. Street Crossing by Sighted and Blind Pedestrians at a Modern Roundabout // *J. Transportation Engineering*. – 2005. – Vol. 131. – P. 812 – 821.
2. Carroll J., Bentzen B.L. American Council of the Blind survey of intersection accessibility // *The Braille Forum*. – 1999. – Vol. 38. – P. 11–15.
3. Cheong A.M.Y., Geruschat D.R., Congdon N. Traffic gap judgment in people with significant peripheral field loss // *Optom Vis Sci*. – 2008. – Vol. 85. – P. 26–36.
4. Connors E.C., Chrastil E.R., Sánchez J., Merabet L.B. Action video game play and transfer of navigation and spatial cognition skills in adolescents who are blind // *Frontiers in Human Neuroscience*. – 2014. – Vol. 8, Article 133. – 8 p.
5. Geruschat D., Fujiwara K., Wall Emerson R. Traffic gap detection for pedestrians with low vision // *Optom Vis Sci*. – 2011. – Vol. 88. – P. 208–216.
6. Guth D., Ashmead D., Long R., Wall R., Ponchillia P. Blind and sighted pedestrians' judgments of gaps in traffic at roundabouts // *Hum. Factors*. – 2005. – Vol. 47. – P. 314–331.
7. Hassan S.E. Are Normally Sighted, Visually Impaired, and Blind Pedestrians Accurate and Reliable at Making Street Crossing Decisions? // *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. – 2012. – Vol. 53. – P. 2593–2600.
8. Jacobson R.D. Talking tactile maps and environmental audio beacons: An orientation and mobility development tool for visually impaired people / Jacobson R.D. // *ICA Commission on maps and diagrams for blind and visually impaired people: Needs, solutions and developments (21-25 October, 1996, Ljubljana, Slovenia)*. – 1996. – P. 1–22.
9. LeLong J., Michelet R. Effect of acceleration on vehicle noise emission // *Forum Acustica (Joint ASA/EAA Meeting, Berlin, Germany)*. – 1999.
10. Marston J.R., Golledge R.G. Towards an accessible city: Removing functional barriers for the blind and vision impaired: A case for auditory signs : Final Report submitted to the University of California Transportation Center. – California, 2000. – 90 p.

11. Riazi A., Riazi F., Yoosfi R., Bahmeei F. Outdoor difficulties experienced by a group of visually impaired Iranian people // J Curr Ophthalmol. – 2016. – Vol. 28. – P. 85–90.
12. Roberts I., Norton R. Sensory deficit and the risk of pedestrian injury // Inj Prev. – 1995. – Vol. 1. – P. 12–14.
13. Weiner W., Naghshineh K., Salisbury B., Rozema R. The impact of hybrid vehicles on street crossings // RE: view. 2006. – Vol. 38. – P. 65–78.

**Шуліменко Л.Г.**

Харківська приватна спеціалізована школа  
“Харківський колегіум”

## **ДОСВІД РОБОТИ З СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ДІТЕЙ-АУТИСТІВ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ**

Ця стаття адресована вам, мої колеги, які зараз працюють з “дітками дощу” або тим, кому ще доведеться познайомитися з цими дивовижними, ні на кого не схожими дітьми-аутистами. Маю надію, що моя розповідь допоможе зрозуміти, прийняти і полюбити таку дитину, і ця прихильність зможе захистити її від насмішок і створити здорові стосунки в дитячому колективі. Відразу обмовлюсь, що не маю наукового ступеня з психології. Це лише мій досвід роботи у класі, де вчилася така дитина.

Ні для кого не секрет, що, на жаль, таке явище, як дитячий аутизм, сьогодні зустрічається все частіше. Ми не беремося дослідити причину виникнення цього явища. Це робота професіоналів. Для нас важливо зрозуміти, що ця хвороба може проявитися в будь-якому віці: і одразу після народження, і у ранньому дошкільному дитинстві, а іноді і в перших класах школи. На жаль, чарівної пігулки від цієї хвороби не існує. Очевидно, що кожна дитина унікальна, як і його захворювання.

Аутизмом визнано захворювання, яке пов’язане з видимими порушеннями соціальної пристосовності дитини, а також його мовних функцій і психічного розвитку.

Павлик (назвемо так мого учня) прийшов у 1 клас і відразу привернув загальну увагу. Зовні він нічим не відрізнявся від однолітків: був дуже привабливий, добре розвинений фізично. Але зовсім не міг зосередити погляд на кому б то не було. Здавалося, що він у розпачі: весь час натикався на щось, ударявся, але не реагував на біль, монотонно бубонів щось нерозбірливе. Не проявляв ніякої ініціативи до спілкування. Коли я намагалася до нього доторкнутися, очі його висловлювали паніку, і він відходив убік.

На перших порах все було дуже складно і для нього, і для однокласників, і для мене, і для батьків Павла. І справа тут не в одному Павлику. Кожен з першокласників “пробував себе в новій ролі”. Батьківський комітет “вступив у свої права”, намагався створювати “найкращу школу”, керувати, а головне захистити “своє чадо” від “згубного впливу” Павла. Ще б пак! Адже вони обрали найкращу приватну школу! Перед усіма нами стояв непростий вибір рішення цієї складної задачі – охопити увагою і турботою всіх першокласників.

У більшості розвинутих країн для таких дітей, як Павло, є приватні навчальні та реабілітаційні заклади. Для успішної роботи з аутистом співвідношення вчитель-учень наближається 1 до 2,3 [1]. Організація шкіл, які будуть створені для підтримки і навчання таких дітей, сподіваємося, є справою недалекого майбутнього. Але ми з колегами все ж спробували зберегти таку дитину в школі, створити для нього більш адекватні умови навчання. Тим самим зберегти його прагнення до життя разом з іншими людьми, надію сім'ї на майбутнє дитини.

На допомогу поспішили всі, хто був небайдужий. Шкільний психолог навчила мене приймати Павла таким, яким він є, познайомила з першими правилами спілкування з аутистами: поетапно, чітко, повільно і протяжно повторювати завдання, без зайвих “дієслівних ланцюжків”, суворо дотримуватися режиму дня, коментувати все, що відбувається навколо, стежити за тембром голосу...

Мудра мама Павлика взяла тривалу трьохмісячну відпустку і була присутня на всіх уроках, навчала свого сина вчитися: прийняти “голос вчителя”, виконувати найпростіші завдання, бути слухняним, орієнтуватися у шкільному просторі, усвідомити часові рамки “роботи” і “відпочинку”... Пізніше маму Павла змінила куратор, яка не відходила від хлопчика до кінця навчального року. А ще були вчителі музики, малювання, англійської мови, які повірили в Павлика і допомогли йому відчувати себе успішним. Щодня в позаурочний час Павлик займався з логопедом.

Але найвагоміший вплив на адаптацію Павла внесли самі діти – маленькі першокласники (у західних країнах давно практикують навчання дітей з особливими потребами у звичайних класах – це дозволяє педагогу створити здорову моральну атмосферу життя класу). Так сталося і в нашому класі: малюки відразу стали “старшими”. “Здорові” діти вчилися бути милосердними, доглядати, захищати цього хлопчика від нападок тих, хто не був знайомий з “нашим” Павликом.

А йому було дуже важко: він був моторно незграбний, не розумів вербальних інструкцій, “не бачив” робочого простору сторінки, не міг розподілити, скоординувати свої рухи в ньому. Він намагався відповідати якомога більше згорнуто, так, щоб тільки позначити відповідь, втрачав кмітливість навіть у тих областях, де самостійно діяв успішно. Найменший збій міг спровокувати його відмовитися від подальших спроб роботи. Та ми дуже старалися.

У кінці листопада Павлик сказав свою першу закінчену фразу: “Ліно Гаврилівно, дайте, будь ласка, фломастери й аркуш!” Мама дитини, почувши це, розплакалася від щастя. Вона сказала, що за три місяці життя в дитячому колективі Павло “додав” стільки, скільки “набрав” за сім років свого життя.

Звичайно, він продовжував відрізнятися від інших дітей. На уроках виконував в основному роботу, що не вимагала розумової напруги: акуратно і правильно писав, чудово малював, переписував все з дошки, але і це було нашим маленьким досягненням. На прогулянках не виявляв інтересу до забав інших. Віддавав перевагу самотності, не звертав уваги на оточуючих або сприймав їх, як

неживі предмети. Він не посміхався, коли хтось намагався його веселити, але міг сміятися тоді, коли причина була незрозуміла.

Поступово Павло вивчив деякі імена, міг виділити того чи іншого однокласника, звернутися по імені. Правда, мова хлопчика була ще недосконала, не завжди зрозуміла співрозмовнику. Але, як рідні люди розуміють свого малюка, так і ми навчилися добре розуміти Павлика. Головне – було дочекатися реакції, не відмахнутися в метушні.

З другого класу Павлик уже був на уроках без підтримки куратора! Дивлячись на те, як він вранці біжить до класу, можна з упевненістю сказати, що у школі він відчуває себе комфортно. Хлопчиком були досліджені всі куточки школи. Він почав активне знайомство з оточуючими. І нехай зоровий контакт найчастіше був нетривкий, але імена Павло запам'ятав усі.

Зараз Павлик вже четверокласник. З арифметикою він “на ТИ” – обчислює швидко і безпомилково, але задач ще не розв'язує. Чудово співає. Іноді плаче над текстом “сумної” пісні. Малюнки у Павла яскраві, сюжетні. Списує безпомилково. Писати під диктовку поки ще не виходить. Читає повільно, але цікавиться книгами, гортає, зупиняється на улюблених сторінках зі знайомими малюнками і довго міркує. Став виступати на сцені... Намагається спілкуватися. Правда, він ще не освоїв більш складні, більш гнучкі форми стосунків з іншими людьми. Але і ці навички стають новими каналами отримання інформації про всесвіт, взаємодії з іншими людьми. Хлопчик надзвичайно пишається цими досягненнями, переживає, якщо у нього виникають труднощі. Він розвивається по-своєму. Семимильними кроками. Може, і не стане таким, “як усі”, але хіба ми можемо знати, навіщо, з якою метою кожний прийшов у цей світ? Варто лише допомогти таким дітям повірити в себе, похвалити, підтримати.

Аутичну дитину треба вчити практично всьому. Вона повинна навчитися не тільки всього того, чого навчають у школі інших дітей, але і багато чому іншому, тому, що діти з нормальним психічним розвитком дізнаються самі в ранньому віці. Для нього важливо саме введення в соціальне життя, засвоєння ролі “учня”, стереотипу шкільної поведінки, поступовий розвиток можливості довільної взаємодії з іншими людьми.

Важливий момент, який ми зобов'язані врахувати, працюючи з такою дитиною, – це її труднощі в розумінні сенсу всього того, що відбувається навколо неї. Середовище, в якому живе і навчається аутична дитина, повинна мати максимально опрацьовану смислову структуру. Треба весь час повторювати *навіщо* і *чому* ми так робимо, створюючи потрібні для життя стереотипи.

Очевидно, що чим більше часу аутист буде проводити в нормальних, неспеціалізованих дитячих установах, тим більше шансів у нього адаптуватися в звичайному світі. Відомо, що з віком така дитина може спонтанно ставати менш відгородженою, більш спрямованою на соціальну складову життя. Таким чином, навіть у тому разі, якщо перші спроби розпочати навчання були невдалими, їх необхідно повторювати через деякий час знову і знову.

*Ось кілька порад в роботі з такими дітками.*

– Намагайтеся прийняти те, що такий малюк – така ж людина, як і ви. Він також уміє думати, чути, відчувати, але не так, як більшість людей.

– Подбайте про максимально сприятливе середовище для нього, щоб він міг розвиватися і навчатися. Для цього потрібні спільні дії адміністрації, основних педагогів, фахівців супроводу і батьків .

– Створіть “добру репутацію” в очах однолітків. Наприклад, на уроках продемонструйте його сильні сторони: серйозні знання, обдарованість в окремих галузях, підкресліть свою симпатію до нього.

– “Опустіться” до рівня мовлення дитини, говоріть зрозумілими для нього фразами. Перебувати на одному рівні – однаково важливо не тільки з погляду мови, але і тілесно: треба присісти, або сісти поруч. Головне – щоб було комфортно обом.

– Не забувайте про те, що несприятлива атмосфера в класі і зміни в розпорядку дня погано діють на аутиста.

– Сприяйте тому, щоб дитина додатково працювала з психологом, логопедом.

– Формуйте навички, які потрібні для навчання, залучайте для цього “помічника”.

– Не допускайте дитячої втоми, адже вона може бути причиною агресії або страху.

– Вчіть спостерігати, наслідувати, докладно і емоційно коментуючи все те, що відбувається. Залучайте таку дитину до гри – вчіть йти на емоційний контакт.

– Ні в якому разі не карайте, залишайте його “наодинці з собою”, коли це буде необхідно.

– Допомагайте дитині висловити свою думку і обов’язково дочекайтеся відповіді.

– Уникайте довгих пояснень. Люди з аутизмом погано запам’ятовують послідовність. Якщо дитина вміє читати, пишіть інструкцію на аркуші.

– У процесі читання найкраще концентрувати увагу на об’єктах, які існують в реальності. Хорошим початком можуть стати історії про життя подібних їм дітей. Тримайтеся подалі від історій, в яких часто-густо фігурують вигадані персонажі: принцеси, тварини, які розмовляють. Не бійтеся використовувати існуючі на ринку програми з навчання читанню, що розроблялися з урахуванням особливостей дітей, які страждають на аутизм. За ними, як правило, стоїть великий практичний досвід або довгі роки наукового вивчення. Вони можуть стати кращим засобом навчити дитину, яка страждає на аутизм. Використовуйте субтитри до улюблених мультиків і фільмів для вдосконалення техніки читання.

– Багато дітей-аутистів люблять концентрувати увагу на одному об’єкті. Використовуйте це вміння для вирішення шкільних завдань.

– Перед написанням переказу дайте за декілька днів дитині-аутисту попрацювати з текстом: почитати самому, почути від мами, уявити “картинку”, намалювати її, відповісти на питання, спробувати переказати. Користь від цього буде величезна.

– Не варто порівнювати їх досягнення з рівнем звичайних дітей – вони самі собі індикатори.

– Плануючи заняття з такою дитиною, необхідно пам'ятати про його високе психічне перенавантаження, легке фізичне виснаження. Тому для такої дитини важливо організувати індивідуальний адаптований ритм занять.

– Аутисти не люблять різких звуків (шкільний дзвінок, спортивний свисток, звук зрушування стільців...) Якщо дитина закриває вуха – це ознака того, що звук травмує її. Найчастіше дитина може звикнути до звуків, якщо їх трохи приглушити.

Пам'ятайте, що Сократ, Ньютон, Дарвін, Ейнштейн, Ван Гог, Вуді Ален, Хічкок, Вірджинія Вульф – всі ці відомі люди в дитинстві мали синдроми аутизму.

Ми з колегами дуже хвилюємося за те, як складеться життя Павлика у старшій школі, у підлітковий період. Але ми сподіваємося, що з ним все буде гаразд. Адже аутизм – не вирок. Головне, щоб йому зустрілися на шляху добрі і люблячі люди.

Не бійтеся і ви працювати з такими дітьми. Вони духовно збагатять ваше життя і залишать свій слід у вашому серці.

### **Література**

1. Андреева Н. Адаптація аутичної дитини в навчальному закладі [Електронний ресурс] // Благодійна організація “ШКОЛА-СХОДИНКИ” для дітей з аутичним спектром розвитку (м. Київ) – Режим доступу: <http://shodinki-autism.org/content/nandreyeva-adaptaciya-autychnoyi-dytyny-v-navchalnomu-zakladi>
2. Борисов О.В. Особые дети: аутистические расстройства [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://love-mother.ru/stati/roditelyam/osobyete-deti-autisticheskie-rasstrojstva/>
3. Коэн Ш. Жизнь с аутизмом. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 240 с.
4. Основи інклюзивної освіти. Навчально-методичний посібник / за заг. ред. Колупаєвої А.А. – К.: “А.С.К.”, 2012. – 308 с
5. Скрипник Т.В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям): наук.-метод. посіб. // Інститут спеціальної педагогіки НАПН України – К.: 2013. – 59 с.

## ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

**Абдідова Тетяна Сергіївна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Авдєєнко Ірина Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри англійської мови Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Агеєнко Тетяна Анатоліївна** – старший викладач кафедри образотворчого мистецтва Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Алексєєнко Роман Васильович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізіології Харківського національного медичного університету

**Алфімова Людмила Дмитрівна** – кандидат хімічних наук, доцент, завідувач кафедри фундаментальних дисциплін Національної академії Національної гвардії України, м. Харків

**Амброзязк С.П.** – вчитель Харківської ЗОШ № 25

**Андрєєва Людмила Анатоліївна** – вчитель початкових класів Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П. П. Набойченка

**Андріяшко Уляна Михайлівна** – Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Аносов Іван Павлович** – доктор педагогічних наук, завідувач кафедри анатомії і фізіології людини і тварин Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

**Антоненко Катерина** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Астахова Марія Сергіївна** – старший викладач кафедри соціально–гуманітарної освіти Харківської академії неперервної освіти

**Ашуров Артем Едуардович** – студент Харківського національного медичного університету

**Бабич Вячеслав Іванович** – доктор педагогічних наук, доцент Луганського національного університету імені Тараса Шевченка

**Бабій Леся Миколаївна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри анатомії Харківського національного медичного університету

**Базильчук Олег Вікторович** – кандидат наук з фізичної культури і спорту, доцент, завідувач кафедри здоров'я людини Хмельницького національного університету

**Баніт Олег Васильович** – кандидат медичних наук, асистент кафедри травматології та ортопедії Запорізького державного медичного університету

**Барна Христина Василівна** – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри теорії та методики дошкільної освіти Мукачівського державного університету

**Батукова Людмила Анатоліївна** – практичний психолог Харківської гімназії № 6 “Маріїнська гімназія”

**Батюк Алім Миколайович** – старший викладач Криворізького економічного інституту ДВНЗ “КНЕУ ім. В. Гетьмана”

**Бахтізіна Анастасія Олександрівна** – лікар–інтерн НДСЛ “Охматдит”, м. Київ

**Безродня Тетяна Іванівна** – учитель математики та фізики ЗОШ № 110 м. Харкова

**Белякова Таїсія Олександрівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Бельорін–Еррера Олександра Михайлівна** – кандидат педагогічних наук старший викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна



**Бережна Анастасія Вікторівна** – студентка факультету початкової освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Бережна Таміла Іванівна** – кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник відділу дослідження підготовки вчителів Інституту модернізації змісту освіти МОН України, м. Київ

**Бережок Сергій Петрович** – викладач фізичної культури Криворізького професійного гірничо–технологічного ліцею

**Березнякова Сніжана Ігорівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Берека Віктор Євгенович** – доктор педагогічних наук, професор, ректор Хмельницького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти

**Берестова Валерія Вікторівна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Берзіня Оксана Олександрівна** – методист Центру практичної психології, соціальної роботи та здорового способу життя Харківської академії неперервної освіти

**Бесараб Володимир Іванович** – учитель історії та правознавства Харківської ЗОШ № 110

**Беляєв Ігор** – студент медичного факультету Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Беляєва Олена Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Біла Ольга Володимирівна** – заст. директора КЗ “Середня загальноосвітня школа № 44” Кам’янської міської ради Дніпропетровської області

**Білецька Катерина Богданівна** – магістр богослов’я, викладач кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Білик Валентина Григорівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри медико–біологічних та валеологічних основ охорони життя та здоров’я НПУ імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Білик Любов Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, завідувач медичним відділенням Черкаської медичної академії

**Благий Ольга Сергіївна** – асистент кафедри харчових та хімічних технологій Української інженерно–педагогічної академії, м. Харків

**Бобрус Таїсія Сергіївна** – студентка факультету початкової освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Богдановський Ігор Васильович** – аспірант Запорізького національного університету

**Богданчикова Оксана Анатоліївна** – кандидат біологічних наук, старший викладач кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики Харківського національного медичного університету

**Божко Анна** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Бойченко Аліна** – студентка Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Бойчук Юрій Дмитрович** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри здоров’я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Болтоматіс Денис Васильович** – викладач кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Бондаренко Віра Іванівна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Бондаренко Людмила Георгіївна** – соціальний педагог Харківської гімназії № 6 “Маріїнська гімназія”

**Борачук Людмила Дмитрівна** – викладач біології та географії Вінницького коледжу Національного університету харчових технологій

**Борачук Оксана Анатоліївна** – викладач екології Вінницького коледжу Національного університету харчових технологій

**Борзик Олена Богданівна** – викладач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Борисенко Лариса Миколаївна** – вчитель хімії Харківської гімназії № 65

**Борщева Ярослава Юріївна** – студентка факультету початкової освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Борщик Лариса Миколаївна** – директор Харківської ЗОШ № 164, вчитель географії

**Боцюк Наталя Євгенівна** – кандидат медичних наук, доцент Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського

**Бугаєвський Костянтин Анатолійович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та здоров’я Класичного приватного університету, м. Запоріжжя

**Буравель Сергій Дмитрович** – учитель біології та хімії Катеринівського НВК Сахновщинської районної ради Харківської області

**Буц Алла Миколаївна** – доцент кафедри фізичного виховання і спорту Українського державного університету залізничного транспорту, м. Харків

**Варениченко Анастасія Борисівна** – аспірант Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

**Вахнова Альона Петрівна** – аспірант Національного університету фізичного виховання та спорту України, м. Київ

**Ващенко Марина Іванівна** – директор КЗО “Загальноосвітня санаторна школа–інтернат № 3” ДОР”, м. Дніпро

**Ващенко Олена Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри початкової освіти Київського університету імені Бориса Грінченка

**Вербенець Тетяна Павлівна** – старший викладач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Влащенко Сергій Васильович** – кандидат біологічних наук, науковий співробітник Національного природного парку “Гомільшанські ліси”, Зміївський район, Харківська область

**Вознюк Олександр Васильович** – доктор педагогічних наук, професор кафедри дошкільного виховання і педагогічних інновацій Житомирського державного університету імені Івана Франка

**Войтюк Людмила Іванівна** – завідувач відділенням землевпорядкування та діловодства, викладач біології і хімії Коледжу інформаційних технологій та землевпорядкування Національного авіаційного університету, м. Київ

**Волик Галина Павлівна** – вчитель біології та основ здоров’я Київського обласного ліцею–інтернату фізичної культури та спорту

**Волкова Анастасія** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Волкова Ірина Василівна** – старший викладач кафедри виховання й розвитку особистості Харківської академії неперервної освіти

**Волкова Тетяна Володимирівна** – старший викладач кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Волошенюк Надія Михайлівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Волошина Анастасія** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Воронцова Ірина Андріївна** – кандидат біологічних наук, доцент Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Воскобойнікова Галина Леонідівна** – доктор педагогічних наук, професор кафедри психології та педагогіки Київського Міжнародного Університету

**Врублевська Людмила Анатоліївна** – вчитель початкових класів Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П. П. Набойченка

**Галій Алла Іванівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри здоров'я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Гальчанський Віталій Миколайович** – викладач фізичного виховання Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

**Герасименко Лариса Олександрівна** – доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Гіль Наталія Євгенівна** – вчитель початкових класів Харківської гімназії № 65

**Гіржанова Інна Владленівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри дерматовенерології Харківської медичної академії післядипломної освіти

**Гмиря Ганна Володимирівна** – директор експериментального навчального закладу СЗШ № 201 м. Києва, “Відмінник освіти України”

**Гніда Тетяна Борисівна** – кандидат педагогічних наук, методист Центру практичної психології, соціальної роботи та здорового способу життя Харківської академії неперервної освіти

**Гнутова Олена Олександрівна** – заступник директора з навчально–виховної роботи Харківського ліцею № 141

**Головаха Максим Леонідович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри травматології та ортопедії Запорізького державного медичного університету

**Голуб Наталія Михайлівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Гончаренко Марія Степанівна** – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри валеології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, президент Української асоціації валеологів

**Гончарук Валерій Володимирович** – старший викладач кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Гордієнко Вікторія Володимирівна** – вчитель–логопед ДНЗ (ясла–садок) № 182 комбінованого типу м. Харкова

**Горобей Микола Петрович** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Горобей Микола Петрович** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Горчаков Володимир Юрійович** – доктор біологічних наук, професор факультету біотехнологій Національного технічного університету України “КПІ”, м. Київ

**Гранкіна Світлана Семенівна** – асистент кафедри медичної і біологічної фізики і медичної інформатики Харківського національного медичного університету

**Гресь Оксана Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, начальник управління освіти адміністрації Московського району Харківської міської ради

**Грицак Роман Юліанович** – доктор наук з державного управління, доцент Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Грідасова Лоліта** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Гулій Анастасія** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Гур'єва Ірина Олександрівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Гурова Антоніна Іванівна** – кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри здоров'я людини Херсонського державного університету

**Данилів Галина Євгенівна** – вчитель початкових класів Харківської ЗОШ № 25

**Данюшина Людмила Миколаївна** – заступник директора з навчально–виховної роботи спеціалізованої середньої загальноосвітньої школи № 142 еколого–економічного профілю Дніпровської міської ради

**Двигун А. Ю.** – заступник директора з навчально–виховної роботи Харківського НВК № 8

**Дегтяренко Тетяна Володимирівна** – доктор медичних наук, професор кафедри біології і основ здоров'я, Південноукраїнський національний педагогічний університет імені Ушинського

**Дембіцька Софія Віталіївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки здоров'я Вінницького національного технічного університету

**Деменко Надія Вікторівна** – вчитель початкових класів Харківської гімназії № 65

**Дерев'янка Олена Василівна** – кандидат педагогічних наук, доцент Житомирського економіко–гуманітарного інституту Відкритого міжнародного університету розвитку людини “Україна”

**Дехтярьова Олена Олександрівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Димарь Тетяна Степанівна** – викладач Бердичівського медичного коледжу

**Дихтяр Аліна** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Дідик Наталія Михайлівна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Кам'янець–Подільський національний університет імені Івана Огієнка

**Дмитренко Ярослава** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Довгалюк Дмитро** – студент природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Довжук Вікторія Валентинівна** – кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Довжук Натела Шарденівна** – аспірант Київського Міжнародного Університету

**Долинний Юрій Олексійович** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання і спорту Донбаської державної машинобудівної академії, м. Краматорськ

**Дорофєєва Олена Євгенівна** – доктор медичних наук, професор Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Драгунов Дмитро Миколайович** – викладач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Дроннікова Тетяна Анатоліївна** – старший викладач Криворізького економічного інституту ДВНЗ “КНЕУ ім. В. Гетьмана”

**Дубасенюк Олександра Антонівна** – доктор педагогічних наук, професор, почесний академік НАПН України, професор кафедри педагогіки Житомирського державного університету імені Івана Франка

**Дудоров Олександр Михайлович** – викладач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Дуло Олена Анатоліївна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Ужгородського національного університету

**Дунець Лілія Михайлівна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри гуманітарної підготовки та туризму Хмельницького економічного університету

**Духовний Лев Фішелевич** – кандидат педагогічних наук, учитель фізичної культури, науковий керівник експериментального навчального закладу – СЗШ № 201 м. Києва, кавалер ордена “За заслуги – III ступеня”, “Заслужений працівник фізичної культури і спорту України”, “Відмінник освіти України”

**Дятлова Юлія Вікторівна** – викладач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Єгоренкова Лідія Василівна** – керівник гуртка Харківського спеціального навчально-виховного комплексу

**Єгорова Анна Сергіївна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Єрмачкова Дар’я** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Єрошенко Галина Анатоліївна** – доктор медичних наук, професор кафедри гістології, цитології, ембріології Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Жара Ганна Іванівна** – кандидат педагогічних наук, доцент, докторант Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка

**Жаботинська Наталія Володимирівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фармакотерапії Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Жиденко Тетяна Олександрівна** – студентка факультету початкової освіти Харківської гуманітарно-педагогічної академії

**Завалишка Ауріка Анатоліївна** – доктор педагогічних наук, доцент кафедри кінетотерапії Державного університету фізичного виховання і спорту, м. Кишинів, Республіка Молдова

**Завітренко Долорес Жораївна** – кандидат педагогічних наук, старший викладач Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка

**Загородня Людмила Іванівна** – директор КЗ “Середня загальноосвітня школа № 44” Кам’янської міської ради Дніпропетровської області

**Загорська Інна Олексіївна** – вчитель англійської мови Харківської гімназії № 6 “Маріїнська гімназія”

**Зайцев Володимир Олексійович** – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Зайцева Катерина Альбертівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Заїка Світлана Миколаївна** – методист відділу освіти Ізюмської районної державної адміністрації Харківської області

**Захарова Діана** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Захлевська Тетяна Вікторівна** – старший викладач кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Заюков Іван Вікторович** – кандидат економічних наук, доцент Вінницького національного технічного університету

**Заяц Ірина Олександрівна** – заступник декана медичного факультету Дніпропетровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини

**Зверєва Софія Мар'янівна** – дійсний член Київської малої академії наук

**Знайда Андрій** – валеолог–консультант Міжнародного навчально–консультативного центру “Валеологія”, м. Яффа, Ізраїль

**Знайда Артем** – завідувач відділом числографіки Міжнародного навчально–консультативного центру “Валеологія”, м. Яффа, Ізраїль

**Зуб Олена Вадимівна** – кандидат с.–г. наук, доцент кафедри фундаментальних дисциплін Національної академії Національної гвардії України, м. Харків

**Іваненко Володимир Віталійович** – старший викладач теорії і методики фізичного виховання і спортивних дисциплін Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

**Іванова Юлія Олегівна** – студентка факультету здоров'я, фізичного виховання і туризму Національного університету фізичного виховання і спорту України, м. Київ

**Ігнащук Олена Вікторівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

**Ізбаш Світлана Сергіївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і педагогічної майстерності Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

**Ізюмська Т.О.** – Луганський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти

**Ілієва Людмила Вікторівна** – вчитель початкових класів Харківської гімназії № 65

**Іонова Олена Миколаївна** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри природничо–математичних наук Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Ісакова Олена Іванівна** – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільно–гуманітарних наук Таврійського державного агротехнологічного університету, м. Мелітополь

**Кабачька Олена Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри валеології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Кабусь Наталя Дмитрівна** – кандидат педагогічних наук, доцент, докторант кафедри загальної педагогіки та педагогіки вищої школи Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Казачінер Олена Семенівна** – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри методики навчання мов і літератури Харківської академії неперервної освіти

**Калінін Костянтин Євгенійович** – викладач Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Калініна Тетяна Станіславівна** – кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри виховання й розвитку особистості Харківської академії неперервної освіти”

**Калмикова Юлія** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Камінський Володимир Володимирович** – провідний спеціаліст обласного науково-методичного центру культури Волині, м. Луцьк

**Кананихіна Олена Миколаївна** – кандидат технічних наук, доцент, проректор з науково-педагогічної та виховної роботи Одеської національної академії харчових технологій

**Канарьова Олександра Миколаївна** – заступник директора з навчально-виховної роботи Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П. П. Набойченка, вчитель математики та фізики

**Каплун Олена Анатоліївна** – вчитель англійської мови Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П. П. Набойченка

**Карленко Наталія Вікторівна** – кандидат філософських наук, директор обласного комунального закладу освіти “Криворізька загальноосвітня санаторна школа-інтернат № 8 I–II ступенів”

**Карпишина Ксенія** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Каспрук Наталія Михайлівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Качан Олексій Анатолійович** – завідувач відділу фізичної культури і спортивно-масової роботи Донецького інституту післядипломної педагогічної освіти, м. Лиман

**Кир'ян Тетяна Іванівна** – кандидат педагогічних наук, завідувач кафедри Черкаської медичної академії

**Кишкан Інна Григорівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фармакології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Кияшко Марина Володимирівна** – викладач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Кіжасв Сергій Олексійович** – кандидат технічних наук, доцент кафедри машинобудування та інженерної механіки Українського державного хіміко-технологічного університету; замісник директора медичного центру нетрадиційної медицини і психології при Дніпровському медичному інституті традиційної та нетрадиційної медицини, директор центру інформаційної медицини “Air Med”

**Кіреєв Ігор Володимирович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фармакотерапії Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Климчук Ірина Петрівна** – завідувач ДНЗ № 12 комбінованого типу м. Чугуїв Харківської області

**Кляп Маріанна Іванівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Ужгородського національного університету

**Кметь Ольга Гнатівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фармакології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Кметь Тарас Ігорович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фармакології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Кобилянська Ірина Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки здоров'я Вінницького національного технічного університету

**Кобилянський Олександр Володимирович** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри безпеки життєдіяльності та педагогіки здоров'я Вінницького національного технічного університету

**Коваленко Людмила Петрівна** – старший викладач кафедри анатомії та фізіології людини імені проф. Я.Р. Синельникова Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Коваленко Ольга Юрїївна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Коваленко Яна Віталіївна** – практичний психолог ЗОШ № 44 м. Кам'янське Дніпропетровської області

**Коваль Андрій Анатолійович** – старший викладач кафедри біології та основ здоров'я людини і тварин Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка

**Коваль Валерія Віталіївна** – студентка факультету педагогічної освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Кожем'якін Олексій Сергійович** – заступник начальника навчально–методичного відділу Черкаського державного технологічного університету

**Козачек Надія Олексіївна** – старший викладач кафедри здоров'я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Козерук Юлія Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри фізичного виховання Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка

**Козій Тетяна Петрівна** – кандидат біологічних наук, доцент Херсонського державного університету

**Козлов Андрій Валерійович** – старший викладач кафедри фізичного виховання Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди.

**Козлова Валентина Анатоліївна** – кандидат педагогічних наук, доцент Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка

**Козловська Лариса Петрівна** – методист Тернопільського комунального методичного центру науково–освітніх інновацій та моніторингу

**Козлукова Ксенія Ігорівна** – студентка Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

**Козуб Світлана Василівна** – керівник фізичного виховання Комерційного технікуму Дніпровського державного технічного університету

**Колісник Олена Валентинівна** – методист Центру практичної психології, соціальної роботи та здорового способу життя Харківської академії неперервної освіти

**Колодязна Світлана В'ячеславівна** – вчитель біології Харківського ліцею № 141

**Колодько Анастасія** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Комарницька Наталія Тимофіївна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

**Комісова Тетяна Євгенівна** – кандидат біологічних наук, професор кафедри анатомії та фізіології людини імені проф. Я.Р. Синельникова Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Кондратенко Ганна Олексіївна** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного факультету імені Г.С. Сковороди

**Корженко Ірина Олександрівна** – кандидат педагогічних наук старший викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Корильчук Неоніла Іванівна** – кандидат медичних наук, доцент Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського

**Корнійчук Наталія Миколаївна** – кандидат біологічних наук, завідувач кафедри Житомирського державного університету імені Івана Франка

**Коробова Тетяна Вікторівна** – викладач кафедри теорії та методики дошкільної освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії



**Коршак Василь Михайлович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Корюк Маргарита Олександрівна** – студентка факультету педагогічної освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Кравець Ніна Павлівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психокорекційної педагогіки Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Кравченко Олена Павлівна** – кандидат педагогічних наук, голова циклової комісії іноземних мов Черкаської медичної академії

**Кравчук Неля Павлівна** – аспірант Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

**Крейдун Надія Петрівна** – кандидат психологічних наук, доцент, декан факультету психології, професор кафедри прикладної психології факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Кривенко Анатолій Петрович** – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри гімнастики, хореографії і плавання Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка

**Кропива Олександр Сергійович** – студент 4–го курсу напряму підготовки 6.010203 “Здоров’я людини” Чернігівського національного технологічного університету

**Крошка Світлана Андріївна** – викладач фізичного виховання Лисичанського педагогічного коледжу Луганського національного університету імені Тараса Шевченка

**Кудієвський Анатолій Володимирович** – кандидат медичних наук, доцент травматології та ортопедії Запорізького державного медичного університету

**Кудін Сергій Федорович** – доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров’я і спорту Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка

**Куйдіна Тетяна Михайлівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри валеології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Кукліна Галина Іванівна** – вчитель розвитку слухо–зоро–тактильного сприймання мовлення та формування вимови Харківського спеціального навчально–виховного комплексу

**Куліш Олена Валеріївна** – вчитель біології ЗОШ № 23 м. Мелітополя

**Купрєєнко Максим Володимирович** – асистент кафедри теорії і методики фізичного виховання і спортивних дисциплін Мелітопольського державного педагогічного університету імені Б. Хмельницького

**Курмаз Олександра** – учениця Харківської гімназії № 1

**Куценко Любов Миколаївна** – вчитель історії та правознавства Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П. П. Набойченка

**Кучмій Ольга Юріївна** – практичний психолог Харківської ЗОШ № 137

**Кушнір Оксана Василівна** – кандидат медичних наук, старший викладач Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Лактіонова Ілона Андріївна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Лантухова Наталія Дмитрівна** – кандидат медичних наук, асистент Харківського національного медичного університету

**Лапшина Світлана Василівна** – старший викладач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Латишева Анастасія Владиславівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Леплявенко Аліна** – студентка факультету дошкільної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Лехолетова Марина Миколаївна** – викладач кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології університету імені Бориса Грінченка

**Литвин Ліана** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Литвиненко Андрій Миколайович** – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичного виховання та спорту Харківського національного університету радіоелектроніки

**Литвицька Тетяна Дмитрівна** – дійсний член Міжнародної академії біоенерготехнологій (МАБЕТ), директор Міжнародного центру валеології та реабілітаційно–орієнтованої медицини при Дніпропетровському інституті традиційної та нетрадиційної медицини

**Лісовенко Галина Вікторівна** – заступник директора з НВР Харківської гімназії № 6 “Маріїнська гімназія”

**Літвін Ліана** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Лобусова Марія Геннадіївна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Логвиненко Олена Віталіївна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Лялюк Ірина Миколаївна** – вчитель російської мови та літератури Харківської гімназії № 65

**Ляпунова Ольга Василівна** – директор Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П. П. Набойченка, вчитель початкових класів

**Мажара Аліна Юріївна** – студентка дошкільної та корекційної освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Мазур Тамара Василівна** – кандидат психологічних наук, доцент Чернігівського національного технологічного університету

**Майстрова Олена Вікторівна** – музичний керівник ДНЗ (ясла–садок) № 12 комбінованого типу м. Чугуїв Харківської області

**Макарчук Світлана Сергіївна** – студентка факультету колекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Малачкова Наталя Валентинівна** – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри очних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

**Малярський Юрій Володимирович** – учитель початкових класів Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П. П. Набойченка

**Мальцев Павло Андрійович** – студент Харківського національного медичного університету

**Мамотенко Алла Віталіївна** – старший викладач кафедри анатомії та фізіології людини імені проф. Я.Р. Синельникова Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Маруненко Ірина Михайлівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри загальної, вікової та педагогічної психології Київського університету імені Бориса Грінченка

**Марчик Валентина Іванівна** – кандидат біологічних наук, доцент Криворізького державного педагогічного університету

**Мегалінська Ганна Петрівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри медико–біологічних та валеологічних основ охорони життя та здоров'я НПУ імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Мелаш Валентина Дмитрівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри початкової освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

**Мелега Ксенія Петрівна** – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри основ здоров'я Ужгородського національного університету

**Миرونюк Тамара Миколаївна** – здобувач кафедри хімії, екології та методик її навчання Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

**Митрофанова Олександра** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Михайленко Валерія Валеріївна** – студентка Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Мірошніченко Валерія** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Мірошніченко Ольга Миколаївна** – вчитель ЗОШ № 110 м. Харкова

**Місевра Наталія Сергіївна** – студентка Інституту післядипломної освіти Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Міхеєнко Олександр Іванович** – доктор педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка

**Мозолев Олександр Михайлович** – кандидат педагогічних наук, професор кафедри теорії і методики фізичної культури і валеології Хмельницької гуманітарно–педагогічної академії

**Молчанюк Ольга Василівна** – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Мосейчук Юрій Юрійович** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної культури та основ здоров'я Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

**Москаленко Катерина Олександрівна** – вчитель історії Харківської гімназії № 65

**Мощенко Юлія** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Мулявіна Єлизавета** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Мухіна Ольга Юліївна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри зоології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Нагірняк Анастасія Олегівна** – студентка факультету колекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Назаренко Марина Михайлівна** – вчитель початкових класів Харківського спеціального навчально–виховного комплексу

**Назарко І.С.** – Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя

**Найдовська Жанна Михайлівна** – заступник директора з навчально–методичної роботи КЗО “Загальноосвітня санаторна школа–інтернат № 3” ДОР”, м. Дніпро

**Науменко Наталія Вікторівна** – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри педагогіки та психології Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Неборак Сергій Сергійович** – студент природничого факультету Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка

**Невоєнна Олена Анатоліївна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Негода Олексій Вікторович** – директор тренінг–студії “ENTER”, м. Київ

**Немшилова Олена Ігорівна** – вчитель–логопед Харківського спеціального навчально–виховного комплексу № 7

**Нестеренко Тетяна Станіславівна** – практичний психолог Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Никоненко Наталія Валеріївна** – кандидат педагогічних наук, доцент Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

**Нікітюк Наталія Олександрівна** – керівник гуртка Харківського спеціального навчально–виховного комплексу

**Ніколенко Людмила Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки та корекційної освіти Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

**Обухова Дарія Олегівна** – студентка факультету здоров'я, фізичного виховання і туризму Національного університету фізичного виховання і спорту України, м. Київ

**Овдій Марія Олександрівна** – кандидат медичних наук, викладач кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Огороднійчук Марія Володимирівна** – кандидат філософських наук, старший викладач Житомирського державного університету імені Івана Франка

**Олефір Ольга Іванівна** – кандидат педагогічних наук, доцент Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка

**Олійник Ольга Володимирівна** – вчитель початкових класів Харківської гімназії № 65

**Омері Ірина Дмитрівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології Київського університету імені Бориса Грінченка

**Онищук Світлана Олександрівна** – старший викладач кафедри соціально гуманітарних дисциплін Одеського торговельно–економічного інституту Київського національного торговельно–економічного університету

**Орлова Лариса Анатоліївна** – старший викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Осадчий Олександр Васильович** – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Осинський Микола** – студент природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Очман Дар'я Дмитрівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Павлова Ольга Іванівна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Павлюк Оксана Василівна** – старший викладач кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Пальчик Оксана Олександрівна** – кандидат сільськогосподарських наук, доцент кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Пантелєєв Кирило В'ячеславович** – викладач кафедри особистої безпеки факультету охорони та захисту державного кордону Національної академії Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького, м. Хмельницький

**Пасічник Марина Ігорівна** – методист навчального відділу Вінницької академії неперервної освіти

**Пахуча Марина** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Пелюстка Марина Іванівна** – психолог–консультант, м. Харків

**Петренко Анна Володимирівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Петренко Геннадій Валентинович** – викладач Національного університету фізичного виховання і спорту України, м. Київ

**Петров Дмитро Олександрович** – викладач кафедри фізичного виховання № 2 Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, м. Харків

**Печко Олександр Миколайович** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Пивоварчук Володимир Савелійович** – доктор філософії медицини, доктор філософії валеології, дійсний член Міжнародної академії біоенерготехнологій (МАБЕТ), заст. директора Міжнародного центру валеології та реабілітаційно–орієнтованої медицини при Дніпропетровському інституті традиційної та нетрадиційної медицини, директор Міжнародного навчально–консультативного центру “Валеологія”, м. Яффа, Ізраїль

**Пивоварчук Олег Володимирович** – лікар народної медицини, валеолог–консультант, завідувач відділом психофізіологічної культури ПП ПВКФ “Валеологія”, м. Дніпро

**Пилипенко Сергій Володимирович** – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри біології та основ здоров’я людини і тварин Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка

**Пінський Олександр Олександрович** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри ботаніки Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Плахтій Данило Петрович** – кандидат сільськогосподарських наук, доцент кафедри екології та збалансованого природокористування Подільського державного аграрно–технічного університету, м. Кам’янець–Подільський

**Плахтій Маріанна Петрівна** – кандидат філософських наук, доцент кафедри філософських дисциплін Кам’янець–Подільського національного університету імені Івана Огієнка

**Погорелова Світлана Миколаївна** – старший викладач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Погорлецки Алла Ніфантаєвна** – доктор біологічних наук, доцент кафедри кінетотерапії Державного університету фізичного виховання і спорту, м. Кишинів, Республіка Молдова

**Подберезкіна Ольга** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Поліванова Олена Євгенівна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Польотова Наталія Петрівна** – асистент кафедри медичної і біологічної фізики і медичної інформатики Харківського національного медичного університету

**Потапова Олександра Георгіївна** – студентка НПУ імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Правдівцева Світлана Олександрівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Прима Анастасія Василівна** – викладач Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Приходько Валентина Сергіївна** – вчитель початкових класів Харківської гімназії № 65

**Провоторова Анастасія Сергіївна** – вчитель початкових класів Харківської ЗОШ № 92 імені Героя Радянського Союзу П.П. Набойченка

**Прокопенко Людмила Іванівна** – старший викладач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Пустоутова Ганна Юріївна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Радзівська Ірина Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, проректор з навчальної роботи Черкаської медичної академії

**Райчук Марина Іванівна** – викладач кафедри здоров'я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Рассказова Ольга Ігорівна** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної роботи та соціальної педагогіки Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Редька Ірина Василівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри гігієни та соціальної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Редькін Юрій Вікторович** – викладач Бердянського медичного коледжу

**Ридзель Юрій Миколайович** – старший викладач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Риженко Катерина** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Рисована Любов Михайлівна** – асистент кафедри медичної і біологічної фізики і медичної інформатики Харківського національного медичного університету

**Роппе–Тенейшвілі Ольга Василівна** – вчитель біології Харківської гімназії № 1, відмінник народної освіти республіки Грузія

**Рудакова Олена Іванівна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Рудакова Ольга Володимирівна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Рудницька Марія Володимирівна** – провідний інженер Інституту ботаніки імені М.Г. Холодного НАН України, м. Київ

**Рудь Вадим Олексійович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Рудь Світлана Володимирівна** – вчитель англійської мови Харківської спеціалізованої школи № 162

**Рябченко Валерій Олександрович** – керівник фізичного виховання коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Сабадуха Олексій Володимирович** – кандидат філософських наук, масажист, мануальний терапевт, психосоматичний терапевт, віце–президент Асоціації Народної Мануальної терапії в Житомирській області

**Савонова Оксана Вікторівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка

**Савчук Олена Володимирівна** – викладач кафедри фізичного виховання і спорту Сумського державного університету

**Садовниченко Юрій Олександрович** – старший викладач кафедри медичної біології Харківського національного медичного університету

**Самохін Микола Кузьмич** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Сап'яник Ольга Миколаївна** – вчитель трудового навчання Молочанської спеціальної загальноосвітньої школи–інтернату Запорізька обласної ради

**Сас Олександр Володимирович** – лікар вищої категорії, м. Київ

**Сачава Ніна Михайлівна** – учитель філософії, основ здоров'я, заступник директора з навчально-виховної роботи академічного ліцею № 15 м. Дніпродзержинська

**Святцева Ганна Сергіївна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Селютіна Софія** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Семенець Наталія Василівна** – викладач Криворізького медичного коледжу

**Семенова Мирослава Олександрівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології Харківської гуманітарно-педагогічної академії

**Серга Ольга Олександрівна** – лікар-психіатр Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені акад. О. І. Ющенка

**Сергенюк Іванна** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Сергєєва Тетяна Петрівна** – завідувач кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Сердюк Людмила Сергіївна** – студентка Київського університету імені Бориса Грінченка

**Силенко Наталя Володимирівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Синіцький Олександр Миколайович** – викладач біології Харківського автотранспортного коледжу

**Сіденко Марія Юріївна** – студентка факультету педагогічної освіти Харківської гуманітарно-педагогічної академії

**Сіліна Галина Олександрівна** – кандидат педагогічних наук, завідувач кафедри виховання й розвитку особистості Харківської академії неперервної освіти

**Сінопальнікова Наталія Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Скоропадська С.О.** – вчитель хімії та основ здоров'я Київського обласного ліцею-інтернату фізичної культури та спорту

**Скриннікова Олена Анатоліївна** – вчитель Нововодолазького ліцею смт. Нова Водолага Харківської області

**Скрипніков Андрій Миколайович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Сливка Лариса Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки початкової освіти Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ

**Слімаковський Олег Васильович** – доцент, завідувач кафедри фізичного Дрогобицького державного педагогічного університету імені І. Франка

**Слободжанінов Павло Андрійович** – викладач Чернівецького національного університету імені Ю. Федьковича

**Солошенко Ельвіра Миколаївна** – доктор медичних наук, професор, завідувач лабораторії алергології Інституту дерматології та венерології НАМН України

**Сопова Ірина Юріївна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри фармакології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Сотрихіна Оксана Станіславівна** – викладач кафедри фізичного виховання Дрогобицького державного педагогічного університету імені І. Франка

**Спірке Олена Андріївна** – методист методичного забезпечення оздоровчої функції освіти Донецького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, м. Слов'янськ

**Старосельська Юлія Іванівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри валеології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Степанюк Алла Василівна** – доктор педагогічних наук, професор кафедри загальної біології та методики навчання природничих дисциплін Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка

**Сторожко Ігор Миколайович** – вчитель англійської мови Харківської спеціалізованої школи № 162

**Стулій Ольга Миколаївна** – кандидат медичних наук, науковий співробітник відділу дерматології Інституту дерматології та венерології НАМН України, м. Харків

**Сухенко Ольга Валеріївна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Таймасов Юрій Сафірович** – кандидат педагогічних наук, старший викладач Навчального пункту Аварійно–рятувального загону спеціального призначення Головного управління ДСНС України у Харківській області

**Тарасенко Неллі Вікторівна** – кандидат педагогічних наук, доцент Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Таршина Світлана Анатоліївна** – вчитель англійської мови Харківської гімназії № 65

**Твердохліб Ірина Ігорівна** – студентка факультету початкової освіти Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Твердохліб Олена Володимирівна** – кандидат біологічних наук, викладач житлово–комунального коледжу Харківського національного університету міського господарства імені О.М. Бекетова

**Телюков Олесь Станіславович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Терешкевич Галина Тарасівна (с. Діогена)** – кандидат наук з державного управління, доцент кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Терещенко Наталія Дмитрівна** – заступник директора з навчальної роботи обласного комунального закладу освіти “Криворізька загальноосвітня санаторна школа–інтернат № 8 I–II ступенів”

**Тетьоркіна Валентина Анатоліївна** – старший викладач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Титаренко В'ячеслав Іванович** – старший викладач кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Тихонова Ірина Олександрівна** – викладач Харківського медичного коледжу

**Ткаченко Марина Володимирівна** – здобувач кафедри фізичної реабілітації НПУ імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Торопчина Марія Василівна** – лікар–інтерн НДСЛ “Охматдит”, м. Київ

**Торохтій Лариса Юріївна** – вчитель початкових класів Харківської гімназії № 65

**Третьякова Світлана Олексіївна** – інструктор з фізичної культури ДНЗ (ясла–садок) № 12 комбінованого типу м. Чугуїв Харківської області

**Турба Ірина** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди



**Туренко Наталія Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Турищева Людмила Василівна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри філософсько–психологічної антропології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Турчинов Артем Васильович** – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри фізичної підготовки та спорту Національної академії Національної гвардії України, м. Харків

**Тюкіна Віра Миколаївна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Уварова Настасія Володимирівна** – аспірантка Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Удовенко Марина Анатоліївна** – кандидат педагогічних наук старший викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Упатова Ірина Петрівна** – кандидат педагогічних наук, професор кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Усенко Олександр Олександрович** – доктор філософії медицини, академік МАБЕТ, головний експерт Дніпропетровського медичного інституту традиційної і не традиційної медицини, керівник Придніпровського регіонального відділення МАБЕТ

**Федорець Василь Миколайович** – кандидат медичних наук, старший викладач Вінницької академії неперервної освіти, докторант Інституту вищої освіти НАПН України, м. Київ

**Філіпець Наталія Дмитрівна** – доктор медичних наук, доцент кафедри фармакології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Фоміна Людмила Володимирівна** – кандидат філологічних наук, доцент, завідувач кафедри української мови, основ психології та педагогіки Харківського національного медичного університету

**Фундюр Наталія Миколаївна** – кандидат медичних наук, доцент Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Фурса Ірина Валеріївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Фуртак Іван Іванович** – кандидат наук з державного управління, доцент Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Хайдарова Оксана Сергіївна** – аспірант Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, вчитель початкових класів, дефектолог, логопед Молочанської спеціальної загальноосвітньої школи–інтернату Запорізької обласної ради

**Хакімова Анна** – студентка природничого факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Халайджі Світлана Владиславівна** – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичної культури та спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Харужева Лариса Григорівна** – вчитель–логопед ЗОШ № 164 м. Харкова

**Хільченко Наталія Дмитрівна** – вихователь ДНЗ комбінованого типу № 54 “Метелик” Черкаської міської ради.

**Христенко Ольга Мирославівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри кафедри філософії та суспільних дисциплін Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського

**Цибульник Любов Олександрівна** – викладач коледжу Національного фармацевтичного університету, м. Харків

**Цікановський Володимир Леопольдович** – старший викладач кафедри безпеки життєдіяльності Черкаського державного технологічного університету

**Чалий Олександр Сергійович** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету

**Чепурнова Ольга Анатоліївна** – методист Центра дитячої та юнацької творчості № 3 м. Харкова

**Чернецька Юлія Іванівна** – доктор педагогічних наук, доцент, викладач кафедри соціальної роботи та соціальної педагогіки Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Чернікова Наталія Вячеславівна** – старший викладач кафедри природничих дисциплін Харківської гуманітарно–педагогічної академії

**Чернявський Юрій Дмитрович** – старший викладач кафедри фізичного виховання і здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Чечельницька Юлія Євгенівна** – викладач фізичного виховання Дніпродзержинського індустріального коледжу Українського державного хіміко–технологічного університету

**Шаповалова Тетяна Григорівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання Бердянського державного педагогічного університету

**Шаповалова Юнна Вадимівна** – художній керівник колективу східного танцю Яджешварі Харківського обласного Палацу дитячої і юнацької творчості

**Шафоростова Олена Григорівна** – вчитель Харківської загальноосвітньої школи I–III ступенів № 150

**Шевченко Світлана Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник відділу історії педагогіки Інституту педагогіки НАПН України

**Шейко Анастасія Олександрівна** – кандидат психологічних наук, викладач Харківського національного медичного університету

**Шепеленко Тетяна Валеріївна** – завідувач кафедри фізичного виховання і спорту Українського державного університету залізничного транспорту (м. Харків)

**Шепітько Володимир Іванович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри гістології, цитології, ембріології Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Шишка Ігор Васильович** – кандидат медичних наук, доцент Запорізького державного медичного університету

**Шкварчук Катерина Василівна** – Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Шкодїна Анастасія** – студентка медичного факультету Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава

**Шмалей Світлана Вікторівна** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри цивільного захисту населення та безпеки життєдіяльності Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, м. Київ

**Штанько Наталія Олександрівна** – вихователь–методист ДНЗ (ясла–садок) № 15 “Росинка” м. Ніжин

**Шуба Вікторія Вікторівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту

**Шуба Ірина Вікторівна** – асистент кафедри медичної і біологічної фізики і медичної інформатики Харківського національного медичного університету

**Шуба Людмила Вікторівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри управління фізичною культурою та спортом Запорізького національного технічного університету

**Шуліменко Ліна Гаврилівна** – вчитель початкових класів Харківської приватної спеціалізованої школи “Харківський колегіум”

**Щевельова Анастасія Владиславівна** – студентка факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Щербак Ірина Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров’я людини і корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Юркевич Ігор Юліанович** – священник Української Греко-Католицької Церкви, магістер-ліцензіат Морального богослів’я, докторант Любельського Католицького Університету (KUL – Польща)

**Юхимчук Тетяна Іванівна** – учитель економіки та основ здоров’я Технологічного багатопрофільного ліцею з загальноосвітніми класами імені Артема Мазура м. Хмельницького

**Яворовська Любов Миколаївна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

**Яготін Родіон Сергійович** – старший викладач кафедри фізичної культури і спорту Одеської національної академії харчових технологій

**Яковлєв Віталій Григорович** – викладач кафедри фундаментальних дисциплін Національної академії Національної гвардії України, м. Харків

**Яримбаш Ксенія Сергіївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики спортивної підготовки Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту

*Наукове видання*

## **ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я**

Збірник наукових праць  
VII Всеукраїнської науково-практичної конференції  
7-8 квітня 2017 року

Том 2

Відповідальність за наукову достовірність матеріалів  
та відсутність плагіату несуть автори

Статті видано в авторській редакції та за кошти авторів

Підписано до друку 23.03.2017 р. Формат 60x84/16.  
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк ризографічний.  
Умов.-друк. арк. 24,9. Наклад 280 прим. Замов. № 0323/3-17.

---

Надруковано з готового оригінал-макета у друкарні ФОП В. В. Петров  
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.  
Запис № 24800000000106167 від 08.01.2009 р.  
61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 78-17-137.  
e-mail:bookfabrik@mail.ua