

**Міністерство освіти і науки України
Харківський національний педагогічний
університет імені Г. С. Сковороди**

*Присвячується до 80-річчя від
дня народження
одного з фундаторів вітчизняної дефектологічної науки
доктора педагогічних наук, професора,
дійсного члена НАПН України,
заслуженого працівника народної освіти України
Бондаря Віталія Івановича*

СУЧАСНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

**Монографія
за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука**

Харків – "Оригінал" – 2018

Рецензенти:

Бондар В. І. – доктор педагогічних наук, професор, академік НАПН України, заслужений працівник народної освіти України, професор кафедри спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди;

Гольцев А. М. – доктор медичних наук, професор, академік НАН України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений дія науки і техніки України, директор Інституту проблем кріобіології та кріомедицини НАН України;

Гончаренко М. С. – доктор біологічних наук, професор кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, голова Всеукраїнської громадської організації «Українська асоціація валеологів»

Затверджено до друку Вченою Радою Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, протокол № 5 від 26 червня 2018 р.

The monograph considers modern health-saving technologies used for the restoration, strengthening and health development. The theoretical and practical aspects of health-saving technologies application are highlighted, namely: medical, physical-recreational, pedagogical, correctional-developmental ones.

The monograph is intended for scientists, teachers of higher educational establishments, students, postgraduate students, teachers of schools of different types and a wide range of readers who are interested in modern issues of healthcare.

С 91 **Сучасні здоров'язбережувальні технології : монографія / за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука.** – Харків : Оригінал, 2018. – 724 с.

ISBN 978-966-649-130-8.

У монографії розглянуто сучасні здоров'язбережувальні технології, які використовуються для відновлення, зміцнення та розвитку здоров'я. Висвітлено теоретичні й практичні аспекти застосування здоров'язбережувальних технологій, а саме: медичних, фізкультурно-рекреаційних, педагогічних, корекційно-розвиткових.

Для викладачів закладів вищої освіти, студентів, аспірантів, учителів шкіл різного типу та широкого кола науковців, які цікавляться сучасними питаннями здоров'язбереження.

УДК 613+37.011.33:613

ISBN 978-966-649-130-8

© ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2018

© Автори статей, 2018

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	13
АКАДЕМІКУ ВІТАЛІЮ ІВАНОВИЧУ БОНДАРЮ – 80 РОКІВ!!!	15
РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ	
Здоров'я як соціальна цінність (<i>Ісакова О. І.</i>)	19
Здоров'я нації як ключова категорія національної безпеки держави: сучасний стан проблеми (<i>Коцур Н. І., Товкун Л. П.</i>)	25
Здоров'я: норма, відхилення та вади розвитку (<i>Заморський І. І., Хмара Т. В., Ризничук М. О., Сарафинюк Л. А., Бойчук О. М., Бамбуляк А. В.</i>)	33
Проблема ставлення до здоров'я у психологічній науці: теоретико-методологічний аспект (<i>Бацилєва О. В., Пузь І. В., Гресько І. М.</i>)	39
Практика саногенного мислення як технологія збереження професійного здоров'я особистості (<i>Дмитренко І. П., Сергієнко М. Ю., Колокот Н. Г., Нерянов К. Ю.</i>)	45
Теоретичні засади впровадження здоров'язбережувальних технологій у системі післядипломної педагогічної освіти (<i>Горяна Л. Г.</i>)	51
Самоактуалізація як технологія збереження психічного здоров'я особистості (<i>Михайленко Л. М.</i>)	54
«Професійне вигорання». Технології збереження професійного здоров'я (<i>Косман А. А.</i>)	61
Професійна стійкість як інтегративний компонент саногенного потенціалу особистості (<i>Варіна Г. Б.</i>)	67
Розвиток емоційного інтелекту особистості як технологія збереження професійного здоров'я фахівця (<i>Візір В. А., Макуріна Г. І., Сюсюка В. Г., Пащенко І. В.</i>)	74
Розробка методичних підходів щодо попередження виникнення синдрому професійного вигорання спеціалістів фармації як наслідку специфіки трудового процесу (<i>Толочко В. М., Зарічкова М. В.</i>)	80
Теоретико-методичні аспекти дослідження лояльності спеціалістів фармації до аптечних закладів України в рамках адаптивного управління персоналом (<i>Толочко В. М., Артюх Т. О.</i>)	102
Психологічні аспекти професійного вигорання серед медичних працівників – погляд на проблему (<i>Андрейчин С. М., Бількевич Н. А., Ганьбергер І. І., Руда М. М., Кавецька Н. А.</i>)	122
Обґрунтування інформаційної системи управління якістю підготовки медичних фахівців на додипломному етапі у розрізі парадигми здоров'язбереження (<i>Сельський П. Р.</i>)	130
Профилактика и преодоление синдрома «профессионального выгорания» у врачей анестезиологов (<i>Мальцева Л. О., Саланжій А. М.</i>)	136
Дослідження психологічних умов актуалізації адаптаційного потенціалу студентів як шлях до створення здоров'язберігаючого освітнього простору (<i>Шевченко С. В.</i>)	141
Професійна підготовка майбутніх фахівців соціальної галузі до профілактики дезадаптації учнів (<i>Костіна В. В.</i>)	147
Сучасні уявлення про порушення стану органів та тканин порожнини рота у дітей і фактори, що їх визначають (<i>Гевкалюк Н. О., Пудяк В. Є., Пинда М. Я.</i>)	155
Стан стресочутливих систем та рівень молекулярних ушкоджень у хворих на ожиріння (<i>Фальфушинська Г. І., Горин О. І., Руснак Н. І.</i>)	169

Взаємодія їжі та лікарських засобів (<i>Федонюк Л. Я., Олещук О. М., Мудра А. Є.</i>)	175
Вплив забруднення гідросфери на здоров'я людини (<i>Цигура (Усманова) Г. О.</i>)	181
Стратегічні напрями здоров'язбереження в контексті реалізації завдань сталого суспільного розвитку (<i>Кабусь Н. Д.</i>)	188

РОЗДІЛ II. МЕДИЧНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Стратегічний напрямок діяльності по охороні здоров'я населення України (<i>Іващук Л. Ю.</i>)	195
Розкриття концепції проблемно-орієнтованого спрямування науково-медичної інформації в контексті технологій здоров'язбереження (<i>Закрутько Л. І., Ільницька Л. В., Корж А. В.</i>)	203
Медичні аспекти здоров'язбереження та геропroteкції (<i>Бондаренко Ю. І., Бігуняк Т. В., Чарнош С. М., Кулянда О. О., Юрїв К. Є.</i>)	208
Оцінка стану здоров'я молоді залежно від способу життя та зовнішніх факторів (<i>Кузьменко Л. П., Салій Т. В.</i>)	215
Сучасні моделі здорового харчування як основа здоров'язбереження та профілактики хронічних захворювань (<i>Мелега К. П.</i>)	227
Застосування здоров'язбережувальної технології для профілактики та лікування артеріальної гіпертензії у підлітків та молодих людей (<i>Іванько О. Г., Михалюк Є. Л., Підкова В. Я., Малахова С. М., Товма А. В., Пацера М. В.</i>)	237
Методичні підходи до зниження ризику підліткової гіподинамії у педагогічній практиці з позиції профілактичної медицини (<i>Полька Н. С., Єлізарова О. Т., Гозак С. В., Станкевич Т. В., Парац А. М.</i>)	247
Соціально-гігієнічний моніторинг як пріоритет в профілактиці захворюваності на псоріаз (<i>Соколовська І. А, Сушко Ю. Д, Торгун В. П.</i>)	255
Використання індивідуальних оздоровчих систем для пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та супутнім субклінічним гіпотиреозом (<i>Фейса С. В.</i>)	261
Оптимізація тактики та стратегії супроводу дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, з урахуванням стану нервової системи (<i>Мітельов Д. А.</i>)	267
Современный аспект проблемы тревожного расстройства у детей и подростков: инновационные технологии раннего вмешательства и профилактики (<i>Михайлова Е. А., Проскурина Т. Ю., Беляева Е. Э., Матковская Т. Н.</i>)	278
Медико-психологічний і соціальний супровід дітей з тривожно-депресивними розладами (<i>Рябоконт Н. О.</i>)	291
Здоров'язбережувальні технології при лікарській хворобі: терапія і профілактика (<i>Солошенко Е. М.</i>)	299

РОЗДІЛ III. ПЕДАГОГІЧНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Впровадження здоров'язбережувальних технологій в освітній процес сучасного закладу освіти (<i>Аверіна К. С.</i>)	312
Сутність технології формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників (<i>Андрющенко Т. К.</i>)	320

Формування соціального здоров'я учнівської молоді у світлі завдань сучасної системи освіти (Бойчук Ю. Д., Зайцев В. О.)	327
Арт-терапія як інноваційна здоров'язбережувальна технологія в освіті (Титаренко О. І.)	331
Особливості впровадження педагогічної технології «освіта на основі набуття життєвих навичок» в освітній простір школи (Юхимчук Т. І.)	337
Здоров'язбережувальні технології як чинник збереження здоров'я дітей та учнівської молоді (Гузь В. В., Жейнова С. С.)	343
Здоров'язбережувальні аспекти педагогічних технологій (Пастухова Н. Л., Садовниченко Ю. О., М'ясоєдов В. В.)	350
Розвиток здоров'язбережувальної компетентності учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології (Онiпко В. В., Пилипенко Н. М.)	360
Здоров'язбережуючі технології у вищих навчальних закладах – як спосіб формування основних складових здорового способу життя у студентів (Сонова І. Ю.)	370
Здоров'язбережувальне виховання як об'єкт наукового дослідження: польський та український виміри (Сливка Л. В.)	377
Теоретико-методичні засади формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх викладачів професійного навчання у процесі професійної підготовки (Самусь Т. В.)	383
Збереження здоров'я учнів як стратегічна тенденція в процесі інформатизації освіти (Нетьосов С. І.)	389
Здоров'язбережувальні педагогічні технології в закладах загальної освіти та шляхи їх впровадження (Толоконнікова Н. М., Васильків О. Ю.)	399
Формування готовності майбутнього вчителя початкової школи до оздоровчої діяльності в групі продовженого дня як наукова проблема (Ващенко О. М.)	406
Методичний інструментарій для діагностики рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів (Веретенко Т. Г., Лехолетова М. М.)	413
Методична система підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій (Гончаренко М. С., Корженко І. О., Бельорін-Еррера О. М.)	419
Збереження психічного здоров'я здобувачів вищої освіти як умова гармонійного становлення особистості (Гузь Н. В., Фалько Н. М.)	425
Дитяча агресія в початковій школі: причини виникнення і шляхи подолання (Кипиченко Н. С., Гурська А. Л.)	433
Здоров'язберігаючі технології в освітньому процесі початкової школи (Крамаренко А. М., Крамаренко Д. М., Проха І. С., Шмалько О. М.)	440
Роль здоров'язбережувальних педагогічних технологій у процесі патріотичного виховання молоді (Кульчицький В. Й.)	446
Здоров'язбережувальні технології освітнього простору у вищих медичних навчальних закладів (Лотоцька Л. Б., Різничок С. В., Колач Т. С.)	453
Основні здоров'язберігаючі технології в практиці музичного виховання дошкільного навчального закладу (Марущинець О. В., Потапчук Т. В.)	459
Антистресові саногенні психотехнології в підготовці майбутніх учителів до збереження і зміцнення професійного здоров'я (Мешко Г. М.)	466

Технологічні засади використання українських народних традицій у вихованні молодших школярів (<i>Мірошниченко О. М., Бойчук Ю. Д.</i>)	474
Моніторинговий супровід підвищення рівня культури здоров'я педагогічних працівників у системі післядипломної освіти: актуальність проблеми та методологічні засади (<i>Мітягіна С. С.</i>)	485
Про роль учителя в профілактиці порушень зору в учнів (<i>Уліцька О. М., Безродня Т. І., Бабічева С. М., Бесараб В. І.</i>)	491
Психічне здоров'я як фактор професійного зростання студентської молоді (<i>Царькова О. В., Каткова Т. А.</i>)	498
Здоров'язбережувальні педагогічні технології у позашкільній освіті (<i>Шаповалова Т. Г.</i>)	505
Особливості організації психолого-педагогічного супроводу процесу розвитку психічного здоров'я студентської молоді (<i>Яцишина Ю. М., Алексейчук І. С.</i>)	512
Впровадження принципів здоров'язбережувальних технологій у систему методичної підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін (<i>Гриньова М. В., Дяченко-Богун М. М., Момот О. О.</i>)	518
Технології збереження психічного здоров'я студентів у роботі психологічної служби закладу вищої освіти (<i>Зуб О. В., Таймасов Ю. С.</i>)	524

РОЗДІЛ IV. ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕКРЕАЦІЇ

Оптимальна рухова активність як чинник формування культури здоров'я студентів (<i>Горобей М. П.</i>)	538
«Спорт заради розвитку» – актуальна концепція здоров'язбереження учнівської молоді (<i>Качан О. А., Пристинський В. М., Фролова О. О., Лисецька О. Я.</i>)	544
Формування мотивації студентів до рухової активності як здоров'язбережувальний фактор (<i>Луценко О. І., Цись Н. О.</i>)	554
Організація здоров'язбережувального освітнього простору в закладі спортивного профілю (<i>Волик Г. П., Скоропадська С. О.</i>)	560
Здоров'язбережувальна педагогічна технологія управління розвитком силових якостей студентів в освітньому процесі з фізичного виховання (<i>Грибан Г. П., Ткаченко П. П.</i>)	566
Професійно-особистісні вимоги до викладача фізичного виховання та особливості його навчально-тренувальної діяльності зі застосуванням фітнес-технологій (<i>Жамардій В. О.</i>)	573
Особистісно значимі психологічні якості тренера дитячо-юнацької спортивної школи (<i>Мельник О. А.</i>)	579
Розвиток здоров'язбережувальної компетентості вчителя фізичної культури на основі методологічно-ціннісної рефлексії та методичного осмислення теорії рівневої організації рухів Миколи Олександровича Бернштейна (<i>Федорець В. М.</i>)	590
Розвиток фізичних якостей дітей 5-6 років, які займаються стрибками у воду (<i>Шуба Л. В.</i>) ..	621
Комп'ютені технології корекції амбліопії в системі фізичної реабілітації у дітей з порушеннями зору (<i>Авер'янова Л. О., Селіванова К. Г.</i>)	627
Технологічна модель формування готовності до професійно-особистісного саморозвитку майбутніх учителів фізичної культури (<i>Терещук В. А.</i>)	633
Сучасний стан проблеми реабілітації хворих на інфаркт міокарда (огляд літератури) (<i>Левицька Л. В., Швед М. І., Цуглевич Л. В.</i>)	647

Ефективність застосування оздоровчих технологій для дітей з порушенням постави (Христова Т. Є.)	656
Здоров'язберігаючі технології як фактор попередження та корекції дефектів постави в учнівської молоді (Козубенко Ю. Л., Варивода К. С., Горденко С. І.)	662
Фізична терапія осіб похилого віку з артеріальною гіпертензією після перенесеного ін- фаркту міокарда (Білянський О. Ю., Кисіль О. Ю., Федечко М. Й.)	668

РОЗДІЛ V. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВІ ТЕХНОЛОГІЇ

Вдосконалення механізмів державного управління інклюзивною освітою (Федан Я. І., Криштанович М. Ф.)	675
Особливості використання технологій корекційно спрямованого навчання розумово від- сталих дітей (Бондар В. І., Золотоверх В. В.)	680
Психологічні аспекти супроводу сімей, що виховують дитину з синдромом раннього дитячого аутизму (Прокоф'єва О. О., Варіна Г. Б.)	691
Почуття провини у батьків, які виховують дітей з обмеженими можливостями здоров'я (Царькова О. В.)	697
Підготовка майбутніх учителів англійської мови до роботи в умовах інклюзивної освіти (Каминін І. М., Тучина Н. В.)	703

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ МОНОГРАФІЇ	714

CONTENT

PREFACE	13
ACADEMICIAN VITALIY IVANOVYCH BONDAR IS 80 YEARS OLD!!!	15
CHAPTER I. COMMON PROBLEMS OF HEALTH-SAVING	
Health as a social value (<i>Isakova O. I.</i>)	19
The health of the nation as a key category of national security of the state: the current state of the problem (<i>Kotsur N. I., Tovkun L. P.</i>)	25
Health – Norm, Deviations, and Developmental Defects (<i>Zamorskii I. I., Khmara T. V., Ryznychuk M. A., Sarafyniuk L. A., Boichuk O. M., Bambuliak A. V.</i>)	33
Problem of attitude to health in psychological science: theoretical-methodological aspect (<i>Batsylyeva O. V., Puz I. V., Hresko I. M.</i>)	39
The practice of sanogeneous thinking as a technology to preserve the professional health of the individual (<i>Dmytrenko I. P., Sergienko M. Yu., Kolokot N. G., Neryanov K. Yu.</i>)	45
Theoretical principles of introduction of health-saving technologies in the postgraduate pedagogical education system (<i>Gorjana L. G.</i>)	51
Self-actualization as a technology to preserve the mental health of the individual (<i>Mykhailenko L. N.</i>)	54
«Professional burning out». Saving professional health technologies. (<i>Kosman A. A.</i>)	61
Professional stability as integrated component of sanogenic potential of personality (<i>Varina A. B.</i>)	67
Development of emotional intelligence of a person as a technology of preservation of professional health specialist (<i>Vizir V. A., Makurina G. I., Syusyuka V. G., Pashchenko I. V.</i>) ...	74
Development of methodical approaches for preventing the emergence of burnout syndrome of pharmacy professionals as a consequence of the specifics of the labor process (<i>Tolochko V. M., Zarichkova M. V.</i>)	80
Theoretical and methodical aspects of research of loyalty of specialists of pharmacy to pharmacy of Ukraine within the framework of adaptive personnel management (<i>Tolochko V. M., Artiukh T. O.</i>)	102
Psychological aspects of occupational burnout among medical workers – a point of view on the problem (<i>Andreychyn S. M., Bilkevych N. A., Hanberher I. I., Ruda M. M., Kavetska N. A.</i>)	122
Justification of an information quality management system for the training of medical specialists at the undergraduate level in the context of the paradigm of healthcare (<i>Selsky P. R.</i>)	130
Prophylaxis and overcoming of a syndrome «professional burning out» for anesthesiologists (<i>Maltseva L. O., Salanzhiy A. M.</i>)	136
Investigation of psychological conditions of actualization of the adaptation potential of students as a way to creation of healthy saving educational space (<i>Shevchenko S. V.</i>)	141
Professional training of future specialists in social sphere for prevention of maladjustment of pupils (<i>Kostina V. V.</i>)	147
Modern conceptions about state of oral cavity organs and tissues violation in children and the factors that determine them (<i>Gevkaliuk N. O., Pudiak V. E., Pynda M. Ya.</i>)	155
The status of stress-response systems and signs of molecular damages in obese patients (<i>Falfushynska H. I., Horyn O. I., Rusnak N. I., Fediuk O. V., Poznanskyi D. V.</i>)	169

Food and drug interaction (<i>Fedonyuk L. Ya, Oleshchuk O. M., Mudra A. Ye.</i>)	175
Hydrosphere pollution influence on human health (<i>Tsyhura (Usmanova) H. O.</i>)	181
Actual directions of health preservation in the context of the implementation of the tasks of society sustainable development (<i>Kabus N. D.</i>)	188

CHAPTER II. MEDICAL HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES

Strategic direction of public health in Ukraine (<i>Ivashchuk L. Yu.</i>)	195
Disclosure of the concept of the problem-oriented direction of scientific medical information in the context of health saving technologies (<i>Zakrutko L. I., Ilnytska L. V., Korzh A. V.</i>)	203
Medical aspects of healthcare and herroprotection (<i>Bondarenko Yu. I., Bihunyak T. V., Charnosh S. M., Kulianda O. O., Yuriyiv K. Ye.</i>)	208
Evaluation of youth health condition depending on the lifestyle and external factors (<i>Kuzmenko L. P., Saliy T. V.</i>)	215
Modern patterns of healthy nutrition as the basis of healthcare and prevention of chronic diseases (<i>Meleha K. P.</i>)	227
Application of healthy safety technology for prevention and treatment of arterial hypertension in adolescents and young people (<i>Ivanko O. G., Mikhalyuk E. L., Pidkova V. Ya., Malakhova S. M., Tovma A. V., Patsera M. V.</i>)	237
Methodical approaches to reduce the risk of adolescents' physical inactivity in school education from the position of hygiene (<i>Polka N. C., Yelizarova O. T., Hozak S. V., Stankevich T. V., Parats A. M.</i>)	247
Social-hygienic monitoring as priority in prevention of psoriasis (<i>Sokolovskaya I. A, Sushko Yu. D., Torgun V. P.</i>)	255
Use of individual recreational systems for patients with nonalcoholic fatty liver disease and associated subclinical hypothyroidism (<i>Feisa S. V.</i>)	261
Optimization of tactics and strategy for children's supplement with type 1 diabetes mellitus, considering the status of the nervous system (<i>Mitelov D. A.</i>)	267
Modern aspects of anxiety disorders in children and adolescents: innovative technologies of early intervention and prevention (<i>Mykhailova E. A., Proskurina T. Yu., Belyaeva E. E., Matkovskaya T. N.</i>)	278
Medical, psychological and social maintenance for children with anxiety and depressive disorders (<i>Riabokon N. O.</i>)	291
Health-saving technologies for drug disease: therapy and prophylaxis (<i>Soloshenko E. M.</i>)	299

CHAPTER III. PEDAGOGICAL HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES

Implementation of health-safety technologies in the educational process of the modern education institution (<i>Averina K. S.</i>)	312
The essence of technology of formation of health-keeping competence in preschool children (<i>Andriushchenko T. K.</i>)	320
The formation of social health of students in the light of the challenges of the modern education system (<i>Boichuk Yu. D., Zaytsev V. O.</i>)	327
Art therapy as an innovative health-saving technology in education (<i>Tytarenko O. I.</i>)	331

The peculiarities of the implementation of <i>life skills-based education</i> into school learning environment (<i>Yuhymchuk T. I.</i>)	337
Healthcare-saving technologies as a factor in preserving the health of children and students (<i>Huz V. V., Zheinova S. S.</i>)	343
Health saving aspects of teaching technologies (<i>Pastukhova N. L., Sadovnychenko Yu. O., Myasoyedov V. V.</i>)	350
The development of students' healthy competence with the help of health formal pedagogical technology (<i>Onipko V. V., Pylypenko N. M.</i>)	360
Healthcare technologies in the higher educational institutions as a method of formation the basic components of a healthy lifestyle of students (<i>Sopova I. Yu.</i>)	370
Health safety education as the object of scientific research: polish and Ukrainian measurements (<i>Slyvka L. V.</i>)	377
Theoretical and methodical principles of a healthcare competence formation of future professional training teachers during vocational education (<i>Samus' T. V.</i>)	383
Preservation of students' health as a strategic trend in the process of informatization of education (<i>Netosov S. I.</i>)	389
The healthcare-saving pedagogical technologies in institutions of general education and ways of their implementation (<i>Tolokonnikova N. M., Vasylykiv O. Yu.</i>)	399
The formation of readiness of the future primary school teacher to health activity in an after-school club as a scientific problem (<i>Vashchenko O. M.</i>)	406
Methodical toolkit for diagnostics levels of formation of health-preserving competence in the future social teachers (<i>Veretenko T. H., Lekholetova M. M.</i>)	413
The methodical system of preparation of future teachers of bases of health subject is to application of healthcare-saving technologies (<i>Goncharenko M. S., Korzhenko I. O., Bellorin-Herrera O. M.</i>)	419
Preservation of mental health of applicants of higher education as a condition of harmonious formation of personality (<i>Huz N. V., Falko N. M.</i>)	425
Children's aggression in primary school: reasons of rise and ways to overcome (<i>Kipichenko N. S., Gurskaya A. L.</i>)	433
Health-saving technologies in the primary school education process (<i>Kramarenko A. N., Kramarenko D. N., Prokha I. S., Shmalko O. M.</i>)	440
The role of health saving educational technologies in the process of patriotic education of youth (<i>Kulchytskyi V. Y.</i>)	446
Health saving technologies in the educational environment of higher medical educational institutions (<i>Lototska L. B., Riznychok S. V., Kolach T. S.</i>)	453
Main healthy safety technologies in practice music education for preschool educational agency (<i>Maroushchintsy O. V., Potapchuk T. V.</i>)	459
Antistress sanogenic psychotechnologies in training future teachers to save and strengthens professional health (<i>Meshko H. M.</i>)	466
Technological bases of use of the Ukrainian folk traditions in upbringing at primary school children' (<i>Miroshnichenko O. M., Boichuk Yu. D.</i>)	474

The monitoring support of raising the level of teachers' health culture in the system of post-graduate education: the relevance of the problem and the methodological principles (Mityagina S. S.)	485
The role of the teacher in prevention of visual impairment of students (Ylizka O. M., Bezrodnya T. I., Babicheva S. M., Besarab V. I.)	491
Mental health as a factor of professional development of a student (Tsarkova O. V., Katkova T. A.)	498
Health-saving pedagogical technologies in extracurricular education (Shapovalova T. G.)	505
Health preserving technologies in the educational and pedagogical process in higher educational establishment (Yaschishina Yu. M., Alekseychuk I. C.)	512
Implementation of the principles of healthcare-saving technologies in the system of methodological training of future teachers of natural sciences (Grynova M. V., Diachenko-Bohun M. M., Momot O. O.)	518
Technologies for preserving the mental health of students in the work of the psychological service of the institution of higher education (Zub O. V., Taimasov Yu. S.)	524

CHAPTER IV. PHYSICAL CULTURE, REHABILITATION AND RECREATION TECHNOLOGIES

Optimal motor activity as a factor in the formation of the health culture of students (Gorobey M. P.)	538
«Sport for development» – actual concept of health protection of students (Kachan O. A., Prystynskyi V. M., Frolova O. O., Lysec'ka O. Ya.)	544
Forming motivation of students to physical activity as a factor of safety of health (Lutsenko O. I., Tsits N. A.)	554
Organization of maintenance of health of educational space is in establishment of sporting profile (Volyk G. P., Skoropatskaya S. A.)	560
Health-saving pedagogical technology for managing the development of students' strength qualities in the training process of physical education (Gryban G. P., Tkachenko P. P.)	566
Professional-personal requirements for the teacher of physical education and the features of his studies of students training activities using fitness technologies (Zhamardiy V. O.)	573
Personally significant psychological qualities of the coach of the children's and youth sports school (Melnyk O. A.)	579
Development of the Health Preserving Competence of a Physical Education Teacher on the Basis of Methodological Value Reflection and Methodic Perception of Mykola Oleksandrovych Bernstein's theory of level movement organization (Fedorets V. M.)	590
Development of physical qualities of children 5-6 years old who are engaged in diving (Shuba L. V.)	621
Computer technologies of amblyopia correction in the system of physical rehabilitation in children with visual impairment (Averyanova L. O., Selivanova K. G.)	627
Technological model of formation of readiness to professional-personal self-employment future teachers of physical culture (Tereschuk V. A.)	633
Current state of the problem of patients with myocardial infarction rehabilitation (literature review) (Levytska L. V., Shved M. I., Tsuglevych L. V.)	647

Effectiveness of the application of health technologies for children with violation of posture (<i>Khrystova T. Ye.</i>)	656
Health-saving technologies as a factor in preventing and correcting postural defects among students (<i>Kozubenko Yu. L., Varyvoda K. S., Gordenko S. I.</i>)	662
Physical therapy of elderly people with arterial hypertension after myocardial infarction (<i>Bilyanskyy O. Yu., Kysil O. Yu., Fedechko M. Y.</i>)	668

CHAPTER V. TECHNOLOGIES OF CORRECTION AND DEVELOPMENT

Improvement of mechanisms of public administration inclusive education (<i>Fedan Ya. I., Kryshtanovych M. F.</i>)	675
Features of the use of technologies for correctional education mentally retarded children'. (<i>Bondar V. I., Zolotoverkh V V.</i>)	680
Psychological aspects of the summer of families relating to a child with syndrome of early child autism (<i>Prokofiev O. O., Varina A. B.</i>)	691
The sense of guilt of parents who bring up children with disabilities (<i>Tsarkova O. V.</i>)	697
Pre-service training of teachers of english for teaching in inclusive schools (<i>Kamynin I. M., Tuchyna N. V.</i>)	703

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS OF MONOGRAPH	714

ПЕРЕДМОВА

Початок ХХІ століття ознаменований цілою низкою глобальних змін у соціальній, економічній, екологічній і духовній сферах суспільства, втратою значущих цінностей і виникненням нових, а також формуванням нової філософії життя. Цей період характеризується кризовим розвитком, за якого формуються нові й загострюються старі суперечності. Мінливі й нестабільні умови існування в умовах соціально-економічних, екологічних, військово-політичних, ядерних та інформаційних викликів стають причиною сприйняття сучасного існування як стресового і є основою для погіршення якості життя людини, розладів здоров'я, наростання страху перед майбутнім.

Зниження рівня здоров'я виявляється в погіршенні адаптації до щоденних психічних і фізичних навантажень, ранньому розвитку неврозів не тільки у дорослих, але і в дітей раннього віку. Ці процеси фіксуються в різних країнах світу, про що свідчать дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних і вітчизняних організацій охорони здоров'я, моніторингові дослідження науковців.

У зв'язку з цим з'явився соціальний запит на формування нової генерації людей, здатних протягом тривалого часу зберігати якість всіх життєвих функцій життєдіяльності відповідно до змін умов і рівнів біологічного і соціального розвитку людини, динамічно реагувати на зміни різних параметрів життєдіяльності й зберігати при цьому високу стресостійкість до широкого спектру зовнішніх і внутрішніх впливів. Тобто, все більше стає затребуваним новий тип особистості – особистості когерентної, стійкої, ідентичної до самої себе, яка несе образ себе в усьому багатстві взаємин із навколишнім світом, яка має активну творчу позицію і прагнення до морально-духовного вдосконалення впродовж усього життя.

Нова культурно-історична ситуація підвищує значущість і цінність здоров'я, оскільки тільки здорова людина в повному обсязі здатна до активної саморегуляції власної поведінки, до формування індивідуальних оздоровчих програм, до продуктивної і творчої суспільної діяльності. Здоров'я як цінність посідає домінуюче місце в структурі людських цінностей. Усвідомлене сприйняття цінностей здоров'я і здорового способу життя стає в сучасну епоху не просто значущим, а провідним чинником сталого розвитку суспільства і суспільних стосунків. Завдання формування, збереження і розвитку генетично детермінованого здоров'я людини, яка живе в напруженому соціоприродному середовищі, створення комфортного життєвого середовища в соціальному, економічному, екологічному й психологічному аспектах стають пріоритетними для сучасного людського суспільства.

Здоровий розвиток ми маємо розуміти як зростання, становлення, інтеграцію в суспільно значущу діяльність особистісних якостей, властивостей і здібностей, знань і вмінь, але головне – як активне якісне перетворення особистістю свого внутрішнього світу, що призводить до принципово нового способу життєдіяльності – творчої самореалізації в складних і мінливих умовах суспільного життя.

Особливо гостро проблеми здоров'я охоплюють українське суспільство, яке знаходиться в надзвичайно складних умовах загострення соціальних суперечностей і різким зниженням рівня й якості життя більшої частини населення. Серед головних небезпек треба відзначити руйнацію українського менталітету, національної культури, психічного і духовного здоров'я нації. Відповідно одним із центральних завдань національної безпеки є збереження здоров'я українського етносу.

Здоров'язбереження передбачає систему заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я різних груп населення. До таких заходів належить використання здоров'язбережувальних технологій. Сучасні здоров'язбережувальні технології можна класифікувати за окремими групами (медичні, фізкультурно-рекреаційні, реабілітаційні, педагогічні, корекційно-розвиткові), у яких виділяється окремий підхід до відновлення, збереження і розвитку здоров'я, а, відповідно, й різні методи і форми їх застосування.

Використання здоров'язбережувальних технологій має ґрунтуватися на індивідуальному підході, а саме: враховуватися статеві-вікові особливості людини, специфіка порушення психофізичного стану, а результативність використання оцінюватися за позитивною динамікою зміни показників здоров'я, поліпшення фізичної і розумової працездатності, розширення адаптаційних можливостей її організму.

Саме теоретичним і практичним аспектам використання сучасних здоров'язбережувальних технологій і присвячена дана монографія.

Висловлюю глибоку вдячність всім авторам цієї колективної монографії, які взяли участь в обговоренні зазначених проблем і сподіваюся, що колективна монографія «Сучасні здоров'язбережувальні технології» буде корисною для фахівців зі здоров'язбереження, науковців, широкого кола педагогічних працівників та стане новим стимулом для наукових досліджень і практичних рішень.

Окрема подяка рецензентам – академікам Віталію Івановичу Бондарю, Анатолію Миколайовичу Гольцеву та професору Марії Степанівні Гончаренко за підтримку, пропозиції і конструктивну критику щодо видання цієї монографії.

Видання цієї монографії присвячене 80-річчю від дня народження видатного педагога-дефектолога академіка Бондаря Віталія Івановича – професора кафедри спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти ХНПУ імені Г. С. Сковороди.

Ю. Д. Бойчук,
доктор педагогічних наук, професор,
проректор з наукової роботи ХНПУ імені Г. С. Сковороди

АКАДЕМІКУ ВІТАЛІЮ ІВАНОВИЧУ БОНДАРЮ – 80 РОКІВ!!!

Життя, сповнене творчих пошуків, цікавих знахідок, плідних ідей, здобутків наполегливої, невтомної праці – таким є наукове кредо видатного українського педагога-дефектолога Віталія Івановича Бондаря.

20 жовтня **80 років** виповнилося **Віталію Івановичу Бондарю**, доктору педагогічних наук (1992), професору (1993), заслуженому працівнику народної освіти України (1998), дійсному члену АПН України (1999). Нині доробок вченого налічує понад 400 наукових публікацій. Під його керівництвом і консультуванням захищено більше чотирьох десятків докторських і кандидатських дисертацій.

Біографія Віталія Івановича Бондаря являє собою приклад послідовного, цілеспрямованого, творчого розвитку вченого і, одночасно, становлення громадянина з гуманістичними цінностями, що складають основу обраної професії педагога-дефектолога.

У 1960 році Віталій Іванович склав вступні іспити на дефектологічне відділення педфаку Київського Державного педагогічного інституту імені О. М. Горького (нині Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова). Після закінчення інституту (1965) його як одного з кращих студентів та голову профкому залишають працювати на факультеті. Педагог-науковець невдовзі серйозно заявив про себе не лише в Києві, а й в Москві, Ленінграді (Росія), Шауляї (Литва), Німеччині, Чехії, виступивши з оригінальними педагогічними розвідками. Навчався в аспірантурі Науково-дослідного Інституту дефектології АПН СРСР в Москві, де й захистив кандидатську дисертацію (1971) та продовжив педагогічну діяльність на дефектологічному факультеті у Києві. Невдовзі Віталія Івановича як молодого та перспективного вченого Міністерство освіти України направляє у відрядження на Кубу, де впродовж двох років (1972–1974) він працює радником з питань дефектології, надає консультативну допомогу Міністерству освіти Куби у становленні й розвитку системи спеціальної освіти та підготовці кадрів-дефектологів.

З глибокою вдячністю згадує академік В. І. Бондар викладачів рідного вищого навчального закладу, які вчасно помітили його наукові здібності і сприяли професійному зростанню. Це і М. М. Підтиченко, М. Д. Ярмаченко, Д. Я. Шелухін, І. Г. Єременко, Д. Ф. Ніколенко та багато інших.

До 1964 року відділення й факультет дефектології то відкривали, то закривали, залежно від політичної кон'юнктури. Йому як історику спеціальної педагогіки відомий увесь драматизм вітчизняної дефектології. На його очах творилася дефектологічна наука.

Повернувшись з Куби, до 1987 року Віталій Іванович працював на дефектологічному факультеті Київського Державного педагогічного інституту імені О. М. Горького: доцентом кафедри олігофренопедагогіки, заступником декана та деканом факультету. На запрошення директора Науково-дослідного інституту педагогіки УРСР (нині Інститут педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України) академіка М. Д. Ярмаченка він перейшов

працювати на посаду завідувача лабораторії олігофренопедагогіки (1987). У стінах цього закладу вчений підготував і захистив докторську дисертацію «Розвиток теорії і практики професійно-трудоного навчання учнів допоміжних шкіл України (1917–1990 рр.)».

Після відкриття Академії педагогічних наук України Віталія Івановича призначено організатором і першим директором Інституту дефектології АПН України (1993), де він створив плеяду талановитих українських вчених-дефектологів. Упродовж п'ятнадцяти років під його керівництвом відбувалося становлення цього закладу, зміцнювався кадровий потенціал, відкривалися нові наукові підрозділи.

З ініціативи В. І. Бондаря та під його керівництвом в травні 1996 року при Інституті дефектології НАПН України відкрито першу в Україні Спеціалізовану вчену раду з проведення захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора і кандидата наук із двох спеціальностей 13.00.03 – «Корекційна педагогіка» та 19.00.08 – «Спеціальна психологія».

Життєздатність наукових доробків вченого була переконливо підтверджена у методології спеціальної освіти, представленої Інститутом дефектології НАПН України (згодом Інститут спеціальної педагогіки НАПН України). Вона обґрунтована у Концепції «Спеціальна освіта осіб з особливостями психофізичного розвитку в Україні на найближчі роки та перспективу», проекті Закону України «Про спеціальну освіту», «Державному стандарті спеціальної освіти», «Державному стандарті початкової освіти дітей, які потребують корекції психофізичного розвитку», Критеріях оцінювання навчальних досягнень учнів з порушеннями психофізичного розвитку всіх нозологій та реалізована в навчальних програмах, підручниках для учнів, посібниках і методичних розробках для студентів та педагогічних працівників.

В. І. Бондар ініціатор і засновник науково-методичного журналу «Дефектологія» та збірника науково-методичних праць «Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі», що занесені ВАК України до реєстру фахових видань. Актуальні питання в галузі спеціальної педагогіки та психології, результати фундаментальних і прикладних досліджень, засоби реформування й модернізації спеціальної освіти щорічно обговорювалися на Міжнародних та Всеукраїнських науково-практичних конференціях в Харкові, Запоріжжі, Дніпропетровську, Києві, Львові, Одесі, Печеніжині Івано-Франківської обл., Ужгороді та інших містах України.

Доробок ученого становить понад 400 наукових праць, що присвячені різноманітним аспектам навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку. Це книжки, підручники, посібники, монографії та наукові статті, опубліковані у вітчизняній і зарубіжній пресі. Загальне визнання отримали книги:

- «Психология формирования трудовых умений учащихся» (1980);
- «Трудовое обучение во вспомогательной школе» (1981) ;
- «Трудове виховання учнів допоміжної школи» (1984) ;
- «Підготовка учнів допоміжної школи до самостійної трудової діяльності» (1988) ;

- «Фізика: Підручник для 7 класу допоміжної школи» (1996) ;
- «Фізика: Підручник для 8 класу допоміжної школи» (2002) ;
- «Фізика та побутова хімія: Підручник для 9 класу допоміжної школи» (2003) ;
- «Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці» (2005) ;
- «Історія олігофренопедагогіки» (2007).

За редакцією В. І. Бондаря вийшов перший в Україні дефектологічний понятійно-термінологічний словник «Спеціальна педагогіка».

Творче життя високоповажного ювіляра – це приклад безкорисливого служіння науці, школі, суспільству, Україні. З глибоким знанням справи В. І. Бондар творчо керував такими напрямками дефектологічної науки: логопедія, олігофренопедагогика, діагностика психічного розвитку дитини, сурдопедагогика, тифлопедагогика, корекційна педагогіка, інтенсивна педагогічна корекція та ін.

Серцем і душею вболіває Віталій Іванович за сучасне і майбутнє дефектологічної науки, багато років плідно працював з вченими Росії, Польщі, Казахстану, Канади. Вчений велику увагу приділяв розвитку міжнародних зв'язків у галузі спеціальної освіти. Він ініціював наукове партнерство з Українським центром засобів розвитку Коледжу імені Грента МакЮена та університетом Альберти (Канада), з Академією педагогіки спеціальної (Польща), з якими підписано угоди про співпрацю та багато років здійснювався обмін досвідом й аналіз освітніх парадигм, цілей, тенденцій, притаманних країнам Європи та світу.

На семінарах, круглих столах відбуваються дискусії з питань становлення і розвитку інклюзивної освіти в Україні, Канаді та Північній Америці, моделі та її компонентів, принципів надання широкого спектру послуг дітям і батькам. В. І. Бондар брав участь в організації та проведенні Другого Міжнародного конгресу «Діаспора як чинник утвердження держави України у міжнародній спільноті», де було прийнято резолюцію про подальший розвиток співпраці канадської діаспори з українською громадськістю.

Дивовижні здібності Віталія Івановича точно визначати посправжньому актуальні і перспективні дослідницькі задачі поєднуються з особливим умінням визначати стратегічні напрями спеціальної педагогіки. Так, з ініціативи академіка В. І. Бондаря та під його керівництвом у 2009 р. при Національному педагогічному університеті імені М. П. Драгоманова створено перший в Україні Науково-методичний центр інклюзивної освіти, перейменований у 2011р. в Науково-методичний центр освітньої інтеграції. Під керівництвом Віталія Івановича талановитий колектив вчених розробляв методологію й зміст інклюзивної освіти, організовував і проводив науково-методичні та науково-практичні конференції, круглі столи, тренінги, майстер-класи для педагогічних працівників, вивчав, узагальнював та впроваджував досвід інклюзивної освіти в ДНЗ і ЗНЗ.

І сьогодні В. І. Бондар визначає нові стратегічні напрями спеціальної педагогіки, ставить нові цілі і завдання, які успішно розв'язує разом з колек-

тивом талановитих вчених Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди.

За досягнення в розвитку теорії і практики спеціальної педагогіки, підготовку висококваліфікованих кадрів для потреб вищої дефектологічної освіти академіка В. І. Бондаря високо оцінила держава. Він заслужений працівник народної освіти України, Відмінник освіти України, нагороджений Почесними грамотами Верховної Ради України, МОН України, АПН України та присвоєно звання Почесного професора Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка й Донбаського державного педагогічного університету.

Що не менш важливо – це визнання Віталія Івановича як незаперечно яскравого і потужного фундатора української дефектологічної науки та безумовна повага до людських і професійних якостей з боку всієї педагогічної громади України, його ім'я закарбовано у багатьох енциклопедичних виданнях. Теоретичні розробки в галузі спеціальної педагогіки і психології, хоча ще не до кінця осмислені та освоєні у тій глибинній суті, яка в них закладена, не залишаються поза уваги громадськості, дають поштовх інтелектуальній енергії освітянського загалу України для їх упровадження в педагогічну практику

Щиро вітаємо дорогого Віталія Івановича з ювілеєм і бажаємо міцного здоров'я, невичерпної енергії, творчої наснаги, нових здобутків у справі, якій він присвятив усе своє життя.

РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ

ЗДОРОВ'Я ЯК СОЦІАЛЬНА ЦІННІСТЬ

(Ісакова О. І.)

Людство з кожною сходинкою свого розвитку стає більш монолітним, цілним організмом, що підтверджується процесом глобалізації. Посилюється взаємозалежність суспільства і індивіда, в тому числі і в плані здоров'я. Реалізація людьми суспільних інтересів, виконання соціальних завдань багато в чому визначається станом їх індивідуального здоров'я. У свою чергу, стан здоров'я індивідів безпосередньо залежить від того, наскільки здорово саме суспільство. Така взаємозалежність дозволяє говорити про здоров'я не тільки як про вітальний, але і як про соціальний феномен. У силу того, що здоров'я має таке значення, яке обумовлює всі сторони життєдіяльності як суспільства, так і індивіда (від самого біологічного існування до переваг в задоволенні духовних потреб), то можна розглядати здоров'я як універсальну і найвищу цінність.

Актуальність цієї проблеми на загальнолюдському рівні зростає в силу того, що ми стаємо свідками появи і наростання так званих глобальних проблем людства, негативні наслідки яких неминуче пов'язані з порушенням здоров'я людини в планетарному масштабі. Це пов'язано не тільки з техногенними впливами на природу і погіршенням екологічної ситуації. Проблеми здоров'я та виживання людства не можуть розглядатися поза зв'язком з негативними тенденціями і деформаціями суспільного розвитку. Локальні війни і військово-політичні конфлікти, сепаратизм, тероризм, наркоторгівля неминуче пов'язані зі злочинами проти життя і здоров'я людини. У низці випадків вони носять вже загрозливий людству характер. Звідси зрозуміла занепокоєність пошуком практичних заходів їх вирішення. При цьому з усією очевидністю постає завдання вироблення єдиної, здатної до практичної реалізації громадської стратегії і тактики вирішення цього насущного питання. Недооцінка такого завдання і недостатня вивченість пов'язаних з нею проблем без перебільшення ставить людство на грань життя і смерті.

Сучасний рівень розвитку цивілізації, з одного боку, ставить під загрозу існування людини як біологічного виду, а з іншого - актуалізує проблему здоров'я в різних аспектах - медичному, екологічному, соціальному, політичному, економічному, духовному.

За своєю соціально-ціннісною сутністю, здоров'я - це універсальне благо, яке виступає одночасно і як абсолютна (як позачасова і поза просторова), і як відносна (як умова життя) цінність.

У науковій літературі панує розуміння здоров'я як відсутність хвороб. З феноменологічної точки зору це пояснюється тим, що досвід переживання здоров'я дан нам не спочатку, а вдруге. Він опосередковується первинним

досвідом нездужання, болю, недуги, слабкості, а саме здоров'я сприймається як порятунок від цих негативних відчуттів.

Представляється можливим визначити здоров'я не просто як відсутність хвороб, а як потенційну і реальну сукупність можливостей людини, які реалізуються в конкретних умовах без втрат в адаптації до життєвого середовища, як таку гармонійну сукупність фізичного, духовного і соціального стану людини, в якій втрати в адаптації до середовища у фізичному відношенні можуть бути компенсовані духовними і соціальними його складовими [3, с. 125].

Сутність здоров'я може бути представлена як частина сукупності суспільних відносин, що детермінується медико-біологічними факторами стану організму людини, яка знаходиться в певному соціокультурному середовищі. Причому, це така частина, яка в деяких, але суттєвих аспектах визначає ціле.

Перш за все, аксіологічний аналіз здоров'я передбачає з'ясування його ціннісну суть, структуру та роль в «життєвому світі» людини. Носіями здоров'я, а отже і суб'єктами ціннісного ставлення можуть виступати окремі особистості, соціальні групи, суспільство в цілому. В цьому відношенні розрізняються індивідуальне здоров'я, соціумне (здоров'я колективу, соціальної спільності, етносу, релігійної конфесії, професійної або вікової групи і т.д.) і планетарне (загальнолюдське) здоров'я.

За своїм змістом цінність здоров'я індивіда виражається у відношенні суб'єкта здоров'я до свого стану, в значимості заходів можливого здійснення своєї діяльності без втрат в ступені своєї соціалізації, без погіршення свого фізичного і духовного стану. Разом з відношенням людини до здоров'я вибудовується система його ціннісних орієнтацій, уподобань, цілей, без яких людське існування втрачає сенс. Здоров'я соціальної групи (суспільства) - це значимість для неї міри реалізації можливостей людей, її складових. Тобто, тільки в здоровому суспільстві гармонійно може формуватися фізичне, психічне та духовне здоров'я індивідів, а наявність здорових людей забезпечує достатній рівень здоров'я суспільства в економічній, соціально-політичній і духовній сферах.

За своєю структурою здоров'я як цінність включає два основних компоненти. Об'єктивний компонент - це сукупність можливостей, які можуть бути реалізовані при наявності повноцінного здоров'я. Це може бути статусна роль в суспільстві, професія, рід занять, тривалість життя тощо. Суб'єктивний компонент здоров'я як цінності - це відношення суб'єкта до свого здоров'я, що виражається в перевагах, ціннісних орієнтаціях, мотивації в поведінці по відношенню до здоров'я [4, с.48].

Здоров'я включає три основні елементи - фізичний, духовний і соціальний. Здоров'я як цінність за фізичними параметрами є значення біологічних показників стану людини для його життєдіяльності. Духовне здоров'я в аксіологічному контексті показує значення ідеальних феноменів, що дозволяють людині бути повноправним членом суспільства. Соціальне здоров'я висловлює значення соціальних зв'язків, місце і роль людини у

вирішенні соціальних завдань, ступінь участі людини в рішенні суспільних інтересів.

У різні історичні епохи розвитку людства роль цих елементів варіювалася. Якщо в первісному племені домінуючим показником здоров'я виступала фізична складова, в епоху середньовіччя - духовна, то в сучасних умовах на перший план виходить соціальна складова як визначальний фактор здоров'я і людини, і соціуму.

Посилення соціальної складової здоров'я підтверджується процесом соціалізації, тим, що людина все більше і більше включається в систему соціальних зв'язків, а тому будь-які зміни в соціальному середовищі позначаються (позитивно або негативно) на його здоров'я. Більш того, основними причинами (прямими або непрямыми) сучасних хвороб виступають саме соціальні чинники, наприклад такі, як екологічні проблеми, стрес, як наслідок соціальних потрясінь [6, с. 234].

Соціальність здоров'я проявляється, принаймні, на двох рівнях: на особистісному рівні - як соціальні екзогенні причини, що впливають на можливості людини реалізувати свій потенціал без нанесення собі шкоди на соціумному рівні - як соціальні ендогенні характеристики життєдіяльності суспільства (етносу, конфесії, професійної групи і т.д.), які виражають його стан в економічній, політичній, правовій, моральній та інших сферах.

Важливою аксіологічною характеристикою здоров'я є його критерії. Очевидно, що в різних культурах ці критерії можуть бути різними, але існують загальноприйняті показники, якими оперує ВООЗ. До них належать: тривалість життя, рівень смертності, травматизму, ефективність системи охорони здоров'я, кількість інвалідів, розвиненість фарміндустрії, розвиток медичної науки та інші.

Будь-які цінності мають соціальну складову вже в силу того, що є властивістю предмета або явища мати значення для людей в культурному, суспільному або особистому відношенні. Однак роль і місце тих чи інших цінностей в життєдіяльності людини і функціонування суспільства змінюється в силу зміни потреб та інтересів особистості, зміни цивілізаційних викликів, форми пануючих відносин, рівня цивілізованості суспільства та інших чинників.

На загальнолюдському рівні абсолютно новий вимір набуває в сучасному світі проблема збереження здоров'я людини як біопсихосоціальної істоти. По-перше, варварське ставлення населення планети до середовища свого проживання породжує екологічні та техногенні загрози, що можуть привести до створення неприйнятних для життя людини умов.

По-друге, виникла реальна небезпека руйнування тієї біогенетичної основи, яка є передумовою індивідуального, буття людини і формування його як особистості, основи, з якої в процесі соціалізації з'єднуються різноманітні програми соціальної поведінки і ціннісні орієнтації, що зберігаються і виробляються в культурі. Ця загроза виникає, перш за все, як наслідок неконтрольованих експериментів над людиною, генної інженерії.

По-третє, цивілізація значно продовжила термін людського життя, розвинула медицину, що дозволяє лікувати багато хвороб. Разом з тим вона послабила дію природного відбору. Виникла небезпека різкого погіршення генофонду людства. Більш того, існує стійка тенденція посилення орієнтації людей на цінності штучного середовища проживання на шкоду вартостям природно-життєвим.

По-четверте, сучасний техногенний світ вимагає включення людини в усе зростаюче різноманіття соціальних структур, що пов'язане з гігантськими навантаженнями на психіку, стресами, що руйнують його здоров'я. Так само небезпечні перспективи маніпуляцій над свідомістю і психікою людини, шляхом впливу на них засобами масової інформації.

По-п'яте, в розвинених країнах світового співтовариства проявляється динаміка зростання витрат на потреби охорони здоров'я. Банкіри й економісти зараз відкрито і прямо визнають важливість здоров'я не тільки як людської цінності, але і як економічного ресурсу. У доповіді Світового банку викладається прийнята в даний час методика кількісної оцінки потенціалу населення в різних країнах. Така оцінка виходить на основі трьох індексів, що характеризують рівень життя населення, його освіченість і тривалість життя. При цьому індекс середньої тривалості життя населення, одержуваний на основі статистики смертності, виступає як характеристика здоров'я населення відповідної країни. Ця досить груба характеристика дозволяє, проте, бачити, наскільки ефективно витрачаються кошти, вкладені в охорону здоров'я.

По-шосте, останнім часом загрозливого характеру набуває посилення маніпуляцій комерційно орієнтованої фарміндустрії. Виготовлення контрофактних ліків, формування штучної потреби в фармпрепаратах, брехливість реклами, обман споживачів в ім'я одержання надприбутку негативно позначається на здоров'я населення.

По-сьоме, до світової тенденції слід віднести збільшення інтенсивності злочинів проти життя і здоров'я людей, яка виражається, перш за все, в посиленні міжетнічних і міжконфесійних конфліктів, терористичної діяльності екстремістських сил [10, с. 168].

Слід зазначити, що не всі ці тенденції характерні для сучасної України - зокрема, специфічним для нашої дійсності є зниження витрат на охорону здоров'я, різка диференціація населення за можливостями користування медичними послугами, неготовність більшості населення до переходу на комерційну систему надання медичної допомоги та інші.

Головним критерієм здоров'я суспільства виступає ступінь його турботи про здоров'я своїх членів. За цим критерієм Україна знижує свої показники, що є наслідком ослаблення соціальної спрямованості політики держави, зменшення витрат на охорону здоров'я, майнової диференціації населення і інших соціокультурних чинників, роль яких значно зростає в порівнянні з природними факторами.

Однією з головних завдань існування суспільства є підвищення адаптивності його членів до середовища і умов проживання. Ефект цілісності суспільства як системи - це незвідність всієї системи до простої суми її

частин. Цей же принцип закладений в системно-структурному підході до людини як цілісного об'єкту. Ідея цілісності життя об'єктивно підводить до розуміння того, що природа і суспільство не просто еволюціонують, вони еволюціонують при узгодженому розвитку біологічного, духовного і соціального. У трактаті «Етюди про природу людини. Досвід оптимістичної філософії» І. Мечников писав, що ні релігія, ні метафізичні філософські системи, ні наука поки не привели і не могли привести до розумно влаштованому людському суспільству. Наука, вважав Мечников, повинна звертатися не до природи взагалі, а до природи людини. Основна причина недосконалості людського існування, з теорії Мечникова, - це органічні і функціональні дисгармонії, активне подолання яких за допомогою науки - істинний шлях до досконалості суспільства [7, с. 269].

У зв'язку з цим стають затребуваними нові підходи до розуміння сутності здоров'я і факторів, які його забезпечують. Одним з перспективних в науковому і практично-політичному відношенні підходів виступає аксіологічний підхід. Він орієнтує на розгляд здоров'я як якісної характеристики людини і людської спільноти, як критерію їх розвиненості і цивілізованості. Саме такий підхід дозволяє визначити тенденції в динаміці здоров'я населення, визначити точки докладання зусиль щодо оптимізації системи чинників його зміцнення.

«Здорове суспільство» - це ідеал функціонування соціального організму. Очевидно, що прагнення до нього має велику теоретичну і практичну значимість. Тому життєдіяльність сучасної людини та людських спільнот настійно вимагає соціально-філософського осмислення цінності здоров'я на черговому рубіжному для людства етапі, уточнення пріоритетності його змістовних компонентів, вироблення методологічних принципів збереження і зміцнення здоров'я населення країни.

Зміни, що відбуваються в суспільстві, наукові і технологічні відкриття, практично завжди стають чинниками, що впливають на здоров'я соціуму, вносять корекцію в ставленні суспільства до здоров'я як до цінності. Економічні диспропорції суспільства, розвиток соціальних протиріч не тільки призводять до виникнення нових захворювань, до деформації параметрів життя, а й породжують нові екологічні та соціальні проблеми, як регіональні, так і глобальні.

Важливість теми дослідження обумовлена також потребою в розробці принципів і механізмів системності в забезпеченні здоров'я людини, в розробці філософсько-методологічних підстав формування концепції здоров'я на планетарному, соціумному і особистісному рівнях сучасності. В даний час формується новий філософський напрямок - філософія здоров'я. Плюралістичність підходів до здоров'я людини, виникнення безлічі шкіл, напрямків, парадигм в лікувальній практиці, породжує безсистемність в теорії, фрагментарність в наукових прикладних дослідженнях [11, с. 237].

В аксіологічних дослідженнях здоров'я не завжди враховуються ті специфічні обставини, що воно виступає одночасно в двох іпостасях. З одного боку, здоров'я являє собою загальнолюдську універсальну вітально-

соціальну цінність, а з іншого - його характеристики складаються з показників здоров'я складових людства. Немає здоров'я «взагалі», а є здоров'я конкретної людини, соціуму. А це означає, що оцінка здоров'я здійснюється за конкретними станом індивіда, колективу, етносу, а тому процес оцінки виявляється, по суті, процесом самооцінки і самопізнання суб'єкта. Самооцінка як елемент самопізнання вимагає певної культури, осмислення своїх можливостей і соціальної відповідальності, розуміння цілей і цінностей буття. І тут багато що залежить від культури взагалі і від медичної культури, зокрема. І не тільки з точки зору її теоретичного розвитку і технічних можливостей, але і з точки зору формування суспільної свідомості, пов'язаного з ціннісними життєвими орієнтаціями і пріоритетами. Медична теорія спрямована виключно на вузькопрофільні лікування хвороб і філософські сентенції про «цінності здоров'я взагалі», взяті окремо, очікуваного результату не дають. Тільки єдність природничо-наукового і аксіологічного аспектів видається прийнятним методологічною умовою філософського осмислення цінності здоров'я як вітально-соціального феномена [12, с. 98].

Здорове суспільство - це ідеал функціонування соціального організму. Очевидно, що прагнення до нього має велику теоретичну і практичну значимість. Тому, життєдіяльність сучасної людини та людських спільнот настійно вимагає соціально-філософського осмислення цінності здоров'я на черговому рубіжному для людства етапі, уточнення пріоритетності його змістовних компонентів, вироблення методологічних принципів збереження і зміцнення здоров'я населення країни.

Розвиток суспільства вимагає постійної корекції значущості цінностей різних рівнів, в тому числі і вищих, абсолютних. До теперішнього часу в оцінці здоров'я як універсальної цінності домінували його вітальна значимість і біологічний зміст. Соціокультурні чинники ХХІ століття, розвиток біології та медицини висувають на чільне місце в оцінці здоров'я соціальну складову. Недооцінка цієї тенденції на індивідуальному і соціальному рівнях призводить до «знецінення здоров'я». У подоланні цієї недооцінки важливе місце належить філософській теорії цінностей як основи для забезпечення системного і комплексного підходу до проблеми здоров'я. Одним з провідних умов забезпечення комплексності у формуванні націленості суспільства на здоровий спосіб життя, на культивування здоров'я є обґрунтування закономірною взаємозв'язку здоров'я індивіда і здоров'я соціуму як єдиної системи [13, с. 35].

Здоров'я як соціальна цінність - це значимість для соціальної групи ступеня реалізації смисложиттєвих можливостей її членів. Соціальність, як ціннісна характеристика здоров'я, висловлює значення певних соціальних зв'язків, місця і ролі людини у вирішенні суспільних завдань, що забезпечує особистості достатній рівень соціальної адаптивності.

Гармонійність фізичного, психічного і соціального здоров'я виступає одним з головних чинників особистого та суспільного життя, створення високої гуманістичної культури, раціонального ставлення людини до

навколишнього середовища, формування соціальної політики держави в галузі збереження і зміцнення здоров'я, посилення націленості суспільства на культивування здоров'я як найвищої цінності.

Аналіз проблеми здоров'я в нових його аспектах дозволив простежити методологічну роль соціально-філософських принципів у визначенні напрямків теоретичного дослідження в науці і формуванні нових наукових концепцій. Це дозволило конкретизувати і підтвердити положення про плідну взаємодію філософії і природознавства, по-новому оцінити ідею створення єдиної науки про людину.

Список використаних джерел

1. Агаджанян Н.А. Духовно-нравственное здоровье и перспективы мировой цивилизации в XXI столетии. - М.: Проспект, 2011. – 24 с.
2. Ананьев В.А. Психология здоровья. – СПб.: Университет, 2015. – 127 с.
3. Анисимов С.Ф. Духовные ценности: производство и потребление.- М.: Мысль, 1999.- 68 с.
4. Бочаров М.П. От социальных ценностей к социальному государству.- М.: Луч, 2007. – 174 с.
5. Быховская И.М. Человеческая телесность как объект социокультурного анализа. – М.: Прогресс, 2012. – 183 с.
6. Величковский Б.Т., Кирпичев В.И., Суравегина И.Т. Здоровье человека и окружающая среда.- М.: Мысль, 1997.- 139 с.
7. Гримак Л.П. Техники психической саморегуляции. – М.: Гардарики, 2015. – 132 с.
8. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Университет, 2009. – 221 с.
9. Жолондз М.Я. Медицина против медицины.- СПб.: Проспект, 1996. – 240 с.
10. Зимин С.М. Философия как наука и как явление культуры. – М.: Гардарики, 2003. – 137 с.
11. Карпинская Р.С., Никольский С.А. Социобиология. Критический анализ. - М.: Мысль, 2008. – 203 с.
12. Ларионова И.С. Здоровье человека как социальная ценность.- М.: МГСУ, 2009.- 112 с.
13. Секач М.Ф. Психология здоровья. М.: Гардарики, 2016. – 167 с.

ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ ЯК КЛЮЧОВА КАТЕГОРІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ: СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ

(Коцур Н.І., Товкун Л.П.)

Здоров'я громадян значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію, стан національної безпеки, і є важливим соціальним критерієм ступеню розвитку і благополуччя суспільства. Міжнародний досвід показує, що найбільш перспективним шляхом для забезпечення здоров'я та благополуччя населення є злагоджена робота усіх секторів держави, котра скерована на соціальні та індивідуальні детермінанти здоров'я. ООН відносить його до показників, які визначають людський розвиток. Саме тому категорія «здоров'я» в сучасному цивілізованому суспільстві виступає «візитною карткою» соціально-економічної зрілості, культури і процвітання держави.

Як свідчить історичний досвід, хвора популяція нездатна відстояти ні свою безпеку, ні свої національні інтереси. Особливу актуальність у сучасних умовах військових подій, використання інформаційно-комунікаційних та інноваційних технологій, науково-технічного прогресу слід приділяти психосоматичному здоров'ю та його безпеці.

У запропонованій роботі авторами використані сучасні джерела і література щодо стану здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я України, статистичні матеріали Державної служби статистики України і Центру медичної статистики МОЗ України за 2016-2017 рр., результати вибірових досліджень захворюваності та поширеності хвороб серед населення України, а також методи системного підходу, статистичного і соціологічного аналізу.

Проблемі охорони здоров'я населення в контексті національної безпеки держави впродовж останніх років присвячена низка публікацій учених різних галузей науки й техніки – медиків, економістів, екологів, політиків. Особливу наукову цінність і практичне значення має колективна монографія «Детермінанти здоров'я» (2011) за редакцією Ю. Кундієва, у якій проведено аналіз показників, які прямо й опосередковано впливають на здоров'я і безпеку держави. Вагоме місце і значення для вирішення проблеми здоров'я і безпеки держави відводиться медичній науці, котра базуючись на фундаментальних дослідженнях фізіології, біохімії, генетики, молекулярної біології, повинна розробити і запровадити новітні медичні технології, спрямовані, насамперед, на профілактику захворювань. Адже усі сучасні технології охорони здоров'я надають їй пріоритетного значення [4]. Дослідник В. Москаленко, з урахуванням сучасного стану розвитку профілактичної медицини, висвітлює концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії охорони здоров'я, акцентуючи увагу на соціальній профілактиці. Автор зазначає, що в більшості європейських країн сьогодні вже зроблені важливі кроки на шляху реалізації низки національних профілактичних програм, спрямованих на подолання найпоширеніших хвороб сучасності і факторів їх ризику, зокрема 25 програм торкається подолання тютюнопаління, 20 – покращення харчування, 17 – підвищення фізичної активності, 17 – боротьби із зловживанням алкоголем, 29 – діабету, 14 – інсульту, 23 – онкологічних захворювань і т. д. Саме тому в умовах нових викликів ХХІ ст. – всеохоплюючої економічної кризи й обмеження матеріальних і фінансових ресурсів, насамперед охорони здоров'я, питання профілактики захворювань повинні мати пріоритетне значення в соціальних ініціативах держави [9, с. 25].

Проблема охорони здоров'я населення, аналіз факторів ризику, що впливають на його стан і стратегія його поліпшення висвітлена в низці публікацій О. Ціборовського [12; 13], В. Корнацького [6], Н. Коцур [7] та ін.

Здоров'я людини як багатоаспектна проблема та її ризики в сучасному цивілізаційному суспільстві висвітлена авторами В. Грищенко, В. Беловою та А. Кутовою [3]. А дослідники М. Гребняк, О. Дмитренко і В. Машиністов розкрили фактори ризику для здоров'я дитячого населення [2].

Низку публікацій, у яких висвітлюється сучасна демографічна ситуація в Україні в контексті національної безпеки, присвятили науковці Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України. Серед них вагому прикладну цінність має колективна науково-аналітична монографія «Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій» (2006), видана за редакцією Е. Лібанової [8].

Незважаючи на те, що останнім часом у наукових колах помітно зростає увага до комплексного підходу в оцінці стану здоров'я соціокультурних спільнот, проблема здоров'я нації в контексті національної безпеки держави досліджена ще вкрай недостатньо.

Слід зазначити, що в Європейському регіоні ВООЗ із 2012 р. діють Основи європейської політики «Здоров'я-2020» як стратегічна платформа, заснована на цінностях, орієнтована на конкретні дії, з можливістю адаптації до конкретних реалій. Цим документом країни Європейського регіону ВООЗ визнають право кожної людини на здоров'я, незалежно від етнічної належності, статі, віку, соціального положення та платіжеспроможності. Нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику [5].

Україна належить до країн Європейського регіону з незадовільними показниками здоров'я, низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя. Поширеними є поведінкові фактори нездоров'я: вживання тютюну й алкоголю, ожиріння, низький рівень фізичної активності, високий рівень стресів. Окрім того, населення з низькими прибутками, навіть за необхідності, відкладає звернення у медичний заклад через страх фінансової кризи у зв'язку з необхідністю оплати за медичну допомогу.

Про незадовільний стан здоров'я населення України свідчать демографічні показники. Скорочення чисельності населення, зниження тривалості життя та обвальне падіння народжуваності, від'ємне сальдо міграції, що стали характерними ознаками демографічних процесів за роки незалежності, дають підстави кваліфікувати їх як ознаки затяжної демографічної кризи [10]. Так, на початок 2017 р., за оцінкою Державної служби статистики, чисельність населення України становила 42 584,5 тис. осіб. За останні три роки населення України зменшилося на 489 тис. осіб, а в цілому за період 2012–2016 рр. – на 705 тис. осіб [11, с. 11]. Перевищення кількості померлих над числом народжених на сьогодні не є таким вже екстраординарним явищем у Європі, третина країн якої теж охоплені депопуляцією. Однак Україну серед цих держав вирізняє масштабність і прискорені темпи депопуляції.

В умовах цивілізаційних викликів сьогодні вже неможливо забезпечити ефективне функціонування національної системи охорони здоров'я людини без належного врахування зовнішніх загроз. Під кутом зору національної безпеки і забезпечення національних стратегічних інтересів, здоров'я нації

виступає базовою складовою людського капіталу та конкурентоспроможності країни.

На початку ХХІ століття проблеми, пов'язані зі станом здоров'я людини, слід віднести до кола глобальних проблем людства, серед яких значаться екологічні катастрофи, демографічна криза, нестача ресурсів, наслідки науково-технічної революції техногенного й антропогенного походження, поява нових інфекційних захворювань, епідемії соціальних хвороб тощо. У зв'язку з цим проблема здоров'я населення є міждисциплінарною і потребує участі не лише медиків, але й соціологів, економістів, політиків та ін. Важко знайти чинник, який би прямо чи опосередковано не впливав на здоров'я. Водночас слід виділити вирішальні чинники, котрі мають значний вплив на здоров'я і безпеку держави. До них слід віднести: відтворення населення, народжуваність, смертність, захворюваність, стан навколишнього і виробничого середовища, поширеність соціально значимих хвороб (хвороби серцево-судинної системи, онкологічні захворювання, стан репродуктивного здоров'я, розлад психіки і поведінки, травматизм тощо) та соціально небезпечних (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління, інфекційні гепатити), а також такі соціальні явища, як безробіття, бідність, трудова еміграція, рівень освіти, матеріальне забезпечення населення, його добробут [7, с. 26].

Здоров'я населення і національна безпека держави постійно перебувають у тісному взаємозв'язку. Виходячи з національних інтересів, забезпечення здоров'я людей є одним із пріоритетних завдань національної безпеки, і одночасно засобом забезпечення національної безпеки в цілому. Україна має чітко окреслені законодавством національні інтереси – життєво важливі матеріальні, інтелектуальні та духовні цінності українського народу як носія суверенітету та єдиного джерела влади в Україні. Зокрема, закон України «Про основи національної безпеки України» серед пріоритетів національних інтересів визначає зміцнення фізичного здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення. Інакше кажучи, основною умовою забезпечення безпеки життєдіяльності є збереження здоров'я населення. Усі інші форми і методи забезпечення національної безпеки є вторинними відносно збереження здоров'я народу як носія суверенітету й основ державності [4, с. 18].

До основоположних принципів забезпечення національної безпеки вітчизняним законодавством віднесена захищеність життєво важливих інтересів людини, громадянина і держави. На основі саме цих принципів у нашій країні забезпечується сталий розвиток суспільства і своєчасне виявлення, запобігання і нейтралізація потенційних загроз національним інтересам. У зв'язку з цим здоров'я є базовим компонентом усіх об'єктів національної безпеки і необхідною передумовою розбудови похідних комплексних систем безпеки. Саме ці принципи розглядає ВООЗ, яка оцінює категорію «здоров'я» як соціальну модель, яка спрямована не лише мінімізувати хвороби і фізичні дефекти конкретної людини, але й урахує також фізіологічні можливості, особистісні і соціальні ресурси. Тобто, стан

здоров'я населення виступає визначальним чинником у формуванні національного людського капіталу, котрий розглядається сьогодні як базова платформа стійкого економічного розвитку та безпеки життєдіяльності. Водночас дозволяє окреслити нові аспекти значення категорії здоров'я, виходячи за рамки усталених поглядів, і розглядати цю категорію не у вузьких рамках суто медичної допомоги й охорони здоров'я, а в системі життєдіяльності соціуму, як категорію соціально-психологічну, гуманітарну, економічну. З цього приводу академік М. Амосов писав: «При розгляді «механізмів» виникнення і вирішення глобальних проблем необхідно враховувати два аспекти: соціально-психологічний і науково-техноеткономічний. Вони взаємно впливають один на одного за типом зворотного зв'язку. Я ж переконаний, що головним завжди є перший аспект. Однак без другого проблеми б ніколи не виникли. Вся справа у психіці. В розумі» [7, с. 25].

Для української нації фактор психологічного стану в багатьох випадках є надзвичайно важливим і визначальним, однак до цього часу все ще комплексно й усесторонньо невивченим. Звертаючись до відносно невеликого історичного часового відрізка незалежності України, маємо констатувати, що на зламі двох тисячоліть українське суспільство зіткнулося з низкою масштабних катастрофічних проявів, які мали і продовжують мати значний вплив на психологічне здоров'я нації. Руйнівні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС і необхідність розбудови власної держави супроводжувалися масштабними змінами суспільного ладу, виробничо-трудових відносин, форм власності, міграціями населення, що відбувалися за умов утвердження нової для нашої країни ліберальної моделі організації економічного життя. Це основні виклики, які мали і до цього часу мають суттєвий вплив на здоров'я нації в цілому.

Однією з найбільших сьогодні загроз національній безпеці України та здоров'ю її громадян є збройний конфлікт, який має ознаки гібридної війни і включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну й економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях. Затяжний збройний конфлікт на сході України супроводжується значними людськими жертвами і наносить величезні матеріальні, фінансові, соціальні та психологічні збитки нашій державі та здоров'ю її громадянам. Однією із характерних особливостей гібридної війни є значне перевищення кількості санітарних і безповоротних втрат серед цивільного населення над втратами військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, починаючи з середини квітня 2014 року, в зоні збройного конфлікту на Сході України загалом загинуло близько 10 тисяч осіб та понад 23 тисячі осіб отримали поранення. Загальні бойові втрати серед військовослужбовців усіх силових відомств у цій війні становлять 2629 осіб, із них 2220 осіб – це військовослужбовці ЗС України, решта – військовослужбовці Національної гвардії України, МВС, Держприкордонслужби і Міністерства надзвичайних ситуацій. Загальні

санітарні втрати серед військовослужбовців Збройних Сил України та інших військових формувань становлять близько 9600 осіб. Таким чином, переважну більшість загиблих і поранених під час збройного конфлікту на Сході України становлять мирні громадяни, кількість яких серед загиблих сягає 73,7%, а серед поранених – 58,3%, що є однією із характерних особливостей гібридної війни. Тому питання надання медичної допомоги та лікування поранених із числа військовослужбовців і цивільного населення, як і в попередні роки, залишається актуальним для нашої держави [11, с. 384].

Слід також підкреслити нерозривний зв'язок між психологічними і духовними аспектами функціонування соціуму й індивідууму. Значна частина науковців вважає, що духовні цінності становлять фундамент суспільного буття, є потужним регулятором суспільних відносин. Тому дискредитація і руйнація традиційних ціннісних засад та ідеалів суттєво впливає на зміни в психічному стані, передую економічним, політичним і соціальним катаклізмам. Так, неадекватність масштабним трансформаційним процесам, які відбулися в Україні за останні десятиліття, традиційних підходів до формування та реалізації державної політики в сфері медицини може спричинити не тільки кризу системи охорони здоров'я, але й соціального захисту населення в цілому. Як наслідок такої неадекватності, на початкових етапах кризи в сфері здоров'я стало небезпечне погіршення загальних параметрів і показників стану здоров'я населення, у тому числі поширення наркоманії, алкоголізму, соціальних хвороб тощо. Передвісниками кризи можна вважати показники щодо захворювань, зокрема онкологічних, характерних для багатих країн. Ці показники в Україні значно перевищують загальноєвропейські значення – 17 % проти 10 %. Водночас Україна є лідером у списку європейських країн за кількістю хворих на туберкульоз і СНІД, які вважаються хворобами бідних суспільств. Більше того, найвищий у Європі рівень зменшення населення в нашій державі й затяжний регресивний характер відтворення населення веде до його депопуляції та стрімкого старіння нації. Так, за останні три десятиліття населення України скоротилося майже на 5 мільйонів, а тривалість життя, унаслідок несприятливої демографічної ситуації, зменшилася за цей період на 10 років. Це можна вважати найбільшими втратами національного багатства і демографічного потенціалу країни останніх років [4, с. 23].

Ці проблеми характерні й для інших країн світу, і вони не завжди перебувають у прямій залежності від рівня та якості життя як антропологічного ресурсу. Водночас, якщо розвинені країни вирішують питання економічного зростання за рахунок міграційних ресурсів та інноваційної моделі розвитку, то для України ця проблема видається набагато складнішою. Незважаючи на потужний інтелектуальний потенціал, національна інноваційна система не сформована, а надзвичайно затяжний характер демографічної кризи в Україні виступатиме стримуючим фактором для вітчизняної економіки на довгострокову перспективу. Як наслідок, соціально-економічний розвиток держави неможливий без демографічного

розвитку. Як тільки погіршується демографічна ситуація, практично немає перспективи для соціально-економічного розвитку держави. Саме тому демографічна проблема є однією із стратегічних загроз для життя нашої нації та країни [7, с. 28].

Комплексний підхід до значення здоров'я нації як стратегічного ресурсу країни пов'язаний також із психологічним станом населення. Особливого значення суспільно-психологічна складова здоров'я нації набуває в сучасний період, коли Україна вступає в історичний етап широкомасштабної модернізації всіх сторін життєдіяльності суспільства. Безумовно, вивести економіку, систему державного управління, суспільних відносин на сучасний рівень цивілізованого світу, кардинально покращити суспільно-психологічний стан населення – завдання довготривале, котре вимагає залучення всіх наявних ресурсів країни. Модернізація країни безпосередньо пов'язана з психологічною підготовкою населення, його фізичним і духовним здоров'ям, готовністю до змін. Наявні матеріальні та природні ресурси без цього чинника залишаться невикористаним потенціалом.

Особливо негативно на психологічному стані громадян України позначилися військові події на сході України. Так, за офіційною статистикою ЄРДР станом на 01.04.2018 р. більше тисячі учасників бойових дій на Донбасі покінчили життя самогубством.

У сфері важливих національних пріоритетів сьогодні є подолання негативних тенденцій у розвитку демографічної ситуації в державі. Важливо зазначити, що вирішення питань демографічної кризи в державі не може бути здійснене без належного врахування новітніх підходів до систем забезпечення національної безпеки як частини регіональних і глобальних безпекових систем. Глобалізація сьогодні охоплює не лише економічне, наукове, культурне життя, але є і важливим чинником впливу на загальний стан здоров'я населення планети [1].

Отже, з огляду на сучасну кризову медико-демографічну ситуацію в Україні, саме збереження і поліпшення здоров'я населення є одним із пріоритетів нації. Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ. Необхідна орієнтація усіх сфер на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дітородної діяльності, з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, зорієнтованої на здоровий спосіб життя. Слід також визначити найбільш гострі проблеми у даній сфері та цільові групи (групи підвищеного ризику), на які мають бути спрямовані першочергові заходи щодо профілактики та лікування захворювань. Міжнародний досвід показує, що головну роль у поліпшенні стану здоров'я населення та збільшенні тривалості життя відіграє орієнтація державної політики на формування уміння людей керувати своїм здоров'ям і поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури самозбереження. В сучасних українських умовах обмежені державні матеріальні й фінансові ресурси слід скеровувати на вирішення проблем, які потребують першочергових заходів державної демографічної політики:

реформування оплати праці з метою забезпечення гідного рівня оплати та створення умов праці, сприятливих для збереження здоров'я; формування суспільної та індивідуальної налаштованості на пріоритет здорового способу життя; скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголем і тютюнокурінням; зниження смертності від серцево-судинних захворювань; зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин і протидія епідемії ВІЛ/СНІДу; впровадження ефективної стратегії боротьби з епідемією туберкульозу; зменшення дорожньо-транспортного травматизму й обумовленої ним смертності; підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я населення та посилення її профілактичної спрямованості.

Таким чином, у сучасних умовах глобалізованих викликів і загроз, військових подій, питання забезпечення здоров'я нації слід розглядати в контексті національної безпеки держави. Адже основою безпеки держави є здоров'я народу, котре визначає трудовий та інтелектуальний потенціал нації. Забезпечення здоров'я нації на державному рівні потребує напрацювань нових підходів із урахуванням глобальних факторів, викликів і загроз у сфері охорони здоров'я. Категорія «здоров'я нації» є безумовною суспільною цінністю, основою національного багатства і національної безпеки України, відображає її життєстійкість і геополітичні перспективи.

Список використаних джерел

1. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Демографічні процеси в Україні в роки незалежності // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2011. - № 4. - С. 38-41.
2. Гребняк М.П., Дмитренко О.Д., Машиністов В.В. Соціально-медичні фактори ризику для здоров'я дитячого населення // Медичні перспективи. - 2006. - Т. XI. - № 4. - С. 121-123.
3. Гриценко В.І., Белов В.М., Кутова А.Б. Здоров'я людини як багатоаспектна проблема // Вісник Національної Академії НАУК України. - 2006. - № 6. - С. 51-56.
4. Детермінанти здоров'я та національна безпека: монографія / за ред. Ю.І. Кундієва. – К.: ВД «Авіценна», 2011. - 448 с.
5. Здоровье-21. Основа политики достижения здоровья для всех в европейском регионе. Европейская серия «Здоровье для всех» / ЕРБ ВООЗ. - Копенгаген, 1999. - № 6. - 310 с.
6. Корнацький В.М. Проблема здоров'я і стратегія його поліпшення // Україна. Здоров'я нації. - 2007. - № 1. - С. 32-37.
7. Коцур Н.І. Безпека життєдіяльності та охорона здоров'я нації в контексті національної безпеки держави // Безпека життєдіяльності: Всеукраїнський науково-популярний журнал. - № 11 (лист.). – К.: Вид-во «Основа», 2013. - С. 24-28.
8. Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій (колективна науково-аналітична монографія) / за ред. Е.М. Лібанової / Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України. – К., 2006. - 356 с.
9. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профилактики медицинской к профилактике социальной: монография. - Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2011. - 240 с.
10. Населення України: Демографічні щорічники Держкомстату України. - К., 1993-2007.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. - 516 с.

12. Ціборовський О.М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури) // Україна. Здоров'я нації. - 2015. - № 2 (34). - С. 13-17.
13. Ціборовський О.М. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні. – К.: Факт, 2010. - 430 с.

ЗДОРОВ'Я: НОРМА, ВІДХИЛЕННЯ ТА ВАДИ РОЗВИТКУ *(Заморський І.І., Хмара Т.В., Ризничук М.О., Сарафинюк Л.А., Бойчук О.М., Бамбуляк А.В.)*

Конституцією України визначено, що найвищою соціальною цінністю в державі є людина, її життя і здоров'я. Найбільшою цінністю не лише окремої людини, а й усього суспільства є здоров'я. Одним з важливих питань сучасної медицини є визначення поняття «здоров'я». Ураховуючи те, що поняття має багато медико-соціальних аспектів і зумовлено багатьма чинниками, то вимагає для свого розв'язання комплексного підходу.

У преамбулі Статуту ВООЗ зазначено, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя [10, с. 9]. Здоров'я – гармонійна єдність біологічних, психологічних і соціальних якостей, які зумовлені уродженими і набутими біологічними та соціальними впливами. Під здоров'ям також розуміють процес збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості активного життя. Складовими здоров'я є показники фізичного, психічного, духовного і соціального благополуччя людини. Показниками фізичного здоров'я є індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, нормальне фізіологічне функціонування організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівень фізичного розвитку органів і систем. У зв'язку з викладеним виникла необхідність простежити зв'язок відхилень і вад розвитку зі станом здоров'я людини.

Здоров'я по-своєму цінується і оцінюється в різному віці – у дітей, підлітків, людей зрілого і похилого віку, маючи свої детермінанти фізичного, духовного і соціального благополуччя. У кожному періоді життя воно має свої «вікові» ресурси, що визначають здатність протистояти хворобам, з тим або іншим успіхом одужувати, або, коли видужати не вдається, з тими чи іншими втратами переносити їх. Здоров'я визначає норму. Поняття «норма», «відхилення від норми» та «вади розвитку» широко використовується в медицині, психології, педагогії, соціології, валеології та інших науках.

Норма – це стан організму, при якому він здатний повноцінно виконувати функції. Термін «норма» використовується у ряді контекстів: біологічна, вікова, індивідуальна, психологічна (соціальна і моральна), духовно-релігійна, статистична та ін. Біологічна норма – те, що виникає природним способом і не викликає порушень стану здоров'я. Поняття

«норми» є завжди актуальним і для соціальної педагогіки. Норма – це сукупність вимог, що пред’являє соціальна спільнота до своїх членів з метою здійснення діяльності (поведінки) установленого суспільством зразка. Норма передбачає таку взаємодію людини з соціальним середовищем, яка адекватно відповідає потребам і можливостям її розвитку та соціалізації. Це модель прийняття людиною поведінки, яка створюється суспільством для самозбереження. Соціальна норма розглядається як чинник виховання, в процесі якого відбувається входження в соціальне середовище, засвоєння соціальних норм та цінностей, соціальних ролей і соціального досвіду. Як вважає відомий польський соціолог Я. Щепанський [8, с. 76] нормальна особистість – це така у статистичному сенсі особистість, яка адаптувалася у суспільстві і веде себе в межах встановлених соціальних критеріїв, норм, це цілісна особистість, тобто така, всі основні елементи якої функціонують в координації з іншими.

Основою психічного, соматичного і репродуктивного здоров’я визнано геномне здоров’я, а майбутнє медицини – це лікування на рівні генів, тобто заміна патогенетичного лікування з урахуванням механізмів розвитку хвороби на етіологічне – генними конструкціями, нуклеїновими кислотами, геномнотропними препаратами тощо.

В Україні невпинно збільшується кількість дітей з генетичними порушеннями та уродженими вадами розвитку (УВР). Частота цієї патології сягає 3–5% від загальної кількості новонароджених. Ще у 15% дітей вади розвитку виявляються впродовж перших 5–10 років життя. Генетичні хвороби та грубі аномалії розвитку плода зумовлюють до 60% мимовільних викиднів у першому триместрі вагітності.

УВР – природжені відхилення за межі нормальних варіантів у анатомічній будові (формі, розмірах, кількості) тканин та органів людини, які здебільшого супроводжуються порушеннями їх функцій чи навіть загрожують життєздатності організму. Однією з провідних причин перинатальної та ранньої неонатальної смертності є УВР [8, с. 104]. У 2010 році Всесвітня асамблея охорони здоров’я прийняла резолюцію, що закликає всі держави-члени сприяти первинній профілактиці та зміцненню здоров’я дітей із вадами розвитку.

Багаторічні дослідження демонструють, що в Україні частота таких УВР як аненцефалія, спинно-мозкова грижа, мікроцефалія, мікрофтальмія, сіамські близнюки, фетальний алкогольний синдром є одними з найвищих в Європі. Між окремими регіонами та областями України існують суттєві відмінності за загальною частотою УВР серед новонароджених і викиднів, особливо в західному та східному регіонах, де показник поширеності УВР є суттєво вищим (відповідно $32,56 \pm 0,09\%$ і $31,3 \pm 0,07\%$) за середній показник в Україні ($26,83 \pm 0,08\%$). Такі відмінності частоти УВР в окремих регіонах можуть слугувати свідченням переважання генетико-демографічної зумовленості УВР серед причин їх поширеності [5, с. 178].

УВР, які потребуються хірургічної корекції, виявляються в 3% новонароджених. Смертність від УВР внутрішніх органів посідає 3-тє місце у

загальній структурі дитячої смертності впродовж першого року життя. З метою виявлення природженої патології в перинатальному періоді (з 22-го повного тижня вагітності до повних 7 діб життя новонародженого) широко проводяться скринінг-дослідження, результати яких впливають на процес планування закінчення вагітності. Оптимальним неінвазивним діагностичним засобом є ультрасонографія, переваги якої дозволяють у I-II триместрах вагітності виявити патологію плода. Наприклад, у Чернівецькій області структура УВР серед плодів, установлених за допомогою УЗД до 22 тижня вагітності за 2015 р., є такою: I місце посідають УВР центральної нервової системи – 2,77 на 1000 (27,19%; в абсолютних значеннях – 31 плід); II місце – УВР системи кровообігу – 1,88 на 1000 (18,42%; абсолютно – 21 плід); III місце – УВР сечовидільної системи – 1,52 на 1000 (14,9%; абсолютно – 17 плодів) (згідно даних звіту ЧОДЦ МОЗ України – форма № 49-здоров «Звіт про надання медико-генетичної допомоги»).

Вивчення походження та патології вад складає окрему дисципліну медичної науки – тератологію (з грецьк. *teratos* – чудовисько, *logos* – поняття, вчення). Негативний вплив тератогенних чинників навколишнього середовища, зокрема іонізуючої радіації, алкоголю, дефіциту мікроелементів можна зменшити або взагалі усунути, і тим самим значно знизити ризики і частоту виникнення УВР.

До причин, які призводять до збільшення кількості і частоти УВР також належать: відсутність тотальної первинної (переконцепційної) профілактики УВР; недостатнє поширення комплексної пренатальної діагностики; низька ефективність та несвоєчасність лікування сімейної та внутрішньоутробної інфекції; зловживання алкоголем та куріння майбутніх батьків; недостатнє або неадекватне харчування вагітних; недостатнє піклування за вагітною; відсутність підходу до оцінки плоду як члена сім'ї; відсутність профілактики краснухи (вакцинація); неконтрольоване використання лікарських засобів тощо.

УВР – поширений вид патології, питома вага якого в загальній популяції коливається в різних країнах, за даними ВООЗ від 2,7 до 16,3%, і має тенденцію до зростання в останні десятиріччя. На сьогоднішній день частота генетичних захворювань і УВР серед новонароджених досить висока, а в міжнародному реєстрі патологій у людини налічується понад 5000 нозологічних одиниць. Значна кількість із них супроводжується аномаліями органів і структур або системними вадами розвитку. Для сучасної медицини особливо важливого значення набувають знання повної картини структурно-функціональних проявів УВР, їх можливий етіопатогенез та рання антенатальна діагностика, профілактика і корекція.

Одне з перших місць серед напрямків реформування медичної галузі в Україні займає усвідомлення значення перинатальних факторів в етіології багатьох хвороб дитини та пошук оптимальних методів діагностики та лікування новонароджених [6, с. 103].

Структура УВР серед новонароджених дітей за 2017 р. на прикладі Чернівецької області (за даними реєстраційних генетичних карт (ф. № 149/о):

I місце – УВР опорно-рухового апарату: 28,6% новонароджених; абсолютно – 52 новонароджених; II місце – УВР статевих органів: 19,2% новонароджених; абсолютно – 35 новонароджених; III місце – вади розвитку серцево-судинної системи: 12,7% новонароджених; абсолютно – 18 новонароджених.

Унаслідок змін послідовності генів або структури хромосом виникають генетичні хвороби. Деякі генетичні хвороби викликаються хромосомними порушеннями, що виникають через помилки процесу мейозу між генеративними клітинами – сперматозоїдом і яйцеклітиною. Прикладами таких генетичних хвороб є синдром Дауна (додаткова хромосома 21), синдром Тернера (відсутність X хромосоми – 45X0) і синдром Клайнфельтера (чоловік з двома X-хромосомами). Інші генетичні зміни можуть відбуватися протягом формування генеративних клітин у одного з батьків. Особливу категорію в педіатрії складають діти з синдромом Дауна, яким потрібна додаткова медична допомога з боку різних фахівців. Цей синдром трапляється в дітей з частотою 1 випадок на 500–800 новонароджених. Клінічна симптоматика синдрому Дауна різноманітна: від УВР та відхилень у розумовому розвитку до вторинного імунodefіциту. Синдром Дауна в дитини може бути виявлений пренатально за даними УЗД, біопсії ворсин хоріону, амніоцентезу, кордоцентезу або після народження на підставі зовнішніх ознак та генетичного дослідження. Діти з синдромом Дауна потребують корекції супутніх порушень розвитку. Тому, сьогодні актуальним завданням медицини є визнання прав та можливостей «сонячних дітей» (як їх прийнято називати за їх доброзичливість, відкритість та наївність), впровадження інклюзивного навчання, доступність спеціальних програм соціалізації. Діти з синдромом Дауна можуть стати повноцінними членами суспільства, отримуючи належну психолого-педагогічну та медичну підтримку. Чим більше вони будуть спілкуватися зі звичайними однолітками, тим менш помітним буде їх відставання в розвитку. Багато хто з дітей із синдромом Дауна має художній талант, музичні й артистичні здібності, успішні в спорті, схильні до поезії.

Вивчення особливостей пренатального періоду онтогенезу людини, поява можливості спостереження з перших тижнів внутрішньоутробного розвитку за допомогою УЗД створили умови візуальної оцінки як нормального ембріогенезу, так і наявності відхилень. Для адекватної оцінки стану плода кожний лікар повинен знати етапи ембріогенезу і критичні періоди розвитку, коли ризик пошкодження того чи іншого органу найбільш ймовірний. Саме за таких умов можливо удосконалити допомогу дитині ще до її народження.

Кожна людина у своєму житті переживає цілу низку важливих перехідних періодів: народження; перехід з початкової школи до середньої; закінчення середньої школи; покидання батьківського дому; початок трудового життя; створення власної сім'ї й житла; народження першої дитини; нестабільність працевлаштування, зміна місця або втрата роботи; розвиток хронічного захворювання; вихід на пенсію; втрата дружини (чоловіка, близьких родичів, друзів). Якщо керуватись з позиції життєвих періодів у розвитку політики охорони здоров'я, то необхідно брати до уваги

складні взаємозв'язки, що виникають між наведеними вище життєвими періодами, біологічними чинниками розвитку та детермінантами здоров'я. Характер взаємодії цих періодів має певний наслідок для здоров'я людей з моменту їх народження й до смерті. Безумовно, ресурс здоров'я може бути вичерпаний на будь-якому етапі життєвого періоду як результат випадковості або збігу обставин [3, с. 21].

Покращання показників здоров'я населення у першу чергу можна досягти збереженням здоров'я дітей, формуванням у них світогляду, спрямованого на його збереження, опануванням навичок способу життя та безпечної поведінки, створенням умов для гармонійного розвитку душі й тіла, тобто умов психічного здоров'я і творчості дитини в майбутньому. Існує тісний зв'язок між здоров'ям людини, її фізичним розвитком та опануванням фізичної культури в цілому. Основи фізичного та психічного здоров'я людини закладаються ще в дошкільному віці, а шкільний період для виховання здорової, загартованої, витривалої фізично людини та для формування її характеру є надзвичайно важливим та вирішальним.

Не можна не погодитись і з тим, що прогресуюча нестача коштів і засобів для забезпечення необхідного об'єму й якості медичної допомоги залежить від постійно зростаючого потоку хворих та інвалідів. При цьому декларування пріоритетів профілактичної медицини дійсно залишається простим базіканням, а існуючі правові, економічні та соціальні інститути направлені тільки на лікування пацієнтів і реабілітацію інвалідів, але не на попередження хвороб. Немає і цілісної інфраструктури оздоровчих і профілактичних медичних організацій, системи підготовки відповідних фахівців [1, с. 22]. Слід зазначити, що у вищих медичних навчальних закладах функціональна патологія не викладається на належному рівні, а у медичних коледжах та училищах не навчають майбутній середній медичний персонал принципам і техніці психотерапії, внаслідок чого медичний персонал і лікарі у формуванні здорових навичок життя знають майже те саме, що й пацієнти. Наразі слід зайнятися підготовкою висококваліфікованих медичних кадрів, і, в першу чергу, лікарів – терапевтів, невропатологів і психіатрів, які б пройшли спеціальні курси удосконалення з психотерапії. Як акцентував І. Павлов: «Слово є сигналом сигналів. Нервова система реагує не тільки на безпосереднє враження від речей, але і на їх словесне значення» [7, с. 238]. Відповідна наукова підготовка таких спеціалістів вимагає викладання для них глибоких знань з анатомії і фізіології нервової системи, вищої нервової діяльності, з основ клініки неврології і психіатрії, з психофізіології, психофармакології, психології, лікарської деонтології та безлічі методик і технічних прийомів, якими повинен володіти сучасний психотерапевт. А тим часом, наукове розуміння функціональної патології і психотерапії необхідно всім лікарям, оскільки будь-яке органічне захворювання виконує в організмі людини, як єдиному психофізіологічному цілому, обов'язкову психічну «переробку», реалізується й об'єктивними фізіологічними відчуттями тяжких симптомів хвороби та ускладнюється індивідуальними хвилюваннями і жахами, побоюваннями. Адже нерідко буває так, що органічне нескладне

захворювання, а психічні переживання «виводять хворого з ладу», через які він стає хронічно хворим. Слід зауважити, що чисто функціональні, реактивні неврози досить часто інвалідизують пацієнтів, роблять їх непрацездатними, і тільки хороша психотерапія може призвести таких хворих до одужання. Як наголошував М. Мудров: «...існують і душевні ліки, які лікують тіло» [2, с. 5]. Саме ці слова повинні бути прийняті терапевтами, невропатологами і психіатрами, як девіз усієї їх професійної діяльності. Не випадково, а закономірно, що у наш час після періоду новаторського захоплення техніцизмом, практична медицина повертається до вічного, людського і людяного – життя владно вимагає, щоб психотерапія була поставлена в ряд важливих дисциплін медицини. Відомий лікар-гуманіст XIX століття Ф. Гааз писав: «Якщо тобі потрібна допомога лікаря, – нехай будуть три засоби: спокій, гарний настрій, помірна дієта» [4, с. 127]. Тим самим він хотів сказати, що психотерапія і розумна раціональна порада хворому дорожча за десятки рецептів.

Наприкінці слід зауважити, що все викладене вище лише частково належить нам, і значно більше іншим, оскільки в тій чи іншій мірі чи обсязі, за тими чи іншими обставинами відкрито чи описано іншими авторами.

Отже, профілактичні заходи, спрямовані на збереження здоров'я населення та зниження захворюваності і смертності, повинні починатися з допологового періоду.

Список використаних джерел

1. Апанасенко Г.А. Кто же будет управлять здоровьем? (Украина опять в отстающих) // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 18 (299). – С. 22.
2. Большая медицинская энциклопедия: актуализированное и дополненное издание бестселлера. – М.: Эксмо, 2015. – 880 с.
3. Веденко Б.Г., Веденко Л.Б., Мельник Ф.В. та ін. Здоров'я нації – основа її процвітання // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 5 (311). – С. 21.
4. Кассирский И.А. О врачевании: Проблемы и раздумья. – М.: Медицина, 1970. – 272 с.
5. Лановенко О.Г. Динаміка поширеності вроджених вад розвитку в регіонах України та їх структура в Херсонській області // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2017. – № 4 (6). – С. 175–179.
6. Мельничук Л.В. Аналіз організації медичної допомоги новонародженим в місті Чернівцях та перспективи її розвитку // Перинатальна охорона плода: проблема, наслідки, перспективи: матер. науково-практ. конф. з міжнарод. участю (Чернівці, 14 квітня 2011 р.). – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – С. 102–104.
7. Павловские среды. Протоколы и стенограммы физиологических бесед. – М.; Л.: Изд-во Акад. наук СССР, 1962. – Т. 1. – 537 с.
8. Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии: Пер. с польск. – М.: Прогресс, 1969. – 240 с.
9. Khmara T.V., Popeliuk O-M. V. Modern aspects of health – well-being, deviations and congenital defects // Адаптаційні можливості дітей та молоді: матер. XI Міжнарод. наук.-практ. конф., присв. 200-річчю з дня заснування ДЗ «Південноукраїнський нац. пед. ун-т імені К.Д. Ушинського» (Одеса, 15-16 вересня 2016 року, ч. 2) / голов. ред. А.І. Босенко. – Одеса, 2016. – С. 104–106.
10. World Health Organization Basic documents. – 48th ed. – World Health Organization, 2014. – 224 p.

ПРОБЛЕМА СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

(Бацилєва О. В., Пузь І. В., Гресько І. М.)

Одним із головних компонентів гармонійного розвитку будь-якої людини виступає здоров'я, яке, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнято розглядати не тільки як відсутність хвороби або фізичних дефектів, але і як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя особистості. В реаліях сьогодення людина на різних етапах свого життєвого шляху все частіше стикається з дією різного роду стресорів, таких як процеси урбанізації, несприятливий стан навколишнього середовища, прискорення загального темпу життя на тлі економічної та соціальної нестабільності, інформаційні перенавантаження тощо, тривалий вплив яких знаходить своє негативне відображення не лише на фізичному самопочутті людини, але й на її психологічному функціонуванні, на ставленні до різних аспектів власної життєдіяльності, у тому числі до власного здоров'я.

Загальновідомим є той факт, що важливіша роль у збереженні та зміцненні здоров'я належить самій людині, її способу життя, ціннісним орієнтаціям, установкам та суб'єктивному ставленні до власного здоров'я. Усвідомлення людиною цінності власного здоров'я забезпечує формування в неї переконань щодо необхідності планомірного підтримання і збереження здоров'я для загального розвитку особистості шляхом дотримання принципів здорового способу життя.

У психологічній науці категорія «здоров'я» пов'язана з поняттям «ставлення до здоров'я», сутність розуміння якого ґрунтується на «теорії ставлень» В. Мясищєва. Власне категорію «ставлення» було запропоновано ще на початку ХХ ст. у школі В. Бехтерева та розглянуто О. Лазурським і С. Франком. Науковцями було зазначено, що за допомогою даного поняття розкривається становлення смислового зв'язку, єдності людини й світу, самого змісту цієї єдності: буде вона морально конструктивною чи деструктивною щодо індивіда [3].

Основне положення теорії В. Мясищєва полягає у тому, що психологічні ставлення представляють собою внутрішню систему зв'язку людини з дійсністю, що змістовно характеризує особистість як активного суб'єкта з його вибіркоким характером внутрішніх переживань і зовнішніх дій, спрямованих на різні сторони об'єктивної дійсності [12]. Тобто, ставлення виступають як внутрішній механізм саморегуляції діяльності та поведінки людини в тій чи іншій сфері [2]. Регуляторна функція ставлень вступає в дію лише на певному етапі онтогенезу: по мірі накопичення соціального і професійного досвіду їх регулююча функція вдосконалюється. Тільки стійкість і сталість активного ставлення дозволяє особистості підтримувати власну надійність і протистояти впливам середовища, боротися з перешкодами і досягати поставлених цілей.

До базових ставлень особистості традиційно відносять ставлення до себе і оточуючого світу. На думку С. Рубінштейна, ставлення до оточуючого –

це насамперед ставлення індивіда до того, що складає умови його життя. Але найперша з цих умов його життя є інша людина. Ставлення до іншої людини чи до людей складають основну частину людського життя, його серцевину [13]. Ставлення особистості до себе встановлюється опосередковано через ставлення до інших людей. Одним з компонентів системи ставлень особистості виступає її «ставлення до здоров'я».

Уперше як предмет наукового дослідження проблема ставлення до здоров'я з'явилася у науковій літературі у 1980 р. в роботі Д. Лоранського з співавторами. Основний висновок наукових розробок полягав в тому, що інтенсивність турботи людини про своє здоров'я визначається не стільки її об'єктивним станом, скільки її ставленням.

Теоретичне обґрунтування та опис даного поняття було продовжено у ряді соціологічних досліджень під керівництвом В. В. Журавльової, яка розглядала ставлення до здоров'я як соціокультурний феномен, як механізм вдосконалення здоров'я на рівні індивіда, групи та суспільства в цілому [10].

Згідно з концепцією В. Ясвіна та С. Дерябо ставлення до здоров'я, як будь-яке ставлення до природного об'єкта, може бути оціненим за кількома параметрами, найважливішими з яких є індивідуальний психологічний зміст, або сукупність ознак ставлення до здоров'я [8].

Як зазначає в своїй роботі Р. Березовська, розглядаючи проблему ставлення до здоров'я, можна стикнутися з багатозначністю даного поняття. Головною причиною цього можна назвати широкий спектр його використання, адже цей термін зустрічається у літературі з філософії, соціології, педагогіки, психології, медицини, при цьому в кожній із сфер наукового знання він має своє трактування.

У психологічній літературі найчастіше наводиться наступне визначення: ставлення до здоров'я – це система індивідуальних, вибіркових зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людини, а також визначають суб'єктивну оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану [2].

Дослідниця В. Кабаєва доповнює попереднє визначення ще і «оптимальною організацією самою людиною власної життєдіяльності, яка сприяє збереженню здоров'я, особистісному зростанню, творчому функціонуванню» [6].

У дослідженнях С. Дерябо, ставлення до здоров'я визначається як суб'єктивно забарвлене віддзеркалення особистістю своїх потреб з об'єктами та явищами світу, що і є чинником, який це обумовлює [8].

Досліджуючи проблему ставлення до здоров'я, слід зазначити, що в науковій літературі поряд з даним поняттям дослідники використовують такі терміни (або концепти), як «переконання», «настанова» та «внутрішня картина здоров'я», що відображає різноманіття принципів і шляхів дослідження та нестійкість концептуального апарату, який використовується у сфері психології здоров'я.

Найбільше в науковій літературі, поряд з поняттям «ставлення до здоров'я», зустрічається поняття «внутрішня картина здоров'я», яке було

запропоновано В. Смирновим і Т. Резніковою у 1983 році за аналогією з поняттям «внутрішня картина хвороби». Автори визначали внутрішню картину здоров'я як своєрідний еталон здоров'я людини, який може мати досить складну структуру і включати як образні, так і когнітивні уявлення людини про своє здоров'я.

Професор В. Ананьєв визначав внутрішню картину здоров'я, з одного боку, як сукупність інтелектуальних уявлень про здоров'я людини, комплекс емоційних переживань і відчуттів, а також її поведінкові реакції, а з іншого – як особливе ставлення до здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності і активному прагненні до його вдосконалення.

Деякі автори наголошують на тому, що турбота про здоров'я та дотримання принципів здорового способу життя – це індивідуальний вибір кожної людини, що залежить від рівня її культури [4, с. 145]. Однак, у теоретичному плані, перевагу слід віддати категорії «ставлення до здоров'я», оскільки вона є найбільш обґрунтованою з позиції теорії особистості.

Слід також зазначити, що поняття «ставлення до здоров'я» інтегрує в собі всі психологічні категорії, в межах яких аналізується поняття «внутрішньої картини здоров'я», а саме: знання про здоров'я, усвідомлення та розуміння ролі здоров'я в процесі життєдіяльності людини, його впливу на соціальні функції, емоційні і поведінкові реакції [2].

Відповідно до положень теорії В. Мясіщєва ставлення до здоров'я може бути описано за допомогою трьох компонентів: емоційного, когнітивного та вольового [14]. Пропонуємо коротко розглянути їх зміст. *Емоційний компонент* ставлення до здоров'я включає до себе систему почуттів, які пов'язані у людини з певним об'єктом чи подією. Цей компонент відображає переживання і почуття людини, пов'язані зі станом її здоров'я, а також особливості її емоційного стану в ситуації погіршення фізичного або психічного самопочуття людини.

Когнітивний компонент ставлення до здоров'я складають знання про об'єкт та оцінні судження про нього. Даний компонент залежить від психологічної компетентності особистості, яка обумовлена особливостями буденної психології і психогігієни того соціуму та етносу, до якого належить індивід. Когнітивний компонент характеризує знання людини про своє здоров'я, розуміння ролі здоров'я в її житті, знання основних факторів, які мають негативний чи позитивний вплив на стан її здоров'я.

Поведінковий компонент ставлення до здоров'я розглядається як готовність діяти певним чином стосовно об'єкта, який має для людини значення. Цей компонент визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей людини, особливості її мотивації щодо здорового способу життя, а також характеризує особливості поведінки в сфері здоров'я, ступінь прихильності людини до здорового способу життя та дотримання його принципів, і особливості поведінки у ситуації погіршення стану здоров'я та виникнення хвороби [14]. Слід відмітити, що даний компонент базується на когнітивному та емоційному компонентах ставлення до здоров'я.

У дослідженнях І. Журавльової виокремлюється чотири групи показників, які визначають характер ставлення індивіда до здоров'я, а саме: самооцінку здоров'я; цінність здоров'я (фундаментальну і інструментальну); задоволеність станом власного здоров'я; діяльність, спрямована на збереження здоров'я [10]. Отже, ставлення до здоров'я може характеризуватися цілісністю, усвідомленістю, активністю, стійкістю, вираженістю (інтенсивністю), значимістю та вибірковістю.

Основою суб'єктивного ставлення людини є сталість потреб особистості в об'єктах або явищах світу, однак ставлення до здоров'я може безперервно змінюватися на основі отримання нового життєвого досвіду, тобто змінюватися на протязі онтогенезу [6, с. 36]. Ставлення до здоров'я проявляється у діях і вчинках, переживаннях і вербально реалізованих судженнях людей щодо чинників, що впливають на їх фізичне і психічне благополуччя, при цьому саме поведінка і висловлювані судження про здоров'я можуть бути адекватними або неадекватними [2].

У науковій літературі можна зустріти різні варіанти щодо розуміння того, яким може бути ставлення людини до власного здоров'я. Так, існує цілий ряд визначень до даного поняття, зокрема: усвідомлене-неусвідомлене, відповідальне-безвідповідальне, правильне-неправильне, раціональне-ірраціональне, позитивне-негативне, адекватне-неадекватне ставлення, ціннісне та інші види.

З точки зору Р. Березовської, найбільш перспективним є розвиток аксіологічного (ціннісного) підходу до дослідження проблеми ставлення до здоров'я. Сутність аксіологічної парадигми, автор пояснює тим, що здоров'я трактується як цінність, яка може визначати цілі, наміри і дії не тільки окремих людей, але і цілих соціальних інститутів. Крім того, ціннісне ставлення до здоров'я є внутрішнім механізмом регуляції поведінки, який заснований на високій суб'єктивній значущості здоров'я і його усвідомленні як передумови реалізації власних життєвих завдань, що супроводжується активним прагненням до турботи про нього [2].

Аналіз наукових джерел дозволив визначити основні чинники, що впливають на ставлення людини до власного здоров'я [1, 5]. *По-перше*, це вік людини, рівень освіти та її соціально-економічний статус, від якого залежать умови життя людини, її оточення. Так, від рівня освіченості людини залежить вибір нею способу життя та звичок, а рівень доходів, наприклад, впливає на раціон харчування людини тощо. *По-друге*, це віросповідання, що часто визначає звички та цінності людини. *По-третьє*, це соціокультурний чинник, тобто належність індивіду до певної соціокультурної групи. *По-четверте*, це відчуття психологічного благополуччя, адже загальновідомо, що перебування під дією стресогенних факторів, часто обумовлюють вибір людиною шкідливих продуктів харчування (наприклад, надмірне вживання солодощів, фаст-фуду тощо). *По-п'яте*, це персональні цілі людини, усвідомлення її самоефективності. Загальновідомо, що досягнення поставленої мети, успіхи у професійному та особистому житті сприяють психологічному благополуччю особистості, покращенню її фізичного самопочуття, відповідно така людина

буде більш уважна до стану власного здоров'я. *По-шосте*, це домінуючий локус контролю. Так люди з інтернальним локусом контролю більш здатні до піклування про своє самопочуття та стан здоров'я через те, що вони вважають самих себе відповідальними за власне здоров'я.

Дослідниками зазначається, що існують деякі закономірності розвитку ставлення до здоров'я в залежності від віку людини. Так, пріоритетна роль здоров'ю відводиться представниками середнього та старшого покоління через те, що часто у представників даних вікових категорій погіршується самопочуття, з'являються інколи серйозні захворювання, через що і турбота про здоров'я починає займати більше часу, ніж раніше. Молоді люди зазвичай ставляться до здоров'я як до чогось важливого, але абстрактного, що не має до них прямого відношення. Якщо вони і приділяють увагу здоров'ю, то головним чином його фізичній складовій; психологічне і соціальне здоров'я не займають належного місця в системі їх цінностей.

Слід також зазначити, що існує певна залежність між віком і рівнем відповідальності людини за своє здоров'я, а саме: від віку залежить ступінь регулярності піклування людини про своє здоров'я [14, с. 317-318]. З віком ставлення до здоров'я може набувати суперечливого характеру: з одного боку, по мірі дорослішання цінність здоров'я зростає, а з іншого боку, рівень поведінкової активності, спрямованої на його підтримку і зміцнення, знижується. В той же час зниження рівня активності в області здоров'я є результатом дії психологічних механізмів захисту, наприклад, на маскуванні істинних переживань, пов'язаних зі станом здоров'я.

На думку Л. Кулікова, ставлення людини до здоров'я, тобто її схильність до його збереження чи нехтування ним, може розглядатися також як особистісна якість характеру, яку можна виховувати, або впливати на її формування під час становлення особистості. Характер ставлення до здоров'я у багатьох людей має приховані серйозні протиріччя. Так, з одного боку, цінність здоров'я є достатньо значущою і людина в повсякденному житті це усвідомлює, проте, в установці на збереження здоров'я через відповідну поведінку та дії у людини спостерігається дефіцит знань про здоров'я, відсутність бажання систематично піклуватися про нього. Причому це властиво не тільки людям здоровим, але і тим, хто вже має певні проблеми зі здоров'ям [11].

У своїх дослідженнях Г. Нікіфоров також відмічає парадоксальний характер ставлення до здоров'я сучасної людини – невідповідність між потребою людини мати відмінне здоров'я та її зусиллями, спрямованими на збереження і укріплення свого фізичного і психічного благополуччя. Тому під час формування відповідального та ціннісного ставлення особистості до здоров'я можуть виникати певні перешкоди [14].

Процес формування у людини ставлення до здоров'я, як правило, відбувається ще у молодому віці. Слід наголосити, що цей процес є досить складним, суперечливим і динамічним, що обумовлено дією наступних чинників [15, с. 106-107]: 1) *зовнішні чинники* – це навколишнє середовище, що включає до себе відносини людини із соціумом, професійну діяльність

людини, наприклад, часто умови праці визначають зміну режимів активності та відпочинку людини, особливості харчування та інше; 2) *внутрішні чинники* представлені індивідуально-психологічними та особистісними особливостями людини, які впливають на ставлення людини до власного здоров'я, зокрема, самооцінка, деякі риси характеру (наприклад, оптимізм, цілеспрямованість, відповідальність, або навпаки, пасивність, недбалість тощо), психологічний стан та локус контролю. Також серед даної групи чинників можна відмітити актуальний фізичний та психоемоційний стан.

Таким чином, узагальнюючи вищевикладене, можна зробити висновок, що ставлення до здоров'я становить собою систему індивідуальних вибіркових зв'язків особистості з різноманітними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також певну оцінку індивідом свого психічного чи фізичного стану. Ставлення людини до свого здоров'я, з одного боку, відображає досвід індивіда, а з іншого – робить істотний вплив на його поведінку. Позиція особистості стосовно власного здоров'я може визначатися дією певних зовнішніх чинників, а також мати лише внутрішню зумовленість, що визначає практичну установку людини на збереження та зміцнення власного здоров'я через конкретні дії. Враховуючи вагомість даного феномену у загальному функціонуванні особистості, його багатомірність та різноманіття підходів до його вивчення, актуальним та практично значущим є більш глибоке вивчення означеної проблеми, що становить перспективу наших подальших досліджень.

Список використаних джерел

1. Башмакова О.В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров'я: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. – К., 2007. – 20 с.
2. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник СПбГУ. - 2011. - № 1. - С. 221–226.
3. Бех І.Д. Категорія «ставлення» в контексті розвитку образу «Я» особистості // Педагогіка і психологія. - 1997. - № 3 (16). - С. 9–21.
4. Бутов Р.С. Здоровий спосіб життя, як один з основних чинників збереження та зміцнення здоров'я // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини». - 2009. – Вип. 2. - С. 144–146.
5. Волошко Н.І. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип. 11. - Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2011. - С. 115–124.
6. Гусак П.М., Зимівець Н.В., Петрович В.С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: Монографія / за ред. д-ра педагог. наук, проф. П.М. Гусака. - Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. - 219 с.
7. Давигора Ю.І. Психологічний аналіз феномену здоров'я та ставлення до нього. Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. Т. 11., Ч. 1. - К., 2009. - С. 101–110.
8. Дерябо С., Ясвин В. Отношение к здоровью и здоровому образу жизни: методика измерения // Директор школы. - 1999. - № 2. - С. 7–16.
9. Жигалкіна Н.В. Психологічні аспекти ставлення до здоров'я // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. - 2015. - Т. 20. - Вип. 2 (2). - С. 51–57.
10. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. - М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. - 240 с.

11. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учеб. пособ. - СПб.: Питер, 2004. - 464 с.
12. Мясищев В.Н. Психология отношений: под ред. А.А. Бодалева / Вступительная статья А.А. Бодалева. - М.: Изд-во Московского психолого-социального института, Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. - 400 с.
13. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание: о месте психического во всеобщей связи явлений материального мира. - М.: Изд-во АПН СССР, 1957. - 328 с.
14. Супрун Д.М. Когнітивна, емоційна та поведінкова складова у детермінації поняття «ставлення до здоров'я» // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. - 2010. - Вип. 16. - С. 315–318.
15. Ярчук Ю. Природа «здорового способу життя» та чинники його формування // Вища освіта України. - 2013. - № 1. - С. 105–111.

ПРАКТИКА САНОГЕННОГО МИСЛЕННЯ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ *(Дмитренко І.П., Сергієнко М.Ю., Колокот Н.Г., Нерянов К.Ю.)*

Фізичне та психічне здоров'я особистості залежить від її адаптації до оточуючого світу, а регуляторну функцію виконує стан організму та психіки людини. Перенапруження механізмів пристосування призводить до хвороби. Професійне здоров'я визначається як здатність організму зберігати компенсаторні та захисні механізми, що забезпечують працездатність в усіх умовах професійної діяльності [6]. У якості критерію професійного здоров'я дослідники розглядають працездатність, що визначається як максимальна ефективність діяльності спеціаліста, що обумовлена функціональним станом його організму [7]. Отже, професійне здоров'я це певний рівень характеристик людини як професіонала, спеціаліста, що відповідають вимогам професійної діяльності та забезпечують її високу ефективність.

Актуальність питання збереження професійного здоров'я у реаліях сучасного українського суспільства безсумнівна. Саме професійне здоров'я є одним з основних показників «якості професійного життя», а також важливою умовою ефективності трудової діяльності, яка включає в себе не тільки високу продуктивність і якість праці, але й їх співвідношення із затраченими зусиллями працівника. В умовах праці здоров'я стає суб'єктивною самоцінністю для працюючої людини і є економічним механізмом підвищення результативності та якості праці [2].

Сучасна професійна діяльність може впливати на людину як позитивно, так і негативно (перевтома, професійний стрес, психотравмуючі фактори). В результаті впливу негативних факторів праці в людини може виникнути хронічна перевтома, емоційне напруження та інші прояви, які можуть позначитись на стані здоров'я працівника. Працівники, які досить добре пристосовані до «повсякденного» життя, але володіють недостатніми адаптаційними можливостями, насамперед виявляють схильність до зривів, які впливають на професійне здоров'я.

Отже, перед дослідниками постає питання пошуку ресурсу, який допоміг би особистості підтримувати власне професійне здоров'я на належному рівні, що, безперечно, впливає на якість праці. Одним із таких ресурсів розглядають саногенне мислення та рефлексію. Тому, у статті буде розглянуто особливості саногенного мислення та його впливу на професійне здоров'я особистості.

Питання саногенної рефлексії та мислення розглядається у психології як аспект та умова благополуччя людини не тільки психологічного, а й фізичного. Найчастіше на здоров'я людини чинять вплив стресогенні фактори, що в свою чергу порушують внутрішній баланс особистості та викликають у відповідь захисні стратегії поведінки. Такі види поведінки у стресі носять назву копінг-поведінки. Але, на жаль, у більшості випадків стрес-долаюча поведінка особистості не завжди є ефективною та такою, що зберігає здоров'я людини.

Розробка психологічних аспектів професійного здоров'я в українській психологічній науці пов'язана з іменами таких учених, як Л. Балабанова, В. Грандт, Т. Дзюба, А. Земба, Т. Майтак, Г. Мешко, О. Мешко, І. Чеботарьова та інших. Виходячи з того, що у психологічній літературі професійне здоров'я здебільшого визначається через його функціональні властивості, можна говорити про те, що це ресурс, який необхідний людині задля успішної самореалізації в контексті професійної діяльності. Також необхідно зробити наголос на важливості адаптаційних можливостей і стресостійкості організму при виконанні професійних обов'язків. У сучасній психологічній літературі ці характеристики особистості відносять до копінгу як усвідомлених способів подолання стресу та інших екстремальних ситуацій в умовах професійної діяльності. Відмічене розуміння психологічних особливостей професійного здоров'я у взаємодії «внутрішніх» ресурсів та «зовнішніх» проявів було покладено в основу даної статті.

Л. Мітіна серед показників професійного здоров'я виділяє емоційну гнучкість, адекватність емоційних реакцій [4]. Тобто, емоційна сфера особистості відіграє значну роль у професійному здоров'ї людини. Відсутність емоційного комфорту призводить до такого синдрому як «емоційне вигорання». Розвиток даного стану зумовлює робота в одному й напруженому ритмі, з великим емоційним навантаженням та з важким контингентом. Разом з цим розвитку синдрому сприяє відсутність належної винагороди (в тому числі не тільки матеріальної, але й психологічної похвали) за виконану роботу, що змушує людину думати, ніби її робота не має жодної цінності для суспільства.

Фрейденбергер вказував, що подібний стан розвивається у схильних до співчуття людей, тих, хто ідеалістично ставиться до роботи, і разом з тим у неврівноважених, які схильні до мрійництва і які мають нав'язливі ідеї. У цьому випадку синдром емоційного вигорання може являти собою механізм психологічного захисту у формі часткового, або ж повного вимикання емоцій у відповідь на шкідливі для психіки впливи [10].

Для профілактики емоційного вигорання, як реакції особистості на стрес, необхідно підвищувати рівень саногенного, реалістичного мислення

особистості. Отже, основною задачею даної статті є розкриття особливостей практики саногенного мислення як технології підтримки професійного здоров'я особистості та запобігання емоційного вигорання.

Варто відмітити, що Г. Мешко та О. Мешко також указують на необхідність розвитку саногенного мислення спеціаліста, а саме педагога. На думку авторів, теоретична і практична підготовка педагога повинна сприяти формуванню саногенного мислення майбутнього фахівця. Оволодіння таким типом мислення – найкращий психологічний захист, найкоротший шлях до збереження і зміцнення професійного здоров'я. Учитель, у якого переважає саногенний тип мислення, вміє концентрувати увагу на позитивних явищах життя, уміє прощати образи, не тримати гніву, відкритий для дружніх стосунків з учнями, колегами по роботі [3].

Ю. Орлов визначає саногенне мислення як філософію буденного життя, що сприяє фізичному та психологічному здоров'ю. Його послідовниця Т. Васильєва уточнює, що на противагу традиційному розумінню мислення як процесу, за допомогою якого вирішується певна проблема (в основі – зовнішні цілі), термін «саногенне мислення» вирішує внутрішні проблеми, пов'язані із послабленням болю від провини, заздрощів чи переживання невдачі тощо» [5].

На думку М. Даніної, саногенне мислення є психічним процесом, метою якого є вирішення важких життєвих ситуацій і перетворення власного емоційного стану, що є необхідною умовою збереження психічного здоров'я та сприяє підтримці соматичного здоров'я особистості. Основним засобом розвитку саногенного мислення, на думку авторки, є навчання розпізнаванню його проявів у процесі спостереження людини за зовнішніми об'єктивними подіями і внутрішніми психологічними процесами [2].

Ю. Орлов, у свою чергу зазначав, що думки, що виникають під впливом емоцій, не дають інформації, а дозволяють реалізувати програму емоції (заздрісні або гнівні думки засліплюють людину, відривають від реальності). Відповідно, в емоційному стані людина мимоволі вибирає той хід думок, до якого вона звикла, так як будь-яка емоція має деяку готову програму послаблення її негативного впливу в думках, і таким чином втрачається зв'язок з реальністю [5].

Патогенне мислення – це мислення, яке породжує захворювання, проявляється при абсолютній свободі уяви, відсутності гальмівних механізмів над перебігом думок і образів, відсутності рефлексивного аналізу власного мислення та неусвідомленості таких операцій розуму, що породжують емоцію [5]. Патогенне мислення посилює будь-яку складну ситуацію у відносинах людей і тим самим призводить до емоційного стресу, хвороби. Це типове для більшості людей мислення, зведене до автоматизму. Патогенне мислення примножує страждання людини: тому що за допомогою свого мислення вона відтворює в своїй уяві та думках стресову ситуацію безліч разів, що є наслідком можливої появи стану хронічного стресу, який руйнує організм, зокрема погіршується настрій, людина зазнає невдач. Для особи із патогенним мисленням характерна абсолютна залученість до ситуації навіть

після того, як вона вирішилась певним чином. Оскільки при патогенному мисленні відбувається повне злиття «Я» з образами, що виникають у свідомості, то особі із проявами патогенного мислення характерна тенденція плекати в собі й зберігати ці емоції: образу, страх, сором. Якщо розглядати типові (шаблонні) мислення людини, то його можна прирівняти до патогенного, у тому розумінні, що воно часто породжує емоційний стрес і конфлікт із самим оточенням, з усіма його наслідками для здоров'я [5]. Воно запускається в людині автоматично. Емоції, потреби, соціальні стереотипи являють собою психічні утворення, закріплені звичками, і наша свідомість не може їх охопити в цілісності, тому поведінка здійснюється несвідомо. Свідомість звужується й концентрується на чомусь одному, упускаючи інше. Розширення свідомості включає усвідомлення автоматизмів й, відповідно, набуття здатності контролювати емоції, потреби і соціальні стереотипи. Розширення свідомості полягає в тому, що людина починає усвідомлювати ті елементи поведінки, які при автоматизмі вона не усвідомлювала. У працях Е. Берна, Д. Джонгварда і М. Джеймса, Д. Фонтана і Г. Перрі, Ф. Перлза і ін. найбільш повно визначені особливості патогенного (такого, що породжує хворобу) мислення. Ознаками такого вчені вважають: відірваність від реальності; відсутність рефлексії, тенденція зберігати в собі образу, ревності, сором, страх; тенденція жити спогадами, займатися «самоз'їданням»; постійне очікування негативних подій, програмування себе на негатив; тенденція ховати своє справжнє обличчя під маскою, невміння і небажання бути самим собою; невміння ефективно використовувати свої інтелектуальні здібності тощо. Оскільки в патогенному мисленні беруть участь розумові автоматизми, які практично не усвідомлюються, розвиток саногенного мислення передбачає розгортання процесу рефлексії у важких життєвих ситуаціях, усвідомлення патогенних компонентів, що беруть участь у породженні негативних емоційних переживань, їх довільна заміна і далі – згортання процесу до автоматичного стану.

Спираючись на вищезазначений опис феномену патогенного мислення, можна припустити, що такий вид мисленевої діяльності призводить до погіршення професійного здоров'я особистості. А отже, на противагу патогенному мисленню необхідно розвивати саногенну рефлексію та мислення.

С. Рудаков, Н. Ярош у своїх дослідженнях вказують на можливості саногенного мислення та рефлексії як особистісних ресурсів, що дозволяють підвищувати стресостійкість особистості та покращувати ступінь ефективності та адаптивності копінг-стратегій [8; 9]. Цікавою, на нашу думку, є праця Н. Ярош, у яких авторка підкреслює значущість саногенного мислення не тільки як способу підтримки фізичного здоров'я, а й психологічного. При чому, у її дослідженнях експериментально доведено, що саногенне мислення може виступати чинником, що впливає на вибір особистістю таких стратегій подолання стресу, які направлені на конструктивне вирішення проблеми, її позитивну переоцінку. Такі стратегії поведінки виступають основою професійного здоров'я особистості [11].

Теоретичною основою методу саногенного мислення та рефлексії є теорія Ю. Орлова. Саногенне мислення дозволяє вирішувати кризові стани особистості, що викликані різноманітними життєвими обставинами. Система саногенного мислення здатна поступово навчити людину робити несвідоме свідомим у результаті розвитку здатності контролювати розумові операції, що породжують негативні емоції. Наявність саногенного мислення у особистості може зберігати й активізувати компенсаторні, захисні, регуляторні механізми, що забезпечують працездатність та ефективність [5].

Саногенне мислення розширює розгалуженість шляхів думки та розкріпає думку, пропонуючи нові програми, що зменшують надмірний прояв емоцій. Щоб міркувати саногенно, необхідно випрацювати нові звички міркувати про конкретну емоцію (наприклад, образа, заздрість, сором). Тоді ці емоції не зможуть однозначно програмувати хід думок та поведінку [1].

Метод саногенного мислення базується на аутопсихоаналізі емоцій, у ході якого відбувається зменшення руйнівного заряду негативних емоцій. У процесі розмислення за певним алгоритмом емоції, відбувається усвідомлення та корекція власних очікування, котрі являються стереотипними програмами власної поведінки та поведінки інших людей [9].

У роботі з методом саногенного мислення важливою складовою є аналіз роботи власного розуму. Для того, щоб аналізувати процес необхідно розуміти те, як він протікає. Отже, для того щоб розмислити емоцію необхідно зрозуміти процес її виникнення. Саногенна рефлексія – це головний інструмент управління емоціями.

Для саногенного мислення характерний динамізм зв'язку особистості зі світом образів, у якому відображуються життєві ситуації. В процесі цього виду мислення суб'єкт відокремлює себе від власних переживань і спостерігає за ними; він відтворює стресову ситуацію на тлі спокою та концентрації уваги, пристосовується до неї. Важливим є також розуміння людиною тих психічних станів, які контролюються (скажімо, розуміння природи страхів, сорому, образи тощо). Інакше кажучи, саногенне мислення вимагає досить високого рівня розвитку психологічної культури особистості.

У результаті навчання саногенному мисленню особистість може досягнути наступних результатів: повернути душевну рівновагу у результаті загаснення «розмисленням» негативних емоцій: образи, провини, заздрості, страху, невдачі, сорому; сформувати почуття впевненості, відчуття самоповаги; здобути здатність до конструктивного вирішення конфліктних ситуацій, покращення міжособистісних відносин; позбутися невротичних реакцій на фактори внутрішньої та зовнішньої середовища організму, що значно покращить самопочуття; вийти із стану хронічного емоційного стресу, нормалізація сну, подолання хронічної втоми [5].

На сьогодні існує ряд експериментальних досліджень, що доводять позитивний вплив саногенної рефлексії та мислення на особистість людини, результативність її діяльності, а також зниження тривожності, оптимізації акцентуацій характеру, соціально-психологічної адаптації, підвищення академічної успішності. Основним методом досягнення саногенного

мислення та розвитку саногенної рефлексії є аутопсихоаналіз емоцій у процесі оволодіння курсом навчання саногенному мисленню, що представлений системою конкретних вправ та індивідуальних тренінгів по роботі з різноманітними емоційними станами. Виконуючи ці вправи, людина здобуває стійку здатність «розмислити» власні емоції та засвоїти цілющі моделі мислення та поведінки. Дана практика також виступає чинником ефективності стрес-долаючої поведінки особистості [9].

Обґрунтувавши роль саногенного мислення у життєдіяльності людини, вчені визначили дві головні його функції: зовнішню та внутрішню. Зовнішня функція полягає в тому, що мислення може бути спрямоване на досягнення будь-якої зовнішньої мети; є інформаційним обслуговуванням соціальної, професійної і побутової поведінки. Внутрішню функцію вчені поділяють на: 1) захисну – попередження страждання або позбавлення від нього та 2) гедоністичну – підвищення радості і задоволення від життя. Також саногенне мислення виступає як: захист від страждання (в результаті позбавлення тривалих затяжних станів патогенного характеру, що часто тільки посилюють страждання); усуває автоматизми (саногенне мислення дозволяє людині усвідомити всю послідовність актів мислення, що викликають почуття провини і тим самим робить можливим усунення автоматизму); є проявом психологічного захисту; підвищує задоволення від життя.

Таким чином, теоретичний аналіз проблеми підтримки професійного здоров'я та запобігання емоційного вигорання вказує на необхідність розвитку у особистості навичок саногенного мислення. Саногенне мислення є психічним процесом, метою якого є вирішення важких життєвих ситуацій і перетворення власного емоційного стану, що є необхідною умовою збереження психічного здоров'я та сприяє підтримці соматичного здоров'я особистості. Сутність саногенного мислення полягає в конструктивному переосмисленні минулого досвіду, виявленні неефективних рефлексивних стратегій, які обслуговують звичайну філософію, позбавлену наукових підстав, що приводить до страждання. Саногенне мислення здатне покращити такі показники професійного здоров'я як емоційна гнучкість та адекватність емоційних реакцій. Адже, емоційна сфера особистості відіграє значну роль у професійному здоров'ї людини. Наявність емоційного комфорту забезпечить низьку вірогідність такого синдрому як «емоційне вигорання».

Список використаних джерел

1. Гільман А.Ю. Саногенне мислення в процесі збереження психологічної стійкості особистості // Матеріали Міжнародної конференції «Формалізація наукового пошуку: позитивні та негативні сторони». – Київ, 2014. – С. 85–88.
2. Данина М.М. Кинотерапия как средство развития саногенного мышления // Человек. Сообщество. Управление. – Краснодар, 2011. – Вып. 1. – С. 99–109.
3. Мешко О.І., Мешко Г.М. Синдром «емоційного згорання» вчителя у контексті професійної діяльності шкільного психолога // Психолого-педагогічні засади професійного становлення особистості психолога. – Тернопіль, 2003. – Ч. 3. – С. 104-112.
4. Митина Л.М. Профессиональное развитие и здоровье педагога : проблема и пути решения // Вестник образования России. – 2005. – № 7. – С. 48–58.

5. Орлов Ю.М. Оздоровляющее (саногенное) мышления. Кн. 1. – М.: Слайдинг, 2006. – 96 с.
6. Пономаренко В.А., Ворона А.А. Формирование личности профессионала // Первые международные чтения. Тезисы докладов. – М., 1991. – С. 115–119.
7. Психология здоровья / Г.С. Никифоров, В.А. Ананьев, И.Н. Гуревич и др. / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербург. ун-та, 2000. – 504 с.
8. Рудаков А.Л. Стресс, стрессоустойчивость и саногенная рефлексия в спорте: монография. – Красноярск: Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, 2011. – 150 с.
9. Ярош Н.С. «Практика саногенної рефлексії як умова ефективної стрес-долаючої поведінки особистості» // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія» – 2016. – № 61 – С. 39-44.
10. Frydenberg E., Lewis R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? // American Educational Research Journal. - 2000. - № 37 (3). - P. 727–745.
11. Yarosh, N. S. Sanogenic thinking as a factor of stress-coping behavior // Fundamental and Applied Researches In Practice of Leading Scientific Schools. – 2017. - № 21 (3). - P. 108-113.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ *(Горяна Л.Г.)*

У наш час модернізація вітчизняної освіти передбачає розроблення стратегій розвитку системи професійної діяльності педагогічних працівників різних категорій. Визначення потреб і пріоритетів педагогічного ринку праці, активне поширення інноваційних технологій навчання, створення науково-методичного супроводу професійного самовдосконалення кожного педагогічного працівника на основі впровадження практико-орієнтованих програм розвитку професійної компетенції, методичної культури, а також саморозвитку й самореалізації [2, с. 12].

Модернізація (осучаснення) післядипломної освіти в Україні покликана сприяти розвитку особистісних якостей педагогічних працівників. Означене пояснюється тим, що вітчизняна освіта потребує підготовку фахівців нової генерації, котрі сучасно освічені, здатні до співробітництва, морально стійкі, здатні самостійно приймати рішення у ситуаціях вибору, прогнозувати можливі наслідки практичної професійної діяльності. Це група фахівців, які відрізняються мобільністю та динамізмом, конкурентноздатністю, котрим притаманна громадянська відповідальність за долю всіх учасників навчального процесу [2, с. 14].

Здоров'я людини виступає у наші часи неперехідним зацікавленням людинознавчих наук – філософії, педагогіки, психології, медицини, соціології упродовж усіх етапів їх розвитку.

Статистика свідчить, що за період 1999-2017 рр. серед молодших класів, прослідковується патологічна враженість, яка збільшилася на 54%, поширеності функціональних відхилень зросла на 59,8% і на 31,8% - частота,

що зустрічається хронічних захворювань. За даними дослідників більше половини школярів з ослабленим здоров'ям, дві третини дітей до 14 років мають ту чи іншу хронічну хворобу, майже 87% випускників загальноосвітніх шкіл за станом здоров'я обмежені у виборі професії (В. Кучма).

Актуальність зазначеної проблеми полягає в тому, що особливе обурення викликає стан здоров'я учнів великих мегаполісів, яким за порівняно невеликий проміжок часу доводиться переносити ряд гострих або хронічних емоційних дій як соціального, так і природного характеру, в результаті котрих кількість нервово-психічних порушень серед дітей і підлітків зростає майже в 2 рази.

Адже вказана «страхітлива статистика», на думку науковців вимагає довгострокових програмних заходів і стрункої державної політики, спрямованих на створення комфортних умов для навчання, поліпшення якості життя, охорону здоров'я всіх учасників навчально-виховного процесу в закладах освіти України [4, с. 120].

Стан здоров'я педагогічних працівників також викликає занепокоєння. Сучасні педагогічні працівники працюють в умовах постійної нервово-психічного напруження і хронічного стресу. За даними соціологічних досліджень, у третини учителів (більше 30%) показник міри соціальної адаптації рівний або нижче, ніж у хворих невротиками. Конфліктогенність соціального середовища збільшує можливість виникнення у педагогічних працівників соціально-психологічної дезадаптації. Крім того, професія педагога припускає підвищені емоційні навантаження. Саме тому зазначеній групі пед. працівників необхідно володіти засобами самодіагностики, самодопомоги, самопідтримки і самокорекції як елементами здоров'язбереження.

Одним з найважливіших аспектів гуманізації утворення В. Бєляєв і М. Мухін рахують здоров'язбереження всіх суб'єктів освітнього процесу. З цією метою в школі необхідно впроваджувати здоров'язбережувальні педагогічні технології які сприятимуть створенню здоров'язбережувального освітнього простору.

Здоров'язбережувальні педагогічні технології - це сукупність умов, засобів, форм, методів, прийомів, способів навчальної діяльності, сприяючих формуванню позитивних емоцій (стосунки) до навчання, спрямованих на полегшення вивчення навчального матеріалу і засвоєння його у більше стислі терміни, на усунення перевантажень у навчальній діяльності та збереження здоров'я школярів. Г. Кумарину пише, що до педагогіки увійшло нове поняття - «діти ризику шкільної дезадаптації», що пограничні недоліки психічного розвитку далеко не завжди мають біологічну етимологію (причинність), часто вони прямо співвідносяться з особливостями соціального середовища, дефектами виховання. На зазначений факт звертали увагу такі знані зарубіжні та вітчизняні вчені, як В. Кашенко, Л. Виготський, П. Блонський, Г. Кумарину вказує на усвідомлення необхідності посилення ролі школи та педагогів в охороні здоров'я учнівської молоді.

Під поняттям «здоров'язбережувальні технології» ми розуміємо сукупність педагогічних та дидактичних прийомів, форм, засобів та методів,

спрямованих на побудову психологічно комфортного освітнього середовища, що сприяє формуванню здоров'язбережувальної компетентності особистості [1, с. 8].

Але зазначені знання та вміння не стануть актуальними для самого педагогічного працівника без сформованих в його самосвідомості здоров'язбережувальних ціннісних орієнтацій. Без стійкої мотивації педагогічного працівника неможливо вирішити такі проблеми: а) запобігти раннього професійного вигорання; б) творчого довголіття; в) успішної самоосвіти; г) самовдосконалення; д) створення іміджу професійного успіху [1, с. 9].

У наш час активізується процес удосконалення підходів до підвищення кваліфікації педагогічних працівників. Це продиктовано вимогами підготовки фахівців відповідно до світових запитів. В інформаційному просторі з'явилися цікаві праці вітчизняних і зарубіжних науковців, які присвячені вдосконаленню сутнісних основ збереження здоров'я всіх учасників освітнього середовища (В. Бобрицька, С. Болтівець, П. Воловик, Л. Тихомирова та ін.)

В. Бобрицька зазначає, що «здоров'язбережувальна освіта» - комплексна системна діяльність освітнього закладу щодо застосування в практиці освіти різних здоров'язбережувальних технологій з метою мінімізації дії основних шкільних чинників ризику руйнування здоров'я на дітей і підлітків [3, с. 109].

На думку С. Болтівця розв'язати окреслені складні суспільні завдання здатні педагогічні працівники, особистісні та професійні якості котрих дозволяють керувати змістом освіти, виховувати молодь за вимогами часу. Методична культура яких дозволяє трансформувати знання отримані з різних інформаційних джерел (під час курсової перепідготовки).

Досліджень з вищевказаної проблеми украй мало. З урахуванням вищевикладеного є усі підстави вважати актуальними дослідження, котрі присвячені теоретичному обґрунтуванню науково-практичної корисності формування здоров'язбережувальних ціннісних орієнтацій педагогічних працівників різних категорій. Без стійкої мотивації педагогічних працівників на здоров'язбереження неможливо розв'язати проблему їхнього творчого довголіття, успішного самонавчання, самовдосконалення та успішного іміджу. Сформованість готовності сучасного педагога до оволодіння методиками впровадженням здоров'я збережувальних технологій вважаємо розглядати як найважливішу складову його професійної компетентності.

Головні проблеми ефективної реалізації означених процесів полягають у забезпеченні якісного та чітко вимірюваного результату формування у професорсько-викладацького складу в педагогічних ВНЗ й інститутів післядипломної педагогічної освіти в межах ключових професійних компетентностей на міждисциплінарній основі щодо здатності впроваджувати спеціальні методики здоров'язбережувальних, здоров'яорієнтованих, здоров'ятворчих технологій у серед майбутніх учителів, у кола - курсистів, педагогічних працівників різних категорій, які вдосконалюють свою кваліфікацію [1, с. 12].

Здоров'язбережувальна освітня технологія» (за Ю. Науменком) - система різних цілеспрямованих дій на цілісний навчально-виховний процес, організований освітньою установою для медико-психолого-педагогічної профілактики і корекції негативних психофізіологічних, психологічних і особистісних станів школярів у рамках традиційної системи освіти.

Отже, здоров'язбережувальна освіченість педагогічного працівника постає ключовим у системі професійних компетентностей. Указане вимагає впровадження компетентнісного підходу до формування та розвитку професіоналізму; створення насиченого освітнього середовища, адаптивного управління якісними процесами підвищення кваліфікації. Оскільки здоров'язбережувальна категорія має усі ознаки ключової, через специфіку феномена здоров'я людини як біосоціальної істоти, особистості та індивідуальності, вона концентрує в собі усі характеристики соціальних, полікультурних, комунікативних компетентностей, які спрямовані на саморозвиток і самоосвіту, продуктивну й творчу діяльність педагогічних працівників різних категорій.

Список використаних джерел

1. Горяня Л.Г. Генетично детерміновані органоспецифічні зміни деяких морфометичних характеристик тканин організму при різних екзогенних впливах // Фізіологічний науково-теоретичний журнал Інституту фізіології імені О.О. Богомольця НАНУ. - Том 53, № 2. – К: Видавничий дім «Академперіодика», 2007. - С. 8-16.
2. Горяня Л.Г. Безпека життя як спосіб реалізації національної ідеї в Україні // Безпека життєдіяльності Київ, 2004.– № 4. - С. 36-37.
3. Бобрицька В.І., Роман В.В. Здоров'я в системі професійних і життєвих інтересів майбутнього педагога // Валеологічна освіта як шлях до формування здоров'я сучасної людини: Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. – Полтава, 1999. – С. 107 – 109.
4. Гончаренко М.С. Цели и задачи валеологии, направления развития // Наука здоровья. Этюды валеологии: Сб. науч. тр. / Под общ. ред. В.П. Гоча. – Севастополь: Севастопольский валеологический центр «Лаукар», 2000. – 364 с.

САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

(Михайленко Л.М.)

Цілісність особистості є одним з головних критеріїв її психічного здоров'я. Душевне здоров'я прийнято визначати і по ступеню залученості в спілкування, в соціальну взаємодію. Становлення внутрішнього світу особистості відбувається в процесі формування і реалізації різноманітних соціальних відносин і взаємодій людини в суспільстві і групах. Психічно здорова людина та, яка сприяє розвитку суспільства, своєю працею вносить позитивний внесок до його існування, відчуває себе активним учасником соціальної системи. Тому здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь в соціальній діяльності і суспільно корисній праці розглядається як один з найважливіших критеріїв психічного здоров'я і необхідна умова самоактуалізації особистості.

Під психічним здоров'ям ми розуміємо стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і що забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності [8].

Психічне здоров'я - це стан індивіда, що характеризується цілісністю і узгодженістю всіх психічних функцій, що знаходяться в нормі і забезпечують такі аспекти особистості[2]: суб'єктивну психічну комфортність, коли людина задоволена роботою і життям в цілому, її найважливіші потреби також знаходять задоволення, а внутрішньоособистісна рівновага веде до гармонії і переживання щастя; здатність людини до цілеспрямованої осмисленої діяльності, коли вона може ставити цілі, планувати, організовувати свою діяльність і контролювати свою поведінку; розвиток адекватних форм поведінки, причому визначення адекватності варіює щодо соціальних і культурних норм.

Проблема формування психічно здорової особистості знайшла відображення в гуманістичній психології, предметом вивчення якої є цілісна людина в її вищих виявах, розвиток самоактуалізації особистості, її цінності, смисли, любов, творчість, свобода, відповідальність, автономія. В контексті гуманістичної психології вивчаються рушійні сили становлення і розвитку особистості, її потреб і цінностей (Ф. Баррон [13], Ш. Бюлер [4], А. Маслоу [16], В. Франкл [4]). Актуальною є проблема вивчення процесу формування психічно здорової, повноцінної, самоактуалізованої особистості (С. Джурард [13], А. Маслоу [5], К. Роджерс [10]).

У доповіді Асоціації гуманістичної психології йдеться про те, що з самого початку гуманістична психологія займалася вивченням тих здібностей і можливостей людини, до яких не зверталися ані психоаналіз, ані біхевіоризм, а саме – любов, творчість, «Я», реалізація можливостей, вищі цінності буття, становлення, спонтанність, смисл, досвід, психічне здоров'я особистості. Це психологія, метою вивчення якої є здоровий творчий індивід [9].

На основі ідей гуманістичної психології про психічно здорову особистість ми розробили програму психологічного стимулювання самоактуалізації особистості, яку можна класифікувати як корекційну складову технології збереження психічного здоров'я особистості. Аудиторія учасників може бути досить різноманітною. Найбільш оптимальною є група учасників від 8 до 12 осіб.

У структуру програми входило два блоки: *інформаційний і тренінговий*, реалізовані на дванадцяти заняттях (таблиця 1). Перше заняття тренінгового блоку присвячено формуванню групи, моніторингу цілей учасників, останнє - рефлексії учасників щодо програми, решта вісім - основним рисам самоактуалізуючої особистості - креативності, контактності, відповідальності, автономності, самоприйняття, глибинності переживань, синергічності, сенсу життя. Структура кожного заняття включала три елементи: 1) знайомство з характеристиками певної риси, яка пророблялася, пояснення змісту і цілей теми, вправи для «розминки»; 2) основна частина; 3) рефлексія теми в цілому[1], [3], [11].

Таблиця 1

**Структура та зміст програми «Психологічне стимулювання
самоактуалізації особистості»**

Тема заняття	Мета заняття	Вправи та завдання	Час (хв.)
Інформаційний блок			
1. Самоактуалізація як технологія збереження психічного здоров'я особистості	Ознайомити з основними принципами та етичними підходами гуманістичної психології	1. Концепція самоактуалізації особистості А. Маслоу: основні положення, умови, особливості процесу 2. Анкета «Якості самоактуалізованої особистості у мене»	50 30
2. Обмеження та перешкоди самоактуалізації особистості	Ознайомити з механізмами психологічного захисту	1. Вплив захисних механізмів на темпи самоактуалізації особистості 2. Діагностика типологій психологічного захисту (Р. Плутчик)	40 40
Тренінговий блок			
1.Формування групи (2 год.)	Сформувати мотивовану групу учасників тренінгу	1. Мета тренінгу 2. Моніторинг цілей 3. Лист до себе – 1 4. Знайди односторонців 5. Екзистенційні цінності 6. Рівень співвідношення Цінності і Доступності (за Є. Фанталовою) 7. Домашнє завдання	15 20 15 20 20 30
2. Креативність (2 год.)	Уміти розкривати свій потенціал, бути життєтворчим	1. Привітання 2. Клинопис 3. Мозковий штурм 4. Розмова з долею 5. Мультфільм 6. Загадка семи мудреців	10 5 10 30 45 20
3. Контактність (4 год.)	Сформувати вміння викликати довіру до себе, цінувати міжособистісні стосунки як джерело життєвого досвіду та досвіду саморозуміння	1. Молекули 2. Зірки на небі- 1 3. Візитка 4. Розмова без слів 5. Рідна душа і душа компанії 6. Моя улюблена гра 7. Риси контактної людини 8. Пазли 9. Зірки на небі - 2	5 15 8 5 25 35 25 10 15
4. Відповідальність (2 год.)	Навчити сприймати рішення не лише як завершення неминучих подій, а й як початок нового ланцюга вчинків	1. Чародій і горіхи 2. Незакінчені речення 3. Формула відповідальності 4. Вибір відповідальності 5. Творчий потенціал	15 40 30 35 35
5. Автономність (4 год.)	Навчити умінню довіряти собі і бути цікавим для себе самого	1. Моя формула і мій герб 2. Характероутворюючі зв'язки 3. Залежність 4. Довіра до себе 5. Я справжній, коли... 6. Метафори	40 25 25 35 30 30

6. Самоприйняття (4 год.)	Уміти бути різним, залишаючись самим собою	1. Стіна нерозуміння 2. Аплодисменти 3. Герой мультфільму 4. Коло субособистостей 5. Дерево мого успіху 6. Неприйняття себе 7. Парадокси 8. Я – Місто	25 25 30 50 15 50 30 40
7. Глибинність переживань (4 год.)	Актуалізувати уміння не тільки розуміти цінності, а й переживати їх	1. Дерево 2. Дві краплини олії 3. Аксіоми Лефевра 4. Мійсенс 5. Хокку 6. Нобелівська премія	20 20 40 25 50 70
8. Синергічність (2 год.)	Здатність коригувати свою сутність	1. Пари дуальностей 2. Літопис 3. Рівень домагань особистості (В. Гербачевський) 4. Самооцінка особистості (В. Семиченко) 5. Герой	15 30 20 20 40
9. Сенс життя (4 год.)	Свідомий пошук та створення сенсу	1. Знаки пунктуації 2. Типисамовдосконалення 3. Жити з останніми рішенням 4. Як я планую провести наступні 10 років мого життя 5. Самоактуалізована особистість 5. Життєві завдання 5. Дерево життя 6. Психологічні рецепти	15 25 25 15 20 60 40 40
10. Рефлексія тренінгу (4 год.)	Діагностика та самодіагностика ефективності тренінгу	1. Опитувальник САТ (Самоактуалізаційний тест)-2 2. Опитувальник рефлексивності 3. Лист до себе-2 4. Талісман 5. Лабіринт	40 25 30 20 15

Складання програми стимулювання базувалось на таких принципах: врахування теоретичних основ феномена самоактуалізації особистості; орієнтованість на вікові психологічні особливості; застосування методик та вправ, що припускають різноваріантне ставлення до предмету та результатів обговорення; динамічність, цікавість та смислова цінність занять.

Першим етапом втілення програми «Психологічне стимулювання самоактуалізації особистості» була робота з активізації самопізнання шляхом реалізації **інформаційного блоку**, що складався з двох етапів. На етапі *прагнення* було створено мотивацію на відвідування занять у групі з метою активізації у учасників бажання змінити себе. На етапі *усвідомлення* активізація самопізнання учасників здійснювалася шляхом ознайомлення їх з основними положеннями гуманістичної теорії, поглядами на розвиток особистості як класиків, так і сучасних вчених, що переймаються проблемою

самоактуалізації та психічного здоров'я особистості, в межах тем «Самоактуалізація як технологія збереження психічного здоров'я особистості» та «Обмеження та перешкоди самоактуалізації особистості».

Аналізуючи роботи А. Маслоу [5], [16], учасники програми знаходили перелік характеристик психічно здорової особистості: об'єктивне сприйняття реальності; повне прийняття своєї натури; захопленість і відданість якій-небудь справі; простота і природність поведінки; потреба в самостійності, незалежності і можливості де-небудь усамітнитися, побути наодинці; інтенсивний містичний і релігійний досвід, наявність вищих переживань; доброзичливе і співчутливе відношення до людей; нонконформізм (опір зовнішньому тиску); демократичний тип особистості; творчий підхід до життя; високий рівень соціального інтересу (ця ідея була запозичена у А. Адлера [15]).

Знайомство з концепцією К. Роджерса дозволило виділити два типи особистостей: «особистість, яка повноцінно функціонує», і «неприспосована особистість». Перший тип має набагато більше шансів для успішної самоактуалізації та досягнення психічного здоров'я. Вчений характеризує таку особистість як відкритую для переживань, котрій притаманний екзистенційний спосіб життя, організмична довіра, емпірична свобода та креативність [9].

Стан оптимального психологічного здоров'я у гештальт-терапії Ф. Перлса учасники пов'язували зі зрілістю, для досягнення якої індивід повинен подолати прагнення отримати підтримку з довкілля й знайти нові можливості підтримки у самому собі [7].

У працях Г. Олпорта учасники побачили, що психічно здорова особистість має біологічну, психологічну, соціальну і духовну цілісність. Найважливішою ознакою здоров'я особистості на духовному рівні є її прагнення розвиватися, самоудосконалюватися відповідно до високих етичних і духовних ідеалів. Психічне здоров'я на цьому рівні виявляється в узгодженості сенсу життя з цілями професійної діяльності. Для цього необхідні: сформованість особистісної ідентичності на загальнолюдському рівні, самовизначення у сфері вирішення екзистенціальних питань буття, в питанні про сенс людського життя і смерті; наявність уявлення про місце людини в світі.

Аналіз робіт Г. Олпорта показав, що в ситуації вибору особистість приймає не лише позитивні цінності, але й регресивні, які допомагають їй вижити в світі. Першу групу вчений називає цінностями росту, другу – цінностями здорового регресу [6].

На другому занятті інформаційного блоку «Обмеження та перешкоди самоактуалізації особистості» учасникам програми було доведено, що значна частина дослідників шукає шляхи самоактуалізації особистості через виявлення та усунення захисних механізмів.

Поняття «психологічного захисту» було введено З. Фрейдом як засіб розв'язання конфлікту між свідомим і несвідомим. Більшість психодинамічних теорій виходять з того, що основним завданням «Я» є

збереження балансу між зовнішніми (соціальними) силами, які діють на людину, і внутрішніми (несвідомими), і як тільки виникає напруга, то душа захищає себе за допомогою того чи іншого механізму (раціоналізації, ізоляції, витіснення тощо). Ґрунтовні дослідження феномену психологічного захисту були здійснені А. Фрейд [12].

Разом з тим, учасники зрозуміли, що кожен з механізмів психологічного захисту може виконувати як позитивні функції у збереженні балансу між Воно і Зверх-Я, а значить самоактуалізації їх особистості, так і негативні.

Так, «его-захист», на думку А. Маслоу, є внутрішньою перешкодою розвитку особистості. Для того, щоб вирішити проблеми з захистами, перш за все необхідно зрозуміти їхню сутність, спрямованість та механізм їх дії. Особистість повинна спробувати звести до мінімуму деформації, що створюються «захистами» у власній психіці [5].

Ф. Перлс описав чотири механізми, які є перешкодами у самоактуалізації особистості. Це – інтродекція, проекція, злиття та ретрофлексія [7].

Незнання, невідання чинників негативної поведінки є перешкодою до особистісного зростання з точки зору Б. Скіннера. Першим кроком у такому випадку є визнання, а другим – змінення поведінки, яка підтримує невідання. Визнання є першим кроком до розширення репертуару поведінкових форм [12].

Учасники побачили, що У. Джеймс акцентує увагу на таких перешкодах як невідреаговані емоції, блокування чи накопичення яких веде до емоційного захворювання. Та це не означає, що їх завжди треба проявляти, оскільки це може бути шкідливим. Сильні почуття краще переводити в дії [12].

Загалом учасники зрозуміли, що всі захисти, окрім сублімації, яка дійсно знімає напругу, блокують прямий прояв потреб. Будь-який з цих механізмів може бути віднайдений у здоровому індивідуумі, проте їх наявність вказує, як правило, на можливі невротичні симптоми.

Т. Яценко говорить про те, що у більшості робіт психологічні захисні механізми представлені як такі, що існують автономно. Але проведені нею дослідження показали, що вони «функціонують у певній цілісній і досить динамічній системі, індивідуально неповторній для кожного суб'єкта» [14, с. 56]. Далі автор зазначає, що самоактуалізація особистості є результатом гармонізації свідомого і несвідомого у поведінці суб'єкта, «збільшення сили «Я» через опанування логіки власного несвідомого і зняття тим самим суперечностей зі свідомістю» [14, с. 58].

Одночасно з реалізацією інформаційного блоку учасникам було запропоновано виконати завдання *тренінгового блоку*. Рівні роботи тренінгу охоплювали рівні поведінки, здібностей, можливостей, переконань. *На рівні поведінки* формувалися навички адекватної самооцінки і самосхвалення, а також уміння активно застосовувати набуті знання і навички у житті і нових життєвих ситуаціях зокрема. На цьому рівні більшою мірою застосовувалися техніки моделювання поведінки, або когнітивно-біхевіоральної терапії. Основна увага була акцентована на аналізі ірраціональних переконань та

формуванні суджень щодо самоефективності. На рівні здібностей і можливостей головним завданням було научіння позитивному і парадоксальному мисленню, уміння фіксувати дезадаптивні установки, які створюють проблеми. На цьому рівні підключалися техніки гештальт-терапії, оскільки саме гештальт-підхід пропонує людині не стільки розуміти і навчатися, скільки експериментувати з метою максимального розширення життєвого (соціального) простору і свободи вибору. Рівень переконань торкався питань реалістичності оцінок та уміння сприймати безоцінково, конкретизації почуття невизначеності, проблем вибору і відчуття необмеженості вибору, уміння розмірковувати над питаннями і формулювати завдання у різних системах виміру. Такі питання міг вирішити підхід, у якому основну увагу приділено «свободі волі», неускладненому розвитку особистості, усвідомленню відповідальності за вибір життєвого шляху та формування внутрішнього світу.

Отже, основними принципами психотерапевтичних корекційних технік стали поняття завершеності, самоефективності, автентичності, на основі яких було сформульовано *концепцію тренінгового блоку*: людина, яка вірить у свою успішність, прагне більш чітко сформулювати своє життєве призначення і своє ставлення до життя та стати автентичною, справжньою, самою собою, самоактуалізованою, психічно здоровою.

Тренінговий блок проходив у два етапи. Перший етап – *визнання* – виявився особливо складним. Учасники вчилися відділяти свої думки, почуття та вчинки від почуття власної гідності, самооцінки, концентруватися на теперішньому, а не на минулому чи майбутньому. Учасники мали приймати себе такими, як вони є, припинити порівнювати, критикувати, звинувачувати себе, що зашкоджує процесу їх особистісного зростання. Другий етап тренінгового блоку – це етап *вибору*, що проявлявся у кожного учасника індивідуально. З того моменту, коли учасник починав з готовністю себе приймати, перед ним поставав вибір. Менша зосередженість на власних помилках робила його більш відкритим для нових думок та дій, відбувалася переоцінка цінностей.

Результати апробації програми «Психологічне стимулювання самоактуалізації особистості» як технології збереження психічного здоров'я особистості засвідчили: особистісне зростання учасників як загалом, так і за окремими компонентами; поглиблення їх уявлення про себе і свій актуальний стан; знаходження можливості відчути себе більш справжніми, аутентичними, сильними і творчими; вміння визначати чинники, що уповільнюють процес самоактуалізації їх особистості. Розроблена та апробована нами програма показала свою ефективність та можливість її впровадження у навчально-виховний процес закладів допрофільної, профільної і вищої освіти, а також у діяльності організацій, підприємств тощо.

Список використаних джерел

1. Битянова Н. Р. Психология личностного роста: Практическое пособие по проведению тренингов личностного роста психологов, педагогов, социальных работников. - М.: Междунар. пед. акад., 1995. – 67 с.

2. Бойко О. В. Охрана психического здоровья: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2004. – 268 с.
3. Личность. Теории, упражнения, эксперименты / Р. Фрейдджер, Д. Фейдимен: Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 608 с.
4. Мадди С. Р. Теории личности: сравнительный анализ / Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2002. – 539 с.
5. Маслоу А. По направлению к психологии Бытия / Пер. с англ. Е. Рачковой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 272 с.
6. Олпорт Г. Становление личности: избранные труды. – М.: Смысл, 2002. – 341 с.
7. Перлз Ф. Опыты психологии самопознания (практикум по гештальттерапии). – М.: Гиль-Эстель, 1993. – 240 с.
8. Психология: Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
9. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ., общ. ред. и предисл. Е. И. Исениной. – М.: Прогресс, Универс, 1994. – 480 с.
10. Роджерс К. Клиентоцентрированный / человекоцентрированный подход в психотерапии // Вопросы психологии. – 2001. – № 2. – С. 48-58.
11. Рудестам К. Групповая психотерапия / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 384 с.
12. Становление личности // Психология личности в трудах зарубежных психологов / Сост. и общая редакция А. А. Реана. – СПб.: Питер, 2000. – С. 65-79.
13. Теории личности /Л. Хьелл, Д. Зиглер. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 608 с.
14. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції. – К.: Либідь, 1996. – 262 с.
15. Adler A. Psychotherapie und Erziehung: Ausgewählte Aufsätze. Bd. III: 1933-1937 // Hrsg. von H. Ansb./R. F. Antoch. Frankfurt am Main: Fisher Taschenbuch Verlag, 1983. – 217p.
16. Maslow A. H. Motivation and personality(3rd ed.). -New York: Harper and Row, 1987. -395 p.

«ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ». ТЕХНОЛОГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я (*Косман А.А.*)

Ми живемо у час змін соціально-економічних умов. Проблеми скорочення робочих місць, безробіття, відсутності мотивації в нашій країні сягають величезних масштабів. У зв'язку з цим все більше людей, змушені шукати прибутку, погоджуються на ненормовану роботу, яка забирає багато сил і часу. Наслідком неправильно організованої робочої діяльності являється професійний стрес, який відображається на працездатності людини і проявляється в емоційному, психічному, фізичному виснаженні. В результаті виникає професійна деформація особистості, крайнім негативним виявом якої являється синдром «професійного вигорання».

Питання управління професійним стресом і попередження «професійного вигорання» є соціально важливим і актуальним. Ще Зігмунд Фрейд відзначив, що однією з головних ознак психічного здоров'я людини являється її здатність працювати. Сучасні умови життя є серйозною загрозою для працездатності особистості, а отже і для її здоров'я. Феномен вигорання на робочому місці визнаний у всьому світі. Дослідники та управлінці різних країн присвячують свої роботи проблемі попередження даного синдрому, а також відновлення психічного здоров'я «згорілих» працівників. Реалізація

профілактичних програм показує позитивні результати в питаннях профілактики дистресу і вигорання [1].

Наслідками недостатньої уваги до профілактики робочих стресів, відсутності стратегії їх попередження та управління можуть стати: плінність кадрів; зниження трудової мотивації і продуктивності роботи; професійна безвідповідальність; втрата ініціативності і творчої активності; зниження лояльності до організації [1-3].

Тобто, негативні наслідки синдрому «професійного вигорання» в масштабі особистості одного працівника несуть загрозу для функціонування організації в цілому.

Першим термін «вигорання» в психологію ввів американський психіатр Герберт Фрейденберг в 1974 році. Він досліджував стан здорових людей, які були змушені працювати в умовах високого емоційного навантаження та інтенсивного і тісного спілкування з клієнтами. Величезний вклад у дослідження феномену «професійного вигорання» зробила Кристина Масlach, яка є автором першої тестової методики дослідження його рівня. Вона відзначила, що вигорання є реакцією на професійний стрес, яка проявляється у емоційній віддаленості від клієнтів, цинічному, негуманному ставленні до них, зниженні ефективності в роботі [1; 3; 4].

Аналіз теоретичних та емпіричних досліджень з проблеми синдрому «професійного вигорання» свідчить про те, що ця тема представляє собою інтерес для зарубіжних науковців, таких як: М. Андерсон, Р. Бурке, М. Буриш, Е. Хартман, К. Кондо, І. Джексон, Т. Марек, К. Масlach, В. Перлман та ін. Серед вітчизняних науковців проблема вигорання на робочому місці привернула увагу В. Бойка, Н. Водоп'янової, Л. Мітіної, А. Леонової, Ю. Щербатих та ін.

Вітчизняні автори використовують два поняття: «емоційне вигорання» та «професійне вигорання». Згідно думки М. Буриша, спочатку виникає емоційне, а вже потім «професійне вигорання». Н. Коновчук вважає, що «емоційне вигорання» – явище набагато ширше і містить в собі професійне, викликане, головним чином, організаційними факторами (умов праці, робочою атмосферою, відносинами з керівництвом і колегами тощо) [2].

«Професійне вигорання» – довготривалий процес, який виникає і розвивається на фоні сильного професійного стресу. В його основі лежить невідповідність вимог, які повстають перед працівником (внутрішніх та зовнішніх) та наявних у нього ресурсів (внутрішніх та зовнішніх). Такий конфлікт призводить до порушення психофізичної рівноваги особистості [6].

В. Бойко вважає вигорання механізмом психологічного захисту організму, який проявляється у повному або частковому вимкненні емоцій на психотравмуючі дії. На його думку, вигорання – це функціональний стереотип, який дозволяє дозовано та економно витрачати енергетичні ресурси [5].

П. Сидоров характеризує «професійне вигорання» як процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, який

відображається в емоційному, розумовому виснаженні, фізичній втомі та відсутності задоволення власною роботою [7].

К. Маслач та С. Джексон розглядають синдром «професійного вигорання» як відповідь на тривалі професійні стреси. Цими науковцями було виділено три основних компоненти, які складають собою даний феномен: 1) емоційне виснаження – відчуття спустошеності та втоми, спричинене роботою; 2) деперсоналізація – цинічне ставлення до роботи та її об'єктів; 3) редукція професійних досягнень – почуття некомпетентності та усвідомлення неспішності у своїй професійній сфері [1; 4; 8].

Т. Форманюк на прикладі професії вчителів виділив три основні чинники, які суттєво впливають на вірогідність виникнення синдрому «професійного вигорання»: особистісний, рольовий та організаційний [9].

Особистісні чинники полягають в особливостях мотивації, способах реагування на стреси та індивідуальних рисах характеру працівника. Так, ризик «вигоріти» скоріше мають ті, хто низько оцінює значущість своєї роботи, не задоволений або не має професійного зростання, відчуває нестачу автономності. К. Кондо, дослідивши типи реагування людей на стрес, стверджує, що найбільш уразливими в цьому плані є особистості з типом поведінки А. Саме вони реагують на стресори агресивно, нестримано, прагнучи суперництва. Окрім того, вірогідність виникнення «професійного вигорання» збільшується в умовах роботи з високою самовіддачею, підвищеною відповідальністю та самозабуттям.

Рольовий чинник виникнення синдрому «професійного вигорання» пов'язаний з рольовою конфліктністю і рольовою невизначеністю. До організаційних чинників відносяться характеристики професійних задач, характер керівництва, ступінь відповідальності за власну роботу [3-5].

Симптоми «професійного вигорання» охоплюють і відзначаються на всіх сферах життя людини: психічній, соматичній та соціальній. Так, на фізіологічному рівні це проявляється у втомі, виснаженні, зміні уваги, безсонні, поганому загальному стані здоров'я, хворобах серцево-судинної системи. Емоційні симптоми: песимізм, брак емоцій, цинізм, байдужість, агресивність, дратівливість, тривожність, депресія, істерія, почуття самотності. В соціальній сфері синдром професійного вигорання відображається у низькій соціальній активності, зниженні інтересу до дозвілля, обмеженні соціальних контактів, відчутті ізоляції, відчутті браку підтримки з боку родини, друзів, колег [2].

Зважаючи на те, що «синдром професійного» вигорання завдає негативного впливу на здоров'я працівників, знижуючи їх ефективність і працездатність, все більшої актуальності набуває проблема його профілактики.

Варто зазначити, що в умовах стабільної і привабливої роботи, ризик виникнення «професійного вигорання» значно зменшується. Можливість для творчості, професійний та особистий ріст, задоволеність якістю життя в різних її аспектах, наявність різноманітних інтересів, перспективні життєві плани значно поліпшують життя людини. Окрім того, розвиток емоційного вигорання залежить від особистісних якостей самого робітника. Так,

оптимізм й життєрадісність, вміння успішно долати життєві негаразди та вікові кризи, активна життєва позиція, творчий пошук та володіння засобами психологічної саморегуляції сприяють успішному протистоянню цьому феномену [2; 7; 9].

Збереження професійного здоров'я залежить від моделей долаючої поведінки. До конструктивних способів, які сприяють успішній професійній адаптації і знижують ризик виникнення вигорання можна віднести просоціальні дії (пошук соціальної підтримки і вступ до соціального контакту) і асертивні (впевнені) дії. Неконструктивними моделями поведінки являються уникнення, маніпулятивні, асоціальні і агресивні дії [2; 10].

Отже, профілактика «професійного вигорання» потребує своєчасної корекції неконструктивних моделей поведінки і формування конструктивних копінг-стратегій.

Подолання синдрому «професійного вигорання» припускає як самодопомогу, так і зовнішнє професійне втручання спеціалістів. Кожен «згораючий» працівник має змогу подолати «професійне вигорання» сам шляхом усвідомлення симптомів стресу на роботі і керування ними, опанувавши широкий спектр прийомів саморегуляції. Професійна допомога – це «важка» артилерія, яку доцільно застосовувати при недостатній ефективності власних дій. В цьому випадку залучаються фахівці, які володіють методами стрес-менеджменту [2; 5].

На даний момент існує чимало способів подолання синдрому «професійного вигорання», серед яких [5]: культивування інших інтересів, не пов'язаних с професійною діяльністю, внесення різноманітності в свою роботу; підтримання свого здоров'я, дотримання режиму сну і харчування; медитація; книготерапія (читання не лише професійної, а й іншої літератури); музикотерапія; обдумані зобов'язання; участь в семінарах і тренінгах, обмін досвідом; періодична спільна робота з колегами, яка значно відрізняється від звичної; професійні групи, де є можливість поділитися і обговорити з колегами проблеми, пов'язані з роботою; хобі, що приносить задоволення.

На думку Я. Чаплак та Н. Коновчук, усі технології збереження професійного здоров'я можна розділити на дві великі групи: а) допомога працівникам на організаційному рівні (технології, які використовують керівники організацій); б) допомога на особистісному рівні (технології, які використовують психологи-консультанти) [3].

Так, на думку менеджерів вищої ланки, найбільш ефективними засобами попередження вигорання є самі керівники. Результати досліджень в американських компаніях свідчать про те, що співробітники, яким надається змога самостійно планувати свою діяльність значно рідше переживають професійний стрес. Працівники, які оцінюють своє керівництво як «дбайливе» проявляють значно нижчий рівень дистресу та вигорання, менше хворіють, проявляють самовіддачу, ініціативні та лояльні до своєї організації [8].

Т. Зайчикова та Л. Карамушка в якості допомоги на особистісному рівні запропонували індивідуальну технологію профілактики синдрому

«професійного вигорання», яка базується на системі конкретних прийомів і складається з декількох послідовних фаз.

Перша фаза профілактичної технології полягає в аналізі професійної ситуації. На цьому етапі необхідна когнітивна оцінка ситуації (ідентифікація стрес-факторів, аналіз власної стресової реактивності, толерантності тощо) та зменшення впливу стресорів. Автори пропонують систему спеціальних прийомів, які є бар'єрами на шляху до стресів, а саме:

- 1) навчання розпізнавати сигнали, які попереджають про стрес;
- 2) глибинна когнітивна оцінка ситуації з метою виявлення збудників професійного стресу та спроби їх усунути;
- 3) ведення «Щоденника стресових подій», в якому відображена інформації за сімома компонентами. Автору щоденника пропонується кожен день відзначати стреси, які виникали, свої реакції на кожен стресор, способи адаптації до нього, окремо зазначивши найкращі з них, прийоми релаксації, які він застосовував протягом дня, оцінку їх ефективності і описувати власні відчуття, які виникали в цей день;
- 4) аналіз наявності в конкретній ситуації глобальних професійних або життєвих змін, серед яких: реорганізація на роботі, зміна місця проживання тощо;
- 5) підписання контракту із самим собою, який укладається на конкретний період і зобов'язує використовувати певні прийоми подолання стресу, а також передбачає систему винагород або покарань для самого себе;
- 6) визначення професійної мотивації працівника шляхом складання переліку причин, які спонукають його виконувати дану роботу;
- 7) прийняття рішення про продовження чи припинення своєї професійної діяльності на даній посаді, у даному місці;
- 8) тимчасове зменшення навантаження і опанування навичок тайм-менеджменту;
- 9) зміна іміджу «трудоголіка» за допомогою спеціальних засобів та прийомів;
- 10) складання списку «Я дійсно хочу цим займатися»;
- 11) демонстрація асертивної (впевненої) поведінки, як спосіб самовираження та задоволення власних потреб;
- 12) визначення власного розуміння успіху в житті (відповідь на питання «Що для мене успіх?»);
- 13) створення групи соціальної підтримки з метою задоволення потреби у почутті причетності, прийнятті та любові таким, який ти є, а не тому, що ти можеш зробити що-небудь для когось;
- 14) визначення для себе правильної дієти, турбота про власне харчування.

Друга фаза індивідуальної технології Т. Зайчикової та Л. Карамушки стосується безпосередньо дій після сприймання професійної ситуації як стресової. Бар'єрами на шляху до стресу в даному випадку стануть наступні прийоми [3]:

- 1) застосування стратегії вибіркового сприймання;

- 2) сприйняття життя як свята;
- 3) використання почуття гумору як буфера між стресовою ситуацією і людиною;
- 4) визначення типу поведінки, який притаманний людині в стресовій ситуації (тип А чи тип Б);
- 5) аналіз впевненості в собі та в своїх рішеннях як невід'ємного фактору успішного контролю за власним життям;
- 6) аналіз локусу контролю управління стресом;
- 7) використання технік медитації, аутогенного тренування та фізичних вправ, які обираються з врахуванням індивідуально-психологічних особливостей кожного працівника.

Ще однією індивідуальною технологією подолання «професійного вигорання», на думку М. Фірсова, являється метод супервізії. Супервізія – це процес інтеракцій, головною метою якого є спілкування однієї людини – супервізора – з іншою людиною. В результаті такого спілкування народжується більш ефективні шляхи та способи вирішення наявних професійних проблем.

Професійна діяльність являється невід'ємною частиною життя багатьох людей і впливає на формування їх способу життя і поведінки. Сучасні українські працівники живуть в умовах швидкого ритму життя, стрімких змін соціально-економічних та політичних умов, а також змін вимог до свого кваліфікаційного та професійного рівня. Безумовно, всі ці фактори впливають на психологічний стан людини, провокуючи виникнення емоційного напруження і професійного стресу. Тривала дія останнього веде за собою виникнення синдрому «професійного вигорання». У сучасній літературі можна знайти безліч методів та прийомів профілактики і подолання вигорання, починаючи від «допоможи собі сам», закінчуючи науково обґрунтованими підходами. Проте єдиної стратегії профілактики та подолання професійного вигорання ще не розроблено. Науковці, які присвячують свої труди даному питанню не мають повністю ідентичних поглядів, тому ця проблема потребує подальших експериментальних досліджень.

Список використаних джерел

1. Носенко В.М. Управління професійним стресом та профілактика дистресу і вигорання // Проблеми експериментальної та кризової психології. – 2013. - Вип. 3, Ч. 2. - С. 101 – 107.
2. Грицук О.В. Психологічні ресурси подолання емоційного вигорання у вчителів // Директор. – 2012. - № 2. - С. 167-171.
3. Чаплук Я.В., Коновчук Н.С. Попередження та профілактика виникнення емоційного вигорання у представників різних професій // Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. – 2014.
4. Коновчук Н.С. Основні причини та профілактика професійного вигорання у менеджерів // Правничий вісник Університету «Крок»: Актуальні проблеми психології. – 2016. – № 19. – С. 91-95.
5. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – М.: Наука, 1996. – 384 с.

6. Петрович В.С. Шляхи попередження й подолання професійного вигорання фахівців соціально-педагогічної сфери // Науковий вісник ВНУ імені Лесі Українки. Серія «Педагогічні науки». – Луцьк: Вид-во ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. - № 17. – С. 130-135.
7. Рогинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. - № 3. – С. 85-95.
8. Орел В.Е. Феномен выгорания в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал – 2001. –Т. 22. - № 1. – С. 90-101.
9. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального» сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. – 1994. - № 6. – С. 57-63.
10. Гринберг Дж. Управление стрессом. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 359 с.

ПРОФЕСІЙНА СТІЙКІСТЬ ЯК ІНТЕГРАТИВНИЙ КОМПОНЕНТ САНОГЕННОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ *(Варіна Г.Б.)*

Однією з актуальних проблем сучасної психології є розкриття потенційних можливостей людини в управлінні її діяльністю. На нашу думку, однією з найбільш важливих проблем психології здоров'я є виявлення так званих «здорових» рис особистості (саногенного потенціалу особистості) в процесі професійного становлення, оскільки у період найбільш прогресивного розвитку соціальних та професійних компетентностей можна оптимізувати процес розвитку професійної стійкості. Одним з найважливіших питань сучасної психологічної науки є формування і розвиток професійно-психологічної підготовленості суб'єкта до трудової діяльності, до творчого виконання конкретних життєвих завдань. Саногенний потенціал - це психоенергетичний потенціал особистості, який сформувався як похідний від багатства її внутрішнього світу, широти соціального і духовного просторів, накопичення досвіду, досягнень власного благополуччя та прямо пропорційно впливає на її психічне здоров'я, а також засоби, які дозволяють його підтримувати.

Навички і вміння оздоровлення психіки, практика формування і підтримання здорового способу життя й низка інших видів поведінки є особистою практичною психогігієною. Все це – невід'ємна складова частина саногенного потенціалу особистості. Однак є процеси, які впливають безпосередньо. Розвиток і збереження мотивації і цілей, умінь і навичок підтримання високої працездатності, розвитку особистості, соціальної адаптації, духовного збагачення не можна зарахувати тільки до психогігієнічної практики. Це також частина психологічної і соціальної компетентності особистості. Усі ці процеси особистісної динаміки, що лежать в основі розвитку професійної стійкості - один з важливих аспектів екзистенціального вибору: вибору форми самореалізації, пошуку і знаходження сенсу життя, постановки головних життєвих цілей [3].

Стійкість є найважливішою характеристикою ефективності надійності й стабільності професійної підготовки фахівців різних галузей. У психологічній науці поняття «стійкість» має кілька тлумачень та термінологічних

комбінацій: «стійкість особистості», «стійкість поведінки», «стійкість (професійної) діяльності», «стійкість до навантажень», «емоційна стійкість», «вольова стійкість», «психічна стійкість», «емоційно-вольова стійкість», «моральна стійкість», «психологічна стійкість» тощо. Складовою частиною психічної стійкості особистості є професійна стійкість, яка має у вітчизняній і зарубіжній психології глибокі традиції вивчення, згідно яким сучасний підхід до дослідження професійної стійкості базується на основі розуміння її як якості особистості і як психічного стану, що забезпечує адекватну (доцільну) поведінку суб'єкта [2]. Такий підхід дозволяє розкривати передумови професійної стійкості, що криються в динаміці психіки, змісту емоцій, почуттів, переживань, а також діалектично встановлювати залежність її (стійкості) від потреб, мотивів, волі; підготовленості, інформованості і готовності особистості до виконання тих чи інших завдань. У психологічній літературі наводяться ознаки сформованої професійної стійкості особистості. А. Алексєєв, В. Барко, Л. Божович, Ф. Василюк, О. Воронов, К. Гуревич, О. Долженков, А. Карпухіна, М. Корольчук, В. Крайнюк та ін. до них відносять: адекватну оцінку наявних енергетичних ресурсів і вміння їх раціонально використовувати й мобілізувати в професійних екстремальних ситуаціях; оптимальний мотиваційний комплекс із гармонічною комбінацією внутрішніх і зовнішніх мотивів; здатність до оцінки можливих екстремальних ситуацій і вироблення відповідних стратегій поведінки; здатність до емоційно-вольової саморегуляції в стресогенних і екстремальних умовах [4]. Під стійкістю мається на увазі здатність протистояти труднощам, зберігати віру в ситуаціях фрустрації і постійний (досить високий) рівень настрою. В. Пен'ков виділяє в психологічній структурі особистості два типи діяльності людини, які визначають її стійкість: пасивно-присосовницький по відношенню до соціальних обставин; активно-перетворюючий ці обставини [7, с. 71]. За характеристикою К. Левітана, вона включає здатність витримувати надмірне збудження і емоційну напругу, що виникає під впливом стресорів, а також здатність зберігати без перешкод для діяльності високий рівень активації [5].

Н. Подимов трактує психологічну стійкість як рухливу рівновагу і оптимальне співвідношення діалектично суперечливих психологічних структур особистості, що породжує такі психічні новоутворення, які визначають «резистентність» психіки по відношенню як до зовнішніх, так і до внутрішніх дій. Така стійкість забезпечує збереження психіки в умовах, що постійно змінюються, спрямованість дій та вчинків, незалежно від негативного впливу зовнішніх чинників. Психологічна стійкість в науковій літературі розуміється як взаємозв'язок і взаємообумовленість стабільності і мінливості [6]. Проблема професійної стійкості привертає увагу дослідників. Окремі її аспекти досліджуються в праці В. Асєєва, Л. Божович, Ф. Василюка, Г. Гаврілової, Л. Гримак, К. Дурай-Новакової, Є. Зеєра, П. Зільбермана, В. Іваннікова, З. Коргієвої, П. Коропової, І. Лушнікова, В. Мерліна, О. Мороза, Т. Осадчава, Н. Подимова, П. Решетникова, Е. Симанюка, В. Чудновського та ін. У обговорюваному плані спеціальний інтерес

представляє дослідження З. Курлянд, яка визначає професійну стійкість вчителя як «...складну інтеграційну якість, що забезпечує поряд педагогічними здібностями швидкість становлення вчителя як майстра своєї справи; це синтез якостей і властивостей особистості, що дозволяє упевнено, самотійно, без емоційної напруги виконувати свою професійну діяльність мінімальними помилками впродовж довгого часу» [5].

Професійна стійкість виявляється подвійно. З одного боку, як здатність людини зберігати свої особистісні позиції і протистояти впливу, що суперечить її особистісним настановам. З іншого, – як здатність реалізовувати свої особистісні позиції шляхом зміни обставин і регулювання власної поведінки [6]. Професійну стійкість особистості можна розглядати як складну якість особистості, синтез окремих якостей і здібностей. Професійну стійкість підтримують внутрішні (особистісні) ресурси і зовнішні (міжособистісні, соціальна підтримка, умови праці).

Вище були перераховані основні складові професійної стійкості особистості. За наявності цих чинників зберігається сприятливе для успішної поведінки, діяльності і особистісного розвитку домінуючий психічний стан і підвищений настрій. У зарубіжній психології особистісним чинникам стійкості приділяють менше уваги, пильніше розглядаючи тільки декілька головних, пов'язаних із функціонуванням особистості в соціальному середовищі. Так, Б. Бернард виокремлює чотири головні особистісні чинники стійкості [1]:

1. Соціальну компетентність (до якої належать чуйність, комунікабельність, емпатійність, дбайливість, співчуття, альтруїзм і здатність пробачати).

2. Здатність до вирішення проблем (здібності до планування, гнучкість, винахідливість, критичне мислення, інсайтне мислення).

3. Автономію (яка включає позитивну ідентичність, інтернальний локус контролю, ініціативність, самоефективність, майстерність, адаптивну дистанційованість від інших, опірність, самосвідомість і почуття гумору).

4. Усвідомлення мети і майбутнього (до якого належить мета-вказівка, орієнтація на успіх, мотивація досягнення, навчальна спрямованість, постійність, оптимізм, віра у світле майбутнє, почуття послідовності, духовність, сенс життя, креативність, розвинена уява).

У контексті досліджуваної нами компонента саногенного потенціалу особистості цікавими є розробки Центру дослідження стійкості в університеті Міннесоти, який розробив спеціальну структуру для виявлення стійкості особистості: віра → здатність долати несприятливі умови → стратегії життя → індивідуальні досягнення → соціальні досягнення [8]. Ця схема дозволяє планувати і втілювати ефективні превентивні програми в процесі розвитку саногенного потенціалу майбутнього фахівця. У результаті теоретичного аналізу нам удалося виявити в структурі професійної стійкості майбутнього практичного психолога, наступні компоненти: *мотиваційний, когнітивний, конотативний, рефлексивно-ціннісний і регулятивно-вольовий*.



Рис. 1 Характеристика основних чинників, що впливають на професійну стійкість особистості (складено автором)

Мотиваційний компонент. Успіх будь-якої діяльності залежить від рівня мотивації. Мотиви, що породжуються потребою в психологічній діяльності, спонукають особистість ставити перед собою певну мету, досягнення якої само стає мотивом до виконання і продовження цієї діяльності, до постановки подальших її цілей. Мотивація особистості обумовлена її спрямованістю, що включає ціннісні орієнтації, інтереси,

схильності, цілі, сенси, переконання, ідеали, в яких виражається світогляд людини. Спрямованість особистості визначає систему базових стосунків людини до світу і до самої себе, смислова єдність його поведінки і діяльності, створює стійкість особистості, готовність протистояти небажаним впливам ззовні і зсередини, є основою професійного самовизначення, саморозвитку і професіоналізму, точкою відліку для етичної оцінки цілей і засобів професійної поведінки.

Процес формування професійної спрямованості можна представити у вигляді моделі, розробленої О. Ростуновим, на прикладі студентів ЗВО, де мотивоутворювальним компонентом виступають перспективи [8].

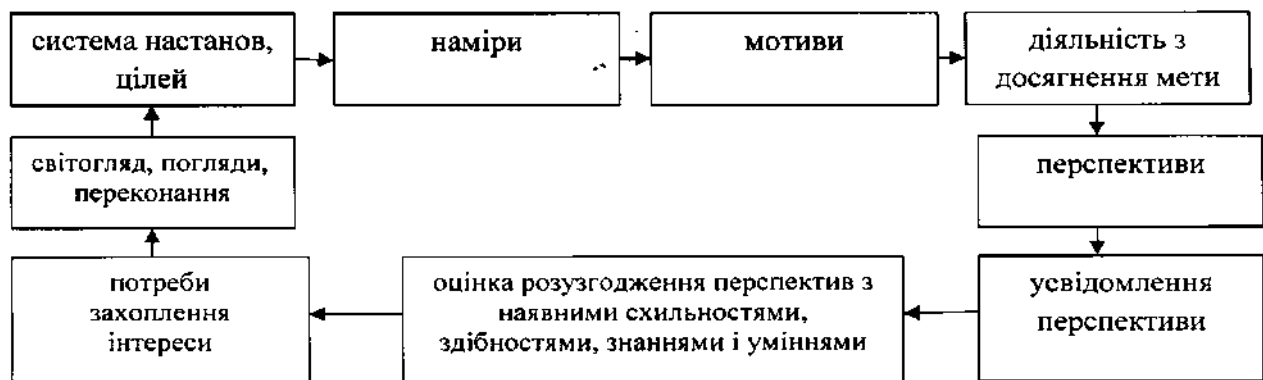


Рис. 2 Модель формування професійної мотивації та спрямованості особистості майбутнього фахівця

Як показано на цій моделі, потреби, захоплення і інтереси особистості виникають на основі усвідомлення перспектив і адекватної оцінки ступеня розузгодження вимог перспектив наявними схильностями, знаннями і уміннями. На основі загальнозначущих перспектив формуються світогляди, погляди, переконання і ідеали, система цілей і установок, наміри. Перспективи виступають в даному випадку як окрема мета особистості.

Формування і підтримка стійкої спрямованості та мотиваційної сфери особистості майбутнього фахівця представляє собою безперервний процес узгодження вимог перспективи за допомогою діяльності, за допомогою зворотнього зв'язку. Формування мотивів, як справедливо відзначає В. Ковальов, рівно, як і системи цілей і намірів, йде разом з формування потреб. Потреба і інші компоненти (інтереси, потяги, цілі, наміри) стають стійкішими за рахунок глибшого пізнання перспективи і трансформацією виниклої потреби людини в конкретні мотиви [9].

Когнітивний компонент. У теорії і практиці вищої освіти сьогодні різко практикується так звана парадигма накопичення знань, що протистоїть особистісній, гуманістичній спрямованості підготовки психолога-практика. Цей відгомін релативізму, проте, не враховує, що висококваліфікований, професійно стійкий фахівець зможе повноцінно виконати своє призначення, якщо він озброєний глибоким знанням закономірностей використання набутого теоретичного досвіду у так званих «польових» умовах, тобто на

практиці, й вільно володіє механізмами власного самовизначення, самоврядування і самовдосконалення.

В основі когнітивного компоненту професійної стійкості фахівця також лежать знання його про себе. Німецький психолог Н. Енкельман відзначає: «Людина не стоїть на місці, а значить треба вчасно дізнаватися про всі зміни в собі». Оцінка своїх сил, здібностей, можливостей пов'язана з розвитком самосвідомості особистості і обумовлює виникнення прагнення до досягнень, розвитку мотиваційної сфери. Стійкість, адекватність самооцінки - основа для формування таких рис особистості, як впевненість в собі, відчуття власної гідності тощо.

Отже, корпус знань про закономірності майбутнього професійної діяльності, знань про принципи, напрямки, технології діяльності, предметно-специфічних знань, знань про відповідність власних особистісних якостей майбутнього фахівця вимогам професії забезпечують психологу широту орієнтування в соціальному і професійному просторі, дає впевненість в своїх силах. Ці знання створюють фахівцю передумови для побудови авторської системи діяльності, дозволяють розвивати прагнення до рефлексії, образ «Я», виражати і відстоювати свою точку зору, відчувати себе активним суб'єктом професійної діяльності.

Конотативний компонент. Відображаючи діяльнісний зміст професійного розвитку, він характеризує його стійкість в професійному плані на рівні умілості. Всі поведінкові акти особистості диктуються цінностями, сенсами, мотивами, спираються на знання і розуміння їх алгоритмів, здійснюються в реальній практиці. Конотативний компонент обкреслює операційний склад діяльності і професійної стійкості фахівця.

Сукупність умінь і навиків професійно стійкої поведінки і діяльності особистості носить інструментально-технологічний характер. Професійна стійкість фахівця істотно залежить від його уміння адаптуватися до обставин життя і діяльності, що змінюються, інтегруватися в нове середовище, перебудовувати тип і характер своєї професійної поведінки. Це вимагає від фахівця творчого, інноваційного мислення, свободи, гнучкості, самостійності в постановці, реконструкції і вирішенні професійно-діяльнісних завдань.

Рефлексивно - ціннісний компонент. Професійна рефлексія може розглядатися як уміння здійснювати систематичний самоаналіз з подальшою творчою активізацією своєї професійної діяльності. Специфічною особливістю професійної рефлексії особистості є включення у процес рефлексії чинника часу. Варто розрізняти поточну (тактичну) рефлексію, предметом якої є розв'язання конкретного професійного завдання і перспективну (стратегічну) рефлексію, у фокусі уваги якої знаходиться бажаний рівень професіоналізму. Рефлексія тісно пов'язана з розвитком діалогічності особистості фахівця, відіграє важливу роль у процесі професійного розвитку особистості та становленні професійної «Я-концепції».

Отже, здатність до рефлексії, стабільність ціннісних орієнтацій, готовність до продуктивного спілкування та встановлення довірливих відносин (рівень розвитку комунікаційної сфери та емпатії) є важливими елементами на шляху формування професійної стійкості майбутнього фахівця.

Регуляційно-вольовий компонент. Професіоналізм фахівця залежить від того, якою мірою він володіє сучасним змістом і сучасними засобами вирішення професійних завдань, у тому числі досвідом професійного саморегулювання. Саморегуляція - вольовий за природою процес. К. Платонов визначив одну з її закономірностей: здібність до саморегуляції знаходиться в прямому зв'язку з рівнем проявуосновних компонентів волі: цілеспрямованості, наполегливості, витримки, мужності, сміливості, дисциплінованості. Інші якості виділив В. Селіванов: самостійність і цілеспрямованість в поведінці і свідомості індивіда. В рамках професійної стійкості особистості управління емоційною сферою набуває особливе значення, оскільки ця сфера може стати простором виникнення і реалізації ціннісного відношення до професії, оскільки емоції, узяті в їх цілісності, служать мотивами діяльності [3].

Підсумовуючи різноманітні підходи щодо визначення поняття «професійна стійкість», можна визначити це поняття як «динаміка стійких станів людини як системи, при яких вона здатна з певною ймовірністю ідентифікувати і блокувати зовнішні і внутрішні негативні впливи в процесі професійної діяльності».

Список використаних джерел

1. Bernard B. *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School and Community*. – Minneapolis: University of Minnesota, 1991. – 22 p.
2. Morozov V., Mykhailenko L., Falko N., Puente E., Galaidin A. Socio-psychological adaptation of the first-year students of the economic university as a component of individual professional development in the context of cultural and educational space // *Scientific Journal of Polonia University*, 24 (5), 2017. – P.98-106. <https://doi.org/https://doi.org/10.23856/2411>
3. Гузь Н.В., Гузь В.В., Мельникова С.В. Дослідження особливостей соціальних цінностей майбутніх фахівців в процесі професійної підготовки // *Науково-практичний журнал Південного наукового центру АПН України «Наука і освіта»*. Серія «Психологія і педагогіка» - № 7. - СХХХVI. Психологія. – 2015. – С. 21-27.
4. Куликов Л.В. Психогигиена личности: вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: учеб. пособ. – СПб.: Питер, 2004. – С. 87-115.
5. Курлянд З.Н. Формирование и развитие профессиональной устойчивости учителя: автореф. дисс. ... докт. пед. наук. – М., 1993. – 32 с.
6. Никифоров Г.С. Надежность профессиональной деятельности. - СПб.: Изд-во Питер, 1996. – 234 с.
7. Пеньков В.Е. Профессионально-личностная устойчивость будущего учителя. – Изд-во Белгородского государственного университета, 1998. – 115 с.
8. Ростунов А.Т. Формирование профессиональной пригодности. - М., 1994. – 176 с.
9. Сыманюк Э.Э. Психологические барьеры профессионального развития личности. – М., 2005. – 251 с.

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ОСОБИСТОСТІ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦЯ *(Візір В.А., Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Пащенко І.В.)*

Професійне здоров'я особистості є багатограним феноменом, що виступає важливою умовою професійної компетенції працівника будь-якої професії. Професійне здоров'я відображає у собі численні взаємодії людини з професійним середовищем, та є ядром професійної діяльності. Кожний вид професійної діяльності висуває до людини високі, інколи, навіть, складні вимоги, які виражаються, в першу чергу, в емоційній стійкості та психологічній витривалості. Умови сьогодення декларують розуміння того, що в динамічному й інформаційно-насиченому середовищі лише здорова людина може успішно вирішувати професійні завдання, а сам феномен професійного здоров'я розглядається дослідниками як вагомий ресурс повноцінної й професійно-спроможної особистості. Як зазначає Г. Вербіна, ставлення до професійного здоров'я визначається системою індивідуальних, вибіркових зв'язків особистості з різними явищами оточуючої дійсності, зі ставленням до професійної діяльності, які сприяють або, навпаки, загрожують професійному здоров'ю спеціаліста, а також певною оцінкою індивідом свого фізичного й психічного стану [4].

Одним із особистісних факторів, що впливає на професійне здоров'я особистості є розвиток емоційної сфери. Варто відмітити, що розвинена емоційність сприяє більш ефективній орієнтації в світі та адаптації в соціумі взагалі. Емоційна система розглядається як одна з основних регуляторних систем життєдіяльності. На думку К. Обуховського, поряд із загальною, в світі необхідна також емоційна орієнтація. Вона полягає в здатності безпосередньо розпізнавати емоційні стани інших людей та свої емоційні стосунки з ними. Існує чітка залежність функціонування індивіда від точності його орієнтації, в тому числі й емоційної. Що стосується емоційної орієнтації, то останні десятиліття, як вірно зауважує Д. Гоулман, ми спостерігаємо пік емоційної нестриманості, нехтування соціальних і моральних норм у суспільстві, що викликано невмінням розпізнавати та управляти своїми емоціями, наслідком цього є посилення конфліктності, яка виступає негативним чинником, що впливає на якість професійного здоров'я. Дослідники відмічають, що не лише розвиток інтелектуальних здібностей може впливати на підтримку як фізичного так і психологічного здоров'я, а й розвиток емоційного інтелекту. Проблема емоційного інтелекту активно досліджується зарубіжними вченими, такими як Д. Гоулман, Г. Орме, Дж. Мейер, П. Селовей, Д. Карузо, Р. Барон, Дж. Сайаррочі, Д. Слайтер, Р. Робертс, Дж. Меттьюс, М. Зайднер, П. Лопес, Р. Стернберг, Дж. Блок, М. Кетс де Вріс. У даний час на пострадянському просторі вивченням емоційного інтелекту займаються І. Андрєєва, Д. Люсін, Е. Носенко, Н. Коврига, О. Власова, С. Дерев'янко, М. Манойлова, Г. Юсупова, А. Петровська, Т. Березовська, А. Лобанов, Е. Лобанов, К. Санько та інші. Зазначимо, що вивчення емоційного інтелекту в контексті технологій

збереження професійного здоров'я особистості є досить актуальним питанням у психолого-педагогічній науці.

Емоційний інтелект лежить в основі емоційної саморегуляції, у свою чергу, високий рівень розвитку емоційного інтелекту дає можливість розуміти власні емоції та емоції інших людей, керувати емоційною сферою. Емоційний інтелект допомагає приймати рішення на основі відображення й осмислення емоцій, які мають для особистості певний зміст. Емоційний інтелект складається з вміння свідомо керувати емоціями, розуміти їх, асимілювати емоції в мислення, розрізняти та виражати емоції.

У структурі емоційного інтелекту виокремлюють два аспекти – внутрішньоособистісний і міжособистісний. Перший характеризується такими компонентами, як самооцінка, усвідомлення власних почуттів, упевненість у собі, терпимість, самоконтроль, відповідальність, мотивація досягнень, оптимізм і гнучкість. Міжособистісний аспект містить емпатію, толерантність, комунікабельність, відкритість, діалогічність, антиципацію. Рівень емоційного інтелекту є важливим засобом успішної самореалізації особистості. Високий емоційний інтелект допомагає збалансувати емоції і розум, відчувати внутрішню свободу та відповідальність за себе, усвідомити власні потреби і мотиви поведінки, рівновагу, а також скоригувати стратегію власного життя. Він асоціюється з почуттям загального щастя. Низький емоційний інтелект призводить до нещастя і характеризується страхом, самотністю, нестабільністю, агресією, почуттям провини, депресією, фрустрацією.

І. Андрєєва визначає емоційний інтелект наступним чином: «це система некогнітивних здібностей, які сприяють досягненню успіху в житті; емоційний інтелект діє як синергист загального інтелекту з метою найкращого виконання діяльності; його можна розвивати й вимірювати; емоційний інтелект дозволяє відрізнити талановите виконання діяльності від посереднього» [1]. У свою чергу, М. Манойлова визначає емоційний інтелект як сукупність емоційних, комунікативних, регуляторних особистісних властивостей, що забезпечують усвідомлення, прийняття і регуляцію станів і почуттів інших людей та себе самого, які опосередковують рівень продуктивності, успішність міжособистісних взаємодій та особистісний розвиток людини [8].

Спираючись на вищезазначені визначення емоційного інтелекту особистості, можна зробити теоретичне припущення щодо тісного кореляційного зв'язку між рівнем розвитку емоційного інтелекту та якістю професійного здоров'я людини.

У психолого-педагогічній літературі існує певна кількість досліджень, які вказують на роль емоційного інтелекту у профілактиці «професійного вигорання». М. Корман у своїй науковій роботі розглядає наслідки професійного вигорання для організації та роль емоційного інтелекту і емоційної компетентності як емоційної саморегуляції та передумови запобігання вигорання працівника. Автор визначає у власних дослідженнях симптоми вигорання, а саме: емоційна виснаженість, тобто відчуття

спустошеності і втоми, викликане власною роботою; деперсоналізація, що передбачає цинічне ставлення до роботи та до її об'єктів; редукція професійних досягнень – виникнення у працівників почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній.

Окрім наслідків для особистості, М. Корман виділяє і наслідки емоційного вигорання працівників для організацій: зменшення участі співробітників в роботі; зниження задоволеності працею; збільшення плинності кадрів; погіршення соціально-психологічного клімату в колективі; збільшення несприятливих фізичних і емоційних симптомів; погіршення якісних і кількісних показників роботи; збільшення компенсацій на забезпечення здоров'я співробітників [6].

Н. Амінова, В. Корзун, Г. Кузьміна, І. Юсупова також наголошують, що до структури професійно-важливих якостей особистості фахівця, крім інших рис, належать уміння повно і правильно сприймати людину; уміння розуміти внутрішні стани і особливості людини; здібність до співпереживання; адекватний аналіз власної поведінки; уміння управляти собою і контролювати себе в процесі спілкування тощо, що в сукупності характеризує ступінь розвиненості емоційної сфери на рівні адекватності емоційного реагування у певних соціокультурних та, зокрема, професійних умовах [3].

Аналіз проблеми теоретичного дослідження потребує виділення шляхів розвитку емоційного інтелекту особистості, що у свою чергу надасть можливість підтримувати професійне здоров'я на необхідному для ефективної трудової діяльності рівні.

Сучасна психологія напрацювала величезну кількість способів та методик, спрямованих на розуміння людиною своїх почуттів, мотивів та реакцій. Деніель Гоулман у своїй книзі «Емоційний інтелект. Чому він може бути важливіший за IQ» говорить про психотерапію взагалі як про спосіб перенавчання емоційних реакцій. Отже, серед існуючого різноманіття способів, виділено найефективніші практики для розвитку емоційного інтелекту та емпатії.

Практика уважності (Елен Лангер). Уважність, за визначенням професора психології Гарвардського університету – це активний процес відмічання нових речей. У своєму реальному застосуванні практика уважності – це медитація, яка знайомить людину з можливостями її розуму та вчить повертати увагу у теперішній момент. В цьому моменті людина вчиться відслідковувати тілесні реакції, розпізнавати неконтрольовані потоки емоцій та думок, керувати своєю увагою. Умисне направлення уваги на певний момент відбувається без оцінок і осуду. І в цей момент немає правильного чи неправильного способу думати про щось. Складовою частиною емоційного інтелекту є розпізнавання власних емоцій та пов'язаних з ними думок і саме з нею в першу чергу працює практика уважності. Тренуючи свою уважність та фокусуючи увагу на теперішньому моменті тут і тепер, ми стаємо більш емоційно свідомими. Усвідомлення своїх емоційних станів дозволяє розвивати здатність до контролю, керуванню та використанню своїх емоцій

та почуттів. Легше відбувається встановлення та підтримання контакту з співрозмовниками та партнерами. Із стану внутрішнього спокою, який розвивається на основі тривалого застосування технік медитації та практики уважності, людині легше оцінювати події, які нею сприймаються, та об'єктивною реальністю. Це значно підвищує здатність до творчості та критичного мислення. Допомогає визнавати існування різних точок зору на ситуацію. І, зрештою, вирішувати конфлікти [10].

Арт-терапія. При застосування арт-терапевтичних методів людина через власну художню роботу та діалог з арт-терапевтом знайомиться із власним внутрішнім світом, вербалізує пригнічені або витіснені емоції та почуття. Тобто, набуває самоусвідомленості. Вчиться саморегуляції, вираженню емоцій, встановленню контакту з іншими людьми. Розвиває та зміцнює своє творче начало. Розуміючи себе, вчиться досягати стану внутрішнього спокою та встановлювати контакт з іншими.

Казкотерапія. Казкотерапія – це такий напрям практичної психології, який, використовуючи метафоричні ресурси казки, дозволяє людям розвивати самосвідомість і розбудовувати особливу взаємодію один з одним для їх подальшого активного життя. На нашу думку, цей метод не самий вдалий для використання у нашій практиці.

Дихальні практики. Дихальні вправи допомагають гармонізувати стосунки між тілом і душею. Всі дихальні практики захищають від стресу і допомагають зупинити шкідливий вплив, якщо він все ж стався. За допомогою дихання напругу можна зняти за кілька хвилин. Регулярні дихальні практики допомагають попередити емоційні вибухи та увійти в контакт із власними емоційними блоками та зняти їх. Звісно, емоції залишаються, але розвивається здатність їх опановувати та контролювати. Зрештою, регулярне виконання дихальних вправ заспокоює розум, робить людину більш врівноваженою, оздоровлює легені, налагоджує нервову систему. У якості практик дихання застосовуються наступні: йога, дихальна гімнастика А. Стрельникової, бодіфлекс, система дихання Бутейко, дихальна гімнастика Мюллера, система трифазного дихання Лео Кофлера, ребьофінг, вайвейшн, холотропне дихання, система дихання за Ю. Першиним та ін. [10].

Тренінгова робота. Основні засоби тренінгової роботи пов'язані з прийомами соціально-психологічної рефлексії та соціально-психологічної перцепції – осмислення власних переживань, переживань інших в контексті комунікативної взаємодії. Поряд із тим, тренінг відрізняється від традиційних засобів впливу, спрямованих на оптимізацію внутрішньо групової статусної структури; предмет тренінгового впливу складають не внутрішньо групові взаємини, а переживання особистості [5].

Практика саногенного мислення. Саногенне мислення - це стиль психологічного реагування особистості на дію зовнішніх чинників, що містить в основі механізм саногенної рефлексії. Саме наявність саногенної рефлексії у особистості і визначає характер її мислення – саногенний чи патогенний. Основна роль саногенного мислення – це створення умов для досягнення цілей самовдосконалення: гармонії рис, злагоди з самим собою і

оточенням, усуненні поганих звичок, управлінні своїми емоціями, контроль над своїми потребами [12]. Саногенна рефлексія є системо утворюючим компонентом та внутрішнім фактором розвитку емоційної компетентності (Ю. Крайнова) [2] та її підвищення (Н. Павлюченкова) [11]. Вважається, що саногенна рефлексія виступає базовим інструментом вдосконалення особистості, що дозволяє не тільки усвідомлювати свої реальні досягнення та недоліки, але й сприяє прагненню до самовдосконалення, виробленню адаптивних стратегій поведінки, як наслідок вона стає фактором розвитку суб'єктивності особистості (І. Арцимович).

Більшість дослідників вказує на те, що емоційний інтелект може розвиватися й мимовільно – в родині, через живопис, мистецтво, літературу, гру, самоспостереження і ведення щоденників. Поступово і не очікувано. Люди з високим рівнем емоційного інтелекту теж стикаються з такими ж проблемами, однак їхня реакція на такі ситуації відрізняється. Вони здатні зупинитися, проаналізувати те, що вони відчувають, і зрозуміти, як ці почуття впливають на поведінку і вибір. Вони здатні зрозуміти, як інші люди почуваються і співпереживати з ними. Також вони можуть вибрати поведінку і дії, які допоможуть їм не тільки вийти зі складної ситуації, але й вирішити її – як всередині себе, так і по відношенню до інших. Для таких людей подолання невдач та складностей є досвідом, шансом поліпшити себе та свої стосунки з оточуючими. Перешкоди не зупиняють таких людей, а допомагають розвинути свій потенціал.

Розвиток теорії емоційного інтелекту як психологічного конструкту, дозволив простежити вплив емоцій на успішність професійної діяльності людини, що безпосередньо знаходить відображення на стані професійного здоров'я особистості. До наслідкових результатів впливу емоційного інтелекту на успішність функціонування у професійній сфері належать: задоволеність самореалізацією; ефективне розв'язання конфліктних ситуацій; якість соціальної взаємодії на робочому місці; гармонійні стосунки в колективі; ефективне лідерство; покращення індивідуальної та колективної продуктивності праці.

Крім того, мотиваційна складова емоційного інтелекту сприяє налаштуванню працівника на активну діяльність задля досягнення поставленої мети, що покращує продуктивність праці, а отже, і її наслідкові результати у формі задоволеності самореалізацією, сприяє спрямуванню суб'єктної активності особистості на самовдосконалення та підтримку професійного здоров'я.

Таким чином, вивчення питання підтримки належного рівня професійного здоров'я вимагає від науковців та дослідників вивчення факторів, що чинять вплив на особистість як фахівця та професіонала. Одним із таких чинників є емоційний інтелект, який визначається як сукупність здібностей, що дають змогу людині усвідомлювати й розуміти як власні емоції, так і емоції оточуючих. Люди з високим рівнем розвитку емоційного інтелекту здатні керувати своєю емоційною сферою, їхня поведінка більш гнучка, тому вони з більшою легкістю досягають поставлених цілей шляхом

взаємодії з іншими людьми. Такі люди вміють гармонізувати внутрішній стан, і навіть, стан оточуючого середовища. Аналіз психолого-педагогічної літератури вказує на безперечний зв'язок між рівнем розвитку емоційного інтелекту та професійним вигоранням особистості. Саме тому, спеціалісти шукають шляхи та ефективні технології розвитку емоційного інтелекту людини. Емоційний інтелект сприяє пошуку рівноваги між розумом і почуттями особистості, не дозволяє діяти під впливом емоцій і запобігає маніпулюванню з боку інших осіб. Емоційний інтелект особистості можливо розвивати й нарощувати, він є поглибленням емоційного й пов'язаних з ним форм практичного і творчого інтелекту. управління емоціями інших людей, цілеспрямована дія на їх емоції. Звідси випливає, що емоційний інтелект – це самосвідомість, самоконтроль, соціальна чуйність та управління взаєминами між двома і більше опонентами, що позитивно впливає на розвиток не просто особистості, а професіонала і фахівця у сучасному суспільстві.

Список використаних джерел

1. Андреева И.Н. Эмоциональный интеллект: исследование феномена // Вопросы психологии. – 2006. – № 3. – С. 78-85.
2. Арцимович И.В. Саногенная рефлексия как фактор развития субъектности подростков, склонных к девиантному поведению // Культурная жизнь Юга России. – 2009. – № 1. – С. 30–34.
3. Емоційне вигорання. – Упоряд.: В. Дудяк – К.: Главник, 2007. – С. 128.
4. Вербина Г.Г. Качество жизни и профессиональное здоровье специалиста // Альманах современной науки и образования. – Тамбов: Грамота, 2011. – № 4 (47). – С. 118-120.
5. Коломинский Я.Л. Психология взаимоотношений в малых группах. – Минск, 2000. – 432 с.
6. Корман М.М. Розвиток емоційного інтелекту та емоційної компетентності як передумова запобігання професійного вигорання // Вісник Національного університету оборони України. – 2012. – № 4. – С. 175–178.
7. Люсин Д.В., Марютина О.О., Степанова А.С. Структура эмоционального интеллекта и связь его компонентов с индивидуальными особенностями: эмпирический анализ // Социальный интеллект: теория, измерение, исследования; под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. – М.: Ин-т психологии РАН, 2004. – С. 129–140.
8. Манойлова М. А. Акмеологическое развитие эмоционального интеллекта учителей и учащихся. – Псков: ПГПИ, 2004. – 140 с.
9. Носенко Е.Л., Коврига Н.В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія. – К.: Вища школа, 2003. – 126 с.
10. Методики розвитку емоційного інтелекту та емпатії [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://www.empatia.pro/metody-rozvytku-ei-ta-empatiyi/>.
11. Павлюченкова Н.В. Саногенная рефлексия как фактор развития эмоциональной компетентности: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.01. – Москва, 2008. – 170 с.
12. Ярош Н.С. «Саногенна рефлексія як внутрішній ресурс особистості» // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія Психологія. – 2017. – № 62. – С. 35-38.

РОЗРОБКА МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ ЯК НАСЛІДКУ СПЕЦИФІКИ ТРУДОВОГО ПРОЦЕСУ

(Толочко В.М., Зарічкова М.В.)

Специфіка роботи спеціалістів фармації (СФ) полягає у тому, що під час виконання професійних обов'язків існують ризики виникнення проблемних ситуацій з підвищеною емоційною насиченістю та складністю міжособистісного спілкування. Такі обставини вимагають від СФ значних психоемоційних зусиль для встановлення довірливих відносин з відвідувачами аптек та вміння управляти ситуаціями різного рівня складності. Також необхідно відзначити, що робота в аптечних закладах має певний ступінь стресогенності, особливо це стосується аптечних закладів, які мають ліцензії на провадження діяльності з наркотичними, психотропними речовинами та прекурсорами. Соціально-психологічні проблеми СФ є небезпекою не тільки для самих працівників, але й для споживачів, що звертаються за допомогою в аптечний заклад і можуть зіткнутися з непрофесійною поведінкою з боку СФ через душевну або фізичну втому та зневіреність у собі і професії.

На підставі аналізу сучасних наукових досліджень, присвячених профілактиці професійних проблем СФ, було встановлено, що психологічне вигорання є дуже вагомим чинником, який впливає на якість професійної діяльності, і його попередження є важливим для СФ. Психологічне вигорання проявляється симптомами фізичного і емоційного виснаження та є одним із можливих небажаних наслідків довгострокового виконання своїх професійних обов'язків представниками професій типу «людина–людина». Загальновідомо, що працівники сфери охорони здоров'я (провізори, фармацевти, лікарі та медичний персонал) більшою мірою зазнають психологічного вигорання, ніж працівники інших професій.

Актуальність дослідження професійного вигорання спеціалістів фармації (ПВСФ) підтверджується тим, що від стану професійно-психологічного благополуччя СФ безпосередньо залежить ефективність його професійної роботи, яка пов'язана зі здійсненням фармацевтичного забезпечення населення.

Аналіз джерел літератури показав, що в Україні увагу до ПВСФ почали приділяти не так давно, а досвід діагностування синдрому професійного вигорання спеціалістів фармації (СПВСФ) та застосування методик його запобігання в системі СЗСФ має поодинокі випадки [1].

Нами були проведені дослідження СПВСФ в аптечних закладах та встановлено, що керівники не завжди об'єктивно уявляють, як щоденна робота СФ з постійним перевантаженням і психологічною залежністю від неї призводить до накопичення наслідків стресів і виснаження запасу їх життєвої енергії, та зниження ефективності діяльності.

Проведений аналіз ризик-факторів ПВСФ продемонстрував, що професійне вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення

негативних емоцій без «розрядки» чи «звільнення» від них. Професійне вигорання призводить до виснаження емоційно-енергійних і особистісних ресурсів СФ. Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив виокремити чотири групи СФ, які найбільше схильні до професійного вигорання [2; 3; 4; 5]:

1. Перша група – СФ, які за характером діяльності змушені багато й інтенсивно спілкуватися з різними проблемними споживачами (міжлікарняні аптеки, аптеки з великим потоком клієнтів тощо). Це можуть бути керівники, провізори з реалізації, консультанти в торговому залі та інші. Особливо швидко «вигорають» СФ, що мають інтровертований характер, індивідуально-психологічні особливості яких не узгоджуються з професійними вимогами до комунікативних навичок.

2. Друга група – СФ великих аптекних мереж і аптек за принципом супермаркетів, які працюють в умовах нав'язаного спілкування і взаємодії з великою кількістю споживачів протягом усього робочого дня. СФ, які давно не проходили курси підвищення кваліфікації. СФ, які відчують постійний внутрішньо-особистісний конфлікт у зв'язку з роботою.

3. Третя група – СФ - жінки, переважно матері-одиначки чи багатодітні сім'ї. Жінки, які воліють зробити швидкий кар'єрний зріст чи керівники фармацевтичних закладів.

4. Четверта група – СФ, професійна діяльність яких проходить в умовах гострої нестабільності і хронічного страху втратити робоче місце. До цієї групи належать, насамперед, СФ аптекних закладів, віком понад 45 років, для яких ймовірність знаходження нового робочого місця в разі незадовільних умов праці на попередній роботі різко знижується через вік. СФ, які потрапляють в нове, незвичне оточення, в якому мають проявити високу ефективність й професіоналізм. У цьому випадку симптоми професійного вигорання можуть проявитися вже після шести місяців роботи.

З'ясовано, що меншим ризиком для здоров'я і менш вираженим зниженням ефективності СПВСФ характеризуються працівники, які мають такі особливості:

- СФ, які мають добре здоров'я і свідомо, цілеспрямовано піклуються про свій фізичний стан (вони постійно займаються спортом і підтримують здоровий спосіб життя), проходять планові медогляди. Вони мають високу самооцінку і впевненість у собі, своїх здібностях і можливостях;

- СФ, які мають досвід успішного подолання професійного стресу і здатні конструктивно змінюватися в напружених умовах. Вони мають такі індивідуально-психологічні особливості, як висока рухливість, відкритість, товариськість, самостійність і прагнення спиратися на власні сили;

- СФ, які здатні формувати і підтримувати в собі позитивні, оптимістичні цінності як щодо самих себе, так і інших людей, і життя взагалі.

Для зручності описання СПВСФ та опрацювання наукових рекомендацій щодо його запобігання нами були поділені його симптоми на три основні групи: психофізичні, соціально-психологічні та поведінкові (рис. 1).

Психофізичні симптоми СПВСФ	Соціально-психологічні симптоми СПВСФ	Поведінкові симптоми СПВСФ
↓ – відчуття постійної, не минаючої втоми не тільки вечорами, але і вранці, відразу після сну (симптом хронічної втоми); – відчуття емоційного і фізичного виснаження; – зниження сприйнятливості і реактивності на зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості на чинник новизни чи реакції страху на небезпечну ситуацію); – загальна астенизація (слабкість, зниження активності й енергії, погіршення біохімічних показників крові і гормонів); – часті безпричинні головні болі; – постійні розлади шлунково-кишкового тракту; – різка втрата чи різке збільшення ваги; – безсоння (швидке засинання і відсутність сну, починаючи з 4 годин вранці чи нездатність заснути ввечері до 2-3 годин ночі і «важке» пробудження вранці, коли потрібно вставати на роботу); – постійна загальмованість, сонливість і бажання спати протягом усього дня; – задишка, порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні; – помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів	↓ – байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості); – підвищена дратівливість на незначні дрібні події; – часті нервові «зриви» (спалахи невмотивованого гніву чи відмови від спілкування, «відхід в себе»); – постійне переживання негативних емоцій (почуття провини, образи, підозрілості, сорому, скутості); – почуття неусвідомленого занепокоєння і підвищеної тривожності (відчуття, що «щось не так, як треба»); – почуття гіпервідповідальності і постійне відчуття страху, що «не вийде» чи СФ «не впорається»; – загальна негативна установка на життєві і професійні перспективи (за типом «як не старайся, все одно нічого не вийде»)	↓ – відчуття, що робота стає все складнішою, і виконувати її все важче; – СФ помітно змінює свій робочий режим дня (рано приходить на роботу і пізно закінчує чи запізнюється на роботу і рано закінчує); – незалежно від об'єктивної необхідності СФ постійно бере роботу додому, але вдома її не виконує; – СФ часто змінює рішення і формулює різні причини для цього; – зниження ентузіазму по відношенню до роботи, байдужість до результатів; – невиконання важливих, пріоритетних завдань і «залипання» на дрібних деталях, витрата більшої частини робочого часу на питання, які не пов'язані зі службовими вимогами; – небажання спілкуватись із співробітниками і споживачами, підвищення неадекватної критичності; – зловживання алкоголем і цигарками, застосування наркотичних та психотропних ЛЗ

Рис. 1 Розподіл вчинків і форм поведінки СФ, які призводять до ПВСФ

Даний розподіл нами здійснено за результатами аналізу джерел літератури з питань психологічного вигорання працівників різних професійних груп [6; 7; 8]. Слід зауважити, що симптоматика СПВСФ може бути «інфекційною» і виявлятися не тільки у окремих СФ, а спостерігатись у всього колективу аптечного закладу в цілому. Можна стверджувати про тісну взаємодію виявлення СПВСФ у окремого працівника, яке при сприятливих обставин для розповсюдження СПВСФ охоплює спочатку більшість колективу, а потім і весь колектив аптечного закладу має відповідну симптоматику.

Дослідження показали, що нерідко зустрічається професійне вигорання всього трудового колективу аптечного закладу, яке проявляється в тому, що у переважній більшості СФ присутній внутрішній фізичний чи емоційний стан з одними і тими самими симптомами, а також одні й ті самі форми поведінки. Встановлено, що причинами професійного вигорання цілого трудового колективу аптечного закладу можуть бути постійні протиріччя в стратегічному і тактичному керівництві; надмірні, нездійсненні вимоги до працівників; делегування відповідальності співробітникам, які не мають повноважень; відсутність об'єктивних критеріїв для оцінки результатів праці; неефективна система мотивування і стимулювання персоналу [6; 9].

Нами визначені симптоми професійного вигорання всього трудового колективу аптечного закладу. До них нами віднесені:

- підвищена плинність кадрів (від 100% і більше на рік, тобто протягом року звільняються практично всі співробітники);
- знижена мотивація СФ до праці, надто часті незаплановані перерви в роботі (понад 30% від загального обсягу робочого часу);
- професійна залежність СФ від керівників, яка проявляється в підвищеному і неадекватному критичному ставленні до управління;
- висока конфліктність персоналу.

Важливо зауважити, що як для окремого СФ, так і для організації стан професійного вигорання може бути неусвідомленим чи неправильно зрозумілим і оціненим. Власне неблагополучний стан як СФ, так і аптечного закладу важко встановити, що ускладнює своєчасне проведення профілактичних заходів.

Для узгодження певних термінологічних визначень та дослідження СПВСФ в аптечних закладах різної форми власності. На основі логіко-семантичного аналізу наукових статей і словників та враховуючи специфіку роботи СФ в аптечних закладах, запропоновано вдосконалення категоріального апарату синдром професійного вигорання терміном «синдром професійного вигорання спеціалістів фармації» у такій редакції: «Синдром професійного вигорання спеціалістів фармації (СПВСФ) (англ. *Burnout syndrome specialists of pharmacy*) – це фізичне, емоційне чи мотиваційне виснаження СФ, що характеризується порушенням продуктивності його роботи, зниження кваліфікаційних здібностей, редукцією професійних досягнень, проявів цинічності до споживачів і колег, постійною втомою,

безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю чи інших психоактивних речовин з метою отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки» [6; 10].

Застосування в практичній діяльності терміна СПВСФ дає змогу ідентифікувати цю проблему в аптечному закладі і надавати СФ своєчасну допомогу. Натомість, якщо невілювати цю проблему, аптечні заклади можуть стикнутися з низкою проблем. По-перше, це призводить до розвитку негативної самооцінки у СФ, негативного ставлення їх до роботи і споживачів аптечних закладів, редукції професійних досягнень тощо. Тому СПВСФ небезпечний тим, що викликає плинність кадрів, зниження рівня сервісу, зневагу до професії. Це завдає шкоди репутації аптеки, веде до втрати споживачів і, як наслідок, до зниження товарообігу і прибутковості бізнесу в цілому.

Для врегулювання питання щодо надання соціально-психологічної і психологічної допомоги при ПВСФ (консультування, підтримка, діагностика, корекція психологічного стану, психотерапія, реабілітація) для провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я пропонуємо внести зміни до Наказу №537 від 03.09.2012 р. «Перелік соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самотійно їх подолати», а саме додати пункт: «Соціально-психологічна і психологічна допомога при професійному вигоранні спеціалістів фармації (консультування, підтримка, діагностика, корекція психологічного стану, психотерапія, реабілітація)».

Також нами розроблена пропозиція щодо внесення змін до ПКМ України № 1662 від 08.11.2000 р. «Про затвердження переліку професійних захворювань», а саме додати пункт: «VIII. Психоемоційні захворювання: «Професійне захворювання спеціалістів фармації». Для цього нами прописані основні компоненти:

1. Код згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем – (МКХ-10).
2. Небезпечні та шкідливі речовини і виробничі фактори, вплив яких може викликати професійне захворювання.
3. Перелік робіт та виробництв, на яких можливе виникнення професійного захворювання.

За таких умов важливим є своєчасне виявлення та профілактика симптомів ПВСФ [6; 11; 12].

Розробка методичних підходів до діагностування стану та оцінки ступеня професійного вигорання спеціалістів фармації. Нами були проведені дослідження професійно-психологічних проблем, які виникають у процесі трудового процесу СФ, зокрема СПВСФ. Дослідження методичних підходів до діагностування стану та оцінки ступеня ПВСФ проводилися на основі соціологічного опитування методом анкетування СФ (1000 респондентів). Для цього були опитані: СФ, які працюють в аптечних закладах та їх структурних підрозділах, аптечних складах: завідувач аптеки, заступник

завідувача аптеки, завідувач відділу, заступник завідувача відділу, завідувачий складом, завідувачий аптечним пунктом, директор, старший провізор, провізор, фармацевт тощо.

Для визначення СПВСФ нами була адаптована анкета-опитувальник, яка складалась з 22 питань про відчуття і переживання, які пов'язані з виконанням робочої діяльності з метою виявлення СПВСФ на всіх стадіях його розвитку, на які СФ мали дати відповіді за бальною шкалою (від 0 до 5). Анкета-опитувальник була розроблена на основі трьохфакторної моделі К. Масlach та С. Джексон з адаптацією Н. Водоп'яноюю, Є. Старченкової [1–6]. Методика призначена для діагностики емоційного виснаження, деперсоналізації і професійних досягнень. Для більш зручного та уніфікованого інструменту визначення СПВСФ на робочих місцях розроблена комп'ютерна програма для статистичної обробки анкетних даних ADPQ_(PBSPH). За її допомогою визначення синдрому професійного вигорання у працівників фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я стає можливим в аптечних закладах всіх форм власності. Це дозволяє встановити тестові норми для розрахунку інтегрального показника СПВСФ. Алгоритм визначення СПВСФ наведено на рис. 2. У ході нашого дослідження були проаналізовані такі складові СПВСФ, як емоційна виснаженість СФ, деперсоналізація СФ, редукція професійних досягнень СФ. Для цього в дослідженні для підрахунку суми балів були використані певні схеми. Так, було визначено, що емоційне виснаження має максимальну суму балів – 45, для деперсоналізації це 25 балів, а для професійної успішності – 40. Для виявлення ступеня СПВСФ спочатку були оброблені відповіді СФ на відповідні номери питань анкети-опитувальника, як показано у табл. 1.

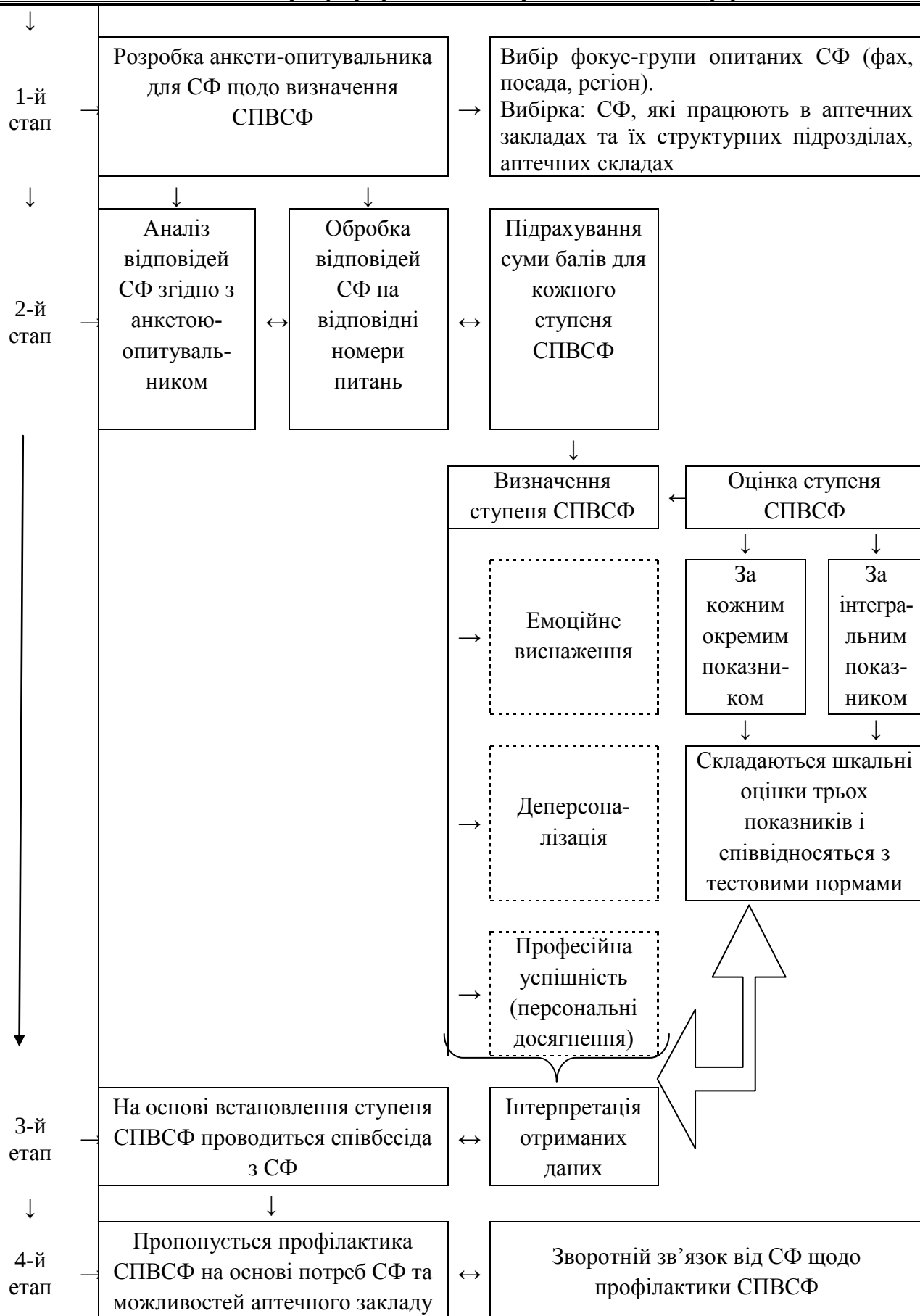
Усі питання поділені на три блоки залежно від ступеня СПВСФ, для кожного з яких здійснювався підрахунок суми балів [2]. Оцінка ступеня СПВСФ здійснювалась за кожним окремим та інтегральним показниками. Всі отримані дані експортувались у програму ADPQ_(PBSPH) з подальшою обробкою отриманих даних у формат Microsoft Excel [6]. З метою діагностики СПВСФ у СФ нами була розроблена методика експериментальної частини дослідження, що включала такі методи:

1. *Спостереження*. Використовувалися з метою доповнення відомостей про особливості СПВСФ у СФ.

2. *Бесіда*. Використовувалася з метою уточнення відомостей про особливості емоційних станів СФ.

3. *Анкетування*. Використовувалося з метою діагностики ступеня СПВСФ (адаптована методика Н. Водоп'яноюї) [2].

Визначення синдрому професійного вигорання спеціалістів фармації



Таблиця 1

Підрахунок суми балів

Ступені СПВСФ	Номер питання в анкеті в прямому значенні	Номер питання в анкеті в зворотному значенні	Максимальна сума балів
Емоційне виснаження	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	6	45
Деперсоналізація	5, 10, 11, 15, 22	–	25
Професійна успішність	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	–	40

В анкетуванні брали участь 1 000 респондентів, з яких частка жінок складала 68%, чоловіків – 32%. Тож вибірка була неоднорідною за гендерним складом ($\chi^2=128,88$, $p=7,20 \cdot 10^{-30} < 0,05$; $Z=17,257$, $p=9,96 \cdot 10^{-67} < 0,05$), що відображає наявний стан розподілу співробітників аптечних закладів за статевою ознакою. Середній вік респондентів складав $36,29 \pm 1,07$ роки, стаж роботи – $13,07 \pm 1,02$ роки. Значущої різниці між чоловіками і жінками за віком і за стажем роботи виявлено не було (для стажу: $M-W U=851$, $Z=1,327$, $p=0,1856 > 0,05$; для віку: $M-W U=759,5$, $Z=2,035$, $p=0,051053 > 0,05$, де $M-W Z$ і $M-W U$ – обчислені значення статистик критерію Манна-Уїтні для порівняння вибірок великого і малого розміру відповідно), тож за цими ознаками вибірку можна вважати однорідною, а наведені висновки щодо особливостей ПВСФ такими, що не залежать від віку і стажу роботи опитаних.

Результати дослідження представлені нижче на рис. 3–8. Спочатку нами були досліджені випадки емоційного виснаження у СФ та його ступінь (рис. 4). Бали за шкалою емоційного виснаження у жінок варіювалися від 6 до 28 із центральним значенням (медіаною) і кватильним розкидом 16. У чоловіків ці значення складали відповідно 14 і варіювалися від 5 до 32 балів (рис. 3).

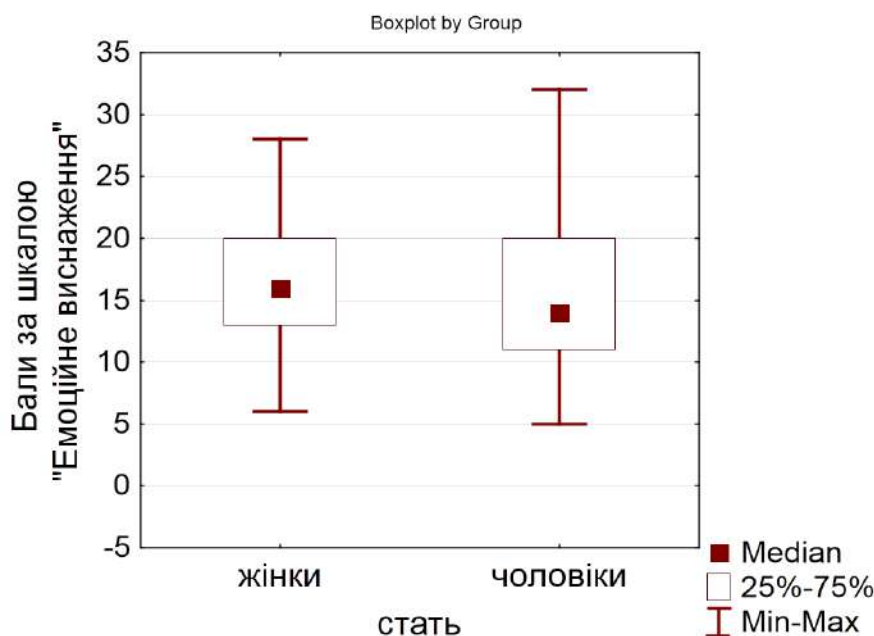


Рис. 3 Діаграма розмаху балів за шкалою емоційного виснаження при порівнянні рівня професійного вигорання СФ за гендерною ознакою

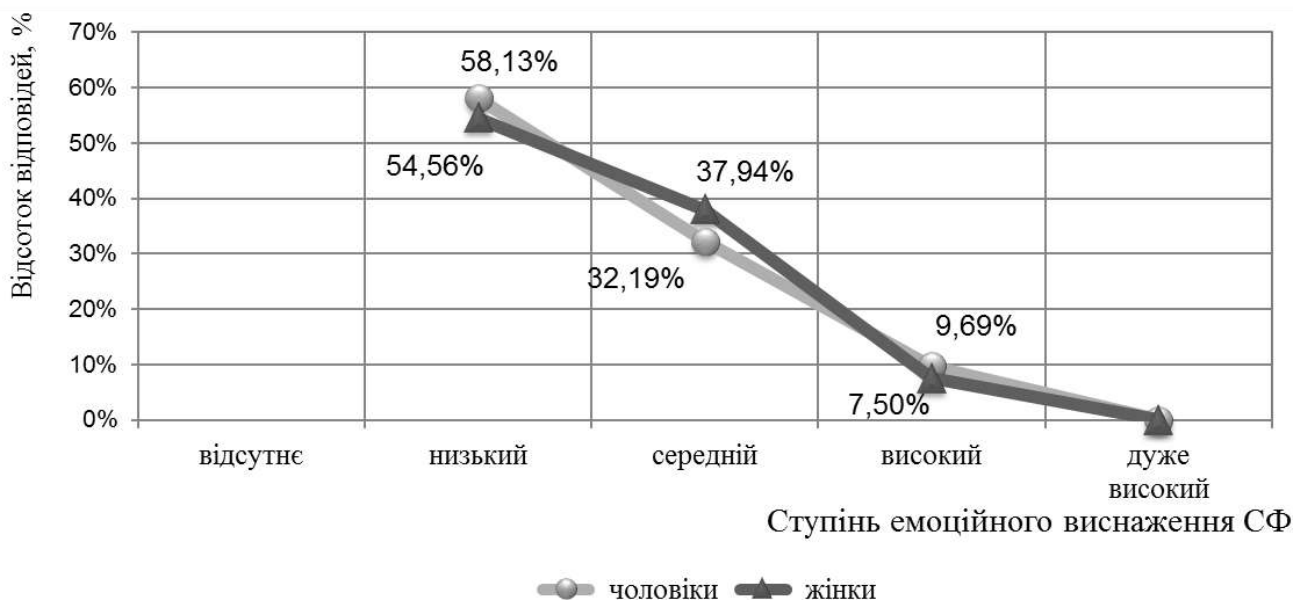


Рис. 4 Дослідження ступеня емоційного виснаження серед опитаних СФ

Статистично значущо бали за шкалою емоційного виснаження у чоловіків і жінок не відрізнялися ($M-W U=964,5$, $Z=0,44870$, $p=0,653093>0,05$).

Дослідження ступеня емоційного виснаження СФ показали, що розподіл ступенів емоційного виснаження СФ між жінками і чоловіками практично однаковий ($\chi^2=0,344566$, $p=0,84174>0,05$) (рис. 4). Так, перше місце посідає низький ступінь емоційного виснаження серед СФ, що характерно як для чоловіків – 58,13% випадків (186 опитаних), так і для жінок – 54,56% випадків (371 респондент).

Незважаючи на те, що випадків повної відсутності емоційного виснаження серед опитаних СФ не спостерігалось, переважна кількість респондентів саме з низьким ступенем цієї складової рівня професійного вигорання як серед чоловіків ($\chi^2=112,8063$, $p=3,195 \cdot 10^{-25}<0,05$), так і серед жінок ($\chi^2=232,379$, $p=3,463 \cdot 10^{-51}<0,05$), що може вважатися добрим сигналом і свідчить про наявність сприятливої психологічної атмосфери в аптечному закладі.

На другому місці кількість випадків емоційного виснаження СФ середнього ступеня – у 258 жінок (37,94%) і у 103 чоловіків (32,19%). Це пограничний ступінь емоційного виснаження, який ще можна компенсувати без спеціальних заходів, а за рахунок психоемоційного розвантаження СФ.

Особливу стурбованість викликає наявність високого ступеня емоційного виснаження СФ – у 51 (7,50%) жінок і у 31 (9,69%) чоловіків. Це свідчить про психосоматичне нездоров'я СФ, яке проявляється в гострому відчутті спустошеності і безсилля у СФ. Причина такого стану полягає в першу чергу в постійному перевантаженні СФ на роботі, стресі тощо.

Наступним етапом нашого дослідження став аналіз ступеня деперсоналізації серед опитуваних СФ (рис. 5–6). При порівняльному аналізі бальних оцінок за шкалою деперсоналізації з використанням критерію Манна–Уїтні не знайдено статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками за цим показником ($M-W U=814$, $Z=-1,61299$,

$p=0,105066>0,05$). Для чоловіків найбільш характерними були значення 8 із загальним розкидом від 0 до 18 балів; для жінок – 6 балів, які варіювалися від 0 до 13 (рис. 5).

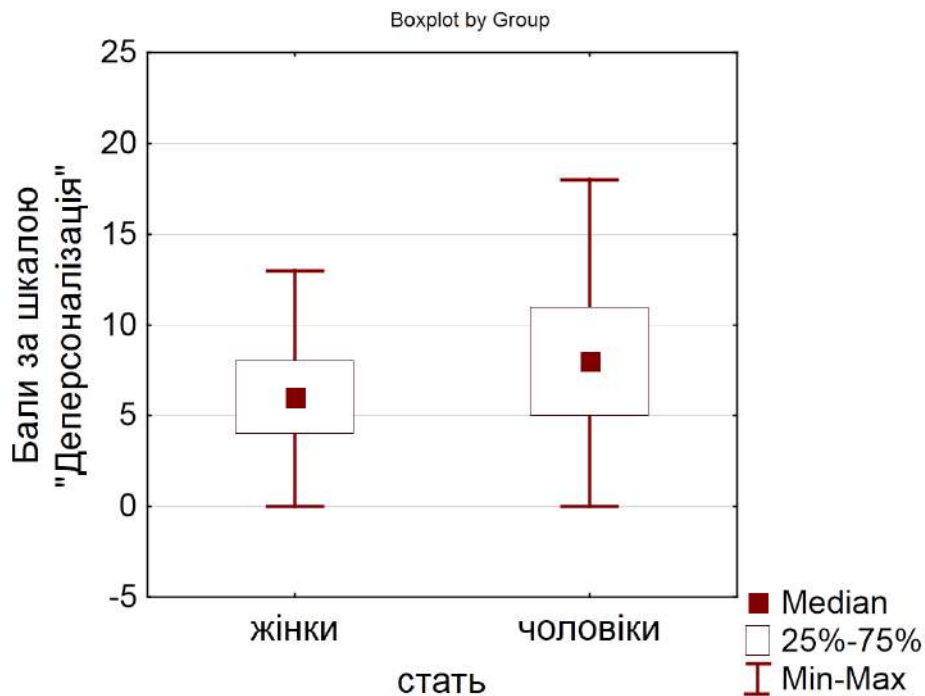


Рис. 5 Діаграма розмаху балів за шкалою деперсоналізації при порівнянні рівня професійного вигорання СФ за гендерною ознакою

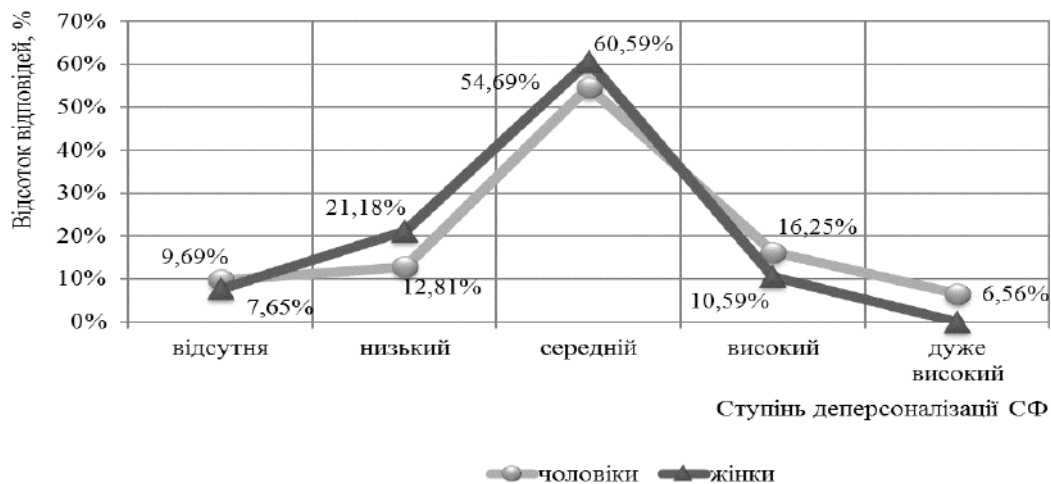


Рис. 6 Дослідження ступеня деперсоналізації серед опитуваних СФ

Як видно з рис. 6, розподіл ступенів деперсоналізації у СФ залежно від статі не відрізняється ($\chi^2=5,795232$, $p=0,21497>0,05$). За частотою випадків на першому місці в обох гендерних групах знаходиться середній ступінь деперсоналізації, що є характерним для 175 (54,69%) чоловіків і для 412 (60,59%) жінок з опитаної вибірки СФ.

Перевага кількості випадків середнього ступеня деперсоналізації над іншими градаціями цієї складової професійного вигорання підтверджується

статистично (для чоловіків: $\chi^2=248,9375$, $p=1,1027 \cdot 10^{-52} < 0,05$; для жінок: $\chi^2=486,8706$, $p=3,3414 \cdot 10^{-105} < 0,05$).

Відсутність синдрому деперсоналізації характерна для незначної кількості СФ як чоловічої, так і жіночої статі. Частки респондентів, у яких не виявлено деперсоналізації, становлять серед чоловіків 9,69%, серед жінок 7,65%, і не відрізняються статистично значущо ($Z=1,05051$, $p=0,293482 > 0,05$).

Виявлені гендерні відмінності стосовно рівня деперсоналізації СФ які полягають у наступному. Так, серед жінок низький рівень деперсоналізації спостерігається частіше (у 21,18% випадків), ніж серед чоловіків (у 12,81% випадків), що підтверджується статистично ($Z=3,430157$, $p=0,000302 < 0,05$). У той же час серед чоловіків частіше, ніж серед жінок спостерігається високий рівень деперсоналізації (у 16,25% випадків проти 10,59%; $Z=2,38294$, $p=0,008587 < 0,05$). Крім того, у 21 (6,56%) з чоловіків виявлено дуже високий ступінь деперсоналізації, в той час як її проявів такого рівня серед жінок не зафіксовано.

Отримані результати дозволяють зробити висновок про більшу схильність чоловіків до проявів деперсоналізації, що виражається у зміні ставлення (збільшення проявів байдужості та цинізму) до клієнтів. Вираження проявів деперсоналізації у жінок, незважаючи на однакову стресовість умов роботи СФ, рідше досягає такого високого рівня, що може бути пояснено їх більшою природною схильністю до емпатії.

Наступним нами був проведений аналіз професійної успішності (редукції персональних досягнень) серед СФ. За 40-бальною шкалою редукції персональних досягнень жінки характеризувалися центральними значеннями балів 30, що мали розкид від 9 до 40; чоловіки – 33 з діапазону від 19 до 39 балів (рис. 7). Статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками за оцінкою редукції персональних досягнень виявлено не було ($M-W U=833$, $Z=-1,466$, $p=0,141849 > 0,05$).

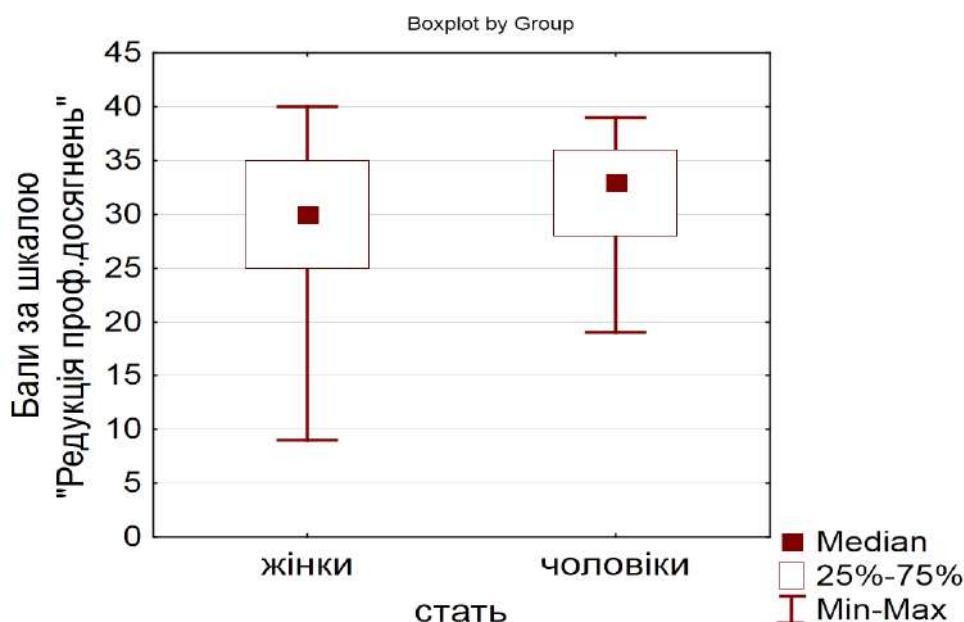


Рис. 7 Діаграма розмаху балів за шкалою редукції персональних професійних досягнень при порівнянні рівня професійного вигорання СФ за гендерною ознакою

Розподіл випадків прояву редукції персональних професійних досягнень спеціалістів фармації різного ступеня виразності серед чоловіків і жінок наведено на рис. 8. Як свідчать отримані дані, в усіх опитаних СФ незалежно від статі в тій чи іншій мірі проявляється зниження професійної компетентності (жодного випадку відсутності проявів цієї складової синдрому професійного вигорання не спостерігалось). Розподіл різних ступенів професійної успішності статистично значущо не залежить від статі СФ ($\chi^2=5,115909$, $p=0,16350>0,05$). І в групі чоловіків, і в групі жінок отримано переважну кількість випадків середнього ступеня редукції професіоналізму (для чоловіків: $\chi^2=112,175$, $p=3,73437 \cdot 10^{-24}<0,05$; для жінок: $\chi^2=205,3529$, $p=2,9408 \cdot 10^{-44}<0,05$).



Рис. 8 Дослідження ступеня професійної успішності (редукції персональних досягнень) серед опитуваних СФ

Випадки дуже високого ступеня зниження рівня персональних досягнень зустрічаються однаково часто серед чоловіків і жінок (у 6,56% і 9,12% відповідно; $Z=1,443154$, $p=0,148977>0,05$), також як і випадки проявів середнього ступеня цієї складової синдрому професійного вигорання (у 45,31% чоловіків і 43,97% жінок; $Z=0,39802$, $p=0,690616>0,05$). Стурбованість викликає те, що високий ступінь зниження власних професійних досягнень і успішності спостерігається значно частіше у жінок, ніж у чоловіків (у 31,76% випадків проти 16,25%; $Z=5,687817$, $p=6,43 \cdot 10^{-9}<0,05$), у той час як низький ступінь редукції персональних досягнень у жінок наявний значно менше (у 15,15% проти 31,88%; $Z=5,67914$, $p=6,77 \cdot 10^{-9}<0,05$). Це свідчить про більше зниження власних досягнень серед жінок, відчуття втрати сенсу і бажання працювати внаслідок стресових настроїв у колективах аптечних закладів, і вказує на те, що саме жінки потребують психоемоційного розвантаження і застосування додаткових стимулів у роботі.

На завершальному етапі наших досліджень піддавався аналізу інтегральний показник СПВСФ за такою самою схемою, як і складові його трьохфакторної моделі (емоційне виснаження, деперсоналізація і редукція

власних професійних досягнень). Спочатку визначено описові статистичні характеристики для показника, виміряного за 110-бальною шкалою, що склали для чоловіків 55 із розмахом від 42 до 76 балів, для жінок – 52 із розмахом від 28 до 71 бала (рис. 9). Порівняння цих значень за критерієм Манна–Уїтні виявило статистичну незначущість розбіжностей у загальному рівні СПВСФ між чоловіками і жінками ($M-W U=803$, $Z=-1,69808$, $p=0,089493>0,05$). Досліджено розподіл випадків професійного вигорання серед СФ різного ступеня виразності (рис. 10). Отримані дані вказують на те, що більшість з опитаних СФ мають середній ступінь професійного вигорання як серед чоловіків ($\chi^2=203,9375$, $p=5,3486 \cdot 10^{-43}<0,05$), так і серед жінок ($\chi^2=319,1029$, $p=8,19013 \cdot 10^{-68}<0,05$).

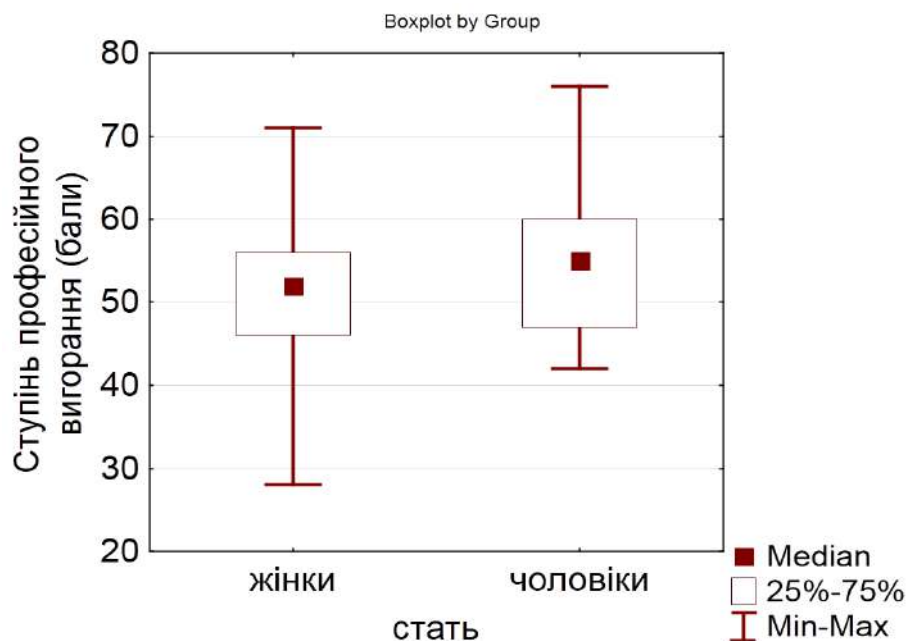


Рис. 9 Діаграма розмаху балів інтегрального показника СПВСФ при його порівнянні за гендерною ознакою



Рис. 10 Розподіл різних ступенів професійного вигорання за значеннями інтегрального показника для СФ залежно від статі

Крайні значення (повна відсутність проявів синдрому професійного вигорання, чи дуже високий його рівень) спостерігається в однаковій кількості осіб (31 респондент) у різних гендерних групах, що складає 4,56% від загальної кількості опитаних жінок і 9,69% – у чоловіків, і свідчить про значно більшу частку чоловіків із відсутністю синдрому професійного вигорання чи його дуже високим рівнем у порівнянні із жінками ($Z=2,79214$, $p=0,005236<0,05$).

При аналізі таблиці спряженості ступеня професійного вигорання із статтю СФ значущого зв'язку між цими показниками не виявлено ($\chi^2=5,213459$, $p=0,26609>0,05$), але окремі дані дозволяють стверджувати про більшу схильність жінок до проявів синдрому професійного вигорання. Так, високий рівень ПВСФ спостерігався у значно більшій частки жінок ніж чоловіків (28,82% проти 12,81%; $Z=6,276229$, $p=1,73 \cdot 10^{-10}<0,05$). При цьому серед жінок професійне вигорання середнього ступеня зустрічалось значно рідше, ніж серед чоловіків (у 39,41% випадків проти 51,56%; $Z=3,61199$, $p=0,000304<0,05$).

Агреговані результати аналізу даних анкетування з дослідження СПВСФ наведено у таблиці 2, де представлено характеристики опитаної вибірки СФ. У таблиці центральне значення балів характеризується медіаною показника, його варіація відносно центру – верхнім і нижнім квантилями; для характеристики загального розкиду значень наведено мінімальне і максимальне значення.

Таблиця 2

**Основні характеристики дослідженої вибірки СФ за результатами
опитувальника для визначення ступеня СПВСФ
(Me [LQ ; UQ], Min ÷ Max, бали)**

Показник/Субшкала	Уся вибірка (N = 1 000)	Чоловіки (N = 320)	Жінки (N = 680)
Інтегральний показник СПВСФ	52 [47 ; 57] 28 ÷ 76	55 [47 ; 60] 42 ÷ 76	52 [46 ; 56] 28 ÷ 71
Емоційне виснаження	15 [12 ; 20] 5 ÷ 32	14 [11 ; 20] 5 ÷ 32	16 [13 ; 20] 6 ÷ 28
Деперсоналізація	6 [4 ; 9] 0 ÷ 18	8 [5 ; 11] 0 ÷ 18	6 [4 ; 8] 0 ÷ 13
Редукція професіоналізму	31 [26 ; 35] 9 ÷ 40	33 [28 ; 36] 19 ÷ 39	30 [25 ; 35] 9 ÷ 40

Примітки: N – обсяг вибірки; Me – медіана; LQ – нижній квантиль; UQ – верхній квантиль; Min – мінімальне; Max – максимальне значення.

Загальне порівняння виявлених особливостей проявів основних симптомів ПВСФ у чоловіків і жінок дозволило зробити такі висновки. Виявлено, що найбільш характерними для СФ є показники загального рівня професійного вигорання середнього ступеня (такий ступінь СПВСФ мають 39,41% жінок і 51,56% чоловіків із дослідженої вибірки), що проявляється у відчутті втоми і апатії, і у разі відсутності мотивації може викликати зниження продуктивності праці, порушення трудової дисципліни або

дистанціювання від професійних обов'язків СФ внаслідок зникнення привабливості роботи в даному аптечному закладі.

При середньому ступені професійного вигорання належне виконання професійних обов'язків СФ можливе за умови створення керівництвом аптечного закладу правильної системи мотивації і стимулювання з одночасним приділенням особливої уваги здоров'ю таких СФ, що буде запобігати виникненню більш суттєвих проблем, таких як виснаженість, схильність до фізичних і психологічних захворювань і патологічних станів, тощо.

Із складових загального рівня професійного вигорання найбільш позитивні результати у СФ виявлено за субшкалою емоційного виснаження – більшість з опитаних працівників мають низький ступінь емоційного виснаження, і ця тенденція характерна для СФ обох статей (54,56% жінок і 58,13% чоловіків). Для такого рівня емоційної втоми від виконання професійних обов'язків характерні відчуття спустошеності, зниження енергійності, поява незадоволеності своєю роботою і швидка втомлюваність, однак ці стани корегуються найлегше – наданням повноцінного відпочинку і правильною організацією робочого місця, застосуванням ефективних методик планування власного розкладу робочого процесу, що в багатьох випадках може бути здійснено самим СФ без залучення керівництва або профільних спеціалістів.

Аналіз ступеня деперсоналізації показав, що наявність її високого рівня характерна для чоловіків більше, ніж для жінок, що проявляється у цинічному ставленні СФ до роботи і клієнтів, формальному виконанні своїх професійних обов'язків без виявлення співпереживання, а також проявах конфліктних ситуацій у трудових колективах аптечних закладів. Для таких СФ доцільно буде змінити специфіку роботи (занадто часті контакти із споживачами) і перевести на більш спокійну роботу.

Наявність великої кількості випадків високого ступеня редукції власних професіональних досягнень серед жінок (31,76% випадків) свідчить про необхідність особливої уваги до цієї категорії СФ у зв'язку з частим виникнення у них відчуття некомпетентності в своїй професійній сфері, усвідомленням неуспішності в ній, що, крім психологічних проблем, призводить до потягу до уникнення відповідальності та нівелювання службових обов'язків СФ. У чоловіків ефекти редукції персональних досягнень виражені у меншому ступені, ніж у жінок.

У СФ низькі бали за шкалою «професійна ефективність» свідчать про занижену самооцінку значущості насправді досягнутих результатів; зниженні продуктивності на роботі; усвідомленням СФ недостатності своїх знань і умінь щодо вимог практичної діяльності; певну напруженість (психологічний стрес) у робочих ситуаціях тощо.

Отже, при дослідженні динаміки СПВСФ необхідно враховувати як конкретні значення за всіма трьома ступенями СПВСФ, так і їх взаємозв'язок. Взаємозв'язок і взаємовплив факторів СПВСФ визначають динаміку процесу його розвитку. Тому керівникам аптечних закладів для запобігання СПВСФ

необхідно проводити діагностику факторів ризику для своїх працівників. Не слід вводити деякі інновації, коли спостерігаються ознаки СПВСФ. Потрібно навчати СФ самим розпізнавати ознаки СПВСФ і вживати відповідних заходів [6; 12; 13].

СФ, які працюють в аптеках безпосередньо з відвідувачами та пацієнтами, постійно стикаються у своїй роботі з психоемоційним навантаженням, потребують профілактики та впровадження заходів для запобігання СПВСФ. Для його профілактики нами досліджена можливість попередження і зниження ризику виникнення психологічного вигорання у СФ сучасними альтернативними методами психоемоційного розвантаження.

Обґрунтування методичних засад щодо профілактики синдрому професійного вигорання спеціалістів фармації. На підставі проведеного аналізу зарубіжних джерел літератури з питань професійного вигорання нами були розроблені практичні рекомендації для запобігання СПВСФ. На сьогодні використовуються різноманітні підходи в вирішенні вищезазначених труднощів. Для запобігання СПВСФ та його профілактики необхідно здійснювати заходи, які допоможуть зменшити дію основних факторів, що спричиняють вигорання, серед яких: хронічно напружена психоемоційна діяльність, постійні суперечності в стратегічному і тактичному керівництві, надмірні вимоги до працівників, відсутність об'єктивних критеріїв для оцінки результатів праці, неефективна система мотивування і стимулювання співробітників, нестабільність робочого графіку. Базуючись на даних джерел літератури, нами запропонована класифікація для практичного аналізу симптомів СПВСФ в аптечних закладах.

КЛАСИФІКАЦІЯ ОЗНАК І СИМПТОМІВ СПВСФ

Фізичні ознаки і симптоми СПВСФ:
• відчуття втоми, виснаження, запаморочення, зміна ваги; • зниження імунітету, погане самопочуття, надмірна пітливість, тремтіння; • проблеми з апетитом і сном, хвороби серцево-судинної системи; • часті головні болі, запаморочення, болі в спині і м'язах.
Емоційні ознаки і симптоми СПВСФ:
• відчуття невпевненість в собі, втома; • відчуття безпорадності і безнадійності, емоційне виснаження, істерика; • все частіше робиться цинічний і негативний прогноз, СФ стають байдужими (дегуманізація) і втрачають індивідуальність; • відчуженість, почуття самотності, депресія і почуття провини; • зниження задоволення і почуття виконаного обов'язку; • втрата мотивації і професійних перспектив, негативне сприйняття своєї професійної компетенції.
Поведінкові ознаки і симптоми СПВСФ:
• відхід від відповідальності, імпульсивна та емоційна поведінка; • соціальна самоізоляція; • перенесення своїх негараздів на інших; • виконання окремих робіт вимагає більше часу, ніж раніше; • робота понад 45 годин на тиждень, недостатнє фізичне навантаження; • використання їжі, наркотиків або алкоголю, щоб впоратися з проблемами.

Також нами було запропоновано алгоритм дій для керівників щодо підтримки СФ на фізичному, психологічному та соціальному рівнях для запобігання СПВСФ (табл. 3).

Таблиця 3

Алгоритм дій керівників аптечних закладів щодо профілактики СПВСФ

ПРОФІЛАКТИКА СПВСФ	
Рекомендації	Пояснення
1	2
І етап	
1.1. Підтримка СФ на фізичному рівні	
1. Регулярний відпочинок, баланс робота-дозвілля	СПВСФ посилюється щоразу, коли робота займає більшу частину життя. Переглядайте графік роботи і корегуйте його в разі необхідності
2. Підтримка хорошої фізичної форми	Регулярно проходити медичний огляд у лікарів
3. Повноцінний сон	Спати потрібно в середньому 7–8 годин. Лягати спати потрібно до 23.00–24.00
4. Створення здорового робочого оточення	Здійснювати планування черговості, терміновості виконання справ, управління своїм часом та ін.
5. Необхідність делегувати відповідальність	Розділяти відповідальність за результат діяльності з колегами. Ті СФ, які дотримуються позиції «щоб щось було зроблено добре, треба це робити самому», безпосередньо йдуть до вигорання
6. Наявність хобі	Спорт, культура, природа, інтереси поза роботою дозволяють зняти напруження, що виникає на роботі
7. Активна професійна позиція	Прийняття відповідальності на себе за свою роботу, свій професійний результат, за свої рішення, дії
1.2. Підтримка СФ на психологічному рівні	
1. Задоволення емоційних потреб	Заохочувати і нагороджувати себе, усвідомлювати свої потреби, навчитися виражати свої емоції і робити це конструктивно тощо
2. Задоволення духовних потреб	Підтримувати в собі оптимізм і надію, орієнтуватися не тільки на матеріальні цінності тощо
3. Оволодіння вміннями і навичками саморегуляції	Необхідність саморегуляції виникає тоді, коли СФ стикається з новою, незвичною, важкою для нього проблемою. Психологічні основи саморегуляції містять у собі управління як пізнавальними процесами, так і особистістю: поведінкою, емоціями і діями. Наприклад, визначення реальних цілей допомагає збалансувати професійну діяльність і особисте життя
4. Контроль емоцій, що виникають після завершення наміченої роботи	При вирішенні професійних завдань важливо вміти контролювати відчуття тривожності і напруженості. Але завершення роботи не завжди усуває сильні психологічні почуття, особливо якщо робота не принесла потрібних результатів. Емоції часто посилюються і виявляються в сварках з колегами і підлеглими або, навпаки, в депресії, яка призводить до вигорання
1.3. Підтримка СФ на соціальному рівні	
Встановлення дружніх стосунків з колегами на роботі	Знайдіть тих, з ким на роботі можна поговорити про вашу ситуацію (керівник, штатний психолог, колега)

1	2
II етап Реалізація адміністративних заходів з боку керівництва для профілактики і усунення СПВСФ	
1. Визначення короткострокових і довгострокових цілей для підлеглих	Забезпечує зворотний зв'язок, що свідчить про те, що СФ працює на своєму місці і підвищує довгострокову мотивацію
2. Спілкування	Рекомендовано, щоб працівники ділилися своїми почуттями з колегами і шукали у них соціальну підтримку
3. Ефективний розподіл робочого часу та навантаження	Для забезпечення психічного і фізичного благополуччя дуже важливі «тайм-аути», тобто відпочинок від роботи та інших навантажень. Це відпустки, відпочинок під час свят і у вихідні дні. Надавайте чергову або неоплачувану відпустку, відпускайте на лікарняний
4. Створення сприятливих умов роботи	Говорити з співробітниками, виділяти час професійному зростанню, створити зручне робоче місце тощо
5. Активна участь у вирішенні проблеми підлеглих	Проявіть активну, а не пасивну позицію для вирішення проблем на робочих місцях, намагайтеся виключити стресові ситуації на роботі
6. Уточнення посадових інструкцій підлеглих	Нагадайте СФ ті види робіт, які йому необхідно виконувати останнім часом та функціональні обов'язки
7. Безперервне підвищення кваліфікації СФ	З боку адміністрації аптечного закладу розробити систему заохочень для проходження курсів підвищення кваліфікації

Він розрахований для використання СФ самостійно і для ознайомлення керівникам для корегування психоемоційного стану підлеглих. На підставі аналізу існуючих методик профілактики психоемоційних проблем у СФ нами були окреслені основні заходи для керівництва аптечного закладу, які будуть направлені для профілактики СПВСФ, а саме: правильно організувати робочий процес; працювати в команді; ефективно розподіляти робочий час та навантаження; розподіляти пріоритети між завданнями; організувати робочі місця та місце відпочинку; розробити систему оцінки ефективності роботи кожного СФ; розробити систему нематеріальних заохочень; підтримувати колективний дух співробітників; забезпечити та підтримувати психологічний комфорт у колективі. Враховуючи вищезазначені заходи, нами були опрацьовані та обґрунтовані рекомендації для керівників аптечних закладів щодо організації робочого процесу для профілактики СПВСФ, які наведені на рис. 11.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОЧОГО ПРОЦЕСУ В АПТЕЧНОМУ ЗАКЛАДІ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СПВСФ

↓ Командний метод роботи	Переваги команди: - СФ доповнюють один одного і тісно взаємодіють при вирішенні проблем; - якщо у СФ трапляється криза або він потребує додаткової уваги, то його колеги можуть продовжити роботу за нього; - взаємна підтримка, яка є життєво важливою, оскільки існує небезпека вигорання. Спільна емоційна підтримка колег, а також хороша взаємодія з керівництвом дуже важливі у запобіганні вигоранню	Основними принципами роботи команди є: – динамічний рівномірний розподіл ролей та функцій з подальшим дотриманням свободи кожного члена команди у виконанні його функцій; – регулярні зустрічі команди (приблизно два рази на тиждень та за потреби) з обговоренням персональних труднощів; – взаємне інформування з питань роботи; – обмін думками з метою досягнення згоди і взаєморозуміння; – контроль та самоконтроль на кожному етапі роботи з клієнтом; – виключення зайвої жорсткої роботи членів команди; – розширення діапазонів стилю роботи, за винятком директивного; – різносторонність зусиль; – динамічне підвищення комунікативних умінь членів команди; – послідовне обговорення ефективності роботи кожного учасника команди; – використання єдиного однозначного словника понять (термінів)
↓ Ефективний розподіл робочого часу та навантаження	Переваги: Зменшення навантаження на СФ, як психологічного так і фізичного	Основні принципи: Застосовуються різні методи, наприклад, правило «8 годин»: СФ необхідно розподілити добу за таким принципом: 8 годин – час для роботи, 8 годин – час для відпочинку та особистих справ та 8 годин – для сну. Організувати свій робочий час: через кожні 2 години роботи – 10-хвилинна перерва для відпочинку та переключення
↓ Розподіл пріоритетів між завданнями	Переваги: Скорочення втрат часу та збільшення організованості у колективі	Основні принципи: Застосовуються різні методи, наприклад, метод «АБВ»: при плануванні свого робочого дня за основу беруться критерії значущості, важливості й терміновості завдань. А – найбільш значущі, важливі та термінові завдання; Б – значущі, важливі, термінові; В – менш важливі, менш значущі, менш термінові. За ієрархією завдань їх вибудовують у відповідний ряд за значимістю, визначаючи час і терміни виконання



Рис. 11 Рекомендації для керівників аптечних закладів щодо профілактики СПВСФ

Для реалізації вищезазначеного і керівникам, і співробітникам можна використовувати простий метод розподілу пріоритетів «АБВ». Для цього нами запропоновано наступний план дій, який наведено на рис. 12.

План дій:

1. Складання списку усіх майбутніх справ на робочий день.
2. Систематизація завдань за їх важливістю, встановлення черговості справ відповідно до їх значення для вашої діяльності.
3. Пронумерування своїх справ і завдань.
4. Оцінка значимості ваших справ відповідно до категорій А, Б, В.
5. Перевірка свого плану.

Категорія завдань А – найважливіші завдання, мають складати приблизно 15% від кількості всіх завдань і справ, які належить вирішити обов'язково. Власна значимість цих задач, їх вкладу в досягнення цілі складає 65 %.

Категорія завдань Б – важливі завдання: на які припадає в середньому 20% від загальної кількості всіх завдань і також 20% значущості завдань для досягнення мети.

Категорія завдань В – менш важливі і несуттєві завдання, що мають складати 65% від загального числа, але мають незначну частку в загальній вартості всіх справ (15%).

Рис. 12. План дій для оптимального розподілу часу для СФ

Для подальшої роботи з СПВСФ нами запропоновані способи психологічної допомоги: дихальна гімнастика та вправи з глибоким диханням, як фундаментальний навик емоційно-орієнтованого подолання стресу; ароматерапія; зняття напруження та релаксація; трансформація негативних думок та переконань; регуляція емоційного стану; пошук і накопичення внутрішніх ресурсів; фізичні навантаження; режим та харчування; підвищення рівня професійної майстерності тощо.

Як показує практика, там, де адміністрація аптечних закладів серйозно ставиться до цієї проблеми, різко знижується і вираженість СПВСФ, і рівень тимчасової непрацездатності персоналу.

Отже, з наведеного можна зробити наступні *висновки*.

1. Установлено, що професійна діяльність СФ визнається як одна з найбільш емоційно напружених. Це пов'язано з великою кількістю непередбачуваних і неконтрольованих комунікативних ситуацій, із нерегламентованим режимом роботи, з високою мірою особистої відповідальності СФ, з неможливістю отримати однозначні підтвердження ефективності своєї діяльності тощо. Тому ПВСФ стало проблемним явищем в аптечних закладах, а його профілактика та мінімізація професійної деформації СФ потребує системного підходу на різних етапах діяльності і своєчасного застосування допомоги та профілактики СПВСФ. Встановлено, що особливо проблемним аспектом соціального захисту є упередження ПВСФ шляхом перегляду вимог до умов їх праці.

2. Удосконалено категоріальний апарат для характеристики синдрому професійного вигорання спеціалістів фармації. Це дозволить правильно застосовувати це поняття та створювати методики щодо його профілактики та виявлення у СФ.

3. Проаналізовано основні ступені СПВСФ та надано їх коротку характеристику та висвітлено особливості кожного з них.

Список використаних джерел

1. Зарічкова М.В. Удосконалення соціального захисту спеціалістів фармації шляхом попередження їх професійного вигорання // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. - 2016. - № 1. - С. 38–43.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - СПб.: Питер, 2009. - 336 с.
3. Юр'єва Л.М. Професійне вигорання у медичних працівників: Формування, профілактика і корекція. – К.: Сфера, 2004. - 272 с.
4. Bennet G. The Wound and the Doctor. - London: Seekerind Warberg, 1987. P. 89–99.
5. Briner R.B. What can research into emotion at work tell us about researching well-being at work? // International Journal of Work Organisation and Emotion. - 2005. - Vol. 1. - P. 67–73.
6. Зарічкова М.В., Толочко В.М. Визначення синдрому професійного вигорання у працівників фармацевтичної галузі за допомогою комп'ютерної програми статистичної обробки анкетних даних ADPQ_(PBSPH): інформ. лист. - Харків, 2015. - 8 с.
7. Міщенко І.В., Зарічкова М.В. Психологічне підґрунтя професійної етики спеціалістів практичної фармації // Формування Національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики: матеріали II Всеукр. наук.-освітньої internet-конф., м. Харків, 14 берез. 2012 р. - Харків: НФаУ, 2012. - С. 146–148.

8. Соціально-психологічні та педагогічні аспекти адаптивного управління елементами дистанційного навчання спеціалістів фармації (на прикладі вебінару) / В.М. Толочко, М.В. Зарічкова, Т.А. Артюх, І.В. Міщенко // Актуальні питання дистанційної освіти та телемедицини 2014: матеріали Всеукр. наук.-метод. відеоконф. з міжнар. участю, м. Запоріжжя, 16–17 жовт. 2014 р.). - Запоріжжя, 2014. - С. 15–16.
9. Зарічкова М.В. Удосконалення соціального захисту спеціалістів фармації шляхом попередження їх професійного вигорання // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. - 2016. - № 1. - С. 38–43.
10. Зарічкова М.В. Синдром професійного вигорання спеціалістів фармації // Фармацевтична енциклопедія / гол. ред. ради та автор передмови В.П. Черних. - 3-тє вид., перероб. і допов. – К.: МОРІОН, 2016. - С. 1528–1529.
11. Artyukh T.O., Zarichkova M.V. Problems and prospects of the modern system adaptive management development in pharmaceutical establishments // Nowoczesna edukacja: filozofia, innowacja, doświadczenie. - Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki I Umiejętności, 2015. - № 3. - P. 170–174.
12. Zarichkova M.V. The scientific summary of monitoring results of expenditure for social protection in the European Union and Ukraine // News of pharmacy. - 2016. - № 4. - P. 54–58.
13. Zarichkova M.V. Study of the impact of introduction of employee benefits in pharmacy institution on incentive of pharmacy professionals // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. - 2017. - № 2. - С. 20–30.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОЯЛЬНОСТІ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ ДО АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ В РАМКАХ АДАПТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

(Толочко В.М., Артюх Т.О.)

На сьогодні потужним джерелом розвитку конкурентних переваг та ключовим ресурсом підвищення стабільності аптечних закладів (АЗ) є організаційна культура, як інструмент адаптивного управління персоналом. З огляду на це підвищення конкурентоздатності АЗ на фармацевтичному ринку неможливе без удосконалення системи управління найвагомішим з ресурсів – персоналом. Одним із таких підходів, що відповідає сучасним вимогам до швидких змін обставин діяльності АЗ під впливом факторів зовнішнього середовища, є своєчасне пристосування та адаптація системи управління персоналом на новому рівні шляхом використання новітніх технологій управління організаційною культурою та її мотиваційними складовими, враховуючи показник лояльності спеціалістів фармації (СФ) [1–4]. Оскільки для активного розвитку в довгостроковій перспективі перехідного періоду гармонізації вітчизняного законодавства із європейськими нормами та стандартами, АЗ повинні не тільки відстежувати, а й піклуватись про підвищення лояльності свого персоналу, як однієї з причин формування у них професійної мотивації, що відбивається на всіх сторонах їх діяльності, очікуваннях, особливостях професійної (організаційної) поведінки. Адже прихильні до АЗ спеціалісти фармації (СФ) здатні до креативного вирішення проблем, які виникають, швидше

адаптуються до умов, викликаних тимчасовими труднощами, необхідними організаційними змінами тощо. Тільки лояльні СФ готові брати на себе відповідальність, використовуючи персональні ресурси і резерви за власною ініціативою займатися самоосвітою, звертатися за консультацією до фахівців.

Крім того, вивчення лояльності СФ продиктовано потребою в ефективному протистоянні негативним тенденціям останніх років, які пов'язані з високою плинністю кадрів АЗ. Підкреслює актуальність ще й той факт, що втрата якісного персоналу тягне за собою втрату прибутків та зниження конкурентоспроможності АЗ. Основним ефектом від високого рівня лояльності персоналу є підвищення продуктивності праці СФ і, як наслідок, розвиток АЗ за рахунок проявів ініціативності з боку персоналу [5–6]. Тобто готовності співробітника інвестувати свій когнітивний, навичковий і емоційний капітал в діяльність організації та її розвиток за умов лояльності СФ до АЗ. Саме тому оцінка лояльності СФ дозволить виявити перспективні напрямки не тільки для залучення нового персоналу, а й здійснити пошук способів утримання найбільш цінних для АЗ співробітників. Проте найбільшу користь принесе ідентифікація «зон невдоволення» і бажань співробітників [7]. Оскільки низька лояльність персоналу АЗ призведе до низького рівня задоволеності клієнтів і партнерів, а значить втрати фінансової стабільності й економічного зросту [8–9]. До того ж, оцінка рівня лояльності персоналу надасть можливість не лише вчасно виявити недоліки системи управління персоналом та мотивації СФ, а й своєчасно внести корективи до організаційної культури АЗ в рамках адаптивної системи персоналу та побачити зміни, що відбуваються, порівнюючи поточні показники з минулими [9].

Також необхідно зазначити, що лояльність є важливою умовою корпоративної безпеки АЗ, що значно впливає на благонадійність персоналу, зокрема, збереження комерційної таємниці, як одного з ключових моментів в рамках організаційної культури, що зазначаються, зокрема, у корпоративному кодексі закладу [16].

Проблемні питання, пов'язані з розвитком і оцінкою ефективності використання кадрового потенціалу в межах АЗ досліджуються та широко висвітлюються у працях багатьох вчених України та за її межами. Серед них треба відмітити дослідження різних аспектів мотивації [3] й соціально психологічних аспектів управління персоналом фармацевтичних організацій [1; 10], визначення ролі [11] й типу організаційної структури [12] при формуванні корпоративної культури на фармацевтичних підприємствах [13], використання підходів до адаптивного управління за умов впливу зовнішньоекономічних змін на діяльність аптечних закладів [14–15], аналіз лояльності клієнтів АЗ [2; 8–9] тощо. Разом з тим комплексні дослідження питання залученості СФ та їх лояльності в рамках управління організаційною культурою за умов адаптивного управління персоналом АЗ раніше не проводилися.

Теоретичні засади встановлення термінологічної сутності поняття «лояльність». На першому етапі теоретико-методичного дослідження

методами кабінетного (традиційного) аналізу і контент-аналізу на основі інформаційних джерел для однозначності трактування та уникнення семантичних помилок при проведенні соціологічних опитувань встановлена змістовність поняття «лояльність». Так, для визначення такої поведінки персоналу різні автори використовують широкий спектр термінів: лояльність, відданість, прихильність, патріотизм [1–4; 14]. На сьогодні досі немає єдиного підходу до визначення. Тому на підставі словникових визначень нами виділено наступні аспекти значення цього терміну: коректне доброзичливе ставлення до кого-небудь, чого-небудь [7]; вірність діючим законам, урядовим постановам (іноді тільки формальна) [7]; чесність, принциповість [17]; вірність, відданість, прихильність [18].

Також зустрічається сполучення «лояльність клієнта» – «високий рівень прихильності клієнта до певного фармацевтичного підприємства, товару чи послуги, що формується внаслідок узагальнення відчуттів, емоцій, думок, пов'язаний з низьким ступенем чутливості споживача до товарів-конкурентів, заснований на довірі, взаємовигідному співробітництві й побудові довгострокових відносин клієнта з підприємством [21].

Переважно лояльність персоналу може означати вірність співробітників своєму закладу, що, з нашої точки зору, передбачає не тільки принцип для СФ «НЕ зашкодь», але й вчинення дій на користь АЗ.

В англomовній літературі використовуються два терміни: «*organizational commitme*» и «*employee loyalty*». Істотних відмінностей в застосуванні цих понять немає, і нерідко вони виступають як синоніми або як подібні. У науковій літературі частіше зустрічається термін організаційна прихильність, в популярній - лояльності співробітників [1; 4].

Проте, на нашу думку, найбільше відповідають дійсності наступні поняття, які визначені авторами: відданість (Г. Десслер), благонадійність, прихильність (Т. Соломанідіна) та ін. [9]. Один із фахівців, що займається саме дослідженням організаційної поведінки, С. Роббінз, для позначення вищої міри лояльної поведінки персоналу використовує ще одне поняття - організаційне громадянство. Тобто це - поведінка, яка обумовлена, головним чином, «доброю волею працівника», та не пов'язана з формальними вимогами, що зафіксовані у нормативних документах (статутах, посадових інструкціях тощо), але в той же час, і це головне, вона сприяє «ефективному функціонуванню організації». Таким чином для подальшого дослідження були обрані саме такі трактування поняття «лояльність СФ», маючи на увазі, що вірність, відданість, прихильність, транслітерація «*commitment*» (зобов'язання) якої є його синонімом інших англійських термінів «прихильність» і «лояльність» [21].

Встановлення змістовності складових та компонентів лояльності спеціалістів фармації до аптечного закладу. Наступним етапом СФ встановлено змістовність складових лояльності СФ до АЗ: прагматичної, нормативної та емоційної (табл. 1).

При визначенні лояльності на суб'єктивному рівні враховували аспекти поведінки, що залежать від особистості СФ: вік і сімейний стан, характер,

виховання, індивідуальні потреби, цінності, життєвий досвід, схильність до змінювання роботи, або до довготривалої праці на одному місці; бажання робити професійну кар'єру в тій організації, в якій вони почали працювати або, навпаки, будувати свій кар'єрний ріст, переходячи з одного АЗ в інший. Встановлено позитивний зв'язок між ступенем лояльності і стажем роботи в АЗ: чим довше СФ працює в ньому, тим вище рівень його лояльності.

Таблиця 1

**Змістовність складових лояльності спеціалістів фармації
до аптечного закладу**

Прагматична	Нормативна	Емоційна
<i>Визначення</i>		
Усвідомлення працівниками витрат, пов'язаних з відходом з АЗ	Усвідомлення зобов'язань по відношенню до АЗ	Ідентифікація і залученість, а також емоційна прив'язаність до АЗ
<i>Змістовне наповнення</i>		
Співвідношення вигоди, яку отримує СФ протягом здійснення своєї діяльності в АЗ та очікуваних можливих збитків, які понесе СФ у випадку звільнення з АЗ або втрати цього місця роботи. Перевищення збитків над вигодою змушує СФ бути лояльним з практичної точки зору, прагматична задоволеність результатами праці	Наявність певних посадових обов'язків, які офіційно закріплені у документах АЗ, та усвідомленням особистої відповідальності за взяті зобов'язання перед самим собою (почуття обов'язку)	Взаємовідносини з багатьма співробітниками із якими пов'язано багато важливих і приємних подій, вшанування і заохочення, почуття ідентичності СФ і АЗ, залучення СФ до справ закладу, переживання його успіхів і поразок; задоволення мотиваційних потреб у приналежності до групи, спілкуванні, безпеки, співучасті і причетності до загальних справ, емоційна задоволеність СФ від праці [10]
<i>Позитивні риси</i>		
Докладання зусиль в інтересах організації (основних або додаткових) і намір продовжувати роботу в організації, перевага особистих інтересів перед інтересами АЗ	Прагнення до найкращого виконання своєї роботи для досягнення головної мети діяльності АЗ, діяльність на досягнення цілі організації, як в сприятливих, так і в несприятливих умовах;	Почуття вірності, відданості, гордості тощо)
<i>Негативні риси</i>		
Пошук нової роботи, бажання змінити існуючі умови праці в інших АЗ	Порушення досягнутих домовленостей, навмисне нанесення збитків аз, невиконання обов'язків тощо	Почуття образи та нелюбові до колективу, страх перед керівництвом, небажання ідентифікувати себе із АЗ, грубість тощо

Визначення видів лояльності спеціалістів фармації. В залежності від превалювання певного виду складових лояльності СФ встановлено 4 види прихильної поведінки СФ до АЗ: *організаційна прихильність* - ототожнення СФ з АЗ, що виражається в прагненні працювати в ньому і сприяти його

успіху; *емоційна прихильність* - психологічна прив'язаність СФ до колег, клієнтів цього АЗ, місця і справи; *прихильність за розрахунком* - прихильність СФ до АЗ, що обумовлена будь-якими особистими мотивами людини; *прихильність з обов'язку* - моральні зобов'язання СФ як людини залишатися в АЗ, виконувати свою роботу і досягати поставлених цілей.

Встановлення атрибутів лояльності спеціалістів фармації до аптечного закладу. Для підтвердження нашої теоретико-методичної гіпотези відносно термінологічного визначення «лояльність СФ» на наступному етапі методами соціологічного дослідження нами отримані репрезентативні дані, що підтверджено статистичними методами обробки даних. Для цього за результатами проведення мозкового штурму під час групових сесій експертів виявлено атрибути поведінки СФ та оброблено їх під час кабінетного аналізу.

У дослідженні взяли участь СФ з 23 областей України, які обіймають різні посади (табл. 2).

Таблиця 2

Характеристика розподілу респондентів за посадами

Посада	Питома вага, %	Група	Питома вага, %
Головний спеціаліст	0,26	Керівники	20,46
Директор АЗ	0,36		
Завідувач аптечного складу	0,67		
Завідувач АЗ	15,31		
Завідувач аптечного пункту	2,22		
Завідувач відділу АЗ	1,65		
Заступник директора АЗ	0,15	Заступники	3,45
Заступник завідувача аптечного складу	0,26		
Заступник завідувача АЗ	2,63		
Заступник завідувача аптечного пункту	0,10		
Заступник завідувача відділу АЗ	0,31		
Провізор	67,88	Провізори й фармацевти	76,08
Фармацевт	8,2		

Так, з табл. 2 видно, що найбільшу кількість, а саме $\frac{3}{4}$, склали представники нижчої – технічної ланки управління за посадами в АЗ: провізори та фармацевти ($67,88 + 8,20 = 76,08$ %). До інституційної ланки управління, яка у загальній кількості респондентів займає 20,46 %, зараховані наступні керівники аптечних закладів: головний (провідний) спеціаліст аптечної мережі – 0,26 %, директор АЗ – 0,36 %, завідувач АЗ – 15,31 %, завідувач аптечного пункту – 2,22 %, завідувач аптечного відділу – 1,65 %, завідувач аптечного складу або бази – 0,67 %, начальник відділу. Їх заступники у загальному балансі усіх респондентів представлені у кількості 67 спеціалістів фармації, що склало 3,45%. Категорійні дані щодо розподілу респондентів за областями представлені сортуванням від більшої кількості (табл. 3).

Таблиця 3

Дані розподілу респондентів за областями України

№	Область	%
1	Харківська	38,45
2	Полтавська	24,74
3	Вінницька	5,41
4	Чернігівська	4,59
5	Житомирська	4,33
6	Луганська (до листопада 2013 р., далі підконтрольна Україні територія)	3,87
7	Київська	2,22
8	Сумська	2,16
9	Донецька (до листопада 2013 р., далі підконтрольна Україні територія)	2,06
10	Одеська	1,91
11	Кіровоградська	1,86
12	Волинська	1,55
13	Чернівецька	1,49
14	Рівненська	1,39
15	Дніпропетровська	0,88
16	АР Крим (до листопада 2013 р.)	0,77
17	Черкаська	0,67
18	Миколаївська	0,41
19	Запорізька	0,31
20	Львівська	0,31
21	Тернопільська	0,31
22	Закарпатська	0,15
23	Івано-Франківська	0,15
Разом		100

Отже, соціологічне опитування охопило майже всі області України. Відомості щодо географічного місці розташування АЗ були згруповані нами на регіонами (рис. 1).

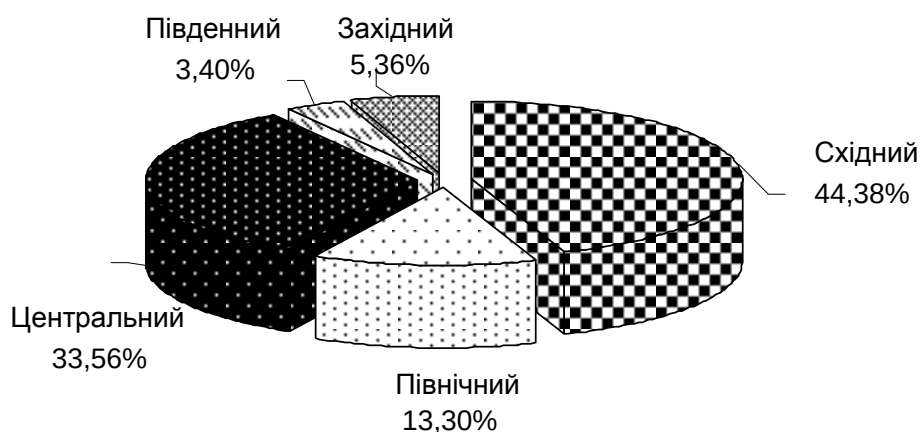


Рис. 1. Розподіл респондентів за географічними регіонами

Аналізу підлягали різні за формою власності АЗ, що розташовані в обласному центрі – 70,41 %, містах – 22,47 %, селищах міського типу та селах – 7,11 %.

Дослідження проводились серед респондентів, які мають різний стаж роботи за спеціальністю (рис. 2). Так, переважну більшість опитаних складають молоді СФ, які працюють за спеціальністю до 5 років – 62,22 %, наступні групи, СФ зі стажем понад 25 років та до 10 років, склали відповідно 13,97 % та 11,96 %, найменше серед опитаних СФ були працівники зі стажем роботи в проміжку від 10 до 20 років – 11,86 %.

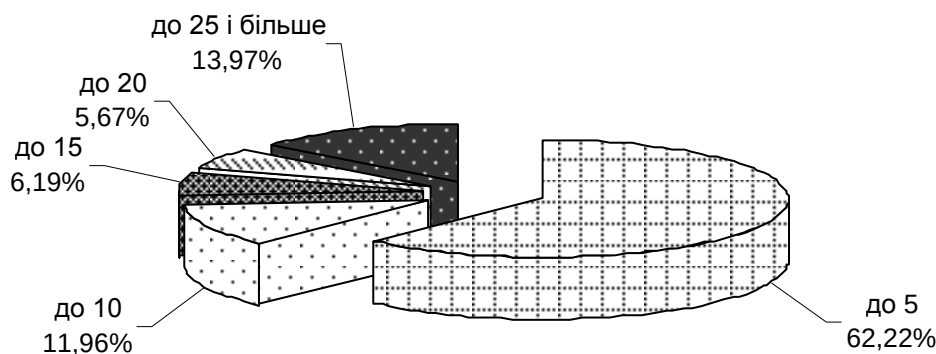


Рис. 2. Характеристика спеціалістів фармації за стажем роботи

Експертиза і відбір запропонованих СФ ідей проводились шляхом оцінки усіх варіантів. З метою активізації процесу генерування ідей в ході «штурму» були використані сучасні прийоми: інверсія (знаходження антонімічного значення), аналогія (знаходження схожого значення), емпатія (уявлення себе частиною завдання, вираження власних почуттів), фантазія (знаходження неймовірного рішення). Гіпотези оцінювали бальним методом за шкалою для кожного з атрибутів від 1 до 10 з подальшим визначенням вибіркового середньоарифметичного зваженого балу за оцінками всіх експертів та медіани варіаційного ряду. Далі методом типологічного групування однакові за значенням й змістовністю відповіді респондентів об'єднані та згруповані у наступні категорії атрибутів лояльності до АЗ поведінки СФ (рис. 3).

Найвищий бал - 10 експерти поставили прагненню СФ до найкращого виконання своєї роботи для досягнення головної мети діяльності АЗ, уникнення деструктивних конфліктів в процесі трудового взаємодії в колективі, а найменший отримала відкрита демонстрація приналежності СФ до АЗ або його відділу, структурного підрозділу.

Поряд із цим визначили атрибути поведінки персоналу, наявність яких може свідчити про відсутність лояльності СФ, не звертання уваги на які та несвоєчасне виправлення може мати негативні наслідки для АЗ. До них віднесли наступні групи (рис. 4).

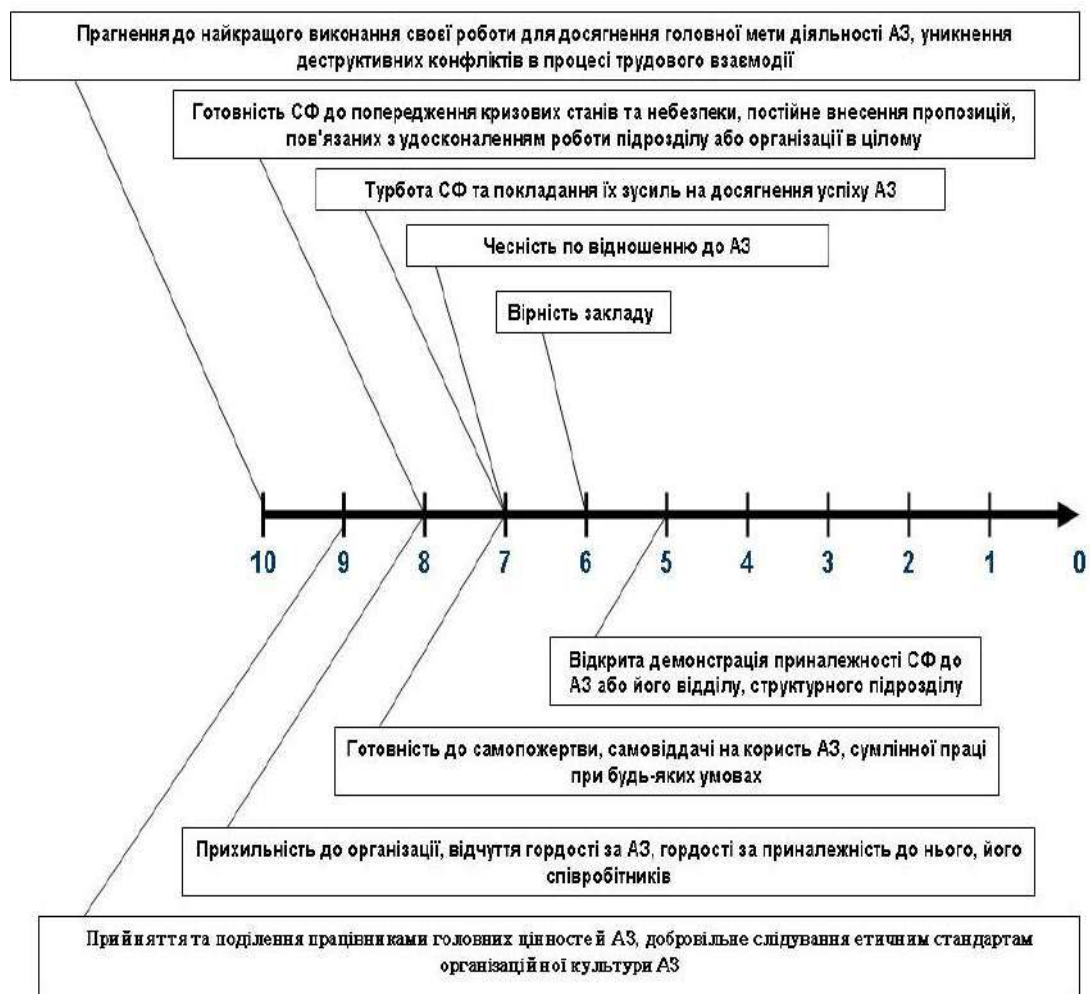


Рис. 3. Градієнтна шкала розподілу атрибутів лояльної поведінки спеціалістів фармації до аптечного закладу

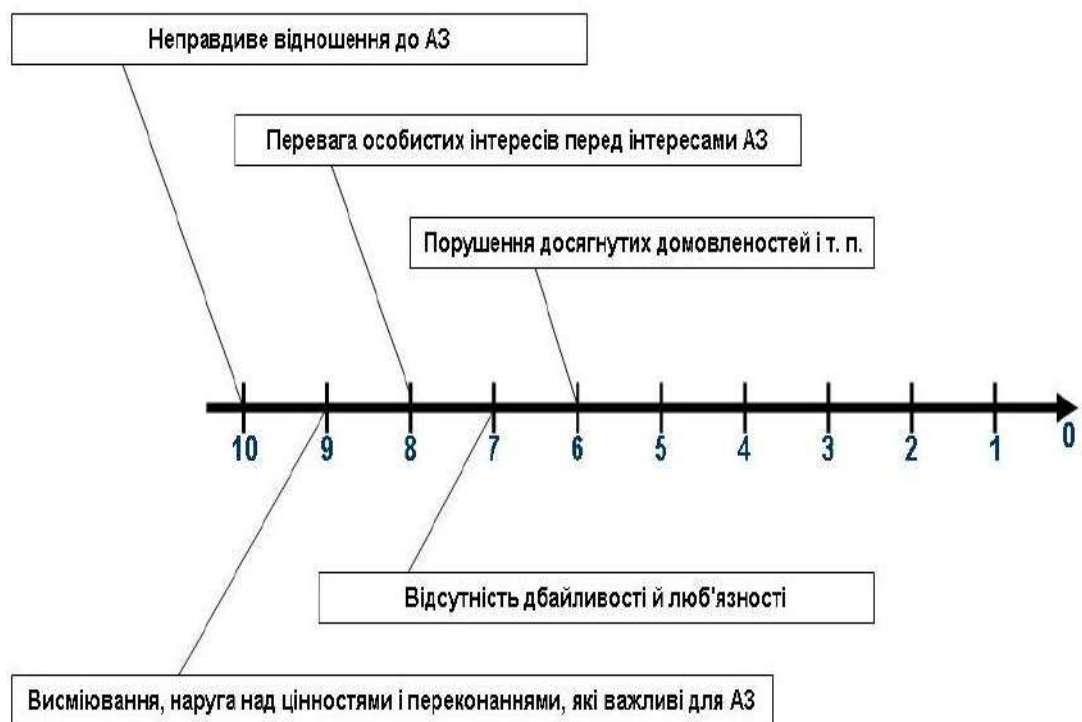


Рис. 4. Градієнтна шкала розподілу атрибутів не лояльної поведінки спеціалістів фармації до аптечного закладу

Так, найбільш нелояльною до АЗ поведінкою експертами визнано неправдиве відношення до АЗ (10 балів), а найменш - порушення досягнутих домовленостей (5 балів).

Далі на підставі встановлених атрибутів виділено *головні ознаки* лояльності персоналу АЗ за наступними критеріями:

1. наявність певних зобов'язань СФ перед АЗ, які повністю відповідають цілям і інтересам цього закладу (інколи офіційно ніде не зафіксовані та проявляються у наступних атрибутах організаційної культури: легенди АЗ, ритуали, правила, оповідання та розповіді «старожилів» тощо);

2. добровільне дотримання цих зобов'язань СФ без будь-якого зовнішнього тиску з боку АЗ (відповідно до моральних та етичних норм та правил індивідуума).

Лояльний СФ прагне залишитися працювати в АЗ якомога довше, бачить переваги, погоджує свої зусилля з діями інших співробітників. Лояльність завжди заснована на задоволеності працівника важливими аспектами діяльності в АЗ і з'являється тоді, коли його власні життєві плани збігаються зі стратегічними планами його розвитку. Лояльність СФ сприймається як готовність співробітника відповідати корпоративним очікуванням; формувати способи поведінки виходячи з рамок, заданих організацією або керівництвом; стійкість до зовнішнього впливу; дотримання раніше прийнятих домовленостей; внутрішнє прийняття особистістю організаційних цілей і цінностей, безоцінкове і некритичне ставлення до життя, що протікає в організації.

Об'єктивними показниками лояльності є дотримання встановленого внутрішнього трудового розпорядку АЗ, дисципліна, відсутність прогулів, своєчасне і якісне виконання обов'язків, виробничих завдань, дотримання робочого порядку на робочому місці, зокрема, через слідкування за функціонуванням пристроїв, інструментів та обладнання, дотримання технологічних вимог тощо.

Аналіз підходів до визначення лояльності спеціалістів фармації. При визначенні лояльності застосовували поведінковий та установчий підходи (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняння поведінкового та установчого підходів до визначення лояльності

Поведінковий	Установчий
<i>Визначення лояльності</i>	
Ступінь готовності працівника продовжувати роботу в АЗ, бажання зберігати приналежність до нього, або як поведінка, яку схвалено керівництвом АЗ	Емоційна реакція, що включає в себе турботу і занепокоєння за компанію і колег, почуття приєднання, взаємозалежності або довіри, що характеризує зв'язок СФ і АЗ
<i>Результат</i>	
Накопичення інвестицій в організацію або скорочення можливостей, які СФ пов'язує із «зовнішніми інтересами за відповідним напрямком своєї діяльності», що визначається як функція витрат і винагород, пов'язаних з приналежністю до певної професії або АЗ та оцінюються в порівнянні з аналогічною роботою в іншому місці	Комбінація колишнього досвіду роботи, сприйняття організації і особистісних характеристик людини

Приклади	
Додаткова пенсія, налагоджені ділові та особисті зв'язки з колегами тощо; небажання міняти роботу на більш вигідну, за умов додаткового навчання; бажання залишатися в організації через страх пошуку іншої роботи, наприклад у зв'язку з досягненням перед пенсійного віку тощо; винагороди, бонуси та соціальні гарантії, якими необхідно буде пожертвувати вразі звільнення	Виникнення позитивних почуттів по відношенню до компанії, які потім перетворюються в лояльність, емоційна реакція на організацію, її цілі і цінності

Розроблені рекомендації щодо визначення впливу різних факторів на задоволеність роботою спеціалістів фармацевції при формуванні їх лояльності до аптечного закладу. Для попереднього визначення рівня лояльності СФ АЗ вивчено та проаналізовано різноманіття методик. Серед них, зокрема, треба відзначити наступні: Л. Портера, Д. Мейєра та Н. Алєн, Л. Почєбут, В. Мastro, С. Баранської [16–20] та інші. Проте, враховуючи особливості діяльності персоналу АЗ, як працівників фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я, набувають вагомості певні перешкоди для керівників АЗ на шляху до підвищення ефективності персоналу через використання базових методик розрахунку лояльності. Тому що традиційні моделі не здатні врахувати усі аспекти діяльності СФ, яка ні в якому разі не може бути прирівняною до рівня сервісних послуг у їх класичному розумінні. Саме тому була обрана концепція в області управління лояльністю Фреда Райхельда для обліку впливу створених організацією гарних взаємовідносин із клієнтами та персоналом, що заслуговують на лояльність [16]. Тобто аналіз показника *індексу чистої підтримки (Net Promoter Score - NPS)*, інформація про який вперше представлена в журналі *Harvard Business Review* у 2003 році.

Традиційна методика являє собою спосіб оцінки того, наскільки добре організація відноситься до людей, на життя яких вона впливає (клієнтів) - тобто наскільки добре вона створює відносини, гідні клієнтської лояльності. Метод NPS є водночас простим для розуміння та досить інформативним. Його використання дозволяє сконцентруватися на одній меті – оцінці ставлення організації до клієнтів та умов, за яких вони залишаються лояльними. Досягнення цієї мети здійснюється за традиційною системою, яку можна ефективно використовувати як для управління лояльністю, так і для управління задоволеністю клієнтів і якістю обслуговування [16]. На нашу думку, зазначена система для формування лояльності, як клієнтів АЗ, так і його персоналу, може бути представлена алгоритмом як на рис. 5.



Рис. 5. Традиційна система для управління лояльністю, задоволеністю клієнтів і якістю обслуговування (за баченням авторів)

Універсальність цього методу полягає у його адаптації до потреб конкретної організації. Проте на сьогодні цей показник використовують й для аналізу лояльності співробітників та встановлення його впливу на вимір індексу залученості персоналу при проведенні змін в організації (з урахуванням особливостей роботи). Таким чином методика NPS перетворилася в систему управління та ефективний засіб для ведення бізнесу, що спирається на отримані суб'єктивні дані оцінки якості діяльності персоналу та якості обслуговування.

Тому нами була обрана саме ця методика, яка була доопрацьована з переорієнтацією уваги з клієнта АЗ на його персонал, та використана для оцінки різних складових організаційної культури шляхом аналізу вірогідності надання рекомендації СФ своїм рідним, друзям для отримання послуги у їх АЗ (рис. 6) та працевлаштування до цього АЗ (рис. 7):

1) отримання послуги у їх АЗ;

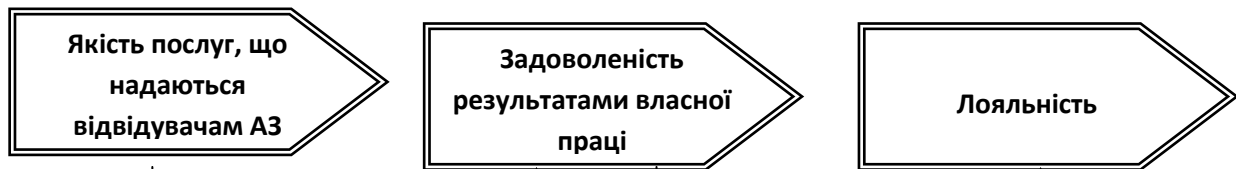


Рис. 6. Запропонована нами система для управління лояльністю СФ до АЗ через задоволеність результатами власної праці і якістю послуг, що надаються відвідувачам АЗ

2) працевлаштування до цього АЗ.



Рис. 7. Запропонована нами система для управління лояльністю СФ до АЗ через задоволеність рівнем створених АЗ умов для ефективної діяльності СФ

Запропонована нами система для управління лояльністю СФ до АЗ (рис. 8) дозволить розмежувати ознаки задоволеної та лояльної поведінки персоналу за характерними станами задоволеності та лояльності СФ для створення належної системи управління організаційною культурою АЗ (рис. 9).

Установлено, що управління системою лояльності, як мотиваційною складовою організаційної культури АЗ, є ефективним інструментом для утримання та збільшення числа співробітників (рис. 7, 9), які найбільш ефективно здійснюють власні обов'язки та проявляють ініціативу, та, як наслідок, лояльних клієнтів (рис. 6, 9) і успішної діяльності АЗ в цілому на ринку. Це можливо за

умов приділення уваги до важливості моніторингу лояльності СФ до АЗ та контролю задоволеності персоналу, стандарти до якого мають бути прописані на корпоративному рівні в рамках всеосяжного менеджменту якості (стандарт ISO 9001: 2000) та закріплені в корпоративному кодексі.

Використання зазначеної методики дає змогу керівникам АЗ проаналізувати не тільки рівень лояльності СФ, яку вони відчують по відношенню до клієнтів АЗ (рис. 6), а й здійснити оцінку лояльності АЗ до самих СФ з урахуванням комфортності психологічного мікроклімату й інших умов роботи у цьому АЗ (рис. 7).



Рис. 8. Система для управління лояльністю СФ до АЗ

Для встановлення показника індексу чистої підтримки NPS були створені анкети та листи-опитування, які базувались на принципах простоти та відкритості питання. Зазначене дозволило уникнути викривлення результатів дослідження, які створюються заздалегідь складеними традиційними відповідями; та передбачали отримання оцінки від респондентів на вищезазначені питання за шкалою від 1 до 10. Анкетування мало конфіденційний характер та передбачало, зокрема, й збір даних щодо рівня освіти, обійманої посади, кваліфікації, стажу та місця роботи респондентів.

З метою встановлення типу поведінки СФ та в подальшому розробки плану дій для усунення негативних наслідків і підвищення рівня лояльності персоналу отримані відповіді від СФ були проранжовані та розподілені відповідно до традиційної класифікації NPS на три групи (рис. 10):

- *промоутери* – *спеціалісти*, які поставили у відповідь на запитання 9-10 балів,
- *пасивні* - *спеціалісти*, які оцінили вірогідність надання рекомендації у 7-8 балів,
- *детрактори* - *спеціалісти*, які поставили 6 та нижче балів.

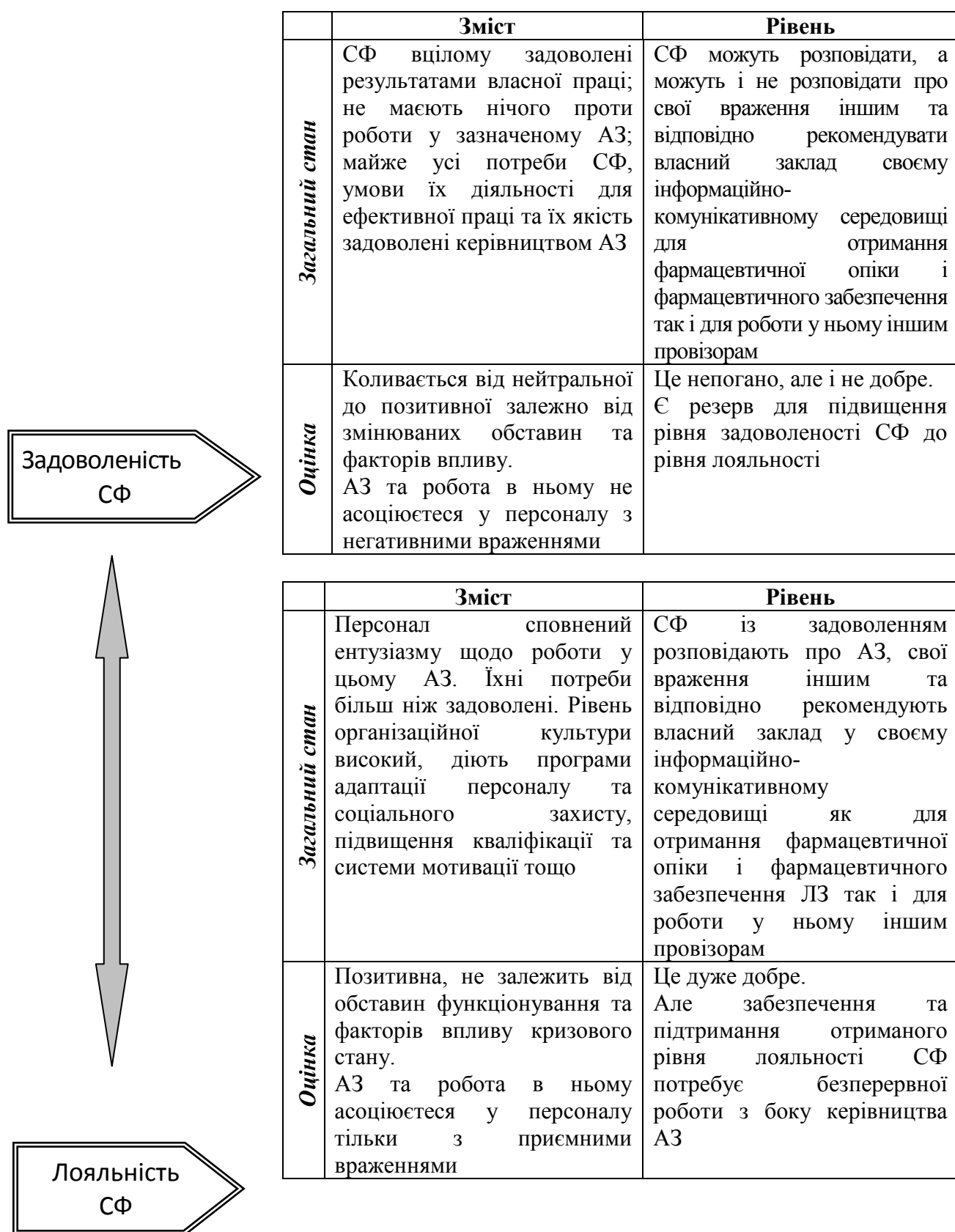


Рис. 9. Характеристика станів задоволеності та лояльності СФ

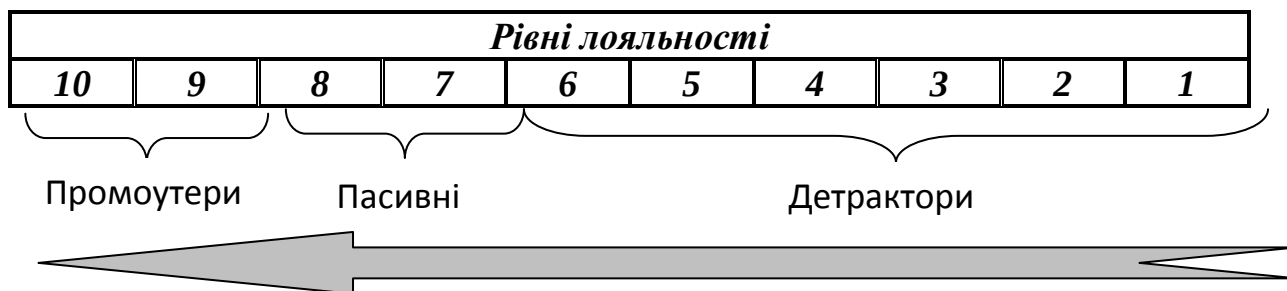


Рис. 10. Категорійна шкала для визначення рівнів лояльності

Так, за першим критерієм вірогідності надання рекомендації СФ своїм друзям або рідним для отримання послуги у їх АЗ результати дослідження розподілились наступним чином, як показано на рис. 11.

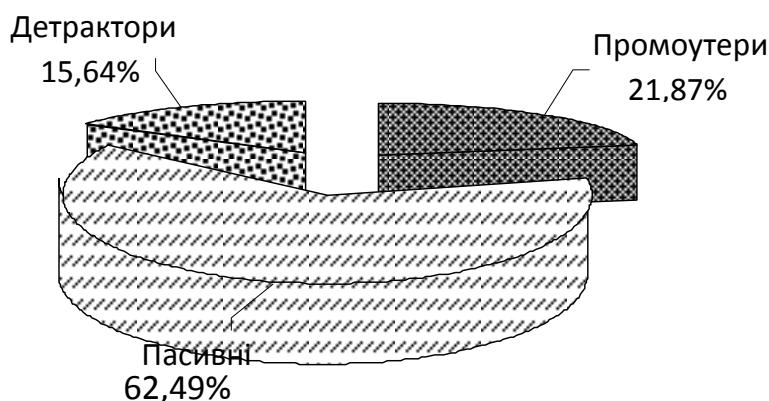


Рис. 11. Розподіл спеціалістів фармації за рівнем лояльності за категорією «отримання послуги у їх АЗ»

Серед усіх СФ, які були згодні надати рекомендацію своїм друзям, рідним для отримання послуги у їх АЗ, промоутери склали - 21,87 %. Таким чином, відмітивши достатньо високий рівень довіри до якості надання послуг їх колегами в АЗ, здійснення фармацевтичної опіки та виконання соціальної функції АЗ. Зокрема це проявляється через турботу про здоров'я споживачів під час забезпечення населення якісними лікарськими засобами. Крім того СФ, що належать до цієї групи, активно рекламують АЗ, його послуги, рівень сервісу та персонал. Своє рішення вони обґрунтовують не тільки з економічної точки зору, як привабливого для клієнтів засобу економії через маркетингові рішення (знижки, системи накоплення коштів, акції, сувеніри, мережеві та інші програми лояльності). Як було встановлено, вони акцентують увагу саме на професійність та обізнаність, високий рівень кваліфікації та досвід колег. Крім того, діяльність СФ здійснюється відповідно до моральних принципів, які реалізуються в АЗ через проголошувані цінності, базові уявлення та артефакти шляхом використання різноманітних атрибутів культури. У тому числі управління персоналом відбувається через впровадження норм, правил та стандартів обслуговування для здійснення фармацевтичного забезпечення та фармацевтичної опіки, які передбачають ввічливість, коректність формулювань та висловів, мову

персоналу, точність та правильність надання рекомендацій і консультацій при відповідях на питання відвідувачів, швидкість обслуговування та комфортність умов для відвідувачів, зовнішній вигляд персоналу та АЗ тощо.

Пасивні СФ, відповідно до результатів опитування, являють собою найбільшу категорію, яка склала 62,49 %. Ця категорія СФ не завжди впевнена у правильності, коректності та доцільності наданих рекомендацій ними самими або своїми колегами під час обслуговування споживачів, серед яких можуть бути їх родичі або друзі. Такі СФ демонструють поведінку, за якої вони рідко рекомендують АЗ, а навіть якщо і роблять це, то зазвичай із застереженням і без ентузіазму. Навіть усвідомлюючи проблеми в управлінні АЗ на шляху формування лояльності споживачів вони не бажають за власної ініціативи удосконалювати процеси функціонування АЗ та вносити персональний вклад у підвищення його ефективності.

Вони роблять тільки те, за що отримують сплату, тобто виконують свої обов'язки лише на формальному рівні, що є характерним для частково видимого рівня проголошуваних цінностей (за ієрархією рівнів організаційної культури за Е. Шейном), не переймаючись більш глибокими проблемами АЗ, не поділяючи та не відтворюючи його базові цінності. Іншими словами, це пасивно задоволені працівники, їх не можна назвати лояльними. Вони інколи можуть виступати як лояльні до АЗ СФ, а інколи демонструвати усі ознаки нелояльної поведінки. Якщо конкурентні АЗ їм запропонують вигідніші умови для праці, вони з великою часткою ймовірності перекинуться до них мотивуючи свої вчинки наступними параметрами «Мені занадто мало тут платять», «Я здатен на більше», «Мене не цінують» тощо.

Проте, не зважаючи на таке ставлення, треба відзначити й позитивні сторони цієї групи: зазначені СФ не афішують недоліки управління АЗ та проблеми, які виникають у процесі їх діяльності, не критикують керівництво та колег прилюдно. Проте вони можуть негативно висловлювати у колі близьких і рідних невдоволення власним становищем на робочому місці та рівнем прийняття управлінських рішень з боку керівництва, політики діяльності АЗ. Здійснення обов'язків викликає у них байдуже ставлення на рівні «Наразі мене все задовольняє. Зараз усі так працюють, навіщо витрачати зайві зусилля та порушувати власну емоційну рівновагу, все одно нічого не зміниться в цілому»; «Ми ж непогано працюємо взагалі, якщо не брати до уваги наші недоліки».

Детрактори складала 15,64 %. Вони не належать до робочої команди АЗ, оскільки вони не задоволені, і навіть пригнічені тим, як із ними обійшлися. Критикують АЗ перед друзями і колегами. Якщо вони не можуть швидко відмовитися від взаємодії (наприклад, при наявності довгострокових контрактів або за відсутності на ринку конкурентів з аналогічною пропозицією), то всіляко затримують розвиток АЗ, збільшуючи витрати. Їх деструктивна поведінка руйнує мотивацію співробітників і почуття гордості за заклад. Проте, їх, як і пасивних, тримає у цьому закладі лише їх складне економічне становище або відсутність кращих пропозицій з боку інших роботодавців.

Дані рис. 11 свідчать про великі резерви для підвищення рівня лояльності СФ до АЗ у вигляді групи пасивних працівників, оскільки саме вони, за умов ефективного керування організаційною культурою в рамках адаптивного управління персоналом, здатні схилити свої переконання у бік лояльності. Для переконання детракторів керівникам АЗ знадобиться не тільки корекція дій з управління організаційною культурою, а значний перегляд корпоративних та організаційних стандартів і кодексу з подальшою розробкою стратегічного плану дій та програмами лояльності персоналу.

Аналіз результатів на друге питання (рекомендації СФ своїм друзям або рідним для працевлаштування до АЗ, в якому працює респондент) показав наступний розподіл: промоутери – 27,53 %, пасивні – 51,24 %, а детрактори – 21,24 % (рис. 12).

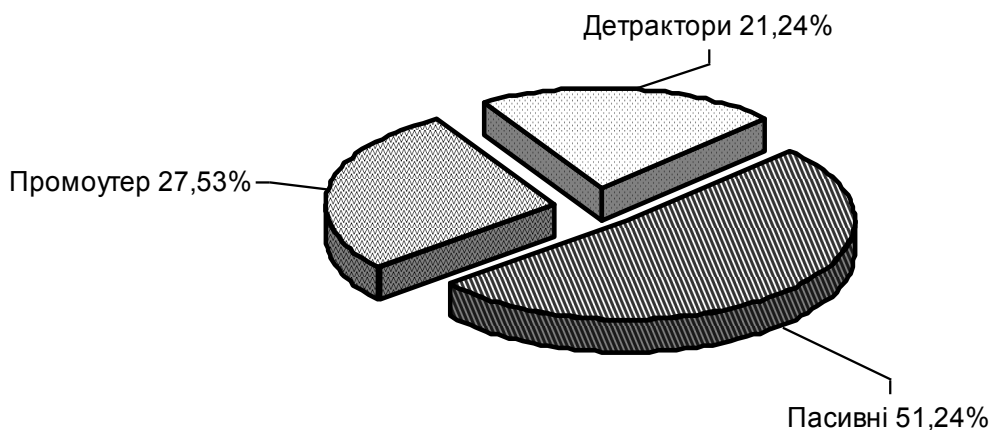


Рис. 12. Розподіл спеціалістів фармації за рівнем лояльності за категорією «працевлаштування до АЗ, в якому працює респондент»

З'ясовано, що найбільшу групу складають пасивні СФ (рис. 14), для яких є характерним, як і у попередньому дослідженні, байдужість до умов їх працевлаштування, адаптації, психологічного мікроклімату, умов роботи, стиля керівництва та стандартів і правил АЗ. Вони їх виконують, але не проявляють ініціативи для змін недоліків на краще, вважаючи що скрізь на фармацевтичному ринку умови для персоналу однакові, а пошук шляхів для вдосконалення системи управління АЗ призведе до розширення кола їх обов'язків, впровадження понад нормованої роботи, додаткових ускладнень на роботі або їх звільнення за надто активну позицію тощо. Для них є характерним принцип «Як є, то хай так і буде, ми зобов'язані терпіти бо маємо ж якось працювати». Проте вони не будуть чинити перешкод АЗ для залучення нових співробітників або «відлякувати» їх негативними демотивуючими правилами, санкціями та історіями (належать до атрибутів організаційної культури поряд з розповідями, «міфами», «легендами», «обрядами» тощо) на прикладі звільнених або тих, хто був змушений звільнитися за таких обставин, як переважно роблять детрактори.

Установлено, що кількість СФ, що належать до детракторів склала 21,24 %, тобто майже кожен п'ятий з опитаних респондентів буде проти працевлаштування до АЗ, в якому він працює, своєї рідних, близьких, друзів або знайомих. Тим більш така поведінка призводить до втрати

«корпоративного духу» організаційної команди з боку більш лояльних співробітників та майбутнього персоналу, переведених з інших ланок або АЗ СФ та СФ, які проходять період адаптації під час стажування на новій посаді або у новому колективі. Діяльність та вплив зазначеної група СФ може стати вагомою перешкодою при спробах керівництва АЗ впровадити нововведення, здійснити удосконалення системи управління персоналом, а особливо при зміні керівного складу, розширенні діяльності АЗ.

На противагу такій байдужості з боку СФ та чиненню опору до системи працевлаштування до їх АЗ, промоутери впевнені, що саме в їхньому АЗ найкращі умови для роботи, гарний психологічний мікроклімат у колективі та ставлення до персоналу з боку керівництва АЗ, відповідна оплата праці та створені різні стандарти і правила для усунення непорозумінь та складнощів на робочому місці, а також для автоматизації здійснення професійних обов'язків тощо. Встановлено, що кількість промоутерів переважає понад чверть усіх опитаних респондентів - 27,53 %.

Відповідно до даних рис. 12 необхідно відмітити, що розподіл думки респондентів між зазначеними категоріями (промоутери, пасивні та детрактори) паралельно співвідноситься до попереднього аналізу (рис. 11). Це свідчить про однозначність існування типології проблем та позитивних станів в управлінні АЗ, які мають місце в одних і тих же організаціях. Зазначене свідчить про системність діяльності керівництва АЗ. Тобто незадоволеність СФ рівнем фармацевтичного забезпечення та здійснення фармацевтичної опіки призводить до нелояльної поведінки зазначених СФ, що у свою чергу, до проявів подібних реакцій при наданні рекомендації щодо працевлаштування до такого АЗ. І навпаки, задоволені та лояльні СФ за категорією «отримання послуги у їх АЗ» з впевненістю будуть рекомендувати заклад для майбутніх колег.

Отже, наявність проблем або успіхів АЗ з лояльністю його персоналу має комплексний характер, тому їх вирішення має розглядатись з різних сторін та охоплювати всі аспекти організаційної культури, як основи для створення ефективної системи управління персоналом за засадах адаптивності. А встановлення відповідного рівня лояльності СФ дасть змогу їх керівництву своєчасно усунути недоліки та врахувати існуючі проблеми при формуванні майбутніх принципів управління персоналом АЗ.

Рекомендації щодо визначення впливу різних факторів на задоволеність роботою спеціалістів фармації при формуванні їх лояльності до аптечного закладу. Для встановлення доцільності розподілу оцінювання індексу залученості СФ, та, як наслідок, рівня лояльності СФ за факторами, рекомендовано виділити дві групи з якими пов'язані зазначені фактори:

1) *аптечний заклад:* керівництво, підтримка ініціатив, задоволеність (умовами та характером роботи, системою управління АЗ, перспективами кар'єрного і професійного розвитку, і іншими найважливішими аспектами життя);

2) *сам співробітник, його інтеграція* - ступінь збігу прагнень і цінностей конкретної людини з прагненнями, цінностями і культурою конкретної компанії.

Ураховуючи багатокритеріальність індексу залученості СФ та рівня лояльності СФ до АЗ першим етапом дослідження встановили рівень впливу зазначених факторів на 100% задоволеність СФ роботою в АЗ, як мотиваційної складової управління організаційною культурою в рамках адаптивного управління персоналом АЗ, і їх готовність продовжити діяльність як лояльного співробітника. Розуміючи важливість та першочерговість різних аспектів, можна більш ефективно розподіляти ресурси АЗ. Значимість кожного чинника оцінюється кожним СФ індивідуально. Наступним кроком рекомендовано здійснити аналіз відповідей та виявити сильні і слабкі сторони діяльності АЗ, очікування СФ, що виступили респондентами, щодо використання результатів дослідження для подальшого аналізу компонентів лояльності СФ до АЗ.

Аналіз методик розрахунку індексу залученості спеціалістів фармації. При відборі методики рекомендовано враховувати не тільки рівень її інформаційної насиченості та коректності поставлених завдань, а й рівень простоти або складності розуміння для виконавців (респондентів), надмірну складність при проведенні дослідження, тощо. Так одні дозволяють досить швидко і порівняно простими підходами встановити рівень залученості співробітників у справи компанії і розрахувати індекс (експрес методика), а інші передбачають більш ґрунтовний підхід: розподіл показника залученості на складові, отримання даних за кожним з них, а потім підбиття підсумків і розрахунок індексу (комплексний показник). Найбільшу увагу викликають методики, розроблені компаніями *Hewitt Associates, Towers Watson, Gallup Media* та підхід «ЕКОПСИ Консалтинг» (табл. 5). Всі вони сформовані на основі практичних напрацювань конкретних компаній, які проводять дослідження. Проте кожна з цих методик має свої недоліки та переваги, які пояснюються вектором правильного розуміння з боку керівництва та оцінки ними залученості й тих чинників, які на неї впливають.

Таблиця 5

Аналіз найбільш затребуваних методик із визначення індексу залученості персоналу

Назва методики	Кількість ключових питань	Ключові індикатори
<i>Підхід Hewitt Associates</i>	3 виміри	«Говорить» «Залишається» «Прагне»
<i>Towers Watson</i>	3 виміри	«Думають» «Відчують» «Діють»
<i>Підхід Gallup Inc.</i>	4 виміри за 12 питаннями	«Основні потреби» «Підтримка управління» «Робота в команді» «Зростання»
<i>Підхід «ЕКОПСИ Консалтинг»</i>	2 виміри	«Прихильність своїй роботі». «Схильність успіху компанії»

Рекомендована методика для розрахунку індексу залученості спеціалістів фармації. Не зважаючи на комплексність охоплених питань, дослідження лише за однією з зазначених методик не дають цілісної картини для оцінки залученості СФ. Тому рекомендовано використовувати комплексну програму, що складається із визначення наступних компонентів залученості: залученість у вирішення корпоративних завдань; залученість у робочий процес, зацікавленість у роботі в цілому; ініціатива і націленість на підвищення ефективності своєї роботи і розвиток АЗ.

Розглянута методика розрахунку індексу залученості передбачає гнучке налаштування під специфіку конкретного АЗ.

Рекомендована методика для встановлення рівня лояльності спеціалістів фармації до аптечного закладу. Вважати лояльним СФ рекомендовано у випадку, якщо він позитивно або нейтрально ставиться до компанії. З точки зору керівника відданість організації має бути вираженою в сумлінному виконанні всіх доручень і проявлятися у сформованих в колективі дружніх відносинах, в наявності командного духу. При визначенні лояльності рекомендовано підкреслити наявність взаємних зобов'язань між працівниками і роботодавцем: «працівники платять своєю лояльністю, а керівництво дбає про їхній добробут і задоволенні їх особистих потреб».

Рекомендована методика оцінки лояльності являє собою адаптовану нами для АЗ методику С. Баранської, яка містить дві частини по 25 стверджень, що відносяться до трьох типів лояльності: організаційної лояльності, лояльності професії і лояльності праці. У першій частині респондентам пропонується оцінити ствердження за 5-бальною шкалою з точки зору ставлення СФ до АЗ, в якому вони працюють: від 1 - «абсолютно не згоден», до 5 - «повністю згоден»; у другій частині опитувальника ці ж ствердження оцінюються по відношенню до організації, в якій вони хотіли б працювати.

З наведеного можна зробити наступні висновки:

1. Для однозначності трактування й уникнення семантичних помилок при проведенні соціологічних опитувань встановлено змістовне наповнення термінологічного визначення «лояльність спеціалістів фармації».

2. Установлено головні ознаки лояльності персоналу та атрибути поведінки, які є характерними для лояльного СФ, а також для співробітників, наявність особливостей поведінки яких може свідчити про її відсутність до ФЗ.

3. З'ясована змістовність складових лояльності спеціалістів фармації до фармацевтичного закладу. Встановлені види прихильності СФ до ФЗ та компоненти лояльності СФ.

4. Установлено, що на сьогодні не існує єдиного стандарту та методики для розрахунку рівня лояльності СФ як працівників фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я.

5. Запропонована методика, яка була нами доопрацьована з переорієнтацією з клієнта АЗ на його персонал та у подальшому модифікована за допомогою науково-методичних підходів для оцінки різних складових організаційної культури шляхом аналізу вірогідності надання

рекомендації СФ своїм друзям або рідним для отримання послуги у їх ФЗ та працевлаштування до цього ФЗ.

6. Запропоновані системи управління лояльністю СФ до ФЗ за двома критеріями, що дозволило розмежувати ознаки задоволеної та лояльної поведінки СФ для створення належної системи управління організаційною культурою ФЗ.

7. Здійснено соціологічне дослідження лояльності СФ за визначеними двома критеріями. Отримані відповіді від СФ були проранжовані та розподілені відповідно до традиційної класифікації NPS на три групи: промоутери, пасивні, детрактори.

8. Визначено категорійну шкалу для визначення рівнів лояльності СФ до ФЗ. Встановлені типи поведінки, яка є характерною для кожної групи СФ для подальшої розробки плану дій для усунення негативних наслідків та підвищення рівня лояльності персоналу у групах детракторів й активації дій у пасивних групах.

9. Установлений розподіл СФ за рівнем лояльності за категорією «отримання послуги у їх ФЗ» та розподіл СФ за рівнем лояльності за категорією «працевлаштування до ФЗ, в якому працює респондент».

10. Результати дослідження особливостей діяльності, специфіка та лояльність СФ є внеском у теоретичні і практичні знання про вітчизняну систему управління організаційною культурою в контексті адаптивного управління персоналом АЗ. Саме тому зазначені дослідження потребують подальшого аналізу.

Список використаних джерел

1. Aranya N., Jacobson D. An empirical study of theories of organizational and occupational commitment // *Journal of Social Psychology*. - 1975. - Vol. 97. - P. 15–22.
2. Artyukh T., Zarichkova M. Problems and prospects of the modern system adaptive management development in pharmaceutical establishments // *Nowoczesna edukacja: filozofia, innowacja. Doswiadczenie*. – 2015. - № 3. – pg . 170 – 174.
3. McElroy J.C., Morrow P.C., Laczniak R.N. External organizational commitment // *Human Resource Management Review*. – 2001. – Vol. 11.
4. Tolochko V.M., Artyukh T.O., Zarichkova M.V., Muzyka T.F. Research of occupational safety and health of pharmacy professionals as a part of adaptive management of organizational culture of pharmacy institutions in Ukraine // *Nowoczesna edukacja: filozofia, innowacja. Doswiadczenie*. – 2015. - № 4. – P. 188 – 193.
5. Artiukh T. O. Theoretical and Methodological Approaches for Studying the Loyalty of Pharmacy Specialists towards Chemist's Shops, As a Part of Corporate Culture // *The Pharma Innovation Journal*. – 2016. - № 5 (8). – P. 83 - 88.
6. Братішко Ю.С., Посилкіна О.В., Яремчук О.А. Впровадження інтегрованої системи управління трудовим потенціалом на фармацевтичних підприємствах на підставі використання процесних технологій // *Вісник фармації*. – 2008. – № 3. – С. 40–43
7. Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів / упоряд. І.М. Перцев [та ін.]; за ред. проф. В.П. Черних. – Вінниця: Нова книга, 2014. – 272 с.
8. Камерон К., Куинн Р. Диагностика и изменение организационной культуры / пер. с англ. под ред. И.В. Андреевой. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
9. Котвіцька А.А., Пузак О.А., Пузак Н.О. Роль соціально-психологічних методів в управлінській діяльності аптеки // *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: міжна. наук.-практ. інтернет-конф. 17-20 берез. 2014 р.* – Х., 2014. – С. 461-463.

10. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. - М. : Дело, 2013. – 704 с.
11. Мнушко З.Н., Пестун И.В., Сотникова Н.В., Бабичева А.С. Современные аспекты формирования лояльности клиентов аптеки // Провизор. - № 23. - 2010. - С.14-20. [Електронний ресурс] . – Режим доступу : http://www.provisor.com.ua/archive/2010/N23/lojka_2310.php
12. Молл Е.Г. Менеджмент: организационное поведение: учеб. пособ. – М. : Финансы и статистика, 2000. – 160 с.
13. Нестеренко Н. Лояльность сотрудников в цифрах, или О пользе «побочных эффектов» [Електронний ресурс] // Довідник кадровика. –Режим доступу : [http:// hr-portal.ru:8080/article/loyalnost-sotrudnikov-v-cifrah-ili-o-polze-pobochnyh-effektov](http://hr-portal.ru:8080/article/loyalnost-sotrudnikov-v-cifrah-ili-o-polze-pobochnyh-effektov). – Заголовок з екрану
14. Пестун І.В., Бондарева І.В. Моделювання процесу адаптації фармацевтичного підприємства до змін зовнішнього середовища: метод. рек. – Х.: Вид-во НФаУ, 2010. – 24 с.
15. Посилкіна О.В., Братішко Ю.С., Яремчук О.А. Роль корпоративної культури в управлінні трудовим потенціалом фармацевтичних підприємств // Фармацевтичний часопис. – 2008. – № 1. – С. 22–25
16. Посылкина О.В., Братишко Ю.С., Яремчук О.А. Научно-практические подходы к оценке и формированию корпоративной культуры фармацевтических предприятий // Економічна освіта та наука : досвід та перспективи розвитку : матеріали наук.-практ. конф. – Х., 2007. – С. 125–128
17. Толочко В.М., Артюх Т.О. Організаційна культура фармацевтичних закладів. Загальні положення : метод. рек. для підготовки та проведення практичних занять з курсу «Управління та економіка фармації» в системі післядипломної освіти спеціалістів фармації ПК «Фармація» МОЗ і АМН України. – Х.: Вид-во НФаУ, 2014. – 44 с.
18. Толочко В.М., Артюх Т.О. Дослідження аспектів лояльності спеціалістів фармації вітчизняних аптекних закладів // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2017. – № 4. – С. 18-23.
19. Шейн Э.Х. Организационная культура и лидерство // Пер. с англ. В. А. Спивака. – СПб. : Питер, 2002. – С. 336.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ – ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

**(Андрейчин С.М., Бількевич Н.А., Ганьбергер І.І.,
Руда М.М., Кавецька Н.А.)**

Під терміном «професійне вигорання» (ПВ) розуміють реакцію організму та психологічної сфери людини, яка виникає внаслідок тривалого впливу стресів середньої інтенсивності, що обумовлені її професійною діяльністю [4; 12]. Гострота цієї проблеми в медицині зумовлена тим, що сучасні реалії (страхова медицина, швидка зміна умов роботи, складне технічне оснащення, швидкий темп життя тощо) пред'являють до медиків усе більше вимог у виконанні їх професійної діяльності [1; 14]. Поняття професійного вигорання («*burnout*») ввів у практику американський психіатр Н. Freudenberger у 1974 р. [4; 12]. Пізніше К. Маслач запропонувала схожий термін «Синдром емоційного вигорання» (СЕВ) як проблему працівників, професійна діяльність яких пов'язана з аспектами спілкування з людьми. Згідно неї, емоційне вигорання – це процес поступової втрати емоційної,

когнітивної та фізичної енергії, що виявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичного стомлення, особистої відстороненості та зниження задоволення від виконання роботи, включаючи розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрати співчуття до клієнтів [10; 15].

Установлено зв'язок виникнення ПВ з характером професійної діяльності, поєднаної з відповідальністю за долю, здоров'я, життя людей, емоційно ускладненими і напруженими стосунками в системі «людина-людина». Тому не дивно, що у переліку професій, які найбільш піддаються розвитку емоційного вигорання, у різних авторів на першому місці знаходяться професії сфери медицини (лікар, медсестра) [7; 10; 12]. Внаслідок вигорання змінюється не тільки особистість лікаря, а й професійна діяльність: збільшується кількість професійних помилок, погіршується якість роботи, розвивається негативне ставлення до колег і пацієнтів, зростає число конфліктів, формуються різні залежності [12].

Причинами професійного вигорання у лікарів і медсестер в сучасних умовах є ряд організаційних факторів: високе робоче навантаження; обов'язковість роботи в строго встановленому режимі, відсутність або брак соціальної підтримки з боку колег і керівництва; недостатня винагорода за роботу; високий ступінь невизначеності в оцінці виконуваної роботи; неможливість впливати на прийняття рішень; неоднозначні вимоги до роботи тощо [4; 8; 12]. Ключову роль відіграють емоційно утруднені або напружені стосунки в системі «людина-людина», в першу чергу тривалі регулярні контакти з хворими людьми, що мають численні проблеми зі здоров'ям, які лікар повинен вирішувати, незважаючи на втому, велика емоційна насиченість актів взаємодії [1; 4; 12].

Тривала стресова ситуація є ключовою в розвитку ПВ. За даними англійських дослідників, серед лікарів загальної практики виявляють високий рівень тривоги в 41% випадків, клінічно виражену депресію – в 26% опитаних. Третина лікарів використовує медикаментозні засоби для корекції емоційної напруги, кількість вживаного алкоголю перевищує середній рівень [6; 12]. З точки зору концепції стресу (Г. Сельє), професійне вигорання – це дистрес або третя стадія загального адаптаційного синдрому – стадія виснаження [2].

На Європейській конференції ВООЗ (2005 рік) зазначено, що стрес, пов'язаний з роботою, є важливою проблемою приблизно для однієї третини трудящих країн Європейського союзу і вартість вирішення проблем з психічним здоров'ям у зв'язку з цим становить 3-4% валового національного доходу [12]. Найчастіше СЕВ виявляють у працівників найстресовіших спеціальностей, зокрема, у 11,5% лікарів швидкої допомоги (ще у 35,9% є окремі симптоми вигорання) [9]. Проте в серед терапевтів у 26% знаходили підвищений рівень тривоги, а 37% – субклінічну депресію [4; 6].

На даний час ряд питань, що стосуються СЕВ, не є вирішеними. Згідно Ф. Плоткіна [10], немає єдиного погляду на структуру синдрому, недостає розмежоване поняття професійного (емоційного) вигорання та

суміжних з ним станів, як-от синдрому хронічної втоми, акцентуацій характеру та інших змін психіки; відкритим залишається питання валідної оцінки симптомів ПВ, оскільки його діагностика ґрунтується в основному на застосуванні опитувальників, такий метод дослідження не є повністю об'єктивним. Крім того, немає даних дослідження серед тих лікарів, які успішно протягом своєї професійної діяльності протистоять розвитку вигорання, в порівнянні з тими, хто демонструє ознаки ПВ. З огляду на розмитість поняття професійного та емоційного вигорання в даний час запропоновано концепцію так званого деструктивного професіогенезу, введено термін професійної деформації [10].

Як же передбачити виникнення ПВ і чи можливо це? Як зарадити його розвитку? Коли починати? Різні автори радять тверезо оцінювати свої можливості, самовдосконалюватися, активно відпочивати в неробочий час, застосовувати техніки релаксації, оволодіння навичками саморегуляції, підтримку фізичної форми тощо [3; 12]. Слід зазначити, що часто такі рекомендації не мають чіткості, подаються без врахування індивідуальних особливостей лікаря [2], що знижує ймовірність їх ефективного застосування. У той же час, крім організаційних, існує велика група причин розвитку ПВ, які залежать від індивідуальних особливостей працівників [2; 3; 9]. Згідно спостережень різних авторів, розвитку СЕВ сприяють такі особистісні характеристики як високий рівень емоційної лабільності; високий самоконтроль, особливо при вольовому придушенні негативних емоцій; раціоналізація мотивів своєї поведінки; схильність до підвищеної тривоги і депресивних реакцій, пов'язаних з недосяжністю “внутрішнього стандарту” і блокуванням в собі негативних переживань; ригідна особистісна структура, інтроверованість особистості. Лікарі з високим рівнем тривожності намагаються уникнути емоційних переживань, повністю виключити емоції із професійної діяльності [2; 3; 4; 9; 12; 15]. При високому рівні емоційного вигорання економія емоцій поширюється за межі професійної діяльності, виявляючи відчуття розчарування в професії та до себе самого як до професіонала [4; 9].

Отже, однією з причин розвитку ПВ у медицині є невідповідність між особистістю і роботою, коли індивідуальні характеристики людей, які детерміновані типом нервової системи і темпераменту, не узгоджуються з професійними вимогами комунікативних професій [12]. В загальному ця проблема досліджена недостатньо, є мало даних про вивчення придатності людей до медичних професій з точки зору їх психологічних особливостей, тим більше рекомендацій щодо адаптації до професійної діяльності.

Уперше науково обґрунтував залежність професійної діяльності від індивідуальних характеристик особистості та об'єднав теорію особистості з теорією вибору професії Дж. Холланд у 1966 р. [7]. Проте його модель стосувалась в основному питання вибору професії, а не адаптації працівника до вже обраного роду діяльності.

Досить детально індивідуальні психологічні особливості людей досліджено в рамках теорії К. Юнга, який перший стверджував, що мислення

і поведінка людини безпосередньо залежать від структури її психіки [5; 11; 13]. В подальшому його вчення розвинули послідовники, які виділили 16 психологічних типів за спільністю процесів сприйняття і обробки інформації, мислення, поведінки. Психотип – це інтегральне поняття, яке визначає психологічні особливості взаємодії індивіда з навколишнім середовищем. В основі юнгівських психотипів лягли такі властивості вищої нервової діяльності як темперамент, швидкість процесів збудження і гальмування, у структурі взята за основу модель психіки З. Фрейда (свідоме і підсвідоме) [5; 11; 13].

Виходячи з даної теорії, здатність до аналізу інформації, тип реагування людини на зовнішні подразники, стиль спілкування з іншими людьми тощо визначаються ментальними здібностями, названими психологічними (юнгівськими) функціями. Згідно спостережень, одні люди краще оперують логічною інформацією (міркування, висновки, докази), інші – емоційною (стосунки людей, їх відчуття). Одні володіють розвиненішою інтуїцією (передчуття, сприйняття в цілому), інші – розвиненішими відчуттями (сприйняття зовнішніх і внутрішніх сенсорних подразників). Це зумовлено тим, що людина є соціальною істотою, високоспеціалізованою в плані взаємодії з іншими людьми [5]. Функції працюють попарно, у кожній з пар одна завжди несе більше навантаження. Психологічні функції логіка й етика визначають спосіб прийняття рішень, інтуїція й сенсорика – шляхи збору інформації, екстраверсія та інтроверсія – орієнтацію свідомості (уваги), а раціональність й ірраціональність – спосіб організації життя [5; 13].

Згідно соціонічних постулатів, у кожного психотипу юнгівські функції мають різну потужність переробки інформації. Більший об'єм інформації мають ті функції, яким від природи відведено велику пропускну спроможність її сприйняття і переробки. Для слабких функцій відведені канали меншої потужності, тому вони обробляють менше інформації. Приймаючи рішення, пов'язані із сферами обробки інформації слабкими функціями, людина частіше робить помилки і вимушена звертатися за допомогою чи порадою [5; 13].

Які ж із функцій несуть навантаження в професійній діяльності лікаря чи медичної сестри? Ми зробили спробу розподілити основні професійні компетентності лікаря й медсестри за юнгівськими функціями (див. табл. 1).

Як бачимо, у професійній діяльності медичних працівників несуть навантаження усі юнгівські функції. Слід припустити, що саме тривале навантаження на слабкі функції в практичній діяльності лікаря (медсестри) веде до швидкого їх виснаження. В розміреному режимі роботи, при можливості отримати допомогу від інших працівників, ця проблема компенсується, проте в режимі авралу, тривалого стресу є ризик появи помилок. Така робота є дуже енергозатратною для психіки [5], тому потрібен відпочинок і відновлення затраченої енергії, які неможливі в умовах постійного стресу. Виходячи з цього, емоційне вигорання може бути наслідком навантаження на функцію етики в осіб з ведучою функцією логіки, в яких етика є слабкою функцією. З цієї точки зору вигорання є частково

функціональним стереотипом, оскільки дозволяє людині дозувати й економно витрачати енергетичні ресурси [2].

Таблиця 1

Розподіл професійних компетентностей лікаря/медичної сестри за психологічними функціями

№ п/п	Психологічна функція	Професійні компетентності
1	Інтуїція	Прогноз перебігу захворювання, загрози погіршення стану пацієнта, бачення перспективності або безперспективності, вчасності чи невчасності певних заходів
2	Сенсорика	Усі аспекти фізикального обстеження хворого, визначення його стану здоров'я, розрізнення кольору, запаху, звуку, шкірної температури, консистенції, створення комфорту для пацієнта, координація рухів. Лідерство, керівництво
3	Логіка	Розуміння зв'язку між явищами, логічних викладок у літературі, причинно-наслідкових зв'язків, статистика, облік і контроль, здатність зв'язно і послідовно висловлювати думки в усній та письмовій формі. Чітка алгоритмічність дій, вибір оптимального методу вирішення завдання, акуратність в роботі, веденні документації
4	Етика	Вміння розпізнати емоційний стан хворого, розрадити його, підняти настрій, вселити надію на видужання. Налагодження стосунків з людьми, тонкий підхід, емпатія, терпимість, доброта, милосердя

У науковій літературі ми майже не зустріли інформації щодо дослідження психологічних характеристик медичних працівників з точки зору формування їх професійних компетентностей. Цікавими є дані А. Хетагурової та Н. Касимовської [14], які проводили типологічну діагностику серед медичних сестер. Автори дійшли висновку, що у медицині легше працювати екстраверту, оскільки професія соціально розгорнута на іншу людину. За спрямованістю діяльності для роботи медсестри підходять сенсорики, оскільки сестринський персонал ближче знаходиться до пацієнта, ніж лікар. Для хорошого догляду і своєчасного виявлення проблем, що виникають у пацієнтів, медичним сестрам важливо мати і добре розвинені органи чуття, і просторову орієнтацію. Крім того, необхідно вміти логічно мислити, оскільки логік спирається в своїй роботі на факти і прагне бути об'єктивним. У медпрацівника повинна переважати раціональність, оскільки саме стабільна працездатність, рівний настрій, хороший підсвідомий самоконтроль, облік заданих установок (тобто алгоритмів дії), надійність і послідовність є актуальними.

Якщо професійна діяльність вимагає роботи за всіма психологічними функціями, що, як бачимо, характерно для професії лікаря чи медсестри, то необхідно розвивати професійні якості за слабкими функціями. Професійна адаптація за ними, якщо їх не тренувати, буде утрудненою, а будь-яке напруження в роботі (інтенсивне навантаження, праця в умовах стресу) зумовить зрив або неадекватне функціонування [5].

Для того, щоб дослідити, наскільки медичні працівники усвідомлюють, які вимоги до їх психологічних особливостей ставить професія, ми опитали 45 медичних сестер терапевтичних відділень Тернопільської міської комунальної лікарні № 2. За основу взяли перелік професійних якостей медичної сестри за С. Аніщенко та І. Тарасовою [1]. Респондентами були жінки віком від 22 до 45 років із стажем роботи не менше 5 років. У списку професійних якостей респондентів просили виділити ті, які, на їх думку, корисні їм у професійній діяльності.

Серед якостей, відсоткове відношення яких склало більше 50,0%, були виділені: здатність переключати увагу з одного виду діяльності на інший (56,7%) до швидких дій в умовах дефіциту часу (60,0%) (детерміновані функціями ірраціональності, логіки), уміння бачити кілька варіантів вирішення проблеми і вибирати ефективний (60,0%) (визначаються функціями інтуїції, логіки), швидко знаходити потрібний тон і доцільну форму спілкування з пацієнтом (66,7%) та високий самоконтроль емоцій і поведінки (46,7%) (функція етики, раціональності), врівноваженість і самоконтроль в кризових ситуаціях (56,7%) (логіка, раціональність). Від 30,0 до 50,0% отримали опції, які визначаються функцією логіки: здатність протягом тривалого часу утримувати в пам'яті велику кількість матеріалу (40,0%), легко запам'ятовувати наглядно-образний матеріал (33,3%), уміння вибирати з великого об'єму інформації ту, яка необхідна для вирішення даного завдання (40,0%), уміння давати чіткі і ясні формулювання, а також зв'язно і логічно викладати свої думки в розгорнутій формі (40,0%), а також швидка реакція на раптові слухові і зорові подразники шляхом певних рухів (40,0%), що більше притаманно сенсорикам.

Як бачимо, опитані медсестри у практичній роботі вбачали важливими професійні компетентності, опосередковані психологічними функціями етики, логіки, в організації роботи надавали перевагу ірраціональним функціям, в той час як при спілкуванні з пацієнтом – раціональним. Неочікуваним стала недооцінка респондентами ролі сенсорики при виконанні професійних обов'язків. Можливо, це зумовлене тим, що в Україні на сьогодні ще не ввійшли у практику стандарти фізикального обстеження пацієнта медсестрою, і ця функція традиційно належить лікарям. У загальному практична діяльність медичної сестри, за даними опитування, пов'язана з виконанням дій, що опосередковуються усіма психологічними функціями з меншим навантаженням на інтуїцію, що теж є "полем гри" лікарів. Дані опитування в цілому узгоджуються з А. Хетагуровою та Н. Касимовською [14].

Наступним етапом дослідження було опитування 84 студентів – майбутніх медсестер, з метою виявлення професійних якостей, які, на їх думку, потрібні майбутнім спеціалістам (ці якості ми згрупували по основних психологічних функціях). Опитуваних просили поставити проти кожної наведеної у списку професійної якості оцінку в балах від 0 до 10. Результати опитування представлені в табл. 2.

Рейтинг професійних якостей серед майбутніх медсестер

№	Професійні якості	Юнгівська функція	Бал
1	Комунікативність, доброзичливість, здатність встановлювати контакт з пацієнтом, налаштовувати його на позитивні емоції	Етика	9,0
2	Емпатія (співпереживання), спроможність відчувати внутрішній світ хворого, його потреби	Етика	6,9
3	Здатність відчувати фізичний стан пацієнта (розрізняти колір, температуру, запахи, звуки тощо)	Сенсорика	8,2
4	Відчуття тіла та його потреб, створення комфортних умов для хворого	Сенсорика	8,0
5	Прогнозування перебігу хвороби, вчасності дій	Інтуїція	7,8
6	Бачення потенційних можливостей (проблем) пацієнта, ситуації	Інтуїція	8,2
7	Вміння логічно мислити, аналізувати ситуацію, робити осмислені заключення	Логіка	9,1
8	Акуратність у роботі, ведення медичної документації, ділові задатки	Логіка	8,6
9.	Стриманість, врівноваженість, такт, самоконтроль, емоційна стійкість при прийнятті рішень	Рациональність	8,9
10.	Здатність швидко діяти, приймати рішення у невідкладних ситуаціях, швидкі дії в умовах дефіциту часу	Ірраціональність	9,3

Виявилось, що опитані студенти недостатньо високо оцінили емпатійність, надавши перевагу комунікативності (можливо, їх більше цікавили практичні аспекти спілкування з хворим), а також відмітили важливість логічного мислення як необхідної якості майбутньої професії. У той же час, не отримали достатньо високої оцінки такі необхідні у майбутній професійній діяльності якості як організація робочого процесу, ведення документації, детерміновані функцією логіки, створення комфортних умов для хворого (сенсорика), не надавали значення функції інтуїції, як і опитані медсестри.

У загальному результати дослідження свідчать, що не лише опитані студенти, але й практикуючі медсестри недостатньо уявляли, які індивідуальні особливості необхідно розвивати для опанування професійними компетентностями медичної сестри. Проведення типологічної діагностики дало б можливість оцінити респондентам свої сильні і слабкі сторони та почати роботу над їх корекцією в рамках вимог професії до володіння професійними компетентностями. Звісно, типологія не повинна сприяти "навішуванню ярликів", але відкриває шлях до вироблення комплексу порад для самовдосконалення.

Таким чином, застосування типологічного підходу, що ґрунтується на теорії Юнга, дало б можливість як конкретизувати підходи до набуття професійних компетентностей медичними працівниками з урахуванням їх індивідуальних особливостей, так і окреслити міри профілактики розвитку професійного вигорання. Усвідомлення індивідуальних особливостей

проблеми невідповідності медичного працівника обраному роду діяльності відкриває можливості ціленаправленого тренування слабких психологічних функцій та ефективної адаптації до професії. Такі заходи слід починати ще із студентської лави. Необхідні подальші дослідження щодо вивчення психологічних аспектів адаптації до професії медичного працівника й профілактики професійного вигорання, при цьому теорія Юнга відкриває нові можливості в даному напрямку.

Список використаних джерел

1. Анищенко С., Тарасова И. Медицинские сестры – какие они? // Сестринское дело. - 2006. - № 3. - С. 16-17.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. - М.: Филинь, 1996. - 472 с.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – М.-СПб.: Юрайт, 2016. - 336 с.
4. Гончарова І.М. Професійно-емоційне вигорання та заходи його попередження // Пріоритети розвитку медичних наук у ХХІ столітті: матеріали наук.-практ. конф., 18–19 березня 2016 р. - Одеса: Південна фундація медицини, 2016. - С. 71–73.
5. Гуленко В. Практикум по соционике. - Минск: Современная школа, 2008. - 216 с.
6. Записки киевского врача [інформаційний ресурс]. <http://alexeima2.livejournal.com/215053.html>. Jul. 20th, 2016.
7. Зеер Э.Ф., Павлова А.М., Садовникова Н.О. Профориентология: Теория и практика: Учеб. пособие для высшей школы. - Изд. 3-е. – М.: Академический Проект; Фонд «Мир», 2008. - 192 с.
8. Кундієв Ю.І., Чернюк В.І., Шевцова В.М. Напруженість праці як фактор професійного стресу та ризику здоров'ю // Український журнал з проблем медицини праці. - 2005. - № 3. - С.90-98.
9. Особистісні характеристики, що сприяють професійному вигоранню лікарів швидкої та невідкладної допомоги / І. А. Нагорний, Є. Г. Халімов, Д. М. Остапенко і співавт. // Матеріали ХІІ міжнародних Пригожинських читань (назустріч 100-річчю з дня народження І. Р. Пригожина), 2 червня 2017 р. - Одеса: Печатный дом, 2017. - Вип. 13. - С. 286–288.
10. Плоткин Ф. Синдром эмоционального выгорания: фантом или клиническая реальность? // Теория и практика охраны психического здоровья. - 2015. - № 1. - С. 121-141.
11. Прокофьева Т.Н. Управление качеством жизни: Учеб.-практ. пособ. – М., 2011. - 234 с.
12. Сидоров П. Синдром эмоционального выгорания: причины, лечение и профилактика[інформаційний ресурс]. <http://health.mpei.ac.ru/sindrom.htm>.
13. Соционика для профессионалов. Соционические технологии в педагогике и управлении персоналом / Сост: Т.Н. Прокофьева, В.Г. Прокофьев, А.С. Девяткин ; под ред. Т.Н. Прокофьевой. – М.: Изд-во «Алмаз», 2008. - 323 с.
14. Хетагурова А.К., Касимовская Н.А. Изучение психологических типов медицинских сестер для оптимизации процесса управления медицинским коллективом // Сестринское дело. - 2005. - № 7. - С. 4-8.
15. The Dark Side of Resilience and Burnout: A Moderation–Mediation Model / L. Treglown, K. Palaïou, A. Zarola, A. Furnham // PLoS One. - 2016. - Vol. 11 (6).

ОБҐРУНТУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ У РОЗРІЗІ ПАРАДИГМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ (Сельський П. Р.)

Інформаційні технології та системи в медицині набувають все більшого значення. Численні дослідження спрямовані на вирішення проблем упровадження інформаційних систем, зокрема і в медичній освіті [1; 2; 3; 4; 5].

Одним із головних напрямів підвищення рівня компетентності майбутніх лікарів стосовно нових здоров'язбережувальних підходів до профілактики та ранньої діагностики захворювань є упровадження інформаційних, комунікаційних і комп'ютерних технологій, що дає змогу реалізації інноваційних методів організації навчального процесу у медичній освіті [6; 7; 8]. Застосування новітніх технологій вимагає нового підходу й до систем оцінювання майбутніх лікарів [7; 9]. Багаторічний закордонний і вітчизняний досвід демонструє, що досягти високого ступеня об'єктивності при оцінюванні знань на усіх рівнях підготовки лікарів дозволяють тестові методики [2; 9; 5; 10]. Не до кінця вирішеною залишається розробка механізмів аналізу об'єктивності різних інструментів оцінювання.

Подолати окремі проблеми застосування тестового контролю знань у медичній освіті можна за умови системного підходу та комплексного дослідження ефективності методик із акцентуванням уваги на питаннях автоматизації процедури тестування.

Метою дослідження було обґрунтувати упровадження інформаційної системи управління якістю підготовки фахівців-медиків на додипломному етапі у розрізі парадигми здоров'язбереження.

Розробку інформаційної системи управління якістю підготовки фахівців-медиків (ІСУЯПФ) проведено на основі створення низки підсистем із організацією взаємодії між ними та управління інформаційними потоками на основі загальної теорії керування.

Для аналізу ефективності впровадження інноваційних інформаційних технологій та рівня якості новітніх навчальних і оцінювальних методик при підготовці медичних фахівців у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського (ТДМУ) проводили констатувальний етап експериментального дослідження шляхом аналізу поточної та підсумкової успішності 1748 студентів-медиків 1-6 курсів за 2011/2012 н.р. (рік упровадження ІСУЯПФ). Аналіз здійснювали за курсами та потоками. Для порівняльного аналізу вивчено показники успішності за 2010/2011 н.р. В якості групи контролю досліджували успішність студентів на іспитах за традиційною методикою за минулі роки (2004/2005 н.р. – 2008/2009 н.р.).

У ТДМУ упроваджено низку новітніх освітніх методик. Методика «Єдиного дня» передбачає 4 дні практичних занять і 1 лекційний день на тиждень. Практичне заняття відбувається на одній кафедрі та складається із практичної частини, семінарського обговорення і тестового контролю знань.

Оцінка за заняття становить середньоарифметичну з усіх отриманих оцінок за 12-бальною шкалою. Вивчення дисциплін є практично орієнтованим, тобто відбувається за, так званою, Z-системою, що передбачає поступовий перехід до практики вже у базовому процесі навчання при вивченні професійно-орієнтованих медичних дисциплін. Використовуються засоби дистанційного навчання та оцінювання із використанням системи дистанційної освіти «Moodle» (СДО). УСДО розміщено робочі програми, методичні вказівки, матеріали підготовки до практичних занять і лекцій з гіперпосиланнями та презентації лекцій до всіх тем. Для підготовки використовується також електронна бібліотека.

Практична підготовка студентів передбачає освоєння практичних навичок за лініями з обліком у спеціальному документі – матрикулі. Для визначення рівня їх засвоєння при закінченні вивчення дисципліни проводиться об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ) із використанням методу клінічного моделювання [2]. Підсумкове оцінювання проводиться у формі комплексного семестрового тестового іспиту (КСТІ), в якому використовуються запитання з багатьма варіантами відповідей (5 дистракторів) у формі бланкових тестів і наступною автоматизованою обробкою результатів [10; 11].

Для впровадження та аналізу ефективності інформаційно-інноваційних та телемедичних технологій використано методи варіаційної та альтернативної статистики, теорії інформаційних систем, інформаційного і статистичного моделювання [9]. Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням пакета програм «Microsoft Excel» (Microsoft Office 2007). Визначали такі показники: середнє арифметичне (M), середнє квадратичне відхилення (σ) і помилку середнього арифметичного (m). Статистичну значущість різниці між середніми арифметичними та відносними величинами за нормального розподілу оцінювали за критерієм Ст'юдента–Фішера (t). При порівнянні однотипних груп проводили кореляційний аналіз з урахуванням коефіцієнта кореляції (r) за допомогою методу квадратів Пірсона.

Розробка ІСУЯПФ у ТДМУ проводилась з метою підвищення якості підготовки фахівців, важливе місце у якій займають інноваційні навчальні методики та методики оцінювання (рис. 1). Реалізовано системний і комплексний підхід реорганізації навчального процесу, при якому впровадження нових навчальних методик реалізовано у тісному взаємозв'язку з інноваціями в оцінюванні знань.

Можливість користувачам працювати з базою даних віддалено, через локальну університетську мережу «Інтранет», надає Інтранет-модуль, програмний додаток якого написаний на мові *ObjectPascal* з використанням середовища розробки Delphi і працює під управлінням операційної системи Windows.

Інформаційна система управління якістю підготовки фахівців-медиків

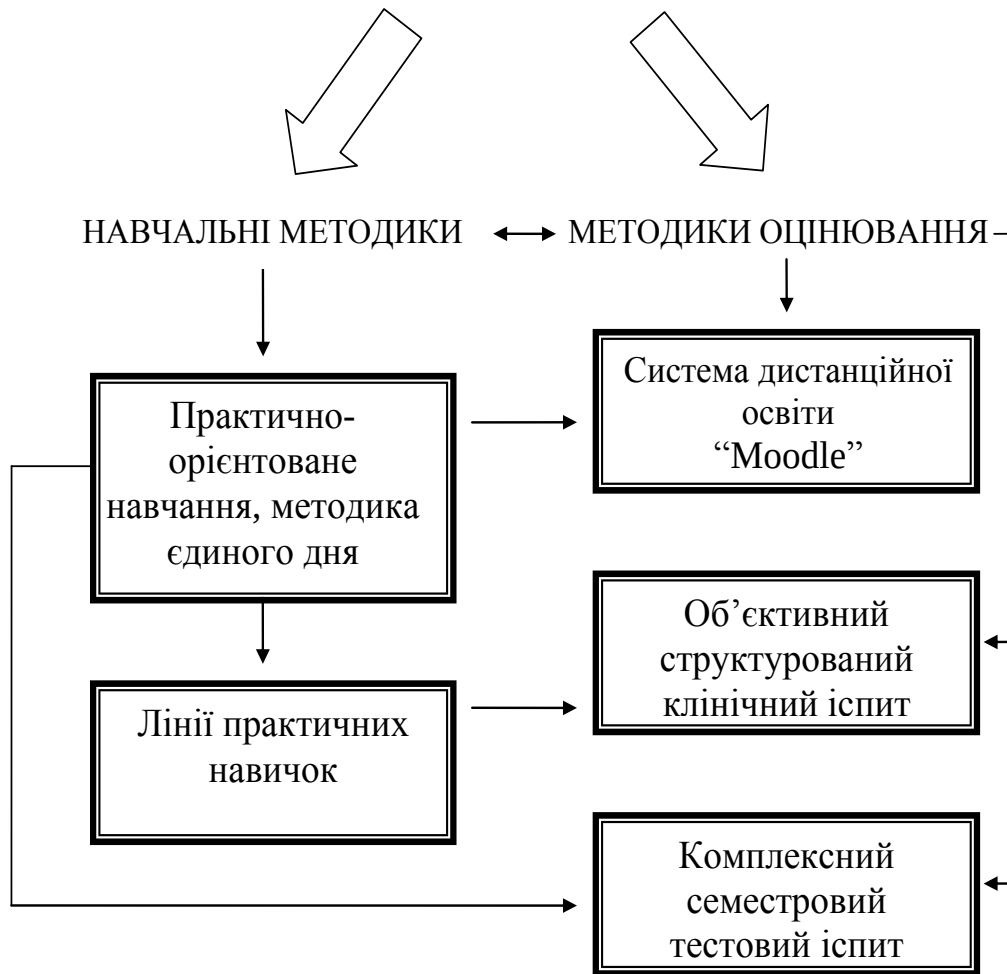


Рис.1. Освітні технології в структурі ІСУЯПФ

Використовуючи інтерфейс прикладної програми «Редактор тестів 3», користувач може формувати довільний перелік тестових дисциплін, створювати довільну кількість тестів із кожної навчальної дисципліни, вільно комбінувати в кожному тесті довільну кількість змістових модулів та створювати довільну кількість варіантів тест-білетів.

Розроблено інформаційну модель системи комплексного семестрового тестового іспиту (КСТІ) у центрі незалежного тестування (ЦНТ) ТДМУ (рис. 2). Структурування змісту тесту відповідного факультету та курсу відбувалося за дисциплінами, котрі виносились на семестрове тестування. У структурі програмного забезпечення КСТІ застосовано багаторівневу модель технології «клієнт-сервер», яка поєднує компоненти однорангового та трірівневого клієнт-серверних додатків (рис. 3). Високий рівень узгодженості зовнішніх представлень бази даних забезпечує можливість роботи більшої кількості користувачів з ідентичними даними. Структура бази завдань забезпечує зберігання мультимедійної інформації та враховує інші особливості перевірки знань в медичній освіті.

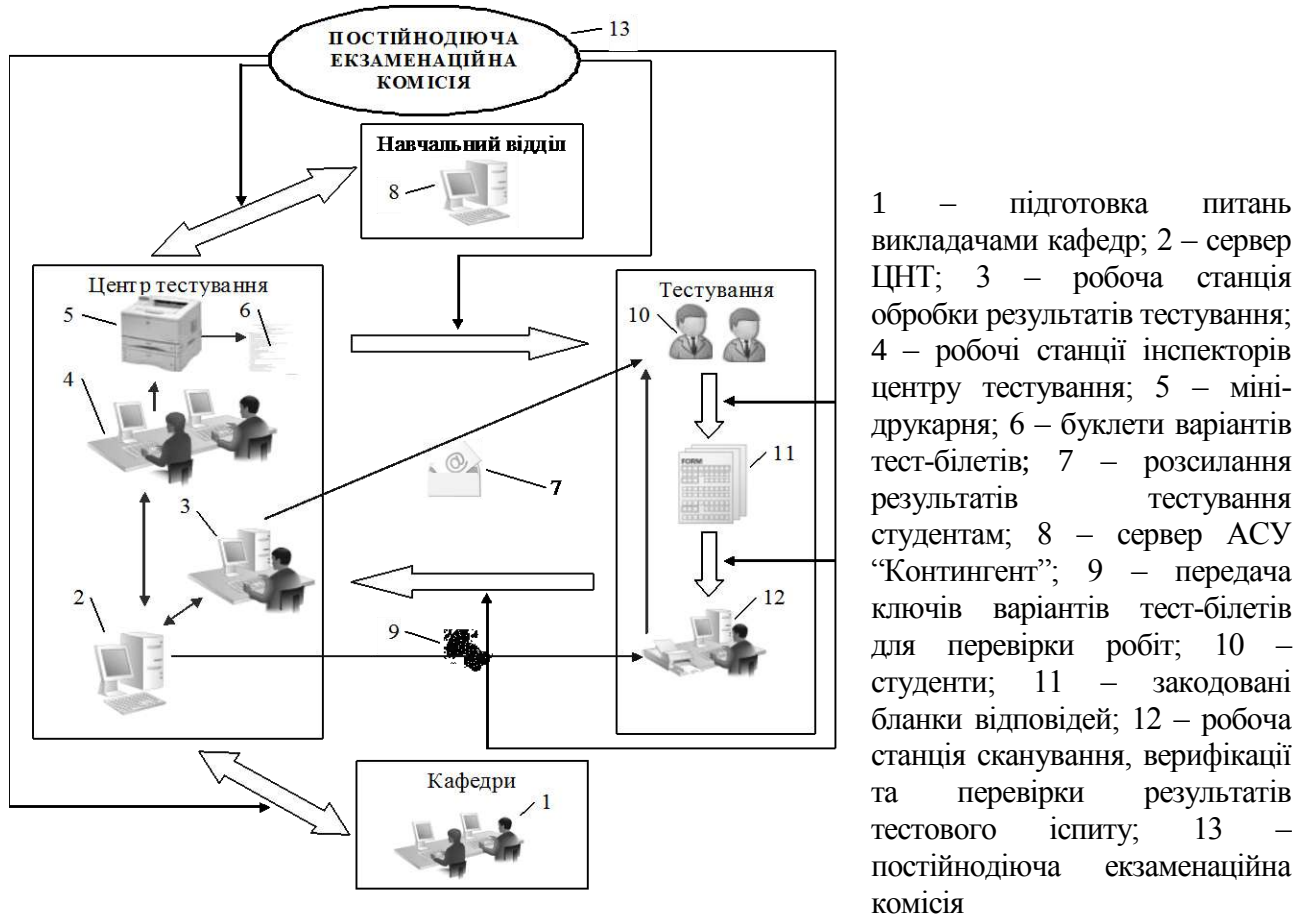


Рис. 2. Концептуальне представлення інформаційної моделі КСТІ із системою управління процесами передачі інформації суб'єктами та об'єктами іспиту

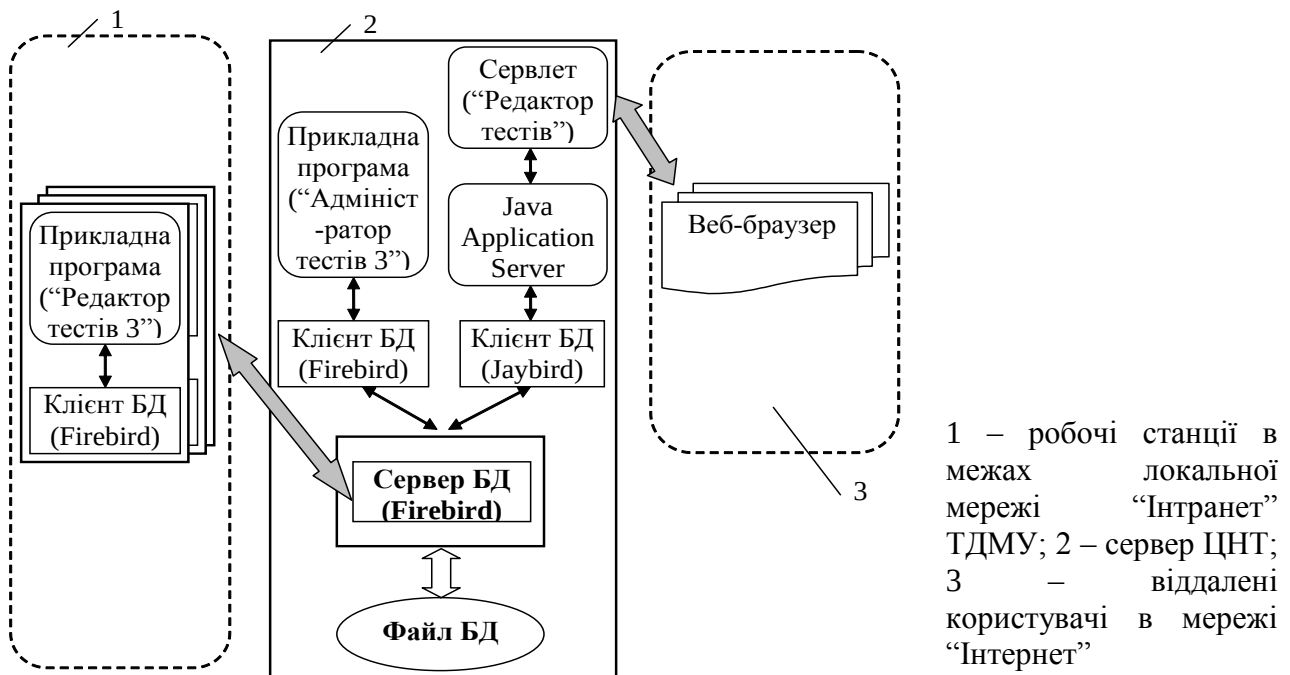


Рис. 3. Структура програмного забезпечення КСТІ

Застосовано систему керування процесами передачі інформації суб'єктами та об'єктами тестового іспиту для захисту інформації на усіх

етапах підготовки та проведення семестрових іспитів, при цьому на кожному етапі реалізовано не менше трьох рівнів захисту. Розроблено комплексну автоматизовану систему захисту інформації з підготовки матеріалів для проведення незалежного тестування знань студентів – АС «Тести». Ця система включає термінальні станції *PrimePCTini* з відео моніторами і біометричною системою доступу, серверну шафу із сервером *PrimePCPro* та відео реєстратором, комутатор типу *D-Link* та принтери *Gestetner*. На комп'ютер-сервер встановлено електронну систему захисту інформації ЛОЗА-2, що не лише захищає інформацію від несанкціонованого доступу, а й забезпечує контроль друку та експорту, входу користувачів і реєстрацію подій. У ЦНТ ведеться цілодобове відео спостереження. Для запобігання стороннього дистанційного проникнення застосовано апарат «Генератор радіошуму РІАС-1М».

Розроблено алгоритм процедури статистичної обробки результатів тестування із застосуванням поетапного та комплексного підходу. Проводиться покроковий аналіз валідності тесту та всіх тестових завдань, які використовувались на тестуванні, включно із аналізом гістограм успішності, визначенням коефіцієнтів асиметрії та ексцесу, індексів складності та дискримінації. Для забезпечення зворотного зв'язку з авторами тестів інформацію щодо перевірки тестових завдань на валідність розміщували у відповідному розділі внутрішньо університетської мережі Інтранет. Увівши номер варіанту та порядковий номер модуля у буклеті, можна отримати результати перевірки на валідність.

Проводили аналіз результатів КСТІ з усіх фундаментальних дисциплін. Наявність прямого кореляційного зв'язку між балами за іспит та відповідними показниками за поточну успішність із модулів всіх дисциплін свідчить про достатню валідність даної методики. Виявлений позитивний кореляційний зв'язок між індивідуальними балами досліджуваних з модулів у процесі вивчення більшості (67%) зазначених дисциплін вказує, зокрема, на достатню прогнозовану валідність тесту. У 75% випадків виявлялась статистично достовірна відмінність між середніми балами за КСТІ та показниками контрольних груп з дисциплін, водночас у 62,5% випадків відмінність між зазначеними показниками не перевищувала 1-го балу за п'ятибальною шкалою, що свідчить про об'єктивність методики.

Здійснювали аналіз поточної успішності, успішності на ОСКІ та КСТІ при оцінюванні 10-ти клінічних дисциплін терапевтичного, педіатричного, хірургічного профілів, акушерства і гінекології та гігієни. На достатню валідність змісту та відповідності КСТІ вказує наявність прямого кореляційного зв'язку між балами поточної успішності і балами за семестровий тестовий іспит зі всіх дисциплін. Про достатню валідність ОСКІ свідчить виявлений прямий кореляційний зв'язок між балами за поточну успішність і семестрове тестування та балами за ОСКІ з переважної більшості клінічних дисциплін. Установлено високу успішність студентів-медиків на ОСКІ за досліджуваний період та значно вищий середній бал ($p < 0,05$) за 2011/2012 н.р. ((10,09±0,10) балів) у порівнянні з 2010/2011 н.р. ((9,76±0,05)

балів). У 63,6% випадків виявлялась статистично достовірна відмінність між середніми балами за КСТІ та відповідними показниками контрольних груп, водночас різниця між зазначеними показниками не перевищувала 1-го балу за п'ятибальною шкалою із переважної більшості (90,9%) клінічних дисциплін. Зазначені закономірності вказують на достатню об'єктивність методики КСТІ.

Виявлено прямий кореляційний зв'язок (+ 0,6) між балами за тестування та поточну успішність за курсами та прямий кореляційний зв'язок між балами за семестрове тестування з осіннього та весняного семестрів (+ 0,6). Аналіз на валідність тестових завдань, які використовувались на тестуванні студентів-медиків у 2011/2012 н.р., показав незначну частку невалідних питань. Пересічний показник по факультету становив $(3,43 \pm 0,11)\%$.

Таким чином, на основі системного аналізу обґрунтовано принципи підготовки медичних фахівців для розвитку практичної компетентності на до дипломного етапі, включно із засвоєнням здоров'язбережувальних технологій та методик, за допомогою комплексного застосування новітніх освітніх методик на основі спеціалізованої інформаційної системи. Висока успішність студентів-медиків на об'єктивному структурованому клінічному іспиті за досліджуваній період та значно вищий середній бал ($p < 0,05$) за 2011/2012 н.р. ($(10,09 \pm 0,10)$ балів за 12-бальною шкалою оцінювання) у порівнянні з 2010/2011 н.р. ($(9,76 \pm 0,05)$ балів) свідчать про ефективність зазначеної концепції для засвоєння ґрунтовних навиків та вмінь.

Розроблено інформаційне забезпечення комплексного семестрового тестового іспиту. На основі аналізу успішності студентів-медиків за 2010/2011 н.р. та 2011/2012 н.р. встановлено прямий кореляційний зв'язок між балами за тестування та поточну успішність ($r=0,6$), що свідчить про достатню валідність змісту та відповідності, а виявлений прямий кореляційний зв'язок між балами за семестрове тестування з осіннього та весняного семестрів ($r=0,6$) за 2011/2012 н.р. вказує на достатній рівень прогнозованої валідності методики комплексного семестрового тестового іспиту. Незначна частка невалідних тестових запитань ($(3,4 \pm 0,5)\%$) свідчить про достатню якість контенту.

Розроблено і впроваджено комплексну багаторівневу систему захисту інформації на основі інформаційної моделі системи керування процесами передачі інформації суб'єктами та об'єктами тестового іспиту на усіх етапах підготовки та проведення тестування.

Список використаних джерел

1. Концепція інформатизації охорони здоров'я України / О.П. Мінцер, Ю.В. Вороненко, Л.Ю. Бабінцева та ін. // Медична інформатика та інженерія. – 2012. – № 3. – С. 5–29.
2. Patient-centered communication and diagnostic testing / R.M. Epstein, P. Franks, C.G. Shields et al. // Ann. Fam. Med. – 2005. – № 3. – Р. 415–421.
3. Мінцер О.П. Програма інформатизації закладів вищої медичної освіти. Стратегія, постійна та змінна складові // Медична інформатика та інженерія. – 2017. – № 4. – С. 5–19.
4. Азархов О.Ю. Інформатизація процесів реабілітаційно-відновлювального лікування постінсультних хворих : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.03.11 «Медична та біологічна інформатика і кібернетика». – Київ, 2013. – 37 с.

5. Востров Г.Н., Мінцер О.П., Павлов О.О. Інформаційна модель надання дистанційних медичних послуг населенню. Перше повідомлення // Медична інформатика та інженерія. – 2010. – № 3. – С. 37–47.
6. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2007. – 688 с.
7. Schuwirth L.W., C.P. van der Vleuten. Different written assessment methods : what can be said about their strengths and weaknesses? // Med. Educ. – 2004 – № 38. – P. 974–983.
8. Роберт И. В. Теория и методика информатизации образования (психолого-педагогический и технологический аспекты). - 2-е изд., дополн. – М.: ИИО РАО, 2008. – 274 с.
9. Mooney G.A. Some techniques for computer-based assessment in medical education // Medical Teacher. – 1989. – Vol. 20, Issue 6. – P. 560 – 566.
10. Семенец А. В. Методи та програмні засоби оцінки знань в медичній освіті : дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук : 01.05.03. – Тернопіль, 2011. – 218 с.
11. The quality of in-house medical school examination / R. F. Jozefowicz, B. M. Koeppen, S. Case, R. Galbraith et al. // Acad. Med. – 2002. – Vol. 77, № 2. – P. 156–161.

**ПРОФИЛАКТИКА И ПРЕОДОЛЕНИЕ СИНДРОМА
«ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ**
(Мальцева Л.А., Саланжский А.Н.)

На основании динамики функционирования нейро-гуморальных систем, психологического, психофизиологического и психосоциального профилей личности у врачей анестезиологов с различным стажем работы по специальности, нами выделены четыре периода [1].

Первый период – вхождения в специальность (от 0 до 5 лет) характеризуется: выраженной активацией симпато-адреналовой системы с преобладанием тонуса медиаторного звена; преобладанием процессов синтеза катехоламинов и серотонина над их инактивацией; снижением резервных возможностей гистаминреактивной системы; средними уровнями концентрации в крови кортизола, тестостерона и гормонов щитовидной железы, не выходящими за пределы физиологически допустимых.

При исследовании нейрофизиологического статуса, который определяет особенности и динамику функционирования психических процессов, установлен высокий или очень высокий уровень лабильности сенсомоторного анализатора в сочетании со средне – сильным типом нервной системы, высокими показателями интеллектуальной лабильности и общего интеллекта. Отмечалась высокая степень отклонения от аутогенной нормы, убежденность в идентичность «Я» декларируемым идеалам, отрицание ситуативной тревожности. Описанное определяется наложением сложного кризисно-возрастного момента в самовыражении на психологические особенности специальности.

Второй период от 5 до 10 лет – стойкой адаптированности с элементами нерациональности в ответных реакциях на сложные профессиональные воздействия – характеризуется вновь установившимся уровнем

функционирования систем адаптации для поддержания гомеостаза. Однако, наметившаяся тенденция к снижению резервных возможностей симпато-адреналовой системы, мощные потенциальные возможности гистаминреактивной системы к агрессии, чёткая гипосеротонинурия; снижение концентрации тироксина на 27,54% и тестостерона на 48,07 % у женщин по отношению к уровню, определяемому в группе врачей интернов, свидетельствуют об изнурении вегетативных систем, возможном нерациональном ответе на более сложные профессиональные воздействия.

Анализ психофизиологических исследований свидетельствовал о доминации среднего и средне – сильного типов нервной системы в сочетании со средним уровнем работоспособности. На индивидуально – психологическом уровне отмечены: высокая активность деятельности, направленной на достижение психологического равновесия; трудности в выборе ориентации на правила; снижение порога толерантности к стрессу; стремление к доминированию, которое сопровождается растущей неудовлетворённостью в основных сферах жизнедеятельности.

Третий уровень – дезадаптации (от 10 до 20 лет) характеризуется: истощением функциональных возможностей симпато-адреналовой системы, отсутствием резервов к их восстановлению, преобладанием метаболизма катехоламинов над их синтезом; преобладанием процессов инактивации серотонина над его синтезом; отсутствием активационных ресурсов со стороны гистаминреактивной системы; снижением уровня кортизола, тестостерона, тироксина.

На этом этапе профессиональной деятельности впервые появляются результаты со слабым типом нервной системы, выраженной ситуативной тревогой, низким уровнем сенсомоторной лабильности и работоспособности. В интеллектуальных характеристиках резко снижается количество результатов с высоким уровнем активности по снятию напряжения и обеспечению психологического комфорта. На личностном уровне происходит отход от поиска адаптивных форм поведения, контроля за происходящим, формируются большая скупость в эмоциональных и, особенно, спонтанных проявлениях, озабоченность, преодолевающее поведение.

Четвертый период, 20 и более лет, характеризовался тем, что функционирование нейро-гуморальных систем протекало по трем вариантам: сглаживание перенапряжения механизмов регуляции адаптационных систем, характерных для третьего периода; такие исследования встречали в 5% случаев; характерны изменения третьего периода; такие исследования встречались в 29% случаев характерны углубления неблагоприятных нарушений, установленных в третьей группе; такие исследования встречались в 66% случаев. У них хронический стресс повышает, острый стрессогенный эффект ситуационной реакции, истощает адаптационно – защитные механизмы в своём тотальном проявлении. Со стороны симпато-адреналовой системы это проявлялось в регуляции активности ферментов, катализирующих биосинтез катехоламинов. В результате выработки адекватного стресс – ответа, гормональный механизм перестал быть

необходимым. Уровень катехоламинов, ранних и отдалённых предшественников свидетельствовал об истощении функциональных возможностей системы и низких ресурсах для их восстановления. Имело место относительное преобладание процессов синтеза серотонина над его метаболизмом, значения коэффициента Г/С свидетельствовали о преобладании гистамина в суммарном биохимическом эффекте системы. Концентрация кортизола снижалась на 21%; тироксина на 17,43%.

У 71,42% исследованных в данной группе высокий или очень высокий уровень лабильности сенсомоторного анализатора в сочетании с средне – сильным и сильным типами нервной системы. Индуктивное мышление, умение образно мыслить, характеристики памяти снижаются на 5 – 11%. На личностном уровне выражена мотивационная направленность на соответствие нормативным критериям, настаивание на субъективной позиции, усиление противодействия внешним силам, искусственное создание напряжения, выраженный эгоцентризм, демонстративное поведение, несоответствие личностного уровня идеалам, профессиональная уступчивость, устранение тревоги за счёт соматизации.

Такие выводы подкрепляются и данными о развитии у врачей анестезиологов отдельных симптомов «профессионального выгорания». Причем, отдельные симптомы синдрома «профессионального выгорания» прогрессируют соответственно стажу работы по специальности.

У врачей со стажем работы по специальности от 5 до 10 лет доминирующим компонентом является «резистенция», которая включает в себя, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, редукцию профессиональных обязанностей, расширение сферы экономии эмоций, эмоционально-моральную дезориентацию.

У анестезиологов со стажем от 10 до 20 лет формируется симптом «напряжения», для которого характерны переживание психотравмирующих обстоятельств, тревога и депрессия, недовольство собой, загнанность в угол. В итоге, чтобы сохранить собственное эмоциональное здоровье и благополучие, исследуемые часто приходят к тактике экономии эмоций, выстраивают защитные барьеры на пути изнуряющих взаимоотношений.

Для врачей со стажем работы по специальности 20 и более лет свойственен симптом «истощения», сопровождающийся психовегетативными и психосоматическими нарушениями, деперсонизацией, эмоциональным дефицитом, эмоциональным отчуждением, что приводит к фрустрации фундаментальных личностных потребностей.

Проблема коррекции эмоционального стресса сводится к использованию таких средств и методов, которые предусматривают или устраняют патологические проявления, обусловленные стресс – воздействиями.

Среди основных направлений регулирования эмоционального стресса выделяют: медикаментозное (фармакологическое); немедикаментозное; комплексное.

I. Фармакологический путь коррекции эмоционального стресса включает: коррекцию эмоционального напряжения как основного

патогенного фактора развития эмоционального стресса; воздействие на системы оценки биологической модальности стрессогенных сигналов, в том числе на эмоционально-модальную память, фиксирующую оценку воздействия (или ситуации) как аверсивного; подавление системы отрицательного подкрепления, связанной с негативным эмоциональным состоянием, порождаемым психологическим стрессом; активацию системы положительного подкрепления как «антистрессового» фактора; влияние на динамику психопатологических проявлений, обусловленных хроническим эмоциональным стрессом; влияние на энергетические и нейрохимические процессы, лежащие в основе механизмов психической адаптации мозга; нормализацию вегетативных реакций, сопровождающих эмоциональный стресс и коррекцию сомато-вегетативной интеграции поведенческих реакций; непосредственное влияние на нейрофизиологические механизмы мезодиэнцефалической системы «защиты».

С теоретической точки зрения, приведенный перечень кардинальных процессов воздействия является почти исчерпывающим. Однако, лекарственных веществ, обладающих перечисленными свойствами во всей полноте, не найдено.

Основные направления и отрицательные эффекты применения фармакологической коррекции эмоционального стресса.

Первое направление связано с использованием психофармакологических средств для снижения чрезмерной возбудимости подкорковых структур и повышенной активности ЦНС в связи с эмоциональным стрессом.

Это достигается применением транквилизирующих препаратов различного действия (фенозепам, мебикар, пирроксан, мепробамат).

Они способствуют: реализации фармакологической защиты важнейших систем организма путем торможения функций ЦНС по принципу отрицательной обратной связи; ослаблению гипоталамо-лимбического комплекса с его системами подкрепления и связи с ретикулярной формацией ствола и корой головного мозга; снятию или значительному ослаблению чувства страха и тревоги; улучшению настроения и самочувствия; предупреждению в дальнейшем нервно-психических срывов плата за «полученный выигрыш»; торможение психомоторных функций; некоторое ослабление кратковременной памяти.

Второе направление преследует цель повышения возбудимости ЦНС, исходно подавленной вследствие чрезмерных воздействий и нагрузок. Для этого назначают психостимуляторы и тонизирующие препараты (сиднокарб, центедрин, бромантан, экстракт элеутерококка, китайский лимонник и т.д.).

Они способствуют повышению физической, умственной, в том числе операторской, работоспособности.

Плата за «полученный выигрыш»: усиленный расход энергоресурсов; активация катаболизма; повышение функционального тонуса САС; появление вегетативного и эмоционального напряжения.

Третье направление связано с состоянием снижения работоспособности и ухудшением состояния организма в условиях чрезмерного напряжения

гомеостатических механизмов и перестройки адаптации, что имеет место при продолжительном воздействии стресс-фактора.

Действие фармакологических средств в этом случае реализуется в основном через метаболические звенья, обеспечивая экономичность их функционирования. Эта задача решается с помощью актопротекторов, ноотропов, антигипоксантов, адаптогенов (пирацетама, оксибутирата натрия, фенибута, женьшеня, витаминов, пищевых добавок).

Плата за «полученный выигрыш»: отсутствие выраженного прямого психотропного эффекта продолжительного назначения; нередко возникает кумулятивный эффект.

II. Немедикаментозный путь коррекции эмоционального стресса включает:

1. Использование эндогенных пептидов: ускоренное и полное восстановление в организме уровня вещества Р; полноценный сон; использование рефлексотерапевтических методов; стимуляция выработки эндорфинов и энкефалинов.

2. Использование различных методов и способов рефлексотерапии: иглотерапия; электропунктурная терапия; точечный массаж.

3. Использование различных приемов психотерапии: внушение (НЯВУ, в состоянии естественного и гипнотического сна); самовнушение (по Куэ, аутотренинг по Шульцу, система саморегуляции Э. Джекобсона т.д.); психоанализ по З. Фрейду; медитация; прочие.

4. Специальные физические упражнения: комплекс дыхательных упражнений по Е. Ильину.

5. Система профессионального отбора

Профессиональный отбор занимает особое место в профилактике синдрома «профессионального выгорания» у врачей анестезиологов.

Параметры, которым должен соответствовать претендент на специализацию, в анестезиологию, по нашим данным можно представить следующим образом: 1) преимущественно сангвинический тип темперамента, преобладание экстраверсии в состоянии нервно-психических процессов, эмоциональная стабильность; 2) при работе в коллективе должен преобладать ответственно великодушный тип взаимоотношений; 3) высокий уровень природного интеллекта и хорошо развитые интеллектуальные качества: индуктивное мышление, способность к обобщению, образное мышление; 4) высокий уровень оперативного мышления; 5) высокие значения показателей свойств внимания; 6) высокий уровень саморегуляции; 7) скоростной стиль деятельности; 8) лабильность нервной системы; 9) достаточный объем кратковременной и оперативной памяти; 10) сбалансированность во взаимодействии стресс – реализующих и стресс – лимитирующих систем организма.

Цель профессионального отбора: исключить лиц, отличающихся низкой стрессовой толерантностью и тем самым еще на этапе, предшествующем воздействию экстремальных факторов, повысить у отбираемого контингента один из компонентов психофизиологического обеспечения стрессоустойчивости.

Список использованных источников

1. Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Канюка Т.С., Москалец С.М., Саланжий А.Н. Нейро-гуморальные и психологические аспекты формирования стресса у врачей анестезиологов: механизмы профилактики и пути преодоления: монография. – Днепропетровск, 2004. – 250 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ УМОВ АКТУАЛІЗАЦІЇ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СТУДЕНТІВ ЯК ШЛЯХ ДО СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ (Шевченко С.В.)

У сучасній Україні існує ситуація постійної трансформації освітньої системи, коли змінюються орієнтири вищої освіти. Поряд з підготовкою високваліфікованих фахівців, одним з провідних завдань вищої школи стає забезпечення умов для реалізації потенціалу студентів, надання їм підтримки для майбутньої самореалізації та збереження психічного здоров'я, починаючи з перших днів перебування у вузі. Поряд з тим освітній простір вищого навчального закладу характеризується постійним зростанням обсягу наукової інформації, де навчання відноситься до категорії специфічної розумової праці, що потребує постійного, активного напруження інтелектуальних, емоційних та вольових функцій студентів, актуалізації їх адаптаційних можливостей [1, с. 8].

У студентському віці молодь володіє великими можливостями для напруженої розумової праці, цей період є заключним етапом вікового розвитку психофізіологічних і рухових можливостей організму, він характеризується інтенсивною роботою над формуванням своєї особистості та виробленням стилю поведінки. Навчання у вищій школі потребує від студентів значних інтелектуальних та нервово-емоційних напружень, що сягають в період екзаменаційної сесії найвищої межі. Крім цього, ці напруження, поєднуючись з соціальними, побутовими, екологічними та іншими факторами, можуть призвести до різних функціональних та психічних зривів [12, с. 307].

Надмірне функціонування напруження компенсаторно-приспосувальних механізмів, пов'язане зі сприйняттям та обробкою великого обсягу інформації в умовах браку часу, додаткове виконання значного обсягу позааудиторної роботи, емоційно-стресові ситуації, що супроводжуються проведенням контрольних заходів, негативно позначаються на стані не тільки психічного, але й соматичного здоров'я студентів [8, с. 336; 7; 14; 15].

Ускладнення програми навчання, широке використання технічних засобів в освітньому процесі, інтенсифікація навчання, збільшення кількості інформації і підвищення вимог до якості навчання зумовлюють закономірне збільшення навчального та нервово-психічного навантаження. Тому поряд з удосконаленням педагогічних та психологічних засобів оптимізації навчання, все більш актуальним стало глибоке вивчення психологічних умов

актуалізації адаптаційного потенціалу студентів з метою створення здоров'язберезувального освітнього простору [6, с. 68].

Вивчаючи адаптаційні можливості студентів, Д. Мамаєв виділив наступні умови соціальної адаптації, створення яких, на нашу думку, сприятиме, в свою чергу, підвищенню адаптаційного потенціалу: створення креативного середовища, що розвиває, стимулює навчальну, наукову і соціально-культурну діяльність студентів; відкритість соціокультурного простору університету суспільству, його мобільність, швидка реакція на зовнішні процеси, наявність зв'язків з різними соціальними структурами; залучення студентів до соціально-культурної, навчально-пізнавальної та наукової діяльності з моменту їхнього вступу до університету [11, с. 3].

Процес адаптації студентів супроводжується виникненням в них внутрішніх конфліктів між потребою досягнень і неможливістю її реалізації в реальності. У зв'язку з цим, ми підтримуємо позицію Г. Хомич, що неусвідомлені конфлікти є наслідком фрустрації прагнення до саморозвитку, самореалізації і пов'язані з вибором значущої цілі. Це означає, що внутрішні конфлікти виступають своєрідним викликом, що приводять суб'єкта до особистісного зростання та спрямовують на подолання життєвих перешкод, які спричинені ситуацією адаптації. Як зазначила Г. Хомич, кожна сучасна людина прагне до адаптації в певному просторі, намагаючись оптимально актуалізувати свій потенціал і задовольнити провідні потреби. При цьому, на думку вченої, особистісна самореалізація, ефективність та емоційне благополуччя особистості залежать від специфіки включення суб'єкта у дериваційну ситуацію та тривалість її впливу на особистість. Г. Хомич довела, що означені впливи опосередковуються ієрархією цінностей студента, характерним способом реагування на життєві обставини та здатністю утримувати внутрішню рівновагу у певній ситуації. Здатність до емоційного благополуччя є результатом боротьби чи співіснування базових потреб та рівня їх задоволення, домінування певної модальності у спрямованості інтересів особистості, визначеності провідних цінностей та способів досягнення мети [16].

Як зазначив В. Чернобровкін, під час навчання у вищому навчальному закладі розвиток всіх рівнів психіки у студентів проходить лише за умови відчуття внутрішнього комфорту та гармонії із зовнішнім середовищем. При цьому, несприятливі впливи зовнішнього середовища викликають у молодії людини почуття незахищеності, невпевненості. Це призводить до виникнення стресів, психовегетативних розладів, неврозів та різних психосоматичних захворювань. Аналіз досліджень автора показав, що вирішальний вплив на розвиток психічного здоров'я в студентському віці мають соціальні чинники, пов'язані з умовами організації освітнього процесу, соціально-психологічним аспектом здоров'я сім'ї, спілкування із найближчим оточенням. Серед визначених чинників визначальну роль мають професійне самовизначення; задоволеність соціально-психологічним кліматом та положенням у групі; фізичне та психічне здоров'я сім'ї, відчуття психічного комфорту вдома; задоволеність спілкуванням з найближчим оточенням, вміння встановлювати

та підтримувати позитивні стосунки з іншими людьми, соціальне здоров'я індивіда [19].

Окрім інших факторів, для актуалізації адаптаційних можливостей студентів необхідне почуття задоволення виконаною справою, позитивна емоційна налаштованість, сприятливі взаємини в колективі [10]. Особливу роль має ставлення студента до самого себе та до оточуючих. Як зазначила Г. Хомич, саме юнацький вік є сприятливим для утворення позитивного чи негативного самоставлення, розвитку довіри до себе [17].

До факторів, що найбільш суттєво впливають на адаптаційний потенціал студентів, Н. Бачеріков зарахував наступні: вихідний стан соматичного та нервово-психічного здоров'я студентів; ступінь прояву та стійкості мотивації до навчання саме в даному навчальному закладі та за обраною спеціальністю (вибір майбутньої спеціальності визначається в основному за бажанням самих студентів, але інколи буває випадковим); швидкість переключення від старого, звичного стереотипу життя та навчання й адаптації до нових умов, нових форм та режиму навчання, до нового навчального колективу; сімейний стан; особливості житлово-побутових умов, режим харчування та сну (основною причиною дефіциту сну й інших порушень режиму дня багато дослідників відзначають велике навчальне навантаження, значний обсяг матеріалу, який дається студентам для опрацювання в звичайні навчальні дні та необхідний для повторення в період заліків та іспитів); психологічна атмосфера у взаємовідносинах студентів з викладачами, адекватність вимог з боку професорсько-викладацького складу (взаємовідносини між студентами та викладачами часто будуються за першим враженням, і необхідне налаштування на оволодіння даним предметом здебільшого залежить від педагогічної майстерності викладача, від його особистісних якостей) [2, с. 32-44]. Велике значення в успішності студентів та перебігу процесу адаптації студентів відіграє особистісна мотивація та зацікавленість у тому чи іншому різновиді навчальної діяльності; у засвоєнні того чи іншого навчального предмета, вони (мотивація та зацікавленість) можуть виникати з майбутнього досвіду та в процесі навчання, бути глибокими чи поверхневими та ін. [2, с. 121].

Не менш важливою проблемою є невизначеність мотивації вибору професії та недостатня психологічна підготовка до неї. Хоча більшість студентів мотивують вибір ВНЗ прагненням оволодіти спеціальністю, яка подобається, вважають, що навчання дозволить їм засвоїти певні знання, стати освіченими людьми, розвинути особистісні здібності і в подальшому приносити користь суспільству, все ж, частина студентів головним вважають отримати диплом та певну незалежність у житті. Їм важко співвіднести себе з майбутньою професією, спеціальністю, однак точно знають, що вища освіта необхідна. Існують і такі студенти, для яких отримання вищої освіти розглядається як засіб досягти високого матеріального забезпечення та просунутися в кар'єрі. Враховуючи неоднозначність професійної орієнтації, вищій школі доводиться вирішувати цю проблему вже в освітньому процесі [9, с. 23].

В актуалізації адаптаційного потенціалу студентів великого значення набуває психологічний клімат у взаємовідносинах студентів, викладачів, студентів та викладачів. Вони повинні будуватися на принципах моралі: самоповаги та самовиховання, поваги один одного, взаємодопомоги, творчої ініціативи, вірності професійному обов'язку, гуманізму, високої відповідальності та ін. [2, с. 120].

Першою і основною умовою виховної ефективної взаємодії педагога і студента, наголошує І. Бех, є наявність довіри й позитивних стосунків між ними, заснованих на взаємній повазі. Без цієї умови важко розраховувати на успіх усього освітнього процесу в цілому, оскільки за байдужих, рольових чи негативних взаємовідносин психологічна ефективність навіть найвитонченіших виховних впливів буде мінімальною [4, с. 259-261]. Викладач має керувати не тільки індивідуальною професійно-навчальною діяльністю, а й спільною, тобто взаємодією студента з педагогом і ровесниками [5, с. 33]. Адже суб'єкт пізнання (студент) ніколи не навчається ізольовано, а завжди живе в реальному колективі й завжди (реально чи нереально, усвідомлено чи ні) порівнює свої дії, їх оцінку педагогом з діями та оцінками своїх товаришів, прагне завоювати бажане місце в навчальному колективі. Організуючи колективну професійно-навчальну діяльність студентів, педагог створює умови для розвитку в нього вміння оцінювати себе з різних поглядів – залежно від місця і функцій в сумісній роботі. Підвищується також відповідальність перед іншою людиною (а на цій підставі – й перед суспільством в цілому), вміння приймати рішення, що стосуються не тільки себе, а й іншої людини. Це сприяє виробленню у нього активної життєвої позиції, здатності до саморегуляції і більш адекватної самооцінки, прийомів узгодження своїх дій і координації з іншими учасниками діяльності, вміння долати конфлікти у ході спілкування, а отже, створює умови для кращого перебігу адаптаційного процесу [4].

Актуальним зараз стає особистісно-орієнтований підхід до навчання й виховання, який по-новому формулює основне завдання освіти – створення максимально сприятливих умов для особистісного розвитку особистості [8, с. 138-139]. Акумулюючи досвід сучасних психологічних досліджень, В. Черnobровкін підкреслив, що реалізація цього завдання досягається через організацію особистісно-орієнтованого середовища взаємодії у вузі, де до студента ставляться як до унікальної особистості, індивідуальність якої усвідомлена й прийнята педагогами [8, с. 140]. На думку В. Черnobровкіна, таке середовище пронизане духом гуманізації, демократизації, не директивної педагогіки. Її найважливішими характеристиками є: атмосфера довіри, доброзичливості, співпереживання й поваги; оптимістична віра в особистісний потенціал кожного студента; співробітництво, діалогічна взаємодія; відсутність примусу, терпимість до недоліків; розширення прав студента як суб'єкта освітнього процесу; індивідуальний підхід. Важливим також є створення змістовно збагаченого пізнавального середовища, в якому студенти можуть обирати навчальні предмети та вибирати навчальний матеріал [8, с. 141].

Спостереження і спеціальні дослідження психологів засвідчили, що здоровий психологічний клімат колективу, доброзичливі, шанобливі взаємини студентів сприяють їх нормальному самопочуттю. Ворожість, а тим більше конфліктні взаємовідносини створюють ґрунт для внутрішнього дискомфорту [10, с. 100]. Характер і сила впливу групи на студентів залежать від того, який психологічний клімат склався в академічній групі під впливом суспільно значущої діяльності студентів. В.Секун відзначив, що в студентській групі існують два види взаємин: офіційні, встановлення яких обумовлене раціональними мотивами, і неофіційні, де превалюють емоційні відносини. Саме неофіційні взаємини є в студентському віці найбільш значущими. Однак, як зауважила Н. Творогова, у студентів існують три групи потреб, що визначають їхнє прагнення до створення референтної групи: 1) потреба в захисті - тобто уникнення невдачі, прагнення зберегти своє становище в групі; 2) потреба в досягненнях, авторитеті, самореалізації; 3) потреба в радості, гарному самопочутті, настрої, любові. В академічних групах яскраво виражені орієнтації на внутрішню групові цілі, які мають найбільшу цінність. При цьому ділові відносини в навчальній діяльності розвинуті дуже слабо. Але дослідники встановили, що між рівнем розвитку колективу і рівнем ставлення студентів до навчання існує прямий зв'язок. У процесі спільної навчально-професійної діяльності виникають соціально-психологічні явища, що справляють істотний вплив на поведінку й особистість студента: громадська думка, колективний настрій, традиції. Громадська думка може сприяти формуванню соціально-адаптивних форм поведінки і соціально значущих якостей особистості. Настрій колективу здатний підтягнути людину або навпаки - гальмувати її активність. Традиції сприяють вирішенню питання масового залучення студентів до процесу виховання нового покоління людей на якісно нових ціннісних орієнтаціях та пріоритетах [1, с. 41-42].

Як зазначив І. Бех, враховуючи виховну силу колективу, водночас неможливо недооцінювати вплив на особистість так званих малих груп, зокрема еталонної. Індивід, будучи членом однієї групи, може приймати (чи не приймати) цінності, погляди й норми іншої групи. На думку такої еталонної групи людина інколи зважає більше, ніж на думку офіційної групи, куди вона входить за своїм соціальним становищем. Так, для студента еталонною групою може стати компанія позашкільних друзів, яка чинить на нього більший вплив, аніж викладачі та батьки [3, с. 102-103].

Отже, спираючись на досягнення науки з означеної проблеми, можна зробити висновок, що процес впливу на адаптаційні можливості особистості студента є керований [13, с. 82]. У сукупності увесь комплекс факторів умов освітнього процесу має в кожному окремому випадку позитивний або негативний вплив на адаптаційний потенціал, продуктивність навчання та стан здоров'я студентів. Питання актуалізації адаптаційного потенціалу студентів та ефективності навчання повинно вирішуватися шляхом аналізу об'єктивно існуючих умов та індивідуальних особливостей, шляхом пошуку раціональних рішень в організації та здійснення комплексу навчально-методичних та виховних заходів [2, с. 45-47].

Диференціація психолого-педагогічних досліджень з проблеми актуалізації адаптаційного потенціалу студентів дозволяє визначити конкретні психологічні умови. На нашу думку, *серед психологічних умов* доцільно виділити: *прийняття себе та інших* (позитивного ставлення студентів до себе та інших, безумовного самоприйняття при збереженні критичності, віри у себе та свої можливості, а також поваги та довіри до інших); *адаптивності* (здатності особистості пристосовуватися до мінливих умов освітнього середовища, аналізувати та адекватно сприймати його, зберігати свою цілісність та оминати деструктивність під впливом змін, а також здатність особистості погоджувати свої цілі і досягнуті в ході розумової діяльності результати); *конструктивних комунікативних здібностей* (властивості особистості, що забезпечують ефективну взаємодію та адекватне взаєморозуміння в процесі спілкування та виконання спільної інтелектуальної діяльності); *емоційного комфорту* (стану емоційної рівноваги студента, що виявляється в спокої, захищеності, впевненості у собі та безпеці); *моральної нормативності* (здатності особистості сприймати запропоновану йому соціальну роль, морально-етичні норми поведінки та вимоги освітнього середовища); *нівелювання ескапізму* (прагненні особистості адекватно сприймати проблеми, оцінювати та вирішувати їх); *ціннісної мотивації до навчання* (ставлення студентів до навчання, що виявляється в їх прагненні оволодіти спеціальністю, засвоїти певні знання, стати освіченою людиною та розвинути особистісні здібності); *сприятливого психологічного мікроклімату у групі* (взаємоповаги, творчої ініціативи, орієнтації на внутрішньо групові цілі, психологічної єдності групи) [20].

Теоретичне обґрунтування психологічних умов актуалізації адаптаційного потенціалу студентів вказують на необхідність розробки комплексної програми їх емпіричного дослідження та визначення особливостей їх забезпечення з метою створення здоров'язбережувального освітнього простору вищого навчального закладу.

Список використаних джерел

1. Алексеева Т. В. Соціально-психологічні аспекти адаптації: монографія. – Донецьк: Вебер, 2008. – 230 с.
2. Бачериков Н.Е. Воронцов М.П., Добромиль Э.И. Психогигиена умственного труда учащейся молодежи. – К.: Здоровья, 1988. – 168 с.
3. Бех І.Д. Виховання особистості: у 2 кн. – К.: Либідь, 2003. – Кн. 1: Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. – 2003. – 280 с.
4. Бех І.Д. Виховання особистості: у 2 кн. / Іван Дмитрович Бех. – К.: Либідь, 2003. – Кн. 2: Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади. – 2003. – 344 с.
5. Бех І.Д. Особистість у просторі духовного розвитку: навч. посіб. – К.: Академвидав, 2012. – 256с.
6. Бусловская Л.К. Рыжкова Ю.П. Адаптивные возможности организма студентов и способы их повышения // Вісник Харк. нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. Сер.: Валеологія: сучасність і майбутнє. – Х., 2009. – № 862. – Вип. 6. – С. 22–26.
7. Вєсьолкіна Ю.С. Експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я студентів першого курсу фізико-математичного факультету // Культура здоров'я як предмет освіти: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. – Херсон, 2006. – С. 43–46.

8. Іванова О.І., Л.М. Басанець. Особливості адаптації студентів-першокурсників до навчання в умовах сучасного освітнього закладу // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2008. – № 3. – С. 335–343.
9. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.
10. Кремень В.Г. Якісна освіта: вимоги ХХІ століття // Дзеркало тижня. —2006. – № 24 (24 черв.). – С. 14.
11. Мамаєв Д. Ю. Соціально-психологічна адаптація молоді до умов навчання у вищому навчальному закладі // Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. пр. / Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля. - 2009. – № 1 (21). – С. 1–3.
12. Морозова Е.Н., Жуйко Д.А., Гринько А.Л. Работоспособность и психологическое состояние студентов в течение учебного года и факторы, их определяющие // Слобожан. наук.-спорт. вісн. – 2009. – № 3. – С. 307–310.
13. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. – СПб.: Прайм-Евроник, 2008. – 479 с.
14. Севрюкова Г.А. Адаптивные изменения функционального состояния и работоспособность студентов в процессе обучения // Гигиена и санитария. – 2006. – № 1. – С. 72–73.
15. Спицин А.П. Оценка адаптации студентов младших курсов к учебной деятельности // Гигиена и санитария. – 2007. – № 2. – С. 54–56.
16. Хомич Г.О. Внутрішні конфлікти особистості та їх подолання у період соціально-політичної кризи // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – Львів, 2012. – Вип. 2 (1). – С. 382-389.
17. Хомич Г.О., Каталійчук С.І. Особливості розвитку самоставлення у ранній юності // Актуальні проблеми психології. – 2013. – Т. 11: Соціальна психологія. - Вип. 6, кн. 2. - С. 409-416.
18. Чернобровкін В.М. Психологія прийняття педагогічних рішень: монографія. - Луганськ: Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2010. – 448 с.
19. Чернобровкін В.М., Ящишина Ю.М. Соціальні детермінанти розвитку психічного здоров'я студентської молоді // Materialy IX mezinarodni vedecko – prakticka konference «Zpravy vedecke ideje –2013». – Psychologie a sociologie: Praha. Publishing House «Education and Science» s.r.o. – S. 30–32.
20. Шевченко С.В. Психолого-педагогічні умови підвищення розумової працездатності студентів – першокурсників в адаптаційний період: дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. – К., 2015. – 373с.

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СОЦІАЛЬНОЇ ГАЛУЗІ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ УЧНІВ **(Костіна В. В.)**

Аналіз сучасних наукових досліджень з проблеми збереження та зміцнення здоров'я свідчить, що здоров'я учнів є складним феноменом, який може розглядатися як індивідуальна і суспільна цінність, що залежить від різних чинників, але найбільш впливовими є умови та спосіб їхнього життя. Тому формування здорового способу життя учнів є одним із пріоритетних завдань не тільки соціальних педагогів загальноосвітніх навчальних закладів, а й соціальних працівників, які сприяють укріпленню і зміцненню здоров'я учнів у різних соціокультурних середовищах. Отже, професійна підготовка майбутніх

фахівців соціальної галузі до збереження та зміцнення здоров'я учнів за допомогою опанування теорії та практики соціальної роботи з формування здорового способу життя є актуальним завданням професійної освіти.

Узагальнення та систематизація результатів наукових досліджень з проблеми формування здорового способу життя учнів та професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до здійснення відповідного виду діяльності дозволили стверджувати, що розробкою різних аспектів вищезначеної проблеми займалися Ю. Бойчук [1], Т. Кіях [3], Ю. Мельник [4; 5], С. Омельченко [7], Л. Толмачева [2] та ін.

Так, Ю. Мельник розглядає культуру здоров'я «як сукупність знань філософського, педагогічного, психологічного, медичного спрямувань, що збагачує соціальне, духовне, психічне, фізичне життя індивіда, формує особисте ставлення до здоров'я та життєдіяльності, допомагає людині осмислювати парадигми буття»[5, с.123]. Науковець зазначає, що фахівцям, які займаються проблемами здоров'я необхідно розглядати стан здоров'я «як інтегрований показник гармонійного поєднання Духа, душі та тіла»[5, с. 123]. Дослідником розроблено концепцію формування культури здоров'я та відповідну авторську програму факультативного курсу для учнів 1-4 класів та методичний посібник для фахівців соціальної сфери з організації здорового способу життя в школі та формування культури здоров'я учнів початкових класів, що забезпечують впровадження системи роботи школи.

Як доводять результати досліджень Ю. Мельника значно покращити показники здоров'я учнів початкових класів можливо за умови запровадження у роботу школи системи формування культури здоров'я учнів, яка поєднує управлінську, позакласну, виховну, навчальну, діагностичну діяльність педагогічних працівників у соціально-педагогічній діяльності шляхом запровадження[4, с. 85]: комплексно-цільової програми «Формування культури здоров'я в початковій школі»; факультативного курсу «Культура здоров'я»; системи виховної роботи школи з формування культури здоров'я учнів, які дозволяють підвищити складові індивідуального здоров'я учнів, обізнаність стосовно збереження та зміцнення власного здоров'я, а також вплинути на основні сфери особистості учня, що сприяє зростанню показників загальної та предметної компетентності учнів у зазначеному напрямі.

С. Омельченко розроблено теоретико-методичні основи взаємодії соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя учнів загальноосвітніх закладів й обґрунтовано та розроблено концептуальну модель системи взаємодії соціальних інститутів селища та технологічну модель управління формування в учнів здорового способу життя [7, с.209-210], а також авторську навчальну програму факультативного курсу «Здоров'я й особистість» для учнів 10–11 класів загальноосвітніх закладів; програму «Школи сприяння здоров'ю»; методичний посібник «Валеонасичений здоров'язберігаючий простір».

Т. Кіях у цікавій формі подано інформацію про табакопаління, алкогольну залежність, наркоманію, СНІД, комп'ютерну залежність, а також

вплив музики та мови на здоров'я молоді [3]. Інформація є корисною під час організації профілактичної роботи з дітьми та молоддю та професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до означеного виду діяльності.

Аналіз практики здійснення здоров'я'збережувальної діяльності засвідчив, що накопичено чималий досвід, який можна використовувати у роботі соціальних педагогів і соціальних працівників з учнями у різних соціальних інституціях з метою профілактики їхньої дезадаптації. Дослідниками та фахівцями-практиками розроблено тренінгові заняття, вправи, ігрові методики з метою профілактики: розвитку хибних звичок, відхиляючої поведінки, поширення агресії та конфліктності у дитячому та молодіжному середовищі[6].

Аналіз навчально-методичної педагогічної літератури показав, що вчителями та вихователями розроблено валеологічні уроки, виховні та позакласні заходи для учнів різних вікових груп[2]: молодших школярів, підлітків, старшокласників, а також додаткова інформація для проведення профілактичної роботи зі збереження та зміцнення здоров'я. Систематизація та узагальнення наукової літератури та практичного досвіду з проблеми формування здорового способу життя учнів дозволили стверджувати, що за кордоном та в Україні накопичено досвід превентивного виховання, що може бути корисним у професійній підготовці фахівців соціальної сфери, які здійснюють профілактику дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях.

Спираючись на вищезначене, нами визначено такі теоретичні основи для підвищення ефективності процесу професійної підготовки фахівців соціальної галузі [1, с. 443-444]: профілактика дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях - комплексна, узгоджена діяльність різних фахівців соціальної сфери, що здійснюється на трьох рівнях (індивідуальному, мікро та макро) та має власну специфіку за різновидами (первинна, вторинна та третинна) й створює умови для забезпечення підвищення рівня адаптаційного потенціалу учнів, зниження дії чинників, які заважають їхньому успішному пристосуванню до умов мікро та макросоціуму; професійна підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери до профілактики дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях представлена як цілісна керована система, що поєднує можливості ВНЗ (навчальна, виховна, науково-дослідна підсистеми) та інших соціальних інституцій партнерської мережі у підготовці фахівців до комплексного вирішення проблеми профілактики дезадаптації учнів); науково-методичне забезпечення системи професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери розглядаємо як дидактично спроектований комплекс способів та засобів, що забезпечуватиме формування їхньої професійної компетентності до здійснення профілактики дезадаптації учнів у різних соціальних інституціях.

На основі узагальнення вищезначених ідей науковців та практиків і власні концептуальні позиції нами розроблено та експериментально перевірено навчально-методичне забезпечення для професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної галузі до профілактики дезадаптації учнів,

одним із елементів якого є спецкурс «Соціальна робота з формування здорового способу життя». *Метою* спецкурсу є опанування студентами теорії та історії формування здорового способу життя як важливих складників у роботі фахівців соціальної галузі, а також засвоєння технології здійснення їхньої професійної діяльності з формування здорового способу життя учнів у різних соціальних інституціях.

Програмою спецкурсу передбачено ознайомлення майбутніх фахівців соціальної галузі з досвідом роботи з формування здорового способу життя в Україні та за кордоном. Програма спецкурсу курсу «Соціальна робота з формування здорового способу життя» складається з двох розділів: «Теоретичні основи соціальної роботи з формування здорового способу життя», «Досвід здійснення професійної діяльності фахівців соціальної галузі з формування здорового способу життя учнів».

Провідними завданнями пропонованого спецкурсу є: розкриття теоретичних основ здійснення професійної діяльності фахівців соціальної галузі з формування здорового способу життя; обґрунтування змісту й методів професійної діяльності з формування здорового способу життя дітей та молоді; засвоєння основних форм роботи фахівців соціальної галузі з формування здорового способу життя учнів у різних соціальних середовищах; опанування технологіями здійснення професійної діяльності фахівців соціальної галузі з формування здорового способу життя учнів.

У процесі вивчення дисципліни «Соціальна робота з формування здорового способу життя» студенти мають засвоїти: *знання* щодо сутності, змісту та особливостей професійної діяльності фахівців соціальної галузі діяльності з формування здорового способу життя учнів з різними категоріями клієнтів (діти, молодь, їхні агенти соціалізації тощо) в різних соціокультурних середовищах; *уміння* застосовувати на практиці знання з надання професійної допомоги з боку фахівців соціальної галузі учням та їхнім сім'ям щодо формування здорового способу життя; розробляти засоби, що дозволяють здійснювати профілактику, корекцію поведінки соціально дезадаптованої особистості, а також сприяти її соціальній реабілітації, зміцненню її здоров'я.

Програма спецкурсу розрахована на студентів, які навчаються за освітніми програмами підготовки магістрів соціальної роботи, а також для слухачів факультетів підвищення кваліфікації та перепідготовки соціальних педагогів та соціальних працівників. Вона також може бути використана для проведення науково-методичних семінарів з працівниками соціальних служб, а також освітніх закладів.

У першому змістовному модулі «Теоретичні основи соціальної роботи з формування здорового способу життя» передбачено розгляд таких тематичних розділів: теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя (ФЗСЖ); валеологічний аналіз факторів здоров'я учнів; оцінка стану здоров'я та чинників здорового способу життя учнів в Україні; політика держави у формуванні здорового способу життя.

У другому змістовному модулі «Досвід здійснення професійної діяльності фахівців соціальної галузі з формування здорового способу життя

учнів» розглядаються такі тематичні розділи: валеологізація середовища у різних навчально-виховних установах; досвід реалізації соціальних програм та проектів в Україні та за кордоном з формування здорового способу життя учнів; законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя учнів; особливості формування здорового способу життя молоді; шляхи оздоровлення організму. Розподіл навчального матеріалу подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Структура навчального матеріалу спецкурсу

№ п/п	Теми	Лекції (год.)	Семінарські заняття (№ зан./год.)	Самостійна робота (№ завд/год.)	Індивідуальна робота на робота (год.)
1	2	3	4	5	6
Змістовний модуль 1. Теоретичні основи соціальної роботи з формування здорового способу життя					
1	Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя (ФЗСЖ)	1	1/2	1-5	Соціальний паспорт здоров'я
2	Валеологічний аналіз факторів здоров'я учнів	2	2/2	6-7	
3	Оцінка стану здоров'я та чинників здорового способу життя (ЗСЖ) учнів України	3	3/2	8- 11	Реферат з формування здорового способу життя учнів
4	Політика держави у формуванні здорового способу життя	4	4-5/4	12-16	
Змістовний модуль 2. Досвід здійснення професійної діяльності фахівців соціальної галузі з формування здорового способу життя учнів					
5	Валеологізація середовища у різних навчально-виховних установах	5	6-8/6	17-26	Навчальний проект з формування здорового способу життя учнів та методика його реалізації
6	Досвід реалізації соціальних програм та проектів в Україні та за кордоном з формування здорового способу життя учнів	6	9/2	27-28	
7	Законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя учнів	7	—	—	
8	Особливості формування здорового способу життя молоді	8	10/2	29, 30	
9	Шляхи оздоровлення організму	9	11/2	31	
Всього		18	22	32	16

З метою підвищення ефективності засвоєння матеріалу спецкурсу майбутні фахівці мають виконати такі *самостійні практичні завдання*: спираючись на науково-популярну літературу, підготуйте повідомлення про один із чинників здорового способу життя (сучасні статистичні відомості, цікава інформація, поради); підберіть інформацію для проведення профілактичного заходу (лекція, бесіда, диспут), що сприятиме формуванню здорового способу життя, складіть його сценарій та підготуйте фрагмент (5 хв.) для проведення на занятті; доберіть прислів'я та приказки, що сприятимуть ФЗСЖ та проілюструйте їх; користуючись додатковою літературою, підготуйте реферативну доповідь про життєвий шлях певної особистості, визначте найголовніші чинники, що на думку певного представника забезпечуватимуть здорове існування людини та її благополуччя; спираючись на епігенетичну концепцію Е. Еріксона, визначте основні негативні фактори на кожній стадії, які можуть відбитися погіршенням здоров'я особи й узагальніть у вигляді табл. 2;

Таблиця 2

**Фактори ризику на різних етапах розвитку особистості
(за Е. Еріксоном)**

Назва стадії, межі	Фактори ризику	Необхідні дії зі зменшення ризику

підберіть певну валеологічну методику, що забезпечуватиме подолання, або профілактику факторів ризику для кожного вищезначеного періоду; на основі узагальнення накопиченого досвіду складіть особисте настановлення «Мої принципи та правила здорового життя»; підготуйте повідомлення стосовно можливості певного напрямку діагностичних досліджень щодо ФЗСЖ; підберіть діагностувальні методики щодо кожного з напрямів і упорядкуйте їх стосовно певної вибраної проблеми з ФЗСЖ, проаналізуйте їх методичний потенціал; розробіть сценарій заходу щодо ФЗСЖ з використанням конкретних діагностувальних методик; розробіть заняття для певної групи (студенти, батьки або вчителі, підлеглі тощо) з використанням різних методик діагностування показників здоров'я та на їх основі створення комплексної програми з ФЗСЖ зазначеної категорією клієнтів; спираючись на літературні джерела визначте основні негативні та позитивні чинники впливу ЗМІ на формування ЗСЖ, узагальніть у вигляді табл. 3;

Таблиця 3

Чинники впливу ЗМІ на формування ЗСЖ учнів

з/п	ЗМІ (тип)	позитивний вплив на ФЗСЖ	негативний вплив на ФЗСЖ

підберіть методику, або запропонуйте власний план заходів, щодо зниження негативного впливу ЗМІ та підвищення позитивного на ФЗСЖ певної групи (молодші школярі, підлітки, юнацький вік, молодь, батьки дітей, «групи

ризик» тощо); розробіть сценарій заняття з ФЗСЖ, який можливо використовувати з навчання (вихователів, вчителів, батьків, або студентів – майбутніх соціальних педагогів), визначте його методичний виховний потенціал, доберіть необхідні засоби; використовуючи соціальний паспорт міста Харкова, ознайомтесь з діяльністю територіальної громади, визначте основні напрями діяльності, методи і форми роботи з ФЗСЖ учнів, а також проаналізуйте їх ефективність, спираючись на оптимальні підходи для розвитку громади; розробіть план основних заходів для проекту з ФЗСЖ учнів (оберіть тип громади й обґрунтуйте свій вибір; пов'яжіть з магістерською роботою); розробіть проект партнерських заходів з ФЗСЖ учнів в певному закладі (наприклад закладі пенітенціарної системи) для організації діяльності громади, спираючись на оптимальні підходи розвитку громади й особливості середовища закладу; розробіть сценарій одного з провідних заходів вищенаведеного проекту з участю волонтерів соціальних-педагогів (2-5 курсів) й обґрунтуйте його місце в системі заходів, які входять до переліку із вашої програми (магістерської роботи). використовуючи науково-методичну літературу, розробіть сценарій певного заходу з ФЗСЖ для школярів, апробуйте його та надайте методичні матеріали щодо його використання; використовуючи науково-методичну літературу, підберіть діагностувальну методику, що можна застосовувати для визначення рівня адаптованості студента до навчання в ВНЗ або учнів у ПТНЗ, визначте її методичний потенціал та обмеження; підберіть програму діяльності зі студентською молоддю, спрямовану на ФЗСЖ; розробіть сценарій певного заходу відповідно до запропонованої програми, апробуйте його та надайте методичні рекомендації щодо його використання; користуючись додатковою літературою, складіть табл. 4, що дозволить порівняти діяльність різних соціальних інституцій з ФЗСЖ;

Таблиця 4

Характеристика діяльності соціальних інституцій з ФЗСЖ

№ з/п	Назва соц. інституції	Основні напрями діяльності з ФЗСЖ	Форми та методи роботи

розробіть авторську модель діяльності фахівця певної соціальної інституції з ФЗСЖ, оформіть у вигляді схеми, також підготуйте відповідну презентацію на 2 хвилини, спираючись на власні ресурси й особистісний потенціал; розробіть сценарій спільного заходу певної соціальної служби зі школою або іншою освітньо-виховною установою з метою ФЗСЖ учнів (або вихованців); розробіть програму навчальних занять (тренінгу) на базі певного центру, який забезпечуватиме підготовку вчителів, батьків, менеджерів та інших до виконання діяльності з ФЗСЖ у сфері їхньої професійної діяльності.

Для підвищення якості професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної галузі та набуття певного рівня професійної компетентності у напрямі соціальної роботи з формування здорового способу життя учнів нами передбачено впродовж спецкурсу виконання студентами таких

індивідуальних навчально-дослідних завдань (ІНДЗ): 1) написання реферату з історії або теорії діяльності з формування здорового способу життя (під час виконання завдання студент має зібрати матеріал щодо певного досвіду діяльності з формування здорового способу життя учнів, зробити його аналіз, а також передбачити можливості його використання у сучасних умовах розвитку України); 2) розробка проекту професійної діяльності фахівця соціальної галузі щодо формування здорового способу життя учнів (проект має бути створено на основі матеріалу, зібраного під час виконання реферату; передбачено розробка моделі професійної діяльності фахівця соціальної галузі, що працює у певній соціальній інституції щодо формування здорового учнів, а також добір методичних матеріалів щодо реалізації запропонованого проекту в певному соціально-культурному середовищі). Передбачене впровадження студентами розроблених проектів під час проходження магістерської практики у соціальних службах та ЗВО.

Аналіз результатів впровадження розробленого навчально-методичного забезпечення під час формувального етапу експериментального дослідження засвідчив його ефективність: значно підвищилися показники професійної готовності майбутніх фахівців до виконання профілактики дезадаптації учнів за мотиваційно-ціннісним, афективно-конативним, когнітивно-інструментальним та професійно-діяльнісним критеріями в експериментальних групах порівняно з контрольними; фахівці соціальних інституцій, на базі яких студенти експериментальних груп проходили практику відмічали високий рівень підготовленості студентів до здійснення профілактичної роботи з учнями в різних соціальних інституціях, а також використання студентами нетрадиційних та інтерактивних методів під час проведення соціально-профілактичних заходів, що значно підвищувало їх результативність.

Отже, на основі узагальнення та систематизації наукових досліджень та педагогічної практики з проблеми професійної підготовки майбутніх фахівців до збереження та зміцнення здоров'я учнів визначено, що важливими його складниками є технологічна основа та методичне наповнення, що забезпечує її реалізацію та впровадження у педагогічний процес підготовки фахівців прогресивних змін. Експериментальна перевірка розробленого навчально-методичного забезпечення професійної підготовки майбутніх фахівців соціальної галузі до профілактики дезадаптації учнів підтвердила ефективність програми розробленого спецкурсу «Соціальна робота з формування здорового способу життя» та відповідного методичного забезпечення.

Список використаних джерел

1. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю.Д. Бойчука. - Харків: Вид. Рожко С.Г., 2017. - 488 с.
2. Здоровье в твоих руках: пособие по превентивному воспитанию; издание второе, дополненное / сост. Толмачева Л.П. - Донецк: Ноулиджское отделение, 2010. - 165с.
3. Кіях Тетяна Небезпечні пастки для дітей та молоді. - Запоріжжя: ПП «Пенежко В.А.», 2010. - 92с.

4. Мельник Ю.Б. Концептуальні засади формування культури здоров'я особистості молодшого школяра: монографія. - Харків: ХОГОКЗ, 2012. - 244с.
5. Мельник Ю.Б. Концепція формування культури здоров'я суб'єктів освітнього процесу // Теорія та методика навчання та виховання. - Харків: ХНПУ, 2002. - Вип. 23. - С.123-127.
6. Обери здоров'я – обери життя: Посібник на допомогу лекторам, кураторам, вихователям. – К.: Т-во «Знання» України, 2007. - 108 с.
7. Омельченко С.О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків: Монографія. - Луганськ: Альма-матер, 2007. - 352 с.

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПОРУШЕННЯ СТАНУ ОРГАНІВ ТА ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ І ФАКТОРИ, ЩО ЇХ ВИЗНАЧАЮТЬ *(Гевкалюк Н.О., Пудяк В.Є., Пинда М.Я.)*

Упродовж останнього десятиліття теоретичний і практичний інтерес до питань здоров'я населення в нашому суспільстві значно зріс. За сучасними уявленнями здоров'я розглядається не лише як медична, а комплексна проблема, яка потребує адекватного вирішення. Біологічна суть здоров'я пояснюється таким станом організму, яка забезпечує оптимальне виконання його функцій у необхідному обсягу для продуктивних відношень із навколишнім середовищем. Слід зазначити, що за останні роки показники захворюваності дитячого населення, в тому числі стоматологічного, мають тенденцію до зростання. Підвищення захворюваності у дітей викликали необхідність ґрунтовних досліджень феномена здоров'я людини і його складових, пошуку шляхів позитивного впливу.

Дослідженнями, проведеними в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» встановлено, що у 42% практично здорових дітей дошкільного та молодшого шкільного віку спостерігаються різнопланові порушення імунного статусу функціонального характеру, а 28% дітей та підлітків відносять до групи часто хворіючих дітей [13, с. 408-409]. Ряд досліджень показують, що несприятливо на стан здоров'я дітей можуть впливати часті ГРВІ, знижуючи захисно-адаптаційні можливості та сприяючи формуванню хронічних вогнищ інфекції [3, с. 121-129].

Зростаюче погіршення екологічної ситуації призводить до збільшення чисельності населення, яке має неадекватну та знижену імунну відповідь на вторгнення інфекційного агента, що супроводжується пригніченням імунної системи та значно збільшує ризик хронізації патологічного процесу [4, с. 6; 13, с. 408-410; 27, с. 1342-1343].

За останні роки намітилась чітка тенденція до збільшення питомої ваги інфекцій, викликаних вірусами, умовно-патогенними мікроорганізмами, грибами, ін. [1, с. 12; 6, с. 106-109; 26, с. 676-683]. Однією із серйозних проблем сучасності є порушення взаємовідношень мікро- та макроорганізмів, які значною мірою визначаються станом оточуючого середовища, а також змінами ендоекологічної рівноваги на користь вірусного мікрооточення, що

відбувається останніми роками [5, с. 104-106; 14, с. 14]. Внаслідок цього вірусні інфекції розглядаються не тільки як інфекційне захворювання, але й як прояв глибоких генетичних порушень внутрішнього середовища організму людини, що приводить до незворотніх для нього, як біологічного виду, наслідків [2, с. 11].

Ведучі позиції в структурі інфекційної патології населення більшості країн Європи все ще займають гострі респіраторні вірусні інфекції, їх випереджають тільки хронічні рецидивуючі герпес-асоційовані інфекції та вірусні гепатити [8, с. 30; 17, с. 47]. За даними ВООЗ (2008) [30, с. 3], інфекції дихальних шляхів є однією із найголовніших причин захворюваності та смертності в дитячому віці. Як причина смертності від вірусних інфекцій, грип, за даними експертів ВООЗ, знаходиться на першому місці в світі (35,8%), випереджаючи захворювання, обумовлені вірусами простого герпесу (ВПГ) (15,8%).

Інфекційні захворювання займають ведуче місце в рейтингу захворюваності людей у всьому світі, що обумовлено їх широким розповсюдженням, поліорганністю уражень, несприятливими наслідками. Протягом багатьох століть інфекційні захворювання були і залишаються найбільш небезпечними для людського організму із-за їх здатності втягнути в процес велику кількість здорових людей за короткий період. Виходячи з матеріалів доповіді Генерального Директора ВООЗ Маргарет Чан (2007) [цит. по 2, с. 11], «людство стоїть перед загрозою виникнення нових інфекційних хвороб, які стрімко з'являються та поширюються, набуваючи особливої небезпеки внаслідок мутації інфекційних збудників та резистентності їх до антибіотиків».

Сумісне існування людини і мікроорганізмів - аутофлори, що виникло в процесі еволюції, у фізіологічних умовах підтримує біохімічну, метаболічну та імунну рівновагу макроорганізму, необхідну для збереження його здоров'я [20, с. 9]. Сьогодні імунна система дітей і підлітків України формується під впливом несприятливої інфекційної ситуації, що зумовлено надзвичайно високим ризиком анте- і неонатального інфікування [9, с. 85-86]. Відомо, що видове співвідношення різних компонентів нормальної мікрофлори змінюється з віком людини. Так, якщо у новонароджених превалюють біфідобактерії і лактофлора, то з віком процентний вміст молочно-кислих бактерій спадає [1, с. 12; 27, с. 1341-1343]. Вид вигодовування малюків також впливає на видовий склад аутофлори шлунково-кишкового тракту. Якщо у дітей на виключно грудному вигодовуванні переважають біфідобактерії та лактобактерії, то у дітей на штучному - флора гетерогенна і представлена значною мірою аеробами та умовно-патогенними анаеробами.

Відомо, що слизові оболонки внаслідок свого топографічного положення першими піддаються атаці патогенів. Ротова порожнина як найбільш відкритий відділ травного тракту та дихальних шляхів, зазнає постійної контамінації, формуючи мікроекологію слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та нижче розташованих відділів. Більшість патогенних мікроорганізмів, вірусів, будучи інфекційними агентами чи

антигенами, можуть викликати захворювання органів ротової порожнини. Встановлено, що захворювання органів та тканин порожнини рота визначаються індукованими зовнішніми факторами, в тому числі інфекційними, та системними внутрішніми факторами, в першу чергу реактивністю організму, станом імунної системи, віком тощо [4, с. 4; 9, с. 87].

Незрілість організму дитини, недосконалість нервової регуляції та пов'язана з ними низька здатність організму відповідати специфічними реакціями на дії патогенного агента відображаються на клінічному перебігу та характері патоморфологічних змін органів при інфекційних захворюваннях в перші роки життя дитини [9, с. 85; 17, с. 47]. В даний час важливе значення набуває оцінка імунологічних змін при розвитку інфекційних процесів, які відбуваються в організмі дитини і ротовій порожнині зокрема.

В останні роки проблема захворюваності СОПР у дітей стала особливо актуальною. Збільшення частоти захворюваності стоматологічного профілю у дітей пояснюють порушенням природної рівноваги несприятливим впливом екологічних факторів. Все важливішого значення набувають погіршення умов побуту, харчування, відсутність гігієни серед дитячого населення тощо.

Статистичні дані свідчать, що серед жителів України поширеність захворювань слизової оболонки порожнини рота становить 13-21 % [15, с. 5], а запальні процеси покривних тканин приблизно з однаковою частотою зустрічаються в усіх вікових групах. Характер та частота захворювань СОПР у дітей відрізняється від подібних патологічних процесів у дорослих, поясненням чого є те, що в дітей ці процеси протікають в морфологічно та функціонально незрілих тканинах, здатних неадекватно чи нетотожно реагувати на подразники [8, с. 30; 18, с. 15].

Слизова оболонка, піддаючись постійному невеликому антигенному подразненню, підтримує постійний імунний захист. Відомо, що секреторний Ig A, що утворюється в залозистому епітелії, запобігає розмноженню мікроорганізмів [8, с. 31]. При збільшенні кількості умовно-патогенної та патогенної мікрофлори, зокрема грамнегативних мікроорганізмів, збільшується кількість ендотоксину, що призводить до підвищення утворення Ig M та зменшення утворення Ig G. Однак антитіла Ig M, які утворюються проти ендотоксинів, не володіють захисною дією, тому некротичні процеси на слизовій порожнини рота не можна вважати локальними. Зміни в організмі хворих дітей, обумовлені інтеграцією морфологічних, функціональних порушень, завдають виражений негативний вплив на стан органів ротової порожнини [15, с. 14].

Слизова оболонка порожнини рота є першим механічним бар'єром на шляху проникнення збудників інфекційних захворювань та антигенів. Внаслідок постійної дії несприятливих факторів (частому механічному травмуванню твердою їжею, впливу широкого спектру температур та значень рН, численних мікроорганізмів, впливу подразнюючих і пошкоджуючих тканини речовин) слизова порожнини рота нерідко служить місцем розвитку різних патологічних процесів, до найпоширеніших з яких відноситься її ураження бактеріями, вірусами, грибами [1, с. 12; 6, с. 73].

Однією з найчастіших форм первинної інфекції, що виділяється в самостійну нозологічну форму, особливо у дітей молодшого віку, є гострий герпетичний стоматит (ГГС). Інфікування вірусами герпесу може відбутись на різних стадіях розвитку дитини, в тому числі в інтранатальному та неонатальному періодах [1, с. 13; 9, с.]. Найбільш поширена патологія у дітей віком до 3-х років, чому сприяють чітко виражені вікові морфологічні особливості структури слизової оболонки порожнини рота. Суттєвим є те, що у дітей цього віку природня депресія призводить до різкого зниження всіх показників неспецифічної та специфічної імунологічної реактивності.

Герпетична інфекція може стати причиною імунодефіцитів: зростає роль вірусів герпесу у формуванні важкої хронічної патології різних органів та систем. Проте герпесвірусні інфекції можуть протікати по-різному: від безсимптомних форм до важких генералізованих захворювань із високою летальністю.

Інфікованість вірусом простого герпесу та захворюваність за даними глобальних оглядів щорічно зростає, випереджаючи швидкість приросту населення. Щорічно кількість інфікованих герпетичними інфекціями збільшується на 10%, близько 90% дорослого і дитячого населення у всіх країнах світу інфіковані одним чи кількома сероваріантами вірусу герпесу. Інфекції, що викликаються цією групою вірусів, характеризуються різноманітністю клінічних проявів, що визначаються типом збудника, локалізацією і розповсюдженістю уражень, чутливістю до призначеного лікування, глибиною метаболічних зсувів, що супроводжують інфекційний процес.

В інфікованих вірусом епітеліальних клітинах утворюється внутрієпітеліальний некроз, що є наслідком гідронічного набухання ядра епітеліальної клітини. Першочергово виникають вогнищеві зміни клітин шиповидного шару, одночасно утворюються багатоядерні клітини, далі пропотіває серозний ексудат, в результаті чого на піку підвищення температури тіла посилюється гіперемія і набряк СОПР. На губах, щоках, язика з'являються елементи ураження - афти, кількість яких коливається від 2-3 до кількох десятків. При середньоважкій і важкій формах патології елементи ураження виникають на шкірі приротової ділянки, мочках вух, повіках. У дітей відзначається неприємний гнильний запах з рота, гіперсалівація, слина при цьому в'язка, тягуча. Губи сухі, потріскані, покриті геморагічними кірками, у кутах рота мацерація. Іноді спостерігаються носові кровотечі, так як вірус викликає порушення згортальної системи крові.

На слизовій ротової порожнини виявляються також зміни при дитячих інфекційних захворюваннях [15, с. 35- 51]. Кір, скарлатина, дифтерія, вітряна віспа, інфекційний мононуклеоз і інші супроводжуються змінами СОПР, які в ряді випадків є специфічними для конкретної патології, тому цілком слушно враховувати їх при діагностиці ряду захворювань. Значно рідше на слизовій оболонці виникають патологічні елементи, патогномонічні для певного захворювання, які передують висипанням на шкірі і є цінною діагностичною ознакою [15, с. 55]. Так, при кору, за 1-2 дні до появи шкірної

висипки на слизовій оболонці м'якого і частково твердого піднебіння виникає енантема із набряком у вигляді неправильної форми плям яскраво-червоного кольору. Явища гострого запалення можуть відмічатись на слизовій оболонці носа, глотки, кон'юнктиви ока.

Одночасно з енантемою або передуючи їй на слизовій оболонці щік у задньому їх відділі в ділянці молярів, а іноді на губах і яснах з'являються плями Філатова-Бельського-Копліка - патогномонічний для кору симптомом. Це білувато-жовті плямки розміром до 1 мм, утворені некротизованим епітелієм, що злегка виступають над інфільтрованою у цих ділянках слизовою оболонкою, оточені вузьким віночком гіперемії. Патологічні елементи, що з'являються на фоні обмеженої гіперемії слизової щік, нагадують бризки вапна. Кількість плям різна, розташовуються вони групами, ніколи не зливаються між собою, не знімаються тампоном. Енантеми, плями Філатова-Бельського-Копліка зберігаються 1-3 дні після появи висипки на шкірі, потім зникають. На губах на фоні гіперемії з'являються тріщини, в ділянці кутів рота - заїди. При погіршенні загального стану і наростанні інтоксикації можливий розвиток виразкового стоматиту, остеомієліту щелепних кіст, що частіше виникають у дітей з несанованою порожниною рота.

При скарлатині зміни СОПР запального характеру досить ранні, нерідко попередні висипання на шкірі є досить специфічні для даного захворювання. Найбільш ранньою ознакою захворювання є дифузійний катаральний стоматит, що розвивається одночасно з висипаннями на шкірі або на добу раніше. Одночасно з підвищенням температури тіла слизова оболонка мигдалин, піднебінних дужок, м'якого піднебіння стає яскраво-червоною. На другу добу захворювання на цих ділянках з'являється дрібноточкова енантема, що надає слизовій оболонці нерівний вид («палаючий» зів). Згодом висипка поширюється на слизову оболонку щік і ясен, з'являючись на 3-4 день на шкірі. При важкому перебігу виникають некрози слизової оболонки, що можуть розвиватися в зіві, глотці, на інших ділянках СОПР.

Типовою ознакою хвороби є «малиновий язык», що клінічно проявляється обкладеністю язика в перші 2-3 дні хвороби, після чого на 3-4 день наліт разом з ниткоподібними сосочками злущується, і на фоні яскраво-червоної сухої поверхні спинки язика відмічаються гіперплазовані набряклі грибоподібні сосочки, чітко контуровані, що нагадують зерна малини («малиновий скарлатинозний язык»). Ці явища співпадають з появою висипки на шкірі та є цінними діагностичними ознаками. Після зникнення висипань на шкірі зникає гіперемія спинки язика, епітелій його відновлюється. Катаральний стоматит, неспецифічний, але присутній у всіх випадках скарлатини, симптом. Він супроводжує весь період хвороби, підсилюючись на стадії вираженої десквамації язика і злущуванням шкірних покривів. Зміни губ у процесі перебігу захворювання характеризується гіперемією, десквамацією епітелію і епідермісу, іноді появою на 4-5 день хвороби тріщин у кутах рота та ерозій, іноді розвивається макрохейліт.

Клінічні прояви ураження СОПР при патології крові, ангіні, кору, дифтерії схожі з проявами скарлатини, що необхідно враховувати при проведенні диференційної діагностики.

Типовою локалізацією елементів ураження при дифтерії є мигдалини, слизова оболонка зів, глотки і верхніх дихальних шляхів, рідше носа. Іноді ураження може поширюватися із зів на слизову оболонку порожнини рота - губ, щік, ясен, м'якого піднебіння, дна порожнини рота. Первинні ураження порожнини рота надзвичайно рідкі і зустрічаються, як правило, у дітей з іншими важкими інфекційними захворюваннями.

При вітряній віспі на фоні підвищеної температури тіла, помірної інтоксикації одночасно з плямисто-везикулярною висипкою на шкірі у дітей нерідко з'являються такі ж висипання в порожнині рота. Розташовані на гіперемованій слизовій оболонці міхурці швидко мацеруються і перетворюються в ерозії округлої форми з чіткими краями, які розташовуються переважно на слизовій губ, щік, язика, твердого і м'якого піднебіння, у присінку порожнини рота.

Інфекційний мононуклеоз (моноцитарна ангіна) - це типова форма первинного інфікування герпес-вірусом Епштейна-Барр, характерна для дітей, підлітків і дорослих осіб молодого віку. Захворювання починається і протікає гостро. Для нього характерна гіперплазія лімфоїдної тканини, ангіни, ураження носоглоткової мигдалини, утруднення носового дихання. Нерідко при мононуклеозі розвивається катаральний стоматит. У розпал захворювання можуть спостерігатися різні висипання на шкірі.

Гострі інфекційні вірусні захворювання можуть проявлятися у вигляді міхурців не лише на шкірі, але й на слизовій оболонці порожнини рота. В цих випадках СОПР, на думку ряду авторів [3, с. 21; 15, с. 9], інфікується гематогенним шляхом. Гострий стоматит - дифузне запалення всієї слизової оболонки в більшості випадків проявляється як симптом при гострій інфекційній хворобі. СОПР гіперемована, набрякла, чутлива, болюча при доторкуванні, що затрудняє прийом їжі. Клінічні прояви ураження СОПР при гострих інфекційних вірусних захворюваннях схожі між собою, що необхідно враховувати при диференційній діагностиці. Такі захворювання як кір, вітряна віспа, скарлатина, інфекційний мононуклеоз та інші в більшості випадків закінчуються видужанням, при цьому зберігається стійкий імунітет [3, с. 326].

Несприятливого впливу на стан здоров'я дітей завдають часті гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), які знижують захисно-адаптаційні можливості дітей та сприяють формуванню хронічних вогнищ інфекції, що приводить в ряді випадків до соціальної дезадаптації, зниження якості життя, ін. [13, с. 408].

Відомо, що гострі респіраторні вірусні інфекції – велика група етіологічно неоднорідних гострозаразних вірусних захворювань, що характеризуються загальними симптомами інфекційного токсикозу з переважним ураженням слизових оболонок дихальних шляхів [3, с. 38]. Безперечно, грип - найтяжчий з-поміж гострих респіраторних вірусних

інфекцій. Вірулентність вірусу грипу визначається численними факторами організму – конституція, вік, природний і набутий імунітет, інші.

Епідеміологія грипу своєрідна і не має аналогів серед інших інфекційних захворювань. Під час епідемічного процесу завдяки мінливості вірусу виникає новий рекомбінований його варіант, до якого населення виявляється сприйнятливим. Це призводить до стрімкого зростання кількості хворих, чому сприяють легкий шлях передачі інфекції, короткий інкубаційний період, мінливість антигенної структури збудника, нетривалий типоспецифічний імунітет, який забезпечує лише частковий захист від захворювання [3, с. 116].

Патогенез ГРВІ хоч і відрізняється своєрідністю залежно від етіології, проте існує ряд загальних ознак, властивих усім нозологічним формам. Так, для всіх ГРВІ характерні ураження слизових оболонок дихальних шляхів, зниження місцевого імунітету і ослаблення неспецифічних факторів захисту, що зумовлює часте нашарування бактеріальної інфекції внаслідок активізації аутофлори та екзогенного бактеріального інфікування [6, с. 123].

Потрапляючи на слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, вірус проникає в епітеліальні клітини, де репродукується і спричиняє їх ураження, викликаючи дистрофію та некроз. Утворені при цьому аутоантигени «запускають» аутоімунні місцеві цитотоксичні реакції, перебіг яких спрямований на елімінацію уражених клітин і вірусних антигенів [3, с. 127]. Морфологічно це проявляється місцевими запальними змінами, циркуляторними розладами. Із місця первинної локалізації вірус грипу, а також продукти розпаду некротизованого поверхневого епітелію потрапляють у кров, спричиняючи загальнотоксичну дію та призводячи до порушення мікроциркуляції та гемодинамічних розладів у різних органах і системах.

Оскільки провідне значення в патогенезі грипу та інших ГРВІ має загальнотоксична, епітеліотропна, вазопатична дія респіраторних вірусів, то висипання на слизових оболонках, зокрема слизовій порожнини рота, відображають закономірності інфекційного процесу в цілому [8, с. 32; 15, с. 117]. Це виражається на характері елементів висипань, їх етапності, локалізації, термінах появи, динаміці розвитку у поєднанні з інтоксикаційним синдромом.

Запалення при ГРВІ в першу чергу захоплює клітини поверхневих шарів дихальних шляхів та СОПР, розвивається місцева запальна реакція, однак вона може не обмежитись поверхневими шарами, а призвести до глибокого пошкодження епітелію порожнини рота та дихальних шляхів, створюючи умови для активації аутофлори [5, с. 104]. Слизова оболонка порожнини рота уражається при усіх формах захворювання, однак зміни не носять строго специфічного характеру, їх вираженість визначається важкістю протікання грипу. Слизова оболонка, як правило, гіперемована, набрякла, судинний малюнок посилений, відзначаються геморагії. Язик покритий нальотом, спостерігається десквамація епітелію. Ранньою ознакою початку захворювання поряд з гіперемією є специфічна зернистість слизової

оболонки м'якого піднебіння. Вона виявляється у виді червоних точок, що виступають на фоні гіперемованої слизової оболонки м'якого піднебіння. На цьому фоні нерідко з'являються множинні дрібні міхурцеві висипання, після розкриття яких утворюються болючі яскраво-червоного кольору ерозії, що найчастіше розташовуються на м'якому піднебінні, піднебінних дужках, рідше - на слизовій оболонці щік і ясен. Важкий перебіг грипу у дітей, особливо ослаблених, нерідко ускладнюється виразково-некротичним стоматитом. Грип може ускладнюватися герпетичним і кандидозним стоматитом.

Гриби роду *Candida* традиційно є найпоширенішими збудниками хронічних уражень СОПР у дітей, питома вага уражень якими зросла за рахунок збільшення кількості важких та атипових клінічних форм, резистентних до традиційної терапії [1, с. 11]. Наявність високої розповсюдженості грибів роду *Candida* в навколишньому середовищі і безпосередньо в пологових будинках свідчить про раннє обсіменіння слизової оболонки ротової порожнини у новонароджених [1, с. 12; 9, с. 85]. В порожнині рота дітей перших місяців життя внаслідок слабкої реакції слини можливий ріст грибів роду *Candida albicans*, що є ознакою дисбіозу третього ступеня [8, с. 34]. Найчастіше гострий кандидоз розвивається у дітей раннього віку, особливо в недоношених, коли організм ще немає розвинутих механізмів захисту [15, с. 29].

Слід зазначити, що при наявності стоматогенного вогнища інфекції патологічний процес у будь-якому органі чи системі перебуває в патогенетичному зв'язку з хронічним запальним процесом в ротовій порожнині. Згідно даних ряду авторів, одним із найбільш інформативних показників, що відображає стан ротової порожнини, є мікрофлора, яка в порожнині рота представлена найбільшою кількістю мікробних асоціацій, функціонуючих у своїй екосистемі. Порушення балансу в мікробіоценозі за рахунок зміни його видового та кількісного складу ініціює розвиток та перебіг запального процесу в тканинах пародонту [7, с. 79; 12, с. 7; 18, с. 54; 21, с. 13].

Захворювання тканин пародонту відносяться до найпоширеніших стоматологічних захворювань. За даними ВООЗ, у молодих людей вони уступають лише карієсу зубів, а в зрілому віці виходять на перші позиції [30, с. 17]. Серед факторів ризику розвитку захворювань пародонту вирішальне значення мають порушення мікробіоценозу порожнини рота, дисбаланс імунокомпетентних систем організму, розлади мікроциркуляції та транскапілярного обміну в навкол зубних тканинах. [182, 472]. Запальні захворювання пародонту, слизової порожнини рота в даний час розглядаються як результат наявності патогенних бактерій у середовищі, що сприяє їхньому розмноженню (локальні зміни Ph, місцевого імунітету слизової оболонки, зміни резистентності організму та ін.).

З патогенетичної точки зору, крім змін імунологічного характеру організму людини в розвитку інфекційних уражень неабияке значення відіграють фактори оточуючого середовища. Проблема зростання екологічно

детермінованої патології серед дитячого населення в Україні сьогодні залишається достатньо гострою. Зміни стану навколишнього середовища, порушення самоочищувальної функції біосфери сприяють порушенню гармонійного зв'язку дитячого організму з оточуючим середовищем [23, с. 7]. В нормі існує баланс між факторами зовнішнього середовища та захисною системою організму. Проте ця рівновага доволі нестійка і за певних умов, у дітей раннього віку, наприклад, при переохолодженні, забрудненні повітря, вірусних інфекціях, може порушуватись, що призводить до розвитку патологічного процесу, в основі якого лежить запалення [7, с. 15; 12, с. 6; 18, с. 13-19; 24 с. 19-23, 25, с. 1376]. Зв'язок запалення із постінфекційним імунітетом та регенерацією підтверджує аксіому: імунологічний гомеостаз - це гомеостаз структурний.

Без сумніву, підвищена сприйнятливість до інфекційних уражень органів та тканин порожнини рота має тісний зв'язок з різними функціональними механізмами [18, с. 46]. З іншої сторони, контакт і взаємодія з вірусними інфекціями - необхідна умова становлення імунної системи дитини, набуття нею імунологічного досвіду, необхідного для адекватного реагування на мікробну та вірусну агресію.

Однією з найактуальніших проблем сучасної стоматології все ще залишається патологія твердих тканин зуба. Поширеність карієсу зубів у населення різних регіонів країн СНД досягає 98% [11, с. 93]. Суттєвою проблемою дитячої стоматології на сьогодні є ранній карієс тимчасових зубів, поширеність якого в світі досягає 70% і вище. Розповсюдженість карієсу зубів серед дітей раннього віку в Україні досягає 60 %, що через особливості психоемоційного реагування дитини створює проблеми при проведенні комплексу лікувальних заходів [23, с. 27].

Відомо, що провідна роль у виникненні карієсу зубів, в тому числі у дітей раннього віку, належить стрептококовій флорі, інфікування дитини якою відбувається від матері, що доведено виділеними ідентичними генотипами стрептокока з порожнини рота дітей віком 12-30 місяців. Встановлено, чим менший вік дитини, в якому вона інфікується стрептококом, тим вищий ризик виникнення та інтенсивність каріозного процесу, хоч стрептокок може утворювати колонії в борознах спинки язика ще до прорізування зубів [26, с. 676-677; 29, с. 202]. Виходячи з цього, з метою профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей доцільно використовувати пробіотичні мікроорганізми, штами яких мають інгібуючий ефект щодо стрептококів.

Вивченню різних аспектів проблеми попередження інфекційної патології присвячені спеціальні програми ВООЗ і медичних служб багатьох країн світу [19, с. 3; 30, с. 5]. Не дивлячись на певні успіхи, досягнуті в області специфічної профілактики та лікування інфекційних захворювань, в даний час вони не завжди задовільняють практичну охорону здоров'я. Недостатня ефективність профілактичних заходів обумовлена високою частотою поліетіологічних захворювань, різким підвищенням активності умовно-патогенної флори, існуванням неідентифікованих та мало вивчених

збудників, ін. [2, с. 11; 3, с. 477; 4, с. 10; 10, с. 9]. Тому сьогодні активно ведуться дослідження по створенню нових та вдосконаленню відомих медикаментозних засобів для регуляції імунних процесів в організмі з метою запобігання розвитку імунодефіцитних станів та попередження ускладнень.

У розумінні комплексної турботи про здоров'я дітей на перший план все більше виступає профілактична точка зору [7, с. 17; 9, с. 85; 11, с. 93; 13, с. 408]. Відомо, що профілактика - система соціальних, гігієнічних і виховних заходів, спрямованих на попередження захворювань шляхом усунення причин та умов їх виникнення і розвитку, а також на підвищення стійкості організму до дії несприятливих факторів оточуючого природного, виробничого і побутового середовища. Завдання ВООЗ [30, с. 17], спрямовані на профілактику стоматологічних захворювань, передбачають вплив на комплекс місцевих та загальних факторів: клімато-географічних умов, харчування, житлово-побутових, медико-соціальних умов, якості диспансерного спостереження населення.

Профілактика стоматологічних захворювань передбачає виконання програми стоматологічної освіти, виховання гігієнічних навиків у населення, пропаганду зорового способу життя, раціонального харчування. Санітарно-просвітницька робота і гігієнічне навчання є обов'язковими елементами профілактичних програм. Сучасні підходи до профілактики стоматологічних захворювань вимагають насамперед диференційованого, патогенетично обґрунтованого вибору методів і засобів профілактики.

Активними профілактичними заходами є попередження розвитку вогнищ інфекції та інтоксикації в дитячому організмі, забезпечення збалансованого харчування, раціонального режиму, своєчасного оздоровлення порожнини рота. Враховуючи значну поширеність та тенденцію до зростання хронічних загальносоматичних захворювань і захворювань органів та тканин порожнини рота у дітей, збільшення впливу інших факторів ризику (насамперед шкідливих звичок, екологічного та соціального неблагополуччя), нагальною потребою є активне впровадження стоматологічної профілактики у дітей.

Серед загальносоматичних захворювань, які безпосередньо впливають на виникнення захворювань порожнини рота, слід назвати захворювання шлунково-кишкового тракту, гіповітамінози, захворювання крові, алергічні стани, ендокринні захворювання, ін. Слід зазначити, що у пубертатному періоді ураження тканин пародонту виникає внаслідок дисфункції статевих гормонів. Для профілактики захворювань пародонту в дітей та підлітків необхідне сумісне лікування із педіатрами.

Значущою складовою методів первинної профілактики та першої фази етіологічного лікування захворювань твердих тканин зуба та тканин пародонту є контроль стану мікроекології різних біотопів порожнини рота. Найбільш значущим і керованим індикатором ризику формування цих патологічних станів у дітей залишається ризик надлишкового бактеріального обсіменіння різних локусів порожнини рота, насамперед зубної бляшки та зубоясенного прикріплення.

Згідно даних ВООЗ [30, с. 21], одними з провідних факторів ризику виникнення захворювань пародонта у дітей є зубна бляшка та зубний наліт. У міру їх збільшення мікробна флора змінюється від переважання коків – до більш складної популяції із вмістом паличкоподібних мікроорганізмів. Патогенний вплив мікроорганізмів на тканини пародонта здійснюється також внаслідок їх активної ферментативної діяльності. Мікробні ферменти здатні підвищувати проникність капілярів, спричиняти деполімеризацію міжклітинної речовини епітелію, основної речовини сполучної тканини, а також деструкцію колагенових волокон.

Особливо актуальними проблемами і найважливішими завданнями є діагностика, профілактика та ефективне лікування дисбіотичних порушень, асоційованих з хронічними захворюваннями тканин пародонту, слизової оболонки порожнини рота, дисемінації та генералізації інфекції і спровокованих її постійною активністю імунопатологічних процесів. Значна роль стоматолога полягає у виборі ефективної тактики профілактики та контролю надмірного росту умовно-патогенної і патогенної мікрофлори, яка відіграє істотну роль у виникненні патологічних процесів у порожнині рота.

З метою формування мотивації по догляду за порожниною рота стоматологічна просвіта, відповідно до рекомендацій ВООЗ, включає різні заходи, зокрема наголошується на раціональному харчуванні. Велика увага приділяється нормалізації харчування з достатньою кількістю повноцінних білків, аскорбінової кислоти, вітамінів Е і Р, зменшенням кількості борошністо-кондитерських виробів, вживання жорсткої їжі. Необхідно подбати про достатнє надходження в організм мінеральних солей і фосфатів. Із круп найкориснішими є вівсяна і гречана. Соя містить у 1,5 рази більше білків (до 52%), ніж їх є у м'ясі, рибі, яйцях. У сої високий вміст калію, магнію, селену, антиоксидантно-подібної речовини – лецитину, вітамінів, поліненасичених жирних кислот, які не синтезуються в організмі (лінолева і ліноленова), але входять до складу клітинних мембран, сприяють виведенню холестерину. Корисні різні види горіхів, в яких міститься багато повноцінних білків, велика кількість токоферолу.

Встановлено, що у розвитку захворювань пародонту важливу роль відіграють гіподинамія зубощелепної системи, відсутність активного жування і повноцінного навантаження на щелепно-лицеву ділянку, зумовлені кулінарною обробкою їжі сучасної людини. Фізіологічна активність тканини ротової порожнини при постійному вживанні кулінарно обробленої їжі зменшується, що призводить до розвитку ряду стоматологічних захворювань.

З огляду на це, для правильного росту і розвитку зубо-щелепової системи, оптимального формування функцій жувального апарату велике значення має активне жування, повноцінне і рівномірне навантаження на зубні ряди. Особливо необхідне достатнє вживання твердої їжі, так як при цьому фізіологічне навантаження, що передається через зуби на тканини пародонту, стимулює в них обмін речовин, покращує мікроциркуляцію.

Вживання твердої їжі, зокрема сирих овочів і фруктів, сухофруктів, твердих сирів, не лише сприяють механічному самоочищенню зубів, але й

стимулюють слиновиділення, що також покращує гігієнічний стан порожнини рота. Доцільно вживати сухе печиво, кислі продукти, пекучий перець, які, стимулюючи слиновиділення, сприяють самоочищенню ротової порожнини.

Одним із головних індивідуальних профілактичних заходів є раціональна гігієна порожнини рота, яка має свої особливості при профілактиці карієсу зубів, захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота. Гігієна порожнини рота цінна тим, що вона містить в собі одночасно етіотропні та патогенетичні механізми профілактики, так як головною метою гігієни є хіміко-механічне видалення зубного нальоту - основного етіологічного фактора карієсу зубів, хвороб пародонту, захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Гігієна порожнини рота є невід'ємною складовою місцевої профілактики основних стоматологічних захворювань. В даний час випускається велика кількість різноманітних засобів, призначених для гігієнічного догляду за порожниною рота, що дозволяє диференційовано добирати ці засоби залежно від стоматологічного статусу, віку та індивідуальних особливостей людини. Залежно від стану ротової порожнини засоби догляду за зубами мають бути суто індивідуальними із використанням зубних паст, щіток, флосів, зубочисток, йоржиків, еліксирів тощо.

Найпоширенішими засобами для профілактики і лікування карієсу зубів є пасти, що містять спеціальні протикаріозні домішки, які сприяють стабілізації каріозного процесу; для профілактики захворювань тканин пародонта - лікувально-профілактичні зубні пасти, обов'язковим компонентом яких є біологічно активні речовини. Включення до їх складу протеолітичних ферментів, що руйнують мікробні антигени та алергени, також сприяє розчиненню зубного нальоту. Зубні еліксири, які містять біологічно активні речовини, вітаміни, імуностимулюючі, дубильні та протизапальні речовини, також позитивно впливають на тканини пародонта.

При стоматитах різної етіології характер метаболічних порушень націлює на вибір таких засобів догляду за ротовою порожниною, які містять природні та синтетичні антиоксиданти, вуглекислі екстракти лікарських рослин, вітаміни, інтермедіатори обмінних процесів, інгібітори протеолітичних ферментів, та проявляють антиоксидантну, противірусну, протигрибкову, протимікробну дію, активізують обмінні процеси в слизовій оболонці порожнини рота. При захворюваннях СОПР доцільно застосовувати спеціальні зубні еліксири, що містять речовини, які позитивно впливають на процеси обміну в слизовій порожнини рота і підвищують її резистентність.

У даний час засоби масової інформації активно пропагують у комплекс догляду за порожниною рота включати допоміжні засоби гігієни порожнини рота - жувальні гумки. Однак ці рекомендації є неоднозначними, так як використання жувальних гумок може спричинити різноманітні ефекти. Основними позитивними стоматологічними ефектами жувальної гумки є стимуляція слинних залоз, значне посилення слиновиділення, за рахунок чого

збільшується кількість іонів Са, Р та інших мінералів, вміст білкових речовин, харчових ферментів, антимікробних агентів, покращується очищення органів порожнини рота від залишків їжі, харчового детриту, мікрофлори зубного нальоту. Слід зазначити, що використання жувальної гумки збільшує навантаження на жувальний апарат, танини пародонта, стимулює розвиток жувальних м'язів і посилює кровопостачання в тканинах пародонта.

Однак, недозоване, нефізіологічне навантаження при надмірному використанні жувальної гумки призводить до перевантаження тканин пародонта, внаслідок якого багатократно посилюється кровопостачання, з чим не справляється регіонарна венозна система. Таке підвищене навантаження негативно впливає на функції та стан тканин пародонту. Крім того, при надмірному використанні жувальної гумки внаслідок знешкодження як патогенної, так і сапрофітної мікрофлори відбувається порушення мікробного пейзажу ротової порожнини та порушення ферментативної активності слини.

Отже, однозначно можна сказати, що використання жувальної гумки можливе тільки короткочасне після прийому їжі, причому використання жувальної гумки не замінює обов'язкового використання інших засобів гігієни, а лише у поєднанні із зубними щітками, пастами та інтердентальними засобами.

У комплексі профілактичних заходів велике значення належить санації порожнини рота, при якій усуваються вогнища хроніосепсису, що виключає можливість виникнення багатьох уражень внутрішніх органів та систем організму людини. Правильне проведення санації багато в чому залежить від комплексу організаційних заходів, чому його і включають в масові соціально-профілактичні заходи, які проводяться в основному державою, органами охорони здоров'я, деякими професійними громадськими організаціями і, нарешті, окремими особами. Масові соціально-профілактичні заходи умовно зведені в одну групу, так як вони носять в основному загальнооздоровчий характер.

Отже, основною метою профілактики є застосування науково обгрунтованих і найбільш доцільних з точки зору економіки методів організації спеціалізованої допомоги дітям, яке забезпечить проведення соціально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення захворювань та сприятиме максимальному збереженню та покращенню здоров'я населення.

Список використаних джерел

1. Амирова В.Р. Характеристика кандидозной инфекции у новорожденных групп высокого перинатального риска // Рос. педиатр. журн. - 2010. - № 1. - С. 12-14.
2. Антипкін Ю.Г. Актуальні питання вакцинації дітей // Перинатология и педиатрия.- 2008. - № 4. - С. 11-12.
3. Андрейчин М.А. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М.А. Андрейчина. - Тернопіль: ТДМУ, 2010. - 500 с.
4. Бобильова О.О., Бережнов С.П., Мухарська Л.М. та ін Проблема інфекційної захворюваності залишається актуальною проблемою системи охорони здоров'я та держави // Сучасні інфекції. - 2008. - № 1. - С. 4-10.

5. Булатова Е.М., Богданова Н.М. Кишечная микробиота: современные представления // Педиатрия. - 2009. - № 3. - С. 104-110.
6. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 736 с.
7. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей. - 2-изд. - М.: МЕД-пресс-информ, 2010. - 168с.
8. Гевкалюк Н.О. Імунобіологічні аспекти патогенезу уражень слизової оболонки порожнини рота і слинних залоз у дітей при грипі та інших респіраторних вірусних інфекціях // Здобутки клініч. і експерим. медицини. - 2015. - № 4. - С. 30-35.
9. Гребенюк Н.В., Мислицький В.Ф. Основні збудники внутрішньоутробної, інтранатальної та постнатальної інфекції у дітей різного віку // Буковинський медичний вісник. - 2009. - Т. 13, № 4. - С. 85-89.
10. Крамарев С.О. Епідемія грипу в Україні // Наук.-практ. журн. для педіатрів «З турботою про дитину». - 2010. - № 1. - С. 9.
11. Куцевляк В.Ф., Денисова Е.Г. Иммуноterapia кариеса зубов у детей // Вісник стоматології. - 2000. - № 5. - С. 93-95.
12. Левицкий А.П. Физиологическая микробная система полости рта // Вісник стоматології. - 2007. - № 1. - С. 6-11.
13. Лук'янова О.М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журн. АМН України. - 2001. - № 3. - С. 408-415.
14. Львов Д. К. Новые и вновь возникающие вирусные инфекции // Врач. - 2005. - № 8. - С. 13-14.
15. Марченко О.І., Казакова Р.В., Дичко Є.Н. Захворювання слизової оболонки порожнини рота у дітей. - Івано-Франківськ: Вид-во Івано-Франк. держ. мед. академії, 2004. - 134 с.
16. Олейник И.И., Покровский В.Н., Царев В.И. и др. Микробиоценоз полости рта в норме и патологии // Медицинские аспекты микробной экологии. - М., 1992. - С. 61-64.
17. Осипова Л. Принципи оцінки імунного статусу // Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри. - 2008. - № 1. - С. 47-50.
18. Петрищев Н.Н. Клиническая патофизиология для стоматологов / Под ред. проф. Н.Н. Петрищева, проф. Л.Ю. Ореховой. - М.: Медицина, 2002. - 95 с.
19. Резолюція про проведення IX Всеукраїнської науково-практичної конференції з актуальних питань алергології, клінічної та лабораторної імунології, 25-27 квітня 2007 р. - К., 2007. - 5 с.
20. Савичук Н.О., Савичук В.О. Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции // Современная стоматология. - 2012. - № 4. - С. 9-12.
21. Скиба В.Я., Дяченко Ю.В., Подобуева А.И. Дисбактериоз при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите // Вісник стоматології. - 1999. - № 1. - С. 13-15.
22. Хавкин А.И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет // РМЖ. Детская гастроэнтерол. и нутрициология, 2003. - № 3. - С. 122-125.
23. Чижевський І.В. Клінічне та гігієнічне обґрунтування профілактики карієсу зубів у дітей в промислово розвиненому регіоні: автореф. дис. ... докт. мед. наук. - К., 2004. - 32с.
24. Янковский Д.С. Микробная экология человека: современные возможности ее поддержания и восстановления. - К.: Эксперт ЛТД, 2005. - 362с.
25. Baron S., Tying S., Fleischmann W. et al. The interferons. Mechanisms of action and clinical applications // JAMA. - 2006. - Vol. 10. - P. 1375-1379.
26. Bourlioux P. The intestine and its microflora are partners for the protection of the host : report on the Danone Symposium «The Intelligent Intestine» held in Paris, June 14, 20Am. J. Clin. Nutr. 2003. - Vol. 78. - P. 675-683.
27. Bradley J., McCluskey J. Clinical aspects of immunology // Clinical Immunology. Oxford Univ. Press. - 2003. - Vol. 74. - P. 1341 - 1347.

28. Eckburg P.B., Bik E.M., Bernstein C.N. et al. Diversity of the human intestinal microbial flora // Science. - 2007.- Vol. 3. - P. 1635-1638.
29. Surna A., Sakalauskiene J., Vitkauskiene A. Microbiological and biochemical characteristics of inflammatory tissues in the periodontium // Medicina (Kaunas). - 2009. - Vol. 44. - № 3. - P. 201-210.
30. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries /WHO/ARI/93.90/. - Geneva, 2008.
31. Wohlker W.A. Role of nutrients and bacterial colonization in development of intestinal host defense // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2009. - Vol. 30. - P. 2-7.

СТАН СТРЕСОЧУТЛИВИХ СИСТЕМ ТА РІВЕНЬ МОЛЕКУЛЯРНИХ УШКОДЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ (Фальфушинська Г. І., Горин О. І., Руснак Н. І., Федюк О. В., Познанський Д. В.)

На сучасному етапі надлишкова маса тіла є однією з найбільш поширених та небезпечних проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення, що набуває статусу епідемії неінфекційного походження. Від 30 до 80% населення країн Європи (залежно від соціоекономічного рівня) має надлишкову масу тіла, причому їх кількість за останні 40 років зросла в 10 разів і станом на 2010 рік становила 150 млн дорослих та 15 млн дітей [6]. За даними ВООЗ в Європі щорічно від ожиріння та супутніх патологій помирає близько 1 млн. та хворіє понад 12 млн. осіб [6].

Уважають, що окисний стрес відіграє головну роль у патогенезі ожиріння та супутніх метаболічних захворювань, зокрема атеросклерозу, діабету II типу та інсулінорезистентності [10, 20]. Взаємозв'язок ожиріння – окисний стрес має двосторонній характер. З одного боку, окисний стрес може ініціювати ожиріння шляхом стимуляції розростання білої жирової тканини або накопичення вісцерального жиру (стимулює прооксидантні стани та запальні процеси) [12]. На прикладі культури клітин та з використанням тварин було доведено, що окисний стрес детермінує посилену проліферацію преадипоцитів, диференціацію адипоцитів та впливає на розмір дозрілих адипоцитів [15]. З іншого боку, ожиріння сприяє розвитку системного окисного стресу в організмі із залученням низки біохімічних механізмів, у тому числі генерації супероксиданіону з НАДФН оксидази, окисного фосфорилування, аутоокиснення гліцеральдегіду, активації протеїнкінази C тощо [10; 20]. Разом з тим, не зважаючи на значний доробок за даним напрямком, залишаються не зрозумілими механізми які пов'язують окисний стрес та дисфункцію адипоцитів.

Металотіонеїни – родина низькомолекулярних, внутрішньоклітинних, термостабільних протеїнів з високим вмістом сульфуру та іонів d-металів, які володіють плейотропними функціями [16; 26]. Металотіонеїни білої жирової тканини описані вперше командою науковців Trayhurnetal. лише близько 20 років назад [6; 17] і їх властивості та функції за розвитку ожиріння в людини

та вищих хребетних тварин досліджені не достатньо. Відтак, метою нашої роботи було дослідити властивості металотіонеїнів та показники окисного стресу крові людини за ожиріння у функціональному взаємозв'язку з проявами генотоксичності.

Матеріалом для досліджень були зразки сироватки крові 15 хворих на ожиріння та 15 обстежених з нормальною масою тіла жіночої статі. Вік обстежених коливався в діапазоні 19-22 роки, індекс маси тіла у хворих на ожиріння становив $32\text{--}37\text{кг/м}^2$, а обстежених контрольної групи – $19\text{--}24\text{кг/м}^2$. Всі експериментальні дослідження проводились у відповідності до ухвали Першого національного конгресу з біоетики (Київ, 2000) та рішення комісії з біоетики Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

Усі процедури по обробці тканин проводили на холоді. Всі реактиви, крім нижче зазначених, були фірми «Синбіас» кваліфікації «хч».

Вміст металотіонеїнів визначали методом Біаренго та співавт.[2] за взаємодією із 5,5'-дитіо-біс-2-нітробензойною кислотою (ДТНБ) після хлороформ-етанольної екстракції металотіонеїнів, та обчислювали, вважаючи, що в 1 молі металотіонеїнів міститься така ж кількість SH-груп, як і в 20 молях GSH.

Активність супероксиддисмутази (СОД) [КФ 1.15.1.1] вимірювали за зниженням швидкості відновлення нітротетразолію синього [5]. Активність каталази [КФ 1.11.1.6] визначали у розчинній фазі гомогенату за швидкістю розкладу гідроген пероксиду [3]. Утворення оксирадикалів у сироватці крові в НЕРЕС-сахарозному буфері рН 7,4 оцінювали за утворенням флуоресцентного продукту родаміну 123 в реакції нефлуоресцентного деривату дигідрородаміну з активними формами кисню при хвилі збудження (ex.) = 485 нм та випромінювання (em.) = 538 нм [25] та виражали в умовних одиницях флуоресценції (УОФ) на мл крові за одиницю часу. Вміст загального (GSH) глутатіону у небілковому фільтраті тканини визначали ензиматичним методом за допомогою ДТНБ [4]. Активність холінестерази [КФ 3.1.1.7] визначали за швидкістю гідролізу ацетилтіохолін йодиду, яку реєстрували за допомогою ДТНБ [1].

Пошкодження ДНК визначали як розриви ланцюгів депротейнізованої ДНК методом лужного осадження в 10 % сироватці крові в 50 мМ трис-ЕДТА буферному розчині рН 8,0, що містить 0,5% натрію додецил сульфат при хвилі збудження (ex.) = 360 нм та випромінювання (em.) = 450 нм [19].

Обчислювали індекс окисного стресу за показниками СОД, каталази, вмістом глутатіону, утворення оксирадикалів та фрагментації ДНК після їх уніфікації [29].

Результати вимірів подані у вигляді $M \pm SD$ для 15 обстежених. Якщо дані згідно тесту Лілієфорда не були нормально розподілені, до їх статистичного аналізу були застосовані непараметричні тести (*Kruskall–Wallis ANOVA* та *Mann–Whitney U-test*) при вірогідності за значення $p < 0,05$. Вірогідність відхилення двох рядів значень обчислювали з використання t -тесту Стьюдента. Вірогідним вважали відмінність між рядами за $p < 0,05$.

Порівняльний аналіз біологічних параметрів здійснювали, використовуючи комп'ютерні програми Statistica v 12.0 та Exel для Windows-2013.

Результати проведених досліджень показали, що у хворих на ожиріння зменшується супероксиддисмутазна активність (на 24%) та узгоджено ($r=0,76$, $p=0,001$) зростає каталазна активність (на 187%) і рівень утворення оксирадикалів (на 29%) (табл.), що було показано нами і за процесу вузлоутворення у зобно-зміненій тканині щитоподібної залози людини та онко-трансформованій тканині яйників жінок [14, 28]. У хворих на ожиріння збільшується рівень фрагментації ланцюгів ДНК (на 170%) та холінестеразна активність (на 133%).

Таблиця

Біохімічні показники крові обстежених контрольної групи та осіб з ожирінням, $M \pm SD$, $n=15$

Показник	Групи обстежуваних	
	Контроль	Ожиріння
Вміст MT-SH, мкг/ мг протеїнів	0,16 $\pm$ 0,03	0,50 $\pm$ 0,04*
Каталазна активність, ммоль/(хв·мл крові)	0,99 $\pm$ 0,10	2,84 $\pm$ 0,34*
Супероксиддисмутазна активність, у.о./мг протеїнів	3,3 $\pm$ 0,4	2,5 $\pm$ 0,3
Загальний GSH, ммоль/л крові	2,4 $\pm$ 0,4	1,7 $\pm$ 0,2*
Утворення оксирадикалів, ум.од. флуоресценції/мл крові	383 $\pm$ 31	494 $\pm$ 26*
Фрагментація ланцюгів ДНК, нг/мг протеїнів	30,2 $\pm$ 2,9	81,6 $\pm$ 9,1*
Холінестеразна активність, нмоль/(хв·мг протеїнів)	11,4 $\pm$ 1,1	26,6 $\pm$ 3,4*

Примітка. * - відмінності порівняно з показниками обстежених контрольної групи вірогідні, $p<0,05$

Тіоловий пул крові чутливо реагує на функціональні зміни у жировій тканині, причому глутатіон та металотіонеїни зазнають протилежних змін (табл.). Загальний вміст металотіонеїнів (MT-SH) зростає на 213%, а глутатіону – зменшується на 29%. Очевидно, це вказує на створення потенційного резерву тіолових груп металотіонеїнів за розвитку ожиріння, який може мобілізуватися для знешкодження радикалів [16].

Металотіонеїни залучаються до різних фізіологічних та патологічних процесів, зокрема депонування іонів купруму та цинку, секвестрацію токсичних металів, проліферацію та диференціацію клітин тощо [7]. Металотіонеїни можуть функціонувати як антиоксиданти стосовно активних форм кисню та нітрогену, виконувати роль пасток вільних радикалів, зменшувати наслідки окисного стресу, визначені за продуктами пероксидації ліпідів та підвищувати життєздатність клітин [11]. Згідно гіпотези, запропонованої Sato та ін. [26] ці протеїни протидіють окисному стресу опосередковано через стимуляцію утворення цитокінів, зокрема інтерлейкінів-1 та -6, TNF- α та інтерферону. Було показано, що металотіонеїни (MT-2A) експресуються як в адипоцитах, так і в інших клітинах жирової тканини. Ожиріння стимулює експресію металотіонеїнів у клітинах підшкірної жирової клітковини та адипоцитах [11, 18], тоді як

тривале голодування не впливають на рівень експресії стресорного протеїну [18, 21]. Дефіцит металотіонеїнів у клітинах призводить до порушення синтезу АТФ та ожиріння у мишей, а дієта збагачена металотіонеїнами навпаки виконує превентивну роль щодо ожиріння [11].

Грунтуючись на даних літератури [7], можна припустити що металотіонеїни, як стресорні протеїни, за розвитку ожиріння беруть участь не лише в депонуванні та детоксикації металів у тканинах, але й насамперед залучаються до знешкодження активних форм кисню за участю вільних тіолових груп. На користь запропонованої гіпотези свідчить існування кореляційного зв'язку між концентрацією металотіонеїнів та показниками окисного стресу у моделі побудованій методом множинного регресійного аналізу: $MT-SH = 0,027 \times OP + 0,41 \times KAT - 0,55 \times COD^*$, $R^2 = 0,92$; $F(3,12) = 57,8$, $p < 0,001$; * - показник вносить вірогідний вклад у математичну модель. Відтак можна припустити, що металотіонеїни відіграють протекторну роль за часткового виснаження та/або перевищення лімітів толерантності системи антиоксидантного захисту у людини.

На моделях тварин за умов *in vivo* було показано, що зниження рівня глутатіону сприяє виробленню стійкості до ожиріння, що пов'язують із функціональними особливостями глутамат цистеїн лігази – ензиму, що бере участь в синтезі глутатіону та складається з двох субодиниць: каталітичної та модифікаторної [22]. Миші, які були дефіцитними за каталітичної субодиницею, помирали в межах місяця від народження, здебільшого від патологій печінки, тоді як особини дефіцитні за модифікаторною субодиницею зберігали життєздатність, однак характеризувалися зниженим рівнем глутатіону в печінці [13]. Більше того, ця група за годування дієтою з високим вмістом жиру демонструвала резистентність щодо збільшення жирових відкладень та розвитку гіперглікемії і володіла вищою базальною швидкістю метаболізму, порівняно з диким типом мишей. Фармакологічне пригнічення синтезу глутатіону синхронно сповільнює розвиток ожиріння у тварин [9]. Результати наших досліджень з використанням крові людини не узгоджуються з такими, отриманими на тваринних моделях. та потребують подальшого аналізу.

У той же час, одержані нами результати щодо високої активності сироваткової холінестерази у хворих на ожиріння узгоджуються із такими, що наведені у літературі [23; 24]. Активність холінестерази позитивно корелює з концентрацією ліпопротеїнів низької щільності ($r = 0,74$, $p < 0,001$) та негативно з ліпопротеїнами високої щільності ($r = -0,65$, $p < 0,01$). Відомо, що у ссавців індукція діабету викликає одночасне збільшення активності холінестерази та вмісту тригліцеридів у сироватці крові, а корекція інсуліном зумовлює повернення цих показників до контрольного рівня [24]. У хворих на діабет I та II типу холінестераза позитивно корелює з концентрацією тригліцеридів та негативно з чутливістю до інсуліну [23]. Відтак, існує тісний взаємозв'язок між холінестеразною активністю та ліпідним обміном, однак механізми цього взаємозв'язку остаточно не з'ясовані та вимагають більш детального вивчення.

Обрахунок індексу окисного стресу за показниками активності ензимів антиоксидантного захисту, вмісту глутатіону, активних форм кисню і фрагментації ДНК свідчить, що у хворих на ожиріння розвивається окисний стрес (ІОС = -0,43) та з'являються ознаки дисбалансу редокс-системи клітин організму як розбалансування системи СОД/каталаза, що може становити суттєву складову патогенезу.

Відтак, ожиріння модулює реакції металопротеїнів металотіонеїнів та стресочутливих систем крові людини. У пацієнтів з ожирінням розвивається окисний стрес, зростає вміст металотіонеїнів та їх потенційна антиоксидантна здатність, пов'язана із тіловими групами. Збільшення вмісту металотіонеїнів забезпечує часткову компенсаторну реакцію організму за гіпертрофії та гіперплазії адипоцитів. Останнє відбувається на тлі активації каталази, збільшення рівня окисного ушкодження та фрагментації ДНК ($r > 0,51$, $p < 0,01$).

Робота виконана за підтримки Міністерства освіти і науки України (НДР №133Б) та Фонду Александра Гумбольдта.

Список використаних джерел

1. A new and rapid colorimetric determination of acetylcholinesterase activity / [G.L. Ellman, K.D. Courtney, V.J. Andres et al. // *Biochem. Pharmacol.* – 1961. – Vol.7. – P. 88–95.
2. A simple spectrophotometric method for metallothionein evaluation in marine organisms: an application to Mediterranean and Antarctic molluscs / A. Viarengo, E. Ponzano, F. Dondero, R. Fabbri. // *Mar. Environ. Res.* – 1997. – Vol. 1. – P. 69–84.
3. Aebi H. Catalase. In *Methods of Enzymatic Analysis* // H.U. Bergmeyer. - London: Academic Press. – 1974. – P. 673–677.
4. Anderson M. E. Determination of glutathione and glutathione disulfide in biological samples // *Meth. Enzymol.* – 1985. – Vol. 113. – P. 548–555.
5. Beauchamp C., Fridovich I. Superoxide dismutase: improved assay and an assay applicable to acrylamide gels // *Anal. Biochem.* – 1971. – Vol. 44. – P. 276–287.
6. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response [Електронний ресурс]. – 2007. – Режим доступу до ресурсу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf.
7. Davis S.R., Cousins R.J. Metallothionein expression in animals: a physiological perspective on function // *J. Nutr.* – 2000. – Vol. 130. – P. 1085–1088.
8. Development of high-fat-diet-induced obesity in female metallothionein-null mice / M. Sato, T. Kawakami, M. Kondoh et al. // *The FASEB Journal*. – 2010. – Vol. 7. – P. 2375–2384.
9. Hepatocyte-specific Gclc deletion leads to rapid onset of steatosis with mitochondrial injury and liver failure / Y. Chen, Y. Yang, M. L. Miller et al. // *Hepatology*. – 2007. – Vol. 45. – P. 1118–1128.
10. Increased oxidative stress in obesity and its impact on metabolic syndrome Shigetada Furukawa / T. Fujita, M. Michio Shimabukuro, M. Iwaki et al. // *J. Clin. Invest.* – 2004. – Vol. 12. – P. 1752–1761.
11. Induction, regulation, degradation, and biological significance of mammalian metallothioneins / A.T. Miles, G.M. Hawsworth, J.H. Beattie, V. Rodilla // *Crit. Rev. Biochem. Mol. Biol.* – 2000. – Vol. 35. – P. 35–70.
12. Inflammation, oxidative stress, and obesity / A. Fernández-Sánchez, E. Madrigal-Santillán, M. Bautista et al. // *Int. J. Mol. Sci.* – 2011. – Vol. 12. – P. 3117–3132.

13. Lipid metabolism and body composition in Gclm(-/-) mice / E.L. Kendig, Y. Chen, M. Krishan et al. // *Toxicol. Appl. Pharmacol.* – 2011. – Vol. 257. – P. 338–348.
14. Manifestations of oxidative stress and molecular damages in ovarian cancer tissue / H.I. Falfushynska, L.L. Gnatyshyna, H.V. Deneha et al. // *Ukr. Biochem. J.* – 2015. – Vol. 5. – P. 93–102.
15. Manna P., Jain S.K. Obesity, Oxidative Stress, Adipose Tissue Dysfunction, and the Associated Health Risks: Causes and Therapeutic Strategies // *Metab. Syndr. Relat. Disord.* – 2015. – Vol. 10. – P. 423–444.
16. Maret W. Redox biochemistry of mammalian metallothioneins // *J. Biol. Inorg. Chem.* – 2011. – Vol. 16. – P. 1079–1086.
17. Metallothionein gene expression and secretion in white adipose tissue / P. Trayhurn, J.S. Duncan, A.M. Wood, J.H. Beattie // *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* – 2000. – Vol. 279. – P. 2329–2335.
18. Metallothionein gene expression in human adipose tissue from lean and obese subjects / M.S. Do, S.Y. Nam, S.E. Hong et al. // *Horm. Metab. Res.* – 2002. – Vol. 34. – P. 348–351.
19. Olive P.L. DNA precipitation assay: a rapid and simple method for detecting DNA damage in mammalian cells // *Environ. Mol. Mutagen.* – 1988. – Vol. 11. – P. 487–495.
20. Oxidative Stress in Obesity: A Critical Component in Human Diseases / L. Marseglia, S. Manti, G. D'Angelo et al. // *Int. J. Mol. Sci.* – 2015. – Vol. 16. – P. 378–400.
21. Permanence of molecular features of obesity in subcutaneous adipose tissue of ex-obese subjects / R. Cencello, A. Zulian, D. Gentilini et al. // *Int. J. Obes.* – 2013. – Vol. 37. – P. 867–873.
22. Picklo M. J. Glutathionyl systems and metabolic dysfunction in obesity / M.J. Picklo, E.K. Long, E.E. Vomhof-DeKrey // *Nutr. Rev.* – 2015. – Vol. 73. – P. 858–868.
23. Relationship between serum butyrylcholinesterase activity, hypertriglyceridaemia and insulin sensitivity in diabetes mellitus / C.A. Abott, M.I. Mackness, S. Kumar et al. // *Clin. Sci.* – 1993. – Vol. 85. – P. 77–81.
24. Relationship between serum pseudocholinesterase and triglycerides in experimental induced diabetes mellitus in rats / V. Annapurna, I. Senciall, A.J. Davis, K.M. Kutty // *Diabetologia.* – 1991. – Vol. 34. – P. 320–324.
25. Role of metallothionein against oxidative stress in the mussel *Mytilus galloprovincialis* / A. Viarengo, B. Burlando, M. Cavaletto et al. // *Am. J. Physiol.* – 1999. – Vol. 277. – P. 1612–1619.
26. Sato M., Bremner I. Oxygen free radicals and metallothionein // *Free. Rad. Biol. Med.* – 1993. – Vol. 14. – P. 325–337.
27. Металодепонуюча функція та антиоксидантні властивості щитоподібної залози людей, хворих на йододефіцитний вузловий колоїдний зоб / Г.І. Фальфушинська, Л.Л. Гнатишина, Д.В. Осадчук та ін. // *Укр. біохім. журн.* – 2011. – № 6. – С. 92–97.
28. Особливості депонування мікроелементів і функції металотіонеїнів у щитоподібній залозі людини за процесу зобної трансформації / Г.І. Фальфушинська, Л.Л. Гнатишина, О.Й. Осадчук та ін. // *Укр. біохім. журн.* – 2014. – Т. 86. – С. 107–113.
29. Патент № 52992 (UA), МПК (2009), A51K 38/04, B63C 9/00, C12N 9/00, G01N 9/00, G01N 33/00. Спосіб оцінки токсичності водного середовища / Столяр О.Б., Фальфушинська Г.І., Гнатишина Л.Л. ; заявл. 22.01.2010 ; опубл. 27.09.2010, Бюл. № 18.

ВЗАЄМОДІЯ ЇЖІ ТА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ (Федонюк Л.Я., Олещук О.М., Мудра А.Є.)

Їжа спричинює багатогранний вплив на життєдіяльність людини, перш за все є джерелом необхідних поживних речовин, але також є джерелом психологічного задоволення. Залежно від свого складу їжа може спричиняти лікувальний або профілактичний вплив, сприяти одужанню, разом із тим особливості харчування і складу їжі можуть впливати на ефективність та безпечність ліків, особливо при пероральному застосуванні [6, с. 22]. Правильне поєднання ліків та продуктів харчування з урахуванням корекції часу їхнього прийому дозволяє не лише підвищити ефективність лікарських засобів (ЛЗ) і зменшити їхні дози, але і уникнути небажаних побічних ефектів [3, с. 194].

З усіх шляхів надходження лікарських речовин (ЛР) в організм найбільш поширеним є пероральний, оскільки він дозволяє використовувати велику кількість різноманітних лікарських форм, а також це дуже зручно для пацієнта. У той же час при пероральному шляху введення ліки можуть перебувати в травному тракті від декількох годин до декількох діб, де вони взаємодіють з травними ферментами і компонентами їжі [4, с. 42]. Взаємодія ЛР при пероральному прийомі з різними харчовими інгредієнтами може надати дуже істотний вплив не тільки на розвиток фармакологічного ефекту, а й на виникнення ускладнень фармакотерапії. З іншого боку, тривале вживання ліків може сприяти розвитку порушень функцій травної системи [12, с. 411].

Оптимальний терапевтичний ефект ЛЗ залежить від багатьох чинників, зокрема і від характеру харчування, оскільки щонайбільший вплив їжа робить на процес всмоктування ЛР в шлунково-кишковому тракті [3, с. 194]. Необхідно обов'язково враховувати, що при призначенні ліків до їжі зменшується можливість взаємодії ліків із компонентами їжі, виключається вплив компонентів їжі на всмоктування ліків і обмежується негативна дія травних соків на ліки. Разом з тим, їжа стимулює виділення жовчі, яка сприяє всмоктуванню ліпофільних речовин, тому ці засоби доцільно призначати після їди [16, с. 277].

Проблема взаємодії ліків і їжі має кілька аспектів, основні з яких такі: вплив компонентів їжі на терапевтичну ефективність ліків; вплив компонентів їжі на токсичність ліків; вплив ліків на фізіологічні процеси травлення; вплив ліків на виникнення захворювань органів травної системи; компенсація лікарськими препаратами відсутніх в їжі фізіологічно активних елементів (вітамінів, білків, мікроелементів та ін.) [2, с. 153]. Фізіологічний стан органів травної системи, кількість і склад їжі, фізико-хімічні властивості лікарської речовини, особливості фармакокінетики ЛР та лікарська форма є основними факторами, що мають значення при взаємодії їжі та ліків.

При розгляді питання про взаємодію ліків із їжею слід мати на увазі, що рідкі лікарські форми менш схильні впливу їжі, оскільки можуть відносно вільно транспортуватись із шлунка до кишківника, минувши харчову грудку

[2, с. 140]. Тверді лікарські форми при сумісному прийомі з їжею можуть тривало затримуватися в порожнині шлунка, що порушує всмоктування діючих речовин. Для твердих лікарських форм ступінь взаємодії з їжею залежить від величини частинок, наповнювачів, матеріалу покриття. Якнайменше схильні впливу їжі препарати, отримані на основі мікрогранул, і частинки з плівковим покриттям. Особливо чутливі до їжі таблетки з покриттям, яке розчиняється в кишківнику. Одночасний їхній прийом з їжею затримує знаходження таблеток у шлунку й істотно перешкоджає всмоктуванню [2, с. 43; 2, с. 64]. Крім того, при поєднанні даної лікарської форми з лужною їжею (рідиною), можливе розчинення оболонки та руйнування діючої речовини під час знаходження препарату в шлунку.

Якість і кількість рідини, яку вживають для запивання лікарських препаратів, є дуже важливою, оскільки це істотно впливає на всмоктування препарату: з концентрованого розчину всмоктування, як правило, відбувається довше, ніж з розведеного.

Отримано експериментальні дані, які підтверджують, що при пероральному використанні ліків, що мають кислий або лужний характер, біодоступність розведеного розчину істотно вище, ніж концентрованого (аспірин, фенобарбітал та ін.) [2, с. 59]. Це правило також діє для ліків, які важко розчиняються у воді (наприклад, еритроміцин).

У меншій мірі залежить від обсягу випитої з ліками рідини всмоктування препаратів, які добре розчиняються у воді (аспірин, амоксицилін), хоча при вживанні великих кількостей води їх біодоступність теж підвищується.

Для всмоктування ряду антибіотиків, наприклад тетрациклінів, концентрація розчину не має значення, а важливим є рН рідини, наприклад для пероральних цефалоспоринів [14, с. 471].

З урахуванням клінічних і експериментальних даних слід виділити наступні загальні рекомендації для поєднання ліків і рідин: 1 – ліки, які призначені для резорбтивної дії, найбільш раціонально приймати за 30-40 хв. до їди, запиваючи 50-100 мл кип'яченої або дистильованої води; 2 – біодоступність ліків, які погано розчиняються у воді, підвищується, якщо запивати їх великою кількістю рідини; 3 – біодоступність ліків, які добре розчиняються у воді, практично не залежить від кількості випитої рідини [3, с. 44].

На розвиток фармакологічного ефекту ДЗ на етапі всмоктування у шлунково-кишковому тракті можуть впливати також такі фактори, як ступінь наповнення шлунка, фізико-хімічні властивості лікарських речовин (розмір молекули, розчинність, стабільність, ступінь іонізації та ін.), вплив обсягу, складу і в'язкості секретинів, проникність слизової оболонки травного тракту, шкідливу дію лікарського препарату і харчових продуктів на слизову оболонку, вплив на мікрофлору, яка бере участь у метаболізмі препарату [2, с. 139].

Отже, щонайбільший вплив їжа робить на процес всмоктування ЛР в шлунково-кишковому тракті [3, с. 193].

При цьому можна виділити наступні варіанти взаємодій: хімічна взаємодія ЛР і компонентів їжі; фізична взаємодія ЛР і компонентів їжі (адсорбція ліків на харчовій грудці, покриття ліків слизом, входження ліків всередину харчової грудки); зміна рН в шлунку і, як наслідок, зміна ступеня іонізації ЛР; конкурентний антагонізм ЛР і компонентів їжі (при активному механізмі транспорту); метаболізм ЛР під дією мікрофлори кишечника.

Ацетилсаліцилова кислота всмоктується через слизову оболонку шлунково-кишкового тракту шляхом пасивної дифузії неіонізованих жиророзчинних молекул через мембрану клітин [20, с. 205-214.]. Всмоктування ацетилсаліцилової кислоти, прийнятої після їжі зменшується за рахунок збільшення ступеня іонізації молекул [13, с. 381-388].

Шляхом активного транспорту, який залежить від енергоресурсів організму, всмоктуються препарати амінокислот, дигіталісу, заліза, рибофлавін, аскорбінова кислота. Якщо їжа містить речовини, які також всмоктуються шляхом активного транспорту, то створюється можливість конкуренції між ними за один транспортний механізм [1]. Так, конкуренція виникає між амінокислотами їжі та лікарськими препаратами з схожою хімічною структурою (леводопа, альфа-метилдофа, 5-фторурацил). Ці ЛЗ необхідно приймати в години, не пов'язані з їжею, щоб уникнути утворення харчової грудки і затримки активного транспорту.

Класичним прикладом взаємодії ліків та їжі є «сирний синдром», який розвивається при поєднанні харчових продуктів, які містять велику кількість тираміну та серотоніну, з лікарськими препаратами, дія яких пов'язана з підвищенням рівня катехоламінів: інгібітори моноамінооксидази (МАО), психостимулятори, судинозвужувальні засоби. При поєднанні інгібіторів МАО та продуктів із високим змістом тираміну розвивається гіпертонічний криз, а також ряд тяжких ускладнень, які пов'язані з пресорною дією біогенних амінів: сильний головний біль, тахікардія, різке підвищення артеріального тиску, внутрішньочерепні крововиливи та ін. [15, с.65-66]. Тому, при прийомі препаратів групи інгібіторів МАО та деяких психостимуляторів, із харчового раціону необхідно виключати сир, бринзу, маринований і копчений оселедець, м'ясні та рибні консерви, червону та чорну ікру, копчені ковбаси, каву, шоколад, пиво, банани, ананаси, лимони, апельсини, мандарини, виноград, фініки [17, с. 415]. В останні роки з'ясувалося, що один із сучасних антибіотиків групи резерву похідних оксазолідинонів – лінезолід здатен проявляти властивості слабого зворотного інгібітора МАО, що зумовило необхідність дотримання тирамін обмежувальної дієти у пацієнтів, яким призначають цей антибіотик, наприклад для лікування мультирезистентного туберкульозу [11, с. 267].

Низка харчових продуктів містить фармакологічно активні речовини, що може робити вплив на фармакодинаміку певних ліків. Наприклад, деякі овочі (білокачанна капуста, листовий салат, редька) містять речовину прогватрин, що має антитиреоїдну дію. Поєднане вживання вищевказаних овочів і антитиреоїдних лікарських препаратів (мерказоліл, тіоурацил)

посилює терапевтичний ефект останніх і, навпаки, може послаблювати дію гормональних препаратів щитоподібної залози [2, с. 145].

Механізм дії непрямих антикоагулянтів заснований на їхньому антагонізмі з вітаміном К [10, с. 389]. Тому, терапевтичний ефект кумарину (синкумар, варфарин) та індолу (фенілін) може істотно знижуватися при їхньому поєднаному вживанні з їжею, яка насичена вітаміном К (шпинат, свиняча печінка, помідори, зелений горошок, капуста білокачанна) [3, с. 196].

Аналогічна закономірність має місце при сумісному прийомі антибактеріальних сульфаніламідних препаратів, механізм дії яких заснований на блокаді синтезу фолієвої кислоти бактеріями, і харчових продуктів, що містять вітамін В₉ у великій кількості, наприклад яловича печінка, боби, дріжджі, петрушка, шпинат, томати [2, с. 143].

Їжа, збагачена вітаміном В₆ (м'ясо, риба, молоко, сир, соя, мука пшенична і житня, кукурудза, ячмінь, дріжджі), може істотно понизити ефективність препаратів леводопи, оскільки вітамін В₆ активно бере участь в обміні амінокислот, а також прискорює перетворення леводопи в дофамін, який погано проникає через гематоенцефалічний бар'єр. На противагу, недостатність постачання з їжею продуктів харчування, які містять піридоксин може знизити інтенсивність метаболізму, а тому посилити токсичність таких препаратів як терфенадин, ізоніазид, мадопар [3, с. 196].

Калина, чорноплідна горобина, суниця, буряк містять біологічно активні речовини, які сприяють розширенню периферійних кровоносних судин, що призводить до зниження артеріального тиску, тому здатні потенціювати гіпотензивний ефект різних гіпотензивних препаратів і приводити до колаптоїдних станів [8].

М'ясна і рослинна їжа, молоко змінюють рН сечі в лужну сторону та сприяють виведенню ліків – слабких кислот (саліцилати, барбітурати та ін.), а це призводить до зниження їх ефективності [8]. Харчові продукти, які збагачені кислими еквівалентами (цитрусові, журавлина, сливи і ін.), сприяють виведенню ліків – слабких підстав і підсилюють дію ліків – слабких кислот.

Слід відзначити, що взаємодія їжі та ЛЗ може бути досить небезпечною. Наприклад, якщо пацієнт одночасно вживатиме харчові продукти з нітратами і такі лікарські форми, як протиалергічні засоби (Н₁-блокатори), препарати для лікування виразкової хвороби з групи Н₂-блокаторів (ранітидин, циметидин, фамотидин), пероральні цукрознижуючі засоби похідні сульфанілсечовини (глібенкламід), органічні нітрати (нітрогліцерин та ін.). Продукти, що містять сірку (яйця та ін.), сприяють утворенню метгемоглобіну при одночасному прийомі сульфаніламідів [8].

Усім відомо про користь цитрусових, які містять велику кількість вітаміну С [19, с. 293]. Проте не всі знають, що сік грейпфрута, якщо його вживати одночасно з деякими лікарськими препаратами, може зашкодити здоров'ю [7, с. 58-62]. Грейпфрутовий сік в комбінації з деякими лікарськими препаратами може стати смертельною небезпекою для людини. Емі Карч, експерт із взаємодії ліків, описує випадок загибелі пацієнта через

грейпфрутовий сік [18, с. 33-35]. У одного хворого був підвищений вміст холестерину в крові та спостерігалися інші деякі зміни у серцево-судинній системі. Лікар призначив пацієнтові препарат, а також дієту і лікувальну фізкультуру. Однак пацієнт дещо змінив свій раціон: продовжуючи приймати прописані йому медикаменти, він став їсти грейпфрути і щодня випивати по три склянки соку. Раптово хворий відчув ломоту у всьому тілі, перевтому, його забила лихоманка. Через деякий час чоловік помер у лікарні. Як вважає Емі Карч, смерть пацієнта могла стати результатом конкуренції інгредієнтів соку та ліків за одні і ті ж ферменти, які відповідають за процес детоксикації у печінці. Мова йде про цитохром Р-450 3А4 мікросомальної ферментної системи печінки. Фахівець занесла в чорний список більше 50 медикаментів, серед яких виявилися такі поширені, як антибіотик еритроміцин, оральні контрацептиви, протипухлинний препарат тамоксифен, а також сілденафіл (віагра), її аналоги та багато інших ліків. Проте взаємодія грейпфрутового соку з медикаментами не завжди викликає летальний результат. Прикладом, якщо жінка приймає контрацептиви і п'є багато соку з цього цитрусового, то одного чудового дня вона може відчувати, що незабаром стане мамою.

Інші харчові інгредієнти також можуть індукувати мікросомальні ферменти печінки, наприклад алкоголь, брюсельська капуста та інші продукти, котрі містять багато білка, але мало вуглеводів [5, с. 241].

Правильність прийому ліків щодо режиму харчування є теж дуже важливим [9, с. 25-28]. Прийом ліків натщесерце - це значить за 20-40 хвилин до їжі. Так необхідно вживати всі настої, настоянки, відвари та подібні до них препарати, які виготовляються з рослинної сировини, оскільки вони містять діючі речовини, що можуть руйнуватися під дією кислого шлункового соку.

Препарати кальцію також слід приймати натщесерце (не дивлячись на виражену подразнюючу дію, наприклад, кальцію хлориду), так як кальцій, зв'язуючись з жирними та іншими кислотами, утворює нерозчинні сполуки, і прийом цих препаратів під час і після їжі марний. А щоб уникнути подразнюючої дії, можна запивати такі препарати молоком або киселем.

Щодо протигрибкових препаратів, то їжа, багата жирами підвищує всмоктування альбендазолу, грізеофульвіну, ітраконазолу та мебендазолу.

Будь-яка їжа, а особливо багата на вуглеводи знижує всмоктування протитуберкульозного препарату ізоніазиду. Тому його слід приймати натще [16, с. 277].

Серед препаратів проти ВІЛ-інфекції слід застосовувати натще діданозин, індинавір, та зидовудин; ламівудин можна вживати як на порожній, так і на повний шлунок, оскільки, хоча їжа подовжує час абсорбції, вона не впливає на загальну кількість активного інгредієнту, який всмоктується; на біодоступність ставудина продукти харчування не впливають; ритонавір слід вводити разом з їжею, а саквінавір слід вводити після прийому їжі [16, с. 277].

Щодо антибіотиків, то рекомендується вводити кларитроміцин разом з харчовими продуктами, а ампіцилін, азитроміцин та перфлоксацин натщесерце [16, с. 277].

Препарати, призначені для покращення процесу травлення, що містять ферменти, слід приймати під час їжі (фестал, панзинорм). Якщо ліки призначено після їжі, то для отримання найкращого терапевтичного ефекту необхідно почекати не менше двох годин.

Під час або відразу після їжі слід приймати всі полівітамінні препарати. Відразу після їжі можна приймати головним чином такі ДЗ, які подразнюють слизову оболонку шлунка та кишківника (ацетилсаліцилова кислота в таблетках без оболонки, теофілін, доксорубіцин, меркаптопурин, фенілбутазон та ін.).

Що стосується антацидних засобів, які використовуються для лікування диспепсії, печії та виразки шлунка, і повинні впливати безпосередньо на шлунок, знижуючи кислотність шлункового соку, їх бажано приймати за 30 хвилин до їди.

Жовчогінні засоби слід приймати за 10-15 хвилин до їжі. Замінники шлункового соку приймаються разом з їжею, а замінники жовчі (наприклад, алохол) в кінці або відразу після їжі.

Препарати, що містять травні ферменти і сприяють перетравленню їжі (мезим форте), необхідно приймати зазвичай перед їжею, під час їжі або відразу після неї.

Засоби, що пригнічують виділення соляної кислоти в шлунковий сік (наприклад, циметидин), слід приймати відразу або незабаром після їжі, інакше вони блокують першу стадію процесу травлення.

Якщо ж в інструкції нічого не зазначено щодо рекомендацій прийому лікарського засобу, то ліки слід приймати до їди за 30 хвилин.

Отже, проблема взаємодії ліків і їжі має декілька аспектів, основні з яких наступні: вплив ліків на фізіологічні процеси травлення; вплив ліків на виникнення патології травної системи; вплив на всмоктування ЛР із травного тракту; вплив на фармакодинаміку активних інгредієнтів.

Усе вищевикладене переконливо свідчить, що правильне та раціональне поєднання лікарських засобів і харчових продуктів можуть істотно підвищити ефективність лікарської терапії та зменшити можливість розвитку побічних ефектів.

Список використаних джерел

1. Взаимодействие лекарств и пищи / Е. Г. Щекина, С. М. Дроговоз / Провизор. - 2008. - № 19. http://www.provisor.com.ua/archive/2008/N19/vlekp_198.php?part_code=62&art_code=6859
2. Деримедведь Л.В., Перцев И.М., Шуванова Е.В., Зупанец И.А., Хоменко В.Н. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии. - Х.: Изд-во «Мегаполис», 2002. - С. 59
3. Клиническая фармакокинетика. Практика дозирования лекарств / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич. – Москва: «Литтерра», 1997. – 285 с.
4. Клиническая фармакология с международной номенклатурой лекарств / В.П. Лепяхин, Ю.Б. Белоусов, В.С. Моисеев. - Москва, 1988. – 445 с.
5. Лоуренс Д.Р., Бениттс П.Н. Клиническая фармакология. Ч. 1. - Москва: Медицина, 1993. – 637 с.
6. Перцев И.М., Шевченко Л.Д., Гудзенко А.П. Влияние взаимодействия лекарств и пищи на эффективность фармакотерапии. – Луганск, 1998. – 50 с.

7. Ушакова Е.А. Взаимодействие лекарственных средств с грейпфрутовым соком // Фарматека. - 2001. - № 8. - С. 58-62.
8. Фармацевтическая опека: взаимодействие лекарств и пищи / И.А. Зупанец, А.П. Викторов, Н.В. Бездетко, Л.В. Деримедведь // Провизор. - 2003. - № 5. http://www.provisor.com.ua/archive/2003/N5/art_27.php
9. Хронофармакология, хронопатология и хронофармакотерапия / С.Ю. Штрыголь, Д.В. Штрыголь // Провизор. -2006. - № 17. - С. 25-28.
10. Чекмана І.С. Фармакологія. - Вінниця: Нова книга, 2011. – 784 с.
11. Dietary Tyramine Restriction for Hospitalized Patients on Linezolid / M. Rumore, M. Roth, A. Orfanos // Nutr Clin Pract. - 2010. - Vol. 25. - № 3. - P. 265-267.
12. Drug-induced pathology of the upper gastrointestinal tract / J. Misdraji // Diagnostic histopathology. - 2008. - Vol. 14. - № 9. - P. 411–418 [http://www.diagnostichistopathology.co.uk/article/S1756-2317\(08\)00112-6/abstract](http://www.diagnostichistopathology.co.uk/article/S1756-2317(08)00112-6/abstract) p.
13. Effects of food on pharmacokinetics of immediate release oral formulations of aspirin, dipyron, paracetamol and NSAIDs - a systematic review / R.A. Moore, Sh. Derry, Ph.J. Wiffen et al. // Br J. Clin Pharmacol. - 2015. - Vol. 80. - № 3. - P. 381–388. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574824/>
14. Effects of the quantity of water and milk ingested concomitantly with AS-924, a novel ester-type cephem antibiotic, on its pharmacokinetics. / F. Matsumoto, I. Sakurai, M. Morita et al. // Int J Antimicrob Agents. - 2001. Vol. 18. - № 5. - P. 471
15. Hypertensive crisis and cheese / T.S. Sathyanarayana Rao Vikram, K. Yeragani // Indian J. Psychiatry. - 2009. - Vol. 5. - № 11. - P.65–66.
16. Influence of foods on the absorption of antimicrobial agents / F. Faraga, D.B. Garsia, V.P. de Juana, V.M.T. Bermejo // Nutr. Hosp. - 1997. - № 12. - P. 277-881.
17. Mosby's pharmacology in nursing / L. Mckenny, E. Salerno // Mosby. - 1995. – P. 1391.
18. The Grapefruit Challenge: The juice inhibits a crucial enzyme, with possibly fatal consequences // AJN The American Journal of Nursing. - 2004. - Vol. 104. - № 12. - P 33-35.
19. The Mediterranean diet revisited. Focus on fruit and vegetables / A Ferro-Luzzi, E. Cialfa, C. Leclercq // Int J. Food Sci Nutr. – 1994. - № 45. - P. 291-300.
20. The metabolism of aspirin in rats; localization, absorption, distribution and excretion / A. Hatori, A. Shigematsu, A. Tsuya Eur. J. // Drug Metab. Pharmacokinet. – 1984. – Vol. 9. - № 3. - P. 205–214.

ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ ГІДРОСФЕРИ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ **(Цигура (Усманова) Г.О.)**

За даними ВООЗ, найбільший вплив на здоров'я людини мають умови й спосіб життя (52-53%), які значною мірою залежать від екологічного стану навколишнього середовища. Поряд з атмосферою [17], важливим компонентом, який забезпечує існування всього живого на планеті, є гідросфера. У живій природі вода є найбільш розповсюдженою і багатофункціональною речовиною. Її ваговий вміст у більшості живих організмів складає 70% і більше. Вода є не лише складовою частиною клітин, а й середовищем їх існування та речовиною, завдяки якій підтримується зв'язок між клітинами; вона виконує механічну і терморегулюючу функції, є унікальним розчинником і забезпечує всі процеси, які відбуваються в організмах – транспорт поживних речовин, метаболічні реакції, тобто повністю процеси обміну. Щодоби людина потребує вживання 2-3 л води, від

хімічного складу якої залежить стан здоров'я організму, адже якість води є основним чинником санітарного та епідемічного благополуччя населення [10]. Забезпечити себе якісною питною водою сьогодні може далеко не кожен мешканець нашої планети – води або не вистачає, або вона неналежної якості. Адже стан гідросфери, через інтенсивне використання води та її забруднення, сьогодні катастрофічний. Внаслідок людської діяльності зі стоками різного походження у водойми надходить велика кількість вкрай токсичних хімічних речовин. Це призводить до погіршення якості води, її хімічного і біологічного забруднення, що є однаково небезпечним як для водних екосистем в цілому – загибелі мешканців водойм, цвітіння води тощо, так і для здоров'я людини зокрема.

В Україні постачання питної води у містах є централізованим і на 80% забезпечується поверхневими та підземними водами. Сільське населення на 75% забезпечується питною водою децентралізовано без попереднього очищення (води колодязів та свердловин), що має свої ризики й небезпеки [19, с. 137]. Попри спад промислового виробництва у нашій країні, тенденція до погіршення якості природних вод зберігається. Моніторинг стану питного водопостачання та якості питної води в Україні свідчить, що майже усі поверхневі, а в окремих регіонах – і підземні води за рівнем забруднення не відповідають вимогам санітарного законодавства щодо джерел водопостачання [19, с. 136].

Найбільш суттєвим чинником забруднення водних об'єктів сьогодні залишаються підприємства вугільної, металургійної, хімічної, нафтохімічної промисловості, енергетика, сільське господарство та військова діяльність. Основними джерелами забруднення поверхневих водойм вчені вважають перевантажені каналізаційні очисні споруди та мережі, які перебувають у незадовільному технічному стані. Їх ресурс, за даними Л. Грабовської, дозволяє очистити природну воду до стану якісної питної лише у випадку, коли джерело водопостачання відповідає I категорії, тобто вода є чистою. Сьогодні в Україні більшість поверхневих водойм за ступенем забруднення відносять до забруднених та дуже брудних (IV-VII клас якості) [4, с. 59; 11, с. 8]. Наявні в Україні очисні споруди та технології очищення й знезараження неспроможні провести очищення такої води до рівня показників безпеки [4, с. 58].

Якість питної води залежить від різних чинників – стану та якості води джерела водопостачання, ефективності водоочисних споруд та технологій водопідготовки, санітарно-технічного стану водопровідних мереж. Гігієнічну оцінку безпечності та якості питної води проводять за показниками епідемічної безпеки (мікробіологічні, паразитологічні), санітарно-хімічними (органолептичні, фізико-хімічні, санітарно-токсикологічні) та радіаційними показниками [5].

Згідно з оцінкою екологічного ризику у сфері питного водопостачання, у поверхневих водоймах присутнє забруднення: амонійним та іншими формами азоту, фенолами, залізом, міддю, цинком, манганом, важкими

металами, радіонуклідами [4, с. 60]. У весняно-літній період спостерігається зростання мікробного забруднення (Г. Туровська, 2017).

Підземні води мають відхилення від норм, як правило, за природними показниками вмісту заліза, мангану, сульфатів, хлоридів, жорсткістю, загальною мінералізацією і за вмістом фтору (для Полтавської, частково Чернігівської й Черкаської областей [16, с. 35]. Унаслідок господарської діяльності підземні води найбільш забруднюються пестицидами, фенолом, хромом, радіонуклідами [4, с. 59].

Дуже загрозлива ситуація в Україні з питною водою. За даними МОЗ України, щорічно до 10 проб води, з водопровідної мережі, що досліджуються, не відповідають гігієнічним нормативам, кожна 8-ма проба питної води із сільських водогонів і кожна 3-тя із джерел централізованого водопостачання не відповідають вимогам за біологічними показниками [4, с. 59].

За загальною характеристикою вода регіонів України розподілена Л. Грабовською наступним чином: відносно благополучна вода характерна для Чернівецької, Хмельницької, Чернігівської, Сумської й Вінницької областей; забруднена за декількома показниками – для Львівської, Тернопільської, Харківської й Миколаївської областей; помірно забруднена вода – для Волинської, Закарпатської, Житомирської, Черкаської, Одеської областей та Автономної Республіки Крим; сильно забруднена вода – для Рівненської, Кіровоградської, Луганської й Донецької областей; надзвичайно забруднена – для Івано-Франківської, Київської, Полтавської, Дніпропетровської, Херсонської та Запорізької областей [4, с. 59]. Як результат, відповідно до рейтингу ЮНЕСКО за рівнем якості води Україна серед 122 країн світу посідає 95 місце [10].

Зважаючи на такий стан якості води й водопостачання, цілком логічною є щорічна реєстрація в Україні спалахів гострих кишкових інфекційних захворювань та інших хвороб, які є наслідком вживання неякісної питної води [11, с. 9; 19, с. 137]. Такі інфекції дуже небезпечні, адже характеризуються швидким розповсюдженням і ураженням великої кількості осіб. На теперішній час відомо більше як 100 типів патогенних бактерій, вірусів та найпростіших, які можуть тривалий час зберігати вірулентність у воді та викликати не тільки локальні, а й епідемічні спалахи інфекційних захворювань.

Впродовж 1995-2005 рр. внаслідок вживання неякісної питної води в Україні зареєстровано близько 70 спалахів гострих кишкових інфекцій – вірусного гепатиту, дизентерії, черевного тифу, ентеровірусної та ротавірусної інфекцій. Серед постраждалих – 50,2% діти. У 2007-2008 рр. зареєстровано спалахи захворювання на вірусний гепатит А (Закарпатська обл., АР Крим), ротавірусну інфекцію (Львівська обл.) та серозний менінгіт (Харківська обл.) [11, с. 10; 13, с. 98].

З року в рік відбувається поступове погіршення ситуації щодо якості питної води. А саме, з 2007 по 2016 р. спостерігається збільшення проб питної води, відібраних з джерел централізованого та децентралізованого

водопостачання, які не відповідають вимогам стандарту за санітарно-хімічними показниками – з 14% до 18,4%, та з 30,8% до 33,2%, відповідно; та бактеріологічними показниками, з 3 до 6,4% та 19,6 % та 23,1%, відповідно [19, с. 138]. У 2014 р. мали місце 2 спалахи вірусного гепатиту А у Дніпропетровській області, пов'язані з водним чинником передачі збудника; 49,3% постраждалих – діти. Епідемічне ускладнення пов'язане з локальним забрудненням водопровідної води через постійні перебої водопостачання та чисельними проривами водогінної мережі [7, с. 140]. У 2015 р. зареєстровано три спалахи кишкової інфекції (м. Київ), два спалахи ротавірусної інфекції (Черкаська та Рівненська обл.); у 2016 р. – два спалахи кишкової інфекції (Одеська та Миколаївська обл.), які пов'язані з водним фактором передачі [19, с. 140].

Небезпечним для здоров'я людини є забруднення ґрунтових вод неорганічними сполуками азоту, серед яких переважають нітрати. Вони потрапляють у ґрунт, як правило, з мінеральними добривами та рідкими стоками з тваринницьких господарств. Науковці стверджують, що відхилення від ГДК за вмістом нітратів у ґрунтових водах спостерігається по всій території України, а найбільше – у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Миколаївській, Харківській і Дніпропетровській областях. У Житомирській, Київській, Полтавській, Запорізькій, Черкаській, Чернігівській та Сумській областях зафіксовано відхилення від норми вмісту нітратів у воді на рівні 2-4 ГДК (А. Запольський, 2015; Г. Дударєва, 2013), а іноді й вище (Н. Загоруйко, 2013; Н. Бордюг, 2013), особливо навесні та восени. Дослідження сільських селітебних територій України, вказує на стабільне забруднення питної колодязної води азотовмісними сполуками, ГДК нітратів у якій може перевищувати норму у 7-35 разів [8].

Загрозливим є те, що ефективних методів видалення нітратів з води в умовах децентралізованого водопостачання практично не існує. Вживання забрудненої нітратами питної води (вище 45 мг/л) призводить до збільшення частоти онкологічних хвороб, у тому числі пухлин мозку, прямої та ободової кишки, раку шлунка; погіршення функцій крові, набряку легень, токсичного нефриту і гепатиту. Л. Засипка вказує, що нітрати й нітрити вважаються високотоксичними фізіологічно активними радикалами, які впливають на нервову систему людини й провокують захворювання Паркінсона та астму [6, с. 67].

Неодноразово наголошується, що нітрати у питній воді є частою причиною водно-нітратної метгемоглобінемії у дітей до року, летальні випадки від якої реєструються все частіше. Метгемоглобінемія – кисневе голодування тканин (гіпоксія), викликане переходом гемоглобіну крові в метгемоглобін, який не здатен переносити кисень. Випадки метгемоглобінемії трапляються частіше за все в сільських регіонах і реєструються щорічно [3, с. 67; 13, с. 98].

Деякі дослідники вважають, що підвищений вміст нітратів у питній воді є основною причиною виникнення у дітей захворювань щитоподібної залози. На думку ізраїльських учених, комбінація підвищеного вмісту нітратів,

натрію та хлоридів у питній воді призводить до підвищення артеріального тиску у дітей шкільного віку [6, с. 67]. М. Фастовець вказує, що між поширеністю залізо-дефіцитної анемії у дітей, які вживають воду з підвищеним вмістом нітратів та нітратною забрудненістю питної води спостерігається прямий сильний кореляційний зв'язок [18].

Причиною усіх прикрих наслідків від вживання забрудненої нітратами питної води є те, що люди не знають про небезпеку нітратів або не усвідомлюють усієї серйозності становища. Тому надзвичайно важливим є проведення просвітницької роботи серед сільського населення з неодноразовим наголошенням на забороні вживання забрудненої нітратами води й постійному проведенні процедур очищення та дезінфекції забруднених колодязів, після чого показники якості води – вміст нітратів, жорсткість, бактеріологічне забруднення – покращуються в середньому на 70 % [14, с. 113].

До поширених токсичних речовин належать важкі метали: ртуть, кадмій, свинець, цинк, мідь, кобальт, нікель та ін., які потрапляють у водойми, як правило, зі стічними водами металургійної та хімічної промисловості, комунальної галузі або з донних відкладень [15, с. 58]. Екологічна небезпека їх полягає у тому, що вони погано виводяться з організму і здатні до накопичення (у тканинах мозку, печінки, нирок, кісток), внаслідок чого виникають отруєння, функціональні порушення і важкі захворювання, в т.ч. онкологічні хвороби. Згідно з дослідженнями І. Бриндзя та В. Грубінко, вміст важких металів у колодязній воді збільшується навесні та восени, зменшується – влітку [2, с. 203].

Поверхневі й підземні води можуть забруднюватися також радіонуклідами. Це відбувається внаслідок видобутку та перероблення уранових руд, що в Україні здійснюється у Кіровоградській та Дніпропетровській областях; під час змиву радіонуклідів з водозборів верхнього басейну рік Дніпро, Прип'ять і Десна на територіях України, Білорусі й Росії, які були забруднені внаслідок аварії на ЧАЕС, та з донних відкладів цих річок. За думкою Б. Корнілович, незважаючи на значний ефект водоохоронного будівництва, радіоактивний стік з околиць ЧАЕС у р. Прип'ять є і надалі одними з найзначніших гідрологічних шляхів надходження ^{137}Cs , ^{90}Sr і трансуранових елементів у дніпровський басейн [9, с. 108].

Вживання забрудненої радіонуклідами питної води зумовлює радіаційний ризик для населення.

Не менш небезпечними для здоров'я людини є відхилення від норм за іншими показниками якості питної води. Так, підвищена жорсткість питної води, яка обумовлена наявністю в ній розчинених солей кальцію та магнію, бікарбонатів, хлоридів, сульфатів, може провокувати сечокам'яну хворобу та склероз. Найвища захворюваність цими хворобами спостерігається в районах, де питна вода має жорсткість від 16,0 до 23,0 мг екв/л. За умови постійного вживання м'якої маломінералізованої питної води можуть розвиватися такі захворювання як гіпертонічна хвороба, виразка шлунку та дванадцятипалої

кишки, хронічний гастрит, холецистит, нефрит, ішемічна хвороба серця [1, с. 133].

В Україні й очищена вода може бути небезпечною, адже для знезаражування води застосовують сполуки, які містять хлор. За різними даними, ГДК по вмісту хлорфенолу у питній воді перевищено у Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, Херсонській, Черкаській областях. Вміст хлорорганічних речовин у питній воді зростає залежно від сезону і влітку він найвищий [12; 16]. Хлорування води має свій негатив внаслідок утворення побічних хлорорганічних сполук, яким притаманні мутагенні та канцерогенні властивості. Тому для населення Дніпропетровської, Полтавської, Черкаської та інших областей, де реєструються високі рівні хлорфенолу у питній воді, є підвищений ризик виникнення онкологічних захворювань [12, с. 22].

Зважаючи на такий критичний стан гідросфери не дивним є те, що у щорічній доповіді про стан здоров'я населення зазначено: «Україна належить до країн Європейського регіону із незадовільними показниками здоров'я, низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя» [19, с. 10]. Чисельність населення України впродовж останніх 24 років неухильно зменшується, що створює ситуацію депопуляції в країні. Серед причин смерті населення нашої країни уже кілька років підряд перші п'ять місць належить: хворобам системи кровообігу, новоутворенням, зовнішнім причинам смерті, хворобам органів травлення та хворобам органів дихання. Також в країні відмічається висока смертність немовлят [19, с. 27].

Отже, що вживання неякісної питної води, забрудненої хімічними токсикантами та біологічними об'єктами, має свій вклад у формування невтішної для України статистики зі стану здоров'я населення.

З наведеного можна зробити наступні висновки:

1. Однією з ознак сучасної екологічної кризи є катастрофічне забруднення гідросфери, що призвело до появи екологічно-спровокованих хвороб.

2. В Україні найбільш суттєвим чинником забруднення водних об'єктів, паралельно з діючими підприємствами, є перевантажені каналізаційні очисні споруди та мережі, які перебувають у незадовільному технічному стані. Більшість поверхневих вод в Україні за ступенем забруднення відносять до забруднених та дуже брудних. Поверхневі й підземні джерела водопостачання можуть бути забруднені: сполуками азоту, фенолом, залізом, міддю, цинком, манганом, хромом та іншими важкими металами, радіонуклідами, пестицидами тощо й мати мікробне забруднення. Наявні в Україні очисні споруди та технології очищення й знезараження неспроможні провести очищення води до рівня показників безпеки. Питна вода з поверхневих джерел тимчасово або періодично не відповідає нормативам за забарвленістю, каламутністю, вмістом загальних органічних речовин, заліза, мангану, хлороформу. У питній воді з підземних джерел постійно реєструються понаднормативні рівні таких показників: мінералізація,

жорсткість, вміст сульфатів, хлоридів, заліза, мангану, нітратів, амоніаку, фтору.

3. Щорічно в Україні реєструють спалахи гострих кишкових інфекційних захворювань: вірусного гепатиту, дизентерії, черевного тифу, ентеровірусної та ротавірусної інфекцій, серозного менінгіту та інших неінфекційних хвороб системи травлення, серцево-судинної, ендокринної системи тощо, які є наслідком вживання неякісної питної води.

4. Наявність у питній воді хімічних токсикантів призводить до цілого спектру хвороб. Нітрати у питній воді є частою причиною водно-нітратної метгемоглобінемії у дітей до року, наслідком чого є летальні випадки. Вживання дорослими води з підвищеним вмістом нітратів (вище 45 мг/л) призводить до збільшення частоти онкологічних захворювань, набряку легень, токсичного нефриту і гепатиту, погіршують функції крові, можуть провокувати захворювання Паркінсона та астму, є причиною виникнення у дітей захворювань щитоподібної залози та залізо-дефіцитної анемії. Наявність у питній воді радіонуклідів і важких металів зумовлює отруєння, функціональні порушення й онкологічні хвороби. Підвищена жорсткість питної води може провокувати сечокам'яну хворобу та склероз. Питна вода малої мінералізації може призводити до розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту. Постійне вживання хлорованої води має негативний вплив на здоров'я людини внаслідок мутагенних та канцерогенних властивостей побічних хлорорганічних сполук.

5. Надзвичайно важливим вважаємо проведення просвітницької роботи серед населення України з метою: доведення до відома населення інформації щодо гігієнічного стану питної води кожного регіону; роз'яснення наслідків вживання забрудненої води; інформування про всі можливі приватні способи очищення питної води.

Список використаних джерел

1. Архіпова Г.І., Мудрак Т.О., Завертана Д.В., Остапеч О.В. Значення питної води для здоров'я людини у великих містах // Вісник НАУ. – 2010. – № 2. – С. 133-136.
2. Бриндзя І.В., Грубінко В.В. Сезонна динаміка вмісту важких металів у воді колодязів на території Прикарпаття // Біологічні системи. – 2014. – Т. 6, Вип. 2. – С. 197-20.
3. Горішна О. В. Клініко-патогенетичні механізми формування порушень стану здоров'я дітей в умовах нітратного забруднення навколишнього середовища та шляхи їх профілактики і реабілітації : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.10. – педіатрія. – К., 2002. – 25 с.
4. Грабовська Л.Л., Єфремова О.О. Оцінка екологічного ризику у сфері питного водопостачання України // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: військові та технічні науки. – 2010. – № 54. – С. 58-62.
5. ДСанПіН 2.2.4-171-10 (ДСанПіН 2.2.4-400-10). Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною: затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України, № 400 від 12.05.2010; введено в дію 16.07.2010. – К., 2010.
6. Засипка Л.Г., Ворохта Ю.М., Бабієнко В.В., Кільдишова А.М. Проблема забруднення джерел питного водопостачання в Одеській області нітратами // Одеський медичний журнал. – 2008. – № 6 (110). – С. 67-69.
7. Зубленко О. В. Спалахи гострих кишкових інфекцій в Україні // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2015. – Вип. 44 (2). – С. 139-143.

8. Кондратенко О.Є. Визначення ролі нітратного забруднення питної води і ґрунтів в синтезі N-нітрозамінів і формуванні канцерогенного ризику: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біол. наук: спец. 14.02.01 – гігієна (біологічні науки). – К., 2007. – 20 с.
9. Корнілович Б.Ю., Кошик Ю.Й., Спасьонова Л.М., Тобілко В.Ю. Еколого-хімічні та гігієнічні аспекти захисту навколишнього середовища при видобутку та переробці уранових руд (огляд літератури) // Вода: Гігієна и екологія. – 2013. – № ¾ (1). – С. 106-116.
10. Основні засади (стратегія) державної екологічної політики України на період до 2020 року: затверджено Законом України від 21 грудня 2010 року № 2818-VI // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2011. – № 26. – ст. 218.
11. Пономаренко А.М. Питна вода як значущий фактор інфекційної захворюваності населення України // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2008. – № 4 (14). – С. 7-13.
12. Прокопов В.О., Прокопов В.О., Зоріна О.В., Волощенко О.І. Хлорорганічні сполуки у питній воді та ризику для здоров'я // Зб. доп. міжнар. конгресу «ЕТВК-2007». – Ялта, 2007. – С. 21- 28.
13. Протас С.В. Санітарно-епідеміологічний стан водопостачання населення України // Актуальные проблемы транспортной медицины – 2009. – № 4 (18). – С. 95-99.
14. Свояк Н.І. Дослідження забруднення нітратами питної води з децентралізованих джерел водопостачання в Черкаській області // Вісник ЧДТУ. – 2014. – № 4. – С. 113-117.
15. Станько О.М. Важкі метали у воді: забруднення річки Дністер за останні 10 років (територія Львівської області) // Сучасні проблеми токсикології. – 2012. – № 3-4. – С. 58-63.
16. Терновська О.І. Бугас М.В., Заблоцький С.М., Єріна І.М. До питання водозабезпечення та водопостачання деяких регіонів України і показників якості води // Коммунальное хозяйство городов : науч.-техн. сб. – К.: Техніка, 2010. – Вып. 93. – С. 34-38.
17. Усманова Г. О. Атмосферні зміни і стан здоров'я людини // XII Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми сучасної біології та здоров'я людини»: Зб. наук. праць. – Миколаїв: МНУ ім. В.О. Сухомлинського, 2012. - Вип. 12 – С. 269-273.
18. Фастовець М.М. Патогенетичні аспекти лікування та профілактики залізодефіцитної анемії у дітей раннього віку в умовах нітратного навантаження організму: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.10. – педіатрія. – Одеса, 2004. – 25 с.
19. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – 516 с.

**СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ
В КОНТЕКСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАВДАНЬ
СТАЛОГО СУСПІЛЬНОГО РОЗВИТКУ
(Кабусь Н.Д.)**

Як відомо, здоров'я є однією з базових, абсолютних загальнолюдських цінностей. Воно становить основу продуктивного життя людини та є інтегрованим показником суспільного розвитку будь-якої країни, відображенням її політичного, соціального, економічного становища, важливим фактором формування демографічного, економічного потенціалу держави й суспільства [1; 2]. Безумовно, турбота про збереження життя та зміцнення здоров'я своїх громадян належить до пріоритетних завдань будь-якої держави.

Проте останнім часом через несприятливу політичну, соціально-економічну та екологічну ситуації спостерігаються стійкі тенденції погіршення стану здоров'я населення, зокрема, в Україні. Про це свідчить зростання передчасної смертності, негативні зрушення у динаміці й структурі захворюваності, перехід захворювань у хронічну форму, поширення гострих і хронічних хвороб різної етіології, явища інвалідизації населення, зокрема дитячого тощо [2; 3; 5]. Загалом, на сьогодні стан здоров'я населення оцінюється як настільки незадовільний, що знижує рівень національної безпеки країни – як її оборонний потенціал, так і ресурс розвитку суспільства. Все це унеможливорює сталий розвиток як конкретної особистості, так і суспільства в цілому. Отже, медичні показники в Україні стають визначальною характеристикою життєздатності та безпеки нації [5].

Водночас за даними ВООЗ, здоров'я людини лише на 15% залежить від медицини. Вчені-валеологи [6; 7; 9; 11] відзначають: незважаючи на те, що на стан здоров'я людини впливає значна кількість факторів, зокрема, забруднення навколишнього середовища, підвищений радіаційний фон, споживання неякісних продуктів харчування, мікробіологічне зараження, електромагнітне забруднення, стреси, надмірне перевантаження й перевтома людини через недотримання режиму праці й відпочинку, організм людини в силу адаптаційних можливостей все одне намагається підтримувати свій гомеостаз. Однак, чи зможе він це зробити, багато в чому залежить від самої людини, від того, що вона особисто робить для збереження й зміцнення власного здоров'я.

Водночас, як показує практика, люди часто не роблять навіть того, що у їхніх силах для збереження і підтримки стану свого здоров'я – ранкову, дихальну гімнастику, оздоровлення за допомогою фітотерапії, споживають швидку їжу, мають шкідливі звички, проводять довгі часи за монітором комп'ютера навіть тоді, коли цього можна уникнути. Крім того, надзвичайне забруднення навколишнього середовища, що спостерігається останнім часом (так, зокрема, за даними медекспертів, якщо не скоротити на 90% кількість особистого транспорту, то у найближчі 20 років населення почне вимирати від онкологічних захворювань), теж стало результатом діяльності людини, яка не замислюється серйозно про наслідки безвідповідальної життєдіяльності.

Загострення означених проблем свідчить про дисгармонійність розвитку людства, що спостерігається на різних рівнях існування соціального суб'єкта, зокрема: 1) особистості – її розуму, почуттів, волі (нестійка система цінностей, переважання емоцій над розумом, дисгармонія прагнень і можливостей, відсутність конкретних дій для їх досягнення й благополучного існування індивіда в цілому, недостатня розвиненість волі, самоконтролю й саморегуляції, здатності до самоорганізації), дисгармонія особистісного й соціального, недостатнє усвідомлення відповідальності як за результати власної життєдіяльності, так і за долю суспільства; 2) соціальної групи – низький рівень цілісності й консолідованості соціальних груп (зокрема, дітей, молоді, дорослих, сім'ї), зростання рівня агресії, залежної поведінки, інших проявів девіантної поведінки, соціальна пасивність представників різних соціальних груп, крайній індивідуалізм, зосередження на егоїстичних

інтересах та прагненнях, байдужість до інших людей і стану суспільства в цілому, небажання об'єднувати зусилля для вирішення важливих суспільних завдань); 3) суспільства (дисгармонійність і розбалансованість у різних сферах функціонування суспільства – політичній, економічній, духовній, культурній, еколого-валеологічній, соціальній, де в основі переважної більшості проблем знаходиться саме дисгармонійність розвитку особистості).

У зв'язку з цим перехід цивілізації на засади сталого розвитку як основне завдання «Порядку денного на XXI століття» [1], що означає збалансований екологічний, економічний та соціальний прогрес світової спільноти протягом тривалого часу, збереження умов існування людського суспільства, цілісності й життєздатності біосфери, стабільності соціальних і культурних систем та їх подальше поліпшення, можливий лише за умови сталої позитивної динаміки кожної особистості на основі здобуття нею внутрішньої гармонії та цілісності, формування стійкості до негативних чинників, здатності до самотворення й об'єднання зусиль для стабільного прогресивного розвитку суспільства. Це потребує, зокрема, налагодження фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я людини, підвищення рівня її відповідальності за результати власної життєдіяльності й індивідуальний внесок у процес суспільних перетворень.

У цьому контексті важливим є усвідомлення кожною особистістю, що її життя, а тим більше сталий розвиток безпосередньо залежать від рівня її здоров'я у його холистичному розумінні, а саме: фізичного (що уможливорює існування людини, зумовлює її життєздатність та якість життєдіяльності), психічного (зокрема, позитивного мислення, здатності до емоційної саморегуляції, самовідновлення, психо- і стресостійкості), соціального (що відображає стійку позитивну взаємодію з оточенням, розуміння соціальної єдності, взаємодопомоги й солідарності як визначальних умов прогресивного розвитку людства), духовного (сформованості стійкої системи цінностей, розуміння власної цінності, цінності інших людей, соціальних спільнот, культури, природи, світу в цілому; здатності відчувати щастя буття – власного існування, спілкування, творчості і перетворення; узгодженості логічних рівнів особистості у контексті значущої мети; наявності волі до дій, усвідомлення себе відповідальним творцем власного та суспільного життя).

З огляду на це стратегічними напрямками діяльності зі здоров'язбереження як окремої особистості, так і здоров'я нації в сучасних умовах є розробка й реалізація системи соціально-виховної й просвітницької діяльності на різних рівнях, що сприяє: 1) сталому прогресивному розвитку особистості як суб'єкта власної життєдіяльності, здатного до свідомого вибору продуктивних стратегій життєдіяльності, відповідального самотворення власного життя, попередження кризових станів, ефективної творчої відповіді на виклики, з якими стикається людина протягом життя; 2) становленню особистості як відповідального соціального суб'єкта, котрий усвідомлює власну належність до солідарних соціальних спільнот різного рівня – сім'ї, громади, нації, цивілізації й свідомо діє для їх позитивного розвитку, підвищення рівня цілісності та консолідованості, здатний

об'єднувати зусилля для спільного розв'язання нагальних проблем на основі усвідомлення того, що від дій кожної конкретної особистості залежать не лише результати її власної життєдіяльності, а загальний стан суспільства і людської цивілізації загалом [4]. Така діяльність має сприяти розвитку особистості як суб'єкта діяльності в контексті власного здоров'язбереження і здоров'язміцнення й збереження здоров'я природи на підґрунті усвідомлення здоров'я як визначального фактора сталого розвитку людини і суспільства.

Водночас, дослідники сходяться в думці, що становлення людини відповідальним суб'єктом власної життєдіяльності й соціальним суб'єктом можливе за умови чіткого розуміння особистістю основних законів і закономірностей ефективної життєдіяльності й усвідомлення наслідків нерозумного способу життя.

Здійснений нами науковий пошук [6; 8; 9; 10; 11] дозволяє стверджувати, що такими законами, зокрема, є: закон переходу кількісних змін у якісні; закон причинно-наслідкових зв'язків; важливості не лише намірів, а й конкретних дій для досягнення мети; закон всезагальної єдності сущого (стверджує єдність усього сущого у Всесвіті, важливості існування Мікрокосму (Людини) за законами Макрокосму (Всесвіту), оскільки завжди існує відповідність між законами і явищами всіх планів життя – фізичного, душевно-ментального і ментально-духовного); закон розвитку і руху (будь-яка система для підтримки свого гомеостазу має знаходитись у постійному русі і розвитку, її здатність підтримувати своє існування у просторі і часі забезпечується завдяки постійному вдосконаленню, кількісним і якісним змінам у процесі взаємодії з навколишнім середовищем, оскільки за умови зупинки розвитку починається деградація системи); закон резонансу (усі прояви думки, емоцій, розуму, волі кожної людини шляхом резонансу впливають на душевний стан мислення й розум інших людей, стан суспільства і природи, що зумовлює важливість усвідомлення кожною людиною відповідальності за власні дії, думки, вчинки, слова); закон гармонії (світ побудований та ефективно функціонує лише за законом гармонії, це ж стосується людини, дисгармонії є нежиттєздатними, важливою є гармонізація мислення, почуттів, волі людини, матеріального і духовного, Розуму і Духу, що забезпечує продуктивність її життєдіяльності, довге щасливе життя); закон самоконтролю й саморегуляції живого (живі системи здатні до самоконтролю й саморегуляції в процесі життєдіяльності, саме це є важливою умовою їх ефективності); закон бумеранга (життєві приклади підтверджують, що все повертається – як добро, так і зло; людина отримує те, що сама надсилає у Всесвіт); закон розплати (індивід завжди розплачується за ті зміни, які привносить у навколишнє середовище, платежу за цим рахунком неможливо уникнути, його можна лише відстрочити); закон справедливості (кожен отримує по заслугам, спричинене будь-кому зло обертається стражданнями – фізичними та душевними); закон віддачі (віддача пропорційна внеску); закон віри (або притягіння – людина притягує до себе те, у що вірить – в успіх, чи невдачу) та інші.

Погоджуємося з дослідниками, які відзначають, що саме недостатнє дотримання кожною людиною означених законів обумовлює не лише несталість її розвитку, а й є причиною розбалансованості, характерної для різних сфер сучасного буття. Вважаємо, що якомога раніше ознайомлення підростаючого покоління (зокрема, на конкретних переконливих прикладах) з загальними законами і закономірностями ефективної життєдіяльності уможлиблює становлення особистості відповідальним суб'єктом, сприяє гармонізації її почуттів, розуму та волі, дозволяє відчути відповідальність за власні дії перед самою собою, іншими людьми, світом в цілому, коли власною діяльністю людина принаймні не наносить шкоди іншим. Кожна людина має чітко розуміти важливість моральних вчинків та поведінки як по відношенню до інших, так і до самої себе, вважати їх дотримання невід'ємним законом щасливого життя, усвідомлювати, що аморальність в устремлінні до особистого щастя завжди обертається нещастям перш за все для самої людини, позбавляючи її духовного та фізичного здоров'я, не дозволяючи здійснити цикл повноцінного людського існування.

Всесвітньо відомий вітчизняний учений, лауреат Нобелівської премії з медицини І. Мечніков, автор вчення про ортобіоз – розумний спосіб життя, що передбачає здатність людини до саморегуляції – удосконалення й гармонізації своєї природи з метою досягнення найбільшого щастя, тривалого, активного буття – експериментально довів, що вирішальна роль у продовженні життя людини належить самій особистості. Це потребує, насамперед, виключення шкідливих звичок, дотримання гігієни для попередження інфекційних хвороб, режиму праці та відпочинку, правильного харчування, що попереджує гниття їжі в кишківнику, виконання фізичних вправ для укріплення природного імунітету, а також позитивного ставлення людини до життя, самої себе, інших людей, світу в цілому, взаємодопомоги та солідарності [9].

При цьому учений експериментально підтвердив взаємозв'язок стану фізичного здоров'я особистості з її психологічним та духовним благополуччям, підкреслюючи вирішальну роль останнього в житті людини, зокрема зауважуючи, що песимістичний погляд на життя не дозволяє людині відчувати щастя і повноту буття, спонукаючи слідувати дисгармонійним інстинктам, що шкодять та загублюють її. Панування песимістичного світогляду, незадоволеність собою та буттям, часто призводить людину до різного виду зловживань, небалого ставлення до власного здоров'я, бездумного розтрачування життя й навіть його передчасної втрати. Водночас душевна рівновага й оптимістичний світогляд, навіть якщо людина хронічно хвора, уможливлюють цілісність і гармонійність її існування, що забезпечує відчуття радості життя, духовну бадьорість й уможливлює невтомну діяльність (в тому числі й пізнавальну – невичерпну жагу до знань) до старості, а також дії задля того, щоб життя продовжувалось якомога довше [9; 10].

Отже, погоджуючись з надзвичайною важливістю фізичного здоров'я для життя людини й усвідомлюючи необхідність докладання духовних, інтелектуальних, вольових зусиль для його підтримки, підкреслюємо

визначальну роль духовного благополуччя для загального здоров'я особистості, оскільки надсвідомість чи духовний елемент складає вершину потреб людини. Саме духовне здоров'я є тим системоутворювальним фактором, що зумовлює вектор її життєдіяльності – позитивний чи негативний, щасливе чи нещасливе життя. Життєві приклади підтверджують цей факт – багато відомих людей, які досягли значного успіху, кар'єри, слави, маючи достатні матеріальні та чуттєві блага, все ж не усвідомлюють себе щасливими, що знецінює в їхніх очах усі досягнення, вони не відчують гармонії й подекуди зазнають життєвої кризи. Водночас людина з обмеженими можливостями може мати багатий духовний світ і жити щасливим життям. Отже, саме духовне здоров'я (проявами якого є життєвий оптимізм, здатність відчувати щастя буття, долати труднощі на життєвому шляху й брати стовідсоткову відповідальність за власне життя на себе) є одним із найважливіших компонентів, що об'єднує всі інші, й запорукою загального благополуччя особистості.

Саме ці якості характеризують людину як суб'єкта, здатного до відповідального життєтворення, що усвідомлює цінність власного існування, здатен до вдосконалення своєї сутності й вибудовує власну долю незалежно від обставин і життєвих негараздів, розуміючи, що людина сама є ковалем свого щастя, але його досягнення, безумовно, потребує фізичних і духовних зусиль. Той, хто не бажає докладати зусиль душі та тіла, не може досягати успіху в будь-якій сфері життєдіяльності й зазвичай виправдовує власну бездіяльність не завжди сприятливими обставинами чи умовами.

Таким чином, вважаємо: нині, в умовах зростання ролі людини на планеті, яка стає «величезною перетворюючою силою» (В. Вернадський), котра може спрямовуватися як на творення, так і на руйнування – в тому числі власного здоров'я (зокрема, через шкідливі звички, нерозумний спосіб життя) і здоров'я природи (через тотальне забруднення навколишнього середовища, що неодмінно відображається на здоров'ї населення), стратегічними напрямками діяльності зі здоров'язбереження є розвиток особистості як: 1) відповідального суб'єкта власної життєдіяльності, здатного до свідомого вибору продуктивних стратегій життєдіяльності, відповідального самотворення власного життя, попередження кризових станів, саморегуляції й самоорганізації; 2) відповідального соціального суб'єкта, котрий свідомо обирає позитивні стратегії взаємодії з іншими людьми і навколишнім світом й здатний об'єднувати зусилля для спільного розв'язання важливих завдань на підґрунті усвідомлення основних законів і закономірностей ефективної життєдіяльності та сталого розвитку. Це сприятиме розвитку особистості як суб'єкта діяльності в контексті власного здоров'язбереження і здоров'язміцнення й збереження здоров'я природи на підґрунті усвідомлення здоров'я у його холістичному вимірі як визначального фактора сталого розвитку людини і суспільства.

Список використаних джерел

1. Agenda 21: United Nations Conference on Environment and Development. - Rio de Janeiro, Brazil, June 3-14, 1992, 351 p. [Electronic resource]. URL: <http://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Agenda21.pdf>.
2. Health 21: The policy Framework for achieving health for all in the European region. WHO / ERB WHO, Copenhagen, 1999. - 310 p.
3. Kabus N. Summarizing the experience of students future social pedagogues volunteering in the context of sustainable development and health preservation of personality // American Journal of Nursing Research, 2015. - Vol. 3. - № 1. - P. 8–13. [Electronic resource]. URL: <https://pubs.sciepub.com/ajnr/3/1/3>.
4. Kabus N. The Use of Activity-Based Approach as Methodological Basis of Prospective Social Workers' Training to Sustainable Development of Social Groups in Ukraine // International Letters of Social and Humanistic Sciences. Bach. - 2016. - Vol. 72. - P. 83-90.
5. Бойчук Ю.Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти: монографія. - Суми: Університетська книга, 2008. - 357 с.
6. Гончаренко М.С. Научные основы современного мировоззрения. Валеологический аспект: уч.-метод. пособ. - Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2012. - 256 с.
7. Гончаренко М., Бойчук Ю. Духовні стратегії збереження здоров'я та життя на планеті // Валеологія: сучасний стан, напрями та перспективи розвитку : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., 5–7 квітня 2006 р. / Харк. нац. ун-т імені В.Н. Каразіна. - Харків, 2006. - № 2. - С. 8–15.
8. Зелигман М. Как научиться оптимизму. - М.: Вече, 1997. - 432 с.
9. Мечников И.И. Этюды оптимизма. - Х.: Литера Нова, 2013. - 304 с.
10. Мечников И.И. Сорок лет искания рационального мировоззрения. - М.: КРАСАНДР, 2011. - 296 с.
11. Пинтосевич И. Семь заповедей энергии и здоров'я. - К.: ООО «Медиа Холдинг», 2010. - 192 с.

РОЗДІЛ II. МЕДИЧНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ ПО ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

(Іващук Л.Ю.)

Конституцією України визначено, що найвищою соціальною цінністю у нашій державі є людина, її життя і здоров'я [1, с. 334]. У законі України «Про дошкільну освіту» окреслені обов'язки держави щодо піклування про збереження та зміцнення здоров'я дітей дошкільного віку, забезпечення їхнього психічного та фізичного розвитку.

Серед пріоритетних напрямків розвитку освіти, визначених Національною доктриною розвитку освіти (Указ Президента України № 374 від 17.04.2002 р.), є пропаганда та стимулювання у молоді прагнення до здорового способу життя.

Концепція екологічної освіти України набуває чинності державного документа. Його пріоритетним напрямком є забезпечення гармонійного розвитку людини, необхідність з наймолодшого віку формувати в неї свідоме ставлення до власного здоров'я та навколишнього середовища [2, с. 287].

Більше 10 державних програм, які спрямовані на пропаганду здорового способу життя, відображені у документах, що показують стратегічний напрямок діяльності по охороні здоров'я населення України [3, с. 193].

Україна бере участь у програмі ВООЗ «Євроздоров'я», яка розпочалася з 1991 р. і спрямована на активне співробітництво та допомогу країнам Східної, Центральної та Південної Європи, республікам колишнього СРСР, що стали на шлях незалежного розвитку. Зокрема програма «Євроздоров'я» передбачає угоди за коротко-, середньо- та довгостроковими програмами. Так, за короткостроковими програмами Україні була надана допомога для боротьби з холерою.

За середньо- та довгостроковими програмами передбачена, зокрема, допомога у реформуванні системи охорони здоров'я, ліквідації поліомієліту тощо [4, с. 6].

Щорічна фінансова допомога ВООЗ нашій державі становить 50 тисяч доларів. Делегація України щорічно бере участь у Всесвітній асамблеї охорони здоров'я [5, с. 22]. У м. Києві організовано бюро по зв'язкам із ВООЗ, яке працює в тісному контакті з МОЗ України [6, с. 164].

Для координації міжнародної діяльності в галузі охорони здоров'я ВООЗ на початку 80-х років було розроблено глобальну програму «Стратегія досягнення здоров'я для всіх до 2000 року», яка з 1997 року отримала назву «Досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті» [8, с. 405].

Основною її метою є «досягнення всіма жителями Землі такого рівня здоров'я, який дасть їм змогу вести життя повноцінне в соціальному та економічному відношенні» [7, с. 145].

Основними передумовами для виконання програми ВООЗ «Досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті» визначаються: високий рівень наукових досліджень у найбільш пріоритетних напрямках медичної науки та організації охорони здоров'я; формування систем інформаційного забезпечення за основними завданнями та напрямками дій, передбачених програмою; наявність оптимальної управлінської структури та системи підготовки медичних кадрів; розвиток партнерства в діяльності різних служб і організацій для досягнення цілей стратегії.

До найбільш пріоритетних напрямків наукових досліджень віднесено вивчення: причин відмінностей у стані здоров'я населення, методик їх оцінки; стереотипів поведінки та їх впливу на здоров'я; механізму заохочення населення до здорового способу життя; організаційних і управлінських аспектів надання медичної допомоги на різних рівнях; моделі виділення ресурсів (співвідношення державних і приватних джерел ресурсів) і їх розподілу між різними рівнями допомоги; оцінка ефективності систем підготовки кадрів, медичних технологій, діяльності служб охорони здоров'я.

Саме на результатах науково-дослідних розробок передбачено створення таких інформаційних систем: прогнозування майбутніх потреб і проблем охорони здоров'я; популяційних реєстрів з окремих хронічних захворювань (злоякісні новоутворення, серцево-судинні); методів оцінки шкідливих факторів навколишнього середовища та факторів ризику на здоров'я; співвідношення методів оцінки виділених ресурсів і ефективності одержаних результатів у галузі охорони здоров'я.

Для поліпшення управління галуззю передбачається розвиток широкого партнерства органів і закладів охорони здоров'я з міждержавними організаціями, міністерствами, відомствами, місцевими органами самоврядування, профспілковими та громадськими організаціями.

У травні 1998 року в рамках урочистостей з нагоди 50-ї річниці ВООЗ було проведено форум керівників держав і урядів, присвячений програмі «Досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті». Результати роботи форуму дозволять істотно посилити ефективність її виконання.

У резолюції форуму були сформульовані найбільш актуальні проблеми в галузі охорони здоров'я на наступне століття: боротьба з інфекційними хворобами; зміцнення первинної медико-санітарної допомоги; оздоровлення навколишнього середовища; зміцнення партнерства з питань охорони здоров'я; пропаганда здорового способу життя.

Для досягнення справедливості та рівноправ'я в питаннях охорони здоров'я населення різних Європейських країн, поліпшення здоров'я його найбільш вразливих груп і зменшення числа найбільш поширених захворювань програма передбачає такі напрямки дій: заохочення населення до здорового способу життя; оздоровлення навколишнього середовища; забезпечення населення відповідною медико-санітарною допомогою.

Як зазначається в програмі, здоровий спосіб життя передбачає: відсутність шкідливих звичок; достатню фізичну активність; збалансоване

раціональне харчування; вміння справлятися зі стресами; здоровий сексуальний спосіб життя.

Стратегія заохочення до здорового способу життя повинна опиратися на державну політику, що сприяє зміцненню здоров'я.

ВООЗ пропонує країнам - членам ВООЗ такі механізми державного регулювання політики заохочення населення до здорового способу життя: спрямування державних субсидій на виробництво товарів і продуктів, що сприяють підтримці здорового способу життя; контроль за рекламою шкідливих для здоров'я продуктів і виробів: алкогольних напоїв, тютюну тощо; контроль за експортом та імпортом продукції, що може мати шкідливий вплив на здоров'я; вдосконалення практики ціноутворення та оподаткування на споживчі товари, що полегшить вибір на користь здоров'я; сприяння пріоритетному субсидіюванню на виробництво товарів і продуктів, що сприяють зміцненню здоров'я: свіжі овочі, фрукти, безалкогольні напої, товари гігієнічного призначення та для занять фізичною культурою.

Крім державної політики, здоровому способу життя повинні сприяти конкретні умови на виробництві, в сім'ї, школі. Наприклад, у школярів слід виховувати почуття відповідальності за власне здоров'я. На виробництві роботодавець має дбати про задоволення працівників своєю працею [9, с. 54].

З метою більш активного заохочення до здорового способу життя пропонується забезпечити населення доступною інформацією [10, с. 68]. Це треба зробити, перш за все, за рахунок переорієнтації системи медичної пропаганди у напрямку перенесення акценту з вивчення впливу негативних факторів поведінки та шкідливих умов середовища на показ переваг, які забезпечує здоровий спосіб життя в особистому, соціальному та економічному плані, адже виробники алкогольної та тютюнової продукції вміють представити шкідливий спосіб життя в привабливому світі, використовуючи засоби масової пропаганди [11, с. 32].

Підписання Президентом України Декларації Тисячоліття ООН означає, що Уряд взяв на себе важливі зобов'язання визначити національним пріоритетом розв'язання найгостріших проблем, що стосуються людського розвитку. В 2003 році Уряд України прийняв «Цілі Тисячоліття» (ЦТ) для України, які, враховуючи особливості національного розвитку країни, мають встановити пріоритети стратегічного розвитку держави, забезпечити систематичний комплексний підхід для формування довготривалих стратегій економічного та соціального розвитку, національну стратегію сталого розвитку та інші стратегічні державні доктрини.

Цілі Тисячоліття для України розраховані на 2001-2015 роки. Вони включають в себе виконання наступних завдань: подолати крайню бідність; надати всім дітям початкову освіту; забезпечити стабільний розвиток довілля; покращити стан здоров'я матерів та зменшити дитячу смертність; перемогти розповсюдження ВШ/СНІД та туберкульозу; сприяти рівності жінок та чоловіків.

2001 рік був початковим пунктом для визначення основних показників для порівняння у 2015 році. Ключовими були обрані роки 2004, 2007, 2011 та

2015. В цьому контексті Уряд України визначив головні питання, які потрібно виконати в першу чергу і на які мають бути направлені зусилля для їх вирішення: неймовірно низький рівень життя більшості населення та низькі доходи на душу населення; розповсюдження крайньої бідності, відсутність середнього класу в суспільстві; низький рівень соціального захисту та гарантій; зменшення населення в результаті збільшення рівня смертності; масова еміграція найбільш талановитих та кваліфікованих професіоналів; масове безробіття; погіршення загального стану здоров'я населення та скорочення середньої тривалості життя; зниження якості навчання та людського потенціалу; незадовільний стан довкілля; збільшення розбіжності з розвинутими країнами у головних показниках людського розвитку; надмірно централізована соціальна політика.

Згідно стратегії досягнення Цілей Тисячоліття в Україні, головні заходи з розвитку включають в себе: розвиток системи охорони здоров'я та розширення доступу до неї, вдосконалення системи освіти та навчання навичкам здорового способу життя, покращення побутового середовища та послуг, захист навколишнього середовища для майбутніх поколінь, боротьба з розповсюдженням ВІЛ/СНІД та туберкульозу.

Поряд з Цілями Тисячоліття України, існує ряд галузевих та міжгалузевих програм та інших стратегічних планів, спрямованих на вирішення тих чи інших пріоритетних завдань: Національна програма «Репродуктивне здоров'я»; Програма боротьби з ВІЛ/СНІД; Національна програма «Діти України»; Комплексна національна програма «Здоров'я Нації»; Програма з імунізації та підтримки здоров'я; Національна програма «Відпочинок дітей та їх здоров'я»; Концепція безпечного материнства.

На всіх етапах розвитку охорони здоров'я вивченню захворюваності приділялась велика увага. Вивчалася вона за даними спеціальних досліджень, у роки проведення переписів, за статистичними даними [12, с. 83]. Ці показники характеризують стан адаптації населення до змін навколишнього середовища, патологію і дозволяють оцінювати ефективність профілактичних заходів, розробляти обґрунтовані програми розвитку охорони здоров'я. Особливо важливими є показники поширеності хвороб, які зареєстровані в населення протягом року, та захворюваності, тобто частоти тих хвороб, які у поточному році виявлені вперше.

Існують вікові, статеві, регіональні, територіальні відмінності в показниках захворюваності населення. Як правило, дитяче населення має найвищі рівні захворюваності, порівняно зі старшими віковими групами [13, с. 103]. Захворюваність населення України за даними звертань у лікувально-профілактичні заклади протягом 10-літнього періоду становила 59,0-67,7 тис. випадків на 100 тис. населення з коливанням в окремі роки.

У цілому рівень захворюваності населення України в 2000 р. (67677,8 на 100 тис.) мав майже таку саму величину, як і в 1991р. (67395,5 на 100 тис.). Структура захворюваності за 10-річний період змінилась у зв'язку зі зменшенням питомої ваги хвороб органів дихання, травм та отруєнь і

збільшенням частки хвороб системи кровообігу, сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Упродовж 10-річного періоду поширеність хвороб серед населення України зростає. Якщо в 1991 р. рівень її становив 120,4 тис. на 100 тис. населення, то у 2000 р. він досягнув 148,1 тис. Основну структуру поширеності хвороб в Україні, як і в більшості європейських країн, становлять хронічні неінфекційні хвороби, зокрема, хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, ендокринні і алергійні захворювання, а також соціально небезпечні інфекційні хвороби, зокрема, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом.

Важливою характеристикою соціального благополуччя населення є стан психічного здоров'я [14, с. 56]. В умовах соціально-економічної нестабільності, яку переживає Україна протягом останнього десятиріччя, значної поширеності стресових ситуацій спостерігається збільшення кількості випадків психічних захворювань з ускладненням їх перебігу. У період 1991-2000 рр. захворюваність на розлади психіки зростає на 9,7%, а поширеність хвороб – на 4,6%. У структурі захворюваності переважають психічні розлади несприятливого характеру. Міське населення має вищі рівні захворюваності порівняно із сільським. Серед окремих вікових груп населення високою є захворюваність на психічні розлади підлітків. Кількість інвалідів за психічним статусом у 2000 р. досягла 247,5 тис.

Для України характерна значна поширеність наркологічних хвороб – хронічного алкоголізму та алкогольних психозів. Нині в Україні нараховується 672 тис. хворих на цю недугу.

Високими темпами зростає захворюваність населення на наркоманію, набуваючи соціального значення. Так у 2000 р. частота появи наркотичної залежності склала 22,6 випадку на 100 тис.

Особливу роль у формуванні рівня здоров'я населення відіграє травматизм, частка якого у загальній структурі захворюваності становить 7%. Він є однією з основних причин інвалідності та смертності населення. У 2000р. було зареєстровано на 527,4 тис. травм менше, ніж у 1991р. І все ж рівень травматизму в Україні залишається високим. Серед травм переважають побутові (79,6%), вуличні (10,2%), виробничі(6,0%) та дорожньо-транспортні (1,4%).

Значні рівні захворюваності та поширеності хвороб серед населення позначаються на показниках інвалідності. В Україні нині нараховується 2,5 млн. інвалідів. Інвалідність населення України залишається високою і вимагає комплексного підходу до її вирішення.

В останнє десятиріччя Україна, як незалежна держава, активно входить до Європейської спільноти. У нашій державі йде процес адаптації до міжнародних принципів політики в різних сферах діяльності [15, с. 146]. З початку 80-х років орієнтиром для вдосконалення політики в галузі охорони здоров'я в Європі взагалі і в кожній країні – члені Європейського Регіонального Бюро ВООЗ (ЄРБ, ВООЗ) є загальноєвропейська політика

«Здоров'я для всіх» (ЗДВ). І Україна одна з перших серед нових держав пострадянського простору заявила про наміри дотримування політики ЗДВ.

Для вирішення проблеми збереження і підвищення рівня здоров'я та працездатності людини, продовження її життя в масштабах держави створена система охорони здоров'я (СОЗ), яка включає такі підсистеми: санітарно-профілактичну, лікувально-профілактичну, фізкультурно-оздоровчу, санітарно-курортну, аптечну, науково-медичну, санітарно-епідеміологічну.

Однією із стратегій системи охорони здоров'я є здійснення так званої первинної профілактики, яка є масовою і ефективною, наприклад, будівництво очисних споруд або відповідні зміни технологічного процесу на підприємствах, які забруднюють атмосферне повітря, призводить до різкого зниження рівня злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання, серцево-судинної системи та інших захворювань.

Другий напрям полягає у визначенні форм, методів і засобів профілактики, лікування, реабілітації, а також організації відпочинку кожної конкретної людини.

У державі розроблена і впроваджується низка національних і державних програм: «Діти України», «Здоров'я літніх людей», «Комплексні заходи боротьби з туберкульозом», «Цукровий діабет», «Програма профілактики СНІДу та наркоманії на 1999-2000 роки» та ін. Реалізація заходів, передбачених цими програмами, дозволить суттєво поліпшити здоров'я народу. Збереження здоров'я нинішніх, а тим самим майбутніх поколінь має перетворитися на пріоритетну мету всієї соціально-економічної політики нашої держави.

Незважаючи на те, що цінність здорового способу життя декларована в головних законах, постановах, актах держави, робота щодо забезпечення фізичного, психічного, соціального, духовного благополуччя і гармонійного розвитку особистості є особистісним здобутком. Інакше кажучи, спосіб життя – це той чинник, який майже цілком залежить від поведінки людини і визначає її здоров'я. Здоровим спосіб життя зберігає і покращує здоров'я.

За 26 років незалежності України було чимало здобутків, але й нароблено багато помилок. Досі держава не переймалася як слід демографічною кризою та проблемою поліпшення здоров'я нації. Нас уже давно не 50 мільйонів. Тим часом, невисокою продовжує залишатися народжуваність, кількість дітей у країні не сягає і 20% населення України. Необхідно також зауважити, що за витратами на охорону здоров'я серед 45 країн Європи Україна на 41-му місці. Цей показник в Україні порівняно з найбільш благополучною країною – Німеччиною – нижчий більш ніж в 3 рази!

Якщо сидіти склавши руки далі, то на нас чекає не досить радісне майбуття. Науковці твердять, що ймовірність померти, не доживши до 60 років, для сьогоднішніх 16-річних юнаків та дівчат у 2026 р. становитиме 16-21%.

Наведені дані свідчать про те, що Україні треба докласти ще багато зусиль для виконання завдань ЗДВ. У травні 1998 р. світовою спільнотою

прийнята політика «Здоров'я для всіх у 21 сторіччі», якою передбачено, що до 2010 р. всі країни – члени ВООЗ повинні не тільки мати, але й здійснювати політику досягнення здоров'я для всіх відповідно до Загальноєвропейської політики «Здоров'я для всіх» на державному, регіональному і місцевому рівнях.

У серпні 2014 Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. За допомогою нових стратегічних підходів до підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей потрібно було надати нового поштовху реформі галузі.

Запропонована Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки (далі - Стратегія) є складовою Національного плану дій з реформування, котрий був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року ?5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII).

Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах, котрі, на думку СДГ, є фундаментальними і такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я, та мають бути відображеними на кожному наступному етапі реформи, а саме:

Орієнтованість на людей, яка означає, що система охорони здоров'я насамперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, робота котрих залежить від стосунків між різними учасниками системи, включаючи управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників тощо. Процвітання системи може бути досягнуте лише шляхом формування довіри, діалогу та взаємоповаги між цими учасниками, а ефективність роботи залежатиме від якості таких стосунків.

Орієнтованість на результат, яка означає, що: результативність допомоги та/ або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів

або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості. Саме з цієї причини формування бази даних із інформацією про якість надання послуг, якої зараз бракує в Україні, має бути пріоритетом.

Орієнтованість на втілення, яка означає, що відмінна ідея — це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг.

Отже, з наведеного можна зробити наступні висновки: 1) пріоритетним напрямком концепції екологічної освіти України є забезпечення гармонійного розвитку людини, необхідність з наймолодшого віку формувати в неї свідоме ставлення до власного здоров'я та навколишнього середовища; 2) задля майбутнього розвитку, зміцнення здоров'я населення та подолання бідності стратегію державної політики слід будувати на задоволенні потреб та інтересів кожної української сім'ї та кожного її члена.

Список використаних джерел

1. Конституція України. Розділ I, стаття № 3. Розділ II, статті № 21, 23, 27, 49, 50. Прийнята Верховною Радою 28.06.1996 р.
2. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові напрями протидії / за ред. В. Стешенко. — К.: НАН України, Ін-т економ., 2001. — 560 с.
3. Законодавство України про охорону здоров'я (коментарі та постатейні матеріали). — К.: Атика, 2000. — 315с.
4. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Концепція розвитку охорони здоров'я — стратегія розвитку галузі // Лікарська справа. — 2001. — № 1. — С. 3 — 8.
5. О политике Всемирной организации здравоохранения. «Здоровье для всех до 2000 года» // Медицинские вести. — 1997. — № 1. — С. 22 — 23.
6. Охорона здоров'я в Україні, проблеми та перспективи / За ред. проф. В.М. Пономаренка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 310 с.
7. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. — К.: Здоров'я, 2003. — 396 с.
8. Проекти нормативних документів: Національна аналітична доповідь « Цілі Розвитку Тисячоліття: Україна».
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.04.2008 р. № 172 «Про затвердження Плану заходів з виконання пріоритетів діяльності Міністерства охорони здоров'я на 2008 рік».
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.05.2008 р. № 235 «Про затвердження плану заходів, спрямованих на реалізацію пріоритетів діяльності Кабінету Міністрів України у 2008 році».
11. Закон України «Про освіту» від 23.03.1996р. № 100/96 – ВР.
12. Указ президента України від 07.12.2000 № 1313/2000 « Про концепцію розвитку охорони здоров'я України».
13. Закон України « Про охорону дитинства» № 2402 від 26.04.2001 р.- ІІІ.
14. Національна доктрина розвитку освіти (затверджена Указом президента від 17.04.2002 р. № 347 /2002).
15. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 рр. (затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 14.01.2002 р. № 14).

РОЗКРИТТЯ КОНЦЕПЦІЇ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО СПРЯМУВАННЯ НАУКОВО-МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ТЕХНОЛОГІЙ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ *(Закрутько Л.І., Ільницька Л.В., Корж А.В.)*

Глобальні виклики сьогодення поширюють оновлене ставлення до усіх життєвоважливих сфер людського буття, пов'язаних із безпекою збереження найважливіших чинників, стимулюючих покращення здоров'я населення країни. Напружений характер щоденного соціального ритму вмотивовує включати додаткові ресурси по відпрацюванню запобіжних функцій щодо зміцнення системних факторів, по-де-коли зменшених показників колишньої стабільності. Важкі епідеміологічні випадки, хронічні перебіги захворюваності не обмежуються профілактичними діями, проте формують інше наукове завдання – передбачити можливості для застосування, вкрай потрібних сучасних здоров'язбережувальних технологій відновлювальної медицини.

Науковий напрям концептуального аналізу медичного інформаційно-аналітичного забезпечення відчуває вимоги часу та надає ретельно перевірені методичні рекомендації, інформаційні листи, що і стають первинними прикладними елементами для проведення базового моніторингу статистичних даних, зведених по основних медичних проблемах. Таким чином, відтворені показники демонструють окрім динаміки ще й додаткові аспекти кризової інертності та несподіваних коливань – інколи до уваги беруться ті неочікувані гострі бар'єри, які і пригальмовують звершення майбутніх прогресуючих змін у сфері охорони здоров'я. Набутий теоретичний досвід по опрацюванню перевіреної наукової медичної інформації такою впливовою установою МОЗ України, як УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ, дозволяє структурувати системно надходжені наукові медичні документи навіть за профільними орієнтирами здоров'язбережувального гатунку. Централізоване системне бачення наукових проявів медичної інформації допомагає переопрацьовувати зіставлені похідні за певний період, відтворюючи при цьому технологічно-конфігураційну природу зазначеного концептуального проблемно-орієнтованого спрямування необхідної пошукової форми аналізу. Тобто, налаштовуючи конкретні, а не випадкові показники за параметрами відновлювальної медицини, слід виокремити наступний перелік тематичних векторів спільного проблемного джерела: курортологія та фізіотерапія; нетрадиційні методи діагностики, лікування та реабілітації; лікувальна фізкультура і спортивна медицина.

Отже, досліджуючи отриману наукову медичну документацію за перерахованими сферами спільного однокореневого проблемно-орієнтованого профілю, утворюється можливість ретельного вивчення надісланих інформаційних повідомлень з точки зору практичного супроводу для не тільки кількісної, але й якісної перевірки та включення необхідної доцільності до переліку здоров'язбережувальних технологій. Також з'являється спроба звернути увагу і на інституціональний фактор організаційно-дослідницької медичної діяльності, адже обмежена кількість

профільних установ виявляє наукову зацікавленість і належну активність при теоретичному обґрунтуванні та подальшому оприлюдненні цілеспрямованих вузькопрофільних результатів, у яких вказуються рівні проблемно-орієнтовного концептуального бачення на не типові інноваційні значення відновлювально-реабілітаційних технологій оздоровчого впливу. В першу чергу, це пов'язано із тим, що «в Україні, не зважаючи на те, що удосконалюється організація служби медичної реабілітації відмічається відсутність цілісної інфраструктури оздоровчих та профілактичних медичних закладів, дуже слабка забезпеченість (практично відсутня) кадрами та їх низька кваліфікація. Все це є результатом відсутності лікарської спеціальності з питань медичної реабілітації. Чіткі передумови до реалізації всіх означених проблем вже сформувалися в Україні» [1, с. 17].

Хоча такі державні установи, як «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація МОЗ України», Одеський національний медичний університет МОЗ України, «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» та Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України, впродовж останніх років активно розробляють, у межах вимог до наукової медичної інформації, власні нововведення здоров'язбережувального ґатунку, але обмежена кількість надходжень з вище наведеного переліку дає можливість стверджувати, що спеціалізованому та систематичному вивченню даного комплексного концептуального питання надається обмаль уваги. Нетиповість висвітлення аспектів здоров'язбереження крокує поруч і із нерозвиненим понятійно-термінологічним апаратом цієї медичної сфери, що заважає витлумачити проблемно-орієнтовані похідні суміжних з комплексом відновлювальних процесів стандартних медичних спеціалізацій. Протиріччя незаповненого інформаційно-наукового простору, з одного боку, дають можливість для утворення самостійної концептуальної лінії обґрунтування та, з іншого боку, суперечливі питання ускладнюють створення зонального включення здоров'язбережувальних технологій до системної загальної лінії інформаційно-аналітичного забезпечення.

Як приклад технологічного погляду на популяризацію реабілітаційної проблемно-орієнтованої складової у контексті концептуального інноваційно-наукового простору, слід згадати інформаційне медичне повідомлення від «Науково-практичного центру профілактичної та клінічної медицини» – «Уніфікація термінології в галузі рефлексотерапії в Україні згідно міжнародних стандартів ВООЗ» [2]. Треба віддати належне авторському колективу у складі О. Коваленка, Л. Андріюка, Л. Бабінця, який оприлюднив власне дослідження з приводу нормативного бачення подальшого встановлення інформаційно-термінологічної основи рефлексотерапії, як вагової складової оздоровчо-відновлювальної медицини. Висновки вчених базуються на зіставленні вітчизняної науково-медичної думки із унікальними закордонними аналогами, тобто саме «практичне застосування довело, що публікації ВООЗ є безцінним вкладом в міжнародному інформаційному обміні,.. перегляду термінології в нашій країні останнім часом не спостерігалось» [2, с. 4]. Поступово, але

започатковується традиція відповідального підходу до супроводжуючих, необхідних науково-технологічних елементів особливих здоров'язбережувальних інформаційних утворень.

Орієнтири на західну наукову традицію відкидають інтуїтивні наукові пошуки та допомагають створювати практичним чином методологічно обґрунтовану аналітично-концептуальну проблемно-орієнтовану систему. Разом з тим, стає зрозумілим, що «стояти осторонь, не приймаючи до уваги єдину мову спілкування в науці та інших дисциплінах наражає на ризик залишитись поза межами доступу до нової інформації, яка нерозривно пов'язана з практичними результатами та досягненнями в галузі» [2, с. 7].

Слід не забувати той факт, що «інформаційні технології створюють принципово нові можливості для системи охорони здоров'я, стрімко змінюють як способи діагностики і лікування, так і саму методику взаємодії лікаря з пацієнтами і один з одним, організацію лікування і реабілітації» [3, с. 38]. Тому, при ґрунтовному дослідженні основних положень концепції проблемно-орієнтованого інформаційного забезпечення науковою медичною інформацією установ та закладів сфери охорони здоров'я України на засадах здоров'язбереження, варто ретельніше звернути увагу і на якісно нові методологічні рекомендації, що є вкрай необхідним теоретичним ресурсом до розвитку національної системи охорони здоров'я в цілому. Втім, поодинокі науково-методологічні розробки слугують дороговказом і для чіткого та фахового розкриття принципових проблемно-орієнтованих значень наукової медичної інформації.

Передусім, детальніше слід проаналізувати важливу колективну роботу Г. Слабкого, О. Качура, Є. Кривенка «Методологія вивчення рівня впровадження інформатизації в систему охорони здоров'я України» [4]. У даній спеціалізованій розробці вперше подається на рівні теоретико-методологічного обґрунтування «Структура інформаційно-аналітичних матеріалів про стан інформатизації регіону», яка відображає, між іншим, і масштаб місцевого залучення практичних незамінних здоров'язбережувальних чинників. У списку перераховані головні проблемно-орієнтовані елементи впровадження процесу інформатизації в національну систему охорони здоров'я, тобто до переліку авторитетними вченими були включені вісім нагальних, функціонально взаємопов'язаних між собою складових, через які має намір ретранслюватися наукова медична інформація за програмою залучення технологій здоров'язбереження до центральної ланки контрольного сполучення із базовою структурою: 1) регіональна програма інформатизації охорони здоров'я; 2) фінансування заходів з інформатизації; 3) проблеми розвитку інформатизації системи охорони здоров'я в регіоні та можливі шляхи їх вирішення; 4) міжнародне співробітництво; 5) комп'ютерна техніка; 6) доступ до мережі Інтернет; 7) веб-сайти; 8) медичне програмне забезпечення.

Остання складова має широке технологічне, проблемно-орієнтоване розгалуження, тобто до восьмого необхідного пункту «Медичне програмне забезпечення» входить ціла низка системоутворюючих елементів, що є

домінантними аспектами і при облаштуванні спеціалізованого профілю реабілітаційно-відновлювального значення, а саме: довідково-пошукові системи; експертні системи; автоматизовані робочі місця лікаря; реєстри, бази і банки даних; скринінгові системи; комплексні інформаційні системи; телемедичні системи; адміністративно-управлінські системи; статистичні системи.

Інтегрованість кожної із цих систем до загальної, в даному разі методологічної лінії вивчення застосування інформатизації в систему здоров'язбереження, додає ті сукупні багатоаспектні визначення, що і складають реєстр цілеспрямованого практичного впровадження особливої спеціалізованої медичної інформаційно-аналітичної проблемно-орієнтованої технологічної діяльності.

Отже, продемонстрований структурований облік необхідних витоків-складників саме в контексті технологій здоров'язбереження, органічно акумулює в собі усі базові положення щодо нагального поліпшення стану інформатизації медичної галузі. Важливо також підкреслити, що при цьому головним акцентом стає стратегічне значення ефективного впровадження осучасненого способу перевірки якості отриманих медичних повідомлень – інформаційно-аналітичним показником статистичної форми відповідального моніторингу. Таким чином, ретельний підрахунок фахівцями УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ надходжень розробок науково-інформаційної документації за напрямом «Медична реабілітація. Фізіотерапія. Курортологія. Лікувальна фізкультура» лише за останні два роки дає змогу стверджувати, що відповідну спеціалізацію активно розробляють декілька організацій. Серед них слід виокремити науково-дослідні установи та вищі навчальні медичні заклади. До першої групи відноситься єдина установа – «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація МОЗ України», а до другої – Львівській та Одеській національні медичні університети МОЗ України. Також слід зазначити, що технологічно-інноваційним є і цьогорічний внесок Національного медичного університету імені О.О. Богомольця – це здоров'язбережувальна розробка з проблемно-орієнтованого аспекту «Лікувальна фізкультура і спортивна медицина», який направлений на пошук «способів визначення фізичної працездатності людини».

Цей розподіл науково-медичної інформації здоров'язбережувального спрямування фіксує уповільнене включення пошукового дослідницького потенціалу, адже за підрахунком запропоновані розробки для впровадження у практику за напрямом «Реабілітація. Фізіотерапія. Курортологія. Лікувальна фізкультура», не дивлячись на їхню важливість та популярність, мають загальну тенденцію до зменшення активності. Якщо взяти до відома, що зазначені технологічні нововведення в майбутньому складатимуть основу для педагогічно-викладацької діяльності, тоді стає зрозумілим, чому «у зв'язку з цим постає питання удосконалення існуючих освітніх стандартів підготовки фізичних реабілітологів у вищих навчальних закладах України з урахуванням досвіду європейських університетів та збереженням кращих традицій вітчизняної системи вищої освіти, що в цілому підвищить якість підготовки

фахівців даної галузі» [5, с. 200]. Варто зауважити, що зацікавлення проблемно-орієнтовним спрямуванням у технологічному контексті здоров'язбереження передбачає і оприлюднення авторських педагогічних розробок, які б спиралися на українські вимоги та показники. Так віднедавна, Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна» оприлюднив власний здобуток – програмне впровадження спецкурсу «Здоров'язбережувальні технології у фізичній реабілітації». Набутий професійний, науково-методологічний досвід Н. Беліковою. допомагає зрозуміти науковому колу, що «специфічною особливістю змісту спецкурсу є його побудова на проблемній основі, оскільки засоби фізичної реабілітації розглядаються як технології здоров'язбереження в період реконвалесценції чи хронічного перебігу захворювання. Проблемність процесу набуття нових знань і вмінь забезпечує суб'єктну позицію студента в навчальному процесі та сприяє розвитку його творчого потенціалу» [6, с. 20].

У свою чергу, із наведеної думки щодо розширення доцільної зони впливу практичного способу застосування проблемно-орієнтованих спрямувань наукової медичної інформації, впливає наступна точка зору: «теоретичною основою забезпечення високого рівня професійної підготовки майбутнього фахівця є цілісна концепція професіоналізації на основі теоретичного та методологічного обґрунтування її сутності» [7, с. 41]. Роль засадничого елементу систематизації насиченого технологічного простору наукової медичної інформації у форматі нормативно-правового впровадження виконує «Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013 – 2018 роки» [8], рішення про яку було погоджено Агентством з питань науки інновацій та інформатизації України. При розкритті предметного кола питань проблемно-орієнтованого спрямування науково-медичної сфери у контексті одночасного поєднання прикладного та теоретичного потенціалу здоров'язбережувальних технологій українським дослідникам слід ретельно придивитися до окремого положення про «Завдання та пріоритетні напрями інформатизації сфери охорони здоров'я». Насамперед, за цим встановленим пунктом наголошується, що саме технологічний прояв можливий при «забезпеченні сумісності засобів інформатизації та інформаційних технологій сфери охорони здоров'я; забезпеченні інформаційної взаємодії між закладами, установами та організаціями сфери охорони здоров'я» [8, с. 150]. Відтак, при опануванні відібраною законодавчою та теоретико-методологічною джерельною базою стає зрозумілим, що «при розробці програми інформатизації системи охорони здоров'я необхідно враховувати багато складових, що впливають на ефективність використання інформаційних технологій для системи охорони здоров'я» [9, с. 125].

Насамкінець, варто наголосити, що в наш час «за умов кризи здоров'я в сучасному суспільстві особливого значення набуває розвиток творчого оздоровчого мислення, яке формується як здатність мислення аналізувати, порівнювати, узагальнювати, оцінювати оздоровчо-виховну практику, створювати оздоровчі теорії і концепції, робити наукові відкриття, творчо та ефективно застосовувати засоби відновлення, збереження і зміцнення

здоров'я» [10, с. 12]. Зрештою, відповідальне ставлення громадськості до стратегічного значення технологічних аспектів здоров'язбереження допоможе впроваджувати у повсякденне життя нові способи і якості відновлювальної медицини на рівні науково-інформаційних засад. Разом з тим, першочерговим спрямуванням на концептуальному рівні аналітики повинна стати розробка цілеспрямованих змін при розкритті практичної площини застосування проблемно-орієнтованого кола інновацій, що і має стати запорукою довгострокового розвитку національної системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Шухтін В.В., Олешко А.А., Шухтіна І.М., Кульчицька Г.І. Медична реабілітація, відновлювальна медицина – спеціальність, яка потрібна // Вісник морської медицини. – 2016. – № 3. – С. 16–19.
2. Уніфікація термінології в галузі рефлексотерапії в Україні згідно міжнародних стандартів ВООЗ. – К., 2017. 6 с. (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ, № 274–2017).
3. Информатизация реабилитационного процесса: сборник научных работ / Под общ. ред. О.А. Панченко. – К.: КВИЦ, 2013. – 162 с.
4. Методологія вивчення рівня впровадження інформатизації в систему охорони здоров'я України: метод. рекомендації / Г.О. Слабкий, О.Ю. Качур, Є.М. Кривенко. – К., 2014. – 20 с.
5. Лянной Ю.О. Основи професійної підготовки бакалаврів та магістрів з фізичної реабілітації (фізичної терапії) у Тартуському університеті (Естонія) // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. – 2015. – № 129. – С. 200–204.
6. Белікова Н.О. Змістовне наповнення процесу підготовки майбутніх фахівців із фізичної реабілітації до здоров'язбережувальної діяльності // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2013. – № 4. – С. 19–25.
7. Міхеєнко О.І., Котелевський В.І. Модель професійної підготовки майбутніх фахівців зі здоров'я людини до застосування здоров'язміцнювальних технологій // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 9. – С. 41–47.
8. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. // Клиническая информатика и телемедицина. – 2013. – Т. 9, Вып. 10. – С. 148–154.
9. Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я України. Кадри, стан організації управління, медичні інформаційні системи та медичні інформаційні технології. – К.: Медінформ, 2007. – 172 с.
10. Міхеєнко О.І. Загальна теорія здоров'я. – Суми: Університетська книга, 2017. – 156 с.

МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ГЕРОПРОТЕКЦІЇ

(Бондаренко Ю.І., Бігуняк Т.В., Чарнош С.М., Кулянда О.О., Юрїїв К.Є.)

*«Людина – вищий продукт земної природи.
Але для того, щоб насолоджуватися скарбами природи,
людина має бути здоровою, сильною і розумною»
(І. Павлов)*

Здоров'я є основною умовою збереження генофонду нації, підвищення добробуту та сталого соціально-економічного розвитку держави. В Україні,

згідно зі статтями 3 та 49 Конституції, здоров'я визнано найвищою соціальною цінністю [1, с. 11].

Стан здоров'я людей характеризують такі показники, як смертність, загальна захворюваність, захворюваність із втратою працездатності, кількість хронічних захворювань, кількість інвалідів. На рівень здоров'я населення впливають численні фактори: економічні та екологічні (40-50%), геофізичні особливості місцевості (15-20%), генетичні та конституційні особливості (15-20%), ефективність функціонування системи охорони здоров'я. Існує кореляція між соціально-економічним статусом і здоров'ям, яка свідчить, що не лише бідні люди хворіють на серцево-судинні захворювання, виразкову хворобу, діабет 2 типу, ревматоїдний артрит, деякі види раку та передчасно старіють [2, с. 64]. У ряді досліджень було розглянуто соціальні детермінанти здоров'я, зокрема поширеність серцево-судинних захворювань і смертність серед понад 18 тис. британських службовців віком від 20 до 64 років. Було показано, що чим нижчий рівень зайнятості, то вищий рівень смертності. Чоловіки із найнижчим ступенем зайнятості (кур'єри, прибиральники) мали смертність втричі вищу, ніж чоловіки найвищого статусу (адміністратори). Цей ефект називається «синдромом стану» [3, с. 1306].

Установлено, що здоров'я людини залежить від довкілля. Це означає, що у людей, котрі проживають в екологічно чистій місцевості, мають здоров'я краще, ніж у людей, які живуть в екологічно забрудненій місцевості. До іншої групи факторів належить генетичний фактор (спадковість). Відомо, що у батьків, які ведуть здоровий спосіб життя, є всі передумови для народження здорових дітей. Також доведено, що передумови негативної спадковості можна частково чи повністю усунути, дотримуючись здорового способу життя. На 50% здоров'я людини (отже, суспільства в цілому) залежить від способу її життя. В генотипі індивідууму заковані всі його спадкові ознаки. Однак для того, щоб вони виявилися у вигляді певних якостей організму і особистості, природних для біологічних та соціальних функцій, необхідні певні умови, які визначаються власне способом життя та зовнішнім середовищем. На людину, як і на будь-яку живу істоту, конкретний фактор впливає не сам по собі, а у взаємодії з іншими, і залежно від характеру цієї взаємодії діапазон толерантності може змінюватися. Наприклад, за відносної вологості повітря 30% температура повітря 28°C відповідає зоні оптимуму. Але за вологості 70% ця сама температура виходить за межі оптимуму і потрапляє у зону песимуму: пришвидшується дихання, з'являються відчуття жару та задухи, пригніченість, людина може знепритомніти. Залежність здоров'я від спадковості та факторів зовнішнього середовища – основний аспект проблеми здоров'я людей на популяційному рівні. У цьому випадку об'єктом дослідження стає не окрема особа, а популяція чи сукупність популяцій – етнічна група, нація, людство в цілому. Здоров'я на популяційному рівні – більш загальна категорія, оскільки те, що стосується популяції, обов'язково виявляється у конкретних осіб. Наприклад, у деяких районах Полісся і Західної України поширений ендемічний зоб, захворювання від якого потерпає близько півмільйона людей. Причиною цієї патології є

дефіцит йоду в питній воді та високий вміст у ній гумінових кислот. У кожному конкретному випадку лікар призначає препарати, що містять йод. Проте на популяційному рівні є більш дієвий спосіб боротьби із цим захворюванням – корекція мінерального складу питної води чи їжі з додаванням необхідної кількості йоду. Ця процедура поширюється відразу на всю популяцію і має не лише лікувальний, а й профілактичний характер [4, с. 78-79].

Актуальним є вивчення мутагенів, що впливають на здоров'я людини. Клінічно мутації проявляються як спадкові хвороби. Близько 90% мутагенів є канцерогенами. Серед мутагенів розрізняють фізичні, хімічні та біологічні. Активними фізичними мутагенами є ультрафіолетові (УФ) промені та іонізуюче випромінювання (ІВ) – гама-промені, промені Рентгена та нейтрони. Найбільшу мутагенну дію мають УФ-промені при довжині хвилі 260 нм, оскільки ДНК поглинає саме цю частину спектру, викликаючи генні мутації в клітинах шкіри. Типовим ушкодженням ДНК є утворення ковалентних зв'язків між тиміновими основами (реакція димеризації). Генетична чутливість до УФ-променів проявляється пігментною ксеродермою. Світлове випромінювання може виникати злоякісні новоутворення у таких пацієнтів. При цьому захворюванні зазнає змін репаруюча система, яка відповідає за нормальну будову ДНК. Особливо чутливими до дії ІВ є швидко проліферуючі тканини органів кровотворення та імунного захисту, гонади, де виникають генні мутації та хромосомні аберації. Серед ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС у 1986-1987 рр. кількість умовно здорових людей зменшилась із 67,6% до 5,4%, а частота патологічних процесів непухлинної природи відповідно зросла з 12,8% до 83,3%. Серед евакуйованого населення України кількість здорових людей зменшилась із 67,7% до 21,5%. У структурі соматичних захворювань переважали захворювання кровоносної, травної, нервової систем та органів чуття. Серед патологій органу зору в учасників ліквідації аварії на ЧАЕС достовірно частіше в порівнянні з контрольною групою виникала катаракта. Упродовж перших 15 років після аварії на ЧАЕС загальний відсоток основних радіаційно-асоційованих форм лейкозів (гострого лімфобластного лейкозу та хронічного лімфолейкозу) склав 32,1% та 30,51% відповідно. Серед дітей, які проживають на забруднених радіонуклідами територіях, захворюваність на лейкози зросла після 1986 р. у вікових категоріях до 1 року (з 0,4% до 8%) та більше 12 років (з 8,2% до 16,5%). У групі ліквідаторів аварії на ЧАЕС 1986-1987 рр. серед національних показників захворюваності на злоякісні пухлини найбільше зросла частка раку щитоподібної залози – у 5,6 раза. Захворюваність на рак грудної залози серед ліквідаторів-жінок збільшилась в 1,5 раза. Кількість індукованих радіацією випадків хромосомних захворювань складала не більше, ніж 0,1% [5, с. 18].

До фізичних мутагенів також належить висока температура. 11% аненцефалічних дітей народилися у матерів, які піддавалися гіпертермії під час закриття нервової трубки в ембріона (пірогенна дія вірусів або високої температури довкілля під час вагітності). Серед хімічних мутагенів виділяють

чотири групи хімічних факторів зовнішнього середовища: пестициди, промислові отрути, харчові добавки, ліки. Найсильніші мутагени (супермутагени) – це етиленамін, діетилсульфат, нітрозометилсечовина, перекис водню, іприт. Другу групу складають речовини, які близькі за будовою до нітратних основ нуклеїнових кислот: 5-бромурацил, 5-дезоксимуридин, 5-бромдезоксимуридин. До третьої групи належать акридини та їх похідні, до четвертої – азотиста кислота, формальдегід, гідроксиламін. Шкідливі хімічні речовини, що накопичуються у ґрунті, з часом переходять у їстівні частини рослин. Саме з ними в організм потрапляє 37% марганцю, 41% цинку, 32% міді та 10% нікелю. Епідеміологічні дослідження показали, що існує зв'язок між впливом на батька з боку довкілля ртуті, свинцю, розчинників, паління тютюну із спонтанними абортами, малою вагою при народженні та вадами розвитку дитини. Існує генетична схильність до раку сечового міхура, яка пов'язана з мутаціями в локусі N-ацетилтрансферази гепатоцитів, який сприяє ацетилюванню та виведенню з організму ксенобіотиків. У гомозигот за даною генною мутацією часто спостерігаються злоякісні пухлини при курінні, виробництві гумових виробів і фарб. Лікарські засоби, як хімічні речовини, є чужорідними для організму людини, тому можуть викликати широкий спектр мутацій – від точкових до геномних. Такими засобами є цитостатики та антимітотичні засоби. Тератогенну дію мають дифенілгидантоїн, триметадіон, транквілізатори, літій, варфарин, йодид калію, стрептоміцин, тетрацикліни, сульфонаміди, амфетаміни та інші. Куріння та забруднення атмосфери сприяють розвитку емфіземи легень у людей з недостатністю альфа-1-антитрипсину, який є інгібітором протеаз [6, с. 14-15]. В Україні половина чоловіків і 15 % жінок палять [2, с. 65]. Значною проблемою в Україні є поширення куріння серед жінок у дітородному віці. За даними опитування домогосподарств Держкомстату, кожна дев'ята жінка віком 18-29 років повідомила, що курить. За даними опитування вагітних жінок в Україні, 40 % курили до вагітності, майже 5% продовжували курити під час вагітності, 57 % респондентів повідомили про куріння майбутнього батька та 23 % – інших членів родини. Лише 28% опитаних українців віком 15-29 років знали, що паління шкодить ненародженій дитині та були обізнані про небезпеку пасивного паління [7, с. 71].

Ще одним негативним для здоров'я фактором є гіподинамія. Серед дорослого населення України 44% осіб ведуть малорухомий спосіб життя і лише 13 % мають фізіологічно необхідний рівень рухової активності (для порівняння у країнах ЄС – 40-60%, у Японії – 70-80%). Понад 60% населення страждає на артеріальну гіпертензію, майже 40% має надмірну масу тіла, а кожний четвертий – ожиріння, у 25% визначається гіперхолестеринемія [2, с. 65].

Серцево-судинні захворювання складають 54% від загальної смертності населення. У багатьох випадках вони обумовлені атеросклерозом. Він є причиною стенозів і оклюзій артерій, що призводить до розвитку інфаркту міокарда та ураження периферичних артерій (кінцівок, сонних артерій, судин головного мозку, ниркових, мезентеріальних). У патогенезі атеросклерозу

важливу роль відіграють порушення ліпідного та вуглеводного обмінів, ендотеліальна дисфункція, запалення та порушення гемостазу. Спадкові фактори схильності до атеросклерозу складають 40-60% [8, с. 630]. Інтернет-база *Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM)* містить перелік генів, які асоційовані з атеросклерозом. Найважливіші з них: *HDLCQ10*, який локалізований у 16 хромосомі (16q13), *ATHS*, *ALP* – у 19 хромосомі (19p13.3-p13.2), *APOA2* – у 1 хромосомі (1q23.3) [9]. Оскільки у молодому віці спостерігаються прояви атеросклерозу, доцільно проводити генетичний скринінг у родичів, які не мають клінічних проявів захворювання. На даний час відомо про поліморфізм генів, які контролюють артеріальний тиск та виникнення артеріальної гіпертензії (АГ). Зокрема, серед генів-кандидатів при АГ виділяють п'ять груп: гени ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (*AGT*, *AGTR1*, *AGTR2*, *AGE*, *REN*, *CYP11B*, *KLK1*) системи сигнальних пептидів (*GNB3*, *GNAS1*, *RGS2*), норадренергічної системи (*DRDI*, *DRD2*, *ADRA2B*, *ADRB1*, *ADRB1*, *PNMT*), іонних каналів (*SCNN1A*, *SCNN1G*, *SCNN1B*) та імунної системи (*IL6*, *NOS3*, *TGFB1*, *CCR2*, *CCR5*) [8, с. 632]. Крім атеросклерозу та АГ, до хронічної серцевої недостатності призводить зміна довжини теломерів хромосом. Зменшення довжини теломерів корелює із зменшенням фракції викиду лівого шлуночка [10, с. 62].

Іншим захворюванням, яке поширене у людей старшого віку, є цукровий діабет (ЦД). ЦД 2-го типу є хронічним метаболічним захворюванням, яке зазвичай, вперше діагностують у пацієнтів середнього або похилого віку. У виникненні даного захворювання важливими є фактори довкілля та генетична схильність (30-70 %). На даний час визначені гени ЦД 2-го типу, серед яких: *PPRG*, *KCNJ11*, *KCNQ1*, *TCF7L12*, *PIGR*, *SLC12A3*, *ELMO1*. Деякі із генів схильності до ЦД 2-го типу мають плейотропну дію. Наприклад, ген *KCNQ1* також впливає на тривалість інтервалу Q-T на ЕКГ, подовження якого викликає шлуночкову екстрасистолію та раптову серцеву смерть [8, с. 632, 639]. В Україні за останні 10 років поширеність ЦД збільшилася вдвічі. Серед пацієнтів із ЦД 2-го типу ішемічна хвороба серця реєструється у 23-36% хворих, інфаркт міокарда – у 5-11%, порушення мозкового кровообігу – у 9-24%, інсульт – у 3-17%. Таким чином, серцево-судинні захворювання є однією з провідних причин смерті серед людей з ЦД і можуть становити 50% і більше [11, с. 95]. У провідних медичних центрах різних країн світу все частіше для лікування цукрового діабету та його ускладнень застосовують методи клітинної та імунобіологічної регенеративної терапії. З цією метою досліджуються галогенні і ксеногенні культури клітин острівців Лангерханса, стовбурові клітини кісткового мозку й пуповинної крові. Американськими вченими показано позитивний ефект інфузій пуповинної крові у хворих на цукровий діабет, які дозволили знизити дозу інсуліну у таких пацієнтів. Також застосування клітин-ендотеліальних прогеніторів, здатних утворювати нові судини, сприяє неоангіогенезу у хворих з облітеруючими судинними захворюваннями нижніх кінцівок на тлі цукрового діабету 2-го типу. В Інституті клітинної терапії розроблена й клінічно апробована методика лікування цукрового діабету, як 1-го так й 2-го

типів за допомогою трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин. Головна мета такого лікування – попередження ускладнень цукрового діабету, нормалізація вмісту рівня глікозильованого гемоглобіну в крові, зниження дози введеного інсуліну при діабеті 1-го типу та нормалізація рівня глюкози крові при діабеті 2-го типу. Принцип лікування базується на тому, що гемопоетичні клітини здатні трансформуватися в β -клітини підшлункової залози або ж стимулювати їх утворення зі стовбурових клітин хворої людини (такі клітини знаходяться в протоках підшлункової залози). Крім того, гемопоетичні клітини оновлюють клітини ендотелію (внутрішньої поверхні) судин, які при цукровому діабеті пошкоджуються глікозильованим гемоглобіном. Дуже важливим є те, що трансплантація великих доз гемопоетичних стовбурових клітин усуває автоімунний компонент захворювання, присутній у хворих як 1-го, так і 2-го типів [12].

Тривалість життя великою мірою є похідною від стану серцево-судинної системи та системи імунітету. Раціональним харчуванням можна досягти довголіття. Відомо, що з віком зростає рівень запалення, ушкодження тканин в організмі. В Україні на фоні незбалансованого харчування спостерігається нестача вітамінів групи В, магнію, що сприяє виникненню прозапального стану. При цьому енергії ми споживаємо достатньо. Переїдання, як одноразове, так і хронічне, сприяє ацидозу, особливо за недостатності буферних систем, які також зумовлюються харчуванням. Вся концентрована білкова їжа (м'ясо, яйця, сири), рафіновані продукти, алкоголь, кофеїновмісні напої сприяють закисненню крові. Листова зелень, овочі, фрукти сприяють олужненню крові і тканин. Тканинний ацидоз наявний при ацидоз-асоційованих патологіях, які вже самі активують запалення – атеросклероз, ревматоїдний артрит, подагру, постішемичні запальні стани. Кажучи про здорове харчування, слід зазначити, що важливим є не тільки те, що присутнє в раціоні, а те, чого немає – надлишку їжі, рафінованих очищених вуглеводів, транс-ізомерів та ін. Дієта з обмеженням калорій, більшою кількістю рослинної їжі (цільнозернових продуктів, овочів, фруктів) і риби та меншою кількістю червоного м'яса асоціюється з покращенням маркерів запалення та гемостазу, з нижчим рівнем тромбозу глибоких вен і легеневої тромбемболії. Періодичне обмеження споживання їжі зменшує запальну відповідь і ушкодження тканин при ішемічному інсульті за допомогою механізму зниження активності NLRP1 та NLRP3, зниження рівня прозапальних цитокінів на периферії та в головному мозку [13, с. 41-44].

Розвиток вчення про старіння зумовив виникнення геропротекції – напрямку геронтології, що вивчає шляхи подовження тривалості життя, уповільнення темпів старіння, віддалення термінів виникнення хвороб, пов'язаних з віком людини. Серед численних методів геропротекції найбільш науково обґрунтовані є такі: раціональне харчування (низькокалорійна дієта, що містить мало насичених жирів, білків, рафінованих цукрів, хлориду натрію, але багата на антиоксиданти, вітаміни, мікроелементи, клітковину; рухова і розумова активність; введення ззовні фізіологічно активних речовин

– геропротекторів (полівітамінні комплекси, латирогени, антиоксиданти, мікроелементи); боротьба з інтоксикацією (методи ентеросорбції); використання стовбурових клітин [14, с. 207-208].

Отже, здоров'я людини, тривалість та якість її життя залежать не лише від природних факторів зовнішнього середовища, спадкових і конституційних особливостей організму, але великою мірою від того, як людина сама взаємодіє з ними, створює сприятливе життєве середовище, розуміє патогенність наслідків антропогенних факторів.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – 141 с.
2. Талалаєв К.О., Бабенко В.А., Пучкова Г.В. Спосіб життя як ключовий чинник здоров'я нації. Соціально-економічний аспект // Одеський медичний журнал – 2017. – № 6 (164). – С. 63-67.
3. Marmot M., Michael G. Status Syndrome, A Challenge to Medicine // JAMA. - 2006. – Vol. 295. - № 11. – Р. 1304-1307.
4. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за ред. проф. Ю.Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С.Г., 2017. – 488 с.
5. Бігуняк Т.В., Редько О.С., Бігуняк К.О. Аварія на Чорнобильській АЕС: вплив на здоров'я людей // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2016. – № 14. – С. 17-19.
6. Бігуняк Т.В. Вплив фізичних і хімічних мутагенів на організм людини / // Довкілля і здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції – Тернопіль, 2013. – С. 14-15.
7. Ministry of Economy of Ukraine. Millenium Development Goals. National Report. - Kyiv, 2010. - P. 71.
8. Бочков Н.П. Наследственные болезни : национальное руководство / под ред. Н.П. Бочкова, Е.К. Гинтера, В.П. Пузырева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 936 с.
9. Online Mendelian Inheritance in Man. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders. [Electronic resource] – Access mode: http://www.omim.org/search/?index=entry&search=atherosclerosis&sort=score+desc%2C+prefix_sort+desc&start=1&limit=10
10. Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Теломеры и хроническая сердечная недостаточность // Кардиология (Kardiologia). – 2014. – № 4. – С. 60-67.
11. Чернявська І.В., Скрипник Н.В., Боцюрко В.І., Дідушко О.М. Цукровий діабет – епідемія ХХІ століття (огляд літератури) // «Art of medicine» – 2017. – № 3. – С. 95-98.
12. Цукровий діабет 2-го типу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.stemcellclinic.com/main-uk/klinika/kletochnaya-terapiya/saxarnyj-diabet-2-go-tipa/?lang=uk>
13. Беляєв К.К. Святкувальні закономірності // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2017. – № 7-8 (104-105). – С. 40-46.
14. Атаман О.В. Патолофізіологія: в 2 т. Загальна патологія: підручник для студ. вищ. мед. навч. заклад. – Вінниця: Нова Книга, 2012. - Т. 1. – 592 с.

ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ

(Кузьменко Л. П., Салій Т. В.)

З кожним роком в Україні спостерігається погіршення стану здоров'я в усіх вікових групах населення. Здоров'я молодих людей в останні десятиліття різко погіршилося внаслідок несприятливої екологічної ситуації, складних економічних і соціальних умов [1]. Проблема здоров'я студентів та школярів стає все більш актуальною у зв'язку з труднощами соціально-економічного характеру, які переживає в даний час Україна.

Згідно визначення ВООЗ, здоров'я є станом повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороб чи фізичних вад. За даними ВООЗ, здоров'я людини тільки на 9 % визначається рівнем розвитку медицини, в той час як 20 % передається спадково, ще 20 % обумовлюється екологічною ситуацією, а 51 % – способом життя [2].

Метою нашого дослідження було встановити та проаналізувати стан здоров'я молоді віком 16-18 років, у залежності від способу життя та зовнішніх факторів.

Для досягнення мети було проведено анонімне анкетування студентів першого курсу Ніжинського медичного коледжу та учнів другого курсу (11 клас) Ніжинського ліцею Ніжинської міської ради при НДУ імені Миколи Гоголя.

В анкеті висвітлювалися такі питання: наявність чи відсутність хронічних захворювань, ступінь дотримання студентами режиму дня та харчування, наявність шкідливих звичок тощо. В цілому було опитано 224 респонденти, з ліцею – 98 (43,8 %), медичного коледжу – 126 (56,2%).

За гендерною структурою в обох навчальних закладах значно переважають дівчата (табл. 1).

Таблиця 1.

Вкажіть свою стать				
	Ліцей		Медичний коледж	
	кількість	%	кількість	%
чоловіча	38	38,8	26	20,6
жіноча	60	61,2	100	79,4

Основну структуру поширення хвороб в Україні, як і в більшості Європейських країн, становлять хронічні неінфекційні хвороби, зокрема, хвороби системи кровообігу злякисні новоутворення, ендокринні та алергічні хвороби.

У своїй анкеті дане питання ми вивчали з наступних позицій: наявні чи відсутні хронічні захворювання, які це хвороби та причини їх виникнення.

За гендерною структурою (табл. 2) більше хронічних захворювань мають дівчата. Відсоток тут і далі у хлопців і дівчат рахували від загальної кількості представників цієї статі. В обох навчальних закладах приблизно однакова кількість респондентів мають хронічні захворювання.

Таблиця 2.

Чи маєте Ви хронічні захворювання												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
так	28	28,6	20	33,3	8	21,1	40	31,7	35	35,0	5	19,2
ні	70	71,4	40	66,7	30	78,9	86	68,3	65	65,0	21	80,8

Найчастіше спостерігаються захворювання серцево-судинної, дихальної та травної систем (табл. 3).

Таблиця 3.

Ваші хронічні захворювання це захворювання												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
дихальна система	6	21,4	3	15,0	3	37,5	10	25,0	8	22,8	2	40,0
серцево-судинна	10	35,7	7	35,0	3	37,5	16	40,0	14	40,0	2	40,0
травна	5	17,8	2	10,0	3	37,5	8	20,0	7	20,0	1	20,0
ендокринна	3	10,7	3	10,0			4	10,0	4	11,4		
видільна							1	2,5	1	2,8		
опорно-рухова	2	7,1	2	10,0								
ЦНС							1	2,5	1	2,8		
органи зору							2	50,0	2	5,7		
тонзиліт	1	3,6	1	5,0			1	2,5	1	2,8		
гайморит							1	2,5	1	2,8		
немає відповіді	2	7,1	2	10,0			1	2,5	1	2,8		

Основними причинами виникнення хронічних захворювань у респондентів є обтяжлива спадковість та погіршення стану навколишнього середовища (табл. 4). Студенти медичного коледжу більше обізнані з даного питання і, як правило, знають причини виникнення в них хронічних захворювань у порівнянні з учнями ліцею.

На сьогодні відомо про сприятливий вплив високого рівня рухової активності, дотримання режиму праці та відпочинку на показники здоров'я дітей, молоді, людей старшого віку.

Таблиця 4.

Що послужило причиною виникнення хронічного захворювання												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
спадковість	11	39,3	7	35,0	4	50,0	14	35,0	12	34,3	2	40,0
екологічна ситуація	3	10,7	2	10,0	1	12,5	18	45,0	16	45,7	2	40,0
навчання	2	7,1	2	10,0			4	10,0	4	11,4		
вроджене	1	3,6	1	5,0								
проблеми харчування	1	3,6			1	12,5						
некомпетентність лікарів	1	3,6	1	5,0			1	2,5			1	20,0
реакція Манту							1	2,5	1	2,8		
немає відповіді	9	32,1	7	35,0	2	25,0	5	12,5	5	14,3		

Прикро констатувати, що лише незначна кількість учнів має чітко визначений режим дня (табл. 5). Ліцеїсти більше дотримуються режиму дня порівняно з хлопцями медичного коледжу, серед дівчат показники майже однакові.

Таблиця 5.

Чи маєте Ви чітко визначений режим дня												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
так	17	17,3	7	11,7	10	26,3	13	10,3	7	7,0	6	23,0
ні	44	45,0	29	48,3	15	39,5	69	54,7	58	58,0	11	42,3
в основному так	36	36,7	23	38,3	13	34,2	44	35,0	35	35,0	9	34,7
немає відповіді	1	1,0	1	1,6								

Лише четверта частина респондентів має повноцінний нічний сон (табл. 6). Більшість учнів в основному сплять 6-7 годин на добу. Суттєвої різниці в кількості годин, яка відводиться на сон між учнями ліцею та студентами медичного коледжу немає.

Таблиця 6.

Скільки годин на добу Ви відводите сну												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
8 – 10	26	26,5	15	25,0	11	29,0	36	28,6	28	28,0	8	30,8
6 – 7	58	59,2	38	66,3	20	52,6	66	52,4	54	54,0	12	46,1
менше 6	14	14,3	7	11,7	7	18,4	24	19,0	18	18,0	6	23,1

Половина опитаних ніколи не роблять ранкову зарядку (табл. 7). Показники студентів медичного коледжу та учнів ліцею майже однакові.

Таблиця 7.

Ви робите ранкову зарядку												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
щодня	6	6,1	3	5,0	3	7,9	5	4,0	4	4,0	1	3,8
2 – 3 рази на тиждень	10	10,2	6	10,0	4	10,5	16	12,7	8	8,0	8	30,8
дуже рідко	32	32,7	19	31,7	13	34,2	50	39,7	42	42,0	8	30,8
ніколи не роблю	50	51,0	32	53,3	18	47,4	55	43,6	46	46,0	9	34,6

Приємно відмітити, що більше половини ліцеїстів займається спортом (табл. 8). Кількість дівчат менша, проте хлопців складає 76,3%. Дещо менше спортом займаються студенти медичного коледжу. Хоча тенденція щодо хлопців і дівчат зберігається.

Таблиця 8.

Чи займаєтесь Ви спортом у позанавчальний час (секції, тренажерні зали і т.д.)												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
так	57	58,2	28	46,7	29	76,3	55	43,7	37	37,0	18	69,2
ні	41	41,8	32	53,3	9	23,7	71	56,3	63	63,0	8	30,8

Як з'ясувалося, респонденти обох навчальних закладів проводять свої вихідні пасивно, їх активність, як правило, обмежується виконанням домашніх справ та прогулянками з друзями (табл. 9).

Таблиця 9.

Чим, як правило, Ви займаєтесь у вільний час, наприклад, у вихідні												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
переглядаю телевізор, сиджу в Інтернеті	48	49,0	27	45,0	21	55,3	52	41,3	42	42,0	10	38,5
гуляю з друзями на свіжому повітрі	48	49,0	29	48,3	19	50,0	77	61,1	64	64,0	13	50,0
займаюся спортом	23	23,5	8	13,3	15	39,5	20	15,9	13	13,0	7	26,9
читаю	30	30,6	22	36,7	8	21,1	26	20,6	19	19,0	7	26,9
відвідую кафе, нічні клуби	3	3,1	2	3,3	1	2,6	14	11,1	10	10,0	4	15,4
займаюся домашніми справами	40	40,8	28	46,7	12	31,6	58	46,0	50	50,0	8	30,7
немає відповіді	2	2,1			2	5,3	1	0,8	1	1,0		

Дотримання режиму харчування має істотний вплив на життя і здоров'я будь-якої людини тим паче підростаючого покоління.

Більшість учнів, на жаль, не дотримується режиму харчування (табл. 10). Особливо це стосується студентів медичного коледжу. Це можна пояснити тим, що більшість з них проживає не вдома, а також, напевно напруженим графіком навчання.

Таблиця 10.

Чи дотримуєтесь Ви режиму харчування (маєте 3-4 прийоми на добу)												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
так постійно	35	35,7	18	30,0	17	44,7	26	20,6	20	20,0	6	23,1
рідко	53	54,1	34	56,7	19	50,0	77	61,1	60	60,0	17	65,4
ні, зовсім не дотримуюся	10	10,2	8	13,3	2	5,3	23	18,3	20	20,0	3	11,5

Студенти медичного коледжу достовірно частіше вживають «вуличну їжу», ніж учні ліцею, дівчата вживають її частіше за хлопців (табл. 11).

Таблиця 11.

Як часто Ви вживаєте „вуличну їжу“												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
взагалі не вживаю	20	20,4	15	25,0	5	13,2	30	23,8	27	27,0	3	11,5
1 – 2 рази на тиждень	46	47,0	26	43,3	20	52,6	68	54,0	50	50,0	18	69,2
3 – 4 рази на тиждень	24	24,5	15	25,0	9	23,7	20	15,9	15	15,0	5	19,3
5 – 6 разів на тиждень	7	7,1	3	5,0	4	10,5	7	5,5	7	7,0		
більше 6 разів на тиждень							1	0,8	1	1,0		
1-2 рази на місяць	1	1,0	1	1,7								

У добовому раціоні дорослих людей білки, жири і вуглеводи використовуються у співвідношенні 1:1:4. В середньому за добу доросла людина має споживати 80-100 г білків, стільки ж жирів (з них 25-30 г мають бути рослинними), 350-400 г вуглеводів (з яких на прості вуглеводи має припадати не більше як 50-100 г).

Нині спостерігається підвищене споживання населенням рафінованого цукру та жирів, що призводить до надмірної повноти і різних захворювань – цукрового діабету, атеросклерозу тощо.

У харчовому раціоні респондентів обох навчальних закладів є приблизно однакові переважаючі продукти, що свідчить про нераціональне та незбалансоване харчування (табл. 12).

Таблиця 12.

У вашому харчовому раціоні найбільш присутні (обрати три варіанти) ...												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
овочі (крім картоплі) та фрукти	50	51,0	30	50,0	20	52,6	55	43,6	49	49,0	6	23,0
риба	10	10,2	7	11,7	3	7,9	12	9,5	11	11,0	1	3,8
м'ясо (яловичина, свинина, курятина)	78	79,6	44	73,3	34	89,5	80	63,5	64	64,0	16	61,5
цукерки, тістечка	19	19,4	12	20,0	7	18,4	23	18,3	19	19,0	4	15,4
крупн	30	30,6	21	35,0	9	23,7	51	40,5	37	37,0	14	53,8
макаронні вироби	15	15,3	11	18,3	4	10,5	33	26,9	27	27,0	6	23,0
картопля	50	51,0	28	46,7	22	57,9	64	50,8	52	52,0	12	46,2
хлібобулочні вироби	35	35,7	18	30,0	17	44,7	48	38,1	39	39,0	9	34,6
яйця	10	10,2	4	6,7	6	15,8	24	19,0	20	20,0	4	15,4
молоко та молочні продукти	28	28,6	20	33,3	8	21,1	41	32,5	31	31,0	10	38,5

Значний вплив на здоров'я людини має систематичне вживання кави. Більшість респондентів п'ють каву не часто (табл. 15) і лише 5-9% – не п'ють каву. Дівчата частіше вживають каву ніж хлопці.

Таблиця 13.

Чи п'єте Ви каву												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
дуже рідко	44	44,9	25	41,7	19	50,0	47	37,3	38	38,0	9	34,6
п'ю, але лише 1 чашку в день	35	35,7	21	35,0	14	36,8	54	42,9	44	44,0	10	38,5
не можу відмовитися від кави, п'ю її дуже багато	10	10,2	8	13,3	2	5,3	18	14,3	13	13,0	5	19,2
не п'ю	9	9,2	6	10,0	3	7,9	7	5,5	5	5,0	2	7,7

Однією з поширених проблем здоров'я є шкідливі звички у молоді. Приємно відмітити, що 86-91% учнів не палять (табл. 14). Усвідомлення небезпеки впливу тютюнопаління на організм людини, висока вартість тютюнових виробів, пропаганда здорового способу життя, напевно, відіграли свою позитивну роль у житті молодих людей. Проте, незважаючи на більшу обізнаність студентів-медиків щодо шкідливого впливу паління на організм, саме серед них ця шкідлива звичка поширена більше.

Таблиця 14.

Ви палите												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
так	9	9,2	3	5,0	6	15,8	18	14,3	10	10,0	8	30,8
ні	89	90,8	57	95,0	32	84,2	108	85,7	90	90,0	18	69,2

Стосовно віку початку паління маємо приблизно однакові показники в обох навчальних закладах (табл.15), більшість респондентів почали палити у 15-16 річному віці.

Таблиця 15.

У якому віці Ви почали палити												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
у 7 – 8 років	1	11,1			1	16,7	1	5,6			1	12,5
у 12 – 13 років							3	16,7	3	30,0		
у 15 – 16 років	7	77,8	3	100,0	4	66,6	8	44,4	2	20,0	6	75,0
немає відповіді	1	11,1			1	16,7	6	33,3	5	50,0	1	12,5

Причини початку паління є однаковими серед учнів ліцею та студентів медичного коледжу (табл. 16). Багато хто не дав відповіді на це запитання. Близько половини респондентів відповіли, що через складні життєві ситуації.

Таблиця 16.

Що послужило причиною початку паління												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
почав(-ла) палити за компанію							2	11,1	1	10,0	1	12,5
почав(-ла) палити з цікавості	1	11,2	1	33,3			4	22,2	1	10,0	3	37,5
складні життєві ситуації	4	44,4	1	33,3	3	50,0	4	22,2	2	20,0	2	25,0
немає відповіді	4	44,4	1	33,3	3	50,0	8	44,5	6	60,0	2	25,0

Студенти медичного коледжу палять більше (табл. 17), близько 30 % тих хто палить, спалює пачку цигарок за добу.

Таблиця 17.

Скільки цигарок на день Ви випалюєте												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
1-2 цигарки	2	22,2	2	66,7			5	27,8	3	30,0	2	25,0
3-5 цигарок	3	33,4	1	33,3	2	33,3	2	11,1			2	25,0
6-10 цигарок	2	22,2			2	33,3	2	11,1	1	10,0	1	12,5
пачка і більше	1	11,1			1	16,7	5	27,8	2	20,0	3	37,5
немає відповіді	1	11,1			1	16,7	4	22,2	4	40,0		

Частота паління учнів ліцею та студентів медичного коледжу майже однакова, істотних відмінностей між дівчатами і хлопцями немає (табл.18).

Таблиця 18.

Як часто Ви палите												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
дуже рідко	4	44,4	1	33,3	3	50,0	10	55,5	6	60,0	4	50,0
щодня	4	44,4	2	66,7	2	33,3	5	27,8	2	20,0	3	37,5
немає відповіді	1	11,2			1	16,7	3	16,7	2	20,0	1	12,5

Більшість студентів медичного коледжу хочуть кинути палити, тоді як серед учнів ліцею кількість тих, хто хоче кинути палити така ж, як і тих, хто не хоче цього робити (табл. 19).

Таблиця 19.

Чи хотіли б Ви кинути палити												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
так	4	44,4	3	100,0	1	16,7	14	77,8	8	80,0	6	75,0
ні	4	44,4			4	66,6	4	22,2	2	20,0	2	25,0
немає відповіді	1	11,2			1	16,7						

Схвалюють дану шкідливу звичку лише окремі хлопці (табл.20). Незважаючи на майбутню професію медичного працівника, студенти медичного коледжу більш лояльно ставляться до проблеми паління серед молоді.

Таблиця 20.

Яке ваше ставлення до тих, хто палить												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
мені байдуже, це їх проблеми	48	49,0	25	41,7	23	60,5	60	47,6	48	48,0	12	46,2
схвалюю цю шкідливу звичку	1	1,0			1	2,6	2	1,6			2	7,8
засуджую цю шкідливу звичку	41	41,8	30	50,0	11	29,0	51	40,5	45	45,0	6	23,0
вважаю паління нормальним явищем	7	7,2	5	8,3	2	5,3	12	9,5	6	6,0	6	23,0
немає відповіді	1	1,0			1	2,6	1	0,8	1	1,0		

За результатами анкетування 39-47% опитаних взагалі не вживають алкогольних напоїв, причому 54-58% – юнаки, серед дівчат цей відсоток нижчий (табл.21). 49-56% респондентів вживають алкогольні напої лише на свята. На жаль, ця тенденція, неможливість повної відмови від алкогольних напоїв, особливо під час святкування, характерна для більшості населення України.

Таблиця 21.

Як часто Ви вживаєте алкогольні напої												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
3-4 рази на тиждень							1	0,8			1	3,8
1-2 рази на тиждень	3	3,1			3	7,8	5	4,0	4	4,0	1	3,8
рідко, під час святкування якоїсь події	48	49,0	36	60,0	12	31,6	71	56,3	61	61,0	10	38,5
не вживаю взагалі	46	46,9	24	40,0	22	58,0	49	38,9	35	35,0	14	53,9
немає відповіді	1	1,0			1	2,6						

Основною причиною вживання алкогольних напоїв респондентами обох навчальних закладів все-таки є: «відмітити приємну подію в житті», хоча значний відсоток становлять такі причини, як: «щоб розслабитися» та «за компанію» (табл. 22).

Таблиця 22.

Що є причиною вживання вами алкогольних напоїв												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
за компанію	11	11,2	10	16,7	1	2,7	9	11,7	7	10,8	2	16,7
щоб розслабитися	16	16,3	9	15,0	7	18,4	10	13,0	9	13,8	1	8,3
для самоствердження							1	1,3			1	8,3
відмітити приємну подію в житті	27	27,5	19	31,7	8	21,1	59	76,6	50	77,0	9	75,0
бажання бути як усі							2	2,6	2	3,2		
немає відповіді	2	2,1	1	1,7	1	2,7						

Також була проаналізована суб'єктивна оцінка студентами свого здоров'я.

У дівчат з обох навчальних закладів скарг набагато більше ніж у хлопців (табл. 23) і лише близько 20% респондентів не скаржиться на погіршення стану здоров'я в процесі та після навчання.

Таблиця 23.

На що Ви скаржитесь найчастіше												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
сильна втомлюваність в кінці робочого дня	43	43,8	35	58,3	8	21,0	42	33,3	35	35,0	7	26,9
сонливість	38	38,7	23	38,3	15	39,5	47	37,3	42	42,0	5	19,2
роздратованість	23	23,5	21	35,0	2	5,3	25	19,8	21	21,0	4	15,4
часті головні болі	19	19,3	18	30,0	1	2,6	24	19,0	23	23,0	1	3,8
не відчуваю нічого з вище переліченого	18	18,4	4	6,7	14	36,8	26	20,6	13	13,0	13	50,0
немає відповіді	2	2,0			2	5,3						

Аналізуючи оцінку власного здоров'я респондентів можна зробити висновок про те, що дівчата, особливо з медичного коледжу, оцінюють стан свого здоров'я нижче за хлопців, що корелює з даними табл. 2, 3, 23.

Таблиця 24.

Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
дуже добре	12	12,2	4	6,7	8	21,1	18	14,3	8	8,0	10	38,5
добре	43	43,9	22	36,6	21	55,2	58	46,0	45	45,0	13	50,0
задовільно	42	42,9	33	55,0	9	23,8	41	32,5	38	38,0	3	11,5
незадовільно	1	1,0	1	1,7			9	7,2	9	9,0		

Крім анкетування ми вимірювали зріст та масу кожного респондента. На основі цих даних, використовуючи наступні формули, ми оцінили наявність надлишкової маси у студентів.

1. Оцінку маси тіла проводили за наступними формулами:
 для хлопців: $(\text{зріст (см)} \times 4 : 2,54 - 128) \times 0,453$
 для дівчат: $(\text{зріст (см)} \times 3,5 : 2,54 - 108) \times 0,453$.

2. Масо-ростовий індекс – це відношення маси (г) до зросту (см). На кожен сантиметр зросту має припадати: 325 -375 г (у дівчат), 350-400г (у хлопців).

3. Індекс тілесної маси (індекс Кетле) – це відношення маси (кг) до квадрату зросту (м). Найоптимальніший індекс – 21. Якщо значення перевищує хоча б на одиницю, то маса тіла є надмірною [3].

Використовуючи дані формули, ми отримали наступні результати. Дівчата з медичного коледжу дещо більше страждають надлишковою масою тіла порівняно з дівчатами ліцею, серед хлопців – навпаки (табл. 25).

Таблиця 25.

Відношення маси тіла до зросту												
	Ліцей						Медичний коледж					
	загальна		дівчата		хлопці		загальна		дівчата		хлопці	
	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
норма	27	27,6	19	31,7	8	21,1	29	23,4	25	25,3	4	16,0
надмірна	35	35,7	21	35,0	14	36,8	51	41,1	42	42,4	9	36,0
недостатня	36	36,7	20	33,3	16	42,1	44	35,5	32	32,3	12	48,0

Отримані дані дозволяють зробити наступні висновки: основною причиною порушення здоров'я серед сучасних учнів та студентів є нездоровий спосіб життя, який пов'язаний з нераціональним харчуванням, недотриманням режиму дня, гіподинамією, наявністю шкідливих звичок. Саме тому високим є відсоток молодих людей, які мають хронічні хвороби. Поліпшення ситуації щодо стану здоров'я молоді, можливе лише за умови не тільки пропагування і знання факторів, що сприяють покращенню стану самопочуття, а й усвідомлення і дотримання цих правил.

Незважаючи на те, що цінність здорового способу життя декларована в головних законах, постановах, актах держави, робота щодо забезпечення фізичного, психічного, соціального, духовного благополуччя і гармонійного розвитку особистості є особистісним здобутком. Інакше кажучи, спосіб життя – це той чинник, який майже цілком залежить від поведінки людини і визначає її здоров'я. Здоровий спосіб життя зберігає і покращує здоров'я. Це має пам'ятати кожен.

Список використаних джерел

1. Ріпак М., Ріпак І., Сидорко О., Грибовський В. Вплив способу життя студентів вищих навчальних закладів на стан їхнього здоров'я // Молода спортивна Україна, 2012. – Т. 4. – С. 106 – 119.
2. Гришко В.С. Основи здорового способу життя всіх і кожного. – Тернопіль: Ястан, 1999. – 368с.
3. Електронний навчальний посібник з дисципліни: Методи визначення фізичного стану студентів. – Режим доступу: http://elib.lutsk-ntu.com.ua/book/tf/fiz_vyh/2010/10-102/page5.html.

СУЧАСНІ МОДЕЛІ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ ЯК ОСНОВА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (Мелега К.П.)

Здорове харчування – найважливіший фактор, що забезпечує здоров'я людини, її працездатність, можливість протистояти зовнішнім несприятливим впливам, визначає якість і тривалість життя. Раціональне, збалансоване харчування в поєднанні з регулярним фізичним навантаженням лежить в основі високого рівня здоров'я. Невідповідне харчування може привести до ослаблення імунітету, підвищення сприйнятливості до хвороб, порушення фізичного та психічного розвитку і зниження продуктивності людини. Гіппократ, якого вважають Батьком медицини, з прадавніх часів наголошував на визначальній ролі харчування у житті індивідуума, сформулювавши простий постулат: «Людина народжується здоровою. Усі хвороби приходять з їжею». У наш час отримані численні наукові докази, які підтверджують фундаментальну роль харчування у збереженні та зміцненні здоров'я, попередженні хронічних захворювань та забезпеченні здорового старіння.

Термін «здорове харчування» вперше почали використовувати в Японії в 90-х роках. Він означає, що харчування має не тільки задовольняти потребу організму в харчових речовинах і енергії, але й забезпечувати профілактику виникнення різних мультифакторних захворювань неінфекційного характеру, забезпечуючи тим самим збереження здоров'я. В основі сучасних уявлень про здорове харчування лежить концепція оптимального харчування, що передбачає необхідність повного забезпечення організму не тільки енергією, есенційними макро- і мікронутрієнтами, але й цілою низкою життєво важливих мінорних компонентів їжі [5].

Проблема харчування і здоров'я залишається однією з пріоритетних при формуванні й реалізації міжнародних програм під егідою ВООЗ. Ще у травні 2004 р. на П'ятдесят сьомій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я було прийнято Глобальну стратегію з харчування, фізичної активності і здоров'я (*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*), у якій було наголошено, що нездорове харчування та знижена фізична активність (ФА) є основними факторами ризику для розвитку більшості неінфекційних захворювань (НІЗ) сучасності, включаючи серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу й певні види раку, й основні зусилля з профілактики цих захворювань мають бути спрямовані на виявлення та корекцію цих факторів [1]. У документі зазначено, що існує унікальна можливість сформулювати й здійснити ефективну стратегію з метою рішучого скорочення смертності й захворюваності в усьому світі за рахунок поліпшення раціону харчування та підвищення ФА.

Інформаційний бюлетень ВООЗ № 394 від вересня 2015 р. вкотре наголошує, що здорове харчування упродовж усього життя допомагає уникнути проблеми неповноцінного харчування в усіх його формах, а також запобігти багатьом НІЗ. Зростання випуску перероблених харчових

продуктів, стрімка урбанізація й зміни в способі життя привели до порушень у режимі харчування. Населення споживає багато висококалорійних продуктів, насичених жирів, транс-жирів, вільних цукрів або солі/натрію, і багато людей не вживають у їжу достатньо фруктів, овочів і харчової клітковини, наприклад цільних злаків [2]. Отже, висновки експертів черговий раз підтверджують, що для тривалого й здорового життя необхідні здоровий режим харчування та достатня ФА.

У Глобальній стратегії з харчування, фізичної активності і здоров'я (2004 р.) [1] були викладені загальні рекомендації ВООЗ для населення й окремих осіб щодо здорового раціону харчування, а саме: домагатися енергетичного балансу й забезпечення оптимальної маси тіла; обмежувати надходження енергії за рахунок вживання жирів і переводити споживання з насичених жирів і транс-жирних кислот на ненасичені жири; підвищувати споживання фруктів і інших рослинних продуктів, включаючи овочі, цільне зерно й горіхи; обмежувати споживання «вільних» цукрів; обмежувати споживання (натрієвої) солі з усіх джерел і забезпечити йодування солі.

В Інформаційному бюлетені ВООЗ (2015 р.) надаються практичні поради для дорослих щодо дотримання здорового раціону харчування [2]. Так, обов'язковим є щоденне вживання в їжу щонайменше 5 порцій або 400 грамів фруктів і овочів, що скорочує ризик НІЗ і сприяє забезпеченню належного надходження в організм клітковини. Для поліпшення споживання фруктів і овочів необхідно: завжди включати у свої страви овочі; вживати в їжу фрукти та сирі овочі для перекусів; вживати в їжу свіжі сезонні овочі; урізноманітнити вживання фруктів та овочів.

Енергія (у калоріях), яка надходить в організм з їжею, має бути зрівноважена з енергією, що витрачається. Надходження жирів можна скоротити: змінивши спосіб готування їжі – видаляти жирну частину м'яса; використовувати рослинну олію, а також використовувати замість смаження тушкування, приготування на пару або запікання; уникати оброблених харчових продуктів, що містять транс-жири; обмежувати споживання харчових продуктів з високим вмістом насичених жирів (наприклад, сиру, морозива, жирного м'яса) [2]. Важливо, що скорочення сумарного споживання жирів до менше, ніж 30% від сумарної енергії сприяє запобіганню нездорового набору маси тіла серед дорослих [7; 11]. Крім того, ризик розвитку НІЗ знижується в результаті скорочення споживання насичених жирів до менше, ніж 10% від сумарної енергії, а транс-жирів до менше, ніж 1% від сумарної енергії і їх заміни ненасиченими жирами, які містяться у рослинній олії [2; 7].

Дослідження показують, що більшість людей вживають занадто багато натрію у вигляді солі (в середньому 9-12 г солі в день) і недостатньо калію. Високе споживання солі й недостатнє надходження в організм калію (менше 3,5 г) сприяють високому артеріальному тиску (АТ), який у свою чергу підвищує ризик хвороби серця й інсульту [10]. 1,7 млн. випадків смерті можна було б щорічно запобігти у випадку скорочення споживання кухонної солі до рекомендованого рівня менше 5 г у день (відповідає 2 г натрію в

день). Люди часто не уявляють, скільки солі в день вони споживають. Найбільше солі міститься у оброблених харчових продуктах (наприклад, у готових стравах, перероблених м'ясних продуктах, таких як бекон, шинка й салямі, а також у сирі й солоних закусочних продуктах) або в харчових продуктах, які споживаються у значних кількостях (наприклад, хліб). Сіль також додають у їжу при її приготуванні (наприклад, у бульйон, бульйонні кубики) або за столом (наприклад, у вигляді харчової солі, соєвого соусу й рибного соусу). Споживання солі можна скоротити: не додаючи сіль, соєвий соус або рибний соус під час приготування їжі; не виставляючи сіль на стіл; обмежуючи споживання солоних закусочних продуктів; вибираючи продукти з більш низьким вмістом натрію. Рекомендується читати етикетки на харчових продуктах, щоб перевірити, скільки в них міститься натрію. Споживання калію, який може пом'якшити негативні наслідки підвищеного споживання натрію для кров'яного тиску, може зрости в результаті вживання в їжу фруктів і овочів [2].

Важливим елементом здорового харчування є обмеження надходження в організм вільних цукрів, якими вважаються всі цукри, що додаються в харчові продукти або напої виробником, кухарем або споживачем, а також усі цукри, які природно містяться в меді, сиропі, фруктових соках і концентрованих фруктових соках. Фактичні дані вказують на те, що надходження вільних цукрів в організм дорослих і дітей не повинно перевищувати 10% від сумарної енергії (близько 50 г на добу), і скорочення до менше, ніж 5% від сумарної енергії (близько 25 г на добу) забезпечує додатковий позитивний ефект для здоров'я [2; 13]. Споживання вільних цукрів підвищує ризик карієсу зубів (руйнування зубів). Надлишкові калорії від харчових продуктів і напоїв, багатих на вільні цукри, також сприяють нездоровому набору ваги, що може привести до надлишкової маси тіла і ожиріння. Надходження в організм цукру можна скоротити: обмеживши споживання харчових продуктів і напоїв з високим вмістом цукру (тобто підсолоджених напоїв, солодких закусочних продуктів і цукерок); споживаючи в їжу фрукти й сирі овочі для перекусів замість солодких закусочних продуктів [2].

Важливе значення для здоров'я має правильний режим харчування, який має включати регулярні прийоми їжі упродовж дня, без пропусків, включаючи сніданок. Дослідження показали, що споживання їжі вранці пов'язане з меншим загальним споживанням енергії упродовж дня, і можливістю краще контролювати масу тіла. Отже, сніданок забезпечує ситість і може запобігти наступним переїданням. Крім того, вживання ранкової їжі пов'язано з суттєвим зниженням в сироватці крові рівня загального холестерину та ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), підвищенням чутливості до інсуліну [10].

В останні десятиліття була проведена велика кількість наукових досліджень та аналізу різних моделей харчування з огляду їх впливу на здоров'я людини та причинної ролі у розвитку НІЗ. Одним з найбільш розповсюджених небезпечних захворювань сучасності є ішемічна хвороба

серця (ІХС). Хоча захворюваність та смертність від ІХС знизилися в США й Західній Європі з 1970-х років, вона як і раніше залишається головною причиною смерті в усьому світі, приводячи до 7,2 млн. смертей щороку [20]. Багато досліджень останнього часу торкалися харчового раціону та його модифікацій як важливої детермінанти в розвитку ІХС. Була виявлена асоціація між вживанням окремих продуктів або поживних речовин і ризиком розвитку ІХС. Однак, насправді, люди зазвичай не харчуються окремими поживними речовинами, але споживають їжу, що містить різноманітні комбінації харчових продуктів і поживних речовин. Тому аналіз дієтичних моделей дедалі частіше використовується в епідеміології харчування з урахуванням комбінованих ефектів продуктів харчування, потенційно полегшуючи розробку рекомендацій з харчування.

Дієтичні моделі обумовлюються кількістю, пропорціями, різноманітністю або поєднанням різних продуктів і напоїв у раціоні харчування і частотою, з якою вони звичайно вживаються. Нинішній акцент на моделях здорового харчування, а не окремих харчових групах, продуктах або поживних речовинах, пропонує більш комплексний підхід до оцінки здоров'я у зв'язку з дотриманням певного харчового раціону [8].

Загалом здорові/раціональні дієтичні моделі характеризуються високим споживанням овочів, фруктів, продуктів з цільного зерна, оливкової олії, риби, сої, птиці і молочних продуктів з низьким вмістом жиру. Натомість нездорові/західні дієтичні моделі відрізняються високим споживанням червоного і/або обробленого м'яса, рафінованих зернових продуктів, солодощів, молочних продуктів з високим вмістом жиру, масла, картоплі і жирних підлив та низьким споживанням фруктів і овочів. Проведений метааналіз різних дієтичних моделей показує, що здорові/раціональні дієтичні моделі пов'язані зі зменшенням ризику ІХС, тоді як нездорові/західні моделі пов'язані з підвищеним ризиком ІХС [20].

26 жовтня 2015 р. Міжнародним агентством з вивчення раку (*International Agency for Research on Cancer (IARC)* – агентство ВООЗ, що займається проблемою раку), було оприлюднено результати оцінки канцерогенного впливу вживання червоного м'яса і м'ясної продукції. До червоного м'яса належать усі види м'язового м'яса ссавців, такі як яловичина, телятина, свинина, ягнятина, баранина, конина й козлятина. М'ясна продукція – це продукти з м'яса, отримані за допомогою обробки (засолювання, в'ялення, ферментації, копчення або інших способів консервування), спрямованої на посилення смаку або збільшення терміну зберігання. Більшість видів м'ясної продукції містять свинину і яловичину, однак м'ясні продукти можуть також містити інші види червоного м'яса, м'ясо птиці, субпродукти або побічні продукти, такі як кров. Прикладами м'ясної продукції є: сосиски, шинка, ковбаси, в'ялена яловичина, а також м'ясні консерви і м'ясовмісні напівфабрикати й соуси. Після ретельного вивчення накопиченої наукової літератури робоча група в складі 22 експертів з 10 країн під егідою IARC, класифікувала червоне м'ясо як імовірно канцерогенне для людей (Група 2А). Такий зв'язок спостерігався переважно щодо

колоректального раку, але зв'язок з раком підшлункової залози й раком простати також прослідковувався. М'ясна продукція була класифікована як канцерогенна для людей (Група 1) на основі достатнього обсягу фактичних даних, які свідчать про те, що вживання м'ясної продукції викликає колоректальний рак. Експерти зробили висновок, що щоденне вживання в їжу 50 грамів м'ясної продукції підвищує ризик розвитку колоректального раку на 18%. На думку д-ра Крістофера Уайльда (*Christopher Wild*), директора IARC: «Отримані результати підтверджують сучасні рекомендації щодо обмеження вживання м'яса. У той же час, червоне м'ясо має поживну цінність. Тому ці результати дозволять урядам і міжнародним регулятивним органам провести оцінки ризику, щоб співставити небезпеку й користь вживання в їжу червоного м'яса і м'ясної продукції та надати, по можливості, найкращі дієтичні рекомендації» [3].

Глобальну проблему сучасності становить надлишкова маса тіла (НМТ) та ожиріння, поширеність яких збільшується в усьому світі. За даними ВООЗ, з 1975 року кількість людей, які страждають на ожиріння, в усьому світі збільшилась більше, ніж утричі. У 2016 році більше 1,9 млрд. дорослих мали НМТ, серед них понад 650 млн. страждали на ожиріння. Тривогу викликає той факт, що неухильно збільшується кількість дітей з НМТ та ожирінням: у 2016 р. 340 млн. дітей і підлітків у віці від 5 до 19 років страждали від НМТ або ожиріння [4].

Встановлено, що НМТ та ожиріння пов'язані з більш високою смертністю від усіх причин [19]. Основна причина ожиріння і НМТ – енергетичний дисбаланс, при якому калорійність раціону перевищує енергетичні потреби організму. В усьому світі відзначаються наступні тенденції: збільшення споживання продуктів з високою енергетичною ємністю і високим вмістом жиру; зниження ФА у зв'язку з дедалі більш поширеним сидячим характером багатьох видів діяльності, змінами в способах пересування й зростаючою урбанізацією. Підвищений індекс маси тіла ($IMT > 25 \text{ кг/м}^2$) є одним з основних факторів ризику таких НІЗ, як: серцево-судинні захворювання (головним чином, хвороби серця й інсульт); цукровий діабет; порушення опорно-рухового апарату (особливо остеоартрит – вкрай інвалідизуюче дегенеративне захворювання суглобів); деякі онкологічні захворювання (у т.ч. рак ендометрію, молочної залози, яєчників, передміхурової залози, печінки, жовчного міхура, нирок і товстої кишки). Ризик цих НІЗ підвищується по мірі збільшення ІМТ. Дитяче ожиріння підвищує ймовірність ожиріння, передчасної смерті та інвалідності у дорослому віці [4; 14].

Існують переконливі дані, що розвитку ожиріння можна запобігти і попередити низку важких захворювань, їх ускладнень та ризик ранньої смерті. Запорукою цього є формування відповідального ставлення до власного здоров'я. На індивідуальному рівні кожен може: обмежити калорійність свого раціону за рахунок зниження кількості споживання жирів і цукрів; збільшити споживання фруктів і овочів, а також зернобобових,

цільних злаків і горіхів; виконувати регулярну фізичну активність (60 хвилин у день для дітей і 150 хвилин у тиждень для дорослих) [1; 4].

На сьогоднішній день найбільш здоровими і доступними для населення дієтичними моделями вважають Середземноморську дієту, дієту *DASH* (*Dietary Approaches to Stop Hypertension* – Дієтологічний підхід до лікування гіпертензії), вегетаріанські дієти і їх варіації. Ці харчові моделі, при споживанні відповідної кількості калорій, сприяють здоровому росту й розвитку, одночасно знижуючи ризик НІЗ, у тому числі серцево-судинних захворювань, цукрового діабету типу 2, ожиріння та деяких видів раку. Крім того, ці моделі харчування сприяють функціональному здоров'ю людей похилого віку [15].

Середземноморська дієта (*The Mediterranean Diet*) (СМ-дієта) є однією із найбільш здорових дієтичних моделей. Згідно з доповіддю ВООЗ за 2002 рік, серед 20 країн з найвищою тривалістю життя чотири країни – Середземноморські (Франція, Італія, Іспанія й Греція). Середземноморські країни мають схожу дієтичну модель, уперше описану доктором Анселем Кейсом в 1986 році. Він звернув увагу на те, що спостерігаються важливі географічні відмінності в захворюваності та смертності на серцево-судинну патологію, деякі види раку та інші захворювання, пов'язані з харчуванням, у країнах, які дотримуються більш здорової середземноморської моделі харчування, та в інших країнах, які відрізняються нездоровими харчовими раціонами [16]. З того часу почалося активне вивчення моделі СМ-дієти та оздоровчих ефектів, які вона проявляє, що продовжується до сьогоднішнього дня.

СМ-дієта – це модель харчування, яка базується на споживанні рослинної їжі, у якій овочі, фрукти, злаки (переважно у вигляді цільного зерна), бобові й горіхи повинні споживатися у великій кількості і часто (майже щоденно). СМ-дієта також включає помірне споживання (кілька разів у тиждень) риби й молюсків, білого м'яса, яєць і молочних продуктів. Навпаки, споживання червоного м'яса, обробленого м'яса і продуктів з високим вмістом цукру та жиру має бути зведено до мінімуму і вживатись якомога рідше. Основним джерелом дієтичних ліпідів є оливкова олія. Необхідно забезпечити адекватне щоденне споживання води, також рекомендується помірне споживання вина. Сезонність, різноманітність, використання традиційних і місцевих продуктів харчування також важливі елементи у цій дієтичній моделі. Крім того, СМ-дієта включає особливі елементи культури і способу життя, такі як святковість, кулінарна діяльність, фізична активність і повноцінний відпочинок [6].

Наукові дані свідчать, що СМ-дієта пов'язана з нижчою частотою смертності від усіх причин та з нижчою частотою серцево-судинних захворювань, цукрового діабету типу 2, певних видів раку і нейродегенеративних захворювань. Вважають, що оздоровчі ефекти СМ-дієти пов'язані з комплексною дією на організм речовин, які містяться у продуктах цього харчового раціону: корисний профіль жирних кислот з високим вмістом мононенасичених жирних кислот, велика кількість харчових волокон,

антиоксидантні сполуки [6]. Збільшуються переконливі докази того, що дотримання моделі СМ-дієти корелює з більш високою тривалістю життя і затримує початок погіршення стану здоров'я. Встановлений позитивний вплив СМ-дієти на зменшення симптомів психічної депресії, пов'язаної з віком, хвороби Альцгеймера та зниження прогресування вікового погіршення когнітивних функцій [16].

Поряд з СМ-дієтою однією з кращих моделей здорового харчування визнана дієта *DASH* (*Dietary Approaches to Stop Hypertension* – Дієтологічний підхід до лікування гіпертензії). Спочатку вона використовувалась як дієта для зниження артеріального тиску (АТ) у осіб, хворих на гіпертонічну хворобу. Систему харчування під назвою *DASH*-дієта розробили фахівці з Національного інституту серця, легень і кровообігу (США). Дієта *DASH* характеризується високим споживанням фруктів, овочів, горіхів, насіння, бобових, пісного м'яса, риби, птиці, молочних продуктів знежирених або з низькою жирністю, а також низьким споживанням солодошів, насичених жирів і натрію (кухонної солі). Отже, харчовий раціон *DASH*-дієти містить мало насичених жирів, загального жиру й холестерину, але багатий калієм, магнієм, кальцієм, білком і харчовими волокнами. Ця модель широко вивчалася у різноманітних наукових дослідженнях, як у популяції хворих з артеріальною гіпертензією, так і в нормотензивній популяції. Було показано, що дієта *DASH* захищає від гіпертонії, серцево-судинних захворювань і діабету, має здатність підвищувати когнітивні функції, виконавчі функції та увагу. Вченими був досягнутий консенсус, що дієта *DASH* як модель здорового харчування ефективна для всіх [18].

Великою популярністю здавна користуються т.з. «рослинні» або вегетаріанські дієти, які зовсім не містять тваринних продуктів або містять їх в обмеженій кількості. Вони базуються на споживанні зернових, бобових, овочів, фруктів і горіхів. Винятково вегетаріанські (веганські) дієти містять тільки рослинні продукти, а лакто-ово-вегетаріанські дієти включають молочні і/або яєчні продукти. Вегетаріанський раціон відрізняється більш високим вмістом харчових волокон і калію і більш низьким вмістом жиру у порівнянні із іншими дієтичними моделями [10; 12]. Як показали численні дослідження, рослинні дієти пов'язані зі зменшенням усіх причин смертності і зниженням ризику ожиріння, цукрового діабету типу 2 та ІХС. Нежирна вегетаріанська дієта – єдина дієтична модель, яка продемонструвала суттєве зменшення атеросклеротичних бляшок в клінічних випробуваннях. Отримані переконливі докази того, що дієта без м'яса може привести до значного зниження рівня загального холестерину та ЛПНП у крові, що відповідає майже 10% зниженню ризику серцево-судинних захворювань. Доведено, що вегетаріанські дієти знижують підвищений АТ. Установлено, що харчові раціони на основі рослин є особливо ефективним дієтичним підходом для зниження маси тіла та контролю ваги упродовж життя [12].

Кілька можливих механізмів можуть пояснити сприятливі кардіо-метаболічні ефекти рослинних дієт: більш низьке споживання калорій, збільшення споживання харчових волокон, зниження споживання насичених

жирів і холестерину, більш високе споживання поліненасичених і мононенасичених жирних кислот, збільшення споживання антиоксидантів і мікроелементів, більш високе споживання рослинного білка й більш високе споживання рослинних стеринів [10; 12; 14].

Певну настороженість викликає той факт, що деякі поживні речовини в рослинних дієтах можуть міститись у меншій кількості, ніж у дієтах, які включають тваринні продукти, хоча існують значні відмінності залежно від конкретних варіантів вибору дієти. Тому вегетаріанцям треба ретельно планувати свою дієту, щоб не допустити дефіциту деяких поживних речовин [10], зокрема: білка, жиру (особливо насиченого), цинку, вітаміну D і вітаміну B₁₂. Хоча, за даними обстежень, прояви такої нестачі не більше поширені у вегетаріанських популяціях, ніж у всеїдних популяціях. На особливу увагу заслуговує вітамін B₁₂, який міститься в продуктах тваринного походження внаслідок утворення його кишковими бактеріями. Проблема для вегетаріанців може вирішитись шляхом вживання багатих вітаміном B₁₂ продуктів або харчових добавок [12].

Сучасні дієтичні рекомендації більшості країн світу обов'язково включають ферментовані продукти, зокрема кисломолочні, як важливий елемент здорового харчового раціону. Ці продукти мають тривалу історію безпечного застосування і виявляють виражений позитивний вплив на стан кишечника, кишкової мікрофлори (мікробіому кишечника) та здоров'я організму в цілому [9]. Для розуміння сутності проблеми, слід врахувати, що сукупність мікроорганізмів, які живуть у кишечнику, це мікробіота кишечника, а їх геном відомий як мікробіом. Правильний склад і функціональність цього мікробіому надзвичайно важливі для підтримання «здорового стану» організму. Мікробіота кишечника є великою, складною й різноманітною сукупністю мікроорганізмів, що живуть у нашому кишечнику, досягаючи рівня 10¹⁴ клітин, і містить у собі бактерії, археї, віруси і деякі одноклітинні еукаріоти, які спільно розвивалися у людей у комменсальній формі. Серед бактерій в сотні разів більше анаеробів, ніж аеробів. У цілому майже 10 мільйонів різних генів були виявлені в людському мікробіомі до цього часу, які представляють важливий генетичний ресурс. Мікробіом, як правило, визнається в якості другого нашого геному і бере активну участь у нашій фізіології й метаболізмі [17].

Корисні мікроби використовувалися в їжі століттями. Термін «йогурт» був прийнятий у 1925 році і позначає звичайне молоко, ферментоване певними штамами стрептококів і лактобацил [9]. Поліпшення кишкового гомеостазу шляхом використання певних пробіотиків, пребіотиків або синбіотиків (поєднане використання пробіотиків і пребіотиків) на сьогоднішній день визнано ефективними дієтичними стратегіями. Пробіотиками вважаються живі мікроорганізми, які при введенні в достатніх кількостях приносять вигоду хазяїну. Фізіолог І. Мечников ще у 1907 році запропонував концепцію пробіотичних мікроорганізмів (від грецьк. «*Pro* bios» (для життя)). На сьогоднішній день найкраще дослідженими пробіотиками вважаються деякі штами лактобацил і біфідобактерій, інші

продовжують інтенсивно досліджуватись. Встановлено, що пробіотичні мікроорганізми виявляють загальний сприятливий вплив на здоров'я людини, наприклад, конкуруючи з патогенами, підсилюючи кишковий бар'єр проти патогенних мікроорганізмів, змінюючи перетравлювання поживних речовин і модулюючи лімфоїдну тканину, пов'язану з кишечником [9; 17]. Слід врахувати, що йогурт та інші кисломолочні продукти (домашній сир, м'які і тверді сири) містять менше лактози (молочного цукру) і легше перетравлюються порівняно з продуктами із цільного молока, оскільки містять бактеріальну лактазу, яка розщеплює лактозу. Ця інформація важлива для людей, у яких відмічається непереносимість цільного молока.

Пребіотиками вважають селективно ферментовані інгредієнти, що приводять до специфічних змін у складі й/або активності мікробіому шлунково-кишкового тракту, тим самим приносячи вигоду для здоров'я хазяїна. Більшість пребіотиків є складними вуглеводами, що наявні у цільних зернах, фруктах і овочах або виробляються промислово. Ці сполуки не перетравлюються і не всмоктуються в тонкому кишечнику і досягають товстої кишки, де їх селективне бродіння сприяє зміні складу і метаболічної активності кишкової мікробіоти [17]. Отже, включення до раціону харчування продуктів, які нормалізують склад кишкового мікробіому, проявляє загальний здоров'язберезувальний ефект.

Отже, харчування має не тільки задовольняти потребу організму в харчових речовинах і енергії, але й забезпечувати профілактику хронічних неінфекційних захворювань та збереження здоров'я. Здорове харчування включає широкий спектр цільних, нерафінованих харчових продуктів, серед яких свіжі фрукти та овочі, зернові, горіхи, насіння і бобові, які вживаються в достатній кількості та якомога частіше. Для більшості людей рекомендовано помірне вживання продуктів тваринного походження, а саме: яєць, риби, білого м'яса, молочних продукти (особливо, кисломолочних). У здоровому харчовому раціоні обмежується вживання червоного м'яса та перероблених м'ясних продуктів, насичених жирів і транс-жирів, цукру, солодоців і кухонної солі з огляду на їх доведений шкідливий вплив на здоров'я та підвищений ризик розвитку неінфекційних захворювань, зокрема, серцево-судинних, цукрового діабету та деяких видів раку. На сучасному етапі найкращими дієтичними моделями, які в повній мірі відображають принципи здорового харчування, визнано Середземноморську дієту та дієту *DASH* (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*).

Список використаних джерел

1. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. *Всемирная организация здравоохранения*, 2004.
2. Здоровое питание. Центр СМИ. Информационный бюллетень №394, Сентябрь 2015 г. *Всемирная организация здравоохранения*. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/ru/> (дата звернення: 20.04.2018).
3. Международное агентство по изучению рака дает оценку употребления красного мяса и мясной продукции. Центр СМИ. Выпуск новостей МАИР. *Всемирная организация*

- здоровоохранения. URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/cancer-red-meat/ru/#> (дата звернения: 20.04.2018).
4. Ожирение и избыточный вес. Центр СМИ. Информационный бюллетень. Октябрь 2017 г. Всемирная организация здравоохранения. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/> (дата звернения: 20.04.2018)
5. Тутельян В.А., Смирнова Е.А. Роль пищевых микроингредиентов в создании современных продуктов питания. *Пищевые ингредиенты в создании современных продуктов питания*: монография / под ред. В.А. Тутельяна, А.П. Нечаева. М.: ДеЛи плюс, 2014. С. 10-24.
6. Castro-Quezada I., Román-Viñas B., Serra-Majem L. The Mediterranean Diet and Nutritional Adequacy: A Review. *Nutrients*. 2014. V. 6, Is.1. P. 231-248.
7. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: *World Health Organization*, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916).
8. Dietary Guidelines Advisory Committee. Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee. Washington (DC): *US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services*, 2015.
9. Ebner S., Smug L.N., Kneifel W. et al. Probiotics in dietary guidelines and clinical recommendations outside the European Union. *World J Gastroenterol*. 2014. V. 20, Is. 43. P. 16095-16100.
10. Gabi A. A Review of the Fundamentals of diet. *Glob Adv Health Med*. V. 2, № 1. P. 58-63.
11. Hooper L., Abdelhamid A., Moore H.J. et al. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *British Medical Journal*. 2012. № 345. P. 1-15.
12. Kahleova H., Levin S., Barnard N. Cardio-Metabolic Benefits of Plant-Based Diets. *Nutrients*. 2017. V. 9, Is. 8. P. 848.
13. Moynihan P.J., Kelly S.A. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. *J Dent Res*. 2014. № 93. P. 8-18.
14. Mu M., Xu L.F., Hu D. et al. Dietary Patterns and Overweight/Obesity: A Review Article. *Iran J Public Health*. 2017. V. 46, Is. 7. P. 869-876.
15. Nelson M.E., Hamm M.W., Hu F.B. et al. Alignment of Healthy Dietary Patterns and Environmental Sustainability: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2016. V. 7, Is. 6. P. 1005-1025.
16. Roman B., Carta L., Ángel M. et al. Effectiveness of the Mediterranean diet in the elderly. *Clin Interv Aging*. 2008. V. 3, Is. 1. P. 97-109.
17. Salazar N., Valdés-Varela L., González S. et al. Nutrition and the gut microbiome in the elderly. *Gut Microbes*. 2017. V. 8, Is. 2. P. 82-97.
18. Tangney C.C. DASH and Mediterranean-type Dietary Patterns to Maintain Cognitive Health. *Curr Nutr Rep*. 2014. V. 3, Is. 1. P. 51-61.
19. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: Individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet* (Lond. Engl.). 2016. № 388. P. 776-786.
20. Zhang X.Y., Shu L., Si C.J. et al. Dietary Patterns, Alcohol Consumption and Risk of Coronary Heart Disease in Adults: A Meta-Analysis. *Nutrients* 2015. V. 7, Is. 8. P. 6582-6605.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

**(Іванько О.Г., Михалюк Є.Л., Підкова В.Я.,
Малахова С.М., Товма А.В., Пацера М.В.)**

Досвід багаторічного медичного спостереження стану здоров'я осіб підліткового та молодого віку дозволяє стверджувати, що серед «здорових» (як на думку підлітків, так і їхніх батьків) достатньо часто зустрічаються юнаки та дівчата з первинною артеріальною гіпертензією (АГ). Ця хвороба, яка вважалась притаманна людям тільки зрілого віку, в сучасних умовах серед підлітків виявляється, за даними авторів, з частотою від 5,3% до 26% [1, с. 131], а за нашими даними – в 19% випадків. Захворюваності на АГ сприяють високі психоемоційні та інформаційні навантаження сучасного життя, харчування зі споживанням великої кількості кухарської солі, низька фізична активність молоді, тютюнопаління та ін. Не останнє місце серед чинників розвитку АГ посідає і спадкова схильність, яка криється в успадкуванні численних генетичних факторів патогенезу АГ [2, с. 25]. Ситуація ускладнюється також і тим, що молоді люди практично не звертається за допомогою до лікарів навіть тоді, коли реєструються високі цифри артеріального тиску (АТ). Внаслідок цього своєчасне лікування не призначається і вже в молодому віці досягає свого апогею у вигляді гіпертонічних кризів й уражень органів-мішеней АГ, що призводить до негативних наслідків та навіть інвалідизації молодих людей працездатного віку.

Метою нашої роботи стало удосконалення алгоритмів виявлення та своєчасного призначення профілактичних і лікувальних засобів підліткам 16-18 років з первинною АГ із застосуванням ефективних здоров'язбережувальних технологій, а саме технологій фізичної реабілітації.

Упродовж 10 років (з 2008 по 2017 рік) за участю медичних фахівців кафедр педіатричного та терапевтичного профілю Запорізького державного медичного університету під час обов'язкових профілактичних оглядів у понад 4500 студентів-першокурсників вимірювався АТ. Вимірювання АТ проводилися з використанням методу Н. Короткова, який залишається загальноприйнятим офіційним офісним методом діагностики АГ. У тих підлітків, у яких цифри АТ дорівнювали або перевищували значення 120/70 мм рт. ст., що за існуючими рекомендаціями [3, с. 113] є індикатором «скринінгового» ризику АГ, ми продовжували вимірювати АТ з інтервалом в один-два тижні. На підставі одержання 3-х офісних вимірювань АТ, якщо цифри знаходились у межах 130-160 мм рт. ст. за систолічним АТ (САТ) та/або 80-100 мм рт. ст. за діастолічним АТ (ДАТ), що перевищували показники 90-ї перцентилі згідно віку, статі та зросту, відібрані особи, які вважались гіпертензивними [4, с. 7].

Разом із вимірами АТ у підлітків, на основі опитування та вивчення медичних амбулаторних карт також збирали інформацію про наявність скарг, попередніх свідчень про підвищення АТ, епізодів лікування АГ в минулому,

наявність випадків підвищеного АТ в близьких родичів та випадків їх смертності від кардіо-васкулярних подій у віці до 55 років.

Для остаточного підтвердження діагнозу АГ, встановленого на підставі офісних вимірювань АТ, усім зазначеним особам проводилось добове моніторування АТ (ДМАТ) із використанням апарата *Cardio Tens, Meditech Ltd* (Угорщина). Результати ДМАТ оцінювали згідно з рекомендаціями Європейської асоціації гіпертензії у дітей та підлітків [5, с. 1888]. Визначали середні значення САТ та ДАТ у денний, нічний час та за добу, індекс часу гіпертензії і добовий індекс для САТ і ДАТ. ДМАТ, як референтний метод діагностики АГ, дозволяв також діагностувати «гіпертензію білого халату». Цей стан встановлювали, якщо офісні значення САТ та ДАТ були вищими за 90-у перцентиль, в той час, як підвищені цифри САТ або ДАТ, отримані методом ДМАТ за добу, за показником часу навантаження гіпертензією не перевищували 25%.

Згідно з вищевказаними рекомендаціями у педіатрії встановлювали перебіг АГ. Лабільну АГ (ЛАГ) характеризували за варіабельністю часу навантаження гіпертензією в межах 25-50% добового часу, коли значення САТ та/або ДАТ дорівнювали або були вищими за 95-у перцентиль відповідно до статі, зросту і часу доби вимірювання. Стабільну АГ (САГ) встановлювали, коли час навантаження гіпертензією перевищував 50% вимірювань. За результатами ДМАТ із загального числа обстежених на попередньому етапі дослідження осіб, близько 70% підлітків було віднесено до групи безумовної АГ. Її складали хворі на «гіпертензію білого халату» – 8%, масковану гіпертензію, яка виявлялась лише методом ДМАТ – 4%, лабільну АГ (ЛАГ) – 49% та стабільну АГ (САГ) – 24%. У переважній більшості хворих на САГ цифри АТ не перевищували значення 160/100 мм рт. ст., що відповідало 1-му ступеню АГ. Лише поодинокі молоді люди мали ознаки АГ 2-го ступеню з періодичними підвищеннями АТ до 195/100 мм рт. ст. та розвитком гіпертонічних кризів.

Водночас 30% підлітків після залучення до групи спостереження та виконання названих діагностичних заходів були віднесені до групи нормотензивних осіб. Частину з них складали підлітки з так званими «високими нормальними цифрами АТ» [5, с. 1889].

ДМАТ у підлітків з АГ дозволяв також виділити традиційні групи, які відрізнялися залежно від характеру циркадних коливань АТ [6, с. 32]. 47,6% підлітків склали групу осіб, які відповідали характеристикам *dippers* з помірним нічним зниженням АТ, як САТ, так і ДАТ (добовий індекс знаходився в межах 10–20 %). Ще 41,7% підлітків із недостатнім нічним зниженням АТ (добовий індекс був меншим за 10%) відповідали стану *non-dippers*. До *over-dippers* увійшли 1,2% підлітків із надмірним (більш ніж 20%) нічним зниженням АТ. На протилежність у 9,5% підлітків вночі відбувалося підвищення АТ, що дозволяло віднести їх до групи так званих *night-peakers* і, водночас, до осіб із прихованою АГ.

Поглиблене обстеження підлітків з виявленою АГ мало на меті виключення симптоматичної гіпертензії і проводилось в умовах денного

стаціонару дитячого поліклінічного відділення КУ «6-ої міської клінічної лікарні». Діагностичну програму починали із порівняльного вимірювання АГ на верхніх та нижніх кінцівках, що дозволяло виключити вади аорти як причини АГ. Далі проводили загально-клінічні лабораторні дослідження: загальний аналіз сечі, зміни якого були підставою для виключення ниркових чинників АГ, досліджували рівень креатинину та сечовини крові, загальний аналіз крові, ліпіди плазми крові (холестерин, ліпопротеїди, тригліцериди), електроліти. Додатковими інструментальними методами були обов'язкові ехокардіоскопія (Ехо-КС), а також ультразвукові дослідження нирок, наднирників, щитоподібної залози та офтальмоскопія очного дна. Усього за нашими даними частота виявлення симптоматичної АГ за даними декількох років не перевищувала 1-2% із загальної кількості підлітків із АГ (зазвичай, хронічна хвороба нирок або гіпертиреоз).

При проведенні ЕКГ поряд з традиційними показниками електричної збудливості і провідності приділяли увагу показникам електричної активності лівого шлуночка на підставі розрахунку індексу Соколова-Лайона (S-L індекс). S-L індекс визначали сумою біоелектричних потенціалів зубців S_1 і максимального зубця R_5 або R_6 в мм (mV) в грудних відведеннях. Перевищення величини суми висот названих зубців >34 мм (3,4 mV) вважали значущим позитивним S-L індексом. За нашими даними цей показник у осіб з первинною АГ дозволяє виявляти ризик формування або вже сформовану гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ) вже в молодому віці [7, с. 18].

Розвиток ГЛШ при АГ – найважливіша подія при АГ у підлітків, [8, с. 99], становить одну з патогенетичних ознак, яка здатна виступати безумовним фактором ризику несприятливого перебігу юнацької АГ.

Проведення Ехо-КС показало, що у 38,1% підлітків з діагностованою первинною АГ у віці 16-17 років були виявлені ознаки зміненої геометрії серця за класифікацією А. Ganaui. Ознаками ГЛШ вважали перевищення товщини задньої стінки лівого шлуночка $>0,9$ см, міжшлуночкової перегородки $>0,8$ см, індексу маси міокарда лівого шлуночка $\geq 39,4$ г/зріст в $\text{м}^{2,7}$ для юнаків і $\geq 36,9$ г/зріст в $\text{м}^{2,7}$ для дівчат при збережених нормальних розмірах камери лівого шлуночка в діастолі [9, с. 68].

Серед хворих на АГ зустрічалися підлітки, що страждали на ожиріння або мають високий ризик його розвитку (так звана «зайва вага») на тлі гіподинамії і низької фізичної активності. Подібні стани виявлені у 11,8% студентів. При цьому зв'язок наявності зайвої ваги з розвитком АГ простежується достатньо чітко. Тому була досліджена фізична працездатність (ФП) підлітків з АГ за допомогою велоергометричного субмаксимального тесту PWC_{170} . Низький рівень ФП, а саме PWC_{170} менше 850 кгм/хв. був виявлений у 11,1% юнаків, і менше за 500 кгм/хв. відповідно у 36,8% дівчат, що пояснювалось малорухливим способом життя (гіподинамією) і небажанням взагалі виконувати фізичні вправи чи займатися спортом.

В умовах, що склалися з показниками стану здоров'я підлітків, які навчаються у вищому навчальному закладі, виникає потреба впровадження в практику навчальних закладів засобів здоров'язбережувальних технологій для

профілактики та лікування АГ на засадах фізичної реабілітації, спрямованої на корекцію АТ, контролю маси тіла і підвищення фізичної працездатності у вигляді цільової програми, направленої на виконання спеціальних фізичних вправ, виховання потреби підтримувати рухливу активність і формування інших компонентів здорового способу життя.

Виконання програми фізичної реабілітації АГ передбачало наступні заходи:

1. Відкрите роз'яснення сутності патогенезу АГ і принципів її попередження та лікування. Відбір з числа студентів осіб з АГ, згодних пройти курс її фізичної реабілітації.

2. Організація велотренажерного залу і тренувального процесу.

3. Залучення інструктора (інструкторів) з фізичної реабілітації з числа медичних працівників, викладачів фізичного виховання або навіть спеціально підготовлених волонтерів, навчання студентів методам контролю і самоконтролю ефективності тренувального процесу.

4. Виконання вступного та основного етапів курсу фізичних тренувань.

5. Організація медичного контролю.

6. Оцінка найближчих та віддалених результатів.

Для виконання цієї програми на базі університету було створено тренажерний зал. Це окреме приміщення площею близько 30 м² з достатньою вентиляцією та освітленням, з температурою повітря 15-25°C, пристосоване для встановлення велотренажерів. Для забезпечення територіальної доступності тренажерного залу його розташували в максимально зручній для відвідування студентами зоні спортивного корпусу. Із додаткових обладнань було встановлено великий настінний годинник із секундною стрілкою (для підрахунку пульсу в процесі виконання вправи і хронометражу тренування). Інструктора з фізичної реабілітації було проінструктовано щодо обов'язкового заповнення форми відвідування студентами занять із занесенням інформації про контроль пульсу під час тренування.

За методикою програма фізичної реабілітації на велотренажері достатньо проста. Заняття проводили 2 рази на тиждень по 30-40 хвилин, під час першої академічної години звичайного двогодинного заняття з фізичного виховання. Після занять в тренажерному залі студенти мали змогу за бажанням продовжити заняття фізичною культурою за основною програмою з обмеженням лише інтенсивних силових вправ. Форму одягу для тренування використовували легку і вільну, з натуральної тканини; взуття – спортивне, наприклад, кросівки для бігу або інше легке взуття, але з досить твердою підошвою. Кожне заняття починали з ретельної розминки протягом 10 хвилин. Мета розминки – розігріти і розм'якшити м'язи спини, стегон і гомілок, оскільки можливі їх травми. Для цього застосовували елементи розтягування зв'язково-суглобного апарату у вигляді присідань, нахилів. Особлива увага приділялась гомілково-ступневим суглобам.

Перед початком тренування регулювалась висота сидіння велотренажеру, яка забезпечує повне розгинання в колінному суглобі в нижній точці знаходження педалі. Перевіряється надійність кріплення

сидіння, щоб запобігти його раптовому провалюванню, яке може викликати травму спини. Під час виконання вправ контролювали положення ніг, які повинні перебувати на педалях, щоб уникнути травм. На більшості моделей тренажерів небажано обертання педалей у зворотний бік, бо це призводить до поломки. Під час тренувань та вправ заборонялося приймати їжу, пити і жувати жувальну гумку. Дозволялося слухати музику, якщо вона не заважала підтримувати рекомендований ритм обертання педалей і забезпечувати пульсову цінність тренування.

Реабілітаційний курс тривав з жовтня по травень (7 місяців) у складі програми частково модифікованого та індивідуалізованого курсу занять фізкультурою і збігався за часом з основним навчальним планом.

Тренувальний процес поділяли на два періоди: початковий, тривалістю 2 місяці та основний, тривалістю 5 місяців.

Під час початкового періоду тренувань інструктором індивідуально для кожного підлітка були підібрані навантаження за допомогою визначення індивідуальної «пульсової цінності» тренувань.

Під час перших занять частота пульсу становила близько 60-70% від максимального вікового пульсу (МВП). МВП розраховували за формулою: 220 (максимальна частота серцевих скорочень, яка забезпечує засвоєння кисню при виконання фізичної роботи) мінус вік досліджуваного у роках. МВП у підлітків 16 -17 років звичайно становить 200 ударів на хвилину.

Середня частота пульсу (ЧП) під час виконання вправ на тренажері в початковому періоді тренувань, таким чином, дорівнювала у дівчат 120-130 ударів на хвилину, а у юнаків – 130-140 ударів. В основному періоді тренувань навантаження збільшуються і ЧП повинна складати 65-75% МВП, тобто 145-160 ударів на хвилину.

Під час фізичних навантажень орієнтувалися на індивідуальний прямий (пальпаторний) підрахунок пульсу, якому навчали на початку попереднього етапу тренувальних занять, на противагу електронним вимірювачам пульсу, якими забезпечені деякі моделі побутових тренажерів. Саме підтримка цільової частоти серцевих скорочень (пульсу) у процесі тренувань на велотренажері є сутністю методики використання тривалих динамічних аеробних вправ при фізичній реабілітації підлітків з АГ. Тому перед початком тренувань студенти повинні бути навчені самостійному підрахунку пульсу за 6 секунд, ознайомлені з правилами використання велотренажерів та основами техніки безпеки їх використання.

Для визначення ЧП за хвилину при виконанні вправи на велотренажері рекомендується на короткий проміжок часу (10 секунд) уповільнити темп обертання педалей, підрахувати число пульсових ударів за 6 секунд. Результат необхідно терміново повідомити інструктору з фізичної реабілітації, який помножить його на 10, що і відповідатиме частоті пульсу за 1 хвилину. Відразу виконання вправи продовжується в колишньому темпі або темп його збільшується чи знижується, залежно від рекомендацій інструктора. Вимірювання пульсу проводиться кожні 5 хвилин, а інструктор з фізичної реабілітації заносить результати до реєстраційної форми

відвідування заняття. Щоб уникнути фальсифікацій, інструктор особисто вибірково вимірює частоту пульсу у підлітка, який виконує вправу.

Кожне тренування безпосередньо на велотренажері продовжується 30 хв., не включаючи розминку. АГ з метою контролю вимірюється до тренування, відразу після сходження з велотренажеру та через 5 хвилин після тренування.

Темп обертання або опір педалей повинен збільшуватися, якщо заняття на тренажері не призводять до досягнення необхідної розрахованої «пульсової цінності» тренування, що може бути пов'язане з поступовим підвищенням фізичної працездатності. При виконанні вправ на велотренажері доцільно підтримувати таку інтенсивність, яка б не приводила до стомлення великого ступеня. Якщо ж під час виконання вправ відчувається біль або погіршення самопочуття, потрібно припинити тренування.

За 5 хвилин до закінчення виконання вправи на тренажері рекомендується поступово зменшувати темп рухів ніг. Сходження з тренажеру дозволяється лише після його повної зупинки. При цьому забороняється переносити всю вагу тіла користувача на одну педаль.

Під час завершення тренування та сходження з велотренажера протягом 5-10 хвилин рекомендується виконувати фізичні вправи, що виконувались під час розминки до тренувань.

Якщо велотренажер дозволяє контролювати параметри віртуального «велопробігу», то його дистанція зазвичай становить від 6 до 25 км зі швидкістю її подолання 11-40 км/год залежно від статі особи (у юнаків більше, ніж у дівчат), її фізичної працездатності, етапу тренувального процесу та індивідуальних ознак фізичної втоми. Обрані режими тренувань добре переносились, а в процесі проведення реабілітаційної програми у підлітків з АГ ускладнень не спостерігалось.

У сучасних умовах з'явилась змога під час практики фізичної реабілітації хворих з АГ ширше використовувати сучасні тренажери, що оснащені спеціальними пристроями для контролю стану кардіореспіраторної системи в режимі індивідуально підібраних, дозованих, поступово зростаючих фізичних навантажень [10, с. 27; 11, с. 347].

А завдяки моніторингу пульсу під час тренувань за допомогою таких телеметричних аналізаторів пульсу, як система «Polar», підвищується можливість безперервного контролю за пульсом безпосередньо під час м'язової роботи. Це удосконалює підхід до пальпаторного виміру пульсу в проміжках вимушеного відпочинку, що свідчить про більше навантаження, тобто відновні процеси. Використання монітору пульсу «Polar» у підлітків з первинною АГ під час тренувань на велотренажерах [12, с. 185; 13, с. 225; 14] дозволяє виключити людський фактор при підрахунку пульсу, не вимагає втручання в тренувальне заняття, що сприяє правильному розподілу навантажень та інтервалів відпочинку протягом заняття. Завдяки спостереженням за динамікою функціонального стану підлітка і отримання термінової інформації за допомогою моніторів пульсу, стає реальним своєчасне і обґрунтоване внесення коректив в педагогічну складову фізичних навантажень для юнаків і дівчат з АГ.

Час перебування підлітків в велотренажерному залі при проведенні занять та спілкуванні з інструктором треба наполегливо використовувати для рекомендацій щодо підтримання підлітками здорового способу життя та корекції можливих шкідливих звичок, що є також цільовим спрямуванням корекції АГ. У довірчій, імперативній чи інших формах, груповим або індивідуальним способами треба впроваджувати серед підлітків правильне, здорове харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів, жирів і кухонної солі, відмову від куріння, від систематичного вживання спиртних напоїв, у тому числі слабоалкогольних.

Залучення підлітків до систематичної фізичної культури і рухової активності не повинно обмежуватись двома в тиждень півгодинними заняттями на велотренажерах. Більшістю підлітків виконувались рекомендовані пішохідні прогулянки у швидкому темпі, біг, а в деяких випадках – плавання.

Наші спостереження показали достатню ефективність запропонованої програми скринінгу виявлення первинної АГ у студентів медичного університету і впровадження технологій відновлювання здоров'я.

Діагноз АГ збігався зі встановленим фактом підвищення АТ за ознакою «перевищення 120/80 мм рт. ст.» вже на першому кроці скринінгу у 65% випадків, що свідчить про важливість цієї нескладної діагностичної процедури. Неодноразові наступні офісні виміри АТ та проведення ДМАТ підвищують ефективність діагностики АГ. За допомогою впровадженого скринінгу та застосування клініко-лабораторного дослідження у 2014–2015 навчальному році діагноз первинної АГ встановлено у 19,8% першокурсників медичного університету, які до цього не були обізнані про наявність у них захворювання. Треба підкреслити, що близькі результати були одержані нами і в попередні роки при дослідженні субпопуляції студентів першого курсу медичного університету [15, с. 69], що свідчить про репрезентативність даних, одержаних за допомогою впровадженої системи обстежень.

Найбільш важливою задачею, яку необхідно вирішувати після встановлення діагнозу «первинна АГ», є розробка та виконання плану лікувально-реабілітаційних заходів. Підлітки, що склали групу хворих на первинну АГ, характеризувалися мінімальною кількістю чинників ризику та наявністю суб'єктивних скарг і, насамперед, у своїй переважній більшості характеризувались нормальними показниками індексу маси тіла. У цих підлітків підвищений АТ раніше не привертав уваги і вони ніколи не отримували лікування з приводу АГ. У цих умовах принципово важливо було починати роботу з пацієнтами з наполегливого роз'яснення важливості підтримання здорового способу життя з припиненням паління тютюну, обмеження вживання кухонної солі (в першу чергу, за рахунок запобігання продуктів «*fast food*»), утримання від вправ обтяжливого бодібілдингу та залучення до програми фізичної реабілітації.

Об'єктом дослідження були 82 підлітка (44 юнака і 38 дівчат) із верифікованою за даними клінічного обстеження первинною АГ, які висловили бажання прийняти участь в дослідженні, одержали згоду батьків і як спортсмени-початківці пройшли обстеження у КУ «Обласний лікарсько-

фізкультурний диспансер» Запорізької обласної ради. Підлітки, які постійно займалися спортом і мали спортивні розряди, в дослідження не входили.

За принципом рандомізації 26 осіб чоловічої та 18 осіб жіночої статі склали основну клініко-експериментальну групу підлітків, що тренувалися на велотренажерах «Прогрес ВК-1061» в умовах велотренажерного залу, створеного на території навчального закладу. Решта 20 юнаків і 18 дівчат, які на велотренажерах не тренувалися, склали контрольну групу, репрезентативну за показниками АТ, ФП та індексом маси тіла. Як показали наші дослідження, тренажерний зал на 5 велотренажерів та наявність 1-2 інструкторів з фізичної реабілітації дозволяють забезпечити ефективне проведення занять зі студентами з виявленою АГ.

Строк спостережень складав 14 місяців, що дало можливість оцінити як безпосередні результати тренувань, які тривали 7 місяців з жовтня по травень під час навчального року, так і віддалені – через 7 місяців після їх завершення.

Програму спостережень підлітків контрольної групи здійснювали за допомогою організації медичних досліджень у фіксовані дати, які відповідали початку та завершенню спостережень основної групи.

Наші дослідження довели, що хворі з так званими «високими нормальними цифрами АТ», із «гіпертензією білого халату» та ЛАГ добре відповідають на терапію із застосуванням дозованих тривалих занять на велотренажері, умови для яких створені в університеті [16, с. 25].

У ході виконання програми фізичної реабілітації АГ у досліджених виявлявся феномен зниження показників САТ за результатами вимірювань безпосередньо після виконання вправи на велотренажері на початку відновлювального періоду, тобто на 5-й хвилині відпочинку (табл. 1).

Таблиця 1.

Показники АТ у підлітків при виконанні вправ на велотренажері

Групи спостереження	АТ (М+м) мм. рт. ст	
	САТ	ДАТ
Юнаки з АГ (n=18), до тренування	130,6±1,6	70,4±1,2
Безпосередньо після тренування	124,8±1,1	73,3±0,9
На 5-й хв. відновлювального періоду	118,4±1,2*	70,7±0,8
Юнаки з високими нормальними значеннями АТ (n=8), до тренування	120,5±1,7	67,9±2,6
Безпосередньо після тренування	118,2±3,6	71,5±1,9
На 5-й хв. відновлювального періоду	112,7±1,6*	69,9±1,3
Дівчата з АГ (n=12), до тренування	127,1±1,7	74,3±2,3
Безпосередньо після тренування	128,7±1,4	71,1±2,5
На 5-й хвилині відновлювального періоду	117,0±1,3*	70,8±1,5
Дівчата з високими нормальними значеннями АТ(n=6), до тренування	120,3±3,1	70,3±1,6
Безпосередньо після тренування	123,9±2,4	67,1±1,5
На 5-й хв. відновлювального періоду	113,0±2,1	68,3±1,5

*Примітка** - статистична достовірність розбіжностей ($p < 0,05$) показників у порівнянні з початковим.

З наведених у табл. 1 даних видно, що протягом основного тренувального циклу у осіб з АГ, що тренувалися, САТ знижувався і в юнаків, і в дівчат всіх груп спостережень. Зміни показників ДАТ були менш значними, що відповідає переважно систолічному типу гіпертензії у підлітків.

Особи, що тренувалися, підвищили свою фізичну працездатність. У юнаків, які повністю виконали програму фізичної реабілітації АГ, за результатами тесту PWC_{170} збільшилась фізична працездатність: у групі з 26 юнаків із $12,2 \pm 1,8$ (кгм/хв) на кг маси тіла до $15,9 \pm 1,7$ (кгм/хв.) на кг маси тіла ($p < 0,05$). Аналогічна тенденція до зростання показників PWC_{170} відмічена і у 18 дівчат, які тренувалися: із $8,2 \pm 2,4$ (кгм/хв.) на кг маси тіла до $13,16 \pm 1,6$ (кгм/хв) на кг маси тіла ($p < 0,05$).

Водночас слід відмітити, що під час виконання програми фізичної реабілітації АГ показники індексу маси тіла у підлітків суттєво не змінилися.

Порівняльні дослідження середнього добового рівня АТ, проведені за допомогою ДМАТ на початку виконання програми фізичної реабілітації АГ і через 6 місяців після її закінчення, виявили позитивні зміни у стані здоров'я юнаків і дівчат з АГ.

Установлено, що за 14 місяців спостережень, з яких 7 місяців поспіль під час академічних семестрів підлітки щотижнево виконували вправи на велотренажері, а потім відпочивали влітку, середній добовий САТ зменшився у юнаків на 3 мм рт. ст., а у дівчат на – 11 мм рт. ст., що дозволило багатьом з них вийти із зони високих показників АТ і досягти так званих «цільових показників», які не перевищують 120/70 мм рт. ст. (табл. 2).

Таблиця 2.

Динаміка АТ у підлітків з АГ, які виконали програму фізичної реабілітації АГ, та в контрольній групі

Групи спостереження	Середній добовий АТ ($M \pm m$) мм рт. ст.			
	Початок спостережень		Закінчення	
	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ
Юнаки основної групи, n=26	129,9 $\pm$ 1,7	75,5 $\pm$ 0,9*	127,0 $\pm$ 1,3	72,0 $\pm$ 1,1*
Юнаки контрольної групи, n=18	127,9 $\pm$ 2,2	74,7 $\pm$ 2,0	131,5 $\pm$ 2,8	75,1 $\pm$ 2,1
Дівчата основної групи, n=20	128,9 $\pm$ 1,3*	72,6 $\pm$ 0,8	117,9 $\pm$ 1,2*	71,3 $\pm$ 1,0
Дівчата контрольної групи, n=18	131,1 $\pm$ 3,8	72,4 $\pm$ 1,1	129,9 $\pm$ 3,0	72,5 $\pm$ 1,2

Примітка: * - вірогідність похибки при виявленні розбіжностей статистичних показників $< 0,05$.

У той же час спостереження контрольної групи підлітків, репрезентативних за статтю, рівнем фізичної працездатності та ступенем гіпертензії щодо основної групи, не виявили суттєвих змін середнього добового АТ за даними ДМАТ. Більше того, протягом року і в хлопців, і в дівчат САТ і ДАТ дещо збільшилися.

Треба підкреслити, що кропітка робота щодо діагностики АГ у студентів неможлива без наступництва і інтеграції роботи адміністрації, співробітників різних клінічних кафедр університету, лікарів клінічних баз для встановлення ефективного контакту зі студентами вищого навчального закладу. При спілкуванні зі студентами на етапі формування заохочення (комплаєнсу) підтримувати клініко-діагностичну програму боротьби з АГ застосовували імперативну формулу: «Якщо Ви (студент) не дбаєте про своє особисте здоров'я, відмовляючись від лікування, чи подбаєте про здоров'я пацієнта у майбутньому?». Ця теза із розумінням сприймалась студентами і допомагала здійснювати діагностичні та лікувальні заходи щодо боротьби з АГ, які треба підтримувати весь час навчання в університеті молодих осіб з первинною АГ.

Отже, проведені нами багаторічні дослідження та використання в своїй практиці здоров'язбережувальних технологій, дають нам підставу сподіватись, що при створенні аналогічних умов і в інших навчальних закладах та розповсюдженні нашого досвіду і методик профілактики прогресування АГ в кінцевому підсумку можна вплинути на поліпшення здоров'я молоді.

Список використаних джерел

1. Матюха Л.Ф., Орловська Н.В., Маяцька О.В. Артеріальна гіпертензія у дітей та підлітків: фактори ризику, аспекти діагностики та основи профілактики // Сімейна медицина. - 2015. - № 6. - С. 131-135. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_6_39.
2. Волосовец А.П., Кривопустов С.П., Мороз Т.С. Артериальная гипертензия у детей и подростков: современные подходы к диагностике и лечению // Therapia. – 2010. – № 2 (44). – С. 25-27
3. Діагностика та лікування артеріальної гіпертензії у дітей і підлітків: Методичні рекомендації / Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології; уклад. В.Г. Майданник та ін. – К., 2014. – Т. 6, № 1. – С. 109-131.
4. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents / J.T. Flynn, D.C. Kaelber, C.M. Baker-Smith, D. Blowey, A.E. Carroll et al. // Pediatrics. – 2017. – Vol. 140 (3). – P. 74.
5. European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents / E. Lurbe, R. Cifkova, J.K. Cruickshank, M. J. Dillon, I. Ferreira, C. Invitti et al. // J. Hypertens. – 2016. – Vol. 34 (10). – P. 1887–1920.
6. Марушко Ю.В. Первичная артериальная гипертензия у детей и подростков: диагностика и терапия // Medical Nature. – 2017. – № 2 (22). – С. 31-33.
7. Иванько О.Г., Товма А.В., Каменщик А.В., Пацера М.В. Индекс Sokolow-Lyon у подростков с артериальной гипертензией в прогнозе концентрической гипертрофии левого желудочка сердца в отдалённый период наблюдения // Запорож. мед. журн. – 2017. – № 1 (100). – С. 14-19.
8. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Алехин М.В. и др. Гипертрофия левого желудочка при гипертонической болезни. Часть 1. Критерии диагностики гипертрофии левого желудочка и ее распространенность // Кардиология. – 2003. - № 10. – С. 99-104.
9. Коренев Н.М., Богмат Л.Ф., Носова Е.М. Артериальная гипертензия подросткового возраста: распространенность, механизмы формирования, подходы к лечению // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 72(4). – С. 68-69.
10. Головунина И.С., Попов С.Н., Мухарлямов Ф.М. Современные технологии и обоснование формирования программ физической реабилитации с использованием

циклических и силовых тренажеров у больных гипертонической болезнью // Лечебная физкультура и спортивная медицина, 2012. - № 1 (97). – С. 27-33.

11. Мухарлямов Ф.М. Механизмы физической реабилитации при артериальной гипертензии // Сердце. - 2008. –Т. 7, № 6 (44). – С. 346-348.

12. Михалюк Е.Л., Малахова С.Н. Пульсовое сопровождение физических нагрузок на велотренажерах у подростков с первичной артериальной гипертензией // Фізичне виховання, спорт та здоров'я у сучасному суспільстві: Зб. матер. II Всеукр. наук.-метод. конф. (м. Харків, 13 березня 2014 р.). – Харків: ХНАДУ, 2014. – С. 181-187.

13. Михалюк Є.Л., Малахова С.М., Левченко Л.І. Впровадження сучасних моніторів пульсу в оздоровчі тренування студентів з первинною артеріальною гіпертензією // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. – Вип. 112. – Т.1. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів: ЧНПУ, 2013. – С. 223-225.

14. Патент на корисну модель № 90071 «Спосіб проведення лікарсько-педагогічних спостережень» / Є.Л. Михалюк, О.Г. Іванько, С.М. Малахова. // Промислова власність, 2014. - Бюл. № 9.

15. Іванько О.Г., Михалюк Е.Л., Недельская Е.В. и др. Методическое обоснование программы физической реабилитации артериальной гипертензии у студентов первых курсов медицинского университета // Запорож. мед. журн. – 2013. – № 1. – С. 67–69.

16. Фізична реабілітація підлітків 16-17 років із артеріальною гіпертензією з використанням велотренажеру в умовах навчального закладу: Методичні рекомендації / МОЗ України, Укрмедпатентінформ МОЗУ; уклад. О.Г. Іванько та ін. – К., 2014. – 28 с.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ ПІДЛІТКОВОЇ ГІПОДИНАМІЇ У ПЕДАГОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ З ПОЗИЦІЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

***(Полька Н. С., Гозак С. В., Єлізарова О. Т.,
Станкевич Т. В., Парац А. М.)***

Створення умов для збереження та зміцнення здоров'я школярів є пріоритетним напрямком у процесі розвитку системи освіти. Однією з таких умов є профілактика гіпокінезії школярів, як фактору, що потенціює розвиток ряду негативних процесів у організмі дитини та сприяє розвитку неінфекційних захворювань у майбутньому [1, с. 88]. Так, підвищення статичної компоненти у режимі дня підлітка, приводить до зниження розумової працездатності та академічної успішності [2, с. 76; 3, с. 892; 4, с. 53, 5, с. 108], надмірної ваги тіла [6, с. 38], зниження самопочуття [7, с. 1756; 8, с. 409.], що обумовлює актуальність питання розробки та впровадження у педагогічну практику методик удосконалення процесу фізичного виховання учнів.

Результати наших власних досліджень свідчать про те, що наявна система фізичного виховання не реалізовує у повній мірі функцію здоров'язбереження. Це проявляється досить низьким рівнем адаптаційно-резервних можливостей у школярів: частка учнів, яка відноситься до групи ризику складає у різних навчальних закладах від 51,2 % до 77,8 % [9, с. 13]. Частка дітей з захворюваннями кістково-м'язової системи за період навчання

у київських школах, за даними медичної документації, зростає в 1,8 рази: з 16,4 % до 29,2% ($p < 0,001$). Водночас за результатами огляду дітей з залученням лікаря ортопеда під час проведення наших досліджень встановлено, що частка дітей з порушеннями постави становить 80-85%.

Визначення керованих чинників підвищення рухової активності учнів загальноосвітніх навчальних закладів середнього шкільного віку є метою даної публікації.

У процесі виконання науково-дослідних робіт протягом 2010-2017 рр. нами були проведені наступні дослідження: визначення структури, інтенсивності та типу рухової активності підлітків; гігієнічна оцінка уроків фізичної культури; вивчення умов та організації фізичного виховання у закладах середньої освіти.

Для досягнення мети нами адаптований опитувальник «*Quantification de L'Active Physique en Altitude Chez les Enfants*» [10, додаток], який дозволяє характеризувати рівень РА підлітків за показниками: тип, кратність, тривалість, інтенсивність. Тип РА визначали за допомогою показника фізичної активності (*PAL – physical activity level*), як співвідношення загального рівня добових витрат енергії до рівня базального метаболізму. За критерієм рівня РА в обстеженій вибірці були виділені групи школярів з малорухливим способом життя (сидячим) (*sedentary lifestyle*), помірно активним (*moderate lifestyle*) та високоактивним (*vigorous lifestyle*).

У процесі адаптації опитувальника нами внесені питання щодо мотивації, ставлення дітей до РА, зацікавленості у фізкультурі, очікувань та вражень від тренувань. Був визначений вплив фактору «Мотивація» за умови його ізольованої дії у загальну дисперсію тривалості помірної та високої РА (*MVPA*) [11, с.167].

У дослідження включені результати опитування 415 дітей віком 11-15 років з різних міст України, батьки яких дали інформовану згоду на проведення опитування.

Умови та організація фізичного виховання буди оцінені за спеціально розробленою анкетною як на території шкільного закладу, так і в приміщенні. За даною схемою обстежено 82 міські школи. Гігієнічна оцінка уроку фізичної культури проведена за допомогою розробленої нами методики [12, с. 3].

Статистична обробка проводилась з використанням пакету *STATISTICA* 8.0.

Результати. Рухова активність (РА) під час навчального процесу складається з показників: «активне пересування до школи» (АТ), «рухова активність на уроках фізичної культури», РА школярів під час перебування у школі за виключенням уроку фізкультури (перерви, загальноосвітні уроки, переміщення між кабінетами) (*PAS*).

Перші два показники відносяться до «помірного» рівня інтенсивності рухової активності – з витратами $\text{MET } 3,4 \text{ ккал} \times \text{кг}^{-1} \times \text{хв}^{-1}$ на дорогу до школи пішки з вантажем та $\text{MET } 4,2 \text{ ккал} \times \text{кг}^{-1} \times \text{хв}^{-1}$ на уроках РЕ. *PAS* відноситься до «легкого» рівня інтенсивності РА з $\text{MET } 2,6 \text{ ккал} \times \text{кг}^{-1} \times \text{хв}^{-1}$.

Активне пересування по дорозі до школи – це пересування пішки або на велосипеді (скейтборді, самокаті, роликах). Інші види пересування (автомобіль, громадський транспорт) відносяться до пасивних.

За даними досліджень K.D. Denstel et al., що було проведено у 12 країнах (10 європейських країн, США та Канада), АТ є вагомим способом підвищення рівня РА дітей та підлітків. Доведено, що діти з активним пересуванням до школи мають на 10,0% більше помірного та високого рівня фізичного навантаження, ніж діти з пасивним пересуванням, такими як автомобіль або автобус. Це міжнародне дослідження показало, що у цих країнах приблизно 37,0% дітей добираються до навчального закладу пішки, 5,0% на велосипеді, роликах, скейтборді або скутері, 22,0% на громадському транспорті, 35,0% на автотранспорті і 1,0% використовує інші шляхи [13, с.105].

Інша картина спостерігається у США. Серед американських школярів (N.C. McDonald et al., 2009) лише 12,7% підлітків пересувались до школи пішки або на велосипеді, проте 39,4% – громадським транспортом, 45,3 % на автомобілі, іншими видами пересування – 2,6% [14, с. 150].

Результати нашого дослідження свідчать, що $57,5 \pm 2,4\%$ українських міських підлітків добираються до школи пішки, по $21,0 \pm 2,0\%$ автомобілем та громадським транспортом і $0,5 \pm 0,3\%$ на велосипеді (табл. 1). Показник АТ статистично не відрізняється за статтю, але виявлені відмінності за класом навчання ($\chi^2 = 31,6$; $p < 0,001$). З 5-го по 9-й клас підвищується частка дітей, що пересуваються до школи пішки і на громадському транспорті та знижується частка дітей, які пересуваються на автомобілі. Тобто, якщо учнів 5-х класів батьки переважно супроводжують до школи, то хлопці дев'ятикласники користуються громадським транспортом, а дівчат батьки переважно підвозять на автомобілі.

Таблиця 1.

Розподіл міських учнів середнього шкільного віку за типом пересування, % ($\chi^2 = 31,6$; $p < 0,001$)

Клас	N	Пішки	Автомобіль	Громадський транспорт	Велосипед
5	118	$39,8 \pm 4,5$	$33,1 \pm 4,3$	$26,2 \pm 4,0$	$0,9 \pm 0,9$
6	106	$67,9 \pm 4,5$	$17,9 \pm 3,7$	$13,3 \pm 3,3$	$0,9 \pm 0,9$
7	75	$58,7 \pm 5,7$	$20,0 \pm 4,6$	$21,3 \pm 4,7$	$0,0 \pm 1,3$
8	60	$63,3 \pm 6,2$	$15,0 \pm 4,6$	$21,7 \pm 5,3$	$0,0 \pm 1,6$
9	56	$67,9 \pm 6,2$	$8,9 \pm 3,8$	$23,2 \pm 5,6$	$0,0 \pm 1,7$
Всі групи	415	$57,5 \pm 2,4$	$21,0 \pm 2,0$	$21,0 \pm 2,0$	$0,5 \pm 0,3$

Отже, на сьогодні українські підлітки більш фізично активно добираються до школи у порівнянні з європейськими та американськими.

Шкільний урок фізичної культури (ФК) є однією з п'яти стратегій підвищення рівня фізичної активності, рекомендованої Task Force on Community Preventive Services [15, с. 68]. Результати, отримані у дослідженні *National Youth Physical Activity and Nutrition Study (NYPANS)*, показують, що молодь, яка приймає активну участь у правильно спланованому і

проведеному шкільному уроці ФК, має більший шанс дотримуватись рекомендацій щодо фізичної активності [16, с.159].

Всі респонденти нашого дослідження повідомили, що відвідували уроки ФК за останній тиждень. Проте, тільки $68,7 \pm 0,6\%$ хлопців та $69,8 \pm 0,5\%$ дівчат відвідували усі три уроки ФК.

Вивчення активності учнів на уроках ФК у 2015 році показало, що завжди їх відвідує $73,2 \pm 2,3\%$ дітей, часто – $15,7 \pm 1,9\%$, інколи – $9,0 \pm 1,5\%$, ніколи не відвідують – $2,1 \pm 0,7\%$. Порівняно з даними 2010 року частка дітей, які завжди відвідують уроки фізкультури, зменшилася на $10,1\%$ ($t = 2,9$; $p < 0,05$).

Організовані позакласні форми рухової активності (OSP) є одним з важливих факторів підвищення рівня помірної та високої РА до рекомендованих фахівцями ВООЗ 60 хв/д. Діапазон MET (тобто інтенсивність РА) при цьому складає від 2,5 (йога) до 10,0 (карате, бокс, капоейра) $\text{ккал} \times \text{кг}^{-1} \times \text{хв}^{-1}$. Тобто при заняттях у спортивних та танцювальних секціях учні мають широкий діапазон рухової активності від легкого до високого рівня інтенсивності.

Серед школярів, які приймали участь у дослідженні, спортом та танцями займається $48,4 \pm 2,5\%$ дітей ($n = 201$). У групі хлопців частка таких дітей складає $55,2 \pm 3,9\%$ ($n = 90$), у групі дівчат – $43,7 \pm 3,1\%$ ($n = 110$) ($t = 2,4$; $p < 0,05$). Визначено, що хлопці надають перевагу спортивним секціям, з яких $38,2\%$ – командним ігровим видам спорту, а дівчатка – танцювальним секціям та індивідуальним видам спорту. Тому при плануванні складових уроку фізкультури у школі можна припустити, що для хлопців будуть більш цікавими суто спортивні елементи та спортивні ігри, а для дівчаток – хореографічні елементи та індивідуальні вправи.

Рухова активність підлітків у вільний час характеризується діапазоном MET від 2,3 $\text{ккал} \times \text{кг}^{-1} \times \text{хв}^{-1}$ (шопінг) до 8,5 $\text{ккал} \times \text{кг}^{-1} \times \text{хв}^{-1}$ (біг). До показників РА у вільний час включені категорії: фізкультурні заняття та прогулянки, активні розваги в торговельно-розважальних центрах, робота по дому.

У вільний час самостійно займаються спортом та прогулянками біля $80,0\%$ школярів обстеженої вибірки (відповідно $85,5 \pm 1,7\%$ у буденні та $78,6 \pm 2,0\%$ у вихідні). З них: прогулянкам надають перевагу у буденні дні $16,9 \pm 1,8\%$, у вихідні – $15,9 \pm 1,8\%$; заняттям спортом відповідно – $68,7 \pm 2,3\%$ та $62,7 \pm 2,4\%$. Але тільки $20,2\%$ підлітків займаються спортом у вільний час більше 30 хв на добу, а регулярно гуляє на свіжому повітрі більш, ніж 1,5 години на добу $48,5\%$ учнів.

Окрім самостійних занять спортом та прогулянок, учні середнього шкільного віку відвідують торговельно-розважальні центри (ТРЦ), які пропонують досить значний спектр послуг від кафе та шопінгу до різноманітних спортивних розваг (ролики, ковзани, скелелазання, боулінг, картинг тощо). На роликах у ТРЦ катається $3,1 \pm 1,4\%$ хлопців та $15,5 \pm 2,3\%$ дівчат. Середня тривалість таких розваг становить $60,0$ хв. Грають у боулінг $3,7 \pm 1,5\%$ хлопців та $7,9 \pm 1,7\%$ дівчат з середньою тривалістю

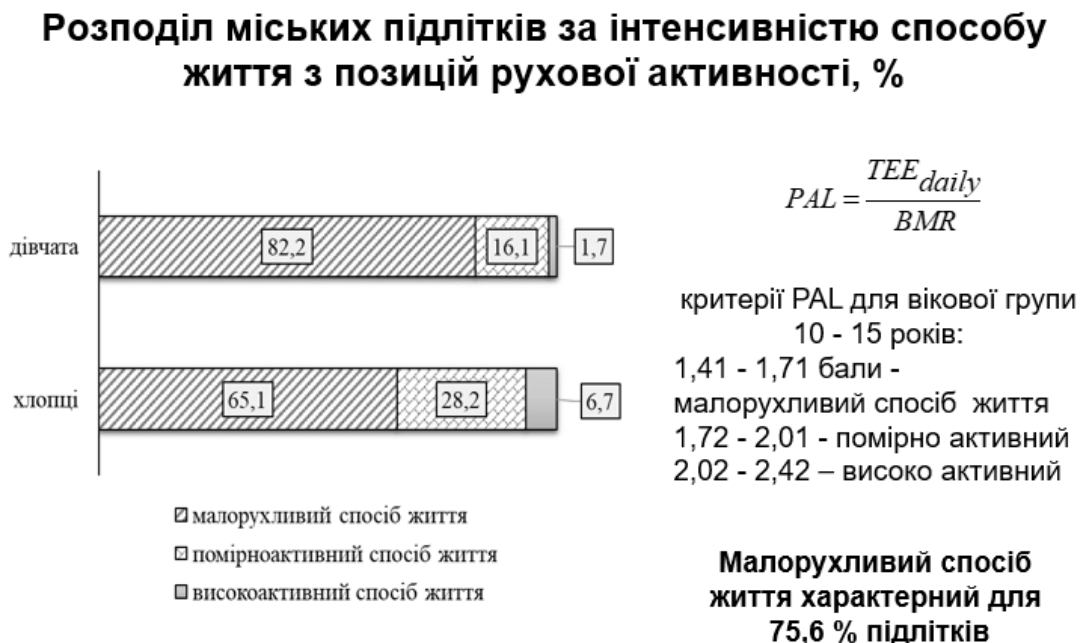
86,3 хв. Активно грають на автоматах (4,9 MET) у ТЦ 4,9 ± 1,7 % хлопців та 1,2 ± 0,7% дівчат.

Фізичною активністю легкого та помірного рівня учні середнього шкільного віку займаються також під час роботи по дому: 21,4% підлітків займається домашніми справами з помірним рівнем РА більше 20 хв/добу, хоча в цілому роботу по дому виконує більше 80,0 % учнів середнього шкільного віку.

Описуючи рухову активність підлітків не можна оминати оборотну її сторону – малорухливі або статичні типи діяльності. Термін «статична діяльність» або «малорухливий спосіб життя» (*sedentary behavior – SB*) відноситься до будь-якого виду активності, яка характеризується енергетичними витратами $\leq 1,5$ MET і сидячим або напівлежачим положенням тіла [17, с. 541].

У структурі SB тривалість уроків протягом навчального дня складає 24,9 ± 3,4%, прийом їжі, відвідування кафе та кінотеатру, розмови з друзями, просто сидіння або лежання 24,6 ± 3,4%, комп'ютерні ігри/Інтернет 10,4 ± 2,4%, телевізор або фільми на комп'ютері 9,9 ± 2,3%, читання/музика (сидячи або лежачи) 8,8 ± 2,2 %, мистецтво, рукоділля, конструювання 8,0 ± 2,1%, підготовка домашнього завдання 7,0 ± 2,0%, заняття з репетиторами 6,4 ± 1,9%.

Малорухливий спосіб життя характерний для 72,5 - 80,4% міських учнів середнього шкільного віку, помірно активний – 13,7 - 23,2%, високоактивний – 1,4 - 5,9%. У дівчат шанси вести малорухливий спосіб життя вище в 2,5 рази, ніж у хлопців (OR= 2,48; ДІ 1,54-3,98; $p < 0,001$) (рис. 1).



Шанси у дівчат вести малорухливий спосіб життя вище в 2,5 рази, ніж у хлопців (OR= 2,48; ДІ 1,54-3,98; $p < 0,001$)

Рис. 1. Розподіл міських підлітків за інтенсивністю способу життя з позицій рухової активності, %

Установлено, що у структурі денної активності міських підлітків сидяча діяльність займає 70,7%, легкий рівень РА – 19,4% , середній - 7,9% , високий – 2,0%.

Добова тривалість РА помірного та високого рівня (MVPA) міських підлітків, складає в середньому ($49,1 \pm 1,9$) хв/д. Цей показник у групі хлопців становить ($63,1 \pm 3,5$) хв/д, у групі дівчат – ($40,1 \pm 2,2$) хв/д ($p < 0,001$). Більше 60 хв/д помірної та високої рухової активності має $30,8 \pm 2,3\%$ міських підлітків (45,4% хлопців та 21,4 % дівчат). Тобто незважаючи на активні заняття РА достатнього рівня MVPA досягає тільки третина міських школярів.

Дослідження показало значимий вплив фактору «Мотивація» на середньодобову тривалість MVPA ($p < 0,001$). Результати розподілу середніх значень показника MVPA за відповідями на питання представлені у табл. 2. Вплив фактору «Мотивація» при його ізольованій дії на дисперсію показника MVPA для хлопців складає $14,9 \pm 0,6\%$ ($p < 0,01$), для дівчат – $23,6 \pm 0,4\%$ ($p < 0,01$).

Таблиця 2

Особливості середніх значень показника MVPA за статтю та впливом фактору мотивації

Фактор	Вплив	хлопці	дівчата
Мотивація	Позитивний	$79,3 \pm 4,2$	$58,8 \pm 3,2$
	Негативний	$42,9 \pm 6,0$	$22,4 \pm 2,9$
	t	4.9	8.4
	p	0.001	0.001
	Ізольований вплив фактору	$14,9 \pm 0,6\%$ ($p < 0,01$)	$23,6 \pm 0,4\%$ ($p < 0,01$)

Отже, мотивація є значимим фактором, який необхідно врахувати при плануванні заходів підвищення РА підлітків.

Вагоме значення для підтримання оптимального рівня працездатності учнів та позитивної мотивації до занять фізкультурою мають умови навчання і матеріально-технічна база закладів освіти, в тому числі умови і матеріально-технічна база для фізичного виховання дітей. Адже, рухова активність дітей залежить від наявності та стану таких складових, як ігровий майданчик, шкільний стадіон, спортивний зал, їх обладнання, використання знаряддя, музичного супроводу тощо.

Оптимальний рівень умов для фізичного виховання школярів з позиції профілактичної медицини створено в $17,5 \pm 4,2\%$ міських ЗНЗ України, організації фізичного виховання – в $26,5 \pm 3,9\%$ ЗНЗ, а урок фізкультури проводиться належно у $25,0 \pm 12,5\%$ випадків [18, с. 308]. Високий рівень медико-педагогічного контролю за проведенням уроків фізичної культури спостерігається у $28,3 \pm 1,0\%$ міських шкіл.

Для визначення факторів ризику розвитку гіподинамії, РА підлітків була оцінена за найбільш значущими напрямками, які були сформовані та оцінені за п'ятибальною шкалою на основі методики *The Active Healthy Kids*

Global Alliance [19, с. 345]. Оцінка 5 балів («відмінно») присвоюється індикатору, якщо більше 80,0% популяції відповідає умовам критерію, оцінка 4 бали («добре») – при відповідності на 60,0-79,0%, оцінка 3 бали («задовільно») – при відповідності 40,0-59,0%, оцінка 2 бали («незадовільно») – при 20,0-39,0%, менше 20,0 % відповідності відноситься до 1 балу. Критерії, що отримали 1-2 бали відносили до зони високого ризику розвитку гіподинамії, критерії з оцінкою 3-4 бали – до зони помірному ризику розвитку гіподинамії, критерій з оцінкою 5 балів вважали оптимальним.

На рис 2. представлені вивчені індикатори та їх оцінка. Наприклад, індикатор «Рухова активність у школі» був оцінений по чотирьом критеріям: відвідування уроків ФК, умови, організація ФВ, структура уроку ФВ. Середній бал по цьому індикатору складає 33,4 %.

За кожним з визначених критеріїв не виявлено оптимального рівня РА. Найбільш критичними напрямками РА визначені індикатори фізичного виховання у школі та заняття активними видами РА у вільний час (рис. 2). Також у зоні ризику знаходяться підлітки, що мають тривалість екранного часу більше 2-х годин на добу. Тільки 20,2% підлітків займаються неорганізованим спортом у вільний час більше 30 хв/добу, окрім спортивних занять, 11,6% підлітків займаються активними розвагами більше 30 хв/добу. Тривалість екранного часу менше 2-х годин на добу має 34,2% учнів.

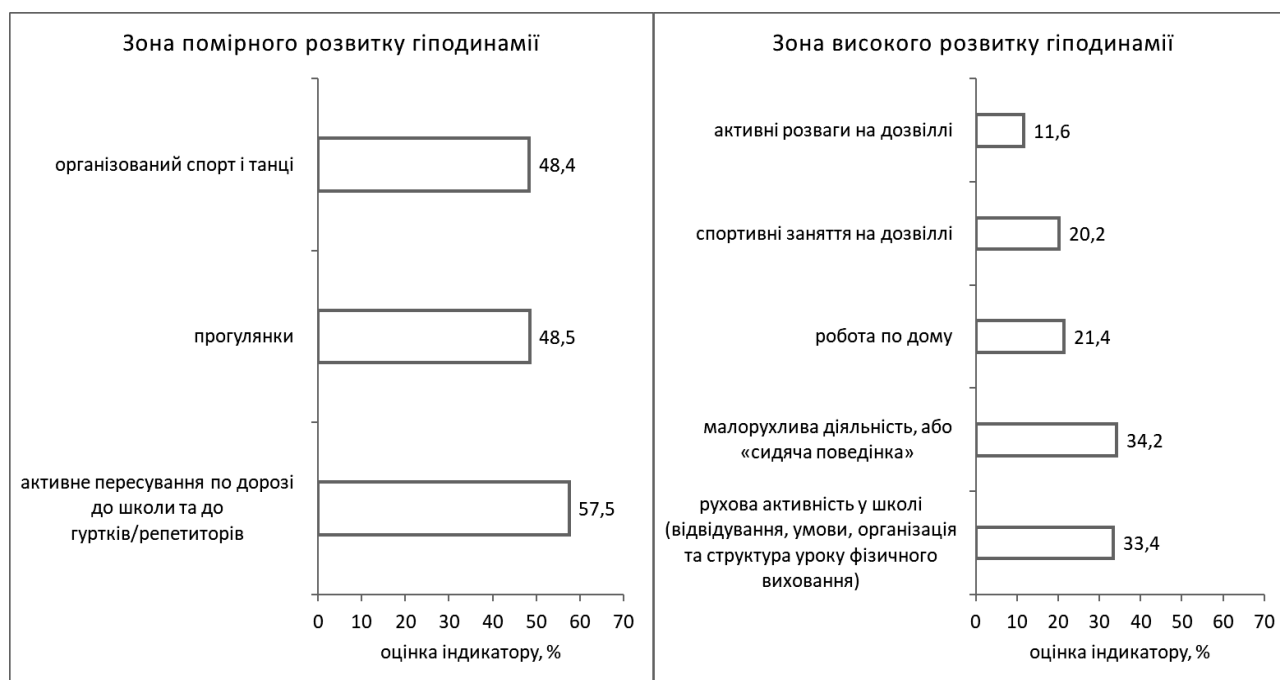
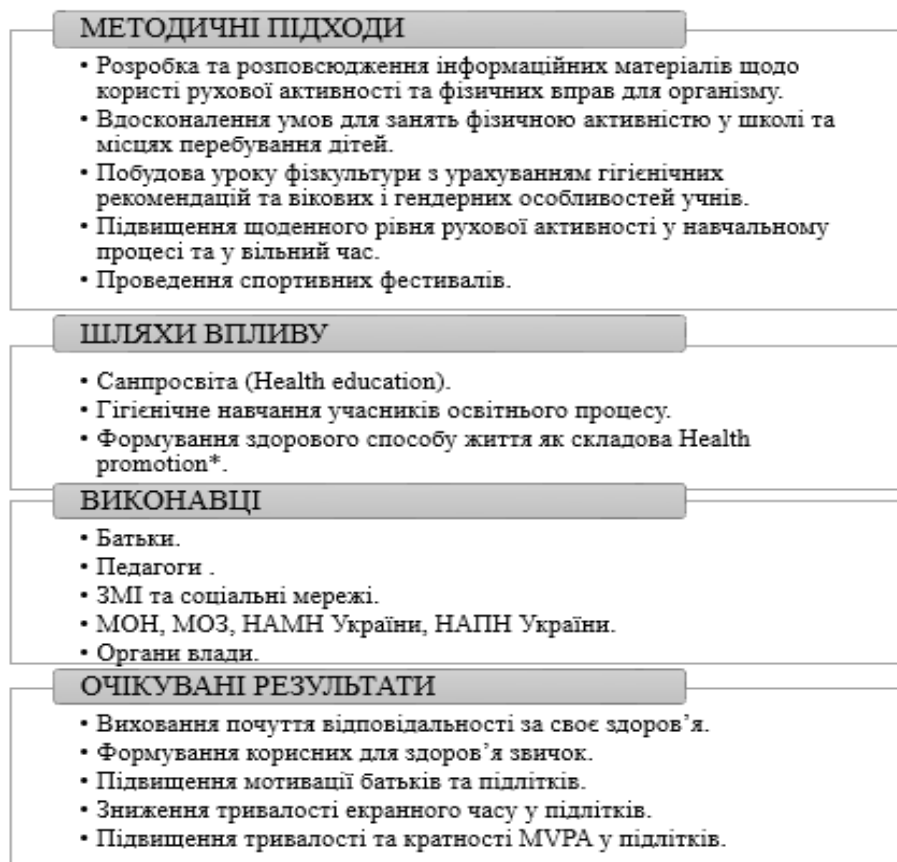


Рис. 2. Оцінки індикаторів денної активності підлітків, %

Визначені індикатори дозволяють розставити акценти для більш ефективної профілактики гіпокінезії і гіподинамії школярів та переглянути напрямки управлінських дій. Враховуючи потенційно високі можливості такого керованого фактору як «рухова активність у школі» та її низький фактичний потенціал, важливість мотивації учнів, низький рівень самостійної рухової активності у вільний час, бачимо доцільним у плануванні процесу

шкільного фізичного виховання використовувати наступний алгоритм дій (рис. 3).



* Health promotion – будь-яка запланована комбінація освітніх, політичних, екологічних, нормативних, організаційних механізмів, які підтримують дії та умови життя, що сприяють здоров'ю окремих осіб, груп та общин

Рис. 3. Схема заходів профілактики підліткової гіподинамії

З наведеного можна зробити такі висновки: 1) встановлено «слабкі ланки» у формуванні оптимальної рухової активності підлітків: фізичне виховання у школі, самостійні заняття фізкультурою у вільний час, сидяча поведінка, на які необхідно спрямувати першочергову увагу у профілактиці гіподинамії; 2) високий вклад у формування оптимальної рухової активності підлітків має мотивація, що необхідно враховувати як у практичній реалізації профілактичних заходів, так і у навчальній програмі та підготовці інформаційних матеріалів; 3) запропоновано алгоритм реалізації зниження ризику розвитку гіподинамії підлітків.

Список використаних джерел

1. Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents. WHO/HBSC FORUM 2009. World Health Organization. Copenhagen, 2010. – 176 p.
2. Kantomaa M.T. The role of physical activity on emotional and behavioural problems, self-rated health and educational attainment among adolescents. JUVENES PRINT OULU, 2010. – 128 p.
3. Biddle S.J., Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews // British Journal of Sports Medicine. –2011. - № 45. –P. 886–895.
4. Гозак С.В. Залежність розумової працездатності учнів середнього шкільного віку від організації режиму дня // Молодий вчений. – 2016. – № 9.1. – С. 50-54.

5. Гозак С.В., Елизарова Е.Т., Станкевич Т.В., Калиниченко И.А. Влияние организации физического воспитания школьников на их умственную работоспособность // Здоровье и окружающая среда. – 2011. – № 18. – С. 108-110.
6. Janssen I., LeBlanc A.G. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth // International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. – 2010. – № 7. – P. 7-40.
7. Kantomaa M.T., Tammelin T.H., Ebelig H.E., Taanila A.M. Emotional and behavioral problem in relation to physical activity in youth // Medicine & Science in Sports & Exercise. – 2008. – № 40. – P. 1749–1756.
8. NeringaStrazdienė, EugenijaAdaškevičienė. The Relationship Between Adolescents' Physical Inactivity and Health // SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION Proceedings of the International Scientific Conference. – Vol. III, May 26th-27th. – 2017. – P. 406-417.
9. Полька Н.С., Гозак С.В., Єлізарова О.Т. Оптимізація фізичного виховання у загальноосвітніх навчальних закладах // Довкілля та здоров'я. – 2013. – № 2 (65). – С. 12-17.
10. Barbosa N., Sanchez C.E., Vera J.A. et al. A physical activity questionnaire: Reproducibility and validity // Journal of Sports Science and Medicine. – 2007. – № 6. – P. 505-518.
11. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. – 2-е изд. – К.: МИЦ «Мединформ», 2018. – 579 с.
12. С.В. Гозак, І.О. Калиниченко, Т.В. Станкевич, О.І. Козлов.Метод комплексної гігієнічної оцінки уроку фізичної культури у загальноосвітніх навчальних закладах. — К., 2011. — 7 с. (Інф. лист / ДУ «ІГМЕ НАМНУ», 2011. - № 17).
13. Denstel K.D., Broyles S.T., Larouche R., Sarmiento O.L. Active school transport and weekday physical activity in 9–11-year-old children from 12 countries // Int. J. Obes. – 2015. – № 5 (Suppl 2). – P. 100–106.
14. McDonald N.C. U.S. School Travel, 2009 an Assessment of Trends // Am. J. Prev. Med. – 2011. – № 41 (2). – P. 146-151.
15. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities // Am. J. Prev. Med. – 2002. – № 22. – P. 67-72.
16. Eaton D.K., Kann L., Kinchen S. et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2011 // MMWR Surveill. Summ. – 2012. – № 61 (4). – P. 1-162.
17. Sedentary Behavior Research Network. Letter to the Editor: Standardized use of the terms «sedentary» and «sedentary behaviors» // Appl. Physiol. Nutr. Metab. – 2012. – № 37 (3). – P. 540–542.
18. Гозак С.В., Єлізарова О.Т. Ризик розвитку захворювань у дітей в залежності від організації фізичного виховання в загальноосвітніх навчальних закладах // Гігієна населених місць. - 2013. – Вип. 62. – С. 307-310.
19. Tremblay M.S., Barnes J.D., González Si.A., Wong S.H. et al. Global Matrix 2.0: Report Card Grades on the Physical Activity of Children and Youth Comparing 38 Countries // Journal of Physical Activity and Health. – 2016. – № 13 (Suppl 2). – P. 343-366.

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЯК ПРІОРИТЕТ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПСОРІАЗ (Соколовська І.А., Сушко Ю.Д., Торгун В.П.)

За даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу (*International Federation of Psoriasis Associations*) поширеність псоріазу в світі коливається в межах 1,2-5% в загальних популяціях, а середній показник поширеності становить близько 3% [1]. Серед 2-3% населення європейських країн зустрічаються різні форми псоріазу. Поширеність в західноєвропейських

країнах становить понад 2%. В інших країнах Європи поширеність псоріазу не перевищує 6% серед загальної популяції: в Ірландії - 5,5%, в Шотландії - 4,8%, Іспанії - 3,7%, Швеції - 2,3%, Норвегії - 2,0% [2]. У США і Канаді ці показники становлять 2,2% -4,6% і 4,7% відповідно. Епідеміологічне, клінічне і соціальне значення псоріазу в сучасних умовах важко переоцінити [3; 4]. Псоріаз у всіх його різних клінічних формах є одним з найбільш поширених хронічних запальних захворювань шкіри. Для більшості пацієнтів, захворювання означає багаторічні обмеження в різних аспектах повсякденного життя з величезними персональними витратами, іноді і з важкою стигматизацією та дискримінацією [5; 6]. Соціально-економічні наслідки псоріазу пов'язані з хронізацією, зниженням продуктивності праці і значними витратами на лікування.

Оцінка рівня забруднення атмосфери м. Запоріжжя, проведена відповідно до вимог п. 8 ДСП-201-97 «Державні санітарні правила охорони атмосферного повітря населених місць (від забруднення хімічними та біологічними речовинами)», шляхом зіставлення сумарного показника забруднення (Σ ПО) сумішшю речовин з показником гранично допустимого забруднення (ГДЗ) свідчить, що рівень забрудненості атмосферного повітря за критерієм показника рівня забруднення залишається «неприпустимим», а за ступенем небезпеки – «помірно небезпечним». Гігієнічні методи дослідження атмосферного забруднення аспіраційним методом. В основі методу лежить протягування повітря через поглинаючі середовища, які здатні затримувати речовини, що підлягають визначенню. Вибір поглинаючого середовища залежить від агрегатного стану речовин. Для поглинання речовин, що знаходяться в повітрі в газоподібному стані або вигляді пари, використовують спеціальні розчини або тверді сорбенти (активоване вугілля, силікагель). Аерозолі (дим, пил, туман) уловлюються різними фільтруючими матеріалами. Відбір проб повітря із застосуванням фільтра [7]. Для вловлювання з повітря вискодисперсних аерозолів: димів, туманів, пилу - використовують різні фільтруючі матеріали: паперові та мембранні фільтри, фільтри, що складаються з тонкого волокнистого матеріалу, ФПП-15 (фільтри Петрянова), скляні пористі фільтри різних номерів, скляну або мінеральну вату. Найбільш доцільно користуватися аналітичними аерозольними фільтрами марки АФА. Для проведення вагового або хімічних аналізів аерозолів застосовують фільтри з робочою площею 10 см² (АФА - В - 10) і 18 см² (АФА - В -18). Перед зважуванням після відбору проб фільтри поміщають в термостат при температурі 55 - 60°С на 20 - 30 хв або ексікатор не менше ніж на 2 години, потім витримують при кімнатній температурі протягом години. Для хімічного аналізу використовують фільтри АФА - ХА, АФА - ХМ, АФА -ХС.

Приведення до нормальних умов здійснюється за формулою:

$$V = (V_t \times 273 \times B) / ((273-t) \times 760),$$

де, V – об'єм повітря при нормальних умовах; V_t - обсяг повітря, певний при відборі проби; t - температура повітря при відборі проби; B - атмосферний тиск при відборі проби.

Для оцінки якості атмосферного повітря були використані відповідні щорічні звіти, протоколи досліджень центрів санітарно-епідеміологічного нагляду, а також відомчих лабораторій. Поряд з цим було вирішено завдання по визначенню техногенного навантаження на ту чи іншу територію з виявленням частки галузей народного господарства в загальному навантаженні. Для цього були узагальнені дані, що характеризують кількість джерел забруднення навколишнього середовища.

Для виявлення причинно-наслідкових зв'язків здоров'я населення з факторами навколишнього середовища використані сучасні статистичні методи, що включають в себе компонентний аналіз і оцінку похідних величин, їх середніх помилок, достовірність різниці показників, стандартизованих показників, парний кореляційний аналіз. Для оцінки комплексного впливу факторів середовища використаний підхід, в основі якого лежить зіставлення середньорайонних характеристик окремих її чинників з відповідними середньорегіональними показниками, прийнятими за стандарт (еталон) [8]. Це дає можливість переходу в розрахунках на безрозмірні показники, виражені в умовних балах.

У всіх пацієнтів отримано інформовану згоду на участь в науковому дослідженні. Під наглядом в 2012 р перебували 5475 хворих на псоріаз. З них 2439 (44,5%) осіб - жінки, 2 731 (49,9%) - чоловіки і 305 (5,6%) - дітей. У 2013 р - 5635 хворих на псоріаз. З них 2504 (44,4%) осіб - жінки, 2818 (50,0%) - чоловіки і 313 (5,6%) - дітей. У досліджувану вибірку увійшли пацієнти віком від 1 до 65 років (середній вік склав $38,6 \pm 2,21$ років) з діагнозом псоріаз звичайний по МКБ 10. У дослідження не були включені пацієнти з залежністю від психоактивних речовин (наркоманія), з вираженими відхиленнями (за лабораторними показниками) і важким соматичним станом, які вимагали корекції соматотропної терапії та / або визначальним високим (за оцінкою фахівців) ризиком загострення соматичної патології в період дослідження [9].

Характерною особливістю виробництв Запорізької області є відносна стабільність концентрацій шкідливих речовин в атмосферному повітрі, вкрай повільне їх зниження в міру віддалення від джерела викидів [10; 11]. Багатогалузева промисловість в області і висока концентрація виробництв в містах визначають гігантський за масштабами вплив на навколишнє середовище [18]. У зв'язку з викладеним, вивчення забруднення навколишнього середовища і його вплив на шкірну захворюваність населення є актуальною гігієнічною проблемою.

Поширеність псоріазу в Запорізькій області представлена табл. 1.

Таблиця 1.

**Поширеність псоріазу в Запорізькій області в 2012-2013 рр.
серед всього населення**

Адміністративна одиниця	2012 рік		2013 рік	
	абс.	поширеність, вип./100 тис.	абс.	поширеність, вип./ 100 тис.
Запоріжжя	4106	497.9	4215	513.8
Мелітополь	230	110.9	237	114.4
Енергодар	120	219.2	124	227.3
Бердянський	76	53.3	80	56.4
Новомиkolaївський	41	245.6	44	266.9
Куйбишевський	74	316.3	65	281.1
Якимівський	60	173.4	62	180.0
Вільнянський	11	22.8	9	18.7
Кам'янсько-Дніпровський	37	89.6	42	102.4
Чернігівський	39	218.7	44	250.5
Токмацький	62	107.3	55	95.9
Веселівський	93	417.5	97	438.0
Гуляйпільський	123	443.6	130	475.1
Розовський	10	106.6	11	118.6
Приморський	84	269.6	93	300.7
Васильівський	180	272.5	188	286.2
Приазовський	58	202.9	63	222.3
Пологовський	44	105.7	43	104.3
Усього:	5448	332.6	5602	332.1

Як видно з табл. 1, серед всього населення найбільш високі його рівні зареєстровані в м. Запоріжжі, Гуляйпільському, Веселівському, Куйбишевському, Приморському та Василівському районах. У зазначених адміністративних одиницях поширеність псоріазу знаходилася в межах 269,6 - 513,8 вип. / 100 тис. Разом з тим, просторової поширеності псоріазу властива закономірність її рівнів. Зокрема, достовірно вище середньообласного рівня ($p < 0,05$) поширеність псоріазу в м. Запоріжжі (на 146,1 - 180,6 сл. / 100 тис), в Гуляйпільському районі (на 96,1 - 141,9 вип. / 100 тис), і Веселівському районі (на 84,9 - 105,9 вип. / 100 тис). Статистично достовірні нижчі ($p < 0,05$) його рівні зареєстровані в Вільнянському районі (на 314,5 - 324,7 вип. / 100 тис) і в Бердянському районі (274,9 - 294,2 вип. / 100 тис).

При цьому, поширеність псоріазу протягом 2012 - 2013 рр. перебувала на стабільному рівні. Так, у Запоріжжі вона становила 497,9 - 513,8 вип. / 100 тис, в Гуляйпільському районі - 443,6 - 475,1 вип./100 тис, в Веселівському районі - 417,5 - 438,0 вип. /100 тис.

Несприятлива екологічна ситуація в Україні значною мірою позначається на рівнях захворюваності та смертності населення: у 3 рази нижчий, ніж в цілому по країнах СНД, приріст населення, в 2 - 2,5 рази вища, ніж в розвинених країнах дитяча смертність, скорочення на 5 - 7 років тривалості життя - все це свідчення про необхідність невідкладних заходів. Відомо, що

серед причин, що визначають рівень захворюваності, стан навколишнього середовища займає близько 20%, а якщо говорити в цілому про нинішню екологічну напруженість в поєднанні зі стресовими та нервово-психічними перевантаженнями, то, за даними ВООЗ, похідною від усього цього є велика частина хвороб - до 70 - 80% [19].

Серед багатьох чинників, що впливають на здоров'я людини, одне з основних місць займають атмосферні забруднення. Промислові викиди в атмосферу України щорічно досягають 11 млн. тонн, що становить 20 - 25% сумарного викиду в цілому по країнах СНД [20]. Упродовж 2013 р лабораторіями санепідслужби Запорізької області всього проведено 13345 досліджень атмосферного повітря (2012 р. - 18447), в 4,22% виявлено перевищення гранично - допустимих концентрацій (у 2012 році зазначені перевищення становили 5,66%).

Упродовж 2017 року лабораторіями ДУ «Запорізький ОЛЦ МОЗ України» проведено 12399 (2016р. – 13517) досліджень атмосферного повітря, у 3,3 % виявлені перевищення гранично-допустимих концентрацій (у 2016 році вказані перевищення склали 2,3 %). У тому числі в міських поселеннях проведено 10342 (2016р. – 10272) досліджень атмосферного повітря, в 3,9 % виявлені перевищення гранично - допустимих концентрацій, у сільських поселеннях проведено 2057 (2016р. – 3245) - в 0,24 % виявлені перевищення гранично - допустимих концентрацій.

За вказаний період у м. Запоріжжя в рамках моніторингу виконано 1237 лабораторно - інструментальних досліджень атмосферного повітря (в 2016 р. - 1368), з них не відповідало гігієнічним нормативам 221 –17,86% (у 2016 р. - 16,08%).

Найбільше забруднення атмосфери в 2017 р. по районах визначалося у Вознесенівському, Шевченківському, Заводському та Дніпровському (район 6-го селища). Як і в попередні роки, нижче середньобагаторічного показника (17,3%) реєструвалося забруднення атмосфери в Хортицькому та Комунарському районах м. Запоріжжя.

У 2017 році моніторинг проводився по 22 інгредієнтам, перевищення гігієнічних нормативів в атмосферному повітрі обумовлювали показники – пил, фенол, сірководень, сірковуглець. Перевищення за вищевказаними інгредієнтами реєструвалися в межах від 1,1 до 2,2 ГДК.

З наведеного можна зробити наступні висновки.

1. Етіологія і патогенез псоріазу вивчені недостатньо. В даний час псоріаз вважається мультифакторним захворюванням, в генезі якого грає роль як спадковий фактор, так і фактори зовнішнього середовища: екологічні умови, в т.ч., пов'язані з урбанізацією, низький рівень життя, почастищення контактів з агресивними хімічними речовинами, що діють як безпосередньо на шкіру, так і опосередковано через дихальну систему.

2. Основний внесок у забруднення атмосфери м.Запоріжжя вносять промислові підприємства, викиди яких становлять 50 - 60% від загального валового викиду шкідливих речовин. Значний внесок – від 40 до 50%, вносить

автотранспорт, частка викидів якого в загальному валовому викиді щорічно зростає.

3. Головною причиною забруднення атмосферного повітря м. Запоріжжя залишаються застарілі технології та устаткування, на базі яких функціонують підприємства, які не можуть забезпечити дотримання сучасних гігієнічних нормативів.

4. Матеріали соціально-гігієнічного моніторингу захворюваності на псоріаз серед різних груп міського і сільського населення Запорізької області доцільно використовувати для розробки управлінських рішень з охорони повітряного басейну від техногенного забруднення та підвищення якості медико-санітарного обслуговування населення.

Список використаних джерел

1. Абдеев Р.М. Вплив факторів навколишнього середовища на поширеність псоріазу // Епідеміологія та інфекційні хвороби. -2008. - № 6. - С. 27 - 29.
2. Аветікян С.С. Особливості клініки, перебігу і терапії псоріазу у чоловіків / С.С. Аветікян // Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.11. 2008.-23 с.
3. Адашкевич В.П. Діагностичні індекси в дерматології // Медична книга, 2004. - 165 с.
4. Айзатулов Р.Ф., Юхименко В.В. Значення факторів ризику у виникненні та перебігу псоріатичної хвороби // Вісник дерматології і венерології. – 2001. - №: 1. - С. 41-43:
5. Бакулев А.Л., Шагова Ю.В., Козлова І.В. Псоріаз як системна патологія // Вісник Саратовського медичного університета. – 2008. - № 8. - С. 13-20
6. Бергстром К.Г. Псоріаз. – К.: Практика, 2007. - 152 с.
7. Владимиров В.В., Владимірова Е.В. Псоріаз: етіопатогенез, клініка, лікування та профілактика. Якість життя // Хвороби шкіри. - 2006, № 6 (17). - С. 47-49.
8. Галімова Е.С. Молекулярно - генетичні основи схильності до псоріазу // Генетика. -2008. - № 5. - С. 594 - 605.
9. Герасимов О.М. Медична статистика. - М.: Медицина, 2007. - 480 с.
10. Голубчиков М.В. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим на шкірні та венеричні захворювання в Україні // Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 2009. - 110 с.
11. Гребняк М.П., Грищенко С.В., Агарков В. І. Превентивна медична екологія. - Дніпропетровськ: Пороги, 2013. - 196 с.
12. Екопідєатрія / М.П. Гребняк, С.А. Щудро, О.Б. Єрманченко та ін. - Дніпропетровськ: Пороги, 2011. - 299 с.
13. Зайцева О.В., Жукова Н.В., Татузян Є.Г. Аналіз моніторингових метаболічних показників у хворих на поширений псоріаз // Експериментальна і клінічна медицина. – Харків, 2009. - № 1. - С. 89-93.
14. Катуніна О.Р. Імунна система шкіри і її роль в патогенезі псоріазу // Укр. журн. дерматології та венерології. – 2005. - № 1. - С. 19-22
15. Кашутін С.Л., Дегтяр Ю.С. Зміст епідермального фактора росту у хворих на псоріаз: і атопічний дерматит // Цитокины и воспаление. - 2008. Т. 7. - № 2. - С. 49 - 51.
16. Коноваленко А.А. Особливості перебігу ускладнених форм псоріазу на сучасному етапі // Медичні новини. – 2009. - № 5. - С. 100-104.
17. Кубанова А.А., Мартинов А.А. Концепція і визначення якості життя хворих в дерматовенерології // Вісник дерматології і венерології. - 2004. - № 4. - С. 16 - 19.
18. Augustin M, Reich K, Glaeske G, Schaefer I, Radtke M. Co-morbidity and age-related prevalence of psoriasis: Analysis of health insurance data in Germany // Acta Derm Venereol. – 2010. - № 90. – P. 147–51.

19. Caussin J., Groenink H.W., de Graaf A.M. et. al. Lipophilic and hydrophilic moisturizers show different actions on human skin as revealed by crio scanningelectron microscopy // Exp Dermatol. - 2007. - № 16. – P. 891–898.
20. Gelfand J.M., Troxel A.B., Lewis J.D., Kurd S.K., Shin D.B., Wang X., Margolis D.J., Strom B.L. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study // Archives of Dermatology. – 2007. - № 143. - P. 1493–1499.

ВИКОРИСТАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОЗДОРОВЧИХ СИСТЕМ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА СУПУТНІМ СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ **(Фейса С.В.)**

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) сьогодні вважається проявом метаболічного синдрому (МС) та асоціюється із абдомінальним ожирінням, периферичною інсулінорезистентністю (ІР), дисліпідемією, в т.ч. гіперхолестеринемією та артеріальною гіпертензією [15, с. 1392], які є факторами кардіо-васкулярного ризику (КВР), оскільки підвищують загальний рівень смертності від серцево-судинної патології [17, с. 1343]. НАЖХП, гістологічною основою якої є накопичення в клітинах (гепатоцитах) вільних молекул жирів, переважно тригліцеридів, є типовим прикладом коморбідності – одночасного перебігу декількох захворювань [15, с. 1397]. В умовах сучасного сьогодення коморбідність та високий КВР вважають найсерйознішими проблемами медицини [1, с. 103; 9, с. 165]. Поширеність НАЖХП вражає: у загальній популяції вона зустрічається в 20-30%, серед пацієнтів із ожирінням I ступеню – 75%, II-III ступенів – 90%, причому майже в 90% НАЖХП асоціюється із порушенням вуглеводного обміну (цукровий діабет 2 типу (ЦД-2), предіабет) та дисліпідеміями. [15, с. 1390] Наявність коморбідності у пацієнтів із НАЖХП зумовлює актуальність пошуку оптимальних шляхів лікування, адже кожне із супутніх захворювань потребує призначення своєї терапії, а коморбідність часто веде до поліпрагмазії, що спричинює більшу ймовірність побічних ефектів, меншу прихильність пацієнта до лікування та меншу ефективність запропонованої лікарем терапевтичної схеми [1, с. 104; 9, с. 166].

Важливим аспектом в медицині є врахування геохімічних особливостей регіону, де проживає пацієнт, адже відомо, що дефіцит або надлишок в біосфері певних мікро- чи макроелементів приводить до розвитку патології [2, с. 1-2; 13, с. 155] та вимагає корекції. В нашій країні, особливо в гірській місцевості Карпат, актуальним є дефіцит йоду в ґрунті та воді, що, сполучаючись із супутнім дефіцитом селену, веде до розвитку йодо-дефіцитних станів, в тому числі субклінічного гіпотиреозу (СГ) [2, с. 2]. Актуальність СГ пов'язана з його значною поширеністю, особливо в умовах ендемічної щодо йоду Закарпатської області [4, с.133], та частою асоціацією з підвищенням КВР, дисліпідемією, абдомінальним ожирінням, АГ [7, с. 691; 16, с. 216]. Згідно з дослідженням 2017 року [6, с. 95], кожен шостий пацієнт

із НАЖХП має ознаки дисфункції щитоподібної залози (ЩЗ) у вигляді СГ, що обґрунтовує необхідність призначення лікування СГ.

З огляду на необхідність уникнення поліпрагмазії, важливим аспектом є максимальний акцент на немедикаментозне лікування – в першу чергу це модифікація способу життя та корекція харчового раціону (дієта) пацієнтів. Розробка індивідуальних оздоровчих систем повинна базуватися на врахуванні маси тіла, індексу маси тіла (ІМТ), лабораторних показниках, що характеризують вуглеводний та ліпідний обміни, а також враховувати рівень фізичної активності, харчові звички та смакові вподобання кожного з таких хворих. Оскільки патогенетично НАЖХП – це «ожиріння печінки», а кількість накопиченого в печінці жиру корелює із ступенем ожиріння, то основою лікування НАЖХП повинна бути модифікація способу життя.

Мета роботи обґрунтувати доцільність побудови індивідуальних оздоровчих систем для пацієнтів із НАЖХП та супутнім субклінічним гіпотиреозом, описати їх основні принципи та дослідити ефективність.

У дослідження ввійшло 72 пацієнти з НАЖХП на фоні порушень вуглеводного обміну (40 з них мали супутній предіабет, 32 – ЦД-2), у кожного з них був супутній гіпотиреоз. Діагнози верифіковані згідно чинних клінічних рекомендацій щодо діагностики та лікування [3, с. 5; 5, с. 11-18; 11, с. 122-125] даних захворювань та ґрунтувалися на комплексі клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

Основу дієтичних рекомендацій для пацієнтів склала дієта TLC (*Therapeutic Lifestyle Changes* – терапевтичні зміни способу життя) [15, с. 1398]. Проте з огляду на наявність поєднаної патології, в тому числі порушення вуглеводного обміну (предіабет, ЦД-2) [12, с. 159], субклінічний гіпотиреоз [13, с. 162], дієту дещо модифіковано. Основними принципами дієтичних рекомендацій щодо корекції харчового раціону для всіх пацієнтів були:

- Кількість прийомів їжі – 5 (3 основні прийоми та 2 перекуси);
- Спосіб приготування їжі: парова обробка, тушіння, запікання (заборонено смажити);
- Обмежити вживання легкозасвоюваних (простих) вуглеводів, що містяться в цукрі, цукерках, солодощах, джемах, варенні, здобі, солодких ягодах та фруктах;
- Обмежити вживання жирної їжі, проте з огляду на те, що для пацієнтів з ЦД-2 жири – це єдине джерело енергії, для них обґрунтованим є лише заміна насичених жирних кислот на ненасичені, а не обмеження жирів як таких. Для цього рекомендовано уникати промислово обробленого м'яса (ковбаси, сосиски, сардельки), обмежити вживання жирного м'яса, замінивши його на птицю (індичку, курку), заборонити майонези;
- Дотримуватися питного режиму: не менше 2 літрів на добу, намагаючись досягнути цільового рівня – 25-30 мл / кг маси тіла / добу.

Згідно даної дієти, пацієнтам з НАЖХП рекомендували вживати такі продукти:

- Хліб житній, з висівками, пшеничний другого сорту;
- Супи, переважно овочеві. Супи на ненасиченому рибному або м'ясному бульйоні – не більше 2 разів на тиждень;
- Нежирні сорти м'яса або птиці, риби;
- Страви з круп (гарніри): вівсяна, пшоняна, перлова, рисова каша, гречка (манна крупа заборонена). Макарони із твердих сортів пшениці не більше 3 разів на тиждень;
- Овочі: морква, буряк та картопля – не більше 200 грам на добу (сумарно), інші овочі (редиска, кабачки, огірки, помідори, салат, капуста) – без обмежень, як в сирому, так і у вареному вигляді;
- Фрукти і ягоди кислих і кисло-солодких сортів: апельсини, лимони, червона смородина, журавлина, яблука;
- Кисломолочні продукти (несолодкий йогурт, кефір, ряжанка) – 1-2 склянки щодня; домашній сир (творог) щодня до 200 грам у натуральному вигляді або у вигляді сирних гомбовців (парових сирників) чи запіканок (у духовці);
- Напої: чай як чорний, так і зелений, навіть з молоком, німецька кáva, ягідні і фруктові соки з кислих сортів, томатний сік.

Згідно з рекомендаціями *American Thyroid Association* щодо лікування гіпотиреозу [11, с. 567], харчування пацієнтів із гіпотиреозом, окрім йоду, повинне містити 100-200 мкг селену щоденно (мінімум 55 мкг). Тому їм рекомендовано ввести в свій раціон йодо- та селено-вмісні продукти, про кількісний вміст даних мікроелементів у продуктах хворі були інформовані. У світовому рейтингу найбагатших селеном продуктів харчування [13, с. 160] лідерами є: бразильський горіх (1917 мкг селену в 100 г, що складає 2739% добової потреби (ДП), мідії (154 мкг в 100 г, 220% ДП) та тунець (108 мкг селену в 100 г, 155% ДП). Селен міститься і в продуктах наших широт: 100 г хліба з цільного зерна містить 40,3 мкг (58% ДП), а 100 г соняшникового насіння – 79,3 мкг (113% ДП) селену. Багатими селеном є і окремі сорти м'яса: 100 г готової вирізки із свинини містить близько 52 мкг (74% ДП), 100 г яловичого нежирного стейку – 45 мкг (64% ДП), а 100 г домашніх курки та індики – близько 38 мкг (54% ДП) селену. Печериці та цільне зерно жита – теж серед лідерів селено-вмісних продуктів, оскільки містять 26 мкг (37% ДП) та 14% (20% ДП) селену в 100 г. У дещо меншій кількості селен міститься у квасолі, горохові та майже всіх видах горіхів, часникові й пивних дріжджах. З метою насичення харчового раціону йодом та селеном, пацієнтам з НАЖХП рекомендовано вживати морську рибу, креветки чи мідії, морську капусту – щонайменше 2 рази на тиждень. Для осіб з ознаками супутньої анемії рекомендовано не обмежувати продукти, багаті залізом, а деяким пацієнтам – додатково приймати полівітамінно-мікроелементні комплекси. Енергетичну цінність добового раціону розраховували індивідуально для кожного пацієнта. Для цього за формулою Маффіна – Джеора обчислювали основний обмін речовин (ООР) – обмін, що відбувається в організмі в стані абсолютного спокою, коли калорії витрачаються лише на фізіологію:

для жінок: $ООР = 9,99 \times \text{маса тіла в кг} + 6,25 \times \text{зріст в см} - 4,92 \times \text{вік} - 161$;
 для чоловіків: $ООР = 9,99 \times \text{маса тіла в кг} + 6,25 \times \text{зріст в см} - 4,92 \times \text{вік} + 5$.

Крім основного обміну, необхідним є врахування рівня фізичної активності протягом дня [17, с. 1346]. Кількість калорій, необхідних на добу для підтримання сталої маси тіла, розраховувалася за формулою: Добовий калораж = ООР x КА, де КА – коефіцієнт активності (табл. 1).

Таблиця 1

Коефіцієнт активності в залежності від фізичного навантаження

Фізична активність	КА
Мінімальне навантаження (сидяча робота)	1,2
Легка активність протягом дня і легкі вправи 1-3 рази на тиждень	1,38
Середньо-важка робота або тренування 4-5 разів на тиждень	1,46
Інтенсивні тренування 4-5 разів на тиждень	1,55
Щоденні тренування	1,64
Щоденні інтенсивні (або 2 рази/день) тренування (спортсмени)	1,73
Важка фізична робота або інтенсивні тренування 2 рази на день	1,90
Примітка: КА – коефіцієнт активності	

Для того, щоб досягти схуднення і, відповідно, зниження рівня загального холестерину та тригліцеридів в сироватці крові, пацієнтам з НАЖХП рекомендовано зменшити розрахований калораж на 15%, оскільки доведено, що саме такий дефіцит вважається безпечним та ефективним, знижуючи вагу пацієнта приблизно на 800 – 1200 грам щотижня [17, с. 1347]. Беручи до уваги, що 1 г жиру = 9 ккал, 1 г білків та вуглеводів = 4 ккал, було розраховано необхідну кількість білків, жирів та вуглеводів на добу, дотримуючись наступних пропорцій: білки – 30-35%, жири – 15-20%, вуглеводи – 45-50% від добового калоражу. Пацієнтам наводили приклад приблизного меню на день, пояснювали величину порцій, акцентували увагу на кратності прийомів їжі та способах її приготування. Фізичну активність оцінювали за допомогою глобального опитувальника, розробленого експертами ВООЗ, що складається з трьох блоків: фізична активність на роботі, під час пересування та під час дозвілля (табл. 2). Результати анкетування розраховувалися в *METs* (*Metabolic Equivalents* (англ.) – метаболічний еквівалент). *METs* – це одиниця виміру фізичного навантаження, що відображає активність метаболічних процесів в організмі (споживання кисню при певному фізичному навантаженні). За вихідну величину (1 *METs*) прийнято рівень метаболізму в спокої. При будь-якому збільшенні навантаження метаболізм зростає, відповідно зростає і *METs*.

Таблиця 2

Глобальний опитувальник з фізичної активності

Запитання	Відповідь	Код
Активність на роботі		
Чи потребує Ваша робота діяльності високої інтенсивності, при якій значно частішає дихання або пульс (підняття важких вантажів, земляні або будівельні роботи), яка триває безперервно, щонайменше, 10 хвилин?	Так Ні (якщо ні, перейдіть до P4)	P1
Скільки днів в типовий тиждень Ви займаєтеся фізичною працею високої інтенсивності на роботі?	Кількість днів__	P2
Скільки часу в типовий день Ви займаєтеся на роботі фізичною діяльністю високої інтенсивності?	__:__ Год. : Хв.	P3
Чи потребує Ваша робота діяльності середньої інтенсивності, при якій помірно частішає дихання або пульс (швидка ходьба, підняття невеликих вантажів) і яка триває безперервно мінімум 10 хв?	Так Ні (якщо ні, перейдіть до P7)	P4
Скільки днів в типовий тиждень Ви займаєтеся фізичною працею середньої інтенсивності на роботі	Кількість днів__	P5
Скільки часу в типовий тиждень Ви займаєтеся на роботі фізичною діяльністю середньої інтенсивності?	__:__ Год. : Хв.	P6
Активність під час пересування		
Чи ходите Ви пішки або на велосипеді (в якості засобу пересування) безперервно протягом не менше 10 хв для пересування з місця на місце?	Так; Ні (якщо ні, то P10)	P7
Скільки днів в типовий тиждень Ви ходите пішки або їдете на велосипеді безперервно протягом не менше 10 хв, щоб дістатися іншого місця?	Кількість днів__	P8
Скільки часу в типовий день Ви приділяєте ходьбі пішки або їзді на велосипеді?	__:__ Год. : Хв.	P9
Активність під час дозвілля		
Чи займаєтесь Ви безперервно протягом мінімум 10 хв спортом, активним дозвіллям або фізичними вправами з високим навантаженням на організм, при яких значно частішає дихання або пульс (наприклад, біг або футбол)?	Так Ні (якщо ні, перейдіть до P13)	P10
Скільки днів в типовий тиждень Ви займаєтесь спортом, фізичними вправами чи активним дозвіллям високої інтенсивності?	Кількість днів__	P11
Скільки часу в типовий день Ви займаєтесь спортом, фізичним дозвіллям чи активним дозвіллям високої інтенсивності?	__:__ Год. : хв.	P12
Чи займаєтесь Ви безперервно протягом щонайменше 10 хв спортом, активним дозвіллям або фізичними вправами з помірним навантаженням на організм, при яких незначно частішає дихання або пульс (швидка ходьба, їзда на велосипеді, плавання, волейбол)?	Так Ні (якщо ні, то перейдіть до P16)	P13
Скільки днів в типовий тиждень Ви займаєтесь спортом, фізичними вправами чи активним дозвіллям середньої інтенсивності?	Кількість днів__	P14
Скільки часу в типовий день Ви зазвичай займаєтесь спортом, фізичними вправами чи активним дозвіллям середньої інтенсивності?	__:__ Год. : Хв.	P15

Примітка: Фізична активність на роботі: помірна – 4 METs/хв; важка – 8 METs/хв. Пересування велосипедом чи ходьба: 4 METs/хв. Фізична активність під час дозвілля: помірна – 4 METs/хв; важка – 8 METs/хв.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, впродовж тижня дорослі повинні мати принаймні 150 хв фізичної активності помірної інтенсивності або 75 хв

високої активності або поєднання середньої і високої інтенсивності фізичної активності в еквіваленті щонайменше 600 *METs* на тиждень. З огляду на дані рекомендації, для підтримання достатнього рівня фізичної активності пацієнтам рекомендовано щоденні 30-хвилинні прогулянки, під час яких інтенсивність ходьби підбиралася так, щоб частота серцевих скорочень (ЧСС) становила 60-70% від максимальної ЧСС. Вважається, що саме такий діапазон пульсу належить до так званої «жироспалювальної» зони. За такої ЧСС 50% «спалених» калорій витрачається саме з жирових депо, одним із яких є печінка. «Жироспалюючу» зону ЧСС для кожного хворого було визначено індивідуально. Таким чином, для кожного пацієнта було розроблено індивідуальну оздоровчу систему, що враховувала його анатомо-фізіологічні особливості та перебіг коморбідної патології.

Переважає більшість наших пацієнтів на початку дослідження вела гіподинамічний спосіб життя, не виконуючи навіть мінімальних рекомендацій щодо фізичного навантаження. Фізична активність 599 *METs* і менше констатована у 87,3% пацієнтів з НАЖХП на фоні предіабету та 96% хворих на ЦД-2, в той час як серед практично здорових осіб (ПЗО) контрольної групи таких осіб було лише 6,7%. Після включення у дослідження фізична активність всіх пацієнтів збільшилася: через 6 місяців середнє значення *METs* зросло на 25,6%, а через 12 місяців уже не відрізнялося від середнього значення *METs* ПЗО, що свідчить про проведену модифікацію способу життя. Антропометричні показники достовірно змінилися: через 12 місяців ІМТ та обхват талії усіх пацієнтів зменшилися, а у пацієнтів з предіабетом така динаміка була достовірною уже через 6 місяців. Щодо лабораторних показників, спостерігалось достовірне зниження середніх значень рівня загального холестерину та тригліцеридів через 12 місяців, а також підвищення рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), яке вже було достовірним через 6 місяців після початку модифікації способу життя. Спостерігалось також покращення показників вуглеводного обміну та ультрасонографічної картини печінки.

Отже, модифікація способу життя пацієнтів із НАЖХП та коморбідною патологією дозволяє не тільки покращити антропометричні показники, а й позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання, стан вуглеводного та ліпідного обмінів, тиреоїдний статус. Це дає можливість зменшити дози використовуваних медикаментів та запобігає виникненню побічних ефектів, а також розвитку ускладнень, що, в свою чергу, сприяє більшій прихильності до лікування та покращенню якості життя даного контингенту хворих.

Список використаних джерел

1. Коморбідність і високий кардіокаскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадєєнко, О.Є. Гріднєв, А.О. Несен та ін. // Український терапевтичний журнал. – 2013. - № 1. – С. 102-107.
2. Кравченко В.І. Йододефіцит триває здоров'я населення України погіршується // Міжнародний ендокрин. Журнал. – 2008. - № 6. - С. 54-58.
3. Уніфікований протокол надання медичної допомоги при неалкогольному стеатогепатиті / Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 р.

4. Фейса С.В. Лабораторний скринінг захворювань щитовидної залози серед населення різних районів Закарпаття // Сімейна медицина. – 2016. - № 6 (68). – С. 133-137.
5. American association of clinical endocrinologists and American College of Endocrinology. Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan-2015 // Endocr pract. - 2015; 21 (Supp 1).
6. Arafat Kassem, Farag Khalil, Mokhtar Ragab Ramadan, Mohamed Rashed. Association and impact of non-alcoholic fatty liver disease on thyroid function // Int. J. Curr. Res. Med. Sci. - 2017. - Vol. 3 (7). - P. 94-107.
7. Ashizawa K., Imaizumi M., Usa T. et al. Metabolic cardiovascular disease risk factors and their clustering in subclinical hypothyroidism // Clin. Endocrinology (Oxf.) – 2010. – Vol. 72 (5). – P. 689-695.
8. Ballestri S. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with an almost two-fold increased risk of incident type 2 diabetes and metabolic syndrome. Evidence from a systematic review and meta-analysis // J Gastroenterol Hepatol. - 2016. - № 31 (5). - P. 936–44.
9. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine // Evid Based Med. – 2010. – Vol. 15. – P. 165-166.
10. Chung G.E., Kim D., Kim W. et al. Non-alcoholic fatty liver disease across the spectrum of hypothyroidism // Journal of Hepatology. - 2012. - Vol. 57 - № 1. - P. 150-155.
11. Clinical Management of Thyroid Disease / Ed. by F.E. Wondisford, S. Radovick.—John Hopkins University School of Medicine.—Baltimore, Maryland, 2009. — 860 p.
12. Diez JJ., Iglesias P. Subclinical hyperthyroidism in patients with type 2 diabetes // Endocrine. - 2012. Vol. 42. - P. 157-163.
13. Drutel, A. et al. Selenium and the thyroid gland: more good news for clinicians // Clin Endocrinol (Oxf). - 2013. - Vol. 78 (2). - P. 155-64.
14. Eshraghian A., Hamidian Jahromi A. Non-alcoholic fatty liver disease and thyroid dysfunction: A systematic review // World Gastroenterol. - 2014. - Vol. 20 (25). - P. 8102-8109.
15. Non-alcoholic fatty liver disease. Clinical recommendations of EASL-EASD-EASO // Journal of Hepatology. - 2016. - Vol. 64. - P. 1388-1402.
16. Simon H.S. Pearce, George Brabant, Leonidas H. Duntas, Fabio Monzani, Robin P. Peeters, Salman Razvi, Jean-Louis Wemeau. 2013 ETA Guideline: Management of subclinical hypothyroidism // Eur Thyroid J. - 2013, Dec. - Vol. 2 (4). - P. 215-228.
17. Targner G., Day C.P., Bonora E. Risk of cardiovascular disease in patients with nonalcoholic fatty liver disease // N Engl J. Med. - 2010. - Vol. 363. - P. 1341-1350.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ТА СТРАТЕГІЇ СУПРОВОДУ ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ,
З УРАХУВАННЯМ СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ
(Мітельов Д. А.)**

Стан здоров'я підростаючого покоління викликає серйозну стурбованість виходячи з статистичних даних, які щорічно публікуються, про захворюваність населення різних вікових груп. Відзначається невтішна тенденція у зростанні поширеності, як соматичної патології, так і хвороб нервової системи, психіки у дітей і підлітків. Найбільші труднощі діагностичного і терапевтичного характеру виникають при поєднаній патології кількох систем організму, а хронічний характер перебігу захворювань розширює спектр клінічних симптомів і посилює їх тяжкість.

Подібна картина спостерігається при цукровому діабеті (ЦД) 1 типу у дітей та підлітків, причому кількість хворих щороку зростає в усьому світі.

ЦД 1 типу – неухильно прогресуюче метаболічне захворювання, яке характеризується хронічною гіперглікемією, обумовленою розладами або повною недостатністю секреції інсуліну. При ЦД відзначаються порушення вуглеводного, жирового і білкового обміну, які обумовлені порушеннями дії інсуліну на тканини-мішені [1-4].

Він може виникнути як на тлі відносного здоров'я, так і при наявності обтяженого анамнезу, і супроводжує пацієнта на протязі всього життя. Дана патологія характеризується можливістю розвитку численних ускладнень, серед яких значне місце займають ураження центральної і периферичної нервової системи та психічні розлади.

Відомо, що організм дитини відрізняється добрими компенсаторними можливостями і, тому, досить часто різні патологічні процеси тривалий час мають прихований (латентний) характер, а відповідні функціональні (або навіть морфологічні) зміни виявляються лише при цілеспрямованому обстеженні. Це може спостерігатись як на субклінічній стадії захворювання, так і при його тривалому перебігу. Ураження нервової системи при ЦД 1 типу у дітей та підлітків є яскравим прикладом їх пізньої діагностики, лікування та профілактики внаслідок помірно виражених клінічних проявів на протязі тривалого часу після маніфестації самого ЦД. За останнє десятиріччя стали рідше реєструватись тяжкі гіпоглікемічні стани, виражені прояви периферичної дистальної сенсомоторної полінейропатії, покращилися показники якості життя дітей з ЦД, що додатково посприяло зниженню цілеспрямованої діагностичної активності і відповідної настороги відносно можливих неврологічних ускладнень.

Відкриття інсуліну біля 90 років тому кардинально вплинуло як на тривалість життя хворих з ЦД, так і на якість їх життя. Постійне вдосконалення методів його отримання призвело до появи і широкого використання генно-інженерних інсулінів, а останнє десятиліття ознаменувалося впровадженням аналогів людського інсуліну. Їх застосування у дітей з ЦД 1 типу дозволило знизити частоту гіпоглікемій, забезпечити кращу прогнозованість рівня глікемії, зменшити число ускладнень в т.ч. і з боку нервової системи. Суттєвий прогрес у сприятливому перебігу ЦД у дітей досягнуто за рахунок новітніх систем моніторингу глікемії, та введення інсуліну за допомогою автоматичної помпи. Це дозволило вийти на принципово новий рівень контролю глікемії та наблизити її (в тій мірі, наскільки це можливо) до оптимальних показників.

Але й на сьогоднішній день існує багато невирішених питань, що стосуються дитячої нейродіабетології:

- неврологічні розлади при ЦД – це прояви або ускладнення захворювання?
- коли повинна розпочинатись їхня діагностика?
- чи достатньо обмежуватись констатацією факту – чи є або відсутня діабетична полінейропатія?
- які синдромокомплекси можуть тривалий час носити субклінічний характер?
- коли починає формуватись діабетична енцефалопатія (ДЕП)?

- які існують прогнози відносно стану нервової системи у пацієнта з ЦД 1 типу у старшому віці?

Отже, існує необхідність вирішення як поточних питань неврологічного супроводу дітей з ЦД 1 типу (тактика) – своєчасна діагностика, адекватне лікування, так і довгострокових (стратегія) – первинна та вторинна профілактика неврологічних ускладнень, створення системи безперервного моніторингу стану центральної та периферичної нервової системи від початку маніфестації ЦД та на протязі усього життя. Це обумовлено прогредієнтним типом перебігу ЦД 1 типу – навіть при оптимальному глікемічному контролі та задовільній компенсації вуглеводного обміну відбуваються негативні зміни функціонального та морфологічного характеру у нервовій системі. Згідно з останніми даними зарубіжних дослідників, у пацієнтів, які страждають на ЦД 1 типу з дитячого віку і рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) в 14-річному віці $\geq 7,5\%$, ризик формування когнітивних порушень потроюється в середньому віці [5], також у осіб з ЦД 1-го типу виявлені ознаки прискореного старіння головного мозку (гіперінтенсивні вогнища в білій речовині головного мозку) [6]. Ці процеси тривають, формуючи основні клінічні симптомокомплекси ДЕП, а в середньому і старшому віці істотно збільшують ризик розвитку гострих порушень мозкового кровообігу.

З метою удосконалення системи неврологічного супроводу дітей та підлітків з ЦД 1 типу було проведено комплексне дослідження 185 дітей у віці 6-18 років під час стаціонарного лікування у відділенні ендокринології ДУ «ІОЗДП НАМН», з різною тривалістю хвороби (від 1 року до 15 років), віком її маніфестації (від 1 до 16 років) і рівнем глікемічного контролю.

Серед численних скарг, які пред'являють хворі з СД 1 типу, найбільш поширеними були скарги на головний біль. Головний біль локалізувався переважно в лобовій (46,7%), скроневій (50,6%) і потиличній (53,3%) областях і носив переважно двосторонній, стискаючий (52,0%) і розпираючий (44,0%) характер. Звертає на себе увагу висока частота цефалгій - в 53,3% випадків вони повторювалися через день, а в 22,7% - не менше одного разу на тиждень. На думку дітей і їх батьків причиною головного болю з'явилася зміна метеоумов (77,3%), коливання рівня глікемії (45,0%) емоційний стрес (46,6%). У половини 76,2% цефалгія провокувалась тривалим розумовим (переважно до завершення навчального дня) і фізичним навантаженням.

Для підлітків з СД 1 типу були досить характерними скарги на підвищену стомлюваність після занять в школі ($82,6 \pm 4,3\%$), виконання домашніх завдань ($64,0 \pm 5,5\%$), необхідність додаткового відпочинку після школи ($61,3 \pm 5,6\%$), але вони частіше виявлялись при цілеспрямованому опитуванні. Це свідчить про необ'єктивну оцінку своїх можливостей школярами і необхідності своєчасної діагностики астеничного симптомокомплексу як складової діабетичної енцефалопатії. Порушення когнітивних функцій у вигляді погіршення короткострокової пам'яті ($41,3 \pm 5,7\%$), необхідність витрачати більше часу на приготування домашніх завдань ($37,3 \pm 5,6\%$), труднощі в концентрації уваги ($38,6 \pm 5,6\%$) частіше спостерігались у хворих зі стажем захворювання більше двох років, лабільним характером глікемії.

Серед особливостей неврологічного статусу дітей з ЦД 1 типу слід відзначити наявність горизонтального ністагму ($36,0 \pm 5,5\%$), анізокорії ($19,5 \pm 3,5\%$), порушення акту конвергенції ($28,0 \pm 5,1\%$), порушення потовиділення у вигляді гіпергідрозу ($41,3 \pm 5,7\%$), що характерно для хворих з нетривалими термінами захворювання, наявність синдрому пірамідної недостатності ($28,0 \pm 5,1\%$). Порушення вегетативної нервової системи характеризуються поганою переносимістю задушливих приміщень ($42,6 \pm 5,7\%$), відчуттям нестачі повітря ($34,6 \pm 5,5\%$), мерзлякуватістю і зміною кольору кінцівок ($22,7 \pm 4,8\%$), схильністю до ліпотімічних станів ($21,3 \pm 4,7\%$), порушеннями роботи шлунково-кишкового тракту (болі в животі, відчуття здуття) ($21,3 \pm 4,7\%$), серцебиттям ($20,0 \pm 4,6\%$).

Серед порушень сну найбільш часто реєструвалися труднощі при засипанні ($41,3 \pm 5,7\%$), відчуття недостатнього відпочинку при пробудженні ($28,0 \pm 5,1\%$). Розлади емоційної сфери були представлені скаргами на дратівливість, запальність, конфліктність з однолітками та батьками, часті зміни настрою з періодами зниженого його фону, переживаннями щодо своєї хвороби і власного стану здоров'я.

При певних обставинах у хворих на ЦД може формуватись діабетична енцефалопатія. Класичне визначення (R. DeJong, 1950) терміна «діабетична енцефалопатія» (ДЕП) передбачає наявність стійкої церебральної патології, яка виникла під дією гострих, підгострих і хронічних обмінних і судинних порушень, клінічно проявляється неврозоподібними і психопатоподібними розладами, органічною неврологічною і церебральною вегетативною симптоматикою. Розвиток зазначеної симптоматики обумовлено каскадом метаболічних (на початку) і судинних порушень (приєднуються пізніше) з прогресивним характером перебігу. Прийнято вважати, що при СД 1 типу ДЕП зустрічається в «чистому вигляді», оскільки її розвиток в більшій мірі обумовлено неефективним метаболічним контролем, а при ЦД 2 типу більш значуща роль належить дисліпідемії та артеріальній гіпертензії [4].

ДЕП при ЦД 1 типу розвивається поступово, проте часті епізоди гіпоглікемії, кетоацидотичні стани, жорсткі цільові значення рівня глікемії, тривала відсутність цілеспрямованої корекції церебрального метаболізму і гемодинаміки можуть сприяти формуванню клінічних проявів ДЕП при відносно невеликому стажі захворювання. Неприятливими факторами ризику прогресування ДЕП є обтяженість перинатального періоду, травматичні та інфекційні ураження ЦНС в анамнезі, недостатня або неоптимальна фізична активність, вживання спиртних напоїв і куріння (що дуже часто спостерігається в підлітковому середовищі).

Клінічні прояви ДЕП були виявлені у 62,3% обстежуваних, достовірно частіше у пацієнтів з тривалою декомпенсацією вуглеводного обміну ($p < 0,05$), частими гіпоглікеміями ($p < 0,05$). ДЕП зустрічалася, переважно, в групі хворих на ЦД 1 типу зі стажем захворювання більше 5 років ($p < 0,01$), а несприятлива динаміка реєструвалася частіше при віці маніфестації СД до 7 років ($p < 0,05$).

Для дітей і підлітків з ЦД 1 типу в клінічній картині характерні цефалгічний (72,7%) і астенічний синдроми (66,7%), вегетативна дисфункція (47,8%), порушення сну (30,9%). Крім цього, в групі дітей з ДЕП частіше ($p < 0,05$) відзначалися труднощі при необхідності концентрації уваги, погіршення пам'яті, швидкості реакції, ознаки мінімальної мозкової дисфункції в порівнянні з хворими без енцефалопатії.

Слід зазначити, що перші ознаки зміни церебральної гемодинаміки в ряді випадків (36,0%) виявляються ще при відсутності виражених скарг у вигляді незначного збільшення середньої швидкості кровотоку по передній, середній і задній мозковим артеріях (ПМА, СМА, ЗМА), легкої асиметрії (8-15%), підвищення тону судин дрібного калібру. У міру збільшення стажу захворювання виявлено підвищення значень показників периферичного опору (R_i) (більш 0,54 для ПМА, СМА, ЗМА), індексу пульсації (P_i) (більш 0,87) і систоло-діастолічного індексу (SD), які відображають упругоеластичні властивості артерій. На етапі доклінічних проявів зазначені зміни можуть зазнати зворотний розвиток при проведенні адекватної терапії, але, в подальшому вони набувають стійкий, необоротний характер. У групі хворих (42,8%) з тривалістю ЦД понад 5 років, його маніфестацією до 7-8 років, незадовільною компенсацією вуглеводного обміну відзначається поступове зниження швидкості кровотоку по ПМА (менш 64,4 см/с), ЗМА (менш 54, 6 см/с), наростання асиметрії кровотоку (більше 15%), погіршення пружноеластичних властивостей судинної стінки, нестійкості судинного тону, утруднення венозного відтоку з порожнини черепа (достовірно частіше в порівнянні з групою з субклінічними проявами, $p < 0,05$ і віковими нормативами, $p < 0,001$).

Клінічно діабетична енцефалопатія у дітей включає психопатологічний симптомокомплекс у вигляді церебрастенії, неврологічний дефіцит, нейрофізіологічні (патологічні патерни дисфункції мозку) і нейропсихологічні (нейрокогнітивний дефіцит) порушення. Нами визначено набір методик, найбільш інформативних для діагностики діабетичної енцефалопатії. Серед них: тест Тулуз-П'єрона, спрямований на вивчення властивостей уваги (концентрації, стійкості, переключення) і психомоторного темпу; тест на запам'ятовування 10 слів О. Лурія, що дозволяє визначити особливості пам'яті; візуальна аналогова шкала болю, що визначає інтенсивність больового синдрому; шкала визначення тяжкості діабетичної полінейропатії (І. Строков); опитувальник для виявлення ознак вегетативних порушень (А. Вейн); визначення рівня невротизації (тест К. Яхіна і Б. Менделєвича), проєктивний тест «Я і моя хвороба». Серед методів об'єктивізації стану церебральної нейродинаміки - комп'ютерна електроенцефалографія (зниження потужності основних ритмів, виявлення латентної дисфункції при проведенні інтелектуального навантаження), транскраніальнодоплерографія судин головного мозку (порушення пружно-еластичних властивостей церебральних судин, венозного відтоку), при необхідності - магнітно-резонансна томографія головного мозку (виявлення дрібновогнищового ураження речовини головного мозку, зменшення об'єму певних структур).

Для верифікації автономної, і, зокрема, кардіальної нейропатії поряд з опитувальником А. Вейна, можна використовувати кардіоінтервалографію та Холтерівське моніторування ЕКГ і артеріального тиску (визначення вегетативного тону, реактивності, добових коливань артеріального тиску).

Одним з найбільш частих ускладнень ЦД в дитячому віці є діабетична периферична полінейропатія (ДПН) - дистальне симетричне ураження нервових волокон, переважно в нижніх кінцівках, що характеризується розвитком атрофії і дегенерації. Часто виникає клініко-інструментальна дисоціація - при мінімальних скаргах на болі в нижніх кінцівках, судом в литкових м'язах і відсутності парестезій, виявляється зниження колінних і ахіллових рефлексів, порушення температурної і / або вібраційної чутливості, але з практично обов'язковим порушенням проведення імпульсу при проведенні електронейроміографія (ЕНМГ). Тому, для діагностики ураження периферичної нервової системи необхідне цілеспрямоване опитування пацієнта з визначенням всіх видів чутливості, а в складних випадках з верифікацією за допомогою ЕНМГ і кількісної оцінки неврологічних змін: за Загальною Шкалою Неврологічних Симптомів, шкалою Нейропатичного Дисфункціонального Рахунку.

Дані про поширеність ДПН серед дітей з ЦД 1 типу варіюють в широкому діапазоні, але, в середньому, вона зустрічається не менш, ніж у 30% хворих. В її структурі близько 80% припадає на дистальну симетричну сенсо-моторну форму, 5-7% на вегетативну (автономну) і 10-15% займають змішані варіанти.

Серед пацієнтів з ЦД, що були включені до дослідження, ДПН була виявлена у 45,6% дітей і підлітків. Серед них субклінічну форма діагностовано у 56,9%, а клінічну - у 43,1%. Характерною особливістю пацієнтів з ДПН є тривалий безбольовий період після маніфестації СД, скарги на судом в литкових м'язах (крампи), особливо на першому році захворювання, мінімальну вираженість парестезій. В хронологічному порядку виникнення симптомів ДПН перше місце займають моторні порушення у вигляді симетричного зниження колінного і ахіллового рефлексів, далі - порушення температурної і тактильної чутливості. Зміни больової і вібраційної чутливості виникають в останню чергу, відбиваючи стадійність ураження різних типів нервових волокон.

Проведення електронейроміографії дозволило визначити зміну швидкості поширення збудження по рухових і чутливих волокнах нервів нижніх кінцівок, що супроводжувалося відповідною клінічною симптоматикою. Слід зазначити, що електронейроміографія була визначальним діагностичним інструментом переважно в групі хворих з субклінічної формою ДПН, коли пацієнти з СД 1 типу практично не пред'являли скарг, які свідчать про дану патологію (клініко-електронейроміографічна дисоціація).

Встановлено, що клінічна форма ДПН достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігалася у дітей з віком маніфестації СД до 6 років, стажем захворювання більше 5 років, тривалими періодами декомпенсації вуглеводного обміну. Літературні дані свідчать також про роль поліморфних маркерів певних генів в розвитку і прогресуванні ДПН.

Порівняльний ретроспективний аналіз (з глибиною пошуку 10-15 років) скарг пацієнтів з ЦД 1 типу і клінічних симптомів ДПН в різних групах показав зменшення частоти і вираженості даного ускладнення в даний час, що може бути обумовлено використанням інсулінів нового покоління, більшою прихильністю дітей і підлітків лікуванню і профілактиці за рахунок навчання в Школі самоконтролю.

Було проведено аналіз характеру уражень нервової системи у дітей з ЦД 1 типу відповідно до ступеня компенсації вуглеводного обміну: з оптимальними показниками, з субоптимальними та з високим ризиком ускладнень.

Клінічні прояви ураження нервової системи не мали суттєвої різниці між групами з оптимальним та субоптимальним глікемічним контролем та характеризувались субклінічним та легким клінічним рівнем тяжкості. Але всередині цих груп виявлено пряму залежність ступеня тяжкості неврологічних порушень від лабільності рівня глікемії, віку маніфестації ЦД, та стажу захворювання. Для групи з високим ризиком для життя було характерне ураження нервової системи легкого та середнього ступеня виразності із збереженням аналогічних тенденцій в середині групи.

Не було виявлено суттєвих відмінностей між ступенем тяжкості неврологічних порушень та таких видів мотивації на подолання захворювання, як установка на досягнення комплаєнсу, установка на зміну поведінки, установка на відповідальність лікаря.

Аналіз характеру та тривалості стійкої мотивації до самоконтролю захворювання та частоти неврологічних порушень у групах за такими критеріями як мотивація, що спрямована на довгострокове майбутнє; мотивація, що спрямована на короткочасне майбутнє та у групі «вторинного виграшу» дозволив виявити деякі закономірності. Неврологічні ускладнення ЦД 1 типу зустрічались практично з однаковою частотою серед дітей першої групи (хворі переважно з оптимальним глікозильованим контролем) та другої групи (хворі переважно з субоптимальним глікозильованим контролем). У дітей третьої групи із глікемічним контролем високого ризику, які були мотивовані на перекладання відповідальності контролю власного захворювання з себе на лікарів, спостерігались найбільш виражені та стійкі зміни у центральній та периферичній нервовій системі.

Проведене дослідження дозволило зробити наступні *висновки*:

- Серед ускладнень ЦД 1 типу у дітей та підлітків найбільш часто зустрічається діабетична енцефалопатія (ДЕП) (63,2%) та діабетична (дистальна сенсо-моторна) полінейропатія (ДПН) (45,6%).
- ДЕП зустрічалась достовірно частіше у пацієнтів з частою тривалою декомпенсацією вуглеводного обміну ($p < 0,05$), частими гіпоглікеміями ($p < 0,05$), зі стажем захворювання більше 5 років ($p < 0,01$), а несприятлива динаміка реєструвалася частіше при віці маніфестації СД до 7 років ($p < 0,05$).
- Клінічна форма ДПН достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігалася у дітей з віком маніфестації СД до 6 років, стажем захворювання більше 5 років, тривалими періодами декомпенсації вуглеводного обміну ($p < 0,01$).

- Установлено, що у хворих з низьким рівнем мотивації до самоконтролю та високим ризиком формування ускладнень ураження центральної та периферичної нервової системи зустрічаються частіше ($p < 0,05$), ніж у дітей та підлітків з оптимальним та субоптимальним глікозильованим контролем та високим і середнім рівнем мотивації.

Проведене дослідження дало підстави сформулювати стандарт діагностичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу з урахуванням необхідності моніторингу стану нервової системи.

Для здійснення поточного контролю за станом здоров'я дітей та підлітків з ЦД 1 типу, що мають різну ступінь вираженості патології нервової системи, забезпечення послідовності проведення корекційних заходів запропоновано виділяти групи динамічного спостереження, що базуються на вдосконалених стандартах діагностичної та лікувально-профілактичної активності (рис. 1).

Ризик формування неврологічних ускладнень			Обсяг діагностичної активності
→			МРТ головного мозку
			Комп'ютерна електроенцефалографія
			Визначення нейрокогнітивних показників
			Електронейроміографія нижніх кінцівок
	ДТ-5	ДТ-5	Визначення чутливості на нижніх кінцівках
	ДТ-4	ДТ-4	Транскраніальна доплерографія судин головного мозку
	ДТ-3	ДТ-3	Консультація психолога (загальна)
ДТ-2	ДТ-2	ДТ-2	Планові огляди невролога
ДТ-1	ДТ-1	ДТ-1	Стандарт діагностичної активності
СДА-1	СДА-2	СДА-3	

Рис. 1. Структура стандартів діагностичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу в залежності від ступеня вираженості ураження нервової системи

СДА-1 - стандарт діагностичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу без клінічних проявів ураження нервової системи.

СДА-2 - стандарт діагностичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу з субклінічними та легкими клінічними проявами ураження нервової системи.

СДА-3 - стандарт діагностичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу з проявами ураження нервової системи середнього та важкого ступеню.

ДТ -1- 8 - діагностичні тести різних рівнів

Запропоновано також модель профілактики прогресування неврологічних ускладнень у дітей та підлітків з ЦД 1 типу, який базується на використанні двох модулів. Перший модуль (освітній) передбачає надання детальної інформації пацієнту та його батькам про існуючі можливі ускладнення ЦД з боку центральної та периферичної нервової системи. Звертається увага на те, що неврологічні порушення розвиваються повільно і тривалий час мають субклінічні прояви. Провідними симптомами ураження нервової системи є: головний біль, запаморочення, зниження пам'яті та уваги, порушення сну, часті коливання фону настрою, вегетативні розлади, втомлюваність, біль у нижніх кінцівках, парестезії у дистальних відділах стоп. Другий модуль (корекційний) передбачає застосування диференційованої терапії субклінічних та клінічних проявів неврологічних ускладнень ЦД. При виявленні субклінічного рівня ураження застосовуються препарати α -ліпоєвої кислоти, вітаміни групи В (вітаксон, нейровітан, магнікум) у поєднанні з препаратами, що містять поліненасичені жирні кислоти (омега-3, смарт омега), а також збагачення ними раціону харчування, тривалість курсу – один місяць. При наявності клінічних проявів неврологічних ускладнень проводиться диференційована корекція з обов'язковим застосуванням нейропротекторів (гамалате-В₆, цитіколін, церебролізін, семакс, пікамілон), ангіопротекторів (білобіл), регуляторів судинного тону (вінпоцетін, ніцерголін), венотонізуючих препаратів (веносміл, нормовен), препаратів, що покращують швидкість проведення нервового імпульсу (нейромідін) та відновлюють мієлінову оболонку нерву (нуклео ЦМФ форте, келтікан), тривалість курсу – один місяць.

У системі реалізації заходів первинної та вторинної профілактики неврологічних розладів у дітей та підлітків з ЦД 1 типу необхідна участь, насамперед ендокринолога, дитячого невролога, психолога, а при необхідності і психіатра як на поліклінічному етапі, так і при стаціонарному лікуванні (рис. 2) з виділенням зазначених груп динамічного спостереження (рис.3).

Висновки: 1. Цукровий діабет 1 типу у дітей та підлітків залишається актуальною медико-соціальною проблемою, що обумовлено високою поширеністю цієї патології та тенденцією до збільшення хворих у всьому світі, прогресивним типом перебігу, наявністю різноманітних ускладнень.

2. Рання маніфестація ЦД 1 типу, тривалий стаж захворювання, часті стани декомпенсації вуглеводного обміну, відсутність своєчасної цілеспрямованої терапії призводять до формування у дітей патології ЦНС – діабетичної енцефалопатії, та периферичної нервової системи – дистальної сенсо-моторної полінейропатії. На певних етапах існування ЦД також можуть

виникати емоційні та психопатологічні порушення, що у сукупності суттєво погіршує якість життя, соціальне функціонування, досягнення комплаєнсу у лікуванні. ЦД 1 типу може сприяти у старшому віці розвитку гострих порушень мозкового кровообігу.

Індивідуальний ризик формування патології нервової системи			Обсяг лікувально-профілактичної активності
		ЛПЗ-8	Комплексне лікування патології центральної та периферичної нервової системи, підвищення адаптаційних можливостей організму
		ЛПЗ-7	Медико-психологічне консультування, при необхідності – консультація дитячого психіатра. Виявлення латентних депресивних та тривожно-фобічних станів.
		ЛПЗ-6	Широке застосування (як компонент дозвілля) ігор та завдань (відповідно віку), що спрямовані на тренування пам'яті, уваги, швидкості реакції, просторового мислення.
	ЛПЗ-5	ЛПЗ-5	Застосування (за показаннями) препаратів з ангіопротекторними властивостями
	ЛПЗ-4	ЛПЗ-4	Застосування (за показаннями) препаратів з нейропротекторними та нейрометаболічними властивостями.
ЛПЗ-3	ЛПЗ-3	ЛПЗ-3	Застосування (за показаннями) препаратів α-ліпоєвої кислоти, вітамінів групи В, поліненасичених жирних кислот
ЛПЗ-2	ЛПЗ-2	ЛПЗ-2	Планові медогляди за участю дитячого невролога
ЛПЗ-1	ЛПЗ-1	ЛПЗ-1	Освітні заходи для пацієнтів та їх батьків щодо можливості формування патології нервової системи при ЦД 1 типу, заняття у Школі самоконтролю
СЛПА-1	СЛПА-2	СЛПА-3	Стандарт лікувально-профілактичної активності

Рис. 2. Структура стандартів лікувально-профілактичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу в залежності від ступеня вираженості ураження нервової системи

СЛПА-1 - стандарт лікувально-профілактичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу без клінічних проявів ураження нервової системи.

СЛПА-2 - стандарт лікувально-профілактичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу з субклінічними та легкими клінічними проявами ураження нервової системи.

СЛПА-3 - стандарт лікувально-профілактичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу з проявами ураження нервової системи середнього та важкого ступеню.

ЛПЗ -1-8 – лікувально-профілактичні заходи різних рівнів

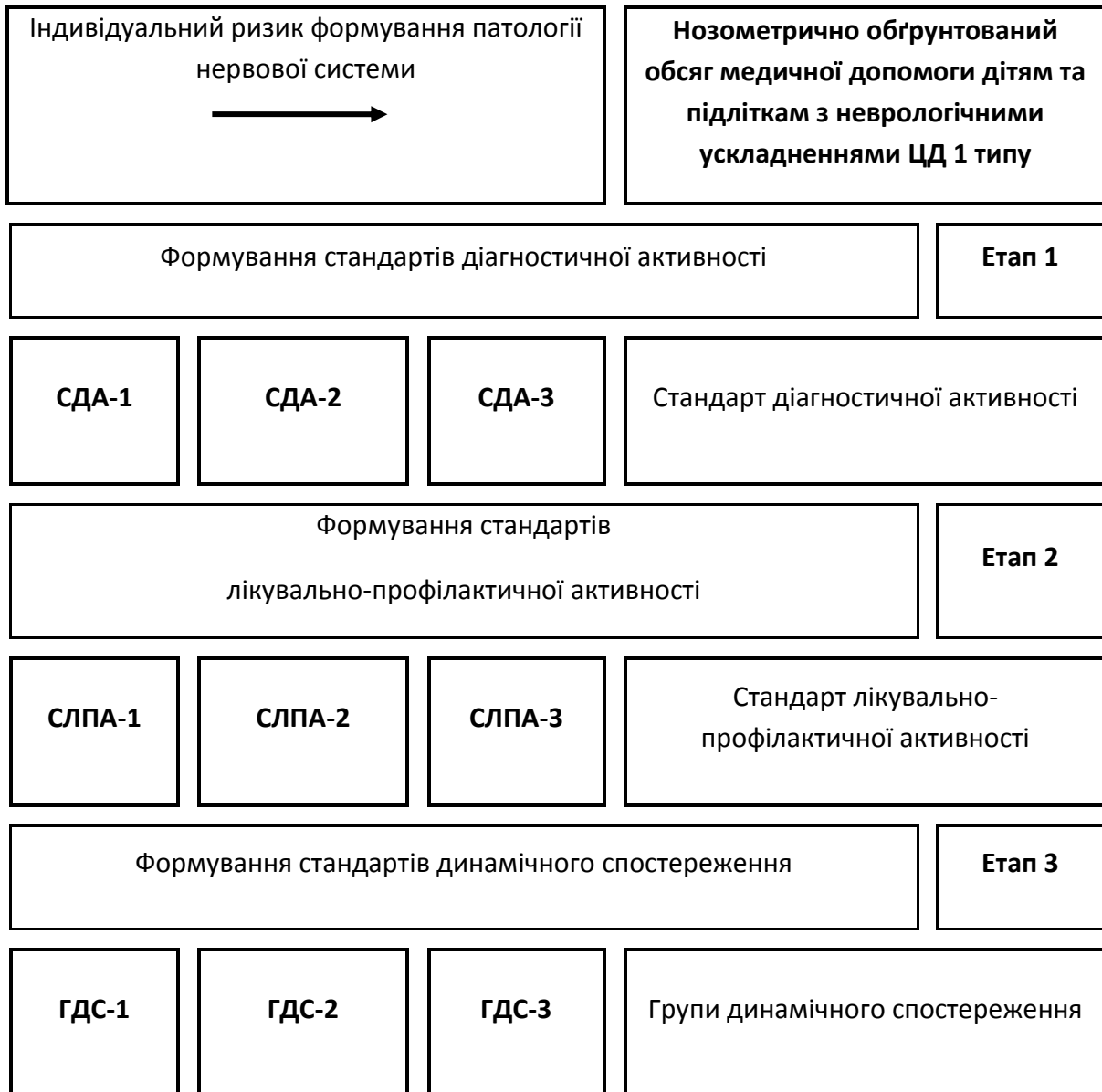


Рис. 3. Етапи та послідовність виконання методики формування груп динамічного спостереження

СДА-1-3 - стандарти діагностичної активності

СЛПА-1-3 - стандарти лікувально-профілактичної активності

ГДН-1-3- групи динамічного спостереження

3. Неврологічний супровід (моніторинг) дітей з ЦД 1 типу повинен забезпечувати тактичні цілі – своєчасну діагностику, адекватне лікування, та довгострокові стратегічні напрямки – первинну та вторинну профілактика неврологічних ускладнень, створення системи безперервного моніторингу

стану центральної та периферичної нервової системи від початку маніфестації ЦД та на протязі усього життя.

4. Упровадження стандартів діагностичної та лікувально-профілактичної активності для дітей та підлітків з ЦД 1 типу в залежності від ступеня вираженості ураження нервової системи, організація занять у школах самоконтролю ЦД сприятиме створенню системи підтримки та збереження здоров'я пацієнтів з такою ендокринною патологією.

Список використаних джерел

1. Global IDF/ISPAD guideline for diabetes in childhood and adolescence. International diabetes federation, 2011.
2. Evaluation of the correlation between type 1 diabetes and cognitive function in children and adolescents, and comparison of this correlation with structural changes in the central nervous system: a study protocol / Pourabbasi A. et al. // BMJ. - 2016. - № 6. - P.1-7.
3. Neuro-cognitive Performance in Children with Type 1 Diabetes – A Meta-analysis / Naguib J.M, Kulinskaya E., Lomax C.L., Garralda E.M. // Journal of Pediatric Psychology. - 2009. - № 34 (3). - P. 271- 282.
4. Seaquist E.R. The Final Frontier: How Does Diabetes Affect the Brain? // Diabetes. - 2010. - Vol. 59. - P. 4-5.
5. Clinically Relevant Cognitive Impairment in Middle-Aged Adults With Childhood-Onset Type 1 Diabetes / Nunley K. et al. // Diabetes Care. - 2015. - Vol. 38. - P. 1768-1776.
6. White matter hyperintensities in middle-aged adults with childhood-onset type 1 diabetes / Nunley K. et al. // Neurology. - 2015. - Vol. 84. - P. 1-8.

СОВРЕМЕННЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПРОФИЛАКТИКИ

(Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Беляева Е.Э., Матковская Т.Н.)

Тревожные расстройства представляют значимую медицинскую и социально экономическую проблему, являясь одним из наиболее часто встречающихся в популяции нарушений психической деятельности. Согласно данным ВОЗ тревожные расстройства относятся к первым десяти самым значимым проблемам здравоохранения. Крупномасштабные эпидемиологические исследования США и стран Европы показали, что тревожные расстройства развиваются у 21-30% популяции [1-3].

Среди пациентов общей медицинской практики распространенность тревожных расстройств еще более значительна и достигает, по данным исследований последних лет, 78% [6-5]. Данные о распространенности тревожных расстройств в нашей стране ограничены в виду отсутствия эпидемиологических исследований [9].

Тревожными расстройствами называют группу невротических, связанных с необоснованным и дестабилизирующим чувством страха и напряжения без какой-либо определенной причины [10-12]. Тревожное расстройство представляет собой обширную и гетерогенную группу психопатологических

нарушений, которые включают: паническое расстройство, агорафобию, социальную и специфическую фобии, генерализованное тревожное расстройство, тревожно-депрессивное расстройство [7; 13-14].

В детской популяции тревожное расстройство диагностируют у 10% детей в возрасте от 5 до 18 лет - у каждого десятого ребенка [15]. Исследование психологических аспектов проблемы тревоги у детей и подростков приобретает большую значимость в условиях роста распространенности данной патологии и масштабы ее влияния на психологическое благополучие и социальную адаптацию в юном возрасте [16-21].

Тревожность и разные страхи свойственны практически всем детям, это нормальная часть их развития и взросления. Проявления тревоги и страха у детей часто остаются недооцененными, так как их симптомы расцениваются как феномены нормального развития и в значительно меньшей степени привлекают внимание окружающих, оставаясь вне поля зрения специалистов [15]. Многие страхи и беспокойства детей не относят к расстройствам по причине того, что эти симптомы не приводят к большим страданиям или социальным нарушениям [14]. Это касается также страхов, печали и беспокойства, которые могут проявляться параллельно с соматической симптоматикой.

Тревожное расстройство - это психическое расстройство, характеризующееся общей устойчивой тревогой, не связанной с определенными объектами или ситуациями. К фобиям относят идентифицируемые и устойчивые страхи, чрезмерные или необоснованные, срабатывающие при наличии или ожидании конкретного объекта или ситуации. Дети и подростки с одной или более фобиями постоянно испытывают тревогу при воздействии конкретного объекта или ситуации [7, 13].

Большинство научных обзоров определяют тревогу как наиболее распространенный класс психопатологических расстройств, имеющих место в детстве и отрочестве [15-20]. Тревога и тревожность в большинстве случаев являются причинами состояний дезадаптации как в нервно-психической, так и в соматической сфере [8; 18-21]. Проявления тревожности у детей тесно связаны с синдромом гиперактивности, нарушениями внимания и другими когнитивными трудностями [6; 22; 23]. Академическая успешность в подростковом возрасте также связана с характеристиками тревожности [17; 20; 24].

Известно, что длительная и интенсивная тревога, воздействующая на ребенка в неадекватной ситуации, препятствует формированию адаптивного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции и общей дезорганизации его психики [25-28]. Следует подчеркнуть, что тревожность как устойчивая личностная черта формируется преимущественно в подростковом возрасте, являясь до этого лишь функцией психотравмирующей ситуации.

Различают два вида тревожности: тревога как состояние и тревога как личностное свойство индивида. Тревога как состояние (синонимы: реактивная тревожность, ситуационная тревожность) включает в себя такие

составляющие, как субъективные чувства напряжения, беспокойства, волнения, опасения и признаки активации вегетативной нервной системы. С течением времени уровень реактивной тревожности меняется в зависимости от того, насколько человек расценивает своё окружение как опасное или угрожающее, так как измерение реактивной тревожности - это своеобразная одномоментная «фотография» эмоционального состояния индивидуума. Тревога как личностное свойство (синонимы: личностная тревожность, характерологическая тревожность) характеризует относительно устойчивую для человека «склонность к тревоге», т.е. склонность воспринимать стрессогенные ситуации как опасные или угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги [29].

Одной из актуальных проблем современной детской психиатрии является изучение факторов предикции развития тревожности. Известно, что различные социальные, демографические, биологические, психологические, семейные показатели являются потенциальными стрессорами и факторами риска возникновения тревожных расстройств у детей [30-33]. Так, исследование связи тревоги с различными социально-демографическими, психологическими характеристиками у детей выявило, что уровень образования родителей, степень близости отца и матери, степень включенности в среду сверстников являются потенциально анксиогенными факторами [34-37].

Как известно, страх выполняет социализирующую или обучающую роль в процессе формирования личности и, в некотором роде, является способом ограничения «Я» от чужеродного, неприемлемого влияния из внешней среды. Страх – это демаркационная линия личного, безопасного пространства, в котором сохраняется единство «Я» и уверенность в себе [16].

Доказано, что тревожные расстройства, включая тревожно-фобические и тревожно-депрессивные расстройства, в детском возрасте приводит к нарушениям психического и социального функционирования [38]. Так, при социальных фобиях у подростков высокий уровень личностной тревожности, напряженности сочетается с низкой самооценкой, эмоциональной неустойчивостью, замкнутостью и эгоцентризмом [39].

Большое значение для понимания переживаний больного ребенка имеют исследования развития самосознания, схемы тела и всего того, что связано с его психической жизнью. Телесное «Я» является важной отправной точкой развития самосознания ребенка. Это обусловлено тем, что по мере взросления ребенок начинает ассоциировать различные ощущения, восприятия и эмоции с определенными частями тела. В основе реагирования ребенка на болезнь лежит нарушение отношения к своему телесному и духовному «Я», изменение самосознания. Социально-тревожные и дисморфофобические нарушения у подростков схожи наличием когнитивных предубеждениями, искажениями трактовками двусмысленной, неоднозначной социальную информацию [42; 45].

Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют, что ведущими тенденциями современного патоморфоза невротической болезни,

включая тревожно-фобические и тревожно-депрессивные расстройства, является отсутствие демаркационной диагностической линии этих расстройств, доминирование среди клинических проявлений пароксизмальных состояний и сложность дифференциации психопатологии данного регистра, особенно в детском возрасте [43].

Ретроспективные исследования показывают, что, по мере взросления ребенка, тревожное расстройство либо сохраняется, либо переходит в депрессивное либо в тревожно-депрессивное расстройство [42-45]. Клинические проявления тревожных расстройств у детей включают, преимущественно, соматические (вегетативные) симптомы: учащенное сердцебиение, затруднение дыхания, тремор или дрожь, ощущение комка в горле, тошноту или абдоминальный дистресс, боль и дискомфорт в области груди, чувство нереальности предметов, чувство головокружения, потливость, обмороки, приливы жара или озноба, страх потери контроля, страх смерти, мышечное напряжение или боли; онемение или ощущение покалывания, чувство нервозности, беспокойство и неспособность расслабиться, затруднения в сосредоточении внимания, усиленное реагирование на неожиданности или на испуг, затрудненное засыпание из-за беспокойства, постоянная раздражительность, повышенная пугливость, учащенное мочеиспускание, страх, избегающее поведение.

У детей с депрессией: грусть, повышенная возбудимость, раздражительность, отсутствие энергии, отсутствие интереса к занятиям, отдаление от друзей и членов семьи, чрезмерное чувство стыда и/или вины, чрезмерная самокритичность. Кроме того - сниженная самооценка, трудность концентрации внимания, ухудшение памяти, снижение успеваемости в школе, слишком долгий, либо слишком короткий сон, потеря аппетита или его повышение.

Проявления тревожных и депрессивных нарушений у детей имеют ряд сходных симптомов, к числу которых относятся нарушения сна, нарушение аппетита, неспецифические соматические жалобы, трудности концентрации внимания, раздражительность, утомляемость и упадок сил, что значительно затрудняет дифференциально-диагностическую оценку тревожных расстройств у детей.

МКБ-10 (Международная классификация болезней-10) и *DSM-IV* (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) включают множество специфических тревожных расстройств [46]. Применение диагностических критериев тревожных расстройств по МКБ-10 или *DSM-IV-R* дает несовпадение до 50% случаев. Значение имеет и то, что информация о психопатологической структуре нарушений в детстве обычно получена ретроспективно, естественно, искажая истинную картину.

Значительная вариативность оценок распространенности тревоги в детской популяции у различных авторов отражает многочисленные проблемы в квалификационных подходах к данным расстройствам, в том числе нозологическом аспекте, а наиболее сложными вопросами остаются

квалификация феноменологии детской депрессии и тревоги, определение критериев их ранней диагностики, дифференциации и реабилитации [47].

В подходах к реабилитации детей с тревожными расстройствами большое внимание уделяется значимости эмоциональной регуляции [48]. Исследователи отмечают малую эффективность библиотерапии тревожности у детей и подростков [49]. Понимание вклада семейного окружения в развитие тревожных нарушений у детей находит свое отражение в разработке реабилитационных программ, основанных на работе исключительно с родителями тревожных детей [50]. Распространение интернет-технологий позволяет конструировать программы сопровождения подростков с тревожными нарушениями [51].

В настоящее время существует немало формализованных методов диагностики тревоги и тревожности у детей и подростков. Однако ни один из них не позволяет рассматривать данные феномены как многомерные психические образования, выявляя не только аффективные, но и другие компоненты, играющие важную роль в диагностике психической дезадаптации. Отсутствие единого психодиагностического подхода к оценке детской тревожности в различных возрастных группах, основанного на принципах и специфике периодизации развития в детском и подростковом возрасте, в значительной степени затрудняет возможности объективного динамического наблюдения изучаемых феноменов, прежде всего, в сравнительном аспекте.

Ранняя диагностика и дифференциация тревожных расстройств у детей необходима как для установления диагноза, так и для выбора терапевтической тактики.

Нами были обследованы 300 детей 7-18 лет с тревожными расстройствами (140 детей с тревожно-фобическими расстройствами и 160 детей с тревожно-депрессивными расстройствами) находившихся на лечении в отделении психиатрии клиники ГУ «Института охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Дизайн исследования включал клинко-психопатологический, анамнестический, соматоневрологический, психологический методы. Проявления депрессии регистрировались путем использования шкалы оценки депрессии *Children's Depressive Rating Scale Revised- CDRS-R* и шкалы оценки депрессии Монтгомери - *MADRS*, оценку суицидального риска проводили путем теста *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. Проявления тревожности оценивали с помощью шкалы самооценки личностной и реактивной тревоги Спилбергера-Ханина, и многомерной методики оценки детской тревожности – МОДТ (Ромицина О.Е., 2006). Оценка когнитивных функций (памяти, внимания, наличия минимальной мозговой дисфункции) реализовывалась пробами на заучивание 10 слов, использованием таблиц Платонова-Шульте и теста Тулуз-Пьерона. Анализ электроэнцефалограмм (ЭЭГ) осуществляли с помощью системы компьютерной ЭЭГ *NeuroResearcher® Innovation Suite (модуль NeuroResearcher® -Chaos- Multidimensional Nonlinear Analysis)*. Проводился нелинейный многомерный анализ ЭЭГ (детерминистский хаос). В работе

исследовался информативный нелинейный показатель – энтропия Колмогорова-Синая (эКС). Для оценки вегетативных показателей проводился анализ вариабельности сердечного ритма (BCP) с использованием программного комплекса *NeuroResearcher®-Cardio-Tension-Test®* (модуль *Heart Rate Variability Analysis*).

В основу изучения тревожного расстройства нами был положен многоосевой принцип анализа невротической болезни: клинико-психопатологический как этап статики, психосоциальный как причинный фактор, личностно-динамический как этап динамики заболевания и социального функционирования, вероятностный прогноз. Использование вышеописанных методик, отражают не только уровень тревожности у детей и подростков школьного возраста (8-18 лет), но и максимально возможный спектр ситуаций, в которых она может быть реализована. По результатам индивидуального тестирования возможно не только прогнозирование и оценка психотравмирующих ситуаций, но и определения «мишеней» для индивидуальной и семейной психотерапии.

Проективные тесты были использованы в качестве инструмента диагностики маркеров тревоги и депрессии, особенностям внутренне взаимосвязанных паттернов рисунка, в той мере, с какой они отражали динамику тревожного и депрессивного расстройства в контексте диагностической категории невротической болезни у детей. Для диагностики тревожных расстройств у детей использовали пакет проективных рисуночных методик («Я в прошлое» «Я в будущем», «Я в этом мире», рисунок «Семьи», «Несуществующее животное», «Человек под дождем», «Звезды и волны»). В серии проективных рисунков рассматривали сравнительные цветовая тональность рисунка, размеры головы, туловища, рук и ног, ступней, правильность и детальность одежды. Рисунок «Семьи» включал характеристику семьи, предметов и связи за руки между членами семьи, наличием домашних животных. Рассматривалось взаиморасположение семьи и расстояние между ее членами.

В рисунках «Несуществующего животного» выделялись: тематика фигуры, использование готовых форм и множества элементов, использование основных и дополнительных частей, контуры фигуры, центральная смысловая часть фигуры со всеми элементами, дополнительные части фигуры, несущая часть фигуры, частоту линий интенсивной заштрихованности [52].

На основе анализа материала, касающегося тревоги, депрессии и типа психосоциальных стрессоров в детской популяции, нами разработана анкета, которая дала возможность дифференцировать типологию тревожности, факторы психической травмы и векторность психогений. Реестр психогений включал также и дифференциацию стрессора в зависимости от длительности его воздействия.

Нами было установлено, что у детей младшего школьного возраста с тревожными расстройствами достоверно чаще, чем у подростков, присутствовали симптомы множественных фобий (100,0% и 6,6%,

соответственно, $p < 0,005$), беспокойный сон (72,4% и 52,7%, соответственно, $p < 0,01$), снижение концентрации внимания (96,5 % и 68,9%, соответственно, $p < 0,01$), снижения памяти (86,2% и 77,0%, соответственно, $p < 0,01$), боль и дискомфорт в области живота (82,6 % и 24,3%, соответственно, $p < 0,01$), нарушения поведения (100,0% и 59,5%, соответственно, $p < 0,001$). Симптомы невротического регистра в виде плаксивости (65,5% и 37,3%, соответственно), обсессивных действий (онихофагия, яктация, трихотилломания) (72,4% и 22,9%, соответственно) достоверно чаще ($p < 0,001$ и $p < 0,001$, соответственно) регистрировались в когорте детей 7-11 лет.

Агрессивное поведение регистрировалось более чем в половине наблюдений, как у детей, так и у подростков (58,6 % и 64,9 % соответственно, $p < 0,05$) с их превалированием у подростков. Факт агрессии, по сути, свидетельствует о выраженной напряженности и нарастании тревоги.

У подростков достоверно чаще наблюдались симптомы изолированных фобий (93,2% и 0,0%, соответственно, $p < 0,001$), диссомнические расстройства (66,2% и 58,6%, соответственно, $p < 0,05$), снижение работоспособности (93,2% и 65,5%, соответственно, $p < 0,001$), головокружение (51,3% и 13,7%, соответственно, $p < 0,001$), диспноэ (36,7% и 27,5%, соответственно, $p < 0,05$), учащенное сердцебиение (75,6% и 10,3%, соответственно, $p < 0,001$), сенестопатии (33,8% и 3,4%, соответственно, $p < 0,001$). У подростков чаще отмечались симптомы напряжения мышц (дорсалгии, миалгии) (66,2% и 6,9%, соответственно, $p < 0,005$). Более чем у половины подростков с тревожными расстройствами были обнаружены симптомы аффективного регистра: снижение настроения, снижение самооценки, утрата интереса, что также значительно чаще, чем у детей 7 -11 лет. Более чем у трети подростков с тревожными расстройствами регистрировались обсессивные мысли (36,5% и 13,7%, соответственно, $p < 0,001$), что свидетельствовало о коморбидности тревоги с обсессивными расстройствами.

Кластеризация симптомов позволила выделить четыре кластера синдромокомплексов: соматический, когнитивный, эмоциональный и поведенческий, имевшие различную констелляцию в зависимости от возраста пациентов, что давало основание для клинической дифференциации тревожных расстройств у детей в возрастном аспекте. Так, у детей тревожное расстройство достоверно чаще включало проявления соматического и когнитивного кластеров, тогда как у подростков – эмоционального и поведенческого. В период полового созревания у детей клинические варианты течения тревожно-депрессивного расстройства обнаруживали гендерно-возрастные особенности: в препубертате превалировали симптомы фобического, соматического, тревожного регистра; у детей раннего пубертатного возраста – поведенческого, тревожного, дисморфобического регистра; в собственном пубертатном возрасте – тревожного и апатичного регистра.

По мере взросления нарастал риск развития устойчивой депрессивно-тревожной симптоматики как у мальчиков так и у девочек. Дисморфобический вариант превалировал у девочек-подростков в раннем и в

собственно пубертатном возрасте и реже регистрировались проявления фобического, соматического варианта симптомокомплексов.

Психопатологическая симптоматика тревожных расстройств у детей гетерогенна и имела возрастные особенности. Тревожно-фобические расстройства у детей коморбидны с когнитивными расстройствами (нарушениями внимания и памяти), а у – подростков с эмоциональными (депрессия) и поведенческими нарушениями (избегающее поведение).

Выявлены особенности фобий у детей с тревожными расстройствами в зависимости от возраста и пола. Так, максимальное нарастание социального страха отмечалось в пубертате (страх социальной изоляции и одиночества, страх обсуждения со стороны сверстников, страх нападения), тогда как у детей в препубертате – наблюдалось доминирование природных страхов (замкнутого пространства, животных, призраков, движущегося транспорта, пожара и т.д.).

Девочкам, независимо от возраста, были присущи как природные, так и социальные страхи, тогда как у мальчиков в детском возрасте отмечаются природные фобии, а у мальчиков-подростков пик социальных страхов был отмечен только в старшем подростковом возрасте.

Проведен анализ структура и уровня психологических показателей тревоги от возраста ребенка. Так, у детей превалировала умеренная степень выраженности общая тревога и высокий уровень ситуативной тревоги, а у подростков - высокий уровень личностной тревоги.

Психологическими предикторами риска развития тревожного расстройства у детей были: инфантилизм (85,6%), ситуативная тревога (76,2%), полиакцентуация характера (100%). Среди других значимых факторов риска отмечались: генетическая предрасположенность (64,6%), биологическая уязвимость (резидуально-органическое поражение центральной нервной системы, наличие невропатии в раннем детстве) (78,8%). Частый маркер риска развития тревожного расстройства у детей является и нарушения семейного взаимодействия в виде формирований патологических симбиотических отношений ребенка и тревожного родителя (разъединённый, разделённый и ригидный).

Установлено, что среди факторов предикции тревожных расстройств у подростков информативными были акцентуации характера психастенического и тревожного типов, высокий уровень личностной тревоги, хронические стрессы с превалированием проблем в школьной среде, патологический тип семейных отношений, повышенная тревожность у одного из родителей

У детей в препубертате фокус концентрации тревоги был связан преимущественно с ситуациями проверки знаний и с общей тревожностью. В пубертате на первый план в фокусировке тревоги выходили ситуации самовыражения, тревога в связи с оценкой окружающих, тревога отношениях со сверстниками и с родителями.

В структуре тревожности подростков с тревожно-депрессивными расстройствами наибольшую выраженность имели проявления общей

тревожности, тревоги в ситуациях самовыражения, тревоги в связи с оценкой окружающих, снижение психической активности.

При исследовании когнитивных функций детей с тревожными расстройствами в возрастном аспекте независимо от нозологической формы установлено, что независимо от возраста у всех исследуемых регистрировалась повышенная утомляемость. При этом у большинства детей с тревожно-депрессивными расстройствами (90,2%) отмечалось снижение умственной работоспособности и уровня активности внимания. Сниженные показатели кратковременной памяти по неустойчивому типу превалировали у детей в препубертате (73,7%), с возрастом наблюдались тенденции к незначительному их уменьшению (68,5%). У трети детей (32,1%) с тревожно-фобическими расстройствами и у более половины детей с тревожно-депрессивными расстройствами (60,8%), независимо от возраста, отмечалось снижение долговременной памяти.

Как известно, рисование человека, включая проекцию «схемы тела», представляет собой естественное средство выражения телесных нужд и конфликтов человека, выполняющего этот рисунок. Соответственно, изображения фигуры человека являются удобным инструментом изучения психологических и эмоциональных проблем.

Использование проективных рисуночных тестов в диагностике тревожных расстройств у детей позволило определить зоны фиксации психогении, выявить наиболее информативные диагностические маркеры депрессии и тревоги у детей, включающие идентификацию проблем посредством проекции и интроекции. Ребенок на осознаваемом и неосознаваемом уровнях использует всю систему своих психологических возможностей. В тестовых рисунках «Несуществующее животное» детей с тревожными расстройствами симптомы страха, тревоги, депрессии отражены затемнением контурных линий (шипы, заслоны, защита вверх) и интенсивной штриховкой.

Типологические варианты тревожного расстройства различались в зависимости от возраста: у детей в препубертате превалировал конституционально-невропатический вариант, у подростков - тимопатический вариант (депрессия, страхи навязчивые опасения, тревога).

При анализе актуальности конфликта и направленности вектора, степени его выраженности установлено, что психогении у детей с тревожными расстройствами затрагивали все области функционирования личности ребенка, включая и сферу социального взаимодействия. У подростков с тревожными расстройствами превалировал витальный компонент конфликта. В структуре корреляционных связей витальный страх доминировал ($R = 0,71 \pm 0,12$). У этих подростков была выявлена положительная корреляционная связь ($R = +0,65$) эпилептоидного типа акцентуации характера с тревогой и страхом. У большинства подростков (88,2 %) с тревожными расстройствами психологические корреляты представлены высоким уровнем депрессии и стресса. У детей в препубертате зарегистрировано сочетание тревоги с фобиями, частичной дезорганизацией

психической деятельности без ригидности, характеризующий автохтонный вариант течения тревожного расстройства.

Вектор тревоги у детей в пубертате имел преимущественную направленность на собственное «Я». Личностная составляющая тревоги представлена повышенной чувствительностью к негативным событиям, неспособностью модулировать позитивные эмоции, что формировало, преимущественно, ригидный вариант тревожного расстройства.

Затяжной и хронический тип течения тревожного расстройства имели 64,8% детей и 73,2 % подростков. Следовательно, у большинства детей и подростков с тревожными расстройствами наблюдалась хроническая невротическая сенсibilизация с нарастанием невротического дефекта личности, когда наряду с невротической симптоматикой формировалось и расстройство социальной адаптации, конфликтность и непереносимость социальных раздражителей.

На основе полученных результатов был разработан скрининг для ранней диагностики тревожных расстройств у детей и подростков. Скрининг включал: информацию о тревожности ребенка, определение присутствующих симптомов у ребенка и степень их тяжести, уровень личностной, ситуативной и общей тревоги. Для предоставления информации о поведении ребенка в настоящее время и в прошлом желательно привлечение родителей. Если пациент – ребенок, то сначала необходимо проводить интервью с родителем без присутствия ребенка, если пациент – подросток, то необходимо сначала проводить интервью с пациентом, а затем – с родителем.

Диагностическая оценка включала подробное описание тревоги и страха и связанных с ними проблем: ситуаций, которые вызывают страх и избегание; симптомы тревоги; чего боится ребенок, или что может случиться в социальных ситуациях; поведение, направленное на поиск безопасности; предшествующие и последующие переживания; семейные обстоятельства и поддержка. Скрининговая оценка основана на диагностике ведущих симптомов, характеризующих тревожное расстройство у детей: страх, беспокойство, избегающее поведение и интенсивность этих симптомов. Интенсивность симптомов оценивалась по 7-балльной шкале: 1 (отсутствие) - норма, 2 – минимальные, 3 легкие, 4 –умеренные, 5 - заметные, 6 –тяжелые, 7 – очень тяжелые.

Необходима также оценка сопутствующих состояний и других проблем психического здоровья (другие тревожные расстройства, депрессия, нарушения нейроразвития, гиперактивность с дефицитом внимания, аутизм и умственная отсталость, нарушение речи и др.). Выявленный страх у детей и подростков длящийся более 6 месяцев следует считать именно фобией, а не переходящим страхом. При наличии 1-3 симптомов тревожного спектра, а именно – страх, беспокойство и избегающее поведение, и психологических маркеров - личностная тревога (высокий ее уровень – 45 баллов и более), общей тревоги (3 и более баллов), коэффициента депрессии по шкале *CDRS-R* менее 45 баллов, состояние ребенка необходимо расценивать как тревожное расстройство.

Дифференциально-диагностическим критерием для квалификации тревожно-депрессивного расстройства у детей, при наличии общих с тревожным расстройством симптомов и психологических показателей тревожности, является коэффициент депрессии по шкале *CDRS-R*, превышающий 45 баллов. Интервьюирование родителей в контексте вопросов о застенчивости, беспокойстве и чувстве волнения у детей, высокоэффективно в идентификации детей с преневротическими и невротическими расстройствами, которые в будущем будут иметь подтвержденные тревожные расстройства.

Модуль психотерапевтической реабилитации включал контроль соматических проявлений, обучение больного ребенка снятию эмоционального и двигательного напряжения, устранение фобического избегающего поведения, коррекцию психосоциальных проблем, мониторинг психоэмоционального состояния для вторичной психопрофилактики прогрессирования невротического расстройства, привлечение к обучению в контексте психообразовательной программы как ребенка, так и его семьи. Овладение дыхательными и релаксационными техниками обеспечивает ребенку возможность коррекции состояний телесного и эмоционального напряжения. Включение арттерапевтических практик – работы с песком, манкой, солью, глиной, разнообразные графические инструменты позволяют трансформировать устойчивые дезадаптивные эмоциональные паттерны. Поведенческая психотерапия включает преодоление фобий и снижение тревоги, опираясь на определение индивидуальной иерархии страхов больного ребенка, овладение приемами мышечной релаксации и дальнейшей систематической десенсибилизации, тренировка социальных навыков путем моделирования желаемого поведения, проигрывание ролей, предоставление обратной связи, самоощущение и перенесение привычек в повседневную жизнь.

Разработанный подход к реабилитации детей с тревожными расстройствами модифицирует отношения ребенка к психогенной ситуации, предотвращает фиксацию тревоги, фобий; способствует поиску психологически адекватных путей изменения патологических ригидных установок и восстановлению адаптации ребенка. Возможность привлечения дыхательных, релаксационных, арттерапевтических, когнитивно-поведенческих и семейно-ориентированных подходов позволяет обеспечить своевременное дифференцированное терапевтическое вмешательство и предупредить развитие тяжелых, резистентных к терапии вариантов невротического нарушения, а также в целом улучшить качество жизни и психическое здоровье молодого поколения.

Список использованных источников

1. Epidemiology of anxiety disorders / Kessler R.C., Ruscio A.M., Shear K., Wittchen H.U. // *Curr Top Behav Neurosci.* – 2010. - № 2. – P. 21-35.
2. Bandelow B., Michaelis S. // *Dialogues Clin Neurosci.* – 2015. - № 17 (3). – P. 327–335. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back / Stein D.J., Scott K.M., de Jonge P., Kessler R.C. // *Dialogues Clin Neurosci.* – 2017. - № 19 (2). – P. 127-136.
4. Аведисова А.С., Александровский Ю.А. Тревожные расстройства / // Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2004. – С. 66 -73.

5. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / Под ред. В.Н. Краснова. - М., 2008. - 136 с.
6. Interrelationships between depression, anxiety and cognitive deficit in primary care patients / A.E. Bobrov, V.N. Krasnov, T.V. Dovzhenko, D.M. Tsarenko // Nordic Congress of Psychiatry Abstract Book. - 2012. - P. 23.
7. Ollendick T.H. Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders // Behav Res Ther. - 2010. - № 48 (9). - P. 827-831.
8. Allgulander C. Morbid anxiety as a risk factor in patients with somatic diseases: a review of recent findings // Mind Brain J. Psychiatry. - 2010. - Vol. 1. - P. 11-19.
9. Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю. Невротические расстройства у подростков // Депрессия у детей и подростков. - 2016. - Х.: Стиль-Издат, 2016. - 626 с.
10. Астапов В.М. Тревога и тревожность. - СПб.: Питер, 2001. - С. 5-6, 143-156.
11. The position of anxiety disorders in structural models of mental disorders / Wittchen H.U., Beesdo K., Gloster A.T. // Psychiatr Clin North Am. - 2009. - № 32(3). - P. 465-81.
12. What is an anxiety disorder? / Craske M.G. et al. // Depress Anxiety. 2009. - № 26 (12). - P. 1066-85.
13. Elkin A., Wager T.D. Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder and specific phobia // Am J. Psychiatr. - 2007. - Vol. 164. - P. 1476 - 1478.
14. Головина А.Г. Социальные факторы и патоморфоз фобических нарушений в подростковом возрасте // Журн. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 2011. - Т. 111. - № 9. - С. 9-14.
15. Чутко Л.С. Тревожные расстройства у детей и подростков // Тревожные расстройства в общеврачебной практике: руководство для врачей / под ред. Л.С. Чутко. - СПб.: ЭЛСБИ-СПб., 2010. - С. 55-74.
16. From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community / M.M. Fichter et al. // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2009. - № 44. - P. 792-803.
17. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. - М.-Воронеж, 2000. - 195 с.
18. Krasnov V.N., Veltichshev D.Y. Neurotic, anxiety and stress disorders. Psychiatry: A Handbook General Practitioners // MED-PRESS-inform. - 2006. - P. 275-300.
19. Abnormal attention modulation of fear circuit function in pediatric generalized anxiety disorder / McClure E.B. et al. // Arch Gen Psychiatry. - 2007. - № 64. - P. 97-106.
20. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности в норме и при патологии: автореф. дисс. ... докт. психол. наук: 19.00.03, 19.00.04. - СПб., 2014. - 40 с.
21. Малкова Е.Е. Тревога при соматических расстройствах у детей и подростков / (Электронный ресурс) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. - 2012. - № 3 (14). - Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru>.
22. Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparison with clinical and normal children / K. Manassis et al. // Behav Brain Funct. - 2007. - № 3. - P. 4.
23. Characteristics of Children With ADHD and Comorbid Anxiety / Jarrett M.A. et al. // J. Atten Disord. - 2016. - № 20 (7). - P. 636-644.
24. Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review / de Lijster J.M. et al. // J. Affect Disord. - 2018. - Vol. 230. - P. 108-117.
25. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders / V. Tuisku et al. // Eur Child Adolesc Psychiatry. - 2006. - Vol. 15. - P. 199-206.
26. Kuba T. Suicide-related events among child and adolescent patients during short-term antidepressant therapy // Psychiatr Clin Neurosci. - 2011. - № 65. - P. 239-245.

27. Марута Н.О., Ніканорова Ю.В. Суїцидальна поведінка у хворих на тривожні розлади // Укр. вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. - Вип. 2 (79). – С. 10–15.
28. Михайлова Э.А. Суициды и депрессия у детей (гендерно-возрастной, психопрофилактический аспект) // Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч. – Х., 2014. – С. 72-74.
29. Спилбергер Ч. Концентуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте. – М. : Физкультура и спорт, 1983. – С. 12-24.
30. Sunyakov T.S., Sunyakov S.A., Dorofeeva O.A. Mechanisms of anxiogenesis and therapy of anxiety. Psychiatry and Psychopharmacotherapy named after P.B. Gannushkina. – 2011. – Vol. 6. – P. 24-27.
31. Zalutskaya N.M. Generalized anxiety disorder: from mechanisms of formation to rational therapy // Rev Psychiatr Med Psychol 2013. - Vol. 3. – P. 99-110.
32. Veltichshev D.Y., Marchenko A.S. Generalized Anxiety Disorder: problems diagnosis, prognosis, and pharmacotherapy // Current Therapy of Psychic Disorders. - 2013. – Vol. 3. - P. 8-12.
33. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder/ Yonkers K.A., Duck I.R., Warsaw M.G., Keller M.B. // Brit J Psychiatry. - 2000. - Vol. 176. – P. 544-549.
34. Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. A prospective follow-up study from age 8 to 16 / A. Sourander, L. Helsta // Eur Child Adolesc Psychiatry. – 2005. – № 14. – P. 415–423.
35. Lang N.D., Ferdinand R.F., Verhulst F.C. Predictors of future depression in early and late adolescence // J. Affect Disord. – 2007. – № 97. – P. 137–144.
36. Clinical, psychological, social and biological risk factors of depression in children / E. Mykhailova, T. Proskurina, T. Matkovska, D. Mitelov // World Psychiatric Association International Congress; Austria. – Vienna, 2013. – P. 224.
37. Mykhailova E. Cognitive and neurophysiological markers of depression in children // Focusing on Access, Quality and Humane Care: XVII World congress of psychiatry. – Spain, Madrid, 2014. – P. 1074.
38. Targeted peer victimization and the construction of positive and negative self-cognitions: Connections to depressive symptoms in children / D.A. Cole, M.A. Maxwell, T.L. Dukewich, R. Yosick // J. Clin Child and Adolescent Psychology. – 2010. – Vol. 39 (3). – P. 421- 435.
39. Children with social anxiety and other anxiety disorders show similar deficits in habitual emotional regulation: evidence for a transdiagnostic phenomenon / Keil V., Asbrand J., Tuschen-Caffier B., Schmitz J. // Eur Child Adolesc Psychiatry. - 2017. – № 26 (7). – P. 749-757.
40. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder / Fang A., Hofmann S.G. // Clin Psychol Rev. – 2010. - № 30 (8). – P. 1040-1048.
41. Inferring other people's states of mind: Comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders / Buhlmann U., Wacker R., Dziobek I. // J. Anxiety Disord. – 2015. - № 34. – P. 107-113.
42. Depressive episodes--evidence for a causal role of primary anxiety disorders? / Wittchen H.U., Beesdo K., Bittner A., Goodwin R.D. // Eur Psychiatry. 2003. - № 18 (8). - P. 384-393.
43. Левада О.А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии // Нейроnews. – 2010. - № 2 (21). – С. 48-56.
44. Ковалев Ю.В. О соотношении тревоги и депрессии в психологии [Электронный ресурс] // Мед. психология в России : Электронный научн. журнал. – 2010. – № 12. – Url: <http://medpsg.ru> (дата обращения : 20.10.2016.)
45. Recurrent depression and somatic-vegetative correlates in children / E. Mykhailova et al. // IV International Congress. – Greece, Athens, 2015. – P. 21-90.
46. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. Washington, D.C. – Author. – 2000. – 405 p.

47. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. / Beesdo K., Knappe S. Pine D.S. // Psychiatr Clin North Am. - 2009. - № 32 (3). - P. 483-524.
48. Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review / Schäfer J.Ö. et al. // J. Youth Adolesc. - 2017. - № 46 (2). - P. 261-276.
49. Comparative efficacy and acceptability of bibliotherapy for depression and anxiety disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized clinical trials / Yuan S. et al. // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2018, № 14. – P. 353-365.
50. Parent-only Group Cognitive Behavioral Intervention for Children with Anxiety Disorders: A Control Group Study / Salari E. et al. // J. Can Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2018. – № 27 (2). – P. 130-136.
51. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Dental Anxiety: Open Trial / Shahnava S. et al. // J. Med Internet Res. – 2018. – № 20 (1). – P. 247-261.
52. Венгер А.Л. Рисунок человека. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – С. 16-60.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ І СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ (Рябоконт Н.О.)

Психічне здоров'я дітей і проблеми, пов'язані з його розладами, стають все більш актуальними в сучасному суспільстві, як в клінічному, так і в соціальному аспекті [1-14].

За даними численних досліджень, за останнє десятиліття відзначається зростання психічної патології в дитячій популяції в 1,8 - 2 рази, переважно за рахунок поведінкових і емоційних розладів [1; 2], а також порушень соціальної адаптації та неповноцінної соціальної інтеграції таких дітей у суспільство.

У хворих з соматичними захворюваннями, у тому числі у дітей, часто реєструється коморбідна психопатологія, особливо тривожні і депресивні розлади [3; 4; 5]. Лікарі-педіатри та сімейні лікарі не приділяють увагу станам депресії та тривоги у дітей [5]. Складно діагностувати депресію, яка проявляється соматизованими формами, де на перший план виходять не психічні порушення, а різноманітна соматовегетативна симптоматика [6].

Існують різні погляди на проблему лікування тривоги і депресії. У дорослому популяції пріоритетним є використання психотропних препаратів, переважно антидепресантів і анксиолітиків [7-10]. Деякі автори стверджують, що лікування тривоги і депресії повинно бути комплексним, але особливу роль вони відводять все ж таки психофармакотерапії, паралельно застосовуючи психотерапію та психологічну корекцію [3; 4; 11]. Питання терапії ТДР у дітей вивчено недостатньо і залишається дискусійним [5; 11-14].

Метою даного дослідження була розробка та вивчення ефективності комплексної моделі медико-психологічної та соціальної реабілітації дітей з тривожно-депресивними розладами (ТДР).

Обстежено 547 дітей віком 6-14 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в соматичних відділеннях і 114 дітей психоневрологічного відділення Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ), а також 997 дітей, які звернулися на амбулаторний прийом до дитячого психіатра Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру. Діагностика ТДР проводилася за критеріями МКХ-10. Використаний клініко-психопатологічний, сомато-неврологічний, пато психологічний методи (шкала оцінки депресії CDRS-R, шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера - Ханіна), а також соціально-психологічне інтерв'ювання та анкетування.

Серед пацієнтів з соматичними захворюваннями функціонального характеру ТДР виявлено 52,7% випадків.

Найбільш часто ТДР реєструвалися у дітей з хворобами органів дихання (60,6% випадків) і органів травлення (59,6%). У дітей з патологією системи кровообігу ТДР зафіксовано в 55,8% випадків, з ендокринними захворюваннями – в 54,5% випадків, з хворобами сечостатевої системи – в 27% випадків. Питома вага ТДР у дітей контингенту психоневрологічного відділення СОДКЛ склала 47,4%. У дітей, які звернулися на амбулаторний прийом до дитячого психіатра симптоми тривоги і депресії зафіксовані лише в 1% випадків.

Дослідженням доведено, що 100% батьків дітей з ТДР не звертали увагу на стан підвищеної тривожності та депресивні симптоми у дитини. Встановлено, що порушення емоційного стану та фізичні скарги вони пов'язували переважно з наявними у дитини соматичними захворюваннями. Слід зазначити, що жоден із батьків дітей з ТДР не звертався за спеціалізованою допомогою до психіатра.

Всі діти знаходилися під наглядом сімейних лікарів та лікарів-педіатрів за місцем проживання. Проте у жодної дитини ТДР не був діагностований на первинному рівні надання медичної допомоги.

Розроблена та апробована комплексна модель медико-психологічної допомоги дітям з ТДР, побудована за принципами мультидисциплінарності, системності та багаторівневості.

Модель включає декілька етапів.

Перший етап – діагностичний, який включає наступні заходи:

- скринінг-діагностика невротичного стану на первинному рівні надання медичної допомоги (спектр тривоги вивчається за допомогою шкали Спілбергера-Ханіна, спектр депресії – за шкалою CDRS-R); виявлення стресових факторів, що призводять до виникнення тривоги й депресії; вивчення мікросоціального оточення дитини; психологічне консультування; вивчення клінічних особливостей ТДР у дитини; консультація дитячого психіатра (призначається в складних діагностичних випадках, коли є необхідність проведення диференційної діагностики з іншими

психопатологічними станами, показане призначення психотропних засобів, наявна виражена соціальна дезадаптація дитини).

Другий етап – лікувально-реабілітаційний. Заходи: психологічна корекція, спрямована на редукцію тривоги у дітей (арт-терапія, ігрова терапія, казкотерапія, корекцію порушених сімейних стосунків), курс: 10 – 12 занять при погіршенні стану дитини; психотерапевтична допомога (сімейна психотерапія (спрямована на усунення сімейних конфліктів, неадекватних форм реагування, спілкування і поведінки членів сім'ї, формування довірливих стосунків з дитиною, покращення емоційної атмосфери в сім'ї), когнітивно-поведінкова терапія (направлена виявлення і модифікацію негативних автоматичних думок, дисфункціональних переконань і схем, експозицію фобічних об'єктів і ситуацій, планування діяльності, релаксацію), курсами по 10-12 сеансів; медикаментозна терапія ТДР та коморбідної соматичної патології; соціальна адаптація протягом всього періоду наявної психопатології, направлена на попередження конфліктів з однокласниками, вчителями, оточуючими, покращення соціального функціонування дитини.

Третій етап – профілактичний. Первинна профілактика проводиться в сім'ях, де виявлені фактори формування ТДР. Вторинна профілактика проводиться після лікування дитини з ТДР з метою попередження загострення наявної психопатології. Профілактичний етап не обмежений у часі, він триває поки продовжують діяти фактори, які сприяють розвитку ТДР у дітей. Заходи: психоосвіта батьків і дітей (інформування про фактори формування, розвитку і лікування ТДР); психоосвіта лікарів первинного рівня надання медичної допомоги щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики ТДР у дітей; психологічна корекція; соціальна адаптація.

З метою оцінки ефективності запропонованої моделі медико-психологічної допомоги дітям з ТДР були сформовані наступні групи дітей (порушення психоемоційної сфери були рівномірними): діти першої групи (n = 56) отримували традиційне лікування ТДР: психофармакотерапію (ноотропні та седативні засоби): нообут 0,3 - 0,5 г на добу, гліцисед 0,3 г на добу, алора 0,2 - 0,4 г на добу протягом 1 місяця; у лікуванні дітей другої групи (n = 69) використана запропонована комплексна модель медико-психологічної допомоги; контрольна група дітей з ТДР (n = 35), які не отримували лікування тривожного та депресивного стану, а лише лікували коморбідні соматичні захворювання.

Для оцінки ефективності лікування дітей з ТДР різними методами використана динаміка перебігу ТДР із застосуванням клінічного методу, психопатологічних методик (шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера - Ханіна, шкала оцінки депресії CDRS-R), також враховувався перебіг коморбідної соматичної патології.

Повторна оцінка стану дітей проведена через 1 місяць, 6 місяців та 1 рік після лікування.

Таблиця 1.

Динаміка симптомів ТДР у дітей у результаті застосування різних методів лікування в порівнянні з контрольною групою дітей через 1 місяць після лікування

Симптоми	Традиційне лікування (n = 56)		Комплексне лікування (n = 69)		Контрольна група (n = 35)
	до лікув., n (%)	після лікув., n (%)	до лікув., n (%)	після лікув., n (%)	до лікув., n (%)
Тривога	56 (100)	43 (76,8)*	69 (100)	46 (66,7)**	35 (100)
Плаксивість	41 (73,2)	42 (75,0)	50 (72,5)	11 (49,3)*	25 (71,4)
Стомлюваність	50 (89,3)	44 (78,6)	61 (88,4)	49 (71,0)*	31 (88,6)
Пригнічений настрій	56 (100)	38 (67,9)*	69 (100)	34 (49,3)**	35 (100)
Зниження інтересів	55 (98,2)	41 (73,2)*	68 (98,6)	48 (69,6)*	34 (97,1)
Утруднення з отриманням задоволення	53 (94,6)	49 (87,5)	65 (94,2)	42 (60,9)**	33 (94,3)
Почуття провини	17 (30,4)	17 (30,4)	21 (30,4)	16 (23,1)	11 (31,4)
Знижена самооцінка	41 (73,2)	39 (69,6)	50 (72,5)	41 (59,4)	25 (71,4)
Фобії	46 (82,1)	46 (82,1)	57 (82,6)	53 (76,8)	29 (82,9)
Дратівливість	41 (73,2)	30 (53,6)*	51 (73,9)	32 (46,4)**	26 (74,3)
Порушення академічної успішності	38 (67,9)	38 (67,9)	47 (68,1)	45 (65,2)	24 (68,6)
Порушення пам'яті	26 (46,4)	24 (42,9)	32 (46,4)	27 (39,1)	16 (45,7)
Порушення уваги	38 (67,9)	34 (60,7)	47 (68,1)	32 (46,4)*	24 (68,6)
Зниження працездатності	41 (73,2)	36 (64,3)	51 (73,9)	34 (49,3)*	26 (74,3)
Підвищене потовиділення	21(37,5)	19 (33,9)	26 (37,7)	24 (34,8)	13 (37,1)
Порушення сну	41 (73,2)	32 (57,1)*	50 (72,5)	31 (44,9)*	25 (71,4)
Зниження апетиту	34 (60,7)	33 (58,9)	43 (62,3)	37 (53,6)	22 (62,9)
Кардіалгії	20 (35,7)	9 (16,1)*	25 (36,2)	11 (15,9)*	3 (8,6)
Почуття нехватки повітря	20 (35,7)	15 (26,8)	26 (37,7)	21 (30,4)	13 (37,1)
Гастралгії	19 (33,9)	7 (12,5)*	23 (33,3)	9 (13,0)**	12 (34,3)
Нудота	22 (39,3)	4 (7,1)**	27 (39,1)	5 (7,2)**	14 (40,0)
Дискінезія кишечника	35 (62,5)	12 (21,4)**	44 (63,8)	9 (13,0)**	22 (62,9)
Головний біль напруження	34 (60,7)	8 (14,3)**	42 (60,9)	6 (8,7)**	21 (60,0)

Примітки: * – достовірність відмінностей $p \leq 0,05$ порівняно з контрольною групою дітей,
 ** – достовірність відмінностей $p \leq 0,01$ порівняно з контрольною групою дітей.

Порівняльний аналіз стану дітей з ТДР через 1 місяць після отриманого традиційного медикаментозного лікування та запропонованого комплексного лікування показав, що у першій групі дітей лікування було ефективним відносно відчуття тривоги ($p \leq 0,05$), пригніченого настрою ($p \leq 0,05$), зниження інтересів ($p \leq 0,05$), дратівливості ($p \leq 0,05$), порушення сну ($p \leq 0,05$), кардіалгій ($p \leq 0,05$), гастралгій ($p \leq 0,05$), нудоти ($p \leq 0,01$), дискінезії кишківника ($p \leq 0,01$), головного болю напруження ($p \leq 0,01$).

Після комплексного лікування отримані достовірні позитивні результати відносно відчуття тривоги ($p \leq 0,01$), плаксивості ($p \leq 0,05$), стомлюваності ($p \leq 0,05$), пригніченого настрою ($p \leq 0,01$), зниження інтересів ($p \leq 0,05$), утруднення з отриманням задоволення ($p \leq 0,01$), дратівливості ($p \leq 0,01$),

порушення уваги ($p \leq 0,05$), зниження працездатності ($p \leq 0,05$), порушення сну ($p \leq 0,05$), кардіалгій ($p \leq 0,05$), гастралгій ($p \leq 0,01$), нудоти ($p \leq 0,01$), дискінезії кишківника ($p \leq 0,01$), головного болю напруження ($p \leq 0,01$).

Отже, після отриманого лікування у обох групах дітей були встановлені достовірні позитивні результати. Покращення стану дітей з ТДР було більш значущим у групі дітей які отримували комплексну медико-психологічну допомогу.

Через 6 місяців повторно проведене клінічне та патопсихологічне обстеження дітей трьох груп (табл. 2).

Таблиця 2.

Динаміка симптомів ТДР у дітей у результаті застосування різних методів лікування в порівнянні з контрольною групою дітей через 6 місяців після лікування

Симптоми	Традиційне лікування (n = 56)		Комплексне лікування (n = 69)		Контрольна група (n = 35)
	до лікув., n (%)	після лікув., n (%)	до лікув., n (%)	після лікув., n (%)	до лікув., n (%)
Тривога	56 (100)	54 (96,4)	69 (100)	41 (59,4)**	35 (100)
Плаксивість	41 (73,2)	37 (66,1)	50 (72,5)	11 (15,9)**	25 (71,4)
Стомлюваність	50 (89,3)	48 (85,7)	61 (88,4)	39 (56,5)**	31 (88,6)
Пригнічений настрій	56 (100)	54 (96,4)	69 (100)	23 (33,3)**	35 (100)
Зниження інтересів	55 (98,2)	48 (85,7)	68 (98,6)	37 (53,6)**	34 (97,1)
Утруднення з отриманням задоволення	53 (94,6)	51 (91,1)	65 (94,2)	24 (37,8)**	33 (94,3)
Почуття провини	17 (30,4)	18 (32,1)	21 (30,4)	4 (5,8)*	11 (31,4)
Знижена самооцінка	41 (73,2)	42 (75,0)	50 (72,5)	19 (27,5)**	25 (71,4)
Фобії	46 (82,1)	47 (83,9)	57 (82,6)	22 (31,9)**	29 (82,9)
Дратівливість	41 (73,2)	44 (78,6)	51 (73,9)	16 (23,2)**	26 (74,3)
Порушення академічної успішності	38 (67,9)	41 (73,2)	47 (68,1)	36 (52,1)	24 (68,6)
Порушення пам'яті	26 (46,4)	28 (50,0)	32 (46,4)	21 (30,4)	16 (45,7)
Порушення уваги	38 (67,9)	39 (69,6)	47 (68,1)	23 (33,3)*	24 (68,6)
Зниження працездатності	41 (73,2)	40 (71,4)	51 (73,9)	19 (27,5)**	26 (74,3)
Підвищене потовиділення	21 (37,5)	21 (37,5)	26 (37,7)	20 (29,0)	13 (37,1)
Порушення сну	41 (73,2)	45 (80,4)	50 (72,5)	16 (23,2)**	25 (71,4)
Зниження апетиту	34 (60,7)	33 (58,9)	43 (62,3)	24 (34,8)*	22 (62,9)
Кардіалгії	20 (35,7)	18 (32,1)	25 (36,2)	7 (10,1)*	3 (8,6)
Почуття нехватки повітря	20 (35,7)	18 (32,1)	26 (37,7)	12 (17,4)*	13 (37,1)
Гастралгії	19 (33,9)	17 (30,3)	23 (33,3)	5 (7,2)*	12 (34,3)
Нудота	22 (39,3)	17 (30,3)	27 (39,1)	3 (4,3)**	14 (40,0)
Дискінезія кишечника	35 (62,5)	32 (57,1)	44 (63,8)	8 (11,6)**	22 (62,9)
Головний біль напруження	34 (60,7)	28 (50,0)	42 (60,9)	6 (8,7)**	21 (60,0)

Примітки: * – достовірність відмінностей $p \leq 0,05$ в порівнянні з контрольною групою дітей, ** – достовірність відмінностей $p \leq 0,01$ в порівнянні з контрольною групою дітей.

Установлено, що через 6 місяців після традиційного медикаментозного лікування достовірної різниці між станом дітей, які отримали лікування, та

контрольної групи дітей не було. Клінічні прояви ТДР у дітей були майже тієї ж інтенсивності, що й до лікування.

У групі дітей, які отримували запропоновану модель лікування, прояви ТДР значно зменшилися. Отримані достовірні позитивні результати відносно відчуття тривоги ($p \leq 0,01$), плаксивості ($p \leq 0,01$), стомлюваності ($p \leq 0,01$), пригніченого настрою ($p \leq 0,01$), зниження інтересів ($p \leq 0,01$), утруднення з отриманням задоволення ($p \leq 0,01$), почуття провини ($p \leq 0,05$), зниження самооцінки ($p \leq 0,01$), фобій ($p \leq 0,01$), дратівливості ($p \leq 0,01$), порушення уваги ($p \leq 0,05$), зниження працездатності ($p \leq 0,01$), порушення сну ($p \leq 0,01$), порушення апетиту ($p \leq 0,05$), кардіалгій ($p \leq 0,05$), почуття нехватки повітря ($p \leq 0,05$), гастралгій ($p \leq 0,05$), нудоти ($p \leq 0,01$), дискінезії кишківника ($p \leq 0,01$), головного болю напруження ($p \leq 0,01$).

Таблиця 3.

Динаміка симптомів ТДР у дітей у результаті застосування різних методів лікування в порівнянні з контрольною групою дітей через 1 рік після лікування

Симптоми	Традиційне лікування (n = 56)		Комплексне лікування (n = 69)		Контрольна група (n = 35)
	до лікув., n (%)	після лікув., n (%)	до лікув., n (%)	після лікув., n (%)	до лікув., n (%)
Тривога	56 (100)	55 (98,2)	69 (100)	12 (17,4)**	35 (100)
Плаксивість	41 (73,2)	42 (75,0)	50 (72,5)	6 (8,7)**	25 (71,4)
Стомлюваність	50 (89,3)	50 (89,2)	61 (88,4)	4 (5,8)**	31 (88,6)
Пригнічений настрій	56 (100)	53 (94,6)	69 (100)	3 (4,3)**	35 (100)
Зниження інтересів	55 (98,2)	52 (92,9)	68 (98,6)	2 (2,9)**	34 (97,1)
Утруднення з отриманням задоволення	53 (94,6)	51 (91,1)	65 (94,2)	5 (7,2)**	33 (94,3)
Почуття провини	17 (30,4)	19 (33,9)	21 (30,4)	0 (0)**	11 (31,4)
Знижена самооцінка	41 (73,2)	41 (73,2)	50 (72,5)	4 (5,8)**	25 (71,4)
Фобії	46 (82,1)	41 (73,2)	57 (82,6)	7 (10,1)**	29 (82,9)
Дратівливість	41 (73,2)	48 (85,7)	51 (73,9)	6 (8,7)**	26 (74,3)
Порушення академічної успішності	38 (67,9)	43 (76,8)	47 (68,1)	18 (26,1)**	24 (68,6)
Порушення пам'яті	26 (46,4)	28 (50,0)	32 (46,4)	9 (13,0)**	16 (45,7)
Порушення уваги	38 (67,9)	46 (82,0)	47 (68,1)	6 (8,7)**	24 (68,6)
Зниження працездатності	41 (73,2)	43 (76,8)	51 (73,9)	4 (5,8)**	26 (74,3)
Підвищене потовиділення	21 (37,5)	26 (46,4)	26 (37,7)	14 (20,3)**	13 (37,1)
Порушення сну	41 (73,2)	48 (85,7)	50 (72,5)	7 (10,1)**	25 (71,4)
Зниження апетиту	34 (60,7)	37 (66,1)	43 (62,3)	8 (11,6)**	22 (62,9)
Кардіалгії	20 (35,7)	24 (42,9)	25 (36,2)	3 (4,3)**	3 (8,6)
Почуття нехватки повітря	20 (35,7)	28 (50,0)	26 (37,7)	2 (2,9)**	13 (37,1)
Гастралгії	19 (33,9)	24 (42,9)	23 (33,3)	5 (7,2)**	12 (34,3)
Нудота	22 (39,3)	21 (37,5)	27 (39,1)	3 (4,3)**	14 (40,0)
Дискінезія кишечника	35 (62,5)	36 (64,3)	44 (63,8)	4 (5,8)**	22 (62,9)
Головний біль напруження	34 (60,7)	47 (83,9)	42 (60,9)	3 (4,3)**	21 (60,0)

Примітки: * – достовірність відмінностей $p \leq 0,05$ в порівнянні з контрольною групою дітей, ** – достовірність відмінностей $p \leq 0,01$ в порівнянні з контрольною групою дітей.

Проведене клінічне та патопсихологічне обстеження трьох груп дітей через 1 рік після лікування показало, що стан дітей після одного курсу медикаментозного лікування, як і стан дітей, які не отримували лікування були подібними. Спостерігалася негативна динаміка відносно емоційних проявів, когнітивних порушень та соматичних скарг.

У групі дітей, які отримували запропоновану модель медико-психологічної допомоги, відмічено достовірно позитивну динаміку по всім клінічним проявам ТДР. У порівнянні зі станом цих дітей 6 місяців тому, відзначається покращення їх когнітивного функціонування у 100 % дітей, значне зменшення соматичних скарг та повне відновлення їх соціальної адаптації.

Установлено, що рівень ситуативної та особистісної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна та рівень депресії за шкалою CDRS-R достовірно значно знизилися через 6 місяців ($p \leq 0,05$) та через 1 рік ($p \leq 0,01$) після застосування запропонованої моделі лікування ТДР у дітей у порівнянні з дітьми, які отримували традиційне медикаментозне лікування та з дітьми, які не отримували лікування.

Доведено, що лікування дітей першої групи (використання лише психофармакотерапії) було недостатньо ефективним. Через 4-6 місяців їх стан знову погіршився до колишнього рівня, загострилися прояви наявних хронічних функціональних соматичних захворювань, виникла необхідність у повторному стаціонарному лікуванні (табл. 4).

Таблиця 4.

Частота лікування в соматичних стаціонарах дітей з ТДР, які отримували різні методи лікування, протягом 1 року

Кількість госпіталізацій за рік	Традиційне лікування (n = 56)	Комплексне лікування (n = 69)	Контрольна група (n = 35)
	Кількість дітей, n (%)	Кількість дітей, n (%)	Кількість дітей, n (%)
1 раз	19 (33,9 %)	61 (88,4 %)	18 (51,4 %)
2 рази	24 (42,9 %)	8 (11,6 %)*	12 (34,3 %)
3 рази	10 (17,9 %)	0 (0%)	4 (11,4 %)
4 рази	3 (5,4 %)	0 (0%)	2 (5,7 %)

Примітки: * – достовірність відмінностей $p \leq 0,05$ в порівнянні з контрольною групою дітей.

Діти, які отримували комплексне лікування достовірно рідше потрапляли в соматичні відділення із загостренням хронічних соматичних захворювань протягом року ($p \leq 0,05$).

Отже, в результаті застосування комплексного лікування та реабілітації дітей з ТДР у 100% пацієнтів спостерігався регрес тривожної та депресивної симптоматики, покращилося соціально-когнітивне функціонування, достовірно рідше відбувалося загострення наявної хронічної соматичної патології, що підтвердилося зменшенням частоти госпіталізації в соматичні відділення до 1 разу на рік.

Упровадження комплексної моделі медико-психотерапевтичного втручання для лікування дітей з ТДР, в 100 % випадків призвело до зменшення дистресу, поліпшення стану дитини в короткі терміни, тривалої ремісії як ТДР, так і соматичного захворювання.

Отже, у дітей з соматичними захворюваннями часто виявляються ТДР. Тривожні та депресивні розлади не діагностуються на первинному рівні надання медичної допомоги. Лікарі соматичного профілю не приділяють уваги наявній психопатології у дітей, зокрема ТДР. Тривога та депресія негативно впливають на перебіг наявної соматичної патології у дитини.

Результати даного дослідження диктують необхідність впровадження моделі медико-психологічної та соціальної реабілітації дітей з ТДР. Первинна діагностика та подальша профільна лікувально-діагностична орієнтація пацієнтів з ТДР повинна відбуватися на первинному рівні надання медичної допомоги. Застосування комплексного медико-психологічного супроводу дітей з ТДР сприятиме покращенню перебігу соматичних захворювань, профілактиці важких резистентних форм тривоги і депресії, превенції психосоціальної дезадаптації дітей.

Список використаних джерел

1. Гранкина И.В., Иванова Т.И. Крахмалева О.Е. Факторы формирования и особенности поведенческих нарушений у детей с психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 5 (74). – С. 43–47.
2. Ульев А. В. Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации // Управление общественными и экономическими системами. – 2009. – № 1. – С. 1–21.
3. Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Лечение тревожно-депрессивных расстройств в кардиологии // Лечащий врач. – 2005. – № 9. – С. 50–53.
4. Ватутин Н.Т., Христинченко М.А., Картамышев Е.В., Кетинг Е.В. Тревожные расстройства и сердечно-сосудистые заболевания // Кровообращение и гемостаз. – 2013. – № 2. – С. 72–79.
5. Марценковский И.И., Марценковская И.А. Депрессивные расстройства у детей и подростков // НейроNEWS. – 2017. – № 3 (87). – С. 40–45.
6. Михайлова Э.А., Проскурина Т.Ю., Багацкая Н.В., Мителев Д.А., Матковская Т.Н., Решетовская Н.Е. Депрессия у подростков (клинико-возрастной, нейрокогнитивный, генетический аспекты) // Украинский вестник психоневрологии. – 2015. – Т. 23. - Вып. 2 (83). – С. 75–79.
7. Образовательная программа по депрессивным расстройствам / Редакция 2008 г. Том 1. Общая часть. Основные аспекты депрессии / под ред. В.Н. Краснова. – М., 2010. – 119 с.
8. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств: доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных / под ред. В.Н. Краснова. М., 2008. – 215 с.
9. Svab V., Subelj M., Vidmar G. Prescribing changes in anxiolytics and antidepressants in Slovenia // Psychiatr Danub. – 2011. – 23: 2. – P. 178–182.
10. Latas M., Stojkovic T., Ralic T., Milovanovic S., Jasovic-Gasic M. Psychiatrists' psychotropic drug prescription preferences for themselves or their family members // Psychiatr Danub. – 2012. – 24: 2. – P. 182–187.
11. Петрова Н.Н. Тревожные расстройства и их коррекция в амбулаторной психиатрической практике // Consilium medicum (Психиатрия и психофармакотерапия). – 2011. – № 6. – С. 30–35.

12. Adegbite-Adeniyi C. An update on antidepressant use and suicidality in pediatric depression // Expert Opin Pharmacother. – 2012. – № 13 (15). – P. 2119–2130.
13. Hetrick S.E., McKenzie J.E., Merry S.N. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents // Cochrane Database Syst Rev. – № 11. - 2012.
14. Weintraub K. Most antidepressants don't work on kids and teens, study finds, 2016. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <https://www.statnews.com/2016/06/08/antidepressants-teens-kids>.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ЛІКАРСЬКІЙ ХВОРОБІ: ТЕРАПІЯ І ПРОФІЛАКТИКА (Солошенко Е.М.)

Терапія і профілактика лікарської хвороби (ЛХ) дотепер залишаються актуальною і невирішеною проблемою оскільки в її патогенезі існує ще багато невивченого і дискусійного. Незважаючи на те, що механізми імунної відповіді при алергії досліджені в експерименті і клініці з аналізом окремих компонентів імунної системи на генетичному, молекулярному і клітинному рівнях, в той же час недостатньо зрозумілими залишаються як їх взаємодії «ін віво» на організменому рівні, так і механізми толерантності та аутоіmunітету. Широко розповсюджене ствердження про те, що імунодефіцитні стани, до яких відносять і ЛХ, пов'язані з недостатністю функціонування імунної системи, а аутоіmunна патологія – з її гіперфункцією, виявилось не достовірним. Патогенетичний принцип підходу до оцінки імунної системи дозволило інакше інтерпретувати патологічні процеси, що відбуваються в організмі, які свідчать про надмірну активацію імунокомпетентних клітин не лише при аутоагресії, але й при імунодефіцитних захворюваннях [6]. Проте, якщо при аутоіmunних процесах активація приводить до накопичення аутореактивних клонів (відсутність апоптозу), то при імунодефіцитах їх активність закінчується загибеллю (апоптоз). Тому апоптичний механізм імуносупресії зараз активно досліджується в патогенезі не лише аутоіmunних розладів і імунодефіцитів, але й алергічних захворювань [14]. Ці факти підтверджують відому тезу про те, що імунологія і алергологія до цього часу залишаються науками, що постійно розвиваються і в яких ще багато невирішених проблем, зокрема апоптотичний механізм імуносупресії в патогенезі ЛХ.

На сучасному етапі на підставі численних клінічних спостережень і експериментальних досліджень істинні алергічні реакції на лікарські засоби (ЛЗ) розглядаються не як симптом або синдром, а як самостійне мультифакторне захворювання - ЛХ, що розвивається на фоні будь-якого патологічного процесу при повторному прийомі середньотерапевтичних доз ЛЗ і обумовлюється не стільки їх фармакологічними властивостями, скільки особливостями імунної системи хворого і його конституціонально-генетичною схильністю [12; 13]. Про правомірність такого ствердження свідчить залучення при розвитку алергічного стану всіх систем організму з

переважним ураженням однієї з них. Саме тому ЛХ, як одна із проявів побічної дії лікарських засобів (ПДЛЗ), являється актуальною міждисциплінарною проблемою для клініцистів всіх спеціальностей, оскільки практично будь-який ЛЗ може стати алергеном. Період сенсibilізації, який починається від моменту попадання алергену в організм до розвитку алергічної реакції, може тривати від декількох днів до декількох місяців і років. Сенсibilізовані люди тривалий час залишаються практично здоровими до тих пір, поки в їх організм не потрапить алерген повторно і не розвинеться алергічна реакція. При надходженні в організм одного алергену розвивається моносенсibilізація, а при надходженні багатьох алергенів – полівалентна сенсibilізація. Розвиток алергічної реакції при ЛХ, як і при будь-якому алергічному процесі, протікає в три стадії [5]. У першу, імунологічну стадію на території клітин «шокових» органів відбувається специфічна реакція антиген-антитіло, яка викликається надходженням специфічних антигенів. У другій, патохімічній, стадії в результаті утворення комплексу антиген-антитіло звільнюються біологічно активні речовини (гістамін, гепарин, серотонін, брадикінін тощо). У третю, патофізіологічну стадію, або стадію клінічних проявів, реалізується патогенна дія біологічно активних речовин на різні тканини. Незважаючи на те, що імунологічні механізми, що складають основу розвитку ЛХ, відповідають закономірностям інших алергічних реакцій на алерген, в патогенетичних механізмах її розвитку є і свої особливості, що проявляються переважно в імунологічній стадії, оскільки більшість ЛЗ є простими хімічними речовинами небілкової природи, які в імунному відношенні вважаються за неповноцінні антигени. Для того, щоб надавати сенсibilізаційний ефект, вони повинні заздалегідь перетворитися на повний гаптен, що відбувається в три етапи. Спочатку утворюється гаптен, тобто ЛЗ перетворюється на форму, яка може реагувати з білками. На другому етапі відбувається кон'югація гаптenu, що утворився, з білком конкретного організму або молекулою-носієм, внаслідок чого утворюється повний антиген [6]. На завершальному етапі розвивається імунна реакція організму на комплекс гаптен-носітель, що утворився і став для організму чужорідним. Як правило, всі ЛЗ в організмі піддаються метаболічним перетворенням, внаслідок чого утворюються сполуки, які виділяються з організму. Якщо ж в результаті біотрансформації ЛЗ з'являється речовина, що здатна сполучатися з білками організму, то створюється передумова для сенсibilізації. Такі сприятливі умови виникають переважно у осіб з особливим фенотипом ферментних систем, наприклад, при зниженні активності ацетилтрансферази печінки [5; 6; 13]. Саме особливостями метаболізму об'ясняється розвиток ЛХ тільки у певного відсотка хворих. Ці факти дозволяють зрозуміти також випадки, коли ЛЗ протягом деяких років добре переносився, а потім раптом почав викликати алергічну реакцію. Залежно від часу розвитку алергічної реакції підрозділяються на дві великі групи - негайного і сповільненого типу. Алергічні реакції негайного типу розвиваються через декілька хвилин після експозиції алергену, а сповільненого - через 24 години і більш. До алергічних реакцій негайного типу відносять реакції, при яких в сироватці виявляються

вільно циркулюючі (гуморальні) антитіла. У розвитку алергічних реакцій сповільненого типу основне значення надається антиген-сенсibiliзованим Т-лімфоцитам. Однак цей підрозділ на типи реакцій носить декілька умовний характер, оскільки у одного хворого нерідко бувають одночасно виражені ознаки негайного і сповільненого типів. Крім алергічних станів, які залежать від часу їх появи, за механізмом розвитку виділяють 4 типи алергічних реакцій: реагінний, цитотоксичний, імунокомплексний, гіперчутливість сповільненого типу, які створюють клінічну різноманітність ЛХ. Імунологічну основу реакцій реагінного типу складають імуноглобуліни Е з їх унікальною здатністю фіксуватися на клітинах своїми Fc-фрагментами, коли алерген реагує з імуноглобулінами Е, звільняючи вазоактивні медіатори без залучення комплементу. При цитотоксичному типі антитіло реагує з алергеном самої клітини або чужеродним алергеном, адсорбованим на її поверхні, при цьому комплекс алерген-антитіло адсорбує комплемент, який перетворюючись з С1 в С9, викликає лізис. При імунокомплексному типі реакції комплекс алерген-антитіло під впливом надлишку алергену осідає довкола дрібних судин, де ушкоджується ендотелій в результаті розвитку запальної реакції за рахунок дії С 3, 5, 6, 7, а усередині судин утворюються тромби і конгломерати елементів, що веде до пошкодження тканин. Гіперчутливість сповільненого типу характеризується тим, що алерген, який спочатку потрапив в організм, захоплюється макрофагом і представляється Т-лімфоциту. Останній виробляє і експресує на своїй поверхні рецептор для алергену в результаті чого утворюється антигенспецифічний клон Т-клітин. За допомогою специфічних рецепторів Т-клітки зв'язують алерген, який викликає проліферацію і виділення лімфокінів-медіаторів, що ушкоджують тканини [5; 6]. До чинників ризику розвитку ЛХ відносять спосіб введення ЛЗ, ізольоване або комбіноване його вживання, тривалість лікування. Важливе значення має фізіологічний і патологічний стан організму у момент введення ЛЗ. Певну роль можуть грати вік, стать, режим харчування, сезонні й кліматичні умови, попередній контакт з ЛЗ, самолікування, поліпрагмазія, ускладнена спадковість. Виявлено зв'язок антигенів крові системи АВО з розвитком ЛХ. Однією з причин розповсюдження ЛХ може бути гіподинамія. З патологічних станів, на тлі яких найчастіше розвивається ЛХ, встановлено соматичну, інфекційну і алергічну патологію [15].

Аналіз спостережень за 950 хворими на ЛХ свідчив, що ускладнений індивідуальний алергологічний анамнез реєструється у 49% хворих (зокрема, у 6,2% харчова алергія, у 5,3% – поліноз, у 3,8% – холодова алергія, у 3,2% – актинічні дерматити, у 2,5% – побутова алергія), а сімейний алергологічний анамнез - у 10% обстежених. З етіологічних чинників ЛХ перше місце займає пеніцилін і його аналоги (25,8%), потім анальгін (15,7%), новокаїн (13,2%), амідопірин (10,5%), аспірин (8,5%), антигістамінні і кортикостероїдні засоби (7,8%), вітаміни групи В (6,9%), а також ЛЗ різних фармакологічних груп, які сумарно складають 11,6% всіх алергічних реакцій. Вибіркова чутливість до одного препарату виявляється у 19,6% обстежених, групова – у 60,4% [6; 12]. Не виявлено залежності між дозою прийнятого ЛЗ і розвитком ЛХ, як і між

хімічним складом ЛЗ і клінічною картиною захворювання, оскільки один і той же ЛЗ викликав розвиток різних клінічних проявів і навпаки. Підвищену чутливість до ЛЗ хворий отримував, як правило, в процесі лікування, що підтверджувалось гарною переносимістю ЛЗ у минулому. Найчастіше розвиток ЛХ спостерігали при поліпрагмазії, коли хворі для лікування соматичної або інфекційної патології одержували одночасно багато ЛЗ. Найчастіше ЛХ за нашими даними розвивалась на фоні терапії захворювань шлунково-кишкового тракту (у 37% обстежених), нервової (5%) і ендокринної (3%) систем, сечовивідної системи (2%), простудних захворювань (28%). Останніми роками відмічено зростання ЛХ серед хворих на поширені дерматози (у 25% обстежених), що робить цю проблему надзвичайно актуальною для дерматологів. Так, ЛХ реєструвалась у хворих на псоріаз (8,2%), екзему (5,8%), різні дерматози (3,1%), алергічний та atopічний дерматит (1,3%), кропив'янку (1,2%), васкуліт (1,1%), мікози та оніхомікози кистей і стоп (0,9%), піодерміти (0,9%), червоний вовчак (0,8%), нейродерміт (0,7%), ретикулез (0,5%), еритродермію (0,4%), пухирчатку (0,3%). За гостротою процесу спостерігали гостру, латентну і рецидивуючу ЛХ, при цьому важкий її перебіг відмічали у 19% хворих, середньої тяжкості - у 41%, легкий перебіг - у 40%. Реагиновий (I) тип виявляли у 37% обстежених, за типом імунних комплексів (III тип) – у 3%, за гіперчутливістю сповільненого типу (IV) – у 60%, тоді як прояви за цитотоксичним (II) типом реєстрували досить рідко [7]. Різноманіття імунологічних типів проявлялося поліморфізмом клінічних проявів за типом еритем (30,5%), у тому числі за типом багатоформної ексудативної (10,8%) і фіксованої еритем (4,8%), алергічних дерматитів (29,5%), кропив'янки і набряку Квінке (22,5%), екземоподібних уражень (4,8%), еритродермії (4,8%), васкулітів (4,4 %), синдрому Лайелла (1,8%), сивороточноподібних реакцій (1,1%), дерматоміозиту (0,35%), червоного вовчаку і лихоманки (0,3%) [13].

З урахуванням виявлених змін у хворих в гомеостазі і нейро-гуморальній регуляції, співробітниками інституту розроблена концепція етіопатогенезу ЛХ, згідно якої у осіб з конституціонально-генетичною схильністю у відповідь на короткочасний або тривалий прийом ЛЗ розвивається гострий або хронічний стрес, який приводить до конформаційних змін в білковій структурі цитоплазми клітин. У свою чергу, стрес на тлі гіпокінезії, постійних емоційних навантажень, психічних травм, різної соматичної патології провокує порушення функціональної діяльності діенцефально-стволової ділянки головного мозку, зокрема, гіпоталамусу. В результаті змінюється секреція відповідних ліберінів, стимулюючих синтез гормонів гіпофізу: посилюється продукція адренкортикотропного гормону (АКТГ) і порушується утворення гонадотропних гормонів. Це виявляється в зрушеннях андрогенно–естрогенної рівноваги, що робить організм чутливим до дії усіх алергенів, у тому числі лікарських. При цьому якщо при короткочасній дії алергенів на ранніх етапах збільшення продукції АКТГ підсилює секрецію глюкокортикоїдів корою надниркових залоз, що розглядається як проява захисно-компенсаторних реакцій, направлених на

підтримку гомеостазу, то при довготривалій дії алергенів розвивається неспроможність захисно-компенсаторних механізмів і відбувається виснаження резервних можливостей кори надниркових залоз. Про це свідчить виявлений нами у хворих на ЛХ низький рівень тирозину в крові на тлі високого вмісту кортизола. Активно включається в захисно-компенсаторні реакції одна з найважливіших ланок адаптації - тиреоїдна система, на що вказують зміни в плазмі вмісту спільного тироксину і трийодтироніну. Як проява компенсаторних реакцій, направлених на підтримку гомеостазу, підвищується функціональна активність симпатoadреналової системи і системи ацетилхолін-ацетилхолинестерази (АХ-АХЕ), а також деяких біологічно активних речовин. Унаслідок зрушень нейро-ендокринної регуляції у хворих настають зміни в мікроциркулярному, кисло-лужному, водно-електролітному, мікроелементному і ферментному гомеостазах. Стрес і порушення механізмів нейро-ендокринної регуляції змінюють нормальний перебіг процесів перекисного окислення ліпідів, що призводить до зниження антиоксидантної системи і неспецифічних засобів захисту, а також функціональної активності Т- і В-систем імунітету. У результаті формується імунодепресія і схильність до розвитку аутоагресії, що має провідне значення у розвитку ЛХ [5; 13].

Лікування хворих на ЛХ дотепер залишається не достатньо ефективним, незважаючи на те, що, проводиться з урахуванням відомих на сьогоднішній день патогенетичних механізмів. На першому етапі здійснюють заходи, що направлені на виведення хворого з гострого стану. Другий етап лікування починають у стадії ремісії, протягом якої змінюють реактивність хворого, щоб надалі попереджити у нього настання рецидивів. При важкому перебігу призначають: кортикостероїди; антигістамінні (димедрол, супрастин, тавегил в/м) і дезінтоксикаційні (внутрішньовенні ін'єкції реополіглюкіну, ентеродезу, реосорбілакту, трісолу, гемодезу по 200 мл через день, на курс 5–10 ін'єкцій) засоби; мембраностабілізатори і антиоксиданти (тіотриазолін 2,5 % в/м по 2, 0 мл 2 рази на день або перорально по 2 пігулки 3 рази на день протягом 20-30 днів); ентеросорбенти (атоксил, поліфепан, ліферан, ентеросгель, активоване або біле вугілля); психотропні (тазепам, седуксен, стугерон, адаптол) або седативні (седавіт, персен) засоби; аміназин (при різкому свербінні на ніч); Н-адреноблокатори – піроксан (при супутній гіпертонії) і бутироксан (при супутній гіпотонії). При середній тяжкості процесу призначають переважно внутрішньовенні введення 30% розчину тіосульфату натрію по 10 мл, на курс 20–30 ін'єкцій; антигістамінні засоби (супрастин, піпольфен, діазолін, кларитин, кестин, гисталонг, семпрекс); ентеросорбенти; мембраностабілізатори і антиоксиданти; іноді засоби імунотерапії під контролем імунограм (Т-активін по 50 мг на добу; тімалін по 30 мг на ізотонічному розчині хлориду натрію щодня, на курс 100–400 мг; вилозен по 3 краплі в кожную половину носу, щодня, протягом 1–2 місяців), а в стадії клінічної ремісії з метою профілактики рецидивів - гістаглібін по одній із схем; ентеросорбенти на фоні гіпоалергічної дієти з обмеженням харчових алергенів (цитрусових, шоколаду, прянощів, кави, какао, яєць,

міцних бульйонів, копченини). Зовнішня терапія направлена на усунення свербіння, сухості і запалення шкіри. При цьому, щоб захистити шкіру від висихання кортикостероїди для місцевого застосування (кеналог, сіналар, апулеїн, діпросалик, целестодерм) призначають в наступному порядку: мазь, крем, лосьйон, розчин, гель. За показаннями доцільні ванни з відваром череди, ромашки, звіробою, дубової кори, валеріани (100 г збору на 1 л води); при наявності вторинної інфекції (імпетигізації в області осередків ураження) - анілінові фарбники, рідину Кастелані, а також кортикостероїдні аерозолі (оксициклозоль, полькортолон, що містять антибіотики лінкоміцин, неоміцин, левоміцетин тощо); при значному мокненні - примочки з 2-3 % розчином резорцину, таніну, фурациліну, марганцевокислим калієм. Працездатним хворим пропонується робота, що не пов'язана з контактом з лікарськими засобами, пилом, промисловими, побутовими хімічними алергенами [5; 7; 10; 11].

Оскільки відомі способи лікування розповсюджених дерматозів з ускладненим алергологічним анамнезом не завжди приводять до позитивного терапевтичного ефекту, а навпаки нерідко сприяють розвитку різних ускладнень – від анафілактичного шоку до летального кінця, то розробка нових способів їх терапії продовжує складати актуальну проблему. З метою з метою попередження ПДЛЗ і скорочення строків лікування хворих на ЛХ і розповсюджені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом відомо не одночасне, а комплексно-послідовне *призначення ЛЗ (транквілізаторів, кортикостероїдів й антигістамінних препаратів з додатковим прийомом квартерону)* на різні рівні інтеграції організму, починаючи з вищих відділів центральної нервової системи і закінчуючи органами імуногенезу [16; 19]. При цьому, традиційні антигістамінні засоби виявляють лише протизапальну й антигістамінну дію, не попереджуючи при цьому розвиток рецидивів. Єдиним препаратом, що володіє одночасно гіпосенсибілізуючим і протирецидивним ефектом, є гістаглобін. Між тим, позитивна властивість гістаглобіну нивелюється його призначенням при гострому перебігу захворювання та одночасовому лікуванні з кортикостероїдними препаратами.

Для хворих на ЛХ і розповсюджені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом, що проживають в умовах промислового регіону, враховуючи у них порушення процесів перекисного окислення ліпідів та системи антиоксидантного захисту призначають антиоксиданти, а при порушенні імунного статусу і балансу мікроелементів - імунотропні препарати і сорбенти [6; 13; 24].

Збільшення за останні роки кількості хворих на ЛХ і на розповсюджені дерматози із полісенсибілізацією обумовило більш часте використання в процесі лікуванні фізіотерапевтичних методів як окремо (голкорексфлексотерапія, гіпотермія), так і в комплексі із ЛЗ [17]. Найчастіше серед усіх фізіотерапевтичних процедур для терапії ЛХ застосовуються такі, як ультразвук на ділянки проекції печінки, надниркових залоз, тимуса, селезінки; ультрафонофорез з токоферолом ацетатом на ділянку проекції печінки; електросон; електросонфорез з піроксеном і бутіроксаном;

магнітотерапія на ділянку проекції печінки, комірної зони і за трансцеребральною методикою; мікрохвильова терапія на ділянки проекції шийних симпатичних вузлів, надниркових залоз; змінне магнітне поле на ділянку проекції тимусу; надвентильне лазерне опромінення крові в надкубітальній ділянці; гіпотермія локальна і на БАТ; електротерапія високочастотна і низькочастотна на ділянки проекції надниркових залоз і селезінки.

Переваги включення фізіотерапевтичних методів в комплексну терапію ЛХ обумовлені за рахунок синергізму прямого і опосередкованого нейрогуморального впливу на мікроциркуляцію і обмінні процеси, а також у зв'язку з мобілізацією фізіологічних механізмів захисту організму і механізмів саногенезу (адаптація, імунітет), що веде до посилення гіпосенсибілізаційного ефекту, поліпшення лімфодренажу, зменшенню доз ЛЗ, скорочуванню строків прийому ЛЗ [1; 6].

Щодо застосування фізіотерапевтичних методів при лікуванні хворих на ЛХ і розповсюджені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом приводимо приклади деяких розроблених нами в інституті способів терапії [16]:

- Чергування через день *ультразвуку* (випромінювач діаметром 4 см, лабільну методику, з імпульсним режимом і інтенсивністю 0,4 Вт/см², тривалістю процедури по 5 хвилин з кожної сторони) *на ділянках проекції надниркових залоз і щоденне призначення на виличкову залозу змінного магнітного поля* (інтенсивність 1-2 Вт/см², період експозиції 10 хвилин, постійний режим, курс - до настання клінічної ремісії) [26]:

- Чергування через день *ультразвуку* (випромінювач діаметром 4 см, лабільна методика, з імпульсним режимом і інтенсивністю 0,4 Вт/см², тривалістю процедури по 5 хвилин з кожної сторони) *на ділянках проекції надниркових залоз з надкубітальним лазерним опроміненням крові* (потужність лазера від 5 до 15 Вт, період експозиції 15 хвилин) і *щоденне призначення на виличкову залозу змінного магнітного поля* (інтенсивність 1-2 Вт, постійний режим, експозиція 10 хвилин, курс № 7 до наступання клінічної ремісії) [25].

- Чергування через день *ультразвуку* (випромінювач діаметром 4 см, лабільну методику, імпульсний режим, інтенсивність 0,4 Вт/см², тривалість процедури по 5 хвилин з кожної сторони) *на ділянках проекції надниркових залоз з надвентильним лазерним опроміненням крові в надкубітальній ділянці* (потужність лазера на кінцівці світоводу від 5 до 10 мВт, експозиція 15 хвилин, курс - до настання клінічної ремісії) [27].

- Чергування через день *електросонфорезу піроксаном (бутіроксаном) та високочастотної електротерапії на ділянки проекції надниркових залоз, причому у дні проведення електросонфорезу піроксаном (бутіроксаном) хворим додатково вводять антиоксидант токоферолу ацетат у формі ультрафонофорезу на ділянку проекції печінки* потужністю від 0,2 до 0,6 Вт/см² по 5-7 хвилин [22]. Цей спосіб терапії направлено на відновлення порушених у хворих на ЛХ процесів перекисного окислення ліпідів й

антиоксидантного захисту шляхом використання ЛЗ (аскорбінова кислота, вітамін Р, токоферол ацетат, есенціале, дибунол), які коригують стан антиоксидантної системи, інгібують вільно-радикальні реакції і тим самим регулюють окислювально-відновлювальні процеси [5]. Оскільки пероральне чи парентеральне введення антиоксидантних препаратів хворим на ЛХ і розповсюджені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом може викликати загострення або розвиток ЛХ, то для таких хворих і осіб, що відносяться до груп ризику, найкращим способом призначення антиоксидантів є ультрафонофорез, а патогенетично обгрунтованим місцем його введення - проекція печінки, як біохімічної лабораторії організму, де безпосередньо швидко відбувається біотрансформація антиоксидантів.

Спосіб терапії хворих на ЛХ, що пропонується, є прикладом того, що ефективність лікування залежить не тільки від фармакологічних властивостей ЛЗ, але й від способу та місця його введення. Це дозволяє досягти підвищення ефективності лікування хворих за рахунок комбінованого та підсиленого впливу на організм ультразвукових коливань і введення з їх допомогою токоферолу ацетату. Ультразвук при цьому полегшує та підсилює дифузії токоферолу ацетату через покривні тканини за рахунок підвищення проникності й абсорбції шкіри, а введення антиоксиданту безпосередньо на ділянку проекції печінки дозволяє домогтися швидкого антиоксидантного ефекту так як саме в печінці відбувається його біотрансформація. До того ж при ультрафонофорезі більш чітко виявляється протизапальна та гіпосенсибілізуюча дія самого ультразвуку, а також усувається побічна дія токоферолу ацетату за рахунок біостимулюючого впливу ультразвукових коливань.

- Чергування через день *локальної гіпотермії з низькотемпературними впливами* на 3-4 біологічно активні точки (БАТ) загальної та сегментарно-рефлекторної дії, при цьому температуру впливу протягом курсу терапії знижують від + 20 до – 5 градусів Цельсія, а термін дії низьких температур збільшують з 1 до 10 хвилин [20].

- Чергування через день *низькочастотної електротерапії* (Радіус - 01; несуча частота коливань синусоїдальної форми 5 кГц (5000 Гц), модулююча частота 100 Гц, глибина модуляції 25 %, період експозиції 15 хвилин, курс до 10 процедур) *на ділянку проекції селезінки з низькочастотною магнітотерапією* (Поліус -1; частота 10-30 мТл, період експозиції 15 хвилин, курс 12-14 процедур з повторенням при необхідності курсу через 1-2 місяця) *на ділянку проекції печінки* [28];

- Чергування через день *магнітотерапії за трансцеребральною методикою та ультразвуку* на ділянці проекції тимусу із мікрохвильовою терапією на ділянці проекції шийних симпатичних вузлів та ультразвуком на ділянці проекції селезінки для нормалізації імунологічного конфлікту при істинній алергії, а при псевдоалергії для корекції кортико-гіпоталамо-гіпофізарних взаємовідносин та функції печінки призначають магнітотерапію на комірову зону й ультразвук на ділянку проекції печінки, для корекції рівня гістаміну - антигістамінні засоби, для корекції рівня ненасичених

жирних кислот - антагоністи кальцію, а для корекції активності комплементу - інгібітори протеолізу, повторюючи схему лікування до настання клінічної ремісії [23].

- Чергування через день *електросонфореzu піроксаном (бутироксаном)* при частоті 3-6 Гц протягом 20-60 хвилин через день з *індуктотермією (мікрохвильовою терапією)* у *слабкотепловій дозі* протягом 10-15 хвилин на ділянку проекції надниркових залоз [21]. При цьому способі терапії проведення електросонфореzu піроксаном нормалізує ретикуло-кортикальні взаємини, мембранний потенціал, проникність тканин, а також усі види обміну, гіпоталамічну функцію, у тому числі функції ендокринної та імунної систем. Призначення індуктотермії на ділянки проекції надниркових залоз сприяє звільненню гормонів і медіаторів від зв'язку з білком, а також забезпечує немедикаментозну стимуляцію глюкокортикоїдної функції коркової речовини наднирників, що справляє протизапальний і протиалергічний ефект. При поєднаному впливі електросонфореzu піроксаном (бутироксаном) та індуктотермії проекції надниркових залоз зменшуються процеси поляризації у тканинах, поліпшується електропровідність останніх і разом із тим усувається подразнювальна дія електрофореzu у хворих із індивідуальною непереносимістю електропроцедур, тобто підсилюється ефект дії цих двох фізичних факторів.

Профілактика ЛХ, як і її терапія, дотепер залишається не достатньо ефективною. Одною з причин цього є екологічний стан України, який являється критичним. Спад виробництва в останні роки не сприяв аналогічному зниженню забрудненості, оскільки в кризових умовах підприємства стали економити на природоохоронних витратах [4]. Між тим, від екологічного фону країни залежать і найбільш важливі для здоров'я людини фактори: природний радіаційний фон, рівні шуму і електромагнітних коливань, які повинні не перевищувати допускних значень, а також якість повітря, кількість і якість питної води і продуктів харчування. Тому на сучасному етапі, коли багатство країни оцінюється не матеріальними благами, а рівнем здоров'я населення на ЛХ, Україна за тривалістю життя за станом алергічної захворюваності знаходиться на одному із останніх місць [9].

Існує багато відомих загальних способів профілактики алергічних станів і ЛХ як у дорослих, так і у дітей різного віку. Так, відома *пренатальна профілактика*: виявлення спадкової ускладненості щодо алергічних захворювань (алергічні захворювання вагітної, дітей цієї родини та їхніх родичів) за даними алергологічного анамнезу; клінічна констатація у вагітної алергічного захворювання, патологічного перебігу вагітності [29]. В *постнатальному періоді профілактика алергічних захворювань* складається із пропаганди грудного годування, що є антигенним захистом дітей раннього віку, який проводиться з перших хвилин життя шляхом максимально раннього прикладання дитини до грудей [7; 31]. У *дітей раннього віку* суть профілактики алергічних захворювань полягає в зменшенні антигенного впливу харчів, коли діти переводяться на змішане або штучне харчування: нові продукти харчування вводять після попереднього годування грудним

молоком або в суміші з ним; використовують максимально прості суміші с послідовною, контрольованою добавкою в раціоні інгредієнтів залежно від стану дитини; рекомендують дрібний засіб годування, коли невелику кількість харчів дитина приймає за декілька хвилин до її основної частини; здійснюють вітамінізацію дитини через мати, збільшуючи в її раціоні питому вагу фруктів, овочів або вітамінів у формі ЛЗ. Для *дітей старшого віку* основними заходами по попередженню ЛХ вважають своєчасну терапію хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту, нормалізацію мікробіоценозу кишечника, щадну дієту в період і після гострих гастроентерологічних захворювань [29]. Важливим методом профілактики ЛХ є *боротьба з поліпрагмазією і самолікуванням*, призначення ЛЗ за строго обґрунтованими показниками. Тому важливе місце в профілактиці займає *санпросвітробота серед населення*. Взагалі ж усі профілактичні заходи щодо попередження ЛХ діляться на заходи: загального характеру, індивідуального характеру і заходи в процесі лікування [5; 16]. Профілактика рецидивів ЛХ полягає в одержанні хворими збалансованого харчування і підтриманні гіпоалергійної дієти та у веденні харчового щоденника [1; 5; 6; 31]. З метою профілактики ЛХ використовують *фізичні навантаження* [8] і антиалергічний засіб *гістаглобулін (протиалергічний гамаглобулін)*, що містить компоненти, які розчинені в ізотонічному розчині натрію хлориду, в мг/мл (імуноглобулін людини 5,0 - 8,0; гістаміну дигідрохлорид 0,0001; натрію тіосульфат 6,5 - 9,5). Відомий спосіб профілактики ЛХ, заснований на *аналізі індивідуального і сімейного алергологічного анамнезу* з обов'язковим його записом в амбулаторній або стаціонарній історії хвороби, за результатами якого розподіляють всіх хворих на дві групи: групу «А» (без ускладненого алергологічного анамнезу) і групу «Б» (з ускладненим алергологічним анамнезом), що дозволяє хворим різних груп призначають відповідну терапію і контролювати їх стан за допомогою лабораторних досліджень [1; 6].

Крім способів профілактики ЛХ загального плану відомі місцеві захисні засоби, дія яких обумовлена створенням захисної плівки на шкіряних покриттях за рахунок желатину, казеїну, воску, крохмалю. Однак застосування багатьох із цих місцевих засобів мало ефективне від дії ЛЗ у зв'язку з швидким руйнуванням захисної плівки, у результаті чого алергенні речовини попадають на шкіряний покрив і розвивається алергічний дерматит або екзема медикаментозного генезу. Запропонований нами склад та його компоненти відповідають основним вимогам, які пред'являються захисним засобам для шкіри: утворює плівку, яка ізолює шкіру від алергенного подразнювача; зберігається на шкірі протягом тривалого часу, а потім легко змивається водою з милом або іншими мийними засобами; виготовлюється із доступних та недорогих матеріалів; не володіє подразливою та сенсibiliзуючою дією, не містить шкідливих для шкіри речовин [30].

Щодо відомих способів профілактики ЛХ загального плану, то вони, як правило, також мало ефективні бо мають ситуативний характер, що не сприяє попередженню ЛХ, особливо при народженні дітей у родинах, які

мають ускладнений алергологічний анамнез [1; 16]. Розроблений нами спосіб профілактики ЛХ загального плану відрізняється від відомих тим, що збирання алергологічного анамнезу і заповнення алергологічного паспорту людини починають з моменту народження дитини в пологовому будинку з відображенням стану здоров'я дитини і матері, їх схильності до алергічних процесів за результатами щеплень та лабораторних показників, отриманих у разі наявності показань при проведенні імунологічного і алергологічного обстежень, які в подальшому здійснюють з додатковим підбором як анестетиків перед кожним оперативним втручанням, так і антибіотиків перед антибіотикотерапією, при цьому з метою попередження розвитку ЛХ і її рецидивів, а також побічної дії лікарських засобів в процесі лікування різних захворювань проводять дитині за показаннями, а матері дитини з ускладненим алергологічним анамнезом в період клінічної ремісії 2 рази на рік підшкірні ін'єкції гістаглобуліну 1 раз на тиждень за схемою – 0,2 - 0,4 – 0,6 – 0,8 – 1,0 – 1,2 – 1,4 – 1,6 – 1,8 - 2,0 мл, курсом № 10 на фоні гіпоалергійної дієти, прийому ентеросорбентів та помірних фізичних навантажень [2; 3].

Переваги розробленого способу профілактики ЛХ: раннє збирання алергологічного анамнезу і заповнення алергологічного паспорту в момент народження дитини в пологовому будинку; відображення стану здоров'я не тільки дитини, але й його матері, їх схильності до алергічних процесів за результатами щеплень та лабораторних показників, отриманих за наявності показань при проведенні імунологічного і алергологічного обстежень в медичних установах за місцем проживання; додатковий підбір як анестетиків перед кожним оперативним втручанням, так і антибіотиків перед антибіотикотерапією з метою попередження побічної дії ЛЗ в процесі лікування різних захворювань; матері дитини з ускладненим алергологічним анамнезом в період клінічної ремісії призначення за схемою ін'єкцій гістаглобуліну, що дозволяє підвищити ефективність профілактики ЛХ й алергодерматозів у новонароджених шляхом попередження їх розвитку, а у вагітних з ускладненим алергологічним анамнезом – шляхом попередження рецидивів [18].

Таким чином, терапія і профілактика у хворих на ЛХ і розповсюджені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом дотепер залишаються складною, дискусійною і до кінця не вирішеною проблемою. Ураховуючи щорічне зростання кількості алергічних реакцій на кортикостероїдні і антигістамінні засоби, які звичайно призначаються для лікування хворих на ЛХ, в терапевтичній практиці на сучасному етапі стали частіше використовуватися фізіотерапевтичні методи як окремо, так і в комплексі з ЛЗ. Завдяки саме синергізму фізіотерапевтичних впливів і ЛЗ в терапевтичних комплексах досягається посилення гіпосенсибілізації та поліпшення лімфодренажного ефекту при зменшенні доз та скороченні строків прийому ЛЗ за рахунок прямого і опосередкованого нейрогуморального впливу фізичних чинників на адаптацію і гомеостаз, що приводить до попередження розвитку як гострих проявів ЛХ, так і її

рецидивів. Щодо профілактики ЛХ, то вона повинна починатися з періоду вагітності матері і з моменту народження дитини в пологовому будинку з подальшими рекомендаціями по підборі анестетиків перед кожним оперативним втручанням і антибіотиків перед антибіотикотерапією.

Список використаних джерел

1. Алергічні хвороби: Керівництво для практичних лікарів / Попов М.М., Солошенко Е.М., Чернуський В.Г. / За заг. ред. Е.М. Солошенко. –Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2011. – 291 с.
2. Гіржанова І.В., Солошенко Е.М. Спосіб профілактики алергодерматозів // Патент на корисну модель UA № 76340, А 61 В 5/00. - Заявл.19.10.2012. – Опубл. 25.12. 2012, Бюл. № 24.
3. Гиржанова И.В., Солошенко Э.Н. Способ профилактики аллергодерматозов // Патент на изобретение Российской Федерации № 2573981, заявка № 2013143756/15 от 26.09. 2013; дата публикации заявки 10.04. 2015, Бюл. № 10; опубликовано 27.01. 2016, Бюл. № 3.
4. Екологія і охорона навколишнього середовища: Навч. посіб. - 3-тє вид., випр. і доп. / Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Бугай О.В. - Суми: ВТД «Університетська книга»; К.: ВД «Княгиня Ольга», 2005. – 302 с.
5. Клиническая аллергология: Рук. для практ. врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Р.М. Хаитова. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 624 с.
6. Клиническая иммунология и аллергология: Учеб. пособ. / Попов Н.Н., Лавров В.Ф., Солошенко Э.Н. - М.: 000 Фирма «РЕИНФОР», 2004. – 624 с.
7. Корнеев А. Все об аллергии: Профилактика, лечение. – Донецк: 000 «ПКФ «БАО», 2011. – 256 с.
8. Краснопрошина Л.И., Галлиев Р.С. Иммунореабилитация лиц, страдающих аллергией, с помощью физических нагрузок // International Journal on Immunorehabilitation. - 2000. - Vol. 2. – № 1. - S. 197- 199.
9. Основи екології людини: Навч. посіб. / Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Е.Я., Савченко В.М. / За заг. ред. Е.М. Солошенко. – Х.: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. – 546 с.
10. Пухлик Б.М., Викторов А.П., Зайков С.В. Лекарственная аллергия и побочные эффекты лекарственных средств в аллергологии // Медицина світу, Львів, 2008. - 107 с.
11. Солошенко Э.Н., Гончаров И.В. Блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов в комплексной терапии аллергодерматозов. Критерии выбора // Международный медицинский журнал. – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 130 – 133.
12. Солошенко Э.Н. Лекарственная болезнь в проблеме побочного действия лекарственных средств: Современное состояние. Вопросы диагностики и лечения // Международный медицинский журнал. - 2012.- Т. 18. - № 3 (71). – С. 80-88.
13. Солошенко Э.Н. Лекарственная болезнь - одно из проявлений побочного действия лекарственных средств // Клинические лекции по дерматовенерологии, косметологии и эстетической медицине / Под ред. В.П. Федотова, А.И. Макаруча.– 2016. - Т. 4. - Запорожье: «Просвіта». – С.144 – 174.
14. Солошенко Е.М. Щодо механізмів індукції апоптозу // Матеріали V міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України», 15 - 17 квітня 2016 р. - К.: ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 2016. - С. 187.
15. Солошенко Е.М. Стулій О.М, Чікіна Н.О., Антонова І.В. Фактори ризику побічної дії лікарських засобів у хворих на поширені дерматози // Клінічна імунологія, Алергологія, Інфектологія. - 2015. - № 8 (87) – С. 69- 74.
16. Солошенко Э.Н. Терапия, диагностика и профилактика распространенных дерматозов с отягощенным аллергологическим анамнезом // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. - № 1 (06). – С. 8 – 14.
17. Солошенко Э.Н., Иванова А.В. Акупунктура как метод выбора терапии больных лекарственной болезнью // Ліки - людині. Сучасні проблеми створення, вивчення і клінічної апробації лікарських засобів. – Харків: НФАУ. - 2012. - С. 309 – 312.

18. Солошенко Е.М., Гіржанова І.В. Сучасні підходи до профілактики лікарської хвороби та алергодерматозів // Клінічна імунологія, Алергологія, Інфектологія. Спецвипуск. - 2016. - № 1. - С. 72 – 76.
19. Солошенко Э.Н., Мадиевская Н.Н., Пятикоп А.И. Способ лечения больных аллергическими дерматозами // А. с. № 1202591, МКИ А 61 К 39/00. – № 3278185/28-14; Заявл. 17.04.81; Оpub. 07.01.86; Бюл. № 1. – С. 21.
20. Солошенко Э.Н., Соломаха Ю.Н., Мавров И.И., Нагиев В.А. Способ лечения аллергических дерматозов //А. с. № 1404079, МКИ А 61 Н 39/00. – № 3872936/28-14; Заявл. 20.02.85; Оpub. 23.06.88, Бюл. № 23. – С. 21.
21. Солошенко Э.Н., Гончаров Н.А., Пантюхина Т.М., Беляев Г.М., Тондй Л.Д. Способ лечения алергодерматозов // А. с. № 173891, МКИ А 61 N 1/32, 5/00. – № 4771744/14; Заявл. 19.12.89; Оpubл. 07.06.92, Бюл. № 21. – С. 22.
22. Солошенко Е.М., Мавров І.І., Шарма О.Ю., Пантюхіна Т.М., Тондй Л.Д. Спосіб лікування хворих лікарською хворобою // Патент на винахід № 24592 А, А 61, N 1/00; Заявл. 24.06.97, № 97063067; Оpubл. 30.10.98, Бюл. № 5.
23. Солошенко Е.М., Тондй Л.Д., Кутасевич Я.Ф., Мавров Г.І., Пантюхіна Т.М. Спосіб терапії хворих на алергію до медикаментів // Патент на винахід № 48371 А, А 61 N 2/00 А 61 В 10/00, Пріор. довідка № 2002054110; Заявл. 21.05.02; Оpubл. 15.08.2002, Бюл. № 8.
24. Солошенко Е.М., Мавров І.І., Кутасевич Я.Ф., Савенкова В.В., Волкославська В.М., Кондакова Г.К. Спосіб лікування хворих на atopічний дерматит, що проживають в умовах промислового регіону // Деклараційний патент на винахід № 67714 А, А 61 К 31/00 – 47/00; Заявл. 04. 11. 2003; Оpubл. 15. 06. 2004, Бюл. № 6.
25. Солошенко Е.М., Кутасевич Я.Ф., Пантюхіна Т.М. Спосіб терапії хворих на алергічні дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом // Деклараційний патент на корисну модель № 7509, А 61 N 5/0; 7/0; 2/0; Заявл. 04. 01. 05; Оpubл. 15. 06. 2005, Бюл. № 6.
26. Солошенко Е.М., Мавров І.І., Кугаєвська Н.В., Пантюхіна Т.М. Спосіб терапії хворих на алергічні дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом // Деклараційний патент на корисну модель № 7508, А 61 N 2/00; 7/0; Заявл. 04. 01. 05; Оpubл. 15. 06. 2005, Бюл. № 6.
27. Солошенко Е.М., Тондй Л.Д., Пантюхіна Т.М. Спосіб терапії хворих на алергічні дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом // Деклараційний патент на корисну модель № 8576, А 61 N 5/067; 7/0; Заявл. 04. 01. 05; Оpubл. 15. 08. 2005, Бюл. № 8.
28. Солошенко Е.М., Тондй Л.Д., Стулій О.М., Зюбан І.В., Крок Е.З. Спосіб терапії хворих на поширені дерматози з ускладненим алергологічним анамнезом // Патент на корисну модель № 80673, А 61 N 1/18, А 61 N 2/04; № 201213847 – Заявл. 04.12.2012 - Оpubл. 10.06. 2013, Бюл. № 11.
29. Хацкель С.Б. Алергологія в схемах и таблицах: Справочное руководство. – СПб.: СпецЛит, 2000. - 715 с.
30. Цибульська В.М., Чмут В.Г., Василенко Н.М., Проценко В.А., Кугаєвська Н.В., Солошенко Е.М. Склад для профілактики алергодерматозів // Патент на винахід 34056 А, А 61 К 7/40; Заявл. 21.05.1999, № 99052823; Оpubл. 15.02.2001, Бюл. № 1.
31. Циганенко А.Я., Бойчук Ю.Д., Кривоносов М.В., Півень В.І., Сокол К.М., Солошенко Е.М. та ін. Медичні проблеми екології: Навч. посіб. / Під заг. ред. проф. А.Я. Циганенка. - Харків-Белгород: ХДМУ, 2004. – 219 с.

РОЗДІЛ III. ПЕДАГОГІЧНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС СУЧАСНОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ

(Аверіна К.С.)

Актуальність даної проблеми обумовлена труднощами в забезпеченні загальної грамотності сучасного суспільства в питаннях здоров'язбереження. У сучасному суспільстві життя й здоров'я людини визначаються як найвищі людські цінності. В Україні набуто й збережено великий досвід пропаганди здорового способу життя, котрий і сьогодні використовують численні установи й організації. Але соціальна ситуація в суспільстві, що динамічно змінюється, актуалізує потребу перегляду традиційних технологій навчання та виховання, внесення елементів нового, врахування нових форм комунікативних зв'язків і способів соціальної організації.

Ученими визнана роль освіти заради здоров'я і виявлена позитивна кореляція пріоритетів державної освітньої політики заради здоров'я з пріоритетами у цій сфері, визначеними в стратегічних документах, а саме: Джакартський Декларації «Зміцнення здоров'я в XXI столітті»; Програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я-XXI»; Європейській стратегії «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків»; Глобальній стратегії з харчування, фізичної активності та здоров'я; Глобальних рекомендаціях з фізичної активності для здоров'я [5; 14; 15; 16].

У ході дослідження підтверджено, що країни - члени Європейського Союзу, ефективно впроваджують стандарти безпеки життєдіяльності та якості здорового способу життя, які є показниками загальної якості життя людини. На наше переконання, Україна зможе досягти бажаного рівня європейських та загальних міжнародних стандартів життя лише за умови, що молодь матиме компетенції із питань здоров'язбереження, бажання і можливість ними користуватися.

Досягненню цих цілей, безумовно, покликана сприяти освіта, адаптована до всіх етапів життєвого циклу людини і здатна дати їй актуальні знання для захисту і самозахисту здоров'я. Зацікавленість держави з цього питання і актуальна стратегія викладена в базових національних нормативних документах, а саме: Концепції державної програми «Здоров'я 2020: українській вимір на 2012-2020 роки» [9; 10].

Слід зазначити, що питанням впровадження здоров'язбережувальних технологій в професійній діяльності фахівців різних напрямків зосереджено увагу багатьох вчених та зокрема педагогів-практиків Т. Амельцева, Т. Басюк, О. Безпалько, Ю. Бойчука, Т. Журавель, Н. Зімівець, Т. Лях, В. Молочного, С. Омельченко, Г. Радчук, А. Сущенко, Л. Сущенко, О. Тиунова, С. Харченко та ін. Однак, проблема вимагає постійного розвитку, особливо в аспектах поєднання актуальної теорії і її впровадження в практичну роботу.

Аналіз наукових праць щодо виховання здорового способу життя свідчить про відсутність однозначного підходу до проблеми. Різні напрями виховної роботи в школі з формування здорового способу життя розробляли Г. Власюк, О. Дубогай, В. Кузь, та ін.; психологічні особливості виховання особистості розглядали І. Бех, Н. Максимова, І. Нікітіна, І. Романішин; питанням формування ціннісних орієнтацій молоді приділяли увагу С. Лапаєнко, О. Турянська, К. Шамлян та ін.

За даними Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України від 75% до 90% дітей мають відхилення фізичного й психічного здоров'я; 30-35% дітей, які вступають до школи, вже мають хронічні захворювання. За роки навчання в школі у п'ять разів зростає число порушень зору й осанки, у чотири рази психоневрологічні відхилення. Прогресивно зростає кількість наркозалежних і ВІЛ інфікованих серед молоді 15-17 років. Тому однією з актуальних проблем, що постала перед сучасною педагогічною теорією та практикою, є виховання здорового способу життя населення в цілому й дітей різних вікових груп зокрема та впровадження здоров'язбережувальних технологій в педагогічний процес.

Модернізація освітньої галузі, що відбувається в державі, має на меті створення умов для особистісного розвитку та самореалізації кожного громадянина України. Одним із шляхів досягнення цієї мети є виховання у молоді відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я інших людей як до найвищої індивідуальної і суспільної цінності. Однак, на сьогодні гостро стає питання впровадження здоров'язбережувальних педагогічних технологій в освітнє та виховнє середовище навчального закладу. Здоров'язбережувальні технології - це система заходів, що включає взаємозв'язок і взаємодію всіх факторів освітнього середовища, спрямованих на збереження здоров'я дитини на всіх етапах її навчання і розвитку. Поняття «здоров'язбережувальних педагогічних технологій» дискусійні та у різних авторів зустрічаються різні трактування. М. Смирнов, як родоначальник поняття «здоров'язбережувальних освітніх технологій» стверджував, що їх можна розглядати як технологічну основу здоров'язбережувальної педагогіки, як сукупність форм і методів організації навчання дітей без шкоди для їх здоров'я, як якісну характеристику будь-якої педагогічної технології за критерієм її впливу на здоров'я дитини і педагога. Він вважає, що як прикметник поняття «здоров'язбережувальна» відноситься до якісної характеристики будь-якої педагогічної технології, яка б показала, наскільки при реалізації даної технології вирішується завдання збереження здоров'я основних суб'єктів освітнього процесу - дітей і їх батьків, педагогів. Здоров'язбережувальні технології можна розглядати як сертифікат безпеки для здоров'я і як сукупність тих принципів, прийомів, методів педагогічної роботи, які доповнюють традиційні педагогічні технології завданнями здоров'язбереження.

Аналіз наукових джерел свідчить про безцінне значення у вихованні життєстійкості сучасної молоді ідей В. Сухомлинського, зокрема його рекомендацій щодо спонукання дітей і підлітків до самовиховання в аспекті

фізичного розвитку та здорового способу життя. Він писав: «Турбота школи про те, щоб дитина не хворіла, щоб її організм був несприятливий для хвороб, так само важливо, як і турбота про розумовий і моральний розвиток її вихованців» [13, с. 517-518].

Здоровий спосіб життя людей став предметом дослідження Л. Сущенко. Вона розглядає життєдіяльність людини як інтегративний процес взаємодії її фізичного, психічного й соціального компонентів. Проведене ним дослідження дозволило з'ясувати методологію соціально-філософського розуміння проблеми «здоровий спосіб життя» людини; визначити основні тенденції й особливості становлення поняття «здоровий спосіб життя» людини в різні історичні епохи [8, с. 27-28].

В Україні стан здоров'я населення, і молоді зокрема, викликає серйозну стурбованість. Лише 7-10% дітей народжуються здоровими. За даними Міністерства охорони здоров'я, близько 70% учнів державних шкіл віком 7-15 років мають низький рівень фізичного здоров'я. У переважній більшості молодих людей відсутнє свідоме ставлення до здоров'я як до базової цінності. Тому в сучасних умовах виникла об'єктивна потреба збереження здоров'я учнівської молоді як одного з найважливіших пріоритетів нації [9]. Серед проблем збереження та поліпшення здоров'я, на думку Г. Зайцева, вагоме місце посідає питання про чинники здоров'я [7]. Розглядаючи означене питання в загальному плані, відзначаємо, що здоров'я залежить як від стану навколишнього середовища (приблизно 20%), так і від спадковості (майже 20%), медичного обслуговування (близько 10%) та способу життя (більше 50%). Сучасні наукові погляди на здоров'я представлені нами такими моделями (табл. 1).

Таблиця 1

Сучасні здоров'язбережувальні моделі

Назва моделі	Її сутність
Медична модель.	Визначення здоров'я лише за медичними ознаками й характеристиками здоров'я. Здоров'ям вважають відсутність хвороб та їх симптомів
Біомедична модель.	Здоров'я розглядається як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я. У цій моделі увага акцентується на природно-біологічній сутності людини, підкреслюється домінуюче значення біологічних закономірностей у життєдіяльності людини та її здоров'ї
Біосоціальна модель.	Розуміння здоров'я в його біологічних і соціальних ознаках, що розглядаються в єдності. Однак соціальним ознакам надається пріоритетне значення
Соціально-психологічна модель.	Здоров'я є цінністю для людини, необхідною передумовою для повноцінного життя, задоволення її матеріальних і духовних потреб, участі у праці і соціальному житті, в економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності

Отже, виявлення, а тим більше, реалізація того потенціалу здоров'я, котрий надається людині з народження, передбачає наявність певних умов і чинників. Головні з них ті, які дають можливість кожній особистості зберігати й поліпшувати здоров'я.

Отже, виховання здорового способу життя – це процес сприяння поліпшенню здоров'я кожної людини, громади й суспільства в цілому. Цей процес здійснюється через ефективну політику, розробку доцільних програм, надання відповідних послуг, мета яких – підтримати рівень здоров'я людей, дати їм змогу посилити контроль за власним здоров'ям і поліпшити його.

Виховання здорового способу життя ґрунтується на таких засадах: пріоритет здоров'я у світоглядній системі цінностей людини; сприйняття здоров'я, як стану повного благополуччя та процесу його досягнення; розуміння здоров'я як феномену цілісного й багатогранного водночас, що розкривається через складові (фізичну, психічну, соціальну та духовну); перерозподіл відповідальності за здоров'я – контроль способу життя має здійснюватись і державою, і громадою (суспільством), і самою особистістю.

Однією з найважливіших передумов і складових формування та поліпшення здоров'я є система освіти, що функціонує в суспільстві. Чим вищий освітній і загальнокультурний рівень людини та її соціального середовища, тим кращі показники здоров'я. Освіту ж у даному контексті варто розуміти не лише як власне валеологічну, а ширше – як загальну освіту в цілому. Це забезпечує можливість формування в людей системного уявлення про здоров'я, його збереження та зміцнення. Освіту при цьому слід розглядати комплексно: і як мережу потоків отримання та передачі інформації, і як школу здорового способу життя, тобто навчання його методам, прийомам та навичкам [9; 10].

Розвиток здорового суспільства, що передбачає постійний захист дитинства, коли відбувається становлення особистості, формується фізичне та моральне здоров'я, засвоюються загальнокультурні людські цінності – є одним із пріоритетних завдань держави, що зафіксовано в основних державних нормативно-правових актах. Нові підходи до здоров'я як категорії життєвої цінності знаменували собою рішучу відмову від традиційних соматичних теорій формування здоров'я людини. Від педагогічної науки вимагається глибоко обґрунтоване поновлення теорії й практики навчання та виховання учнівської молоді, як бути здоровим у сучасних соціальних умовах. Основні діючі моделі виховання здорового способу життя молоді представлено в поданій нижче табл. 2.

Слід підкреслити, що змішана модель є на сьогодні найперспективнішою, хоча й потребує більших зусиль з боку організаторів освіти. Соціокультурні зміни, що супроводжують процеси

державотворення в Україні, актуалізували не тільки потребу гуманізації стосунків в поновлюваному суспільстві, але й гостро висвітлили проблему морально-духовного становлення молоді. Пошук ефективних напрямів виховання та освіти молоді зумовив розвиток таких педагогічних

систем, що сприяють вирішенню проблем аксіологічного характеру – формуванню ціннісних орієнтацій молоді.

Таблиця 2

Моделі виховання здорового способу життя молоді

Багатопредметна модель	Однопредметна модель	Змішана модель
Передбачає включення питань здоров'язбереження в різні предмети, забезпечує практично повне охоплення учнівської молоді навчанням, значна кількість учителів залучається до освіти в галузі здоров'я	Досягнення основної мети валеологічного навчання й виховання відбувається за навчальним планом і програмою предметів «Основи здоров'язбереження», «Валеологія» та ін. Можливість забезпечити наступність матеріалу, системне планування та оцінювання результатів навчання. Може бути створена професійна спільнота вчителів, яка буде сприяти поширенню нового пласту інформації, розвитку технологій та підвищенню якості навчання	Поєднує дві попередні, включаючи позаурочну валеологічну освіту та виховання молоді та батьків, громадськими організаціями

Здоровий спосіб життя молодь засвоює як відтворення зразків ставлення до свого здоров'я (праці, інших людей, довкілля), які щоденно вони спостерігають у поведінці й діяльності своїх батьків, родичів, учителів тощо. Отже, здоровий спосіб життя складається під безпосереднім впливом навичок, що відтворюють спосіб інших людей, батьків та вихователів.

До пріоритетних напрямів роботи щодо створення сприятливих умов для збереження та зміцнення здоров'я дітей належать розробка й упровадження в освітнє та виховне середовище здоров'язбережувальних технологій, методів профілактики стомлення, підвищення моторної та психоемоційної активності учнівської молоді із урахуванням їх індивідуальних і вікових особливостей. У нашому дослідженні ми використовували класифікацію здоров'язбережувальних освітніх технологій за роботою Ю. Гавриленко [3, с. 13-18]:

1. Організаційно-педагогічні технології (визначають структуру навчального процесу, яка сприяє попередженню станів перевтомлення, гіподинамії та інших станів).

2. Психолого-педагогічні технології (пов'язані з безпосередньою роботою вчителя на уроці).

3. Навчально-виховні технології (до них входять програми з формування культури здоров'я, навичок, з профілактики шкідливих звичок, захворювань, позакласні заходи, робота з батьками).

Реалізація програм первинної профілактики, викладання навчальних предметів, пов'язаних з розвитком життєво важливих компетенцій учнівської молоді, вимагають використання сучасних навчальних технологій: ділових і

рольових ігор, тренінгів та ін. Інтерактивні технології викладання стали невід'ємною частиною процесу навчання в освіті дітей і дорослих. Проте в наших реаліях, викладачі основ здоров'я, валеології, фахівці з фізичної реабілітації, не завжди володіють відповідними методиками, що знижує можливості формування навичок зміцнення, збереження здоров'я й ефективність педагогічної дії.

Інтерактивні форми навчання, різновидом яких є тематичний тренінг, найбільше відповідають вимогам сучасності. Оскільки у вихованні здорового способу життя учнівська молодь має засвоїти інформацію, в якій йдеться про стосунки між людьми, уміння керувати своєю поведінкою, правильно оцінювати себе та інших, передбачати наслідки своїх дій, відповідати за свої вчинки тощо – усе це безпосередньо стосується самого учня, отже, є глибоко особистісним для нього. Цей факт викликає певний емоційний відгук на отриману інформацію. Природно, що учень прагне відреагувати на емоційні стани, що виникли. Якщо заняття проводиться в лекційній формі, реагування є неможливим, що спонукає слухача «відключитись» від подальшого слухання викладача і зануритися у власні переживання [11].

Найпопулярнішими методами, які використовуються в тренінгових заняттях, є:

1. Міні-лекція (20-25 хвилин). Це метод, під час використання якого тренер переважно повідомляє теоретичні знання або дає інструкцію.

2. Демонстрація – комбінування вербальних і візуальних інструкцій. Демонстрація корисна, розширює коло сприйняття інформації, яка засвоюється.

3. Проблемно орієнтована дискусія. При використанні цього методу учасники обмінюються інформацією й ідеями, щоб знайти рішення проблеми або дійти взаємної згоди з приводу її вирішення. Часові межі повинні бути оголошені до початку дискусії, що забезпечує жвавість процесу й досягнення бажаних результатів.

4. Розгляд конкретних ситуацій (метод кейсів) є особливим видом завдання. Це опис реальної ситуації, що передбачає необхідність вирішення однієї або декількох проблем.

5. Симуляція – це модель реальності, в якій учасники виконують різні ролі, намагаючись досягти поставлених цілей. Аналіз дій, які він здійснює в процесі гри, дозволяє учасникам тренінгу перевірити правильність обраних рішень, удосконалити характер взаємодії з іншими людьми, зробити аналіз помилок.

6. Управлінські ігри – це складні симуляції. Основною метою управлінських ігор є інтеграція управлінських функцій роботи в команді. До переваг управлінських ігор відносять високу мотивацію учасників і досвід розв'язання управлінських проблем, що стане у нагоді в майбутньому житті.

7. Ділові візити – відвідування місць, що знаходяться за межами місця проведення тренінгу з попередньо визначеною метою: отримання певних знань, проведення спостережень, їх подальший аналіз тощо.

8. Тестування – процес отримання кількісної оцінки деяких параметрів поведінки, знань, навичок учнівської молоді у даний час у даному місці. Існують дві категорії тестів: перші засновані на передбаченні, другі – на досягненнях. Тести першої категорії містять опис ситуацій із завданням висловити ставлення до них. На їх основі передбачають можливу поведінку тестованого в майбутньому. Тести другої категорії використовуються для того, щоб з'ясувати, наскільки той, хто тестується, відповідає певному «ідеалу».

9. Презентації – виступи перед аудиторією – необхідний атрибут тренінгового процесу. Презентації використовуються для представлення результатів роботи групи, звіту про виконання індивідуального завдання.

10. Мозкова атака – метод вирішення проблем, який полягає у зборі великої кількості пропозицій для вирішення завдання за короткий час. Серед очевидних переваг цього методу можна виділити залучення до креативного мислення, вихід за межі стандартного мислення, простота проведення.

Ефективність процесу виховання здорового способу життя залежить від відповідної спрямованості виховного процесу, форм та методів його організації. Серед форм і методів процесу виховання здорового способу життя пріоритетна роль належить активним методам, що ґрунтуються на демократичному стилі взаємодії, сприяють формуванню критичного мислення, ініціативи й творчості. До них також належать соціальне проектування, метод відкритої трибуни, ситуативно-рольова гра, соціально-психологічний тренінг, інтелектуальний аукціон, метод аналізу соціальних ситуацій морально-етичного характеру, гра-драматизація тощо.

Доцільним є застосування традиційних методів: бесіди, диспуту, лекції, семінару, роз'яснення, переконання, позитивного й негативного прикладу, методу вироблення звичок, методу вправ, контролю й самоконтролю, створення громадської думки тощо. Застосування цих методів сприяє утворенню у старшокласників адекватної моральної самооцінки, організації дієвої роботи з виховання здорового способу життя, перебудові та зміні асоціальних форм у їхній поведінці на соціально значущі.

Виховання здорового способу життя, реалізація програм первинної профілактики, викладання навчальних предметів, пов'язаних з розвитком життєво важливих компетенцій учнівської молоді, вимагають використання сучасних освітніх технологій. Активні групові методи, властиві особистісно-розвивальному підходу, передбачають високий професіоналізм тренера, усвідомлене використання запропонованих сценаріїв тренінгу, особливо під час роботи з учнівською молоддю.

Визначення ефективних здоров'язбережувальних технологій виховання здорового способу життя молоді в умовах освітнього середовища навчального закладу може здійснюватися за різними теоретичними концепціями на засадах різних механізмів. У нашому дослідженні ці умови обґрунтовуються відповідно до психологічного механізму саморегуляції, єдності свідомості і діяльності у процесі набуття особистістю певних якісних рис, до яких ми

відносимо професійно-валеологічну компетентність педагога щодо виховання здорового способу життя.

На нашу думку, наявність у педагога індивідуальних рис, які негативно впливають на їхню схильність до здорового способу життя, може певним чином вплинути на результат їх підготовки до виховання в учнівської молоді навичок саме такого способу життя. Таке міркування базується на відомому твердженні, що виховувати дитину можна лише власним прикладом і навчати лише тому, що вмієш сам.

Виховання здорового способу життя спрямоване на формування відповідальної і безпечної поведінки, як правило, має три основні цілі: достовірне, адекватне інформування стосовно здорового способу життя; створення мотивації до збереження здоров'я і безпечної поведінки; формування поведінкових навичок тощо.

У ході нашого дослідження, нами визначено групи критеріїв та їх показники, що стосуються виховання здорового способу життя, а саме: теоретичний, практичний, мотиваційний, валеологічний. До теоретичної групи віднесено якість знань освітньої програми за дисциплінами «Валеологія», «Фізична культура», «Основи безпеки життєдіяльності» в повному обсязі, знання найважливіших понять науки валеології та оздоровчих технологій; розуміння національної специфіки знань про здоров'я. До практичної групи віднесено активне використання знань про здоров'язбереження, відсутність шкідливих звичок, уміння аналізувати й оцінювати показники здоров'я, поводитися безконфліктно. Мотиваційна група критеріїв уключає ціннісні орієнтації відносно здоров'я, усвідомлення себе як цілісної особистості, чітке уявлення ідеалу здорової особистості. До валеологічних критеріїв віднесено відсутність пропусків занять у школі через хворобу, добре самопочуття; наявність упевненості в собі; розуміння вчинків і поведінки оточуючих та адекватна реакція на них.

Проведене дослідження відкриває перспективу для більш глибокого розвитку творчої активності фахівців щодо створення нових форм, методів та технологій виховання здорового способу життя учнівської молоді та вивчення змісту професійної підготовки педагогів навчальних закладів, механізмів і чинників, що впливають на його ефективність.

Список використаних джерел

1. Бережна Л. Гра як один із шляхів розвитку здоров'язберезувальної компетентності учнів // Основи здоров'я. – 2012. – № 3. – С. 8-13.
2. Бойченко Т. Здоров'язберігаюча компетентність як ключова в освіті України // Осн. здоров'я та фіз. культура. – 2008. – № 11/12. – С. 6-8.
3. Гавриленко Ю.М. Формирование здорового образа жизни школьников в учреждениях образования Автономной Республики Крым: практический аспект // 3б. наук. праць «Культура здоров'я як предмет освіти». – Херсон: Олди, 2000. – С.13-18.
4. Гончаренко М.С., Кириленко С.В. Валеолічний аспект гуманізації освіти // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції з валеології «Формування, збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління як обов'язковий компонент системи національної освіти». – К.: ІЗМН, 1997. – С. 60-65
5. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций. Генеральная Ассамблея, 8 сентября 2000 года. Режим доступа:

http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/summitdecl.shtml

6. Дубинка Л., Хмарна А. Умови формування здоров'язбережувального освітнього простору в школі сприяння здоров'ю // Рідна шк. – 2012. – № 7. – С. 61-67.
7. Зайцев Г.К. Школьная валеология: Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей. – СПб.: Акцидент, 1998. – 112 с.
8. Здоров'язбережні технології (здоров'язбережна організація навч. процесу) // Завуч. – 2012. – № 9. – С. 27-30.
9. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012–2020 роки. – К., 2011.
10. Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді, затверджена наказом Міністерства освіти і науки України від 21.07.2004 г. - № 605. – 18 с.
11. Поуль В., Челах Г. Від школи радості до школи сприяння здоров'ю : здоров'язбереження та здоров'яформування у творчій спадщині В. Сухомлинського // Сучасна шк. України. – 2013. – № 8. – С. 51-59.
12. Романова О. Інноваційні технології (збереження здоров'я в освітніх закладах) // Сучасна шк. України. – 2015. - № 11. – С. 4-7.
13. Сухомлинський В.О. Бережіть і водночас розвивайте пам'ять підлітків, юнаків і дівчат // Вибрані твори : в 5 т. – К.: Рад. шк., 1976. – Т. 2. – С. 517-518.
14. World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Accessed 2009 Jan 20. Режим доступу: https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v3n1/3n1a9.pdf
15. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization (Health for All Series, № 3). Geneva, 1981. Режим доступу: http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf
16. HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. (European Health for All Series ; № 5). Copenhagen, 1998. Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-.pdf?ua=1

СУТНІСТЬ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДОШКІЛЬНИКІВ (Андрющенко Т.К.)

Найвагоміші цінності держави – життя і здоров'я людини, оскільки саме вони є показником цивілізованості суспільства, головним критерієм ефективності діяльності всіх його сфер. Здоров'я підростаючого покоління правомірно розглядається не лише, як найбільша соціальна цінність, а й вирішальний чинник економічного розвитку, конкурентоспроможності держави. Саме тому з позицій сьогодення набуває особливої значимості проблема збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління, виховання особистості, здатної на повноцінну реалізацію своїх фізичних, інтелектуальних та духовних можливостей.

Зважаючи на зазначене, одним із пріоритетних завдань дошкільної освіти є формування у дітей здоров'язбережувальної компетентності. Дуже важливо з дошкільного дитинства сформувати у вихованців валеологічний світогляд, мотивацію на здоровий спосіб життя; дати дітям знання про

здоров'я та чинники його збереження; забезпечити можливість набувати досвід здоров'язбережувальної діяльності. Успішне вирішення поставленого завдання можливе за умови розробки і впровадження в освітній процес закладів дошкільної освіти технології формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників.

Питання формування, збереження і зміцнення здоров'я дошкільників знаходиться в центрі уваги широкого кола учених. Аналіз наукових досліджень свідчить про значимість робіт, які присвячені питанням надання дітям знань про основи здоров'я (Л. Лохвицька, С. Юрочкіна та ін.), формування у дошкільників ціннісного ставлення до власного здоров'я (Т. Андрющенко, Г. Беленька, М. Машовець та ін.), особливостям формування фізичного здоров'я дошкільників (О. Богінч, Е. Вільчковський, Н. Денисенко, О. Дубогай, Л. Сварковська та ін.) та основ здорового способу життя (Н. Андрєєва, Т. Овчиннікова та ін.), забезпечення в закладах дошкільної освіти здоров'язбережувального середовища (О. Богінч, Н. Левінець, Петрова Ж. та ін.). Однак, маємо зазначити, що проблема формування здоров'язбережувальної компетентності у дітей дошкільного віку залишається не вирішеною.

Ми робимо акцент на компетентнісному підході до проблеми здоров'язбереження, оскільки він є одним із стратегічних напрямів розвитку системи освіти України, її новим концептуальним орієнтиром. Компетентнісний підхід вимагає перенесення акценту із засвоєння дітьми нормативно визначених знань, умінь і навичок на формування і розвиток у них здатності самостійно діяти, адекватно застосовуючи знання та індивідуальний досвід у різноманітних життєвих ситуаціях [3].

Серед фундаментальних засад Базового компоненту дошкільної освіти визначається «компетентнісний підхід до розвитку особистості, збалансованість набутих знань, умінь, навичок, сформованих бажань, інтересів, намірів та особистісних якостей і вольової поведінки дитини» [2, с. 4]. У Базовому компоненті дошкільної освіти заявлена здоров'язбережувальна компетенція (освітня лінія «Особистість дитини») [2, с. 11]. На основі змісту поданої у державному стандарті здоров'язбережувальної компетенції у дітей доцільно формувати здоров'язбережувальну компетентність. Поняття «здоров'язбережувальна компетентність» ми трактуємо як *«суб'єктивну категорію, що передбачає свідоме прагнення особистості до здорового способу життя, наявність сукупності знань про здоров'я та чинники його збереження, сформованість здоров'язбережувальних життєвих навичок і здатність до їх адекватного використання у відповідних життєвих ситуаціях»* (1, с. 102). Відповідно до вимог Базового компонента дошкільної освіти та з урахуванням актуальності проблеми, нами розроблена технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників.

Авторська технологія передбачає поглиблену роботу впродовж трьох років з дітьми від 4-го до 6-го року життя на основі набуття ними розкритої у Базовому компоненті дошкільної освіти здоров'язбережувальної компетенції,

виходу за межі поданого у стандарті дошкільної освіти мінімально достатнього і необхідного рівня освітньої компетенції, яка стосується збереження здоров'я; формування у дітей позитивної мотивації на збереження здоров'я; озброєння їх системою знань про здоров'я та чинники його збереження; формування життєвих навичок, що сприяють збереженню фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я. Очікуваним результатом діяльності за запропонованою технологією є сформована у дошкільників здоров'язбережувальна компетентність.

Підґрунтям розробленої технології слугували принципи організації діяльності з формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників. Враховуючи думку Л. Гриценко, що «принципи виводяться, а не проголошуються, принципи впливають з аналізу, а не декларуються» [4, с. 75], при визначенні принципів спиралися на сутність здоров'язбережувальної компетентності та особливості її формування у дітей дошкільного віку. Було виокремлено такі **принципи**: мотиваційного забезпечення освітнього процесу; співробітництва; індивідуалізації та диференціації; комфортності; свідомості та активності; удосконалення життєвих навичок; наступності і неперервності.

Основними завданнями технології формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників є формування у них: позитивної мотивації до дотримання здорового способу життя; потреби в освоєнні способів збереження власного здоров'я; системи знань про здоров'я та чинники його збереження; життєвих навичок, що сприяють збереженню фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я; уміння застосовувати у повсякденному житті досвід здоров'язбережувальної діяльності; здатності до самостійного пошуку засобів збереження здоров'я.

Науково-теоретичним підґрунтям технології виступили дослідження вітчизняної та світової науки в галузі дитячої психології та дошкільної педагогіки щодо особливостей розвитку дитини дошкільного віку, які визначають своєрідність кожного етапу розвитку дитини і є, на думку Т. Овчиннікової, основою формування у неї певних внутрішніх настанов, у тому числі і на здоровий спосіб життя [9].

У розробленій технології змістом здоров'язбережувальної компетентності визначено систему здоров'язбережувальних життєвих навичок, вибір яких обґрунтовується результатами діяльності робочої групи українських науковців і педагогів з питань запровадження компетентнісного підходу, створеної в рамках проекту ПРООН «Освітня політика та освіта «рівний – рівному» [5, с. 87-89] та аналізом сучасних підходів до навчання здоровому способу життя «на основі життєвих навичок» [6]. Нами зроблено акцент на дванадцяти життєвих навичках, які доцільно формувати в дітей дошкільного віку. У структурі технології враховано належність життєвих навичок до певних сфер здоров'я. Відповідно до зазначеного, змістовий матеріал технології об'єднаний у три блоки:

I. *«Життєві навички, що сприяють фізичному здоров'ю»*: навички раціонального харчування; санітарно-гігієнічні навички; навички рухової активності; навички дотримання режиму діяльності та відпочинку.

II. *«Життєві навички, що сприяють соціальному здоров'ю»*: навички ефективного спілкування; навички співчуття; навички поведінки в умовах тиску; навички спільної діяльності.

III. *«Життєві навички, що сприяють психічному і духовному здоров'ю»*: навички самоусвідомлення та самооцінки; навички аналізу проблем та прийняття рішень; навички самоконтролю; навички успішного досягнення мети.

Для ефективності процесу формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників у технології подано дванадцять змістово-діяльнісних модулів відповідно до кількості обраних для формування у дошкільників життєвих навичок. Для опрацювання з дітьми було визначено по двадцять п'ять тем у кожній віковій групі, що розкривали різні аспекти життєвих навичок. Для реалізації кожної із двадцяти п'яти тем дібрано відповідні форми і методи. Технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників передбачала проведення з ними цілеспрямованої роботи впродовж трьох послідовних та взаємопов'язаних етапів: *мотиваційно-стимулювального, освітньо-змістового, операційно-процесуального*.

Виділення *мотиваційно-стимулювального етапу* ґрунтується на результатах наших спостережень, які дали підставу стверджувати, що готовність дошкільників до сприймання знань про основи здоров'я суттєво залежить від змотивованості дітей та сформованості у них відповідних ціннісних орієнтацій. Підтвердження своїм міркуванням знаходимо в дослідженнях В. Кузьменко, яка вважає, що «потребово-мотиваційний розвиток дошкільника супроводжується виникненням дедалі чіткіших та більш диференційованих потреб, системи мотивів поведінки та діяльності, їх ієрархізацією, стабілізацією. Саме ця сфера розвитку істотно впливатиме на все подальше життя людини, визначатиме провідні цінності, спрямованість особистості, характер дій та вчинків, ставлення до людей тощо» [8, с. 9]. *Метою* мотиваційно-стимулювального етапу був розвиток мотиваційно-ціннісної сфери дошкільників, виховання бережливого ставлення дітей до власного здоров'я, привчання до здорового способу життя, збагачення досвіду здоров'язбережувальної поведінки дітей.

Провідними завданнями першого етапу визначено:

1. Створення системи ціннісних уявлень дошкільників про здоров'я. Формування у дітей ставлення до власного здоров'я і здоров'я інших людей, як до найвищої цінності, потреби бути здоровим.

2. Розвиток і підтримка інтересу дошкільників до чинників збереження здоров'я, усвідомлення необхідності здобуття знань щодо життєвих навичок, які сприяють фізичному, соціальному, психічному та духовному здоров'ю, створення образу «Я ? здоровий».

3. Забезпечення позитивної мотивації вихованців на здоровий спосіб життя на основі вмінь визначати мотиви його дотримання. Створення умов для перетворення зовнішньо сформульованих цілей щодо дотримання здорового способу життя у внутрішні потреби особистості.

Змістово-організаційними засадами на цьому етапі виступили: перегляд відеороликів, спостереження за здоров'язбережувальними діями дорослих і дітей, читання утішок, примовок, перегляд плакатів, картин, ігри-бесіди, валеохвилинки, міні-заняття (молодша група); проблемно-ігрові завдання, ігрові вправи, моделювання здоров'язбережувальних ситуацій, ситуації успіху, ігри-уяви, фотовиставки, придумування закличок (додано в середній групі); перегляд презентацій, спостереження, аналіз ситуацій, проблемне завдання, виготовлення індивідуальної карти-схеми «Я хочу...», віртуальні подорожі, валеологічний ланцюжок, «атракціон ідей», вистава-шоу (додано в старшій групі).

Виокремлення *освітньо-змістового етапу* зумовлене тим, що здоров'язбережувальна компетентність ґрунтується на системі знань, усвідомлених особистістю. У процесі формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільники мають отримати необхідні фундаментальні відомості з основ здоров'я, які представлені у визначеній логічній послідовності; усвідомити їх і використовувати в адекватних життєвих ситуаціях. Ми погоджуємося з думкою В. Старченко, яка зауважує, що «без знань, немає компетентності, адже вона є сферою зв'язків між знаннями та практичною діяльністю. Але про компетентність свідчать не лише знання. Знання, що існують самі по собі, не прив'язані до життя, не гарантують достатньої компетентності у різних життєвих ситуаціях» [10, с. 19].

Освітньо-змістовий етап *передбачав* озброєння дітей необхідними знаннями щодо збереження і зміцнення власного здоров'я, здорового способу життя, усвідомлення необхідності його дотримання, формування у дітей життєвих навичок, які сприяють фізичному, соціальному, психічному і духовному здоров'ю. Провідними *завданнями* другого етапу визначено:

1. Забезпечення обізнаності дітей з ознаками здоров'я, надання інформації про чинники здоров'язбереження, з якими вони стикаються у процесі життєдіяльності, про правила здорового способу життя.

2. Насичення здоров'язбережувальним змістом різних видів діяльності дітей. Забезпечення інтеграції знань про основи здоров'я та чинники його збереження з інформацією, яка стосується інших сфер життєдіяльності дитини, а також застосування отриманих знань на практиці.

3. Засвоєння дітьми норм і національних традицій збереження і зміцнення здоров'я, які зумовлюються рівнем розвитку суспільства.

Змістово-організаційними засадами на цьому етапі виступили: заняття, дидактичні ігри, образотворча діяльність; спостереження, бесіди, розповіді, читання художніх творів під час різноманітних режимних моментів відповідно до життєвої навички, що формується; збагачення словникового запасу дітей словами-назвами ознак здоров'я та чинників збереження здоров'я; вивчення пісень і віршів за темами, настільні ігри, ігри-

драматизації, інсценування, театралізовані ігри, рухливі ігри та вправи, вивчення мирилок, пісочна терапія, музикотерапія, індивідуальна робота (молодша група); екскурсії; тематичні творчі розповіді дітей, відгадування загадок, складання діалогу з метою оцінювання ситуацій з позиції здорового способу життя, логічні завдання, дослідницька діяльність, конструктивно-будівельні ігри, колективне конструювання та аплікація, рухливі вправи, дидактичні вправи, складання казок, малювання стопами та пальцями ніг, створення альбому дитячих малюнків, «Країни добра» (додано в середній групі); розповіді дітей із власного життєвого досвіду, тематичні проекти, тренінги, інтерактивні методи навчання, створення «Країни добрих вчинків», колективний колаж «Планета Здоров'я», графічні вправи (додано в старшій групі).

Акцентування на *операційно-процесуальному етапі* пояснюється розумінням того, що дітям потрібні не лише знання, а й навички, що допомагають робити життєвий вибір, досягати мети, коригувати поведінку, оцінювати ризики, зберігати і покращувати здоров'я та якість життя. Психологи Л. Божович, Л. Венгер, Л. Виготський, Г. Костюк, В. Мухіна відстоювали думку про те, що поведінка дитини формується під впливом сукупності таких факторів, як соціальні умови, спілкування та сфера діяльності, у яких вона живе і розвивається. Особистість не є пасивним продуктом взаємодії спадковості і середовища. Взаємодія цих факторів реалізується через активність дитини [7, с. 82]. Отже, поведінкові реакції і здоров'язбережувальна діяльність виступають одними з показників сформованості здоров'язбережувальної компетентності у дітей дошкільного віку.

Метою операційно-процесуального етапу визначено активізацію та закріплення здоров'язбережувальних життєвих навичок у дітей дошкільного віку у спеціально створеному розвивальному здоров'язбережувальному середовищі. У ньому діти мали можливість самостійно моделювати свою поведінку та діяльність, приймати рішення, діяти за внутрішнім переконанням, нести відповідальність за свої вчинки, набуваючи власного досвіду свідомого дотримання здорового способу життя. Провідними *завданнями* третього етапу визначено:

1. Створення розвивального здоров'язбережувального середовища дошкільного навчального закладу на засадах врахування вікових та індивідуальних особливостей дітей, реалізації права вихованців на вибір гри, видів і засобів здоров'язбережувального способу дії.

2. Забезпечення дітям можливості для оволодіння різними видами здоров'язбережувальної діяльності, активізації та закріплення здоров'язбережувальних життєвих навичок та застосування їх в адекватних життєвих ситуаціях.

3. Формування у дітей уміння під час самостійної дослідницької та ігрової діяльності визначати доцільність виконання гігієнічних та оздоровчих процедур, закріплювати назви і функції органів тіла, оцінювати власну

поведінку і поведінку інших людей з позиції здорового способу життя, навички моделювання поведінки в соціумі і контролю власних емоцій.

4. Забезпечення можливості отримання дітьми прикладів здорового способу життя з найближчого оточення, свідомої здоров'язбережувальної позиції значущих для них дорослих.

Змістово-організаційними засадами на цьому етапі були: позитивний приклад здоров'язбережувальної діяльності дорослих, рухливі ігри та вправи, сюжетно-рольові ігри, стежинки здоров'я, фізкультурні свята і розваги, різні види масажу, імпровізація рухів (молодша група); ігри-подорожі, ігри-інсценівки, рухливі вправи-імпровізації, змагання, вправи із психогімнастики, практичні завдання і вправи, доручення, фітбол-гімнастика, кольоротерапія, сміхотерапія, створення «Екрану настрою», оформлення плакатів, прийом перевтілення, моделювання ситуацій, Дні дорослих, «Тиждень радості», банкомат приємних слів, зустрічі зі спортсменами та довгожителами, степ-аеробіка, конкурси для родин, піклування про мешканців куточка природи (додано в середній групі); вправи для релаксації, складання реклами, включення нових елементів у відомі ігри, завдання парадоксального характеру, створення портфолію «Я здоровий?», етюди-пантоміми на запропоновану тему, стретчинг, мудри, бестінг («Коло побажань», «Коридор успіху») (додано в старшій групі).

Впровадження в освітній процес закладів дошкільної освіти технології формування здоров'язбережувальної компетентності дошкільників забезпечує вихованців знаннями щодо різноманітних форм підтримки здоров'я, сприяє формуванню у них ціннісного ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих, надає можливість реалізації отриманих знань у практичній діяльності, набуття здоров'язбережувальних життєвих навичок.

Список використаних джерел

1. Андрищенко Т.К. Теоретико-методичні засади формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей дошкільного віку: дис. д-ра пед. наук: 13.00.08. - Умань, 2015. – С. 263–272.
2. Базовий компонент дошкільної освіти // Вихователь-методист дошкільного закладу. - 2012. – Спецвипуск. - С. 1–29. - С. 4
3. Бех І. Д, Зайцева Л.І. Курс на діяльнісно-компетентнісний підхід // Дошкільне виховання. – 2013. – № 1. – С. 2-5.
4. Гриценко Л.И. Личностно-социальное воспитание: теория и практика. – Волгоград, 2001. – 192 с.
5. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: бібліотека з освітньої політики / під заг. ред. О.В. Овчарук. - К.: «К.І.С.», 2004. - 112 с.
6. Концепція навчання здорового способу життя на засадах розвитку навичок / авт.-упор. Марі-Ноель Бело. - К.: Генеза, 2005. - 80 с.
7. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / За ред. Л.Н. Проколієнко. - К.: Рад. школа, 1989. - 608 с.
8. Кузьменко В. Наріжний камінь особистісно орієнтованої моделі // Дошкільне виховання. - 2008. - № 3. - С. 7-10.
9. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях. – СПб.: Каро, 2006. – 176 с.
10. Старченко В. навчання математики: сучасний погляд // Дошкільне виховання. – 2008. – № 7. – С. 19–21.

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ У СВІТЛІ ЗАВДАНЬ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ

(Бойчук Ю. Д., Зайцев В. О.)

У Законі України Про освіту наголошується: «метою освіти є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, її талантів, інтелектуальних, творчих і фізичних здібностей, формування цінностей і необхідних для успішної самореалізації компетентностей, виховання відповідальних громадян, які здатні до свідомого суспільного вибору та спрямування своєї діяльності на користь іншим людям і суспільству, збагачення на цій основі інтелектуального, економічного, творчого, культурного потенціалу Українського народу, підвищення освітнього рівня громадян задля забезпечення сталого розвитку України та її європейського вибору» [1].

На сучасному етапі розвитку країни особливо актуальним постає питання формування соціально здорової особистості, здатної до повної самореалізації у суспільному житті, про що й зазначається у Законі України Про освіту. В межах даної публікації більш детально ми зосередимось на виявленні сутності соціального здоров'я учнівської молоді. Між тим, з початку звернемось до окремих визначень дефініції «здоров'я», в яких тим чи іншим чином наголошується на важливості його соціальної складової. В зазначеному вище аспекті цінним для нас є трактування цієї дефініції, запропоноване І. Брахманом. Досить важливим, на наш погляд, є те, що науковець розглядає здоров'я не тільки через відсутність у людини хвороб, а як фізичну, соціальну та психологічну її гармонію, доброзичливі, спокійні стосунки з іншими людьми, природою, самою собою [2, с. 26]. З самого визначення можна бачити, що науковець виокремлює в зміст поняття такі важливі його складові як «соціальна та психологічна гармонія особистості», а також «доброзичливі, спокійні стосунки з іншими людьми, природою, самою собою». Саме ці складові, на наш погляд, переконливо свідчать, що в структурі «здоров'я» науковець виокремлює соціальний аспект здоров'я та, відповідно, його значущість для особистості.

Не менш цінним для нашого дослідження є визначення здоров'я, запропоноване Г. Апанасенко, який вважає, що здоров'я є результатом взаємодії індивіда з навколишнім середовищем, умов його існування, провідних мотивів його життєдіяльності й світовідчужання в цілому [3, с. 9]. В даному випадку вчений наголошує на таких складових здоров'я, як «мотиви життєдіяльності особистості й світовідчужання в цілому», які також свідчать про важливість соціального здоров'я в структурі вищезазначеної дефініції.

Значущим, в зазначеному контексті, є розуміння здоров'я, запропоноване О. Князевою. Дослідниця зауважує на тому, що поняття здоров'я студента має свої особливості на кожному етапі життєдіяльності особистості. Так, на біологічному рівні, здоров'я пов'язано з організмом і безпосередньо залежить від рівноваги функцій всіх внутрішніх органів; на психічному рівні здоров'я

пов'язано з особистістю людини і залежить від емоційної, вольової, мотиваційної характеристик, а також від усвідомлення цінності для свого здоров'я; на соціальному рівні здоров'я пов'язано із впливом на особистість інших людей, суспільства, в якому знаходиться людина, та інших характеристик [4]. Отже, в самому змісті поняття вчена також свідомо виокремлює соціальний аспект здоров'я.

З вищезазначеного можемо бачити, що соціальна складова здоров'я розглядалась науковцями й раніше в структурі дефініції «здоров'я». Між тим увага до соціального здоров'я особистості як окремого поняття, автономної дефініції, з боку вчених з'явилась відносно нещодавно. Ще менш дослідженим залишається поняття соціального здоров'я учнівської молоді. Отже, звернемось безпосередньо до аналізу змісту поняття «соціальне здоров'я особистості». В даному випадку привертає увагу визначення соціального здоров'я особистості, запропоноване В. Язловецьким. Зазначену дефініцію вчений розглядає як діяльне ставлення до світу, активну життєву позицію, а також як міру працездатності й соціальної активності особистості [5]. В такому трактуванні соціального здоров'я особистості науковець демонструє його багатогранність, починаючи з більш загальних складових як ставлення особистістю до світу взагалі й закінчуючи більш конкретними позиціями, серед яких соціальна активність. Зі свого боку зазначимо, що виокремленні В. Язловецьким складові соціального здоров'я є суголосними з окремими позиціями сучасної системи освіти, про що зазначалось вище.

На думку М. Гриньової, соціальне здоров'я особистості базується на безконфліктних взаємовідносинах індивіда із суспільством, колективом, окремими суб'єктами [6]. Таким чином, вчена виділяє найважливіші компоненти соціального здоров'я через комфортну взаємодію особистості з окремими людьми та суспільством в цілому.

У свою чергу Л. Колпіна соціальне здоров'я розглядає як детерміноване індивідуальним особливостям відносини соціального суб'єкта з соціальним середовищем на мікро-, мезо- і макрорівнях, що виражається в суб'єктивній і об'єктивній достатності його соціального статусу для асервативної реалізації власних потреб, цілей і цінностей у відповідності з суспільними експектаціями [7]. Не зважаючи на певну абстрактність визначення дослідницею даного поняття, зазначимо, що таке трактування соціального здоров'я також є достатньо значущим, оскільки авторкою зауважується на важливості відносин соціального суб'єкта з соціальним середовищем на мікро-, мезо- і макрорівнях.

Найбільш часто визначення поняття соціальне здоров'я зустрічається по відношенню до школярів. Так, вітчизняна вчена Л. Горяна соціальне здоров'я школяра розглядає як показник культури спілкування особистості, багатоаспектний і поліфункціональний чинник здорового способу життя, який є провідною ланкою в міжособистісних стосунках: особистості із суспільством, підлітка з батьками, підлітка з оточенням [8]. В цьому визначенні більш конкретно зазначається на значущості взаємовідносин

школяра з близьким та дальнім оточенням, а саме з батьками, однолітками порівняно з попередніми трактуваннями цієї дефініції.

С. Свириденко також розглядає соціальне здоров'я через безконфліктну взаємодію з навколишнім світом, доброзичливі взаємини у колективі однолітків, у сім'ї, суспільстві. При цьому, на думку вченої, важливим в структурі соціального здоров'я є функціонування особистості як повноправного члена суспільства [9]. Саме остання складова розуміння вченою соціального здоров'я (функціонування особистості як повноправного члена суспільства), на наш погляд, є особливо важливою в контексті зазначеного поняття.

На думку О. Приступи, соціальне здоров'я школяра слід розуміти через сформованість у нього соціально проблемного, морально нормативного досвіду взаємодії з соціумом, що проявляється в саморегуляції поведінки у змінених умовах, необхідних для того, щоб прийти до згоди з самим собою і інтеграції у соціумі [10]. В даному випадку виділяємо такі аспекти змісту поняття як саморегуляція школярем власної поведінки в умовах, що змінились чи змінюються. Крім того, вчена знов таки наголошує на тому, що саморегуляція поведінки необхідна для згоди учня з самим собою і інтеграції у соціумі. Звичайно не можемо не звернути увагу, що на відміну від інтеграції особистості школяра у соціумі, пошук згоди з самим собою є дещо ближчим до психічного аспекту здоров'я. Між тим, такі складові поняття, як «сформованість у школяра соціально проблемного, морально нормативний досвід взаємодії з соціумом» є, на наш погляд, досить виправданими в контексті дефініції соціального здоров'я особистості взагалі та школяра зокрема.

Доречно буде звернути увагу й на інше поняття соціального здоров'я особистості учнівської молоді, що пропонує Л. Байкова, яка вважає, що соціальне здоров'я учня слід розуміти як стан гармонії між особистісними смислами та діяльністю людини, які сприяють його самоактуалізації і позитивному, гуманному розвитку соціуму [11]. Аналізуючи таке трактування поняття соціального здоров'я учнівської молоді звертаємо увагу на виокремлені авторкою окремі змістовні аспекти поняття, як стан гармонії між особистісними смислами та діяльністю людини, що сприяють гуманному розвитку соціуму. Це, в свою чергу, дещо відрізняє розуміння сутності поняття соціального здоров'я школяра від попередніх.

Соціальне здоров'я студентської молоді розкривається колективом авторів (В. Бабич, Ю. Полулященко, О. Дубовий, О. Павлюк) по відношенню до студентів спеціальної медичної групи, тобто тієї категорії молоді, у яких наявні відхилення у стані фізичного (соматичного) здоров'я. Соціальне здоров'я студента спеціальної медичної групи автори розглядають як складну інтегровану особистісну якість, сутність якої утворюють сукупність відповідних особистісних та професійних компетентностей, що розкриваються через прагнення майбутнього фахівця до максимальної самореалізації у суспільному житті, націленість на досягнення результату, здатність до забезпечення загальної та професійної комунікативності,

наявність правової і громадянської відповідальності [12]. Доречно, на наш погляд, звернути увагу, що зміст даного поняття розглядається дослідниками через сукупність відповідних особистісних та професійних компетентностей, що відповідає сучасним тенденціям розвитку освіти. Авторами також зазначається, що процес збереження та зміцнення його соматичного аспекту є дуже взаємопов'язаними й такими, що мають формуватися у синергії. Оскільки на їх думку саме прагнення максимально повної самореалізації, наявність відповідальності за стан власного соматичного здоров'я, усвідомлення його значення у контексті власного становлення, особистісної та професійної реалізації спонукає студентів спеціальної медичної групи (є рушійною силою) до здійснення відповідних заходів (як в межах занять з фізичного виховання так й у процесі самостійної роботи), що позитивно позначаються на стані соматичного здоров'я. [12].

М. Євтух, узагальнюючи позиції науковців щодо сутності соціального здоров'я, пропонує наступне визначення: соціальне здоров'я – це стан гармонійного функціонування людини в основних видах взаємодій: соціальній, економічній, політичній, ідеологічній; стан, який створює комфортні умови життя [13]. Таким чином, на думку вченого, соціальне здоров'я виявляється в соціальній активності людини, рівні засвоєння професійної і загальної культури, вмінні гармонізувати відносини із самим собою, з оточуючими людьми і природою і є одним з основних показників благополуччя життя і гармонічного розвитку суспільства, його культурного рівня [13].

Розглядаючи проблему соціального здоров'я учнівської молоді взагалі та сутності цієї дефініції зокрема звернемося до думки Р. Карпюка, який зазначає, що, з одного боку, в свідомості окремої частини студентської молоді ця проблематика усвідомлюється достатньо виразно, проте на рівні ідеального усвідомлення далеко не в усіх випадках переходить у реальні дії. На переконання автора, у розв'язанні комплексу питань формування соціального здоров'я студентської молоді слід активно вдаватися до технологій соціального проектування, але при цьому варто пам'ятати, що формування, розвиток і зміцнення соціального здоров'я є досить тривалим процесом. Його успішність пов'язана з розв'язанням багатьох різнопланових, але зведених у єдину систему, питань, в яких пріоритет людини, її здоров'я є головним і вирішальним [14].

Узагальнюючи вищезазначене, можемо зробити наступні висновки: в світлі реформування системи освіти ще більшої актуальності набуває формування в сучасній молоді соціального здоров'я, що, відповідно до чинного Закону України Про освіту, характеризується формуванням у останніх цінностей і необхідних для успішної самореалізації компетентностей, виховання відповідальних громадян, які здатні до свідомого суспільного вибору та спрямування своєї діяльності на користь іншим людям і суспільству; соціальне здоров'я студентів, перш за все, розкривається через їх здатність до мобільності, соціальної активності, прагнення розкриття наявного потенціалу, спрямованість на досягнення результату в різних сферах суспільного життя тощо.

Список використаних джерел

1. Закон України Про освіту (Верховна Рада України; Закон від 05.09.2017 № 2145-VIII) [Електронний ресурс]. – 2017 – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
2. Брехман И.И. Валеология - наука о здоровье. - 2-е изд., доп., перераб. - М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
3. Апанасенко Г.Л., Попова Л.О. Медична валеологія (вибрані лекції). – К.: Здоров'я, 1998. – 248 с.
4. Князева О.Н, Бондарева О.Н. Влияние современных методов обучения на здоровье студента в процессе педагогического взаимодействия с преподавателем // Культура физическая и здоровье. – 2008. - № 5. – С. 61 – 63.
5. Язловецький В.С. Педагогічна валеологія – наука про формування здоров'я // Валеологічна освіта в навчальних закладах України: стан, напрямки і перспективи. – Кіровоград: КДПУ ім. В. Винниченка, – 2003. – С. 3–12.
6. Гриньова М.В. Методика викладання валеології: навч.-метод. посіб. – Полтава: АСМІ. – 2003. – 220 с.
7. Колпина Л.В. Социальное здоровье: нормативная модель и реальность // Среднерусский вестник общественных наук. – 2009. – № 3. – С. 53-59.
8. Горяня Л. Соціальне здоров'я людини як показник культури спілкування // Рідна школа, 2009. - № 4. - С. 36-41.
9. Свириденко С. Навчаємо бути здоровими: Позакласна робота: 5-9 кл. – К.: Шк. світ, 2007. – 128 с.
10. Приступа Е.Н. Социально-педагогическая профилактика девиаций социального здоровья школьника: автореф. дисс. ... на соиск. уч. степ. д-ра пед. наук: спец. 13.00.02 «Теория и методика обучения и воспитания (социальное воспитание в разных образовательных областях и на всех уровнях системы образования)». – М., 2008 – 42 с.
11. Байкова Л.А. Теоретико-методологические основы исследования социального здоровья детей и учащейся молодежи // Известия Российской академии образования. - 2009. - № 3. – С. 122-136.
12. Бабич В.І., Полулященко Ю.М., О.В. Дубовий, Павлюк О.М. Проблема формування соціального здоров'я студентів спеціальної медичної групи в ракурсі реформування системи освіти // Молодь і ринок: щомісячн. наук.-пед. журн. – Дрогобич: Дрогобицьк. держ. пед. ун-т імені Івана Франка, 2017. – № 11 (154). – С. 56 – 67.
13. Євтух М.Б. Проблема соціального здоров'я в Україні // Вісник чернігівського національного педагогічного університету ім. Т.Г. Шевченка. – 2015. – № 124. – С. 74 – 77.
14. Карпюк Р. Соціальне здоров'я студентської молоді в умовах трансформації українського суспільства // Молодь і ринок. - № 1 (72). - 2011. – С. 28 – 32.

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ІННОВАЦІЙНА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА ТЕХНОЛОГІЯ В ОСВІТІ

(Титаренко О.І.)

Здоров'я має виняткове значення у житті кожної людини, кожної сім'ї та суспільства у цілому. Здоров'я та благополуччя населення є ключовими факторами економічного та соціального розвитку країни. Гарне здоров'я нації є неоціненним ресурсом держави [9, с. 9].

Збереження і зміцнення здоров'я дітей є однією з актуальних проблем охорони здоров'я. Рішення даної проблеми має високу соціальну значущість і входить у число найважливіших завдань держави, оскільки здоров'я дітей

становить фундаментальну основу для формування громадського здоров'я, трудового потенціалу країни і є фактором національної безпеки. Протягом значного часу у житті дитини провідною соціально детермінованою ознакою життєдіяльності є школа. Численні дослідження доводять, що практично незамінним та єдиним (після сім'ї) фактором, який може впливати на стан здоров'я дітей, у тому числі підліткового віку, є навчальний заклад [9, с. 53]. За даними поглибленого дослідження стану здоров'я сучасних школярів та чинників, що на нього впливають, проведеного фахівцями ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України» (педіатр, отоларинголог, ендокринолог, психоневролог, окуліст, психолог), виявлено значне погіршення здоров'я дітей за період їхнього навчання в школі. Отже, за даними спеціалістів останнім часом збільшився відсоток дітей (в більшості це підлітки), які мають проблеми в поведінці, емоційній сфері, спілкуванні, засвоєнні навчального матеріалу. Ці проблеми над усе пов'язані з порушенням психічного здоров'я школяра, яке закладається з дитинства і продовжує формуватися в шкільному віці.

В основі погіршення здоров'я дітей шкільного віку лежить цілий комплекс причин, серед яких не тільки екологічні проблеми, погіршення соціально-економічних умов, але й ускладнення навчальних програм, поява нових освітянських закладів зі збільшеною інтенсивністю навантаження, зменшення фізичної активності, малорухливий спосіб життя, порушення режиму праці і відпочинку, що веде до хронічної перевтоми дитини та зниження її резервних можливостей, порушенню психічного здоров'я [3]. Сьогодні багато педагогів відчують потребу в застосуванні додаткових технік, які допомагають вчителям краще контактувати з дітьми, а дітям - відчувати, що в класі може бути безпечно і затишно. Це сприяє більш відкритому спілкуванню дорослих і дітей як людських істот з людськими проблемами. Тому в педагогічному процесі важливі підходи, за допомогою яких можна підвищити самооцінку дитини, способи, що дозволяють виявити інтерес до почуттів дитини, до її життя і дати їй можливість самовираження. Тобто у процесі навчання емоційні потреби дітей повинні мати пріоритет. Все це спонукає шукати нові психолого-педагогічні засоби взаємодії з дитиною у навчально-виховному процесі. Ми вважаємо, що одним з таких засобів і є арт-терапія, яка допомагає дітям справлятися зі своїми психологічними проблемами, відновлювати емоційну рівновагу, переключатися з негативних переживань на позитивно забарвлені відчуття і думки.

Метою даної статті є обґрунтування доцільності використання методів арт-терапії як сучасних інноваційних здоров'язберезувальних технологій в освіті.

Термін «психічне здоров'я» був введений ВООЗ і визначається як стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити вклад в життя своєї спільноти [10]. Одним з

засобів збереження та профілактики психічного здоров'я є використання здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі.

Здоров'язбережувальні технології - це цілісна система виховних, оздоровчих, корекційних і профілактичних заходів, які здійснюються в процесі взаємодії дитини і педагога, дитини та батьків, дитини і доктора. Розроблено базову класифікацію здоров'язбережувальних технологій [2, с. 32-33]:

- *медико-гігієнічні технології* (дотримання санітарно-гігієнічних норм, надання повноцінної медичної допомоги суб'єктам навчально-виховного процесу тощо);

- *фізкультурно-оздоровчі технології* (загартовування, розвиток в учнів сили, швидкості, гнучкості, витривалості);

- *екологічні здоров'язбережувальні технології* (підвищення рівня духовно-етичного здоров'я учнів, формування у них екологічної свідомості та прагнення до збереження навколишнього середовища);

- *технології забезпечення безпеки життєдіяльності* (дотримання правил пожежної безпеки, охорони праці, цивільної оборони тощо);

- *лікарсько-оздоровчі технології* (реалізація принципів лікувальної педагогіки та лікувальної фізкультури);

- *соціально-адаптуючі й особистісно розвивальні технології* (упровадження у навчально-виховний процес програм соціальної та сімейної педагогіки, соціально-психологічних тренінгів для вчителів, учнів і їх батьків);

- *здоров'язбережувальні освітні технології* (застосування психолого-педагогічних методів і прийомів, спрямованих на здоров'язбереження дітей і підвищення ефективності навчально-виховного процесу).

Дослідження теоретичних і прикладних аспектів проблеми здоров'язбереження молодого покоління перебувало в полі посиленої уваги вітчизняних та зарубіжних науковців (Н. Беседа, Ю. Бойчук, Л. Горяна, О. Дубогай, Л. Попова, С. Лапаєнко та ін.). Ґрунтовний аналіз чинників формування здоров'язбережувального освітнього середовища в загальноосвітньому навчальному закладі здійснили О. Ващенко, В. Звєкова, О. Клєстова, К. Оглоблін та інші. Одною з інноваційних здоров'язбережувальних технологій в освіті є арт-терапія. Арт-терапія представляє таку систему здоров'язбережувальних впливів, яка заснована на використанні художньої творчості в освітньому процесі.

Методологічну основу арт-терапевтичного напрямку в психології заклали такі відомі психологи і психотерапевти, як О. Постальчук, М. Мауро, К. Тісдейл, К. Кейз, Т. Боронська, М. Лібман, К. Дрюкер, С. Льюїс, Д. Байєрі, П. Луззатто, Д. Калманович, Б. Ллойд, Д. Мерфі, Е. Крамер, К. Кейз і Т. Деллі, Д. Вудз, Д. Енлі та ін. Використання різних елементів арт-терапії в школі допомагає дітям усунути прояви їхнього негативного психоемоційного стану, вирішити наявні психологічні проблеми. Можливості арт-терапії дозволяють стримати «вихлюпування» негативної агресивної енергії на оточуючих, сприяють гармонізації особистості з природним і соціальним

середовищем. Арт-терапія створює здоровий безперервний розвиток відчуттів, тіла, почуттів та інтелекту дитини, а це основа її почуття Я. Як відомо, мова образотворчого мистецтва є мовою дітей та підлітків. Діти мислять образами, кольорами, звуками, відчуттями взагалі, як писав Д. Ушинський, закликаючи вчителів опиратися на ці особливості дитячого мислення. Робота фантазії виявляється в візуальних образах і лише потім - у словах. Образотворча робота безпечний і природний для дитини вид діяльності, «транзитний простір» (Р. Гудман, Д. Джонсон). Ще Л. Виготський вважав, що малювання є своєрідним оповіданням про свій розвиток і формування окремих систем психіки [1, с. 40].

Діти та підлітки, порівняно з дорослими, більш спонтанні, але менш здатні до рефлексії своїх почуттів та поведінки. Художній метафоричний образ це посередник між внутрішнім світом дитини та оточуючою реальністю. Використання арт-терапевтичних методів розвиває схильність до аналізу продуктів власної творчості, рефлексії своїх психологічних особливостей. Арт-терапія відіграє значну роль у зміцненні ідентичності, розробці нових, більш відповідних логіці внутрішнього розвитку особистості й суспільства патернів поведінки [1, с. 41]. Як відзначає Л. Лебедева, є широкий спектр *показань* для проведення арт-терапевтичної роботи в системі освіти, причому не тільки з дітьми, але і в педагогічному колективі [6, с. 25]. Серед них: негативна «Я-концепція», дисгармонійна, перекручена самооцінка, низький ступінь самоприйняття; труднощі емоційного розвитку, імпульсивність, підвищена тривожність, страхи, агресивність; переживання емоційного відкидання, почуття самотності, стресові стани, депресія; неадекватна поведінка, порушення стосунків з близькими людьми, конфлікти у міжособистісних відносинах, незадоволеність в сімейній ситуації, ревності, ворожість до оточуючих.

Багато психічних та деяких фізичних відхилень роблять дитину пасивною. Коло її інтересів стає вузьким, потреба в активній взаємодії зі світом знижується. В результаті знижується і здатність до адаптації. Дитина «йде у себе», вважає, що не зможе знайти вихід з ситуації, що склалася. Арт-терапія дозволяє розірвати це порочне коло. Коли дитина займається творчістю, вона винаходить нові й нові засоби вираження своїх емоцій, і поступово нові засоби спілкування зі світом, тобто втрачені здібності відновлюються. Арт-терапія дозволяє отримати доступ до переживань аутичних дітей і коректно допомогти їм. Такі діти занурені в себе. Будь-яке втручання в їх світ може викликати сильну тривогу, а часто і агресивні реакції. Винятком є комунікація на символічному рівні за допомогою візуальних образів. Також до методу арт-терапії часто звертаються в реабілітації людей з особливостями розвитку, психосоматичними розладами і в роботі з дітьми, що мають деякі проблеми (мовні, поведінкові, емоційні, сімейні, шкільні та ін.). У цьому випадку є актуальним сполучення арт-терапії з корекційно-розвитковим навчанням, тому як останнє направлене на виправлення будь-яких недоліків і дефектів дитини з одночасним розвитком та розкриттям її потенційних можливостей. Діти з відхиленнями у розвитку,

діти-індіго, гіперактивні діти мають утруднення в адекватному сприйнятті світу, тобто у них порушено уявлення про цілісну картину світу. Дитина може сприймати світ як розрізнений хаотичний набір елементів [8]. В результаті вона не може знайти своє місце в житті, бути повноцінним членом суспільства. Як наслідок, характер взаємодії з середовищем стає в цілому деструктивним. Впливати на таку ситуацію можна по-різному. Найбільш природним є створення умов для розвитку маленької людини, наприклад, у групі продовженого дня, під час уроків художнього мистецтва і музики, уроках літератури та інших [7]. Дослідження, проведені під керівництвом Л. Лебедевої, показали, що арт-терапевтичні заняття дозволяють вирішувати наступні важливі педагогічні завдання [6]:

Виховні. Взаємодія будується так, щоб діти вчилися коректному спілкуванню, співпереживанню, дбайливим взаєминам з однолітками і дорослими.

Корекційні. Досить успішно коригується образ «Я», який раніше міг бути деформованим, поліпшується самооцінка, зникають неадекватні форми поведінки, налагоджуються способи взаємодії з іншими людьми. Також хороші результати досягнуті в роботі з деякими відхиленнями в розвитку емоційно-вольової сфери особистості.

Психотерапевтичні. «Лікувальний» ефект досягається завдяки тому, що в процесі творчої діяльності створюється атмосфера емоційної теплоти, доброзичливості, емпатичного спілкування, визнання цінності особистості іншої людини, турбота про неї, її почуття, переживання. Виникають відчуття психологічного комфорту, захищеності, радості, успіху. У результаті мобілізується цілющий потенціал емоцій.

Діагностичні. Арт-терапія дозволяє одержати відомості про розвиток і індивідуальні особливості дитини. Це коректний спосіб поспостерігати за нею у самостійній діяльності, краще дізнатися про її інтереси, цінності, побачити внутрішній світ, неповторність, особистісну своєрідність, а також виявити проблеми, що підлягають спеціальній корекції.

Розвиваючі. Завдяки використанню різних форм художньої експресії складаються умови, при яких кожна дитина переживає успіх у тій чи іншій діяльності, самостійно справляється з важкою ситуацією. Діти вчаться вербалізації емоційних переживань, відкритості у спілкуванні, спонтанності. В цілому відбувається особистісне зростання людини, набувається досвід нових форм діяльності, розвиваються здібності до творчості, саморегуляції почуттів і поведінки.

Крім того, арт-терапія сприяє розвитку *творчих здібностей* дитини. Як зазначають О. Вознесенська і Л. Мова, творчі здібності — це здатність вирішувати проблеми новим та оригінальним способом. Для адекватного залучення до соціальних стосунків, досягнення поставленої мети необхідна розвинута фантазія та уява дитини. Крім того, нагадаємо, що арт-терапія — це гра, а гра як форма активності є формою навчання. В грі дитина набуває здатності керувати емоціями, відчуттями, що забезпечує її адаптацію до нового і надалі буде основою для розвитку соціальної адаптації.

Використання елементів арт-терапії під час уроків дає можливість розвивати та вдосконалювати увагу, пам'ять, мислення; переосмислювати свій життєвий досвід; підвищувати самооцінку; виражати негативні думки, почуття, емоції. Використання арт-терапевтичних технік також дозволяє забезпечувати емоційну стимуляцію, самовиражатися, тому як почуття, думки і потреби дитини проявляються при її роботі з різними матеріалами та створенні художніх образів [4]. Крім того, як зазначає А. Копитін, більшості дітей важко висловлювати свої почуття, думки, потреби і проблеми, тому найбільш природно висловити їх у різних формах творчої активності. *Основні принципи арт-терапевтичної взаємодії* співзвучні з гуманістичною теорією конгруентності комунікації [5]: підтримувати в дитині її гідність та позитивний образ «Я»; говорити про ситуацію, вчинок і його наслідки, а не про особистість і характер самої дитини; відзначати зміни в особистісному зростанні за допомогою порівняння дитини з самим собою, а не з іншими дітьми; не застосовувати негативних оцінювальних суджень, «ярликів», негативного програмування; не нав'язувати дитині способів діяльності і поведінки всупереч її бажанню; приймати і схвалювати всі продукти творчої діяльності дитини, незалежно від змісту, форми, якості.

Теоретичні основи логічно сформулювати у вигляді *правил для арт-терапевта*: в арт-терапевтичному процесі неприйнятні команди, вказівки, вимоги, примуси; в арт-терапії приймаються і заслуговують позитивної оцінки всі продукти творчої образотворчої діяльності незалежно від їх змісту, форми, естетичності вигляду; в арт-терапії прийнята заборона на порівняльні та оціночні судження, оцінки, критику, покарання;

Учасник арт-терапевтичного заняття (дитина, підліток): може вибирати підходящі для нього види та зміст творчої діяльності, образотворчі матеріали, а також працювати у власному темпі; має право відмовитися від виконання деяких завдань, відкритої вербалізації почуттів і переживань, колективного обговорення («включеність» в групову комунікацію в багатьох випадках відзначається етикою і майстерністю вчителя чи психолога); має право просто спостерігати за діяльністю групи або займатися чим-небудь за бажанням, якщо це не суперечить соціальним і груповим нормам.

Варто відзначити, що при введенні елементів арт-терапії під час уроків, частину часу необхідно відвести на обговорення дитячих робіт і підведення загальних підсумків. Обговорення можна проводити кількома способами, які не обмежуються наведеними: 1) розповідь дитини про свою роботу, і, як варіант, міні-твір; 2) опитування всіх бажаних висловитися; що вони відчують, коли дивляться на роботу, яку виконали інші діти; 3) пояснення робіт від третьої особи, яка може бути представлена у працях самої дитини або інших дітей тощо. При оформленні виставки необхідно враховувати наступні вимоги: роботи (вироби) повинні розташовуватися так, щоб їх можна було добре розглянути; плоскісні композиції краще закріплювати на стендах або розміщувати на стіні, а об'ємні роботи розставляти на столі або спеціальних підставках, розташовуючи на різних рівнях висоти.

Отже, одним з методів забезпечення профілактично-оздоровчих заходів у навчально-виховному процесі може виступати арт-терапія. Також елементи арт-терапії, які використовуються під час уроків, мають унікальні можливості для профілактики психічного здоров'я школярів, корекційно-розвиткового навчання і пов'язані з розкриттям інтересів дитини, її творчого потенціалу, розвитком здатності до розуміння свого внутрішнього світу, почуттів і потреб інших людей, розвитком практичних навичок роботи з різними матеріалами, вдосконаленням навичок включення в спільну діяльність, естетичних переживань. Рішення задач розвитку має розглядатися при цьому в тісному зв'язку із завданнями збереження і відновлення їх здоров'я.

Список використаних джерел

1. Вознесенська О., Мова Л. Арт-терапія в роботі практичного психолога: Використання арттехнологій в освіті. – К.: Шк. Світ, 2007. – 120 с.
2. Гончаренко М.С. Поняття «валеопедагогіка» та «педагогічна валеологія» у психолого-педагогічній літературі // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: науковий журнал. – Суми: СумДПУ, 2010. – № 1 (3). – С. 30 – 38.
3. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М., 2002. – 240 с.
4. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. – СПб.: Речь, 2006. – 160 с.
5. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. – СПб.: Питер, 2002. – 368 с.
6. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб.: Речь, 2008. – 256 с.
7. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе.. – М.: АРКТИ, 2005. – 320 с.
8. Тарасова Е.Г. Целительные силы искусства. Арт-педагогические техники и приемы. Метод. пособие / [под общей ред. доц. С.В. Федотовой. - Тамбов: ТОИПКРО, 2006. – 49 с.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – 516 с.
10. <http://ru.wikipedia.org/wiki> (дата звернення: 6.04.2018).

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ «ОСВІТА НА ОСНОВІ НАБУТТЯ ЖИТТЄВИХ НАВИЧОК» В ОСВІТНІЙ ПРОСТІР ШКОЛИ (Юхимчук Т.І)

В умовах сьогодення проблема здоров'язбереження людства посідає сьоме місце у переліку загроз планетарного масштабу, серед яких виокремлено такі: загроза світової війни, екологічні катаклізми, нерівність економічних відносин в різних країнах світу, демографічна загроза, нестача природних ресурсів, наслідки інформаційного прогресу. Результатами наукових досліджень констатовано, що вимога виконання одного з найголовніших завдань державної освітньої програми – формування і збереження здоров'я дітей та підлітків – вступає у протиріччя з наявними ознаками соціально-економічної, геополітичної і екологічної криз в Україні.

Низка міжнародних документів, зокрема Печська, Мінська, Ашгабатська, Віденська декларації ВООЗ, рамкова основа «Здоров'я–2020 – основи європейської політики і стратегії для ХХІ ст.», «Європейська декларація з охорони психічного здоров'я», «Декларація з охорони здоров'я дітей і підлітків з обмеженими інтелектуальними можливостями й їхніх сімей», свідчить про глобальність проблеми та визначають правове поле діяльності світової спільноти. Зважаючи на актуальність проблеми збереження здоров'я громадян України, у більшості державних документів, що стосуються галузі освіти (Закон України «Про загальну середню освіту», Національна програма «Освіта (Україна ХХІ століття)», Національна доктрина розвитку освіти України у ХХІ столітті, Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, Програма «Здоров'я нації»), одним із пріоритетних завдань визначено формування основ здорового способу життя через освіту, створення здоров'язбережувального освітнього середовища, становлення духовного, психічного та фізичного здоров'я особистості, формування у школярів відповідального ставлення до нього як найвищої індивідуальної та суспільної цінності. Це ставить перед педагогічним колективом закладу середньої освіти проблему в створенні таких умов, які б, з одного боку, через впровадження інноваційних технологій навчання та виховання дали змогу оптимізувати розвиток життєвих компетентностей, творчого потенціалу кожного учня та допомогло йому стати творцем свого життя, а з іншого боку – дозволили б вийти зі стін школи із свідомим ціннісним ставленням до власного здоров'я як першочерговою умовою формування та реалізації життєвих компетентностей.

Дослідження теоретичних і прикладних аспектів проблеми здоров'язбереження молодого покоління є предметом наукового пошуку таких вітчизняних та зарубіжних учених, як Г. Апанасенка, Ю. Бойчука, Л. Горяної, О. Дубогай, Л. Попової, С. Лапаєнко та інших. Сутність валеологічної культури учнів за сучасних умов навчання розкрили Т. Бойченко, О. Бондаренко, Л. Ващенко, В. Горащук, В. Грибан, С. Кондратюк та інші. Соціальні проблеми здоров'я дітей і підлітків проаналізували Л. Бойко, Є. Неведомська, Ю. Науменко та інші. Головні чинники формування здоров'язбережувального освітнього середовища в школі визначили О. Ващенко, В. Звекова, О. Клестова, К. Оглоблін та інші. Інноваційні підходи щодо оптимізації фізкультурно-оздоровчої діяльності молодого покоління запропонували Г. Бойко, Т. Круцевич, С. Лазаренко та інші.

Мета даної роботи – проаналізувати особливості впровадження педагогічної технології «освіта на основі набуття життєвих навичок» в освітній простір школи та визначити ключові чинники її успішної реалізації.

Світовим досвідом доведено, що визначальна роль у формуванні здорового способу і безпечної поведінки належить освіті на основі розвитку життєвих навичок (ООЖН) [1, с. 9].

Згідно з визначенням ВООЗ, життєві навички – це здатність до адаптації, позитивної поведінки та подолання труднощів повсякденного життя. Життєві навички сприяють формуванню гармонійно розвиненої

особистості, її кращій соціальній адаптації, інтелектуальному й емоційному благополуччю, позитивній і здоровій поведінці. Особливе місце серед них належить навичкам протидії соціальному тискові, що допомагають учнівській молоді навчитися діяти незалежно у сучасному світі. Тому їх ще називають життєвими навичками, сприятливими для здоров'я [5, с. 11].

Об'єктивний аналіз різних підходів вчених до визначення сутності та змісту поняття «життєві навички» дозволив констатувати, що у науковій літературі не існує єдиної думки щодо чітко визначеного переліку та єдиної загально визнаної класифікації життєвих навичок. Науковці Т. Воронцова та В. Пономаренко життєві навички об'єднують у три групи, а саме: 1) емоційно-вольові (навички самоконтролю, керування стресами, мотивації успіху, гартування волі); 2) інтелектуальні (навички самоусвідомлення і самооцінки, усвідомлення життєвих цінностей, визначення життєвої мети та планування майбутнього, аналізу проблем і прийняття виважених рішень, критичного і творчого мислення, самовдосконалення); 3) соціальні (навички упевненої і гідної поведінки, ефективного спілкування, співпереживання і надання допомоги, розвитку дружніх стосунків, розв'язання конфліктів, протистояння негативному впливу оточення, запобігання і протидії дискримінації, колективної роботи, лідерства) [2, с. 36].

Вивчення наукового доробку вітчизняних та зарубіжних учених за різними напрямками дозволило засвідчити, що навчання життєвих навичок є необхідним елементом високоякісної освіти. Вони підвищують конкурентоспроможність випускників на ринку праці за умови набуття ними психосоціальних умінь: критично і творчо мислити, адекватно сприймати себе й оточення, приймати виважені рішення, будувати конструктивні міжособистісні стосунки, працювати в команді, демонструвати здатність бути лідером, зацікавлювати і створювати мотивації для інших, розв'язувати проблеми та керувати стресами [4, с. 4].

Освіта на основі набуття життєвих навичок (*life skills-based education*) – це ефективна педагогічна технологія, спрямована на формування здорової та просоціальної особистості. Вона гармонійно поєднує функції виховання (формування ідентичності, цінностей та переконань) і розвиток соціально-психологічних компетентностей учнів (їхніх знань, умінь і навичок) та сприяє формуванню своєрідного «поведінкового імунітету» до надмірно ризикованої поведінки [5, с. 12-13].

Як показує світовий і вітчизняний досвід, саме ООНЖН, на відміну від класичних інформаційних підходів, набагато ефективніше впливає на поведінку людини: підвищує стійкість до негативних соціальних впливів і істотно знижує схильність до невинновано ризикованої поведінки і вживання психоактивних речовин. ООНЖН також сприяє моральному вдосконаленню людини, усвідомлення нею важливих цінностей, розвитку комунікативності, емпатії та співробітництва, інших класичних рис гармонійно розвиненої особистості [9, с. 16].

В основі даної методики – повага до загальнолюдських цінностей і захист прав людини. Вона налаштовує на усвідомлення своїх прав і

обов'язків, розуміння прав інших людей і повагу до них, виховує гідність, миролюбність, справедливість, колективізм, почуття відповідальності, впевненість у власних силах, толерантність (визнання того, що всі люди різні, що існують різні культури), інші позитивні якості [5, с. 13].

Методика розвитку життєвих навичок реалізує концепцію особистісно орієнтованого навчання і виховання. Вона враховує вікові та індивідуальні особливості учнів, етнічні, релігійні та соціально-економічні аспекти їхнього життя, передбачає делікатне ставлення до гендерних питань. Розвиток життєвих навичок – це підхід, зосереджений на учнях, намагання зробити процес викладання динамічнішим і привабливішим, можливість негайного відпрацювання життєвих навичок з використанням інтерактивних методів навчання. Навчання здійснюється на прикладах ситуацій, близьких до реального життя учнівської молоді, з урахуванням рівня їхнього розвитку, потреб та проблем. Але при цьому враховуються не лише актуальні потреби, а й ті, що незабаром можуть виникнути в зоні їхнього найближчого розвитку [1, с. 24].

З'ясовано, що навчання здоров'я на основі розвитку життєвих навичок має на меті позитивні зміни у поведінці учнів, передбачає зміни не лише у знаннях, а й у ставленнях і навичках, які стимулюватимуть ці бажані поведінкові зміни. Освіта на засадах розвитку життєвих навичок – це синтез найуспішнішого педагогічного досвіду і досягнень психологічної науки, передусім гуманістичної психології та теорії соціального впливу [1; 2; 10].

У сучасному освітньому закладі нового типу, яким є Технологічний багатопрофільний ліцей з загальноосвітніми класами імені Артема Мазура м. Хмельницького, технології навчання здоров'я (формування та розвиток санітарно-гігієнічних навичок, розвиток життєвих навичок, профілактика травматизму та девіантної поведінки) реалізуються шляхом викладання навчальної дисципліни «Основи здоров'я» із інтеграцією тренінгового курсу «Вчимося жити разом»; валеологізації змісту інших навчальних предметів (використання руханок, вправ дихальної гімнастики, офтальмологічних тренажерів тощо); впровадження та активне використання сучасних педагогічних методів, що ґрунтуються на активній участі й співпраці учнів і педагогів (використання методу «рівний – рівному»; проведення уроків-тренінгів; розгляд та аналіз конкретних життєвих ситуацій; розігрування рольових ігор, інсценізацій; створення та презентація учнівських проєктів різного типу тощо) [14, с. 65].

Варто зазначити, що у ліцеї створено соціокультурне середовище, що базується на засадах педагогіки співпраці, толерантності, технологій особистісно зорієнтованої взаємодії, педагогіки партнерства, компетентнісному та діяльнісному підході, використання інтерактивного навчання, методик розвитку критичного мислення, сучасних ІКТ. Саме вони забезпечують творчу, партнерську співпрацю вчителя та ліцеїстів, дозволяють учнівській молоді, крім теоретичних знань, оволодіти практичними вміннями і навичками, вчать шукати правильну відповідь, прислухатися до думки товаришів, відстоювати свою точку зору, брати на себе відповідальність,

допомагають швидко зорієнтуватися і прийняти правильне рішення без допомоги вчителя. Виступаючи не самоціллю, а засобом для досягнення мети, формат використання технологій індивідуалізований. Кожен вчитель ліцею, як правило, поєднує їх із традиційними та інноваційними педагогічними технологіями, враховуючи інтелектуальний потенціал класу, мету, цілі та форму уроку [14, с. 65–66].

Упровадження педагогічної технології «освіта на основі набуття життєвих навичок» в освітній простір ліцею у 2017–2018 н.р. здійснюється шляхом реалізації програми з розвитку соціальних навичок учнів 5-9-х класів у курсі «Основи здоров'я» «Вчимося жити разом». Метою курсу є навчання життєвих навичок, які полегшують адаптацію і сприяють відновленню психологічної рівноваги. Головне завдання курсу полягає в тому, щоб досягти позитивних змін у знаннях, ставленнях, намірах, уміннях і навичках, сприятливих для розбудови миру.

Зауважимо, що групова форма роботи – ефективне середовище для розвитку креативного мислення та формування ключових життєвих компетентностей учнів. Під час роботи в групі відбувається спільне виконання поставлених завдань. У процесі роботи у школярів розвивається почуття колективізму, взаємопідтримки, взаємодопомоги, зникає відчуття страху, скованості. Працюючи в групі, учні вчаться говорити, обговорювати проблему, вислуховувати думки співрозмовника, приймати рішення. Робота в групах на уроках будується на правилах: один говорить – усі слухають; з кожної проблеми висловлюються всі члени групи; висловлювати свої думки слід чітко, лаконічно; група доручає одному з її членів виступити; цінуй час [13, с. 89].

Численними науковими розвідками [1; 2; 11; 13] встановлено, що в основі тренінгу знаходяться інтерактивні методи, які дають можливість залучити до співпраці не лише активних учнів, а й тих, кого вважають слабкими або пасивними. До найбільш поширених інтерактивних методів належать: колективне обговорення; аналіз історій і ситуацій; мозковий штурм; рольові ігри; дебати; опитування думок і тощо. Варто зауважити, що проведення занять в формі тренінгу вимагає спеціальної підготовки педагогів, а також дотримання певних умов для організації простору в приміщенні, кількості учасників, структури тренінгу тощо [14, с. 67].

У процесі педагогічної діяльності ми дійшли до висновку, що уроки «Основи здоров'я» на основі впровадження педагогічної технології «освіта на основі набуття життєвих навичок» доцільно планувати із врахуванням основних принципів креативної педагогіки, а саме:

- створення позитивного емоційного змісту навчального процесу, який сприятиме формуванню творчої атмосфери. Для цього використовую афоризми, приказки та прислів'я, уривки з творів художньої літератури, цікаві приклади з життя відомих людей тощо;

- критичне ставлення до стереотипів та установлених норм. Дуже дієвим є формулювання проблемних питань, створення проблемних ситуацій, висунування проблемно-пошукових гіпотез;

•пошук нестандартних підходів до вирішення будь-якої проблеми. На даному етапі використовуємо інтригу, таємничість, деяку театральність формування проблеми – все це підсилює мотивацію пошуку нових ідей;

•використання методу відкритого питання, однозначної відповіді на яке немає. Такі питання є розвиваючими;

•здійснення інноваційної проектної діяльності, не зважаючи на те, що ті відкриття, які вони можуть зробити на уроці, давно відомі людству [5, с. 67-68].

Системний аналіз науково-педагогічної літератури та вивчення практичного досвіду впровадження педагогічної технології «освіта на основі набуття життєвих навичок» в освітньому процесі дозволили виявити низку ключових чинників успішної реалізації ООЖН у системі освіти: підтримка держави; гідне місце у шкільному розкладі програм, заснованих на принципах ООЖН (вплив на поведінку як одна з ключових цілей; баланс знань, установок і вмінь; інтерактивні методи навчання; врахування потреб учнів; гендерна чутливість); ґрунтовна підготовка педагогів; якісні навчально-методичні матеріали; новітні результативні тренінгові методи і відповідні приміщення для інтерактивного навчання; залучення і розбудова партнерства педагогічного колективу, учнівської молоді, батьківської спільноти; створення сприятливого освітнього середовища; системний моніторинг процесу впровадження і оцінювання ефективності педагогічного впливу на поведінку учнів.

Отже, потужний позитивний досвід освітньої та превентивної діяльності Технологічного багатопрофільного ліцею з загальноосвітніми класами імені Артема Мазура м. Хмельницького та вагомий особистий професійний досвід автора статті дають вагомі підстави стверджувати, що процес формування, зміцнення, збереження здоров'я у ліцеїстів буде ефективнішим, якщо його здійснювати з використанням здоров'язбережувальних технологій, що сприятимуть створенню здоров'язберігаючого освітнього середовища в освітньому закладі, поліпшенню в учнів показників фізичного і розумового розвитку, зростанню рівня рухової підготовленості, зменшенню пропусків навчальних занять через хворобу, своєчасному зняттю розумової втоми та поліпшенню успішності учнівської молоді. Варто наголосити, що педагоги спроможні сформуванати здоров'язбережувальне середовище у освітньому закладі лише за умови тісної та плідної співпраці з учнівським колективом, батьківською спільнотою, медичними працівниками, практичними психологами, соціальними педагогами й усіма, хто зацікавлений у збереженні і зміцненні здоров'я підростаючого покоління України.

Список використаних джерел

1. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. та ін Вчимося жити разом. Програма з розвитку соціальних навичок учнів основної і старшої школи в курсі «Основи здоров'я». – К.: Вид-во «Алатон», 2016. – 32 с.
2. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Захисти себе від ВІЛ: Метод. посіб. для педагога-тренера. – К.: Алатон, 2011. – 208 с.

3. Духовний Л.Ф. Здоров'язберігаючі технології на заняттях фізичного виховання // Проф.-техн. освіта. – 2012. – № 1. – С. 37–40.
4. Єжова О.О. Теоретичні і методичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я учнів професійно-технічних навчальних закладів: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.07 «Теорія і методика виховання». – К., 2013. – 38 с.
5. Концепція навчання здорового способу життя на засадах розвитку навичок / авт.–упоряд. Марі–Ноель Бело. – К.: Генеза, 2005. – 80 с.
6. Куканова О.Д., Корчагин В.Н. Модель деятельности педагога по формированию культуры профессионального здоровья будущих рабочих // Сред. проф. образование. – 2012. – № 7. – С. 47–51.
7. Ландо О.А. Використання здоров'язбережних технологій у навчально-виховному процесі педагогічного коледжу // Педагогіка формування твор. особистості у вищ. і загальноосвіт. школах: зб. наук. пр. / Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя: Класич. приват. ун-т, 2014. – Вип. 37. – С. 247–254.
8. Михайлова Н.Н., Рудой О.Ф. Модель внедрения здоровьесберегающих технологий в учреждения профессионального образования // Сред. проф. образование. – 2012. – № 2. – С. 20–22.
9. Мізяківська Г. Впровадження програми «Сприяння просвітницькій роботі «рівний – рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя» // Профтехосвіта. – 2013. – № 7. – С. 15–18.
10. Онлайн курс підготовки вчителів «Вчимося жити разом» (розвиток соціальних навичок у курсі предмета «Основи здоров'я»): Портал превентивної освіти [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://autta.org.ua>
11. Оржеховська В.М., Пилипенко О.І. Превентивна педагогіка: навч. посіб. – Черкаси: Вид. Чабаненко Ю., 2007. – 120 с.
12. Основи здоров'я. Навчальна програма для учнів 5-9 класів загальноосвітніх навчальних закладів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mon.gov.ua/ua/activity/education/56/general-secondary-education/educational_programs/1349869088/
13. Сологуб А.І. Креативна освіта: моніторинг якості: навч. посіб. – К.: ТОВ «Інформаційні системи», 2012. – 119 с.
14. Юхимчук Т.І. Використання технології розвитку креативного мислення на уроках «Основа здоров'я» // Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість в умовах європейської інтеграції: зб. матер. XVI Всеукр. наук.-практ. конф., Київ, 25-26 квітня 2013 р. – К.: Вид-во Європейського університету, 2013. – Т. 2. – С. 65–68.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ЧИННИК ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ *(Гузь В.В., Жейнова С.С.)*

Людина є найважливішою цінністю суспільства. Проте з кожним роком збільшується кількість чинників, які негативно впливають на її життя та здоров'я. Для України головною проблемою, яка пов'язана з майбутнім держави, є забезпечення та зміцнення здоров'я дітей та учнівської молоді. Турботу викликає погіршення стану фізичного та розумового розвитку підростаючого покоління, зниження рівня народжуваності й тривалості життя, зростання смертності, особливо дитячої [8; 10]. У нашій державі розв'язання проблеми формування здорового способу життя здебільшого

покладається на державні установи, насамперед – заклади освіти. Проте сучасна школа не завжди спроможна ефективно здійснювати процес формування навичок здорового способу життя у молодіжному середовищі. Однією з першочергових задач соціально орієнтованої держави має бути сприяння розвитку молодого покоління, задоволення його життєво важливих потреб для творчого розвитку. Все це передбачається Конституцією України, Конвенцією ООН про права дитини, Всесвітньою декларацією про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей і Планом дій щодо їх виконання. Втілення в життя вимог цих документів потребує невідкладних дій, спрямованих на ефективне вирішення головної проблеми забезпечення здоров'я дітей і молоді, що вмотивовано різким погіршенням стану їх фізичного, розумового і духовного розвитку [5].

Проблеми здоров'язбережувальних технологій досліджували вітчизняні та зарубіжні науковці: С. Алещенко, Ю. Бойчук, Л. Гривняк, К. Даєне, О. Дубогай, С. Іванкова, Л. Логінова та інші.

Особливої актуальності набувають дослідження педагогів: В. Горащука, О. Дубогай, С. Кириленко, С. Лапасенко, С. Свириденко, С. Тищенко, В. Шахненко та інших, в яких розкриваються різні аспекти формування культури здоров'я та здорового способу життя. Психолого-педагогічні та соціальні аспекти здорового способу життя дітей та молоді охарактеризовано в дослідженнях О. Безпалько, І. Зверєвої, Н. Зимівець, Г. Лактіонової, І. Соковні-Семенової тощо.

Метою даного дослідження є аналіз основних аспектів здоров'язбережувальних освітніх технологій в сучасному освітньому процесі.

Здоров'я людини можна охарактеризувати як динамічний стан організму який відзначається повним фізичним, інтелектуальним, психічним, духовним і соціальним благополуччям і піддається впливові способу життя людини. Саме тому все істотніше відчувається гостра потреба у створенні системи формування здорового способу життя з орієнтацією на нове розуміння взаємозв'язків Людини та Природи, сенсу життя, долі людства, а також того, що ми впливаємо на оточення, і самі перебуваємо під впливом інших людей. Крім того, необхідно виробити у людей ставлення до власного здоров'я як до найбільшої цінності [5].

Найбільш руйнівний вплив на стан здоров'я молоді чинять шкідливі звички. Сьогодні в країні спостерігається тенденція до збільшення проявів негативної поведінки серед дітей та молоді, прилучення до нікотину, алкоголю, вживання наркотиків, ранні сексуальні зв'язки, рання вагітність дівчат-підлітків. Усе це різко погіршує стан фізичного і психічного здоров'я підлітків.

У дітей та молоді розвиваються агресивність, невдоволеність, почуття заниженої самооцінки, що нерідко спричинює конфлікти з однолітками, вчителями, батьками.

Вибір способу поведінки у молодій людині існував завжди, але сьогодні в умовах вільної пропаганди алкоголю, тютюну, поширення

ВІЛ/СНІДу та наркоманії цей вибір зробити непросто і часто він робиться не на користь здоров'я [5].

Вирішення цієї проблеми є одним із пріоритетних завдань нового етапу реформування освіти в Україні. виправити ситуацію можна комплексом заходів, серед яких належне місце посідають заходи системи закладів освіти. Передусім йдеться про збереження та зміцнення здоров'я учнів, формування мотивації на ведення здорового способу життя в навчально-виховному процесі школи [9].

Ефективність оздоровлення школярів можлива за умови створення цілісної системи, що інтегрує оздоровчі освітні технології, досягнення сучасної медицини, залучення громадських організацій сфери формування здорового способу та профілактики девіантної поведінки молоді. Але особливе місце та відповідальність в оздоровчому процесі відводиться закладам освіти, які повинні формувати здоров'язбережувальним освітній простір.

Усе це можливо лише за умови впровадження здоров'язбережувальних технологій в навчально-виховний процес школи. Технологія – це системний метод створення, застосування знань з урахуванням технологічних та людських ресурсів та їхнього взаємовпливу, що має на меті оптимізувати форми освіти.

Серед загальної класифікації освітніх технологій виокремилася нова група – здоров'язбережувальні технології, які об'єднують в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів. Кожен педагог повинен планувати та організовувати свою діяльність з урахуванням пріоритетів збереження та зміцнення здоров'я всіх суб'єктів освітнього процесу, за умови постійної взаємодії з дітьми та учнями, батьками, медичними працівниками та психологами [4; 5; 6].

Технологія проектується виходячи з конкретних умов і орієнтуючись на заданий, а не передбачуваний результат. Тому проектування здоров'язбережувального освітнього середовища ми розглядаємо як найважливіший елемент роботи по збереженню і зміцненню здоров'я учнів та молоді.

Вітчизняні та зарубіжні науковці (М. Безруких, М. Смирнов) переконані, що до здоров'язбережувальних освітніх технологій слід віднести всі педагогічні технології які не завдають шкоди здоров'ю учнів [5].

Деякі вчені пропонують виокремити поняття «здоров'яформувальні виховні технології» розуміючи під ним психолого-педагогічні технології, програми, методи спрямовані на виховання в учнів культури здоров'я, мотивації на ведення здорового способу життя і відношення до свого здоров'я, як найвищої цінності [11].

Інші науковці під здоров'язбережувальними технологіями розуміють: сприятливі умови навчання дитини в 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.

Аналіз усіх існуючих здоров'язбережувальних технологій дає можливість зазначити їх наступні типи.

Здоров'язбережувальні – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу, відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини.

До конкретних методів належать: диспансеризація учнів; профілактичні щеплення; забезпечення рухової активності; вітамінізація, організація здорового харчування (включаючи дієтичне); дотримання санітарно-гігієнічного режиму закладу; профілактика простудних та вірусних захворювань.

Оздоровчі – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я дітей учнівської молоді, підвищення потенціалу здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія.

Технології навчання здоров'ю – гігієнічне навчання, вироблення життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами статевого виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загально-навчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти.

Виховання культури здоров'я – виховання у дітей та молоді особистісних якостей, які спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я, посилення мотивації на ведення здорового способу життя, підвищення відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини [4].

Здоров'язбережувальні технології реалізуються через такі напрями освітньо-виховної діяльності: створення умов для зміцнення здоров'я школярів та їхнього гармонійного розвитку; організацію навчально – виховного процесу з урахуванням його психологічного та фізіологічного впливу на організм учня; розробку і реалізацію навчальних програм з формування культури здоров'я і профілактики шкідливих звичок; корекцію порушень соматичного здоров'я з використанням комплексу оздоровчих і медичних заходів; медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку школярів; функціонування служби психологічної допомоги вчителям і учням щодо подолання стресів, тривожності; гуманного підходу до кожного учня, формування доброзичливих і справедливих відносин у колективі; контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм організації навчально-виховного процесу; нормування навчального навантаження і профілактики стомлюваності учнів; організацію збалансованого харчування учнів у школі.

Принципи навчання, що віддзеркалюють найважливіші та нагальні потреби школи, відповідають цілям здоров'язбережувальних освітніх технологій.

Загальнометодичні та специфічні принципи існують в органічній єдності, створюючи систему. Вони розкривають закономірності оздоровчої педагогіки.

Серед *специфічних принципів* виокремлюють: принцип свідомості; принцип активності; принцип наочності; принцип системності та послідовності; принцип «Не зашкодь!»; принцип повторення; принцип поступовості; принцип доступності; принцип індивідуалізації; принцип неперервності; принцип циклічності; принцип урахування вікових та індивідуальних особливостей учнів; принцип всебічного та гармонійного розвитку особистості; принцип оздоровчої спрямованості; принцип комплексного міждисциплінарного підходу до навчання школярів; принцип активного навчання; принцип формування відповідальності учнів за своє здоров'я та здоров'я оточуючих; принцип зв'язку теорії з практикою [2].

Систематичний вплив на організм та психіку учнів може бути успішним лише за умови доцільного використання методів здоров'язбережувального впливу.

Метод навчання – це впорядкована діяльність педагога, спрямована на досягнення визначеної мети навчання. Під методами навчання часто розуміють сукупність шляхів, засобів досягнення мети, вирішення завдань, а, відповідно, завдання педагогіки оздоровлення вирішуються шляхом застосування методів здоров'язбережувальних освітніх технологій.

Методи навчання: оповідання, лекція, демонстрація, ілюстрація, відеометод вправи, практичний метод, ситуативний метод, ігровий метод,.

Використання методів та прийомів залежить від професійних здібностей учителя, його особистої зацікавленості. Тільки об'єднавши всі окремі підходи в єдине ціле, можна створити оздоровчий освітній простір, де будуть реалізовані ідеї здоров'язбережувальної педагогіки.

Мета всіх здоров'язбережувальних освітніх технологій – сформувати в учнів необхідні знання, вміння та навички здорового способу життя, навчити їх використовувати отримані знання в повсякденному житті.

Загалом процес навчання в умовах здоров'язбережувальної педагогіки складається з трьох етапів, які відрізняються один від одного як специфічними завданнями, так і особливостями методики.

I. Етап початкового ознайомлення з основними поняттями та уявленнями.

Мета – сформувати в учнів уявлення про основні поняття здорового способу життя, уявлення про правила збереження здоров'я. Досягти виконання елементарних правил здоров'язбереження (на рівні первісного вміння). Створити мотивацію на ведення здорового способу життя.

II. Етап поглибленого вивчення.

Мета – сформувати повноцінне розуміння основ здорового способу життя. Уточнити уявлення про правила здоров'язбереження. Досягти свідомого виконання правил збереження та зміцнення здоров'я. Сформувати практичні знання, уміння і навички, необхідні в повсякденному житті.

Ш. Етап закріплення знань, умінь та навичок збереження та зміцнення здоров'я та їх подальшого вдосконалення.

Мета – сформувати навички збереження здоров'я у повсякденному житті. Досягти стабільності та автоматизму при дотриманні правил збереження здоров'я, виконання цих правил відповідно до вимог їх практичного застосування. Забезпечити варіативне дотримання правил здорового способу життя залежно від конкретних практичних умов.

Завдання кожного з означених етапів можна вирішувати як одночасно, так і послідовно, оскільки вони всі тісно взаємопов'язані [2].

У закладах освіти найбільш доцільними є технології, які [2]: мають за основу комплексний характер збереження здоров'я; беруть до уваги більшість факторів, що впливають на здоров'я; враховують вікові та індивідуальні особливості учнів; забезпечують запровадження цілей та змісту політики освітнього закладу зі зміцнення здоров'я учнів та формування здорового способу життя; контролюють виконання настанов, зміст яких має здоров'язбережувальний та профілактичний характер; постійно покращують санітарно-гігієнічні умови навчального закладу, матеріально-технічну та навчальну базу, соціально-психологічний клімат у колективі відповідно до сучасних вимог; заохочують учнів до участі в плануванні оздоровчої діяльності навчального закладу та до аналізу виконаної роботи; формують позитивне ставлення учнів, взаємоповагу та взаєморозуміння між учителями й учнями та учнів між собою; обґрунтовують умови послідовності в реалізації технології; здійснюють періодичну оцінку ефективності технології; залучають батьків до збереження та зміцнення здоров'я дітей; практикують особистісно-орієнтований стиль навчання та стосунків з учнями; створюють освітнє середовище, що забезпечує комфортні та безпечні умови життєдіяльності учнів і вчителів.

У вирішенні проблеми збереження здоров'я дітей різних закладів освіти важливе значення має взаємодія з громадськими організаціями, яка сприяє соціальному партнерству закладу, як представнику державного сектору і громадських організацій – громадського сектору. Партнерство – це спільна діяльність декількох сторін, своєрідна колективна робота. В ідеальному партнерстві партнери навчаються один у одного та впливають один на одного [1; 7]. Взаємодоповнюваність школи та громадських організацій, які діють на спільній території, визнають свободу вибору, унікальність і впливовість один одного. Головною особливістю соціального партнерства визначаються зміни, що призводять до покращення ситуації (в даному контексті здоровий спосіб життя як одна з пріоритетних цінностей) в інтересах дітей та молоді.

Важливими ознаками соціального партнерства визначають: обмін інформацією та досвідом (партнери мають постійно спілкуватися та обмінюватися інформацією. Цей процес є передумовою визначення спільних цілей, цінностей та повноважень); поділ повноважень, відповідальності та управлінських функцій між сторонами; спільне надання ресурсів (часу, коштів, інформації). Без цієї складової соціальне партнерство школи та громадських організацій перетвориться на «дискусійний клуб» і не приведе

до вирішення проблеми; спільне вирішення проблемних ситуацій; наявність взаємної вигоди [1, с. 6-7].

Отже, сучасний рівень цивілізації і культури висуває в число найважливіших для людини пріоритетів завдання самому навчитися не хворіти, бути здоровим. Для системи освіти це завдання трансформується в імператив використовувати для досягнення цієї мети ті технології, якими володіє педагог, психолог.

Постановка завдання здоров'язбереження в освітньому процесі може розглядатися в двох варіантах – завдання-мінімум і завдання-максимум.

Завдання-мінімум відповідає фундаментальному принципу медицини, педагогіки та психології: «Не нашкодь!». Реалізація робочої програми включає виявлення і каталогізацію чинників, що надають або потенційно здатних надати шкідливу (патогенну) дію на організм учня, – його фізичне, психічне (психологічне), репродуктивне, моральне здоров'я, і, надалі, усунення самих цих чинників або пом'якшення їх дії на учнів і педагогів. Відповідно, самі патогенні (або умовно патогенні) чинники, пов'язані зі школою, освітнім процесом, можуть бути розділені на три групи: що стосуються гігієнічних умов освітнього процесу (гігієнічні), обумовлені організацією навчання (організаційно-педагогічні) і пов'язані безпосередньо з роботою вчителів, адміністрації, співробітників освітньої установи (педагогічні для психологічні чинники) [2].

Завдання закладу освіти полягає не лише в збереженні здоров'я учнів на період навчання, але і в підготовці їх до подальшого успішного і щасливого життя. Завдання здоров'язбережувальної педагогіки – забезпечити особистості дитини високий рівень реального здоров'я, сформувати культуру здоров'я [2; 3].

Надалі вирішення проблеми збереження здоров'я особистості дитини потребує подальшого вирішення сучасних форм, методів та засобів впровадження здоров'язбережувальних технологій навчання в освітній прості закладів освіти.

Список використаних джерел

1. Алещенко С. Соціальне партнерство: теорія та практика: посіб. для неприбуткових некомерційних організацій. – У 2-х ч. – Суми: СОМГО «Матриця», 2004. – Ч. 2. – 44 с.
2. Бойко Т.В. Здоров'язберігаючі технології і сучасна система освіти // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Педагогічні науки. – 2013. – Вип. 108.1. – С. 56-62.
3. Горяня Л.І. Педагогічні умови організації навчально-виховного процесу курсу «Основи здоров'я» // Основи безпеки життєдіяльності. – 2005. – № 1. – С. 61-63.
4. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі // Здоров'я та фізична культура. – 2006. - № 8. – С. 1-6.
5. Гуріненко Н.О., Рибалка О.Я. Освітні здоров'язберігаючі технології – шлях до збереження здоров'я школярів // Вісник Полтавського державного педагогічного університету імені В.Г. Короленка. Педагогічні науки. – 2007. – С. 82-88.
6. Калька Н., Макаренко С. Здоров'язберігаючі компетенції педагога в умовах сучасного освітнього простору // Укр. наук. журн. «Освіта регіону». – № 4. – 2013. – С. 156-162.

7. Менеджмент громадських організацій: вибрані питання теорії та практики: навч. посіб. / А.Ю. Жулавський, О.Г. Дегтяренко, Є.В. Кірсанова та ін. – Донецьк: ТОВ «Цифрова типографія», 2007. – 262с.
8. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / за ред. Е.М. Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. – 248 с.
9. Освіта в інноваційному поступі суспільства / Доповідь Міністра освіти і науки України С.М. Ніколаєнка на підсумковій колегії МОН України 17 серпня 2006 р. // Освіта України. – 2006. - № 60/61 . – С. 13.
10. Страшко С.В. та ін. Інфекційні хвороби, що набули соціального значення. – К.: «Освіта України». – 2006. – 56 с.
11. Холодова Н.О. Порадник учителю основ здоров'я: Методичні рекомендації та орієнтовне планування уроків основ здоров'я (5-9 класи) / Н.О. Холодова. – Харків: ХОНМІБО, 2008. – 108 с.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

(Пастухова Н.Л., Садовниченко Ю.О., М'ясоєдов В.В.)

Стан здоров'я – найважливіший показник благополуччя суспільства, що віддзеркалює поточну ситуацію і опосередковано прогнозує майбутнє нації. Сприяння покращенню здоров'я є системною діяльністю майже всіх інституцій суспільства [8, с. 33], яке пред'являє високі вимоги як до професійного фаху, так і до рівня фізичного розвитку та фізичної підготовленості представників спільноти. Існує протиріччя між потребою держави у формуванні здорового покоління і сучасними умовами життя та праці свідчить про необхідність орієнтації системи освіти на збереження здоров'я. Для нашої країни проблема здоров'язбереження є особливо актуальною на тлі демографічних проблем і завдань модернізації освіти [5, с. 18; 38].

Мета даної роботи – аналіз здоров'язбережувальної складової педагогічних технологій різних рівнів освіти та умов її реалізації.

Здоров'я – це стан повного благополуччя в різних сферах життєдіяльності; фундаментальна потреба людини, реалізація її природного потенціалу; ресурс, процес і результат задоволення фізичних, психічних і соціальних потреб кожної людини; найвища загальнолюдська і суспільна цінність, яка проявляється в здатності зберігати й покращувати природне місце існування, збільшувати тривалість і покращувати якість життя завдяки можливості контролю та керування факторами, що їх зумовлюють [8, с. 20; 31]. Забезпечення здорового способу життя і всеохоплюючої та якісної освіти у світоглядній парадигмі сталого розвитку проголошено домінуючими глобальними цілями людства [34].

Чинниками, які найсуттєвіше впливають на стан здоров'я в цілому, вважають генетичну складову, стан довкілля, якість медичного обслуговування, умови та спосіб життя [49]. Окрім вищезазначених на стан здоров'я учасників навчально-виховного процесу впливають гігієнічні умови, навчально-організаційні та психолого-педагогічні фактори [15, с.19; 28, с. 9].

Ефективність освіти безпосередньо залежить від стану здоров'я учнівської молоді і викладачів та повноцінної реалізації здоров'язбереження. Зміна освітньої парадигми зі «знаннєвої» на «компетентнісну» зміщує акцент з пріоритетного розвитку пізнавальних здібностей молоді на розвиток особистісної сфери, що можливо за умови збереження здоров'я [15, с. 19]. Взаємозв'язок між індивідуальним рівнем освіти та станом здоров'я підтверджують результати міжнародних досліджень[42]. Ця позитивна кореляція пов'язана з більш здоровою поведінкою, аргументованим прийняттям рішень з питань охорони здоров'я освіченою людиною, уникненням сумнівних ситуацій тощо.

Здоров'язбереження – сукупність політичних, економічних, соціальних, правових, медичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і культурних норм і правил, які забезпечують раціональне використання «капіталу здоров'я» та його ефективне відтворення [21, с. 51].

Здоров'язбереження можна розглядати з різних позицій:

- як систему державних, регіональних і громадських заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення;
- як підсистему, яка формує людський капітал регіону;
- як інституцію – сукупність політико-правових, економічних, соціальних, медичних, організаційних і культурних норм і правил, агентів й інституційних посередників, різноманітності культурних моделей і соціальних відносин, взаємодія і взаємовплив яких забезпечує певний тип використання «капіталу здоров'я» жителів регіону (раціональне або неефективне) і певний тип його відтворення (просте, розширене, звужене);
- як галузь народного господарства, що надає населенню особливі суспільні блага – медичні послуги;
- як підсистему, в якій здійснюється процес розробки управлінських рішень (програм, проектів, заходів) стратегічного і тактичного характеру щодо реалізації державної, регіональної політики в сфері охорони здоров'я з урахуванням географічних, кліматичних, економічних, екологічних, соціальних, культурних, етнічних умов регіону (у рамках фінансової, кадрової, науково-технічної, організаційної, алокаційної політики) [26, с. 3–4].

У освітній галузі здоров'язбереження є складовою педагогічних технологій усіх рівнів – дошкільного, середнього та вищого, покликаних сприяти формуванню освітнього простору збереження та культури здоров'я [28, с. 3; 39]. Здоров'язбережувальні освітні технології можна розглядати і як якісну характеристику будь-якої педагогічної технології, її «сертифікат безпеки для здоров'я» [28, с. 10], і як сукупність принципів, прийомів, методів, які, доповнюючи педагогічні технології навчання та виховання, наповнюють їх ознаками здоров'язбереження. У цьому сенсі констатуємо синергізм здоров'язбережувальних (медико-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, соціально-психологічних, екологічних, безпеки життєдіяльності) та педагогічних технологій, що використовуються для досягнення спільної мети – формування здоров'язбережувальної компетентності шляхом набуття

учнями/студентами навичок збереження та зміцнення здоров'я, дбайливого ставлення до особистого та суспільного здоров'я. Компетентність щодо збереження здоров'я втілюється у здатності застосовувати усі належні компетенції в конкретних умовах та обставинах на користь збереження, зміцнення і формування здоров'я [44, с. 5].

У процесі реалізації змісту освіти навчальні заклади використовують такі групи педагогічних технологій [12; 22; 27; 35]:

технології пояснювально-ілюстративного навчання, орієнтовані на реалізацію репродуктивного рівня сформованості універсальних навчальних дій, головними методами яких є пояснення в поєднанні з наочністю, адомінуючими видами діяльності – слухання і запам'ятовування. Пояснювально-ілюстративні технології обмежують можливості принципів індивідуалізації і диференціювання навчання;

технології особистісно-орієнтованого навчання, які реалізуються на основі особистісно-орієнтованого підходу, використовуються з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку особистості, спрямовані на реалізацію продуктивного і креативного рівнів сформованості універсальних навчальних дій;

технології розвивального навчання, які будуються на основі активізації навчання, мотивації учнів/студентів, включення внутрішніх механізмів особистісного розвитку, спрямовані на реалізацію креативного рівня сформованості універсальних навчальних дій, на цілісний гармонійний розвиток особистості;

технології проблемного навчання, які дозволяють закріпити теоретичні знання на практиці, перейти від репродуктивного та продуктивного засвоєння змісту освіти до креативного, за якого зростають показники творчого мислення і пізнавальної активності учнів/студентів.

Серед інноваційних технологій [19; 20], сутність яких полягає в оновленні змісту, методів, форм навчання і виховання, модернізації організації спільної діяльності викладача і учня/студента з метою підвищення ефективності, результативності та якості освіти, найчастіше використовуються технології *розвитку критичного мислення* (система стратегій і методичних прийомів, що забезпечує облік індивідуальних особливостей студентів, дозволяє працювати зі значним інформаційним потоком у різних галузях знань) [6; 32]; *контекстного навчання* (наповнення змісту освіти професійно-практичною складовою) [3; 4]; *імітаційного навчання* (акцент на активних методах навчання з урізноманітненням ролей учнів/студентів) [10]; *модульного навчання* (організація навчання «блоками» з обов'язковим контролем кожного модуля) [40]; *інтерактивного навчання, навчання дією, тьюторингу, коучингу* (навчання у співпраці) [17; 23]; *адаптивного навчання* (гнучка система організації освітнього процесу з урахуванням: індивідуальних та психофізіологічних особливостей, здібностей і нахилів учнів/студентів; соціокультурних особливостей регіону; соціальних запитів населення; вимог держави; освітніх стандартів) [37]; *дистанційного навчання* (використання можливостей інформаційно-комунікаційних засобів) [24].

Педагогічні технології, наповнені змістом здоров'язбереження, базуються на:

- принципах системності (перетворення комплексу освітньо-виховних заходів у єдину логічно обґрунтовану систему); професійної компетентності (особиста готовність педагогів до роботи за даним напрямком, наявність знань про розвиток потенціалу здоров'я і здорового способу життя та їх застосування); гуманізації відносин (уважне ставлення до особистих почуттів та емоцій кожної дитини, створення здорового психологічного мікроклімату в групі); індивідуалізації (створення максимальних можливостей для індивідуалізації дитини і формування адекватного сприйняття себе самого, своїх сил, можливостей, прагнень, бажань); бінарності взаємодії (активність вихованців у самопізнанні і активність дорослих у допомозі дитині); гарантії безпеки (виконання вимог Хартії прав людини, Конвенції про захист прав дитини, практична реалізація постулату «не нашкодити ні дією, ні бездіяльністю»); єдності вимог (забезпечення тісної співпраці та єдиних вимог освітніх установ, сім'ї, суспільства у формуванні, збереженні і зміцненні здоров'я);

- алгоритмізації дій: оцінювання рівня ставлення до здоров'я → аналізу чинників здоров'я, які потребують коригування → розробки дій щодо покращення ситуації → здійснення заходів та дій → оцінювання результативності;

- пріоритетних напрямках діяльності – створення сприятливого середовища для здоров'я; освіта заради здоров'я; розвиток гармонійної особистості; сприяння громади розвитку здорового покоління;

- моніторингу рівня сформованості компетентності [1, с. 41–42; 8, с. 33; 50].

Здоров'язбережувальна педагогіка включає послідовне формування у дитячому садку, середній школі, закладі вищої освіти освітнього простору, де отримання учнями/студентами освіти відбувається без шкоди для здоров'я, формується культура, яка практично втілює потребу вести здоровий спосіб життя, турбуватись про власне здоров'я та здоров'я оточуючих [15, с. 21].

На дошкільному освітньому рівні перевагу надають медико-профілактичним, фізкультурно-оздоровчим, ігровим технологіям, корекційним технологіям, технологіям забезпечення соціально-психологічного благополуччя дитини, здоров'язбереження педагогів, технологіям валеологічної освіти батьків [29], результатом застосування яких має бути повноцінний фізичний та емоційний розвиток дитини, формування основ гігієни та фізичної культури.

Школа є часткою соціокультурного середовища, складові якого значною мірою визначають усі аспекти життєдіяльності школи; в той же час школа як універсальна соціальна інституція може компенсувати негативні впливи середовища на розвиток особистості і здоров'я учнів [18, с. 11]. Якщо в початковій школі домінує просвітницька діяльність щодо здорового способу життя, у середній школі продовжується формування правильних уявлень про це поняття, а учні старшої школи формують свої компетенції з огляду на вступ у самостійне життя. Здоров'язбережувальне освітнє середовище школи має: забезпечити відповідний характер освітнього процесу і безпеку його

учасників (впровадження здоров'язбережувальних технологій і науково обґрунтованого навчального режиму, забезпечення рухової активності учнів, оздоровчої інфраструктури, здорового харчування в школі тощо); сприяти підвищенню культури здоров'я учасників навчально-виховного процесу (педагогів, учнів та їхніх батьків), їх готовності до здорового способу життя; створити умови для корекції порушень здоров'я, реабілітації та оздоровлення ослаблених учнів та учнів з особливими освітніми потребами (розробка індивідуальних освітніх траєкторій, індивідуальних і групових оздоровчих програм, розбудова інклюзивної освіти, неспецифічна первинна профілактика соціально зумовлених захворювань і т. ін.) [18, с. 10]. Формування навичок здорового способу життя, компетентності щодо збереження здоров'я, правової, екологічної, емоційно-психологічної культури у середній школі відбувається у процесі вивчення шкільних дисциплін базового та варіативного компонентів (особливо «Основ здорового способу життя», «Основ валеології», «Основ безпеки життєдіяльності» (ОБЖ), «Основ здоров'я» тощо). Лідерами у цій царині виступають учасники міжнародного проекту «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю» [9; 30].

У вищій школі реалізація технологій спрямована на розвиток та удосконалення складових здоров'я молоді, на формування культури здоров'я на основі поглиблених знань, на об'єднання взаємопов'язаних компонентів – прийняття цінностей здорового способу життя і практичну реалізацію набутих компетентностей [16, с. 401; 33]. Зміст, завдання, принципи, методи, функції, технології професійної підготовки на основі сучасних вимог до випускника враховуються у моделях навчання здоровому способу життя у вищій школі, серед яких Чарлтон Ені [36] виокремлює:

Медичну (профілактичну), побудовану на фактологічній освіті і формуючу безпечний стиль поведінки. Ризики її застосування: на поведінку людини впливає забагато факторів;

Освітню, яка розвиває вміння приймати рішення на основі достовірної інформації. Викладачі знайомлять молодь з інформацією про будь-яку загрозу для здоров'я в майбутньому, сподіваючись, що цього достатньо для відмови від шкідливих звичок. Ризики: у прийнятті рішень стосовно здоров'я більший акцент робиться на особистісних і соціальних аспектах, ніж на факторах, пов'язаних з можливою хворобою;

Радикально-політичну, яка акцентує увагу на прийнятті індивідуальних рішень стосовно здоров'я. Втім, лівова частка чинників належить до соціальних обставин, дій уряду, екологічних проблем, низького фінансового статусу тощо;

Самопосилення, яка об'єднує достовірну інформацію профілактичної моделі, навички для прийняття рішень, що розвиваються в рамках освітньої моделі, і підтримує здоровий спосіб життя, яке забезпечується радикально-політичною моделлю. Ризики: недостатня сформованість компетенцій, що потребують самопосилення;

Модель дії на благо здоров'я, яка максимально сприяє формуванню ціннісного компонента особистісного і громадського здоров'я.

Основними учасниками навчально-виховного процесу середньої та вищої ланок зазвичай виступають педагоги та учні/студенти. Кожна із зазначених сторін має свою місію і своє коло завдань, які втілює у практику.

Зміст діяльності педагога акцентується на створенні дієвої системи соціально-педагогічних та психологічних заохочень, які стимулюватимуть формування в учнів/студентів валеологічної свідомості, структурних компонентів відповідального ставлення до здоров'я; організації власної професійно-педагогічної діяльності, що сприяє формуванню позитивної мотивації до здорового способу життя, до систематичних занять фізичною культурою і спортом; формуванню екологічної свідомості, поважливому ставленні до людей різної статі та стану здоров'я; спрямуванні власної педагогічної компетентності на формування в учнів/студентів навичок, умінь культури здоров'я, на профілактику шкідливих звичок; професійно-педагогічному самовдосконаленні, вивченні вітчизняного та зарубіжного соціально-педагогічного та медико-соціального досвіду з питань здорового способу життя, тощо [23, с. 307 – 308].

Утім, порівняно невелика кількість педагогів орієнтована на збереження свого здоров'я і дбайливе ставлення до здоров'я учня/студентів. Значна частина викладачів здійснює професійну діяльність в стані напруги адаптаційних механізмів або їх зриву, в стилі авторитарної педагогіки, роблячи вагомий внесок в невротизацію освітнього середовища, завдаючи ще більшої шкоди власному здоров'ю та здоров'ю учня/студента. Багато педагогів не виокремлюють здоров'я як пріоритетну особистісну цінність, не володіють методами самодіагностики і саморегуляції станів, комплексом навичок і технологій збереження і розвитку здоров'я учня/студента та власного здоров'я [15, с. 18].

Становлення учнівської молоді як суб'єкта здоров'язберігаючої навчальної діяльності означає перетворення її на суб'єкт самооздоровлення, опанування способів раціональної діяльності в будь-якій сфері, її усвідомлену саморегуляцію, добір індивідуально-раціональних прийомів, способів навчання і спілкування, осмислену організацію навчальної діяльності, контролю та рефлексії її результатів, побудову індивідуальної освітньої траєкторії [7]. Стосовно дієвого компоненту учнівської молоді Роджерс Харт пропонує вісім рівнів, представлених у вигляді «Щаблів участі»: маніпулювання; декорування; токенізм (формальна поступка принципу або вимозі, але без повної згоди з ним); призначення дорослими та інформування; консультування та інформування; рішення, що приймаються за ініціативою дорослих разом з учнями; рішення, що приймаються за ініціативою учнів під керівництвом дорослих; рішення, які приймаються за ініціативою учнів разом з дорослими [45, с. 8]. Ідеальним варіантом є рівень, коли дії стосовно збереження здоров'я є усвідомленими і втілюються у повсякденне життя.

Проте сьогодні студентська молодь змушена навчатися в жорстких рамках, визначених навчальними планами і програмами (великий обсяг різноманітної інформації, дефіцит часу, проблеми адаптації), коли надмірні навантаження призводять спочатку до формування дисфункцій, а потім до

стійких порушень різних фізіологічних показників. Нестача рухової активності сприяє підвищенню стомлюваності та зниженню працездатності. На тлі відсутності здоров'язбережувальних механізмів загострюються хронічні хвороби. Особливо актуальна проблема медико-психологічної реабілітації студентів з особливими потребами [14, с. 101–102].

Характеристики системи освіти, пов'язані з якістю освітніх закладів, впливають на стан здоров'я і, як наслідок, на результати навчання. Серед них – структурні та організаційні особливості освітніх систем, ресурси, доступні для освітніх закладів, включаючи економічну та фінансову підтримку (впливають на розмір групи, на навчальні витрати на кожного студента, оплату праці викладачів, тривалість навчання та ін.) та людські ресурси (якість фахового рівня викладачів, їхня компетентність). За результатами досліджень [42], доступність та якість освітніх послуг може пояснювати певну невідповідність та нерівність у сфері здоров'язбереження.

У закладах вищої освіти здоров'язбережувальні технології в основному реалізуються через просвітницько-педагогічну діяльність (валеологія, ОБЖ, бесіди, консультації з проблем здоров'я); фізкультурно-спортивні заходи (заняття фізичною культурою, спортивні гуртки, секції, лікувальна фізкультура); медико-гігієнічну діяльність (медогляди, диспансеризація, моніторинги); психологічний супровід (консультації психолога, тренінги, кабінети релаксації); рекреаційні заходи і рекреаційну інфраструктуру (бази і будинки відпочинку, пільгові путівки, методики з релаксації); технології забезпечення безпеки життєдіяльності (інженерно-технічні служби вишу, громадянська оборона, протипожежне оснащення тощо) [14; 28]. Проте домінуючими є перші три, тоді як інші види збереження здоров'я представлені слабше [28, с. 105].

Сучасна тенденція іноземних вишів – активне використання мобільних трекерів активності, біосенсорів, додатків персонального аналізу стану здоров'я для відстеження стану здоров'я та біофізичних даних з подальшим коригуванням фізичних навантажень у процесі тренувань, управлінням здоров'ям [43, 46, 48, 51]. Впровадження інформаційних технологій як форми самоконтролю та чинника корекції фізичних навантажень розширює можливості біопедагогіки, підвищує вмотивованість студентів до турботи за власне здоров'я [11, с. 57].

Задля прикладу впровадження здоров'язбережувальних технологій у вищій школі варто акцентувати увагу на діяльності медичних університетів. Середовище охорони здоров'я стрімко змінюється і суспільство потребує розширення спектру компетенцій фахівця охорони здоров'я. Ці тенденції сприяють побудові індивідуальних освітніх траєкторій [41] з урахуванням можливостей кожного студента. У медичних університетах інтеграція наукових і практичних заходів збереження і зміцнення здоров'я сягає максимального ступеня. Методи активного навчання [2, 20] доповнюють класичні, педагоги-новатори модернізують навчальні програми, курси, наповнюючи їх зміст новітніми фактами, адаптують нові технології для покращення як індивідуального, так і групового навчання [47]. Варіант

узгодження навчальних цілей з відповідними технологіями у медичних вишах представлено на рис. 1.

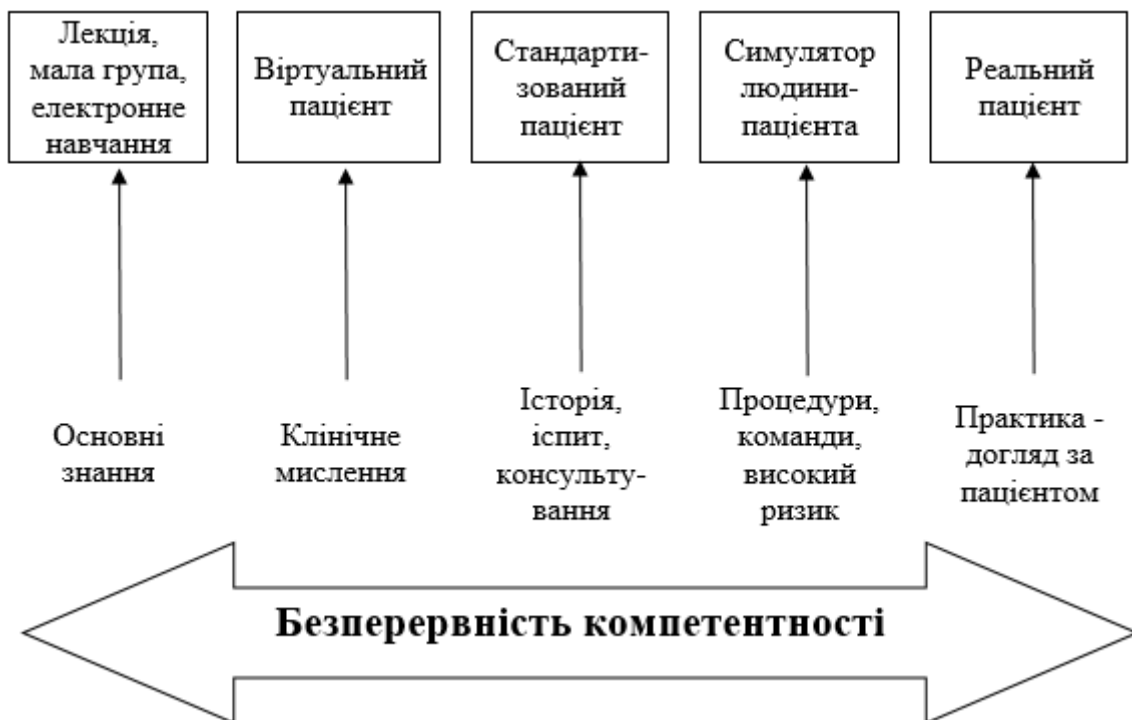


Рис. 1. Узгодження навчальних цілей у закладах медичної освіти [47, с. 93]

Для забезпечення професійного успіху майбутнього лікаря, яке значною мірою визначається станом його власного здоров'я, та контролю сформованості компетенції здоров'язбереження, медичні університети застосовують низку інноваційних педагогічних технологій: у очному навчанні – аудиторні системи відповіді (*ARS*), комп'ютерні програми, інтерактивні дошки («*Smart Boards*»), кейси; у дистанційному навчанні системи управління навчанням (*LMS*), масові відкриті онлайн-курси (*MOOC*), доповнена реальність та віртуальні навчальні середовища, медичні візуалізації; у симуляційному навчанні – манекени, віртуальні пацієнти, віртуально-реальні (*VR*) тренажери; у клінічній практиці – клінічні технології для збору даних в режимі реального часу від пацієнтів та спеціалізація тощо [47, с. 93–104].

Забезпечення цивілізаційної стійкості [13] вимагає від кожної країни максимального розвитку інтелектуального потенціалу, яке можливе у здорового покоління. На сьогоднішній день не існує єдиної універсальної системи здоров'язбереження, формування ціннісного ставлення до здоров'я, дотримання здорового способу життя. Основна відповідальність у вирішенні цієї проблеми покладена на сферу освіти, де за допомогою освітніх технологій, наповнених змістом здоров'язбереження, намагаються створити умови фізичного, психічного, соціального і духовного комфорту, формують ціннісне відношення до власного та суспільного здоров'я. Впровадження будь-якої технології має відбуватись з урахуванням її впливу на самооцінку, навички командної роботи та саморегуляцію навчання, формування

універсальних та професійних компетенцій майбутніх фахівців задля їхнього професійного розвитку протягом усього життя.

Список використаних джерел

1. Акопян И.А. Организационно-педагогические условия здоровьесберегающей деятельности педагогов в работе с детьми дошкольного возраста. ИМЦ-ИНФО Информационный бюллетень. 2011. № 1–2 (36–37). С. 41–43.
2. Борисова Н.В., Князев А.М. Дидактические условия использования игровых технологий в подготовке специалистов. М.: ВИПК МВД России, 1999. 59 с.
3. Вербицкий А.А. Компетентностный подход и теория контекстного обучения. М.: ИЦ ПКПС, 2004. 84 с.
4. Вербицкий А.А. Контекстно-компетентностный подход к модернизации образования. Высшее образование в России. 2010. № 5. С. 32–37.
5. Вдовиченко Є. Місія філософії освіти в реформуванні освітньої системи України. Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії. 2017. Вип. 10. С. 17–22.
6. Даутова О.Б., Крылова О.Н., Мосина А.В. Традиционные и инновационные технологии обучения студентов: Учебное пособие. Ч. 2. Под ред. проф., чл.-кор. РАО А. П. Тряпицыной. СПб.: КАРО, 2006. 71 с.
7. Дзятковская Е .Н. Здоровьесберегающие образовательные технологии: новые акценты. URL: http://www.iro86.ru/images/documents/Obr._Deyat/umo/zdorovesberegauhie_technology.pdf (дата звернення 25.04.2018).
8. Гусак П.М., Зимівець Н.В., Петрович В.С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: Монографія, за ред. д-ра педагог. наук, проф. П.М. Гусака. Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. 219 с.
9. Єжова О.О., Бесєдіна А.А., Бережна Т.І. Школи здоров'я у країнах Східної Європи: теорія і практика: монографія; за заг. ред. О. О. Єжової. Суми: Сумський державний університет, 2016. 288 с.
10. Ефимов В.М., Комаров В.Ф. Введение в управленческие имитационные игры. М.: Наука, 1980. 255 с.
11. Завьялов А. И., Завьялов Д. А., Завьялов А. А. Биопедагогика– основа спортивной тренировки. Теория и практика физической культуры. 2007. № 7. С. 56–58.
12. Зайцев В. С. Современные педагогические технологии: учеб.пособ. В 2-х кн. Кн. 1. Челябинск: ЧГПУ, 2012. 411 с.
13. Залывский Н. П. Геополитическая конкуренция государств за экономическое лидерство в будущем мире. Век глобализации. 2014. №1(13). С. 55–65. URL: <http://www.socionauki.ru/journal/articles/242962> (дата звернення: 22.03.2018).
14. Ивахненко Г. А. Здоровьесберегающие технологии в российских вузах. Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 99–111. URL: http://www.vestnik.isras.ru/files/File/Vestnik_2013_6/Ivachnenko.pdf (дата звернення: 23.04.2018).
15. Иминова О. Ю. Проблемы и развитие современного здоровьесберегающего образования. ИМЦ-ИНФО Информационный бюллетень. 2011. № 1–2 (36–37). С. 16–22.
16. Карапузова Н. Д. Здоров'язбережувальні технології у системі професійної підготовки майбутніх учителів початкових класів. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2015. № 1. С. 39–45.
17. Кларин М.В. Интерактивное обучение – инструмент освоения нового опыта. Педагогика. 2000. № 7. С. 12–18.
18. Колесникова М.Г. Создание условий для обеспечения здоровья участников образовательного процесса в деятельности школ – победителей ПНПО. ИМЦ-ИНФО. Информационный бюллетень. 2011. № 1–2 (36–37). С. 10–16.
19. Лаврентьев Г.В., Лаврентьева Н.Б. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов: учеб. пособ.: в 3-х ч. Барнаул: Изд-во Алт. гос. ун-та, 2002. Ч.1. 156 с.

20. Лаврентьев Г.В., Лаврентьева Н.Б., Неудахина Н.А. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов: учеб. пособ.: в 3-х ч. Барнаул: Изд-во Алт. гос. ун-та, 2002. Ч.2.232с.
21. Лепихина Т.Л., Пепеляева А.В. Анализ взаимодействия формальных и неформальных правил в формировании института здоровьесбережения. Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2012. № 15. С. 50–59.
22. Махмутов М.И. Проблемное обучение: основные вопросы теории. М.: Педагогика, 1975. 368 с.
23. Омельченко С.О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків: монографія. Луганськ: Альма-матер, 2007. 352 с.
24. Полат Е. С., Бухаркина М. Ю. Современные педагогические и информационные технологии в системе образования: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2010. 368 с.
25. Пометун О. И., Пирожено Л. В. Интерактивные технологии обучения: теория и практика. К.: А.С.К., 2002. 136 с.
26. Пепеляева А.В. Применение институционально-эволюционного подхода в изучении системы здравоохранения региона. Управление экономическими системами. 2014. № 2 (62). URL: <http://uecs.ru/regionalnaya-ekonomika/item/2753-2014-02-13-12-04-06>(дата звернення: 23.04.2018).
27. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: учеб.пособ. М.: Народное образование, 1998. 256 с.
28. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. М.: АПК и ПРО, 2002. 121с.
29. Современные образовательные технологии дошкольного образования. Методическое пособие. Тюмень: ТОГИРРО, 2013. 64 с.
30. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: монографія / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, О.Р. Артюх та ін.; наук. ред. О.М. Балакірева. К.: ЮНІСЕФ, Укр.ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. К.: «К.І.С.», 2011. 172 с.
31. Стратегические документы. Важные заявления, декларации и т.п., относящиеся к политике ВОЗ в Европейском регионе. URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents> (дата звернення: 02.04.2018).
32. Халперн Д. Психология критического мышления. 4-е междунар. изд.СПб.: Питер, 2000. 512 с.
33. Хрестоматія з педагогіки вищої школи: Навчальний посібник /За заг. ред. В. І. Лозової. Х.: Віровець А.П. «Апостроф», 2011. 408 с.
34. Цілі сталого розвитку 2016-2030. URL: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku> (дата звернення:20.03.2018).
35. Цибульникова В. Е., Леванова Е. А. Педагогические технологии. Здоровьесберегающие технологии в общем образовании: учеб.пособ. (с практикумом) для студентов педагогических вузовпод общей редакцией д-ра пед. наук, проф. Е. А. Левановой. М.: МПГУ, 2017. 148 с.
36. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни. Вопросы психологии. 1997. № 2. С. 3–14.
37. Шамова Т. И., Давыденко Т. М. Управление образовательным процессом в адаптивной школе. М.: Центр «Педагогический поиск», 2001. 384 с.
38. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.
39. Эффективная реализация здоровьесберегающих технологий в условиях высшего учебного заведения: материалы II Международной научно-практической конференции. Тюмень: РИО ФГБОУ ВПО «ТюмГАСУ», 2015. 200 с.
40. Юцявичене П. Теория и практика модульного обучения. Каунас: Швиеса, 1989. 272 с.

41. European Commission: Proposal for a COUNCIL RECOMMENDATION on Key Competences for Life Long Learning. URL: <https://ec.europa.eu/education/sites/education/files/swd-recommendation-key-competences-lifelong-learning.pdf> (Last accessed: 03.04.2018).
42. Garcy A. M., Berliner D. C. A critical review of the literature on the relationship between school quality and healthine qualities. Review of Education, 2018. V. 6, No. 1. P. 40–66.
43. Guide to Building an Environmental. Public Health Tracking Network. National Center for Environmental Health. Division of Environmental Hazards and Health Effects. URL: https://www.cdc.gov/ncch/tracking/pdfs/How_To_Guide.pdf (Last accessed: 22.03.2018).
44. Hall C. Developing a competent global health promotion work force: pedagogy and practice. Caroline Hall. Research Fellow, Centre for Health Research. School of Health Sciences, University of Brighton, England, UK. July 2014. 15 p.
45. Hart R. Children's participation: from tokenism to citizen ship. UNICEF International Child Development Centre Sped a ledegliln nocent I Florence, Italy, 1992. 39 p.
46. Schoffman D. E., Turner-Mc Grievy G., Jones S. J., Wilcox S. Mobile apps for pediatric obesity prevention and treatment, healthy eating, and physical activity promotion: just fun and games? Translational Behavioral Medicine. 2013. No.3(3). P.320–325.
47. Stuart G., Triola M. Enhancing Health Professions Education through Technology: Building a Continuously Learning Health System. Proceedings of a conference sponsored by the Josiah Macy Jr. Foundation in April 2015. New York: Josiah Macy Jr. Foundation, 2015. 228 p.
48. Rich E.J., Miah A. Mobile, wearable and ingestible health technologies: towards a critical research agendas, 2017. 20 p. URL: <http://usir.salford.ac.uk/42651> (Last accessed: 22.03.2018).
49. The world health report 2013: research for universal health coverage. World Health Organization, 2013. 162 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789240690837_eng.pdf?sequence=2 (Last accessed: 22.03.2018).
50. van Parreren C. F. Leren op school. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1990. 117 p.
51. Williamson B. Algorithmic skin: health-tracking technologies, personal analytics and the bio pedagogies of digitized health and physical education. Sport Education and Society. 2015.No. 20 (1). P. 133–151.

РОЗВИТОК ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ УЧНІВ ЗАСОБАМИ ЗДОРОВ'ЯФОРМУВАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ

(Онiнко В., Пилипенко Н.)

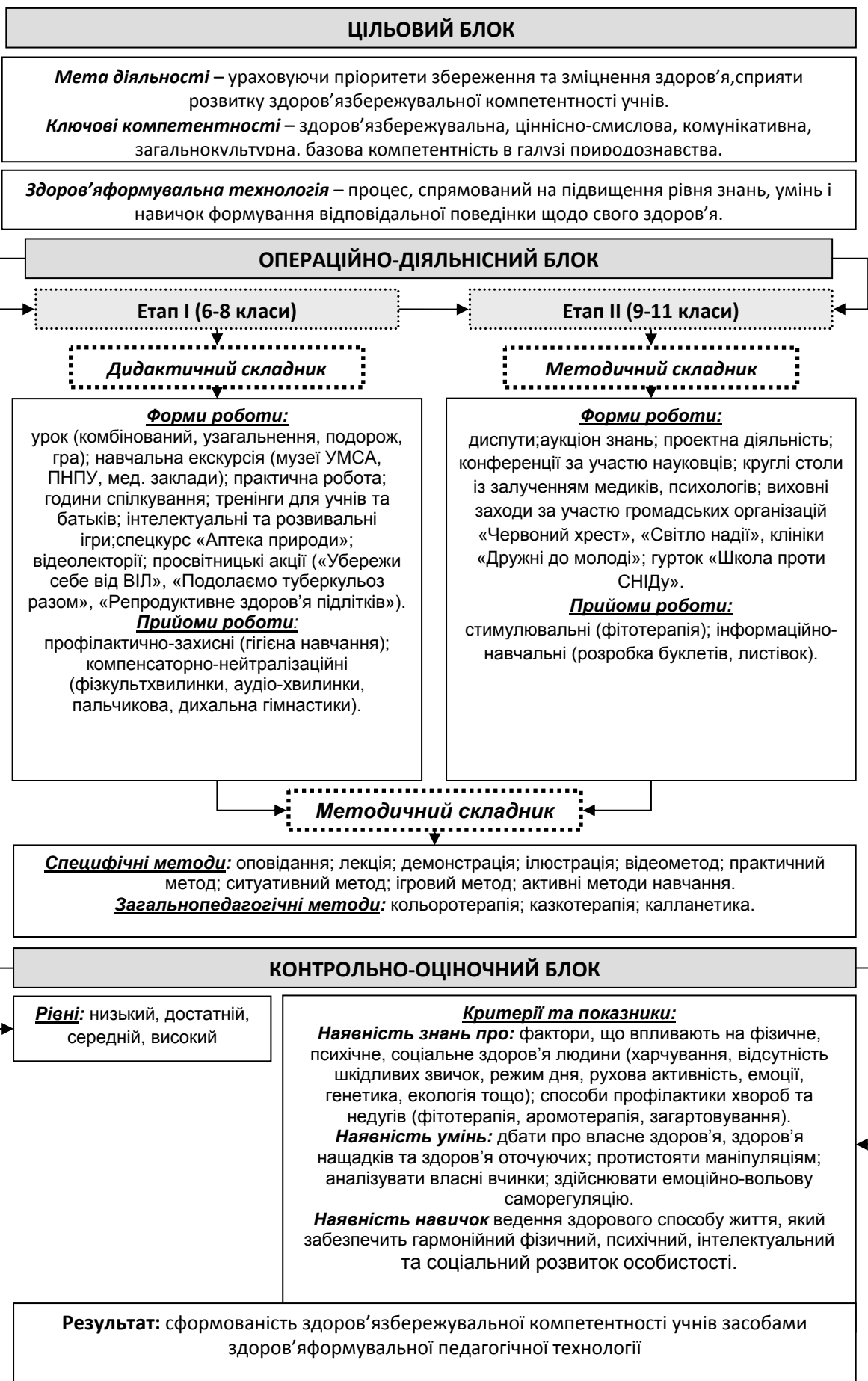
В одвічних пошуках істини люди все ж таки зрозуміли, що головна соціальна цінність – це життя і здоров'я кожної людини, а рівень цивілізації визначається духовним, інтелектуальним і фізичним розвитком кожного. Тільки гармонійно розвинена, фізично і духовно здорова особистість несе в навколишній світ тепло, красу, розуміння, любов. Саме тому одним із найважливіших завдань вчителя є створення позитивного емоційного клімату, збереження та зміцнення фізичного, духовного та психічного здоров'я дитини в освітньому процесі.

Закономірною є пильна увага, що приділяється питанню збереження здоров'я в нашій країні. Здоров'я дітей і підлітків є не тільки їхнім головним надбанням, необхідним для самореалізації життя, але й запорукою благополуччя країни, оскільки лежить в основі стабільності трудових

ресурсів, зростання економіки, сталості морального клімату в суспільстві. За останні роки в Україні зроблено значні кроки на шляху створення умов для формування здоров'я людини. Формуванню здоров'я нації через освіту присвячені розділи Закону України «Про загальну середню освіту», «Про вищу освіту», «Національної доктрина розвитку освіти України до 2021 року», «Концепції загальної середньої освіти», Концепції «Здоров'я нації через освіту», Державної програми «Діти України» та ін., визначено необхідність розв'язання одного із найважливіших завдань сучасної освіти – формування здоров'язбережувальної компетентності учнів.

Проблема впровадження здоров'яформувальної технології, у зв'язку зі своєю актуальністю, широко представлена у сучасних дослідженнях українських та зарубіжних учених. До проблеми розвитку особистості через впровадження здоров'язбережувальних методик звертаються і дослідники Ю. Бойчук, М. Гриньова, І. Зязюн, Г. Каліберда, О. Політнік, В. Стасенко, А. Царенко. Зокрема, О. Богініч, Л. Волошина, Н. Денисенко, О. Івахно, В. Оржеховська та інші досліджували поняття і класифікацію здоров'язбережувальних технологій, авторські розробки здоров'язбережувальних технологій представлені у працях О. Байер, Н. Букреєва, Н. Семенова та ін.

Вивченням проблеми збереження та зміцнення здоров'я людини як складових ключових компетентностей займалися такі вчені як Д. Воронін, І. Зимня, В. Сергієнко, виділяючи у своїх працях поняття «компетентність здоров'язбереження» [4, с.4]. Здоров'язбережувальна компетентність – це готовність самостійно вирішувати завдання, пов'язані з підтримкою, зміцненням та збереженням здоров'я, як свого, так і оточуючих [1, с. 22]. Здоров'язбережувальна компетентність учнів формується під час проведення профілактичних заходів, застосуванні здоров'язбережувальних технологій в навчально-виховній роботі, що враховують закономірності процесу здоров'язбереження [7, с. 66]. Досліджуючи проблему «Розвиток здоров'язбережувальної компетентності учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології», було враховано, що ступінь успішності оздоровчої діяльності – усунення шкідливих впливів (коректування навколишнього середовища) та підвищення стійкості до них (тренування, збільшення адаптаційних можливостей організму) визначає напрям зусиль по збереженню та зміцненню здоров'я [5, с. 27]. Для реалізації здоров'язбережувальної компетентності необхідно вплинути педагогічними методами на свідомість та поведінку учнів шляхом розвитку життєвих навичок, сприятливих для здоров'я, безпеки та гармонійного розвитку учня. Саме з цією метою потрібно організовувати здоров'язбережувальний навчальний процес на уроках та в позаурочний час, що сприятиме створенню позитивної мотивації до здорового способу життя. Система роботи по впровадженню здоров'яформувальної педагогічної технології відображена в розробленій схемі (див. рис.).



Цільовий блок схеми містить мету, методологічні підходи (особистісно-розвивальний, діяльнісний, компетентнісний, культурологічний), виокремлені компоненти ключових компетентностей учнів, які інтегруються із здоров'язбережувальною компетентністю. Таким чином, здоров'язбережувальна компетентність, як ключова, формується на міжпредметному рівні за допомогою предметних компетенцій з урахуванням специфіки предметів та пізнавальних можливостей учнів.

У зв'язку з тим, що здоров'язбережувальна компетентність є інтегральним результатом усього навчального процесу, вчителі гімназії «Здоров'я», яка з 2001 р. увійшла до Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю, у межах змісту своїх навчальних предметів, максимально використовують усі можливості для комплексної дії на особистість. Так, шкільний курс «Біологія» поряд із формуванням суто предметних компетентностей, має і таку важливу мету: мотивувати підрастаюче покоління до ведення здорового способу життя. Формуючи здоров'язбережувальну компетентність учнів, готуючись до уроків та виховних заходів враховувалися основні принципи здоров'язбереження: пріоритет турботи про здоров'я вчителя й учня; комплексний міжпредметний підхід; відповідність змісту і організації навчання віковим особливостям учнів; безперервність та наступність; успіх породжує успіх; активність; «не нашкодь»; відповідальність за своє здоров'я. Реалізація на уроках даних принципів дає можливість впроваджувати здоров'яформувальну технологію, яка є сукупністю сприятливих умов навчання дитини в 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 [5, с. 27].

Для розв'язання даного завдання необхідно сформувати у школярів стійку мотивацію до здорового способу життя, впроваджувати інноваційні зміни у змісті та організації діяльності навчальних закладів, які повинні бути тісно пов'язані із проблемою збереження та зміцнення здоров'я всіх учасників освітнього процесу. Такий спосіб життя – це не лише дотримання певних правил та поведінкових норм, а й, у першу чергу, зміна мислення, спрямована на формування культури здоров'я.

Операційно-діяльнісний блок містить характеристику дидактичного і методичного складників, етапів формування здоров'язбережувальної компетентності учнів, організацію і проведення урочних та позаурочних занять спрямованих на здоров'яформування, забезпечення взаємодії учнів, учителів, батьків, громади у реалізації мети.

Так на 1 етапі дослідження при навчанні учнів 6-8 класів, з метою формування здоров'язбережувальної компетентності, застосовуються наступні форми роботи: урок (комбінований, узагальнення, подорож, гра); навчальна екскурсія (музеї УМСА, ПНПУ, медичні заклади); практична робота; години спілкування; тренінги для учнів та батьків; інтелектуальні та розвивальні ігри; спецкурс «Аптека природи», відеолекторії; просвітницькі

акції («Убережи себе від ВІЛ», «Подоласмо туберкульоз разом», «Репродуктивне здоров'я підлітків») та прийоми роботи: профілактично-захисні (гігієна навчання); компенсаторно-нейтралізаційні (фізкультхвилинки, аудіо-хвилинки, пальчикова, дихальна гімнастики). На наступному етапі роботи учні 10-11 класів віддавали переваги таким формам роботи як диспути, аукціони знань, проектній діяльності, конференціям за участю науковців, круглим столам із залученням медиків, психологів, виховним заходам за участю громадських організацій «Червоний хрест», «Світло надії», клініки «Дружні до молоді», гурткам «Школа проти СНІДу». Серед прийомів роботи актуальними є стимулювальні (фітотерапія), інформаційно-навчальні (розробка буклетів, листівок).

Оскільки важливим елементом здоров'яформувальної освітньої технології є урок як форма організації навчання, яка забезпечує розвиток здоров'язбережувальної компетентності, розглянемо особливості її застосування на різних етапах уроку при вивченні курсу «Біологія».

Організаційний момент: психологічне налаштування з елементами тренінгу (створює довірливу атмосферу). Застосовуємо технологію забезпечення безпеки життєдіяльності [8, с. 6], що передбачає формування у дітей навичок використання психолого-педагогічних прийомів, методів, підходів для розв'язання завдань збереження і зміцнення здоров'я учнів, отримання необхідної професійної підготовки для роботи в цьому напрямі.

Актуалізація опорних знань, вмінь: на цьому етапі використовуються міні-проекти, сенкани, вправа «Мікрофон», вправа «Розминка». Міні-проекти, сенкани (мобілізують знання, виявляють рівень усвідомлення матеріалу, продукують творче начало), презентація проектів (розвиває самостійну пізнавальну діяльність, зацікавлюють, розвивають мислення, формують комунікативні вміння). Вправа «Мікрофон» застосовується з метою висловлення думок з певного завдання. Учень замість уявного мікрофона отримує м'яч, поверхня якого шорстка. Здоров'яформувальний вплив досягається за рахунок шорсткої поверхні м'яча, що стимулює кровообіг долонь, активізує чуттєве сприйняття. До того ж, перекидаючи м'яч з рук у руки, учні розвивають моторику, координацію рухів. Елементи гри сприяють емоційному розвантаженню. Вправа «Розминка» дозволяє перевірити рівень готовності учнів до уроку, повторити вивчений матеріал, сконцентрувати увагу. У ході розминки діти повинні дати визначення поняттям, що розглядалися на попередніх уроках і знадобляться в подальшому. Але необхідною умовою розминки є обмежений час на відповідь учня – 15 с., після чого лунає дзвінок. Заданий темп стимулює концентрацію уваги, сприяє формуванню комунікативних умінь. Наприклад: «Клітина – це...», «Зна наявність ядра в клітині організми поділяють на...», «Пластиди бувають...».

Вправу «Асоціації» на етапі уроку «Мотивація навчальної діяльності» можна проводити, використовуючи прийом з побудовою асоціативного ряду. Наводиться поняття чи предмет, що буде вивчатися на уроці. На дошці зображується його малюнок чи запис. Учням дається одна хвилина для того, щоб сформулювати асоціативні поняття. Під час виконання вправи діти

закривають очі, кладуть голову на парту. Краще використовувати музичний супровід. Потім асоціації озвучуються. Під час застосування цієї вправи поряд із виявленням знань в учнів розвивається образне мислення, уява, діти мають змогу психологічно розвантажитись. Наприклад: фотосинтез – частина – кисень – пластиди – листок – орган – рослина – розмноження – зелений. Також на цьому етапі можна використати вправу «Два – чотири – всі разом». У ході вправи формулюємо проблемне питання, яке й пропонуємо вирішити учням – спочатку в парі, потім із сусідами за партою. Коли закінчено обговорення в четвірці, кожна група презентує та робить висновок. Після цього результати обговорюються колективно. Здоров'яформувальний вплив досягається за рахунок створення позитивної психологічної атмосфери, розвиток комунікативних вмінь кожного учасника групи, зняття стресу, формування толерантного ставлення до однолітків. Наприклад: «Чи відбувається фотосинтез у листках, які мають червоне забарвлення?», «Як пристосована внутрішня будова листка до виконуваних ним функцій?», «Чи може рослина, потрапляючи в несприятливі для неї умови середовища, видозмінювати листки?».

Вивчення нового матеріалу: випереджувальні завдання (розвивають креативність під час визначення форми представлення інформації), проектні роботи (стимулюють інтерес до проблеми, розвивають дослідницькі вміння), міні-тренінги (змінюються внутрішні установки учасників, з'являється позитивний досвід ставлення до себе, оточуючих та світу взагалі), рольові ігри (формуються навички активно-позитивного спілкування), групова робота (стимулює до внутрішньої пізнавальної активності, саморозвитку).

Використання оздоровлювальних вправ на уроках передбачає перерви під час уроків (руханки, зорова та пальчикова гімнастика фізкультхвилинки, які супроводжуються віршованими текстами), які сприяють поліпшенню функціонування мозку, відновлюють тонус м'язів, що підтримують правильну поставу, знімають напругу з органів зору та слуху, з утомлених від письма пальців. Для того, щоб виконання фізичних вправ було цікавим для дітей, через кожні 2-3 тижні змінюємо вправи, виконуємо їх під музику, включаємо танцювальні рухи. Щоб у дітей не збивався ритм дихання, а їхні рухи були точними та сильними, під час проведення таких фізкультхвилин промовляється текст, а діти виконують вправи. Наприклад:

Дві ягідки, дві вишеньки

Зростали у саду (руки вгору розвести)

Летіло два горобчики – (махи руками)

Поїли до смаку (рухи головою вгору, вниз, вправо, вліво)

Дві кісточки із ягідок

Упали до землі (присіли)

На весну дві черешеньки з'явилися молоді (встали)

Закріплення набутих знань: складання таблиць, схем, діаграм (формує творчий підхід, виявляє рівень засвоєння матеріалу), моделювання за заданими параметрами (демонструє глибину знань, підкреслює індивідуальність).

Етап *узагальнення знань* починаємо із вправи «Чи правда, що...». Учням пропонується твердження по темі уроку. Якщо вони погоджуються з ним – плескають в долоні, якщо ні – тупотять ногами. Наприклад: «Чи правда, що клітини рослин мають ядра?», «Чи правда, що існує два види кореневих систем?», «Чи правда, що кореневище – видозмінений корінь?», «Чи правда, що провідна зона є найбільшою у корені?». Зміна виду діяльності, активізація рухової діяльності, напруження та розслаблення м'язів знімає відчуття втоми, здійснюється масаж активних точок на долонях, правильна реакція сприяє покращенню самооцінки, підносить настрій.

Важливо зазначити те, що здоров'язформуюче навчання потребує нових структурних елементів уроку: психологічне налаштування, рефлексія, релаксація. *Рефлексія*: короткі висловлювання, незакінчені речення (забезпечують зворотній зв'язок між усіма учасниками процесу, прогнозують наслідки діяльності, формують самооцінку, виявляють очікування), сигнали (повідомляють про реальний стан справ). Вправа «Підіб'ємо підсумки» – один з найпоширеніших прийомів усної рефлексії, що, як правило, застосовується на етапі завершення уроку, – це промовляння за такою схемою: на уроці я... – дізнався..., – зрозумів..., – навчився... , – найбільший мій успіх – це..., – найбільші труднощі я відчув..., – я не вмів, а тепер умію..., – я змінив своє ставлення до..., – на наступному уроці я хочу... Під час цієї вправи кожен учень має змогу подолати психологічний дискомфорт, висловити власну думку щодо теми уроку. Вчитель може реально оцінити рівень комфорту на уроці, рівень первинних знань учнів. *Релаксація*: розслаблення (зняття емоційного напруження), усмішка (позитивні емоції), дотягнутися до зірок (підтримують задоволення від праці), похвала (додає впевненості).

Розвиток інтелектуальних, творчих здібностей учнів, усвідомлення власної значущості, уміння працювати над проблемою самостійно і в групі, самореалізація все це можливо, застосовуючи *метод проектів*. У старших класах, вивчаючи, наприклад, тему «Органічні сполуки клітини», учні отримують групові завдання, спрямовані на формування культури раціонального харчування. Наприклад: «Негативний вплив антибіотиків на здоров'я людини», «Захворювання, викликані нестачею хімічних елементів», «Авітаміноз і гіпервітаміноз: як знайти золоту середину».

Екологічний аспект здоров'язформувальної технології полягає у вихованні у школярів любові до природи, потреби піклуватися про неї, залученні їх до дослідницької діяльності у сфері екології, формуванні гармонійних взаємин із природою. Фундаментальними принципами запровадження програми «Школа без стін» є: гармонізація розвитку психічного, фізичного і духовного здоров'я дітей, співтворчість учителів, учнів, батьків, навчально-виховна робота, спрямована на особистість, впровадження інтерактивних методик. Саме тому вивчати біологію краще, безпосередньо спілкуючись із природою. Важливе проведення уроків – спостережень, уроків – досліджень серед природи. На живих прикладах діти мають більше шансів засвоїти матеріал, використати набуті знання на

практиці. Окрім того на свіжому повітрі діти почувають себе комфортніше, ніж сидячи за партою. Можливе використання елементів рухових ігор для вирішення біологічних завдань.

Комплекс вправ гімнастики для очей проводиться на заняттях, де переважає розумове навантаження. Вправи складені у вигляді ігор та казок з урахуванням віку дітей. Можна використовувати наступні види вправ:

1. Примружити очі, потім відкрити (5 разів).
2. Колові рухи очима (3 рази в одну сторону, 3 – в іншу).
3. Подивитися на кінчик носа (3 рази)
4. Закрити очі руками і витримати 15-20 с.
5. Знайти очима в кімнаті предмет зеленого кольору і кілька секунд дивитися на нього.

Масаж є засобом терморегуляції, тактильним подразником, а також заспокійливим засобом для зняття втоми. Наприклад, масаж «Чарівних точок». А. О. Уманська пропонує проводити масаж певних точок обличчя, які пов'язані із регуляцією імунітету людини, покращенням загального самопочуття.

Отже, особливостями здоров'язбережувального уроку є: відповідне розташування дітей у класі, єдність спілкування та діяльності; позитивне емоційне налаштування, що дає можливість зняти напругу, яка могла з'явитися раніше, виступає організаційним моментом і мотивацією на урок чи тему, активне міжособистісне спілкування. Важливим компонентом уроку є робота з усвідомленням, у наслідок чого учні осмислюють своє життя, свою поведінку, стосунки з людьми, засвоюють позитивні думки про здоров'я. Ця робота з усвідомленням забезпечує формування у дітей механізму гармонізації стосунків із самим собою, з іншими, зі світом природи та світом культури.

Контрольно-оцінний блок схеми відображає критерії, показники і рівні сформованості ключових компетентностей учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології. Експериментальне дослідження перевірки дієвості та ефективності моделі представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Динаміка розвитку здоров'язбережувальної компетентності учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології

Рівень розвитку	семикласники		дев'ятикласники		одинадятикласники	
	експериментальний клас	контрольний клас	експериментальний клас	контрольний клас	експериментальний клас	контрольний клас
Низький	17	15	4	10	-	8
Достатній	50	48	36	47	10	40
Середній	33	37	41	39	52	43
Високий	-	-	19	4	38	9

У ході впровадження розробленої моделі виявлено, що на етапі констатувального експерименту рівні розвитку ключових компетентностей учнів сьомого класу експериментальної та контрольної груп було приблизно однаковими. Низький рівень для контрольних класів (КК) складав 15%, для експериментальних класів (ЕК) – 17%, достатній рівень для КК становило 48%, для ЕК – 50%, середній рівень для КК – 37%, для ЕК – 33%. Учні, які б мали високий рівень розвитку ключових компетентностей в КК та ЕК не було.

Після поетапного впровадження розробленої педагогічної моделі відбулися статистично значущі зміни. Так, після закінчення дев'ятого класу в ЕК збільшилася кількість учнів з середнім (від 33% до 41%), високим (від 0% до 19%) рівнями, а з достатнім (від 50 до 36%) та низьким рівнями (від 17 до 4%) одночасно зменшилася. У КК за цей час зміни за всіма чотирма рівнями незначні.

Аналіз оцінки рівнів розвитку ключових компетентностей одинадятикласників показав, що в результаті впровадження педагогічної моделі відбулися позитивні зміни. Так, в ЕК збільшилася кількість учнів з високим (з 19 до 38%) і середнім (з 41 до 52%) рівнями, одночасно зменшилася кількість учнів з достатнім (з 36 до 10%) і низьким (з 4 до 0%) рівнями розвитку ключових компетентностей. У КК за цей час динаміка про всіх чотирьох рівнях змінювалася менш істотно (рис. 2, 3).

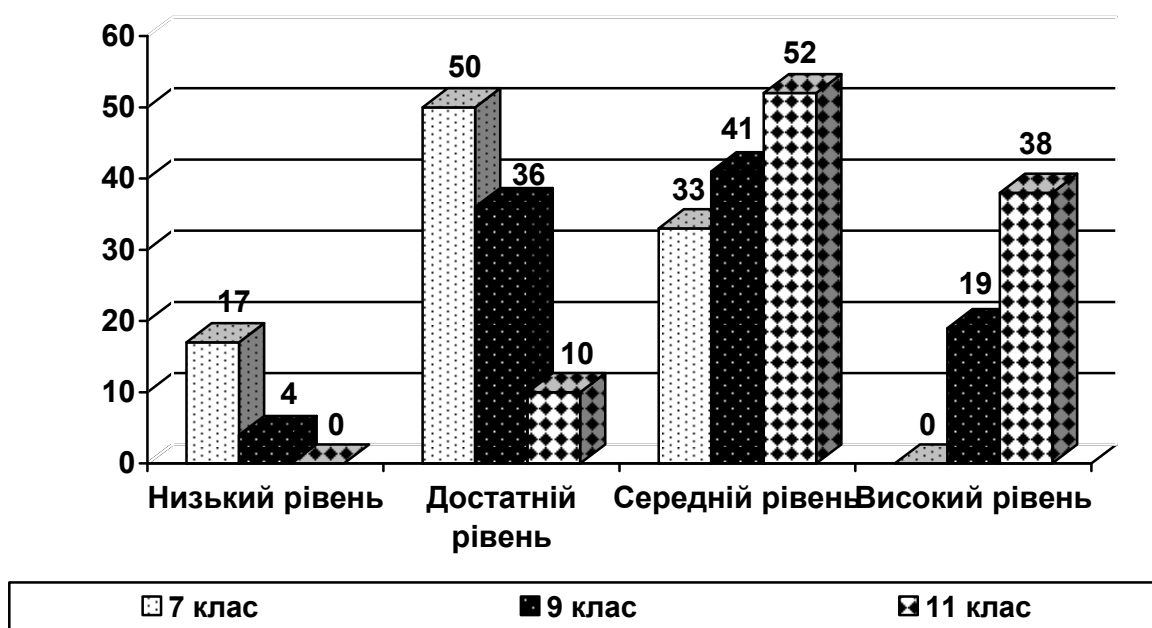


Рис. 2. Динаміка розвитку здоров'язбережувальної компетентності учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології в експериментальних класах

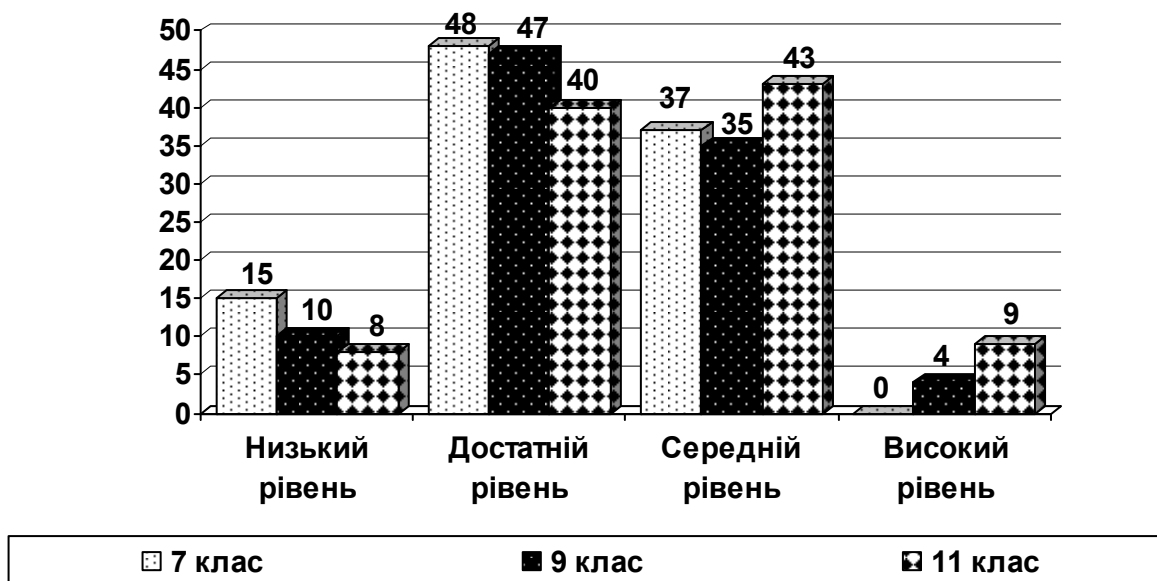


Рис. 3. Динаміка розвитку ключових компетентностей учнів засобами здоров'яформувальної педагогічної технології в контрольних класах

Отже, впровадження здоров'яформувальної педагогічної технології є важливою складовою формування здоров'язбережувальної компетентності учнів, провідним чинником виховання особистості та зміцнення її здоров'я. Завдання, які ставлять перед собою учителі у роботі над формуванням в учнів стійкої мотивації до ведення ними здорового способу життя, можуть бути вирішеними тільки за умови комплексного використання педагогами різних методів та форм здоров'язбережувальної діяльності в освітньому процесі. Цей процес спрямований на самореалізацію особистості, розкриття творчого потенціалу, розвиток і поглиблення системи наукових знань про багатогранні взаємозв'язки суспільства та природи, розуміння виключної цінності природи для кожної людини, розвиток потреби у спілкуванні з природою, її різнобічному пізнанні, що зумовлює прагнення до активної практичної діяльності та здорового способу життя.

Список використаних джерел

1. Власенко Л. Організація здоров'язбережувального навчального процесу на уроках і в позаурочний час у початковій школі // Основи здоров'я. – 2012. – № 4. – С. 21–24.
2. Зимняя И. Ключевые компетентности – новая парадигма результативного образования // Высшее образование сегодня. – 2003. – № 5. – С. 3–7.
3. Измалкова О., Колесник К. Формування здоров'язбережувальної поведінки у дитини // Основи здоров'я. – 2012. – № 10. – С. 27–30.
4. Пометун О. Компетентнісний підхід – найважливіший орієнтир розвитку сучасної освіти / О. Пометун // Рідна школа. – 2005. – № 1. – С. 65–69.
5. Постоєнко С. Упровадження здоров'язбережувальних технологій на уроках // Основи здоров'я. – 2013. – № 7. – С. 5–8.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ – ЯК СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ

(Сопова І.Ю.)

Проблема здоров'я завжди була однією з найважливіших проблем як медицини, так і суспільства взагалі. Визначення поняття «здоров'я» значно складніше, ніж поняття хвороби. На сьогодні про хворобу відомо набагато більше. Валеологія – наука про здоров'я, почала формуватися тільки у 80-ті роки минулого століття. Уявляти сьогодні як формується здоров'я, від яких чинників залежить, як впливати на ці чинники і як протистояти їхній дії – надзвичайно складне завдання. Тому вивчення різних аспектів здоров'я суспільства є одним з пріоритетних напрямків сучасної науки.

Стан здоров'я населення є показником, що відображає соціально-економічний рівень розвитку держави, стан здоров'я молоді, зокрема студентства, є запорукою формування потенціалу розвитку будь-якої країни. Дослідження стану здоров'я студентів набуває особливого значення, оскільки студенти, з одного боку, входять у групу ризику стосовно стану здоров'я, з іншого за останнє десятиріччя у світі спостерігається тенденція до погіршення здоров'я молоді. Увага щодо вивчення впливів на здоров'я молодих людей є меншою ніж, наприклад, до здоров'я дітей внаслідок зрозумілого ототожнення за статусом із дорослими (самостійність у прийнятті рішень, спосіб життя тощо), при цьому ця категорія населення є не менш вразливою за здоров'ям, ніж діти. Тому основною метою нашої роботи стало дослідження особливостей застосування здоров'язбережувачих технологій у вищих навчальних закладах з визначенням їхнього внеску у збереження здоров'я студентів.

Основними наслідками практичного використання здоров'язбережувальних технологій в усіх без винятку категоріях населення має бути не тільки збереження здоров'я людини, а й формування ціннісних орієнтацій стосовно здоров'я. У часи технічного прогресу, у результаті вирішення життєвих проблем, людина часто згадує про своє здоров'я тоді, коли виникає необхідність відвідати лікаря. Практика показує, що тільки високий рівень розвитку ціннісних орієнтирів у людини здатний призвести до формування та тривалого підтримання здорового способу життя по усіх його складових.

Здоровий спосіб життя – це спосіб життя людини, що спрямований на збереження та покращання здоров'я. Він включає такі основні елементи: раціональний режим праці та відпочинку, оптимальний руховий режим, відмова від шкідливих звичок, раціональне харчування, загартовування тощо. Здоровий спосіб життя захищає від негативних впливів навколишнього середовища, дозволяє зберегти здоров'я та досягти довголіття.

Аналіз студентського життя свідчить про те, що досить велика частина студентів не володіє навичками здорового способу життя [5, с. 79]. Так, за показниками рухової активності для значної частини студентів характерна

гіподинамія. Як найбільш небезпечному фактору впливу на здоров'я не віддається перевага зловживанню алкоголю, практично однаково сприймаються вплив алкоголю, тютюнопаління та нераціональне харчування [8, с. 220]. Хоча більшість студентів демонструє готовність до здоров'язбережуючої поведінки, у тому числі за показниками: систематичне використання фізичних вправ та інших засобів оздоровлення організму, відсутність шкідливих звичок (наркотики, алкоголь, тютюнопаління), використання гігієнічних факторів [2, с. 37].

Реалізація здорового способу життя у студентів, особливо на початку навчання, ускладнюється не тільки відсутністю навичок, а й тим, що студентська молодь вимушена працювати у рамках навчальних планів та програм. Крім екологічних, соціальних факторів на здоров'я студентів впливають фактори навчального процесу. Робочий день може складати до 10 годин, присутній гострий дефіцит часу: для підготовки до занять використовується не тільки вечірній час робочих днів, а й вихідні. Більшість спить менше 7 годин. Постійна необхідність опрацьовувати величезну кількість нової інформації призводить до швидкої втоми. Брак часу зумовлює наявність недостатньої фізичної активності, особливо рухової. Тобто у студентів існує як необхідність формування здорового способу життя, так і розв'язання завдання можливості повноцінного впровадження усіх його складових.

Під час навчання у закладах вищої освіти (ЗВО) молоді люди отримують велике навантаження на усі функціональні системи організму. Зміна діяльності, що відбувається при вступі у ВНЗ, часто супроводжується ускладненням процесів адаптації.

Процес адаптації вважається фізіологічною основою забезпечення здоров'я [1, с. 60]. Для переважної більшості людей здоровими є усі ті, хто не хворіє. Однак здоров'я – це не тільки відсутність хвороб, але і здатність повноцінно адаптуватися до умов навколишнього середовища. У критерії здоров'я основною умовою є можливість без обмежень виконувати роботу, повноцінно займатися суспільно-корисною діяльністю. Організм людини постійно випробовується на стійкість. Здоровий організм здатний забезпечувати оптимальне функціонування своїх систем за різноманітних умов. Перехід від здоров'я до хвороби розглядається як процес поступового зниження здатності організму пристосовуватися до змін оточуючого середовища.

Характер студентського життя може викликати перевантаження систем регуляції організму, зниження його адаптаційних можливостей. Спочатку можуть формуватися певні дисфункції, на які часто вчасно не звертають уваги, стійкі порушення фізіологічних показників організму можуть спостерігатися відстрочено. У студентів, на жаль, дуже часто розвиваються хронічні захворювання. Все це є свідченням того, що студенти – це та частина суспільства, яка найбільш гостро потребує сьогодні пошуку шляхів охорони їхнього здоров'я. Цілком зрозумілим є те, що метою реалізації цих шляхів є формування та підтримання здорового способу життя у студентів. Одним з

таких основних шляхів вважається запровадження здоров'язберезувальних технологій у вищих навчальних закладах.

Сьогодні в основному у ВНЗ переважають такі *види здоров'язберезувальних технологій*: 1) *фізкультурно-спортивні заходи* (фізичне виховання як дисципліна, спортивні гуртки, секції тощо); 2) *просвітницько-педагогічна складова* (безпека життєдіяльності, основи біоетики та біобезпеки, валеологія, бесіди, профільні конференції тощо); 3) *технології забезпечення безпеки життєдіяльності* (робота інженерно-технічних служб закладу тощо) [7, с. 105].

Безумовно *фізкультурно-спортивна діяльність* студентів посідає особливе місце серед здоров'язберезуючих технологій. Значення м'язової діяльності у фізіології людини дуже велике. Вже давно доведеним вважається той факт, що ефективність розумової діяльності знижується за умов низької фізичної активності, при цьому стрімко погіршується концентрація уваги, зростає нервово напруження, розвивається втома, апатія, роздратованість тощо. Показана залежність між захворюваністю на ГРЗ, ГРВІ, грип та фізичною активністю студентів [6, с. 120]. Абсолютно неспростовним є те, що оптимальний руховий режим – найважливіша умова здорового способу життя, а значить і збереження та укріплення здоров'я людини. Крім того, вважається, що фізкультурно-оздоровча діяльність сприяє не тільки поповненню дефіциту рухової активності та формуванню фізичних якостей, а й долучається до формування таких якостей особистості людини як цілеспрямованість, зібраність, що у подальшому допомагає у формуванні ціннісних орієнтирів щодо здоров'я [7, с. 106].

Провідну роль у формуванні здорового способу життя у студентів відіграє викладання таких дисциплін як валеологія, безпека життєдіяльності, основи біоетики та біобезпеки. Але яке місце вони наразі сьогодні посідають у навчальних планах ВНЗ України? Після останніх, кардинальних змін у навчальних планах українських ВНЗ, що відбулися у 2016 році, ці дисципліни скорочені до мінімуму навіть у навчальних закладах медичного профілю та зовсім відсутні у інших. Хоча цілком зрозумілим є те, що викладання відповідних дисциплін обумовлює формування не тільки знань майбутнього спеціаліста, а може розглядатися як потужний фактор впливу на формування ціннісних позитивних установок людини. Зокрема, проблематика профілактики стресу обов'язково знайде своїх слухачів, якщо її включити у курс по здоров'ю.

Технології забезпечення безпеки життєдіяльності впроваджуються у навчальних закладах через врахування вимог та рекомендацій цілого ряду спеціалістів (працівники інженерно-технічних, пожежних, комунальних служб, проектувальники, застройщики тощо), які мають ефективно функціонувати в усіх спорудах навчального закладу.

Інші види здоров'язберезувальних технологій у вищих навчальних закладах представлені слабо. Хоча їхній внесок у збереження здоров'я студентів міг би бути доволі вагомим.

Відомо, що стан фізичного здоров'я людини нерозривно пов'язаний із психічним. Однією з основних функцій центральної нервової системи є регулятивна. Здійснюючи регуляцію усіх фізіологічних функцій організму, центральна нервова система забезпечує адаптаційні можливості людини. Психічно стійка людина більше спроможна чинити опір негативному впливу будь-яких чинників, менше схильна до формування шкідливих звичок (помічений зв'язок між негативними переживаннями та тютюнопалінням, вживанням спиртних напоїв, наркотичних речовин у студентів), здатна до раціонального розподілу власних сил та ресурсів, у тому числі простіше засвоює навчальний матеріал, менше вступає у конфліктні ситуації. Розвиток психічного адаптаційного ресурсу у студентів дозволяє легше долати стрес будь-якої етіології. Тому такий різновид здоров'язбережувальних технологій як *психологічне знання та психологічні методики* є абсолютно очікуваним у сучасних умовах сьогодення. Тим більше, що він може бути доволі доступним для багатьох вищих навчальних закладів України, оскільки такі форми роботи як, наприклад, навчальні тренінги проводяться у багатьох ВНЗ, де готують спеціалістів відповідних профілей, їх тільки потрібно зробити більш масовими, адаптованими, тематичними, доступними для більш широкого загалу. Відвідання таких навчальних тренінгів здатне допомогти під час навчання, а також може бути корисним у подальшому житті. У формуванні емоційного стресу багато залежить від ставлення до того, що відбувається: від сприйняття подій як загрози соціальному благополуччю, від рівня саморегуляції, від стереотипів поведінки. Звичайно варто одночасно запроваджувати декілька психологічних методик, зокрема індивідуальне консультування спеціаліста-психолога, організація дистанційного психологічного консультування тощо. Оволодіння практиками покращання свого психічного стану не тільки позитивно позначиться на здоров'ї, а й буде сприяти формуванню ціннісних установок щодо дотримання здорового способу життя.

У час комп'ютерних технологій молодь, що навчається, постійно відчуває інформаційне перевантаження. За таких умов доцільним є застосування *рекреації* як здоров'язбережуючої освітньої технології. Точкою впливу рекреаційних заходів є психологічний стан людини. На сьогодні питання студентської рекреації є доволі складним. Щоб такі заходи дійсно були максимально корисними, має бути створена система рекреації. Розуміння як можна і краще провести вільний час є важливою навичкою на все життя. В Україні молоді люди дуже часто обирають алкоголь в якості релаксанта.

Медико-гігієнічні технології у ЗВО мають бути спрямовані у двох напрямках. З одного боку це має бути профілактична медицина, з іншого – моніторинг стану хворих студентів. Періодичні медичні огляди – це найпростіший спосіб виявлення та запобігання хвороби. У якості медико-гігієнічних іноваційних технологій на сучасному етапі рекомендується використання діагностично-навчальних комп'ютерних програм, тренажерів.

Отже, на сьогодні є цілком зрозумілим, що використання здоров'язберезувальних освітніх технологій у ВНЗ є вкрай необхідним. Комплексне запровадження різних видів здоров'язберезуючих технологій дозволяє забезпечити формування та підтримання практично усіх основних складових здорового способу життя. Єдине, що на наш погляд, тільки частково, можна охопити за рахунок здоров'язберезуючих освітніх технологій – це використання *раціонального харчування*. Можна забезпечити формування ціннісних установок щодо режиму харчування, вибору продуктів, підвищити рівень освіти молоді щодо ризиків розвитку неінфекційних хронічних хвороб, які по'язані із нераціональним харчуванням. Але завжди характер харчування населення знаходиться у тісному зв'язку із соціально-економічним становищем країни. Сьогодні ВНЗ України не під силу відкривати на своїй території дешеві, дієтичні харчоблоки. Крім того, опитування щодо організації харчування студентів у ВНЗ України свідчить про те, що хоча 90% студентів користуються послугами закладів харчування ВНЗ, але біля 40% студентів не снідають, 20% не обідають або обідають не завжди і 50 % не вечеряють або вечеряють не завжди. Третина студентів харчується двічі на день, Тільки близько 30% вживають гарячі страви, всього 17% студентів включають до раціону супи. Такий підхід студенти частково пояснюють і матеріальним становищем [9, с. 180].

Харчування – це найбільш залежний від державної політики чинник здорового способу життя. У багатьох країнах світу здійснюються програми переходу населення до здорового харчування. Вони включають у себе заходи по удосконаленню харчової політики (покращання структури виробництва та розподілу харчових продуктів, забезпечення їхньої якості), а не тільки навчанню населення навичкам раціонального та збалансованого харчування. Є приклади країн з державною дотацією ВНЗ на харчування студентів денної форми навчання. Важливим чинником є заборона продавати їжу швидкого приготування та солодощі при ВНЗ, виключення з меню страв з генномодифікованими продуктами. Багато закладів харчування обслуговують і сторонніх споживачів, але за більш високою ціною. Існують програми по залученню студентів до здорової їжі через надавання пільг студентам, які харчуються при ВНЗ, у вигляді додаткових безкоштовних страв. Тобто у ряді країн організації харчування студентів приділяється значна увага з боку як держави так і навчальних установ [9, с. 179]. В Україні же сьогодні – складна ситуація щодо цього питання. Без перебільшення існує реальна загроза погіршення якості продуктів харчування взагалі та особливо нижнього цінового сегменту. Економічна недоступність населенню натуральних харчових продуктів, намагання виробників здешевити свою продукцію за рахунок нехарчових інгредієнтів ведуть до істотних якісних змін у раціоні усіх верств населення [4, с. 130], але звичайно найбільш негативно можуть впливати на здоров'я молоді, що навчається.

У той же час характер харчування вважається чи не найбільш вагомим критерієм збереження здоров'я студентів. Здорове харчування забезпечує

повноцінний розвиток організму, визначає розумовий та фізичний стан, оптимальне функціонування усіх органів та систем, впливає на імунітет та формує адаптаційні можливості людини. Раціональне харчування передбачає: енергетичну рівновагу, збалансоване меню, дотримання режиму харчування.

Енергетична рівновага – це відповідність раціону харчування енерговитратам організму людини. Збалансованість – надходження із їжею певної кількості необхідних споживних речовин. У харчовому раціоні людей із збільшеним розумовим навантаженням має бути збалансованість енергетичної цінності та якісного складу. Потрібно, щоб раціон був збалансованим за вмістом основних поживних речовин. У студентів збільшена потреба у вітамінах (тіамін – 1,5 мг; рибофлавін – 1,8 мг; ніацин – 1,9 мг; аскорбінова кислота – 75 мг). Постійна робота зорового аналізатору вимагає введення у меню до 1000 мкг ретинолу. До 50% раціону студентів за масою повинні складати продукти з так званою високою біологічною цінністю (овочі, фрукти, соки). Є підвищена потреба у вмісті харчових волокон (пектин, клітковина), кальції, що бере участь у багатьох процесах організму, що продовжує розвиватися. З метою оптимізації обмінних процесів необхідним є введення у раціон продуктів, багатих на магній, йод, цинк.

До речі, цікавим є той факт, що рекомендації щодо особливостей студентського харчування співставляються із даними про харчування довгожителів України, отриманими науковцями Інституту геронтології НАМН України. Ці дослідження показали, що у людей із високою тривалістю життя у меню виявлений високий вміст мінеральних речовин (кальцію, магнію, фосфору), що визначають, зокрема, стан кісткової системи організму; високий рівень вітаміну А та С; вміст вітаміну Е, який вважається потужним антиоксидантом, на 26-29% перевищує норму [10, с. 143]. У зв'язку із вільнорадикальною теорією старіння, антиоксиданти суттєво гальмують процеси старіння [11, с. 488]. Так само у високих концентраціях вони потрібні молодому організму у період надмірних навантажень, оскільки, по-перше, стимулюють імунні процеси, білково-синтетичні, по-друге, забезпечують нормалізацію процесів вільнорадикального окиснення, у тому числі стінок судин, захищаючи мембрани клітин від ліпідної пероксидації.

Режим раціонального харчування передбачає регулярність, рівномірність у споживанні їжі, їсти рекомендується 3-4 рази на день.

Нераціональне харчування може призводити до розвитку цілої низки патологічних станів у студентів. Найбільш очікуваними є дефіцит маси тіла чи навпаки надмірна вага, гіповітамінози. За статистикою біля 30% студентів, що не слідкують за своїм харчуванням, звертаються із скаргами на роботу шлунково-кишкового тракту [3, с. 38]; частіше хворіють на ГРЗ та ГРВІ, скаржаться на головний біль, втому, порушення роботи серцево-судинної системи тощо.

Організм молодшої людини, з одного боку ще продовжує формуватися, з іншого функціональне навантаження студента під час навчання є набагато

більшим, ніж у інших категорій населення, тому увага до їхнього харчування має бути збільшена.

На практиці дослідження щодо харчування студентів свідчать про те, що істотна частина студентів харчується неправильно [3, с. 38; 6, с. 119]. Так, основна частина добового раціону харчування студента припадає на другу половину дня. Біля 20% студентів харчуються 2 рази на день, інтервал між прийомами їжі може сягати більше 8 годин, 40 % харчуються одномоментно. Більша частина їсть незадовго до сну. За такого споживання їжі погіршуються умови її перетравлення, відбувається перевантаження роботи шлунково-кишкового тракту, спостерігається невідповідність між масою компонентів їжі та можливостями її ферментативного розщеплення. Значна частина студентів постійно споживає смажені, жирні, гострі страви (до 18%). Контроль за об'ємом та характером їжі найчастіше продиктований бажанням слідкувати за своєю вагою (дівчата у 1,8 разів частіше обмежують себе у їжі) [6, с. 120].

Значна частина студентів п'є алкогольні напої, найбільше споживають пиво. Майже 30% часто п'ють газовані напої, 11% зловживають газованими напоями [3, с. 39]. Споживання алкоголю та солодких газованих напоїв має велике значення, коли йдеться про харчування людини та його здоров'я, оскільки треба зважати на додаткове надходження калорій, що позначається на енергетичному балансі та ожирінні.

Отже, на наш погляд, питання формування та підтримання навичок раціонального харчування, зокрема у студентів, як однієї з основних складових здорового способу життя, заслуговує дійсно особливої уваги. З одного боку, здорове харчування можна розглядати частково як спосіб подолання окремих шкідливих звичок у молоді (споживання алкоголю), з іншого – як підґрунтя для розвитку адаптаційних можливостей, а значить і для збереження та зміцнення здоров'я. Здорове харчування вважається одним з основних чинників протистояння розвитку хвороб, оскільки доведений зв'язок між характером харчування та тривалістю життя людини для абсолютно різних регіонів проживання. Складність проблеми харчування у студентів обумовлюється залежністю не тільки від матеріального забезпечення, а й від навчальних чинників. Зокрема режиму харчування можна дотримуватися тільки за умов обоюдної співпраці адміністрації ВНЗ та студента.

З наведеного можна зробити наступні висновки про те, що формування навичок збереження та зміцнення здоров'я у молодого покоління є необхідною складовою успішності будь-якої країни. Комплексне використання здоров'язбережувючих технологій у ВНЗ здатне забезпечити формування практично усіх елементів здорового способу життя. Найбільшої уваги, на наш погляд, сьогодні заслуговує проблема якості харчування студентів України.

Список використаних джерел

1. Баевский Р. М. Проблема здоровья и нормы: точка зрения физиолога // Клиническая медицина. – 2000. – № 4. – С. 59-64.

2. Болотник А.Э., Бакаев В.В. Показатели готовности студентов к здоровьесберегающему поведению // Ученые записки. – 2013. – №12. – С. 36-38.
3. Воробьева М.Ю., Линькова Н.А. Роль питания в жизнедеятельности студентов // Современные здоровьесберегающие техноогии. – 2017. – № 2. – С. 37-41.
4. Гуліч М.П. Рациональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – № 2. – С. 128-132.
5. Егорьев А.О. Здоровье студентов с позиции профессионализма // Теория и практика физической культуры. – 2003. – № 1. – С. 79-84.
6. Журавлева И.В., Иванова Л.Ю., Ивахненко Г.А. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья // Вестник Института социологии. – 2013. – № 6. – С. 112-129.
7. Ивахненко Г.А. Здоровьесберегающие технологии в российских вузах // Вестник Института социологии. – 2013. – № 6. – С. 99-111.
8. Нечаев А.В., Воробьева М.Ю., Линькова Н.А. Критерии здорового образа жизни студенческой молодежи в XXI веке // Современные здоровьесберегающие техноогии. – 2016. – № 4. – С. 219-225.
9. Пересічний М.І., Карпенко П.О., Пересічна С.М. Концепція організації харчування студентів // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – № 2. – С. 177-178.
10. Семесько Т. М. Особенности питания долгожителей Украины // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – № 2. – С. 140-147.
11. Bernhardt N.E., Kasko A.M. Nutrition for middle aged and elderly. - New York: Nova Biomedical Books, 2008. – 492 p.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНЕ ВИХОВАННЯ ЯК ОБ'ЄКТ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ: ПОЛЬСЬКИЙ ТА УКРАЇНСЬКИЙ ВИМІРИ (Сливка Л.В.)

Пошук людиною шляхів збереження і примноження свого здоров'я триває від доісторичних часів, розвиток людської цивілізації і загальний суспільний прогрес супроводжувалися перманентним накопиченням та зміною відповідних знань.

Потреби подолання глобальних проблем природничого, науково-технічного і соціально-політичного характеру та пошуку технологій виживання людства в умовах різноманітних загроз його існування, які є актуальними проблемами сьогодення, стимулюють світове співтовариство розробляти спільні вектори розв'язання проблематики здоров'язбереження, створювати ідеологічну платформу, трансформувати систему цінностей і вибудовувати послідовну комплексну діяльність у цій сфері [11, с. 7-10].

Із появою у світі концепції «промоція здоров'я» (*«health promotion»*: дослівний переклад - «просування здоров'я», «сприяння покращенню здоров'я»), старт якої пов'язують із звітом Марка Лалонда, міністра охорони здоров'я і добробуту Канади, «Новий підхід до охорони здоров'я канадців» (звіт «Лалонда», 1974), а офіційне оприлюднення і визнання - із прийняттям на міжнародній конференції в Канаді (1986) «Оттавської Хартії» [10; 12,

с. 19], перед керівництвом держав світу, за словами вчених, повстали вимоги надання освіти нової - інтегративної - якості і виховання нової - ноосферної - якості людини, нової - екологоцентричної - свідомості, нового - побудованого на загальнолюдських цінностях - ставлення до здоров'я [2, с. 11].

Розмаїта тематика щодо шляхів ефективного розв'язання вищезазначених стратегічних завдань стала предметом досліджень вчених багатьох наукових галузей. З-посеред розвідок педагогічного контексту помітно вирізняються праці щодо змісту і технологій виховного процесу, спрямованого на формування у дітей та молоді культури здоров'я і мотивації вихованців до здорового способу життя.

Євроінтеграційні процеси спонукають учених України до вивчення закордонного досвіду. Досить ґрунтовним і доцільним щодо його творчого використання у вітчизняній педагогічній науці вважаємо науковий доробок учених Республіки Польща. Оригінальне змістове наповнення низки праць польських дослідників розглядаємо як потенційне джерело, з якого можна «черпати» ідеї для реконструкції і модернізації наукових підходів у здоров'язбережувальній педагогіці України, доповнення її теоретико-методологічного підґрунтя, зокрема, у питаннях визначення категоріально-поняттєвого інструментарію.

Приміром, у вітчизняних психологічних і педагогічних словниках та підручниках з педагогіки не актуалізовано категорію «здоров'язбережувальне виховання», хоч у комплексних розвідках [1; 6; 7] та у деяких нормативно-правових документах [8, с. 43] досліджувана та подібні їй дефініції («здоров'язберігаюче виховання», «виховання здорового способу життя», «виховання здоров'язбережувальної поведінки») уже фігурують. Разом з тим, кількість праць означеного змістового формату є незначною і, поки що, маргінальними, тобто недостатньо розробленими, залишаються власне теоретичні питання здоров'язбережувального виховання.

Після появи книг Мацея Демеля (*Maciej Demel*, 1923-2017) «Про здоров'язбережувальне виховання» (1968) і «Педагогіка здоров'я» (1980) здоров'язбережувальну педагогіку у Польщі виокремили із соціальної педагогіки у субдисципліну, колом її досліджень визначили проблеми стилю життя дітей та молоді, теорію і практику здоров'язбережувальної освіти у навчальних закладах тощо і у польській педагогічній науці почав простежуватися динамічний розвиток досліджень, в яких здоров'я трактовано предметом виховання.

Для означення виховного процесу щодо збереження, зміцнення і формування здоров'я польські дослідники послуговуються поняттями «*wychowanie dla zdrowia*» [16] («виховання для здоров'я»), «*zdrowotno-pedagogiczna funkcja wychowania*» [20, s. 10] («оздоровчо-педагогічна функція виховання»), найбільш уживаним є формулювання «*wychowanie zdrowotne*» [13; 17; 19]. Прикметник «*zdrowotny*» не має в українській мові відповідника, але найближчими до нього, за змістом і сутністю, є, на наш погляд, означення «здоров'язбережувальний» і «здоров'язбережний». Тож, для тлумачення

дефініції «wychowanie zdrowotne» логічно використати чинний у вітчизняній науці термін «здоров'язбережувальне виховання».

На жаль, визначення означеного процесу, представлені у працях українських дослідників, часто носять «констатуючий» характер - без обґрунтування прийнятої автором наукової позиції щодо досліджуваного феномена, поява якої стає можливою, за логікою, лише після аналізу філософських концепцій здоров'я і його складників, сутності виховання як процесу, його «стратегій» і «тактик», зумовлених врахуванням психологічних і вікових особливостей вихованця тощо. Вважаємо, що нечітке і «розмите» дефінування здоров'язбережувального виховання уподібнює його до інших педагогічних процесів, як, приміром, «формування здорового способу життя», «здоров'язбережувальна освіта», «промоція здоров'я», інші, які, за цілями і змістовим наповненням, є досить близькими, але різняться, за методами, формами та інституційною складовою реалізації.

У доступних працях учених Польщі ми віднайшли досить глибоке теоретичне підґрунтя трактування сутності виховання для здоров'я, використання якого в українській педагогіці, сприятиме, на нашу думку, заповненню «прогалин» в операціоналізації здоров'язбережувального виховання.

Варто згадати міркування Івони Яніни Таранович (*Iwona Janina Taranowicz*), яка констатує, що актуалізоване у світі гасло «Ваше здоров'я у ваших руках» «змушує» людину рефлексувати, «покладає» на неї відповідальність за власну долю і біографію, орієнтує (мотивує) панувати над ризиками здоров'я і здійснювати самотійний контроль стану власного здоров'я, відтак - бути активними креаторами оного. Авторка стверджує, що саме ціннісно-діяльнісна концепція здоров'я сприяла позитивним зрушенням у свідомості багатьох людей: вони уже не покладаються виключно на знання і досвід лікарів, а чимраз частіше звертаються до інших джерел інформації (наукової літератури, ЗМІ), беруть участь у різноманітних освітньо-виховних програмах відповідного змісту, виявляють активність і самотійність у прийнятті рішень на користь власного здоров'я [18].

Проблему пріоритетності «аксіологічної тактики» у конструюванні здоров'язбережувальної педагогічної діяльності порушує й Анна Гавел (*Anna Gawel*). У своєму дисертаційному дослідженні [14] авторка зазначає, що усвідомлення людиною того, що здоров'я є цінністю, є першоумовою готовності взяти на себе відповідальність за власне здоров'я, а, отже, уся педагогічна активність, спрямована на збереження, зміцнення і формування здоров'я зростаючої особистості, повинна розпочинатися із формування в останньої відповідного усвідомлення.

Це означає, що стрижнем педагогічних здоров'язбережувальних ініціатив повинно бути «виховне забарвлення». Доцільність саме такого підходу дослідниця пов'язує із психологічними механізмами, які беруть участь у регулюванні поведінки особистості. Отже, конструюючи технології відповідних педагогічних впливів, необхідно орієнтуватися насамперед на розвиток такої «регулятивної інстанції» як свідомість щодо здоров'я [14].

Висновки вченої вважаємо науково виваженими, оскільки вони узгоджуються з виробленою у психології структурою інтегрованого феномена «свідомість», компоненти якої (знання - сукупність інформації; ставлення - суб'єктивне, виражене в емоціях і почуттях, переживання (оцінка) людиною певних подій і явищ; спроможність людини до постановки та досягнення мети; здатність людини до пізнання самої себе) у комплексі спрямовують певну поведінку індивіда.

За цим, погоджуємося із тезою Анни Гавел про те, що виховання для здоров'я є складником ширшого процесу - освіти -, оскільки ефективна реалізація означеного виховання можлива лише на тлі всебічного і гармонійного розвитку особистості [14, s. 4-6].

Теоретичними інтерпретаціями та представленням власного бачення аксіологічної і мотиваційної парадигм як підґрунтя моделювання змісту і технологій здоров'явиховання вирізняється змістове наповнення автореферату дисертації Мирослава Ковальського (*Mirosław Kowalski*) [15]. Провідною ідеєю відповідно спрямованих виховних впливів є, за автором, націленість на формування у вихованців здатності перетворювати зовнішні вимоги на внутрішні спонуки, «продиктовані» усвідомленням відповідальності за власне здоров'я. Вчений зазначає, що результатом цілеспрямованого виховання є культура здоров'я, яка пов'язана із усвідомленням цінності здоров'я і яка не може існувати поза цією цінністю. До того ж, говорити про культуру здоров'я особистості можна лише за умови ведення оною здорового способу життя і здійснення діяльності, сприятливої здоров'язбереженню [15, s. 19-20].

Важлива роль у здоров'язбережувальному вихованні належить знанням (інформації), які є необхідними для розуміння особистістю впливу на здоров'я, поведінку і спосіб життя людини різноманітних зовнішніх та внутрішніх чинників. Перевірені на практиці, знання перетворюються у переконання (упорядковану систему поглядів і усвідомлених потреб), які, своєю чергою, спрямовують поведінку і вольові дії особистості. Крім іншого, переконання ґрунтуються на особливостях макро- і мікросередовища [9, с. 173]. В руслі цих позицій, Мирослав Ковальський зазначає, що сформовані на основі переконань ставлення залежать від соціальних, культурних і моральних норм, які пропагуються суспільством, а «біографія здоров'я» кожної людини є, насамперед, процесом пристосування до певних ідеалів (взірців), які «переказуються» існуючими у суспільстві традиціями. У процесі пізнання, осмислення, практичної реалізації цих ідеалів, людина оцінює їхню результативність і приймає для себе певний «канон культури здоров'я», який стає своєрідним мірилом, за яким порівнюються можливі нові тенденції щодо ідеалу здоров'я [15, s. 20].

Ідеї, презентовані у працях польських науковців щодо необхідності побудови навчально-виховного процесу на засадах ціннісної парадигми, суголосні із міркуваннями українських вчених. Досить згадати, приміром, тези Оксани Жабокрицької про те, що аксіологічний підхід до здоров'я сприяє усвідомленню вихованцями відповідальності за власний

психофізичний та духовний розвиток і спонукає їх до самопізнання та самоактивності у збереженні й зміцненні здоров'я [5, с. 6]. Елла Булич та Ігор Муравов, своєю чергою, зазначають, що здоров'язбережувальні виховні впливи повинні спрямовуватися на формування в у дітей та молоді «внутрішнього спонукання» до ведення здорового способу життя [3, с. 5].

На основі вищевикладеного, а також - чинних у вітчизняному науковому просторі характеристиках виховання як процесу формулюємо авторське визначення поняття «здоров'язбережувальне виховання»: це складний інтегративний процес, спрямований на емоційно-вольову сферу особистості, формування у неї певних індивідуальних і суспільних цінностей, знань, переконань і ставлень, які у комплексі виступають своєрідним мотивом діяльності і стрижнем поведінки особистості, сприятливих збереженню її здоров'я. При цьому, формування особистої системи цінностей повинно відбуватися не шляхом моралізаторства, а у руслі «добровільного» прийняття вихованцем цих цінностей через усвідомлення реальної вигоди здорового способу життя для власних ефективної життєдіяльності і благополуччя.

Окреслюючи педагогічні засади ефективності здоров'язбережувального виховання учнів, Барбара Данута Вільк (*Barbara Danuta Wilk*) вказує на багатогранність цього процесу і радить інтегрувати у ньому формування відповідних цінностей і знань, пошук потреб вихованців, врахування мотивів його поведінки, а також взаємодію школи і родини [19]. Педагогічні умови оптимізації виховної діяльності щодо збереження, зміцнення і формування здоров'я учнів досить конкретно презентовано українськими дослідницями Оленою Ващенко [4, с. 12] і Світлоною Кондратюк [7, с. 9-15]. Викладене у дисертаціях цих науковиць дозволяє виокремити три групи педагогічних умов.

Перша - *інформаційно-змістова* - презентує обов'язкову наявність у змісті навчальних дисциплін, позакласної, позаурочної і позашкільної роботи тематики, дотичної проблемам здоров'язбереження. Це забезпечує змістовий бік освіченості особистості у питаннях щодо здоров'я. *Суб'єктно-інституційні* умови - це партнерство якомога більшої кількості суб'єктів виховання (педагогів, психологів, батьків, медичних працівників, інших) і соціальних інститутів (навчальних та позашкільних виховних закладів, родинного середовища, дитячо-юнацьких об'єднань, громадських організацій ін.). До блоку *діяльнісно-процесуальних* педагогічних умов входить активне використання у здоров'язбережувальному вихованні доцільних методів виховання, а саме: бесід, розповідей, виховних ситуацій, які уможливають реалізацію діалогічного аспекту цього процесу і сприяють формуванню у вихованців мотивації щодо ведення здорового способу життя, а також - безпосереднє «включення» вихованців у розмаїту активність щодо збереження і зміцнення власного здоров'я (фізичні вправи, рухливі і рольові ігри, забави, інше).

Здійснене дослідження засвідчує спільність поглядів українських і польських вчених щодо організаційно-педагогічних аспектів реалізації здоров'язбережувального виховання. Своєю чергою, вітчизняне теоретико-

методологічне підґрунтя означеного процесу варто доповнити, доцільно використовуючи творчі надбання у цій сфері науковців Республіки Польща. Це, на нашу думку, сприятиме уніфікації «термінологічного» інструментарію виховання для здоров'я і наближенню технологій української педагогіки здоров'я до світових та європейських стандартів.

Список використаних джерел

1. Андрущенко Н.В. Виховання здоров'язбережувальної поведінки старших дошкільників у взаємодії дошкільних навчальних закладів і сім'ї: дисертація на здобуття наук. ст. канд. пед. наук. 13.00.07 - теорія і методика виховання. - Умань, 2017. - 245 с.
2. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. - СПб.: Петрополис, 1992. - 123 с.
3. Булич Е.Г. Мурахов І.В. Валеологія. Теоретичні основи валеології: навч. посіб. - К.: ІЗМН, 1997. - 224 с.
4. Ващенко О.М. Формування умінь і навичок здорового способу життя учнів 1–4 класів шкіл-інтернатів: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.07 - теорія і методика виховання. - К., 2007. - 21 с.
5. Жабокрицька О.В. Педагогічні умови виховання основ здорового способу життя підлітків у позакласній діяльності: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.07 - теорія і методика виховання. - К., 2004. - 20 с.
6. Козак Н.І. Здоров'язберігаюче виховання підлітків основної школи в навчально-виховному процесі: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.07 - теорія і методика виховання. - К., 2016. - 22 с.
7. Кондратюк С.М. Інтегративний підхід до виховання у молодших школярів здорового способу життя: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.07 - теорія та методика виховання. - К., 2003. - 20 с.
8. Концепція загальної середньої освіти (12-річна школа) // Нормативно-правове забезпечення навчально-виховного процесу в початковій школі / упоряд. Н.Ф. Юрченко. - Х. : Вид. група «Основа», 2006. - С. 32-52.
9. Омеляненко В.Л., Кузьмінський А.І. Теорія і методика виховання: навч. посіб. - К.: Знання, 2008. - 415 с. (Навчально-методичний комплекс з педагогіки).
10. Основи громадського здоров'я: теорія і практика: навчально-метод. посіб. / за заг. ред. О.В. Безпалько. - Ужгород: ВАТ «Патент», 2008. - 322 с.
11. Співак М.В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна: монографія. Київ: Логос. 536 с. URL: http://idpnan.org.ua/files/spivak-m.v.-derjavna-politika-zdorov_yazberejennya_svitoviy-dosvid-i-ukrayina_-_d_.pdf (дата звернення: 15.04.2018).
12. Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н.В. Зимівець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошніченко; за заг. ред. І.Д. Зверєвої. - К., 2003. - 95 с.
13. Gawęł Anna Helena. Teoretyczne konteksty wychowania zdrowotnego // Kwartalnik Pedagogiczny. - 2005. - № 2 (196). - S. 49-71.
14. Gawęł Anna Helena. Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły. - Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014. - 300 s.
15. Kowalski Mirosław. Wartość edukacji i kultury zdrowotnej w różnych środowiskach wychowawczych. 24 s. URL: <http://phavi.umcs.pl/at/attachments/2016/0209/114310-autoreferat.pdf>. (дата звернення: 30.03.2018).
16. Słowska Z. Wychowanie dla zdrowia. - Warszawa, 1992.
17. Sygit Marian, Sygit Katarzyna. Wychowanie zdrowotne. - Wydanie III uzupeł. i popr. - Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, 2008. - 238 s.
18. Taranowicz Iwona Janina. Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna. - Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum, 2010. - 312 s.

19. Wilk Barbara Danuta. Pedagogiczne wyznaczniki efektywności wychowania zdrowotnego uczniw szkół podstawowych województwa gdańskiego. URL: <http://nauka-polska.opi.org.pl/dhtml/raporty/praceBadawcze?rtype=opis&objectId=2246&lang=pl> (дата звернення: 28.03.2018).
20. Żmichrowska Maria Jolanta. Działalność pedagogiczna Henryka Jordana (1842-1907) // Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości. Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne. - 2012. - № 18 (2). - S. 7-14.

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ
ВИКЛАДАЧІВ ПРОФЕСІЙНОГО НАВЧАННЯ У ПРОЦЕСІ
ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ
(Самусь Т.В.)**

В умовах інтеграції в загальноєвропейський освітній простір основою модернізації системи освіти України мають стати процеси, спрямовані на вдосконалення вищої школи, що передбачає не тільки набуття майбутніми фахівцями сукупності загальнонаукових і професійних знань, навичок і вмінь, але й становлення їх як суб'єктів професійної та особистої життєдіяльності. За цих умов особливої актуальності в усіх сферах діяльності людини, і особливо в освітній галузі, набуває проблема збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління. Саме тому майбутні викладачі професійного навчання повинні дотримуватись ідей культивування загальнолюдських цінностей, збереження й зміцнення здоров'я, здорового способу життя; здійснювати пошук нових механізмів і форм здоров'язбереження учнів та впроваджувати здоров'язбережувальні технології (ЗЗТ) під час професійної підготовки кваліфікованих робітників.

Нормативна база професійної педагогічної підготовки визначена Законами України «Про освіту» (2017 р.), «Про вищу освіту» (2014 р.), Національною стратегією розвитку освіти в Україні на період до 2021 року (2013р.), проектом Концепції розвитку освіти України на 2015–2025 роки (2014 р.) та іншими нормативно-правовими актами, що регламентують діяльність цього закладу вищої освіти (ЗВО). Окрім того, на необхідності посилення вимог у сфері здоров'язбереження й відповідальності за власне здоров'я зацентовано у законопроекті «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір» (2013 р.).

Питання підготовки освітян до професійної діяльності в цілому та до формування їхньої здоров'язбережувальної компетентності (ЗЗК) як одного з її аспектів в умовах сучасної освіти відображено у працях О. Богініч [3], Т. Бойченко [4], О. Іонової [10], О. Коберника [11], В. Оржеховської [13] та ін.

Д. Воронін характеризує поняття «здоров'язбережувальна компетентність» як інтегральну, динамічну рису особистості, що проявляється в здатності організувати й регулювати здоров'язбережувальну діяльність; адекватно оцінювати свою поведінку, а також вчинки й погляди

навколишніх; зберігати та реалізовувати власні здоров'язбережувальні позиції в різних, зокрема, у несприятливих умовах, виходячи з особисто усвідомлених та засвоєних моральних норм і принципів, а не за рахунок зовнішніх сил; протистояти тиску, протидіяти впливам, що суперечать внутрішнім установкам, поглядам і переконанням, активно їх перетворювати, самостійно приймати моральні рішення» [6].

Л. Грицюк та А. Лякішева дотримуються думки, що здоров'язбережувальна компетентність – це інтегративна якість особистості, що забезпечує успішне збереження й укріплення фізичного, соціального, психічного і духовного здоров'я дітей та молоді в умовах соціального середовища [7].

О. Антонова трактує здоров'язбережувальну компетентність педагога як «інтегральну якість особистості, що базується на інтеграції знань і досвіду та виявляється в здатності готовності до діяльності щодо збереження здоров'я в освітньому середовищі» [1].

На основі узагальнення наукового доробку вчених уточнено зміст поняття *«здоров'язбережувальна компетентність майбутнього викладача професійного навчання»*, що розуміємо як сукупність знань, умінь і навичок, способів мислення, якостей та цінностей особи, що визначає її здатність до формування та збереження власного фізичного, психічного, соціального, духовного здоров'я, а також сприяє формуванню, збереженню здоров'я оточуючих у подальшій професійній діяльності.

У ході наукового пошуку визначено структуру здоров'язбережувальної компетентності майбутніх інженерів-педагогів як поєднання *ціннісно-мотиваційного, когнітивного, операційно-діяльнісного та рефлексивного* компонентів.

Зміст *ціннісно-мотиваційного компонента* передбачає розуміння важливості та місця здоров'язбережувальних технологій у майбутній професійній діяльності інженера-педагога, потреби в оволодінні знаннями про здоров'язбережувальні технології, орієнтування на відновлення та збереження здоров'я учнів ПТНЗ. *Когнітивний компонент* пов'язаний із системою знань про закономірності дотримання здорового способу життя, сучасні здоров'язбережувальні технології, засоби, форми і методи здоров'язбережувальної роботи з учнями ПТНЗ. *Операційно-діяльнісний компонент* передбачає наявність у майбутніх інженерів-педагогів умінь дотримуватись здорового способу життя та формувати мотивацію до здорового способу життя в учнів ПТНЗ, планувати та реалізовувати у навчальній роботі з учнями ПТНЗ профілактично-оздоровчі заходи, здоров'язбережувальні технології. *Рефлексивний компонент* орієнтований на оптимізацію здоров'язбережувальної діяльності майбутніх інженерів-педагогів через здатності до самоаналізу щодо здорового способу життя, саморефлексії, самоконтролю та коригування зазначеної діяльності.

На підставі аналізу літературних джерел та власних досліджень ми здійснили систематизацію та виокремили *педагогічні умови*, що сприяють

формуванню здоров'язбережувальної компетентності майбутніх викладачів професійного навчання у процесі професійної підготовки.

Перша педагогічна умова – *створення і реалізація цілісного навчально-методичного супроводу шляхом доповнення змісту дисциплін циклу професійної та практичної підготовки й практики здоров'язбережувальним компонентом* – передбачає доповнення й розширення змісту дисциплін циклу професійної та практичної підготовки, а саме: введення змістового модуля «Основи здоров'я та здоров'язбереження» до програми дисципліни «Основи охорони праці», змістового модуля «Організація освітнього процесу із застосуванням здоров'язбережувальних технологій навчання» до програми дисципліни «Методика професійного навчання», доповнення програми педагогічної практики завданнями здоров'язбережувального спрямування.

Друга педагогічна умова – *формування потреби в самоосвіті, самовихованні, розвиток здатності до самоконтролю та професійного самооцінювання здоров'язбережувальної компетентності* – реалізується через органічне поєднання виконання індивідуальних та самостійних завдань здоров'язбережувального змісту, активну творчу роботу студентів із застосуванням самостійно набутих знань, оволодіння ними практичними вміннями у процесі розв'язання професійних ситуацій, спрямованих на реалізацію здоров'язбережувальних технологій та самооцінювання.

Третя педагогічна умова – *створення здоров'язбережувального освітнього середовища, що містить екологічний, емоційно-поведінковий, вербальний, культурологічний компоненти* – передбачає залучення до освітнього процесу органічно поєднаних частин: екологічної (гігієнічна, ароматична, екологічна складові), емоційно-поведінкової (комунікативна культура, психологічний клімат, стиль і характер поведінки), вербальної (культура мовлення, чіткість формулювань, зменшення авторитарної тональності у спілкуванні, відсутність слів-паразитів та ненормативної лексики), культурологічної (арттерапія, бібліотерапія, музикотерапія, ізотерапія).

На основі концептуальних ідей дослідження розроблено структурно-компонентну модель формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх викладачів професійного навчання у процесі професійної підготовки. Вона містить такі блоки: *цільовий, організаційно-змістовий та рефлексивно-результативний*. Зміст *ціннісно-мотиваційного компонента* передбачає розуміння важливості та місця здоров'язбережувальних технологій у майбутній професійній діяльності інженера-педагога, потреби в оволодінні знаннями про здоров'язбережувальні технології, орієнтування на відновлення та збереження здоров'я учнів ПТНЗ. *Когнітивний компонент* пов'язаний із системою знань про закономірності дотримання здорового способу життя, сучасні здоров'язбережувальні технології, засоби, форми і методи здоров'язбережувальної роботи з учнями ПТНЗ. *Операційно-діяльнісний компонент* передбачає наявність у майбутніх інженерів-педагогів умінь дотримуватись здорового способу життя та формувати мотивацію до здорового способу життя в учнів ПТНЗ, планувати та реалізовувати у навчальній роботі з учнями ПТНЗ профілактично-оздоровчі заходи,

здоров'язбережувальні технології. *Рефлексивний компонент* орієнтований на оптимізацію здоров'язбережувальної діяльності майбутніх інженерів-педагогів через здатності до самоаналізу щодо здорового способу життя, саморефлексії, самоконтролю та коригування зазначеної діяльності.

Упровадження пропонованої моделі в освітній процес ЗВО потребує розроблення методики формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх викладачів професійного навчання. Аналіз навчальних планів і програм уможливив виділення дисциплін циклу професійної та практичної підготовки, що мають потенційні можливості для формування цієї компетентності. У контексті виконання завдань дослідження доповнено й розширено їх зміст: введено змістовий модуль «Основи здоров'я та здоров'язбереження» до програми дисципліни «Основи охорони праці», у межах якого передбачено такі теми лекційних занять: «Теоретичні аспекти основ здоров'я та здоров'язбереження», «Соціальна дезадаптація та здоров'я людини», «Методологічні та педагогічні проблеми здоров'я в професійній освіті», «Здоров'язбережувальні педагогічні технології в системі професійної освіти». З метою вдосконалення вмінь, навичок та набуття досвіду в галузі здоров'язбереження передбачено такі теми практичних занять: «Формування психофізичних основ здоров'я» та «Здоров'язбережувальна діяльність у навчально-виховному процесі ПТНЗ». У межах модуля пропонується виконання студентами самостійної роботи у вигляді розроблення оздоровчої програми (лікувально-профілактичний комплекс, що дасть змогу за короткий термін усунути наслідки стресу, підвищити працездатність, зменшити ризик виникнення професійних захворювань).

Уведення змістового модуля «Організація освітнього процесу із застосуванням здоров'язбережувальних технологій навчання» до програми дисципліни «Методика професійного навчання» передбачає засвоєння студентами методичних засад здоров'язбережувальної компетентності. Зокрема, заплановано вивчення таких тем: «Аналіз основних понять здоров'язбережувальної компетентності викладача професійного навчання», «Методичні аспекти організації навчально-виховного процесу з учнями ПТНЗ із застосуванням здоров'язбережувальних технологій навчання», «Сучасні підходи до реалізації здоров'язбережувальних технологій у ПТНЗ», «Інтерактивні методи реалізації здоров'язбережувальних технологій у ПТНЗ». Індивідуальна робота студента передбачає виконання творчих завдань (розроблення реклами щодо ЗСЖ, сценарію профілактично-оздоровчого заходу з учнями ПТНЗ й матеріалів для його проведення, презентації валеологічного спрямування, оздоровчо-профілактичної лекції про здоров'я як єдність фізичного, психічного, духовного та соціального складників і системний підхід до формування здоров'я людини) та написання реферату. Виконання такої роботи дасть змогу наблизити навчання студентів до умов, максимально орієнтованих на майбутню професійну діяльність щодо реалізації здоров'язбережувальних технологій у ПТНЗ.

Під час наукового пошуку нами виділено три *рівні сформованості* здоров'язбережувальної компетентності майбутніх викладачів професійного

навчання у процесі професійної підготовки: високий (системно-моделювальний щодо діяльності), середній (системно-моделювальний і локально-моделювальний щодо знань) і низький (репродуктивний, адаптивний).

З метою діагностування рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх інженерів-педагогів визначено такі *критерії*: *ціннісно-мотиваційний* (показники: розуміння важливості та місця здоров'язбережувальних технологій у майбутній професійній діяльності, потреба в оволодінні знаннями про ЗЗТ, орієнтування на відновлення та збереження здоров'я учнів ПТНЗ); *когнітивний* (показники: знання закономірностей дотримання здорового способу життя; сучасних здоров'язбережувальних технологій; засобів, форм і методів здоров'язбережувальної роботи з учнями ПТНЗ); *операційно-діяльнісний* (показники: уміння дотримуватись здорового способу життя та формувати мотивацію до здорового способу життя в учнів ПТНЗ, планувати і реалізовувати у навчальній роботі з учнями ПТНЗ профілактично-оздоровчі заходи, здоров'язбережувальні технології); *рефлексивний* (показники: здатність до самоаналізу щодо здорового способу життя, саморефлексії, самоконтролю та коригування здоров'язбережувальної діяльності).

Аналіз результатів експерименту засвідчив зростання частки студентів із високим рівнем сформованості здоров'язбережувальної компетентності за рахунок упровадження визначених педагогічних умов та розробленої методики формування ЗЗК майбутніх викладачів професійного навчання у процесі професійної підготовки. У розрізі рівнів сформованості ЗЗК отримали такі результати: на початку зафіксовано 42,9% студентів з високим рівнем сформованості ціннісно-мотиваційного компонента, тоді як наприкінці – 63,7%. За когнітивним компонентом також констатуємо зростання кількості студентів з високим рівнем сформованості: з 23,1% – на початку експерименту до 40,1% – наприкінці. Відсоток осіб з високим рівнем сформованості компетентності за операційно-діялісним компонентом збільшився з 15,4% до 30,2%. Позитивна динаміка простежена у формуванні ЗЗК за рефлексивним компонентом – з 37,4% до 52,7% студентів. У контрольній групі зрушення виражені значно меншою мірою.

Отже, результати проведеного дослідження доводять обґрунтованість педагогічних умов та методики формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх викладачів професійного навчання у процесі професійної підготовки. Перспективним напрямом дослідження цієї проблеми вважаємо визначення шляхів адаптації методики формування здоров'язбережувальної компетентності викладачів професійного навчання з урахуванням специфіки підготовки кваліфікованих робітників різних професій.

Список використаних джерел

1. Антонова О.Є. Здоров'язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема (аналіз поняття) // Вища освіта у медсестринстві: проблеми і перспективи: зб. статей Всеукр. наук.- практ. конф. (10–11 листопада 2011 р.). – Житомир : Полісся, 2011. – С. 27–31.

2. Безрукавий Р.В. Здоров'язберігаючі навчальні технології як технологічна основа здоров'язберігаючої педагогіки [Електронний ресурс] // Вісник Луганського національного ун-ту ім. Т. Шевченка. – Серія: Педагогічні науки. – 2012. – № 22 (2). – С. 12–18. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/vlup_2012_22\(2\)_4.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/vlup_2012_22(2)_4.pdf).
3. Богініч О.Л. Сутність здоров'язберігаючого середовища у життєдіяльності дітей дошкільного віку // Вісник Прикарпатського ун-ту імені І. Франка. – Івано-Франківськ: Педагогіка, 2008. – Вип. XVII–XVIII. – С. 191–199.
4. Бойченко Т. Є. Здоров'язберігаюча компетентність як ключова в освіті України // Основи здоров'я і фізична культура. – 2008. – № 11/12. – С. 6–7.
5. Волошин О.Р. Роль здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: науковий журнал / за ред. проф. С. С. Єрмакова. – Харків : ХОВНОКУ-ХДАДМ, 2012. – № 6. – С. 47–50.
6. Воронін Д.Є. Здоров'язберігаюча компетентність студента в соціально-педагогічному аспекті // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. за ред. Єрмакова С.С. – Харків : ХДАДМ (ХХІІ), 2006. – № 2. – С. 25–28.
7. Грицюк Л.К., Лякішева А.В. Формування здоров'язберігаючої компетентності в майбутніх соціальних педагогів // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. – 2010. – № 13. – С. 143–146.
8. Даниленко Г.М. та ін. Формування здоров'язберігаючої поведінки серед учнів професійно-технічних навчальних закладів // Освіта і здоров'я : екологія дитинства: матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф. – Євпаторія, 2011. – С. 234.
9. Єжова О.О. Здоров'язбережувальні технології у педагогічній системі формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011. – № 3 (13). – С. 65–74.
10. Іонова О.М., Лук'янова Ю.С. Здоров'язбереження особистості як психолого-педагогічна проблема // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : монографія / за ред. проф. С. С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ (ХХІІІ), 2009. – № 1. – С. 69–72.
11. Коберник О.М. Формування ключових компетентностей учнів основної школи у процесі інтерактивного трудового навчання // Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка. Педагогічні науки. – Глухів, 2011. – Вип. 19. – С. 106–111.
12. Лук'янова Ю.С. Критерії та показники ефективності формування готовності майбутнього інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих технологій // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : науковий журнал / за ред. проф. С. С. Єрмакова. – Харків: ХОВНОКУ-ХДАДМ, 2011. – № 5. – С. 51–54.
13. Оржеховська В.М. Здоров'язбережувальне навчання і виховання: проблеми, пошук // Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. – Психолого-педагогічні науки. – 2011. – № 4. – С. 29–31.
14. Поліщук Н.М. Здоров'язберігаюча компетентність особистості: сутність, структура // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми : зб. наук. праць. – К.-Вінниця, 2012. – Вип. 33. – С. 32–36.
15. Самусь Т.В. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх інженерів-педагогів. Метод. рекомен. – Глухів: Глухівський національний педагогічний університет імені Олександра Довженка, 2015. – 64 с.

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ЯК СТРАТЕГІЧНА ТЕНДЕНЦІЯ В ПРОЦЕСІ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОСВІТИ *(Нетьюсов С.І.)*

Проблемою у сфері національної безпеки України сьогодні виступає питання збереження та укріплення здоров'я нації. Ця проблема комплексна, стратегічна, тому вимагає всебічного аналізу та системного підходу до її вирішення. Одним із напрямів у діяльності по забезпеченню здоров'я особистості є організація навчально-виховного процесу у закладах загальної середньої освіти на основі здоров'язбережувальних технологій. Особливе значення ця проблема отримує в умовах розбудови інформаційного суспільства та забезпечення інформатизації освіти.

Творці підвалин інформаційного суспільства – Д. Белл, Д. Лайон, І. Масуда, К. Нордстрем, Т. Стоуньєр, Е. Тофлер та інші, російські та українські дослідники питання розбудови нового етапу розвитку цивілізації – В. Глушков, О. Івахненко, В. Іноземцев, О. Кухтенко, С. Лебедев, А. Михненко, Т. Пархоменко, А. Ракітов, І. Сергієнко, Л. Тіраспольський, А. Чернов й інші, орієнтують на розуміння інформаційного суспільства як на концепцію постіндустріального розвитку нашої цивілізації, в якій головними продуктами є виробництво й поширення інформації та знань, перетворення їх на головний вид послуг, на товар і навіть фактор влади. Вказані зміни – складова розвитку людства на основі виняткового значення інформації та знань у функціонуванні суспільства, суттєвого зростання інформаційних продуктів та послуг у обсязі валового внутрішнього продукту сучасних держав, глобалізації інформаційного простору, що надає можливість доступу кожному до світових інформаційних ресурсів та баз даних [10, с. 296-297; 29, с. 248-249].

Отже, глобальне загальнолюдське утворення – інформаційне суспільство – базується на знаннях та інформації – продуктивній силі суспільства, а телекомунікація та комп'ютерні мережі виступають інструментом доступу до них. Інформаційне суспільство веде до соціальних і політичних змін, породжує певні виклики та ризики, але поряд з цим виступає суттєвим чинником процесів соціалізації особистості.

Науково-теоретичні дослідження, практика буття та зміни у житті привели людство до усвідомлення необхідності міжнародних заходів, спрямованих на узагальнення нових інформаційно-комунікаційних тенденцій та напрямів розвитку, формування нової інформаційної культури та комунікативної парадигми інформаційного суспільства, спрямовування процесу використання інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) у системі освіти на формування особистості як суб'єкта суспільної діяльності, який має широкий та відкритий доступ до глобальних інформаційних досягнень сучасності й при цьому опікується принципами духовності та моралі. Тому міжнародна спільнота особливе значення надає розвиткові освіти як умови становлення інформаційного суспільства.

На рубежі ХХ–ХХІ ст. Україна вступає на шлях розбудови інформаційного суспільства (ІС), яке розглядаємо у формі сукупності «взаємопов'язаних організаційно-правових, соціально-економічних, навчально-методичних, науково-технічних, виробничих та управлінських процесів, спрямованих на задоволення інформаційних, обчислювальних і телекомунікаційних потреб (інших потреб, що пов'язані з упровадженням методів і засобів ІКТ) учасників навчально-виховного процесу, а також тих, хто цим процесом управляє та його забезпечує» [16, с. 3].

У державі створюються нормативно-правові, організаційно-громадські основи його функціонування та розвитку, визначаються стратегічні цілі та основні підходи до реалізації ІС. ІКТ стають визначальним чинником не тільки економічного розвитку держави, а й елементом все більшого впливу на приватне життя значної кількості населення, сприяють розвиткові нової техніки та технологій, систем засобів масової інформації, комунікації та послуг, активно включаються в навчально-виховний процес (НВП) у закладах дошкільної, середньої та вищої освіти.

Організація освітнього процесу на основі ІКТ, забезпечення функціонування відкритої освіти, реалізація можливості для кожної людини навчатись упродовж усього життя стають стратегічними завданнями реформування системи освіти у відповідності до вимог сьогодення.

Основою інформатизації освіти в Україні виступають закони та підзаконні акти, які забезпечують функціонування низки державних програм, спрямованих на реалізацію завдань по забезпеченню НВП на основі ІКТ. Серед них відзначимо Закони України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 рр.», «Про Концепцію Національної програми інформатизації» та інші, а також підзаконні акти – «Державний стандарт базової і повної загальної середньої освіти», «Державний стандарт початкової освіти», «Про затвердження плану заходів на 2017–2019 роки із запровадження концепції реалізації державної політики у сфері реформування загальної середньої освіти «Нова українська школа» та інші.

Питання значущості використання ІКТ в освітній діяльності досліджують А. Асмолов, А. Ашерев, В. Биков, О. Буров, О. Воронкін, Е. Воронцова, В. Гапон, В. Грабауров, Є. Громов, В. Годін, А. Гурій, Я. Донченко, М. Жалдак, М. Кадемія, В. Корнєєв, В. Лапінський, М. Лещенко, Н. Морзе, І. Норенков, Ю. Носенко, В. Олійник, О. Пеньковець, О. Пінчук, М. Плєскач, С. Рамський, А. Семенов, О. Спірін, Т. Тихонова, А. Уваров, П. Ухань, Н. Фоміних, І. Шахіна, М. Шишкіна, М. Шкіль, Т. Ящун, А. Яцишина та інші фахівці, які вказують на суттєві можливості, що надають ІКТ системі освіти. Особливо акцентується увага на сприянні інформаційних технологій формуванню мотивації та підвищенню якості навчання, розвиткові уваги, логічного та абстрактного мислення, формуванню творчих здібностей, наданні широких можливостей для самостійної роботи, самоосвіти, професійного самовдосконалення

особистості протягом усього життя, відзначається позитивний вплив на загальний та інтелектуальний розвиток учнів, уміння прогнозувати.

Позитив використання ІКТ проявляється у можливості забезпечити темп навчання кожного школяра у відповідності до його психофізичних особливостей; забезпечення особистісно-орієнтованого навчання, за рахунок включення в освітній процес різних асоціативних зв'язків при організації роботи з навчальним матеріалом за допомогою інформаційних технологій; досягнення навчальних цілей відбувається з меншими затратами; поглиблюється теоретична база знань, а результатам навчання надається практична значущість; забезпечується інтеграція навчальних предметів та диференціація навчального процесу у відповідності до запитів особистості [2; 7; 19; 20; 21].

Значущість ІКТ у забезпеченні навчально-виховного процесу робить їх імперативом розвитку освіти у програмі стратегічних перетворень середньої освіти – «Нова українська школа», у якій сформульовані стратегічні цілі реформування сьогоденної школи [24].

Для успішного подолання тих викликів, з якими зустрілася Україна на початку ХХІ ст., включення у глобальні процеси розвитку в якості суб'єкта діяльності, нашій державі необхідно готувати школярів до здатності навчатися упродовж усього життя, бути готовим до успішної самореалізації в багатокультурному середовищі на основі командної роботи та сучасних умінь і навичок. Навчання й виховання покоління «Z» повинно бути зорієнтовано на формування у кожного зі школярів ключових компетентностей, які базуються на динамічній комбінації знань, умінь, навичок та цінностей.

Орієнтація на освітні стандарти Європейського Союзу надала можливість педагогічній спільноті України сформулювати систему з 10 взаємопов'язаних компетентностей, які наші школярі будуть набувати «під час вивчення різних предметів» протягом усього періоду навчання. Необхідність включення держави в процеси розвитку ІС зумовили й включення у нову стратегію розвитку школи питання формування інформаційно-цифрової компетентності (ІЦК) учнів та визначення місця й ролі ІКТ у системі освіти.

ІЦК орієнтує вчителів на формування у вихованців упевненого володіння ІКТ, але разом із тим критичного ставлення до застосування сучасних цифрових технологій у процесі роботи з інформацією, що відповідає статусу активного представника інформаційного етапу розвитку суспільства. Основна увага в процесі формування ІЦК зосереджується на необхідності реалізації системного характеру запровадження ІКТ у галузь освіти.

Інша складова формування ІЦК школяра – система методичної організації навчального процесу на основі активної, зацікавленої, спрямованої на розвиток компетентності організації роботи учнів на уроках предметів та дисциплін усіх профілів. Зазначений методичний підхід надає можливість кожному школяру самостійно працювати з носіями цифрової інформації, що становить основу формування ІЦК компетентності особистості.

Програма формування нової школи орієнтується на розробку й створення Національної освітньої електронної платформи, забезпечення школи сучасним інформаційно-комунікаційним обладнанням та устаткуванням, а забезпечувати навчальний процес мають учителі, компетентні у сфері ІКТ [25].

Отже, програма Нової української школи, підкреслюючи значущість інформатизації освіти як стратегічної обов'язкової складової реформування системи середньої школи орієнтує суспільство на необхідність формування ІЦК школярів.

Але поряд із значущістю використання ІКТ необхідно звернути увагу на ті проблемні аспекти, які пов'язані із включенням цифрових технологій у НВП.

Розглянемо питання, пов'язані із впливом різних чинників ІКТ на фізичний та психічний стан школярів, що є актуальним аспектом забезпечення здорового життя учнів.

Факторами впливу на фізичний стан школярів при використанні інформаційних засобів навчання стають перевантаження, необхідність учням тривалий час сидіти в одному положенні, вплив на організм дитини різноманітних полів тощо.

Зір школярів стає одним із перших факторів тенденцію негативного впливу на який мають ІКТ. Офтальмологи визначають ці наслідки як «комп'ютерний зоровий синдром» (*Computer Vision Syndrome (CVS)*), що знаходить свій прояв у розладі зору, роздвоєнні зображення, відчуттям «піску» під повіками, захворюванні очей, викликаних неправильною ергономікою робочого місця, мерехтінням екрана монітору, відблисками від нього, необхідністю перефокусування погляду з екрана на клавіатуру і у зворотному напрямку. Зазначені фактори можуть спричинити стійке погіршення зору [4; 9;17].

Незручна поза, необхідність школяру займати певне положення, яке пов'язане зі специфікою роботи з комп'ютером, викликає обмеженість рухів дитини, негативно впливає на опорно-руховий апарат (порушення постави, ранній розвиток остеохондрозу, зміни у конфігурації хребетного стовпа, захворювання суглобів кістей рук), серцево-судинну систему (погіршення кровообігу у верхніх і нижніх кінцівках, органах малого тазу, збільшення навантаження на серцевий м'яз, погіршення кровопостачання головного мозку), дихальну та ендокринну системи організму школяра [11; 30].

За результатами досліджень, елементом небезпеки здоров'я школярів при роботі з ІКТ виступають електромагнітні випромінювання (ЕМВ), що може призвести до непередбачуваних відхилень від нормативних показників здоров'я учнів [15]. Небезпечний вплив випромінювання найбільш гостро відбивається на нервовій, імунній, ендокринній і репродуктивній системах організму школярів. Вплив ЕМВ може мати у віддаленій перспективі наслідки у формі розвитку дегенеративних процесів центральної нервової системи, гормональних захворювань, появі новоутворень [17].

Отже, використання ІКТ в НВП є суттєвим фактором загрози фізичному здоров'ю школярів.

Але поряд із цим виникає суттєва небезпека і психічному здоров'ю учнів.

Психологічні проблеми, які виникають у результаті понаднормового захоплення заняттями з ПК веде до формування в учнів тенденції до відособлення, розвитку завищеної самооцінки, відмові від виконання практичної, одноманітної, але необхідної в навчальній діяльності роботи [19]. Надмірне залучення ІКТ у навчальний процес, безконтрольне користування ПК у системах ігор та спілкуванні в соціальних мережах веде до втрати в школярів межі між реальним світом та віртуальним, втраті важливих соціальних контактів, припиненню повноцінного виконання соціальних функцій, деградації особистості підлітка, виникненню невротичних розладів, що може викликати непередбачувані дії [8; 11; 19]. Негативний вплив ІКТ на психіку дитини фахівці вбачають у можливій появі синдрому комп'ютерного стресу, який виникає в умовах інформаційного перевантаження на фоні дефіциту часу, залежності від «патологічного використання комп'ютера» (*PCU – Pathological Computer Use*), що знаходить свій прояв у задоволенні від комп'ютерного спілкування, яке важко припинити, занедбання обов'язків, відчуття порожнечі, депресії, виникнення проблем з навчанням тощо [28].

Особливе місце у впливі на психіку школярів мають комп'ютерні ігри. Це є предметом особливого дослідження, але в контексті нашої роботи маємо звернути увагу на результати захоплення школярами комп'ютерними іграми, що містять сцени насильства. Така захопленість веде до формування у підлітків жорстокості, агресивності, зниження розумових здібностей, підкреслюють фахівці-криміналісти [27].

Отже, тривале, понаднормове включення ІКТ у систему роботи учнів може викликати суттєві негативні наслідки психічного характеру, які ведуть до стомлення дитини, зниження здатності до опанування навчальних предметів, деградації та десоціалізації особистості, а захоплення іграми зі сценами жорстокості – до зростання агресивності.

На питання вирішення суперечностей, що виникають між необхідністю інформатизації системи освітньої діяльності та подоланням факторів негативного впливу на фізичне та психічне здоров'я школярів звертають увагу педагоги, психологи, соціологи, лікарі, юристи – фахівці різних галузей.

Аналіз підходів до мінімізації шкідливих впливів на здоров'я школярів у процесі реалізації імперативу освіти – її інформатизації – вважаємо необхідним розпочати з підкреслення думки, що основою цього процесу є здоров'язбережувальне середовище, яке формується в конкретній освітній установі на основі Закону України «Про освіту», де вказано, що однією із засад державної політики у сфері освіти та принципом діяльності є «формування культури здорового способу життя» [12].

Загальні підходи до збереження здоров'я дітей в умовах упровадження інноваційних освітніх технологій, оцінку їх з фізіолого-гігієнічної точки зору у своїх дослідженнях реалізують Н. Баличева, Ю. Бойчук, Т. Бондаренко,

О. Ващенко, А. Задорожна, Н. Коцур, Т. Крижановська, Н. Кучук, Н. Міцкевич, Л. Телятникова та інші.

До основ здоров'язбережувальних технологій (ЗЗТ) доцільно віднести умови навчання у школі; раціональний підхід до організації НВП з дотриманням вікових, статевих та індивідуальних особливостей школярів; урахування вікових можливостей учнів; забезпечення рухового режиму тощо [17].

Пріоритетна роль у здоров'язбережувальному підході до навчального процесу, вважає Н. Коцур, відводиться змістовному, ціннісно-орієнтаційному, операційному та оціночно-результативному компонентам у моделі збереження здоров'я школярів [14]. Упровадження інновацій в навчальний процес вимагає моніторингу стану здоров'я учнів, урахування особливостей кожного школяра; створення мотивів навчальної діяльності; мотивування дітей на здоровий спосіб життя; підвищення рухової активності учнів; урахування працездатності школярів протягом робочого дня, запобігання перевантаження учнів, планування вчителем таких видів роботи, які сприяють зниженню втоми дітей, що є підставою реалізації системи збереження здоров'я школярів узагалі [1; 5; 15; 22].

Але, як вважає Т. Крижановська (і з нею не можливо не погодитись) комп'ютер – фактор додаткового навантаження на здоров'я учнів, а це значить, що необхідні додаткові заходи санітарно-гігієнічного, дидактичного та методичного характеру для забезпечення здоров'я дітей в умовах зростання ролі ІКТ в освітньому процесі та житті соціуму [17].

Чинна нормативно-правова база (НПБ) встановлює систему санітарно-гігієнічних та ергономічних вимог до організації занять у кабінеті інформатики до освітлення кабінету, забезпечення захисту школярів від електромагнітних полів, обладнання учнівських робочих місць, до зорового навантаження учнів, пропонуються комплекси вправ для зняття втоми з аналізатора зору та м'язового напруження [23].

Аналіз вимог, їх пояснення та конкретизація надається в працях Ю. Дорошенка, А. Єщенко, Г. Лаврентьєвої, М. Ястребова та інших.

Особливість питання у даному випадку полягає у тому, що завдання інформатизації освіти не обмежується використанням ІКТ тільки в комп'ютерному класі. Адже електронними гаджетами із системою доступу до Інтернету на сьогодні має значна кількість учнів (смартфони, планшети тощо), а в недалекому майбутньому це буде буденним явищем. Тому акцент на дотримання санітарних, гігієнічних та ергономічних норм при використанні ІКТ повинен бути фундаментом узгодженої система зусиль усіх суб'єктів НВП, зорієнтованих на забезпечення використання ІКТ на основі ЗЗТ у межах шкільного освітнього простору – керівництва закладів загальної середньої освіти, вчителів, учнів та батьків [6].

Перед керівником та адміністрацією закладів загальної освіти стоїть завдання організації НВП на основі ЗЗТ у школі та забезпечення ефективного контролю його реалізації на всіх етапах, усіма складовими ланками. Закон України «Про освіту» підкреслює, що сприяння керівником закладу освіти

становлення здорового способу життя здобувачів освіти – одне з найважливіших його повноважень [12]. Важливою складовою діяльності керівника повинна бути турбота зі створення безперервної здоров'язбережувальної освіти, перепідготовки вчителів, удосконалення педагогами школи методичної системи своєї роботи з ІКТ та здоров'язбережувальної компетентності в процесі роботи із програмно-апаратним забезпеченням (ПАЗ), сучасними гаджетами. Сферою діяльності керівника повинна стати система роботи з батьками учнів школи з регулярного проведення заходів санітарно-гігієнічної, ергономічно-психологічної просвіти по нешкідливому та безпечному користуванню електронними засобами навчання та комунікації, які доступні школярам у школі та вдома.

Система методичних заходів збереження здоров'я дітей в умовах включення ІКТ у навчальний процес на всіх предметах повинна бути невід'ємною складовою загальношкільної системи турботи про здоров'я дітей.

Організатором включення ІКТ у НВП виступає вчитель, який має володіти методичними навичками до відбору та використання ІКТ на основі доцільності, достатності, відповідності до мети уроку. У цьому контексті вчитель повинен уміти оцінювати навчально-виховні властивості тих продуктів, які буде пропонувати школярам [21].

Фактором методичної підготовки вчителя до використання ІКТ на основі ЗЗТ є компетентність педагога у використанні електронних засобів з метою розвитку вмінь проводити порівняння, робити узагальнення та висновки, давати оцінку явищам та процесам, розвивати у школярів допитливість, уміння працювати на пошуковому рівні, для чого обирати відповідний матеріал з урахуванням часу, який учні повинні використати в період виконання завдання. Зазначений підхід дає можливість кожному вчителю протягом навчального дня забезпечити роботу учнів класу на основі ІКТ з урахуванням загального інформаційно-комунікаційного навантаження на дітей певного віку, що забезпечить раціональне, з точки зору збереження здоров'я, використання ПК. Спільно створена та погоджена з колегами система роботи є складовим елементом здоров'язбережувального супроводу середовища школи й буде сприяти усуненню перевантаження учнів на основі контролю за поєднанням навчальної діяльності й відпочинку при використанні ІКТ [18; 20; 21].

Здоров'язбережувальна діяльність вчителя при використанні ІКТ реалізується на основі оптимізації та гуманізації освітнього процесу через урахування індивідуальних можливостей, здібностей, стану здоров'я кожного з учнів, організації навчання на інтерактивній основі, позитивного мотивування здобувачів освіти до активної навчальної діяльності за рахунок включення ігрових елементів розвивального спрямування, реалізації суб'єкт-суб'єктної системи взаємовідносин між вчителями та учнями, що у сукупності спрямовує НВП на створення фізичного та психічного комфорту для школярів, попереджує перевантаження учнів [3].

Дослідження Н. Коцур, Ю. Гріненко та інших фахівців дало підставу авторам зробити висновок, що більшість школярів не в повному обсязі знайомі зі шкідливими факторами впливу на організм людини електронних систем та гаджетів, нормами та правилами роботи за комп'ютером, а тому недостатньо уваги надають питанням піклування про своє здоров'я, проводячи за ПК дуже багато часу [13]. Тому просвіта школярів у цьому напрямі, в контексті формування розуміння здоров'я як ціннісної категорії взагалі, є однією із складових роботи педагогічного колективу школи при реалізації інформаційного забезпечення навчального процесу.

Дуже важливе місце у системі забезпечення використання ІКТ на основі ЗЗТ належить батькам школярів, які організовують навчально-виховне середовище для своїх дітей вдома. Для цього, вважають фахівці, батькам доцільно поставити комп'ютер у такому місці, щоб мати можливість здійснювати контроль за дотриманням дитиною санітарно-гігієнічних та ергономічно-психологічних вимог до роботи з ПК, контролювати контент, яким користується дитина. Таким місцем може бути, наприклад, вітальня, а не дитяча кімната [19]. При обговоренні з дитиною правил нешкідливого і безпечного користування комп'ютером та Інтернетом доцільно акцентувати увагу дитини на встановленні чітких вимог роботи з ПК і електронними гаджетами, можливих негативних наслідках використання ІКТ взагалі та Інтернету у тому числі.

Доцільно підкреслити, що збереження здоров'я дітей в процесі інформатизації освіти реалізується на основі системної участі в цьому процесі всіх суб'єктів навчально-виховної діяльності – керівництва закладу освіти, педагогів школи, учнів та їхніх батьків. Свідома системна робота всіх ланок над забезпеченням здорового способу життя школярів у процесі використання в навчанні ІКТ дасть можливість ефективно реалізувати інформатизацію освіти на основі забезпечення збереження здоров'я учнів.

Отже, людство вступило в епоху інформаційного суспільства основною рисою якого є знання та інформація, а засоби телекомунікації та комп'ютерні мережі – інструмент доступу до них. Умовою становлення нового етапу розвитку цивілізації стала освіта.

Україна активно включилася до розбудови нового етапу розвитку суспільства. Однією зі складових цього процесу виступає інформатизація освіти. Для реалізації цього стратегічного завдання в нашій державі розроблена нормативно-правова база, науковці проводять широкі дослідження у сфері використання ІКТ в освітній діяльності. Зазначені підходи знайшли свій прояв у розробці програми стратегічних перетворень системи середньої освіти «Нова українська школа».

Одним із завдань реформування освіти виступає формування інформаційно-цифрової компетентності школярів, яка реалізується за умов системного включення ІКТ в освіту на основі е-платформи, забезпечення навчання на предметах усіх профілів з використанням ІКТ, застосування цифрових технологій у відповідності до доцільності, достатності та ефективності досягнення поставленої мети уроку, предмета, системи

навчання, оснащення закладів загальної середньої освіти сучасним ПАЗ, сформованість та постійна перепідготовка вчителів у сфері методичної компетентності до включення у навчальний процес ІКТ.

Фундаментальним фактором інформаційної освіти повинен стати здоров'язбережувальний підхід до використання ІКТ у НВП. Як підкреслюють фахівці, сучасні електронні системи навчання повинні використовуватися на основі дотримання санітарно-гігієнічних та психолого-ергономічних вимог і правил з метою захисту дітей від шкідливих впливів ІКТ на фізичне та психічне здоров'я.

Шлях вирішення суперечності між імперативами розвитку сучасної освіти – інформатизацією та збереженням здоров'я школярів – бачимо у необхідності створення у кожній школі здоров'язбережувального середовища, яке є пріоритетом діяльності закладу освіти й базується на реалізації здоров'язбережувальних технологій при застосуванні ІКТ у НВП, а також у рамках цього процесу – дотримання вікових, статевих, індивідуальних особливостей школярів, врахування їхніх вікових можливостей, забезпечення рухового режиму та постійного моніторингу стану здоров'я учнів, мотивуванні підлітків на здоровий спосіб життя, запобіганні перевантаження дітей тощо. Активне включення у діяльність із захисту й збереження здоров'я дітей в НВП при використанні ІКТ усіх суб'єктів навчання й виховання – керівництва школи, вчителів, учнів і батьків школярів – система застосування методичних заходів по збереження здоров'я дітей при використанні ІКТ в НВП – невід'ємна складова захисту здоров'я учнів в умовах інформатизації освіти.

Не можливо перебільшити у цьому контексті значення і роль учителя, перед яким постає низка питань з оцінки навчально-виховної значущості продуктів, які пропонуються учням у межах навчальної діяльності, вміння педагога методично грамотно використовувати ПАЗ на уроці, спрямовувати навчальну діяльність на створення для учнів комфортного середовища як у фізичному так і в психічному плані.

Тому реалізація завдань інформатизації освіти можлива лише за умов забезпечення системного, компетентного, нешкідливого, безпечного використання інформаційно-комунікаційних засобів та технологій у навчально-виховному процесі.

Список використаних джерел

1. Баличева Н. В. Особливості формування здорового способу життя учнів основної школи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://vspu.net/ojs/index.php/sit/article/view/14/8>
2. Богуцька Н. Комп'ютер для дитини: користь чи шкода? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.bsmn.edu.ua/uk/news/digest/1824-dytyna-kompjuter>
3. Бондаренко Т., Телятникова Л. Використання здоров'язберігаючих технологій в початковій школі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.slideshare.net/ssuser3ccbd6/ss-62403598>
4. Буркацький О.А. Попередження виникнення комп'ютерної залежності, негативного впливу ІКТ на фізичне і психічне здоров'я учнів. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://proflicey020.ucoz.ua/blog/olegsda/1-0-2>

5. Ващенко О.М., Задорожна А.А. Упровадження форм, методів та засобів здоров'язбережувальних освітніх технологій у навчально-виховний процес початкової школи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://elibrary.kubg.edu.ua/4413/1/%D0%92%D0%B0%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0.pdf>
6. Воронцова Е.В., Носенко Ю.Г., Сухіх А.С. Визначення рівня обізнаності учнів і вчителів основної школи щодо здоров'язбережувального використання програмно-апаратних засобів (результати дослідження) [Електронний ресурс] // Інформаційні технології та засоби навчання. – 2014. – № 6 (44). – С. 93 – 106. – Режим доступу: <https://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/1156>
7. Гаджиріґа І.С. Негативні фактори для зору школярів при роботі з комп'ютером та їх усунення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ojs.mdpu.org.ua/index.php/itse/article/view/1708/1846>
8. Гузьман О.А., Ляшенко Н.О. Комп'ютерна залежність підлітків [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://web.kpi.kharkov.ua/sp/guzman-o-a-lyashenko-n-o-komp-yuterna-zalezhnist-pidlitkiv/>
9. Дорошенко О.Ю. Вплив комп'ютера на здоров'я користувача [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukped.com/informatyka/713-.html>
10. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад.: Ю.П. Сурмін, В.Д. Бакуменко, А.М. Михненко та ін.; за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трошинського, Ю.П. Сурміна. – К.: НАДУ, 2010. – 820 с.
11. Єщенко А.В. Вплив інформаційних технологій на здоров'я підлітків // Здоров'я ребенка. – 2013. – № 3. – С. 123 – 127. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2013_3_24
12. Закон України «Про освіту», від 5 вересня 2017 року, № 2145-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
13. Коцур Н., Грінченко Ю. Безпека життєдіяльності школярів під час роботи з комп'ютерною технікою: медико-психологічні аспекти // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Педагогіка. Психологія. Філософія. – 2014. – Вип. 34. – С. 182 – 190. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gvpdpu_2014_34_25
14. Коцур Н. І. Здоров'язбереження школярів в умовах упровадження інноваційних освітніх технологій [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ephshair.phdpu.edu.ua:8081/xmlui/handle/8989898989/1789?locale-attribute=uk>
15. Коцур Н.І. Фізіолого-гігієнічна оцінка інноваційних педагогічних технологій [Електронний ресурс] // Науковий огляд. – Вип. 1. – К., 2013. – С. 77 – 82. – Режим доступу: <http://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/25/>
16. Кремень В.Г., Биков В.Ю. Інноваційні завдання сучасного етапу інформатизації освіти // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми: зб. наук. пр. – Вип. 37 / редкол.: І.А. Зязюн (голова) та ін. – К.; Вінниця: ТОВ фірма «Планер», 2014. – С. 3 – 15.
17. Крижановська Т.В. Компетентнісний підхід в збереженні здоров'я дітей в умовах інтенсифікації та комп'ютеризації навчального процесу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ippobuk.cv.ua/images/8F.docx/>. Дата звернення – 01.03.2018
18. Кучук Н.Г. Інформаційні технології та їх можливості у формуванні здорового способу життя студентів // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – 2013. – № 10. – С. 53 – 64. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop_2013_10_7m
19. Лаврентьєва Г. П. Використання комп'ютера у навчанні молодших школярів очима психолога [Електронний ресурс] // Комп'ютер у школі та сім'ї. – 2011. – № 8. – С. 21 – 24. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/komp_2011_8_7
20. Лаврентьєва Г.П. Здоров'язбережувальні вимоги до застосування електронних засобів навчального призначення [Електронний ресурс] // Інформаційні технології та засоби

- навчання. – 2011. – № 2 (22). – Режим доступу: <https://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/447>
21. Лаврентьева Г. П. Психолого-педагогічні аспекти використання ІКТ в початковій школі [Електронний ресурс] // Інформаційні технології та засоби навчання. – 2012. – № 3 (29). – Режим доступу: <https://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/675>
22. Міцкевич Н.І. Здоров'язберігаючі технології. Навчання і виховання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/18216/1/3.pdf>
23. Наказ Державного комітету з нагляду за охороною праці від 16.03.2004 р. № 81 «Правила безпеки під час навчання в кабінетах інформатики навчальних закладів системи загальної середньої освіти» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0620-04>
24. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / Нац. акад. пед. наук України; [редкол.: В.Г. Кремень (голова), В.І. Луговий (заст. голови), А.М. Гуржій (заст. голови), О.Я. Савченко (заст. голови)]; за заг. ред. В.Г. Кременя. – К.: Пед. думка, 2016. – С. 159 – 163.
25. Національна освітня електронна платформа [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://mon.gov.ua/storage/app/media/gromadske-obgovorennya/2018/02/15/BROSHURE_CONCEPT_E-BOOK.pdf
26. Нова українська школа. Міністерство освіти і науки України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/tag/nova-ukrainska-shkola>
27. Орлов Ю.Ю., Ірхін Ю.Б. Вплив комп'ютерних ігор, що містять сцени насильства та жорстокості, на психіку дитини [Електронний ресурс] // Криміналістичний вісник. – 2014. – № 1. – С. 17 – 25. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/krvis_2014_1_4
28. Соколенко В.М., Зіненко В.Є., Лещенко І.В., Ткаченко О.В., Юдіна К.Є. Вплив використання інформаційних технологій на стан психічного здоров'я учнів старшого шкільного віку [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/vpliv-vikoristannya-informatsiynih-tehnologiy-na-stan-psihichnogo-zdorov-ya-uchniv-starshogo-shkilnogo-viku>. – Дата звернення 20 бер. 2018.
29. Філософський енциклопедичний словник: енциклопедія / НАН України, Ін-т філософії імені Г.С. Сковороди; голов. ред. В.І. Шинкарук. – К.: Абрис, 2002. – С. 248 – 249.
30. Ястребов М. Реалізація здоров'язбережувальних технологій в комп'ютерно орієнтованому середовищі // Початкова школа. – 2013. – № 11. – С. 28 – 30.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ОСВІТИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ

(Толоконнікова Н.М., Васильків О.Ю.)

Фізичне і духовно-моральне здоров'я є індикатором сталого розвитку нації. Здоров'я дитини, його соціально-психологічна адаптація, нормальний ріст і розвиток багато у чому визначаються середовищем, у якому він живе. Для дитини від 6 до 17 років цим середовищем є система освіти, так як з перебуванням в установах освіти пов'язані більш 70% його активного часу. У той же час, в цей період відбувається найбільш інтенсивний ріст і розвиток, формування основ здоров'я на все життя, саме у цей період організм дитини найбільш чутливий до чинників навколишнього середовища. Тому особливої актуальності набуває організація в освітніх установах здоров'язбережувальної діяльності. Обов'язкова умова для цього - кожен вчитель повинен бути

знайомий з основними правилами, критеріями, принципами створення здорового освітнього середовища.

Варто зазначити, що в освітньому процесі Нової української школи передбачено чотири наскрізні змістові лінії, серед них «Здоров'я і безпека». Завданням цієї наскрізної лінії є становлення учня як емоційно стійкого члена суспільства, здатного вести здоровий спосіб життя і формувати навколо себе безпечне життєве середовище. Отже, актуальність здоров'язбережувальних педагогічних технологій в закладах загальної освіти є беззаперечна.

Механізм взаємозв'язку між здоров'ям та освітою є складним і не до кінця зрозумілим. На рис. 1 представлена модель, що ілюструє взаємозв'язок між здоров'ям та освітою у дитинстві та наслідки для дорослих [14]. Вона була розроблений на основі аналізу результатів тестів, проведених у 2001-2011 роках у США і в Європі. У цій моделі здоров'язбережувальна поведінка також була визнана показником здоров'я.

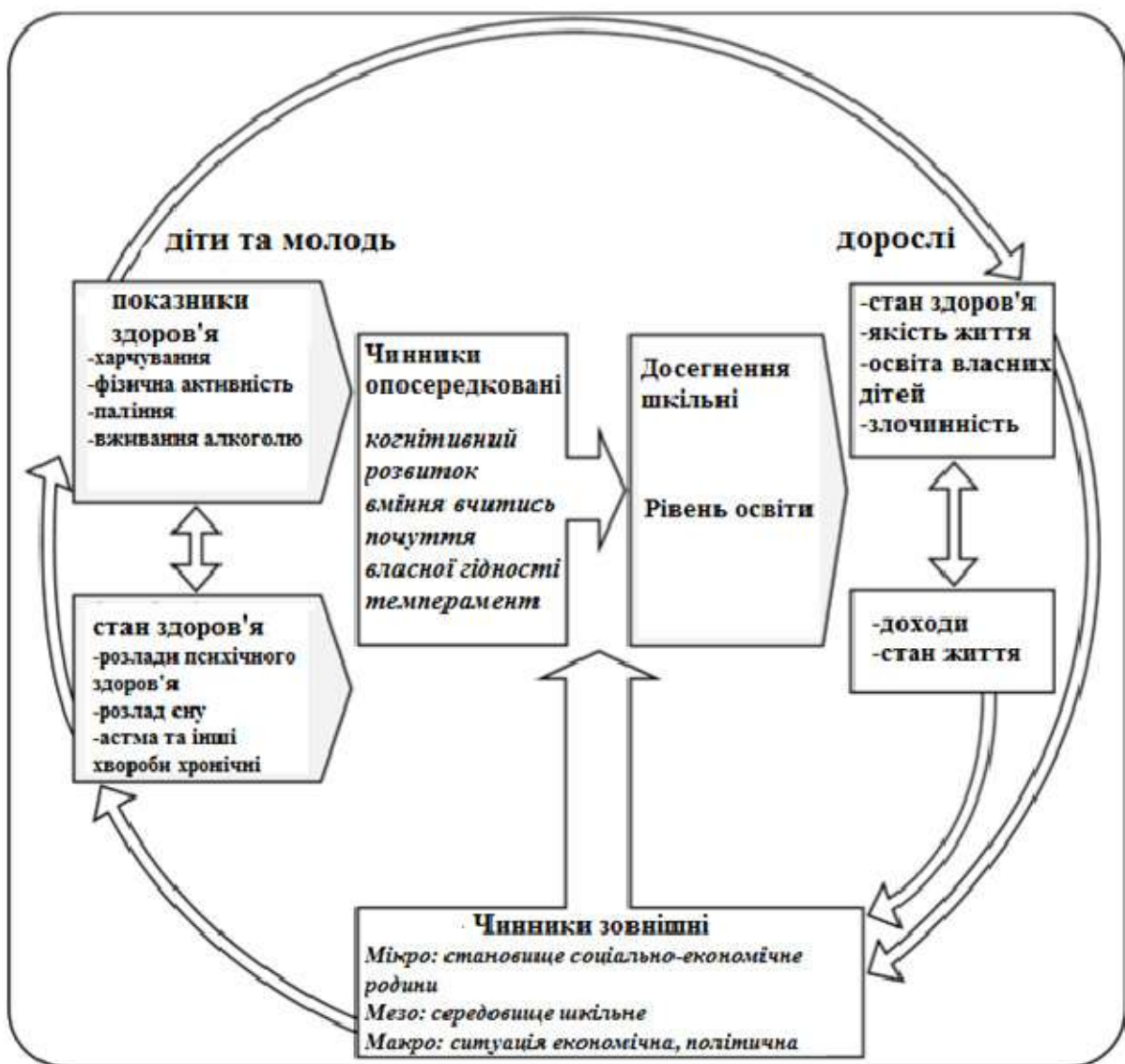


Рис. 1. Модель, що ілюструє взаємозв'язок між здоров'ям та освітою

Останнім часом зросло число наукових праць, які засвідчують надзвичайний інтерес до питання застосування здоров'язбережувальних технологій у освітньому процесі. Значний внесок у вирішення цих проблем, пов'язаних із впровадженням здоров'язбережувальних технологій у навчальні заклади, зробили українські та зарубіжні науковці [3; 4; 5; 6; 7; 9]. У той же час у сучасній українській педагогічній науці недостатньо розроблені методики комплексного підходу до застосування здоров'язбережувальних технологій у процесі навчання.

Різні форми, методи, шляхи реалізації здоров'язбережувальних технологій обумовлюють і різне трактування сутності цього терміна. В. Сонькін [8], О. Петров [10], М. Смирнов [12], Н. Соловйова [13], Н. Рилова [11]. Але незважаючи на відмінності у визначенні поняття «здоров'язбережувальні освітні технології» або «здоров'яформувальні педагогічні технології», сам термін можна розглядати і як якісну характеристику будь-якої освітньої технології, і як сукупність тих принципів, прийомів, методів педагогічної роботи, які доповнюють традиційні технології навчання і виховання, наділяють їх ознакою здоров'язбереження.

Аналіз класифікацій існуючих здоров'язбережувальних технологій дає можливість виділити наступні їх типи:

1. За сутністю (О. Ващенко) [1]:

- *здоров'язбережувальні* – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці у школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини;

- *оздоровчі* – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я:

- фізична підготовка, фізіотерапія, аромотерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія;

- *технології навчання здоров'ю* – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загально-навчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти;

- *виховання культури здоров'я* – виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини.

2. За характером діяльності технології можуть бути як приватні (вузькоспеціалізовані), так і комплексні (інтегровані).

3. За напрямком діяльності серед приватних здоров'язбережувальних технологій виділяють:

- *медичні* (технології профілактики захворювань; корекції та реабілітації соматичного здоров'я; санітарно-гігієнічної діяльності);
- *освітні* (сприяють здоров'ю (інформаційно-навчальні та виховні);
- *соціальні* (технології організації здорового і безпечного способу життя; профілактики та корекції девіантної поведінки);
- *психологічні* (технології профілактики та психокорекції психічних відхилень особистісного та інтелектуального розвитку).

4. До комплексних здоров'язбережувальних технологій відносять:

- технології комплексної профілактики захворювань, корекції та реабілітації здоров'я (фізкультурно-оздоровчі та валеологічні) – педагогічні технології, що сприяють здоров'ю;

- технології, що формують здоровий спосіб життя.

Основними компонентами здоров'язбережувальних технологій виступають:

- *аксіологічний*, що виявляється в усвідомленні учнями вищої цінності свого здоров'я ;

- *гносеологічний*, пов'язаний з придбанням необхідних для процесу здоров'язбереження знань й умінь, пізнанням себе, своїх потенційних здібностей і можливостей;

- *здоров'язбережувальний*, що включає систему цінностей і настанов, які формують систему гігієнічних навичок і вмінь;

- *емоційно-вольовий*, який включає в себе прояв психологічних механізмів - емоційних і вольових. Необхідною умовою збереження здоров'я є позитивні емоції; переживання, завдяки яким у людини закріплюється бажання вести здоровий спосіб життя;

- *екологічний*, що враховує те, що людина як біологічний вид існує в природному середовищі, яка забезпечує людську особистість певними біологічними, економічними та виробничими ресурсами;

- *фізкультурно-оздоровчий* компонент передбачає володіння способами діяльності, спрямованими на підвищення рухової активності, попередження гіподинамії.

Здоров'язбережувальні технології реалізують такі функції:

- *формувальна* полягає у формуванні особистості прагнення до збереження та покращення здоров'я як бази функціонування особистості в суспільстві;

- *інформативно-комунікативна*: забезпечує трансляцію досвіду ведення здорового способу життя, спадкоємність традицій, ціннісних орієнтацій, що формують дбайливе ставлення до здоров'я;

- *діагностична*: полягає в моніторингу розвитку учнів на основі прогностичного контролю, що дозволяє порівняти зусилля дій педагога відповідно до природних можливостей дитини;

- *адаптивна*: виховання в учнів прагнення до оптимізації стану власного організму і підвищення стійкості до різного роду стресогенних факторів природного і соціального середовища;

•*рефлексивна*: полягає в переосмисленні попереднього особистісного досвіду, у порівнянні реально досягнутих результатів з перспективами;

•*інтегративна*: об'єднує досвід, різні наукові концепції і системи виховання, направляючи їх по шляху збереження здоров'я підрастаючого покоління.

На сьогоднішній день виділяють наступні принципи здоров'язбережувальних технологій [14]:

•принцип єдності зв'язку елементів системи здоров'язбережувальної технології (основні її складові взаємозв'язані і взаємозалежні: зміна однієї з них неодмінно вимагає зміни інших);

•принцип функціональної повноти і функціонального взаємозв'язку змісту технології (повна реалізація відповідних технологій можлива у разі охоплення одночасно усіх складових і компонентів освітньої системи);

•принцип відкритості функціональних і методичних дій (усе, що робиться в процесі впровадження і становлення здоров'язбережувальних технологій, має бути зрозумілим, логічно обґрунтованим та інформаційно відкритим для усіх суб'єктів освітнього процесу);

•принцип об'єктивної оцінки кінцевого результату (тільки при виконанні цієї вимоги можливий продуктивний контроль і корекція, пошук способів управління);

•принцип спадкоємності і завершеності (полягає в узгодженості не лише змісту, але і технологічної моделі, форм учбової діяльності на різних ступенях освіти, як в макро-, так і в мікроструктурі);

•принцип варіативності засобів, методів і організаційних форм впровадження здоров'язбережувальних технологій (широкий спектр і різноманітність засобів, методів, організаційних форм);

•принцип оптимізації (припускає у кожному конкретному випадку вибір найкращого варіанту плану дій).

У процесі реалізації здоров'язбережувальних технологій важливо створювати здоров'язбережувальний простір школи (ЗПШ), який об'єднує, сфери, шляхи і процеси реалізації здоров'язбережувальних освітніх технологій.

Особливості здоров'язбережувального простору школи:

•позитивна основа, спрямованість на ті процеси і ресурси, організаційні та змістовні можливості педагогічної системи, які сприяють не тільки збереженню, але і формуванню, збільшенню потенціалу здоров'я учнів;

•інноваційно-творча основа формування і реалізації всіх зусиль, спрямованих на підвищення ефективності здоров'язбереження, з максимально можливим використанням індивідуального підходу до кожного учня;

•спрямованість на залучення самих учнів у діяльність по оптимізації цього простору, що представляє виховну програму, що сприяє перетворенню школярів з пасивних і безвідповідальних об'єктів, яких дорослі захищають від шкідливих для їхнього здоров'я впливів, в суб'єктів процесу

здоров'язбереження, з абсолютно іншим почуттям відповідальності, наділених власними правилами і обов'язками.

Елементи створення ЗПШ: ароматерапія (вплив запахів); фітотерапія (фітобар); відеоекологія (вплив зорових образів того середовища, в якому людина перебуває: форми з прямими кутами впливають на психіку більш негативно, ніж округлі з вигинами ліній); співвідношення колірної гами; арт-терапія (казкотерапія, ігротерапія, маскотерапія, лялькотерапія, ізотерапія та ін.); емоційний клімат уроку, його гумористична складова (Про те, що «хороший сміх дарує здоров'я» сказано чимало); культура мови вчителя: чіткість, логічність, змістовність, правильність та інші якості; невербальні засоби спілкування: міміка, жести, пози, рухи тіла тощо.

Однак, мати знання про здоров'язбережувальні освітні технології, це ще не значить їх уміло впроваджувати. Вчитель повинен мати певні практичні вміння і навички використання здоров'язбережувальних технологій. Цій проблемі мають бути підпорядковані семінари-практикуми, конференції, «круглі столи», презентації досвіду, які сприяють взаємозбагаченню, формуванню культури здоров'я. Досвід показує [15], що в організації та проведенні уроку з позицій здоров'язбереження вчителю необхідно враховувати наступні вимоги:

- Обстановка і гігієнічні умови в класі (кабінеті): температура і свіжість повітря, раціональність освітлення класу і дошки, наявність / відсутність монотонних, неприємних звукових подразників тощо.
- Кількість видів навчальної діяльності. Норма: 4 - 7 видів за урок.
- Середня тривалість і частота чергування різних видів навчальної діяльності. Орієнтовна норма - 7-10 хвилин.
- Кількість видів матеріалу: словесний, наочний, аудіовізуальний, самостійна робота і т.д. Норма: не менше трьох.
- Чергування видів викладання. Норма: не пізніше, ніж через 10-15 хвилин.
- Наявність і вибір місця на уроці методів, що сприяють активізації ініціативи і творчого самовираження самих учнів, коли вони дійсно перетворюються з «споживачів знань» в суб'єктів дії щодо їх отримання і творення.
- Місце і тривалість застосування технічних засобів навчання, вміння вчителя використовувати їх для ініціювання дискусії та обговорення.
- Постава учнів (чи спостерігає вчитель за поставою учнів).

Отже, у навчально-виховному процесі більше уваги необхідно приділяти використанню здоров'язбережувальних технологій через: формування психологічної культури навчально-виховного процесу; розвиток компетентностей педагогів у питаннях використання здоров'язбережувальних технологій; підвищення рівня культури здоров'я учнів, покращення стану здоров'я вчителів. З метою підвищення рівня використання

здоров'язбережувальних технологій, формування необхідних практичних умінь і навичок учителів, необхідно активізувати реалізацію комплексної програми «Школа сприяння здоров'ю», розробляти районні (міські) програми інноваційного навчання педагогів, організовувати роботу творчих груп, педагогічних майстерень «Здоров'я заради освіти».

Список використаних джерел

1. Ващенко О., Свіріденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі. *Здоров'я та фізична культура*. 2006. № 8. С. 1 – 6.
2. Вайнер Э.Н. Формирование здоровьесберегающей среды в системе общего образования. *Валеология*. 2004. № 1. С. 21 – 26.
3. Волкова І.В., Марінушкіна О.Є., Покроєва Л.Д., Рябова З.В. Становлення шкіл сприяння здоров'ю. Харків: ХОНМІБО, 2007. 40 с.
4. Даниленко Г.М., Бориско Г.О., Пономарьова Л.І. та ін. Стан здоров'я дітей в умовах загальноосвітнього навчального закладу. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. 2003. №5. С.43–48.
5. Даниленко Г.М. Загальноосвітній навчальний заклад як система комплексного впливу на якість життя дитини. *Гігієна населених місць*. 2003. Вип. 41. С. 330-334.
6. Даниленко Г.М., Сотнікова Ж.В. Якість життя та здоров'я школярів. *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, серія «Медицина»*. 2005. Вип. 10, № 658. С. 61-67.
7. Карасева Т.В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих технологий. *«Начальная школа»*. 2005. № 11. С. 75.
8. Методика комплексной оценки и организации системной работы по сохранению и укреплению здоров'я школьников. Методические рекомендации / под. ред. В.Д. Сонькина, М.М. Безруких.- М.: Изд. Дом «Новый ученик», 2003. – 203С.
9. Митина Е.П. Здоровьесберегающие технологии сегодня и завтра. *«Начальная школа»*. 2006. № 6. С. 56.
10. Петров В.О. Здоровьесберегающие технологии в работе учителя физической культуры: автореф. дисс. на получение науч. степени канд.пед.наук: спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» Ростов на Дону, 2005. 23 с.
11. Рылова Н.Т. Организационно-педагогические условия создания здоровьесберегающей среды образовательных учреждений: диссертация на получение науч. степени кандидата педагогических наук: 13.00.01. Кемерово, 2007 196 с.
12. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. М.: АРКТИ, 2005. 320 с.
13. Соловьева Н.И. Здоровьесберегающая система образования в обеспечении формирования культуры здорового образа жизни учащихся: диссертация на получение науч. степени кандидата педагогических наук: 13.00.01. Ставрополь, 2005. 195 с.
14. Shure M., Nievies C. de Paz The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2011.
15. Костенко Л.В. Здоровьесберегающие технологии в школе |URL: <http://www.openclass.ru/io/9/kostenko> - 104k
16. Доклад для конференции Ещенко Е.А. Здоровьесберегающие технологии в работе учителя информатики URL: <http://econf.rae.ru/pdf/2009/12/d9fc5b73a8.pdf> - -1k

ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ДО ОЗДОРОВЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ГРУПІ ПРОДОВЖЕНОГО ДНЯ ЯК НАУКОВА ПРОБЛЕМА (Ващенко О.М.)

Утвердження загальнолюдських цінностей, збереження здоров'я громадян України є винятково актуальною проблемою сьогодення. Інтерес до проблеми здоров'я викликаний, насамперед, соціальним замовленням суспільства на особистість, здатну до здорового способу життя та соціальної активності.

Проблема формування здорового способу життя підростаючого покоління України належить до найактуальніших проблем, вирішення якої обумовлює майбутнє держави та подальше існування здорової нації. Насьогодні сферою формування здорового способу життя дітей та підлітків є система освіти. Згідно державної програми «Освіта» (Україна ХХІ століття) та «Національної доктрини освіти України у ХХІ столітті» стратегічним завданням сучасної освіти є виховання освіченої, творчої особистості, становлення її духовного, психічного та фізичного здоров'я. Тому обов'язковим компонентом національної системи освіти мають становити сформовані у майбутнього вчителя знання про формування, збереження та зміцнення здоров'я, а також професіоналізм як показник конкурентоспроможності. Одним із обов'язкових критеріїв конкурентоспроможного фахівця в галузі початкової освіти є його знання, вміння та навички відновлювати, зберігати та зміцнювати здоров'я учнів, тобто рівень і якість оволодіння ним оздоровчою діяльністю.

У дослідженнях фахівців підкреслюється, що більшість педагогів не виділяють здоров'я як пріоритетну особистісну цінність, невисоко оцінюють роль власних зусиль у збереженні та розвитку здоров'я, не знайомі з методами самодіагностики і саморегуляції стану здоров'я учнів, не володіють системою знань про здоров'я, комплексом навичок і технологій збереження та зміцнення як власного здоров'я, так і здоров'я дітей.

Проблемі оздоровчої діяльності вчителя присвячені дослідження сучасних як вітчизняних, так і зарубіжних науковців, які розглядають її в різних аспектах: В. Бобрицька, Ю. Бойчук, Є. Булич, О. Ващенко, В. Горащук, Н. Денисенко, О. Дубогай, В. Зайцев, С. Кондратюк, С. Лапаєнко, О. Мельник, О. Савченко, С. Свириденко, Т. Шаповалова, В. Шахненко та ін. [5; 7; 8; 10; 15; 16].

На сучасному етапі розвитку суспільства соціальна напруженість і погіршення екологічних характеристик середовища проживання людини, пов'язані з перетворенням економіки і соціальної сфери, настійно вимагають підготовки особистості до мінливих умов існування. ХХІ століття докорінно змінює соціальне замовлення суспільства для вищої школи. Ставиться завдання підготовки не тільки справжніх професіоналів і ділових людей, готових інтелектуально і фізично реалізувати себе в умовах мінливого світу, але і орієнтованих на збереження і підтримку здоров'я підростаючих поколінь. Проблема оздоровчої функції освіти складна й багатогранна. Для

того, щоб вона реалізовувалася в освітньому закладі, необхідно не тільки бажання, а й професійна підготовка вчителів щодо її втілення.

Здоров'я нації, здоровий спосіб життя, здорова особистість – слова, що на сьогодні є актуальними для нашого суспільства. Тому в сучасних умовах вкрай важливою й актуальною є проблема впровадження у навчально-виховний процес усіх типів освітніх закладів, насамперед, у початкову школу, інноваційних здоров'язбережувальних технологій. Науковці, педагоги та лікарі наголошують, що сьогодні особливої значущості набуває не тільки підготовка дитини до самостійного життя, а й виховання її як морально так і фізично здорової особистості, котра має усвідомлену потребу у зміцненні та збереженні здоров'я як необхідної умови майбутньої успішності і добробуту в подальшому житті [9].

Водночас сучасні умови, що характеризуються нестабільністю соціально-економічного розвитку українського суспільства, втратою духовних цінностей, погіршенням екологічної ситуації, зумовлюють виникнення сталої тенденції до погіршення стану здоров'я дітей. Учені і громадськість світової спільноти відзначають, що однією з глобальних проблем сьогодення є проблема збереження здоров'я молодого покоління, як одного з провідних чинників майбутнього благополуччя держави. Проблема здоров'я, здорового способу життя дітей і молоді визначається як найгостріша соціальна проблема і в Україні.

З кожним роком дедалі актуальнішою постає проблема не тільки фізичного, а й психічного здоров'я школярів. Це підтверджується значним збільшенням кількості дітей, які відчують труднощі у навчанні. Зафіксовано 33% дітей із нервово-психічними відхиленнями. Посилюються негативні тенденції у розвитку вищих психічних функцій (сприйняття, пам'яті, уяви, мислення, мовлення); спостерігається несформованість уміння стримувати емоції [9].

На сучасну школу покладається завдання виховання компетентної особистості, яка не тільки володіє знаннями в галузі зміцнення та збереження здоров'я, а й уміє застосовувати їх у житті, діяти адекватно у різних ситуаціях, адаптуватися до складних соціальних умов, долати життєві труднощі, підтримувати своє здоров'я. У цьому контексті актуалізується готовність учителя до формування в дітей молодшого шкільного віку знань, умінь і навичок збереження і зміцнення здоров'я [3].

Нині в теорії та практиці педагогічної освіти накопичені значні наукові напрацювання, які можуть слугувати основою вдосконалення різних аспектів підготовки майбутніх учителів. Це науковий доробок щодо основних напрямів історії та філософії вищої педагогічної освіти (В. Андрущенко, І. Зязюн, В. Кремень, В. Луговий, В. Майборода та ін.), методологічні та теоретичні дослідження, спрямовані на вдосконалення навчально-виховного процесу у вищих педагогічних закладах освіти (В. Алексюк, І. Бех, В. Бондар, М. Бурда, М. Євтух, О. Дубасенюк та ін.), методики впровадження нових педагогічних технологій (В. Безпалько, К. Баханов, І. Богданова, Л. Даниленко, М. Кларін та ін.).

Суттєво впливають на оновлення професійної підготовки майбутніх учителів початкової школи праці науковців, які розробляють загально педагогічні й методичні аспекти розвитку початкової освіти (К. Авраменко, В. Бондар, Т. Байбара, М. Вашуленко, Н. Воскресенська, Н. Кічук, Д. Пащенко, О. Савченко, Л. Хомич, Л. Хоружа та ін.).

Досліджуючи питання підготовки майбутніх учителів до педагогічної діяльності, О. Семенов зазначає, що гуманістична парадигма освіти в педагогічному навчальному закладі передбачає створення середовища, яке сприяє розвитку моральних якостей, соціально значущих цінностей, розкриттю творчого потенціалу особистості, характеризується оновленням змісту існуючих і появою нових технологій, переорієнтацією навчально-виховного процесу на оволодіння прийомами професійно-педагогічної діяльності, спрямованої на формування наукового світогляду й гуманістичних ідеалів майбутніх вчителів [11].

Досліджуючи тенденції розвитку університетської педагогічної освіти в Україні, О. Глузман запропонував концепцію професійної підготовки викладачів різних спеціальностей, спеціалізацій і профілів шляхом індивідуально-орієнтованої освіти, індивідуально-творчого характеру навчання студентів [14, с. 172]. Але, на думку інших вчених, індивідуально орієнтована освіта суттєво відрізняється від особистісно орієнтованої, тому що її основою є індивідуалізація (особлива форма організації навчання, при якій відбувається постійне вивчення учня, знання його найбільш суттєвих індивідуальних особливостей, сильних та слабких сторін і конструювання на цій основі завдань для кожного). Переважна більшість дослідників індивідуалізації (С. Гончаренко, Ю. Бабанський, С. Карпенчук, О. Пехота, О. Савченко та ін.) виокремлюють її природовідповідний, гуманний та особистісний характер. При цьому формування особистості займає визначальну роль у навчально-виховному процесі, оскільки соціально-ціннісні її особливості не стільки виявляються, оскільки цілеспрямовано формуються у ході педагогічної діяльності. Тому, дедалі актуальнішою стає ідея особистісної орієнтації професійної підготовки майбутнього вчителя.

Однією з найважливіших проблем вищої педагогічної школи є відбір змісту професійної підготовки, що визначений сучасними нормативними документами вищої школи (освітньо-професійною програмою, структурно логічною схемою підготовки, навчальними програмами дисциплін, іншими нормативними актами органів державного управління освітою та вищого навчального закладу) і відображається у відповідних підручниках, навчальних посібниках, методичних матеріалах, дидактичних засобах, а також при проведенні навчальних занять та інших видів навчальної діяльності [17].

Зміст уміння в професійній підготовці вчителя, на думку І. Зязюна, структурується не лише програмою, але й педагогом у такий спосіб, щоб кожна складова досвіду студента актуалізувалася (з потреб вирощувалася мета), забезпечувала прирощування до індивідуальних норм (на основі опорних знань, нової інформації самостійно робився основний висновок — маленьке відкриття), практично реалізувалася (метод вимагає спосіб

діяльності, розвиваючи здібності кожного суб'єкта учіння). Так забезпечується цілісний педагогічний процес, здійснюється «виращування» особистості [12].

Аналіз наукових досліджень доводить, що у сучасних вищих педагогічних навчальних закладах процесу формування у студентів здоров'язбережувальної компетентності притаманні певні суперечності. Як, наслідок, випускники педагогічних факультетів не дотримуються здорового способу життя, що веде до виникнення синдрому «професійного вигорання», який виявляється, з одного боку, у погіршенні здоров'я вчителів, а з другого, – у розчаруванні професією» [1, с. 25-33]. Зміст людинознавчих природничих дисциплін, який включає навчальну інформацію щодо збереження і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя, засвоюються студентами переважно на формальному рівні. А відтак «знижується загальна ефективність підготовки майбутніх вчителів до професійної діяльності, що спричиняє їх недостатню підготовленість до розв'язання соціальних і педагогічних завдань» [13, с. 65].

Ідея самопізнання та самовдосконалення майбутнього педагога на етапі професійної підготовки, що базується на гуманістичних принципах, зокрема на принципі антропоцентризму є провідною у розробленій В. Бобрицькою теорії формування здорового способу життя у майбутніх учителів у процесі вивчення природничо-наукових дисциплін. Згідно з цим принципом, особистість, пізнаючи основи наук, зокрема природничого циклу, вивчає себе, а разом із тим розвивається, самореалізується, зростає професійно. Концепція науковця вибудовується на засадах аксіологічного, компетентнісного та особистісно-діяльнісного підходів. У процесі вивчення природничих дисциплін майбутні вчителі здобувають знання, вміння, навички вдосконалення своєї життєдіяльності з урахуванням принципів здорового способу життя. При цьому забезпечується узгодження індивідуальних програм самовиховання та самореалізації студентів в об'єктивно заданій програмі професійного та особистісного розвитку [15].

Формування здорового способу життя у майбутніх вчителів у процесі вивчення наук природничого циклу передбачає реалізацію кожним майбутнім вчителем професійно мотивованої, усвідомленої, тривалої у часі діяльності, спрямованої на покращення успадкованих резервів здоров'я, коригування індивідуальних форм життєдіяльності та способу життя. Результатом і головною метою педагогічного процесу визначено створення у майбутніх вчителів цілісно - орієнтованих настановлень на здоров'я та здоровий спосіб життя, складовою яких є готовність до оволодіння знаннями, вміннями та навичками організації здорової життєдіяльності – своєї та інших.

С. Болтівець переконаний, що особистість педагога – «інструмент педагогічного впливу на учнів, що зумовлює необхідність постійного руху до набуття ним нових вимірів досконалості». У галузі здорового способу життя таке вдосконалення передбачає: 1) зміцнення власного здоров'я; 2) уміння визначати межі доцільного педагогічного впливу і передбачати його психогенні наслідки; 3) забезпечення власної врівноваженості, стриманості,

терплячості у кризових ситуаціях, що виникають при спілкуванні з учнями, у відповідні моменти життя дитячого колективу; 4) постійну підтримку здатності до справедливого вирішення суперечностей і конфліктів у міжособистісних стосунках; 5) опанування способів індивідуальної психокорекції [2].

Процес формування психогігієнічної позиції майбутнього вчителя передбачає загально педагогічну підготовку, зміст якої складають моральні основи педагогічної професії та універсальна база людинознавства, і набуття системи педагогічно-психологічних знань, методологічною основою яких є спільні як для педагогічних, так і для лікарських професій фахові ідеали [4].

У дисертаційному дослідженні Л. Койсман стверджується, що ставлення дитини до самої себе, свого фізичного розвитку зумовлюється найближчим оточенням, тому особистість учителя є визначальною у формуванні настановлень на здоровий спосіб життя і розвиток мотиваційно-потребової сфери саме в молодшому шкільному віці. Переконаність учителя має набувати прояву у практичній діяльності. Адже взяти активну участь у формуванні здорового способу життя своїх учнів можуть лише ті вчителі, які мають знання, хорошу фізичну підготовку, досвід організації фізкультурних заходів з молодшими школярами [9, с. 23].

Грунтуючись на таких ідеях, Л. Койсман формулює педагогічні умови, реалізація яких покликана забезпечити ефективність вирішення зазначених завдань. До таких умов вона відносить запровадження психолого-педагогічної, технологічної та спеціальної підготовки вчителя в контексті здоров'язбережувальної діяльності; оволодіння вчителем індивідуальною фізичною культурою, розумінням ним значення здорового способу життя як цінності та знання вікових особливостей молодших школярів. При цьому увага акцентується на тому, що підготовка майбутніх вчителів в світлі зазначених умов має охоплювати як теоретичну підготовку, так і практичну та особистісну. За час навчання у вищій педагогічній школі майбутні вчителі повинні оволодіти вміннями самостійного вирішення професійних завдань, спираючись на власний досвід; навчитися не лише актуалізувати необхідні знання для вирішення педагогічних завдань, а й набути упевненості у своїй здатності робити це, переконатися у своїй професійній самостійності [9].

Згідно з поглядами О. Диканової, здоров'ятворча компетентність учителя поряд із професійними знаннями, становить підґрунтя педагогічної майстерності. Це зумовлює необхідність підготовки такого вчителя, для якого принципи здорового способу життя мають стати власними життєвими принципами, а також принципами професійної здоров'язбережувальної діяльності. Особливого значення, на думку дослідниці, набуває підготовка вчителя до формування культури здоров'я молодшого школяра, адже саме початкова здоров'язбережувальна освіта закладає підґрунтя здоров'я в житті дитини.

Реалізувати це завдання, вважає О. Диканова, можливо лише за умови усвідомлення і визнання його значущості у системі професійної підготовки майбутніх вчителів. Результат цієї підготовки вбачається у формуванні в

майбутніх вчителів відповідної готовності – полікомпонентного стану особистості, що забезпечує її самореалізацію у вирішенні здоров'язбережувальних завдань початкової освіти з урахуванням конкретних умов та особистісного досвіду, й охоплює мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісний і рефлексивний компоненти. Звідси визначаються основні функції такої готовності: спонукально-стимулююча, спрямована на формування усвідомленого інтересу майбутніх вчителів до здоров'язбережувального навчання майбутніх вихованців; гносеологічна, спрямована на пізнання здоров'язбережувального процесу як об'єкта проектування; проектувальна, що виявляється в операційному забезпеченні особистісно орієнтованого здоров'язбережувального навчально-виховного процесу; адаптаційна, що передбачає створення умов успішної роботи з підготовки до здоров'язбережувальної діяльності в початковій школі [6].

В умовах соціально-економічних перетворень в Україні загострюються суперечності між потребою суспільства в активних, здорових людях і значним погіршенням здоров'я дітей. Саме тому, проблема збереження здоров'я молодших школярів, формування в них здоров'язбережувальної компетентності становить особливий інтерес для педагогічної науки і практики.

Сучасний стан оздоровчої освіти й виховання засвідчує наявність суперечності між позитивними настановленнями та реальним рівнем оздоровчого виховання особистості. Соціальна важливість і необхідність розв'язання проблем зміцнення здоров'я учнів початкової школи у процесі навчання й виховання впливає зі стратегії цієї освіти. Розкриваючи її, необхідно розглянути сутність таких понять, як «формування готовності майбутнього вчителя до оздоровчої діяльності в групі продовженого дня» під яким розуміємо спосіб організації навчально-виховного процесу, який гарантує збереження та зміцнення здоров'я всіх його суб'єктів та сприяє створенню здоров'язбережувального середовища в групі продовженого дня, що формується у єдності педагогічних, психологічних та гігієнічних вимог та «оздоровча педагогічна діяльність», яка буде здійснюватись майбутніми вчителями початкової школи за умов сформованості в них відповідної професійно-педагогічної спрямованості, оволодіння сукупністю психолого-педагогічних та здоров'язбережувальних умінь і навичок, якість засвоєння та надбання яких є необхідною умовою для здійснення здоров'язбережувальної діяльності; оволодіння певними формами і методами, за допомогою яких майбутні вчителі можуть розв'язувати проблеми збереження здоров'я учнів, що включає розмаїття можливостей їхньої професійної діяльності; навчальну, позакласну роботу, оздоровчу діяльність на ГПД, роботу з батьками тощо. Засобами вирішення цих питань у майбутній професійно-педагогічній діяльності вчителів можуть бути: здійснення здоров'язбережувальних заходів під час викладання навчальних дисциплін, організація та проведення виховних заходів фізкультурно-оздоровчого спрямування, дотримання санітарно-гігієнічних норм, використання ароматерапії та музикотерапії тощо.

Таким чином, на сьогодні проблема здоров'я нації є не тільки предметом багатьох наукових досліджень, а й першочерговим завданням кожного

освітнього закладу. Саме тому, проблемі формування готовності майбутніх вчителів до оздоровчої діяльності в групі продовженого дня сучасні науковці та педагоги-практики надають певної значущості. Це пов'язано з необхідністю виховання здорового покоління, що свідомо ставиться до свого здоров'я та здоров'я оточуючих, з необхідністю формування у молодших школярів здоров'язбережувальної компетентності як на уроках, так і в групі продовженого дня, що є змістом найважливіших завдань сучасної початкової освіти.

Список використаних джерел

1. Абаскалова Н.П. Теория и практика формирования здорового образа жизни учащихся и студентов в системе «школа – вуз»: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра пед. наук: спец. 13.00.01 – «Общая педагогика и история педагогики». – Барнаул, 2000. – 40 с.
2. Андреева И. Современные аспекты поддержания здоровья школьников // Педагогика. - 2003. - № 2. - С. 99-100.
3. Андрущенко В.П., Табаченко І.Я. Формування особистості вчителя в сучасних умовах // Політичний менеджмент. – 2005. – № 1 (10). – С. 58–69.
4. Бабич В.І. Підготовка майбутніх учителів фізичного виховання до формування культури здоров'я школярів: Дис. кан. пед. наук: 13.00.04. – Луган. нац. пед. ун-т ім. Тараса Шевченка. – Луганськ, 2006. – 315 с.
5. Бобрицька В.І. Формування здорового способу життя у майбутніх учителів: монографія. – Полтава: Поліграф. центр «Скайтек», 2006. – 432 с.
6. Васильев Е.С. Педагогические условия формирования у будущих бакалавров педагогики готовности к использованию здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук: 13.00.01. - СПб., 2008. - 23 с. - Библиогр.: с. 22-23.
7. Ващенко О., Свириденко О. Здоров'язберігаючі технології в загальноосвітніх навчальних закладах // Директор школи (Шкільний світ). – 2006. – № 20. – С. 12-15.
8. Ващенко О., Свириденко С. Організація здоров'язберігаючої діяльності початкової школи / О. Ващенко, С. Свириденко // Початкова освіта. – 2005. – № 46 (334) – С. 2-4.
9. Ващенко О.М., Кікош О.В. Підготовка майбутнього вчителя до здоров'язбережувальної діяльності у початковій школі як наукова проблема // Перлини наукового пошуку: зб. наук. статей / за заг. ред. Докукіної О.М. / упоряд. К.І. Волинець, О.М. Ващенко, Т.В. Кравченко. – Кн. 2. – Хмельницький: ХмЦНП, 2014. – С. 18-24.
10. Дубогай О.Д. Роль фізичного виховання у формуванні здорового способу життя // Молодь за здоров'я: матеріали Міжнародної конференції. – К.: Нац. пед ун-т ім. М.П. Драгоманова, 2001. – С. 33-39.
11. Зайцев Г.К. Валеологическое образование учителей: научное обоснование и программное обеспечение // Школа. – 2002. – № 3. – С. 8-15.
12. Зязюн І.А. Пріоритетні принципи дидактики сучасної професійної освіти // Наук. вісник Миколаївського держ. пед ун-ту. – Миколаїв: МДПУ, 2001. – С. 11-12.
13. Ирхин В.Н. Здоровьеориентированная система подготовки кадров в ВУЗе // Здоровье нации – основа процветания России: материалы научно-практических конгрессов IV Всероссийского форума. – М., 2008. – Том 2: Здоровье нации и образование. – С. 64–66.
14. Інтеграція освітньо-виховної та оздоровчої діяльності в навчальних закладах України: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Кіровоград, 6-7 листопада 2012 р.) – Кіровоград: ФОП Александрова М.В., 2012. – 284 с.
15. Кондратюк С.М. Інтегративний підхід до виховання у молодших школярів здорового способу життя: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спеціальність 13.00.01 «Загальна педагогіка». – К., 2003. – 20 с.
16. Мельник О. Системний підхід до формування культури здоров'я учасників навчально-виховного процесу // Початкова школа. – 2005. – № 4. – С. 57-62.

17. Філіп'єва О.А. Підготовка майбутніх учителів початкових класів до валеологічного виховання учнів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». – Кіровоград, 2008. – 20 с.

МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ СФОРМОВАНOSTІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПЕДАГОГІВ (Веретенко Т.Г., Лехолетова М.М.)

Соціально-педагогічна робота соціальних педагогів, як один з напрямів їх роботи, включає вирішення завдань соціального виховання підростаючого покоління та створення здоров'язбережувального середовища як чинника розвитку та становлення особистості. Тому, професійна підготовка майбутніх соціальних педагогів, здатних до самореалізації, ефективної взаємодії з клієнтами, пов'язана з розвитком означеного виду діяльності, бажанням фахівця бути компетентним у питаннях культури професійного здоров'я; розробкою наукових основ формування не тільки професійної компетентності, але і здоров'язбережувальної.

У сучасній психолого-педагогічній літературі дослідження необхідності формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх фахівців, як важливого чинника їх особистісного розвитку та професійного зростання, є предметом пізнання вітчизняних та зарубіжних науковців (Ю. Абакумова, Л. Акімова, О. Антонова, Н. Башавець, Н. Бібік, Ю. Бойчук, Л. Буйнов, Л. Ващенко, Д. Воронін, Л. Грицюк, В. Ірхін, Г. Мешко, Т. Осадченко, М. Пазиркіна, Н. Поліщук, І. Рибіна, В. Соломін, Г. Сопко, Л. Сущенко, О. Шатрова та ін.).

Проте практично не розроблена проблема методичного інструментарію для діагностики рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів.

Виходячи з соціальної значущості проблеми, метою статті є розробка методичного інструментарію для діагностики рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів у вищих навчальних закладах під час професійної підготовки. Для досягнення поставленої мети було використано наступні методи наукового пошуку: порівняльно-педагогічний – для дослідження та виявлення теоретичних підходів до проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів у вищих навчальних закладів; якісної (аналіз, порівняння) та кількісної (групування, таблиці) обробки експериментальних даних для реєстрації результатів застосування методичного інструментарію.

Раніше нами було обґрунтовано та охарактеризовано критерії та показники здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів у процесі професійної підготовки [4]. Так, першим критерієм здоров'язбережувальної компетентності визначено *ціннісно-мотиваційний критерій* (показниками якого є: визнання цінності власного здоров'я в

системі життєвих цінностей студентів та задоволеність діяльністю, яка спрямована на його збереження і зміцнення; бажання реалізувати здоров'язбережувальну компетентність у власній життєдіяльності та застосовувати її основні елементи у майбутній професійній діяльності); другим, *когнітивно-валеологічний критерій* (що проявляється через: стабільні знання про здоров'я та впливу на нього негативних факторів, причини та наслідки шкідливих звичок їх профілактику; обізнаність стосовно основних напрямів діяльності соціальних педагогів, що спрямовані на створення здоров'язбережувального середовища в професійній діяльності); третім визначено *організаційно-діяльнісний критерій* (показниками якого виступають вміння та навички планування, організації та реалізації здоров'язбережувальної діяльності, як по відношенню до самого себе, так і до оточуючих; вміння та навички соціальної взаємодії); і четвертий критерій – *контрольно-оцінний* (що включає в себе вміння критично оцінювати себе як професіонала та удосконалювати свої професійні знання і навички, реалізовувати рефлексію професійної, здоров'язбережувальної діяльності на основі самоаналізу; наявність об'єктивної самооцінки, самовдосконалення та контролю; особистісних та професійно значущих якостей майбутнього соціального педагога, необхідних для організації та реалізації здоров'язбережувальної діяльності). Вимірювання показників визначених критеріїв здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів здійснювалось на трьох рівнях: високому, середньому та низькому. Для оцінки рівнів сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів у процесі професійної підготовки було запропоновано наступний методичний інструментарій (див. табл. 1).

Таблиця 1

Діагностичний інструментарій для виявлення стану сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів

Критерій	Методика дослідження
Ціннісно-мотиваційний	- Оцінка мотивації ставлення майбутніх соціальних педагогів до формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі професійної підготовки - Оцінка професійної ціннісно-мотиваційної сфери соціального педагога
Когнітивно-валеологічний	- Анкета на вивчення стану сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів - Тест «Ваші знання про основи здоров'язбереження»
Організаційно-діяльнісний	- Оцінка стану нервово-психічної напруги майбутніх соціальних педагогів - Оцінка способів подолання та вирішення конфліктів майбутніх соціальних педагогів
Контрольно-оцінний	- Оцінка здійснення здоров'язбережувальної рефлексії майбутніми соціальними педагогами на основі самоаналізу - Опитувальник на визначення емпатії, як особистісної та професійно значущої якості майбутнього соціального педагога

Розроблений нами методичний інструментарій пройшов попередню апробацію у процесі професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів в Київському університеті імені Бориса Грінченка; Черкаському національному університеті імені Богдана Хмельницького; ДВНЗ «Переяслав-Хмельницькому державному педагогічному університеті імені Григорія Сковороди». Загальна вибірка склала 252 особи.

Розглянемо детальніше запропонований методичний інструментарій. Так, однією з методик визначення рівня сформованості ціннісно-мотиваційного критерію була оцінка мотивації ставлення майбутніх соціальних педагогів до формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі професійної підготовки (за методикою оцінки мотивації ставлення до професійної діяльності А. Кареліна у модифікації Т. Осадченко [10; 13]), яка допомогла визначити ступінь мотивації студентів до формування здоров'язберігальних навичок і вмінь. Вона включала 15 запитань, які оцінювались в балах від 1 до 5 та виражали позитивне або негативне ставлення до формування здоров'язбережувальних навичок і вмінь у майбутніх соціальних педагогів. Ступінь мотивації оцінювався залежно від суми набраних балів: низький – від 15 до 33 балів; середній – від 34 до 54 балів та високий – від 55 до 75 балів.

Для вивчення ціннісно-мотиваційної сфери майбутніх соціальних педагогів у процесі професійної підготовки було використано авторську методику «Оцінка професійної ціннісно-мотиваційної сфери соціального педагога». Вона була складена на основі наукових праць вітчизняних науковців (О. Безпалько [2], Н. Заверико [5], Г. Першко [11], В. Поліщук [12], Л. Міщик [8]), які досліджують проблеми підготовки фахівців соціальної сфери. У методиці представлені два списки цінностей: цінності, що відображають життєву мету майбутнього соціального педагога та ті, що відображають засоби, за допомогою яких можливе досягнення поставленої мети. Студентам необхідно було присвоїти кожній цінності ранговий номер, від найбільш значимої для них цінності, до тієї, що не має для них особливого значення.

Далі, респондентам були запропоновані опитувальники, питання яких дозволили діагностувати сформованість показників когнітивно-валеологічного критерію здоров'язбережувальної компетентності. Першою була анкета складена на основі праць вітчизняних науковців (О. Антонової Н. Поліщук [1], В. Бобрицької [3]; Т. Осадченко [10]), які працюють в системі вищої освіти та досліджують проблеми формування здорового способу життя у майбутніх фахівців та застосування здоров'язбережувальних технологій в закладах освіти. Запитання анкети були спрямовані на визначення рівня знань студентів про здоров'я та впливу на нього негативних факторів (зовнішнього середовища, способу життя, руйнівних чинників у професійній діяльності соціального педагога), причини та наслідки шкідливих звичок їх профілактику. Тест «Ваші знання про основи здоров'язбереження» (модифікований варіант за В. Язловецьким [10; 16] та Н. Криловою [7]) складався з 25-ти запитань на які студенти повинні були дати відповідь обравши один із запропонованих варіантів. Метою запитань було визначення

рівня знань студентів про основи здоров'язбереження необхідні для формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі професійної підготовки. Правильна відповідь на одне запитання оцінювалась у 1 бал (чим вища сума балів, тим вищий рівень показника когнітивно-валеологічного критерію).

Визначення рівня сформованості показників організаційно-діяльнісного критерію проводилося за допомогою оцінки стану нервово-психічної напруги майбутніх соціальних педагогів (за методикою визначення нервово-психічної напруги Т. Немчіна [9]). Оцінка відбувалась за допомогою опитувальника, який включав 30 запитань та три варіанти відповідей на кожне, що оцінювались у 1, 2 і 3 бали відповідно. Мінімальна кількість балів за опитувальник – 30, а максимальна – 90 балів. Сума набраних балів свідчила про: слабку чи детензивну нервово-психічну напругу у студентів (30–50 балів); помірну чи інтенсивну нервово-психічну напругу (51–70 балів) та надмірну чи екстенсивну нервово-психічну напругу (71–90 балів).

Також, за допомогою опитувальника проводилась оцінка способів подолання та вирішення конфліктів майбутніх соціальних педагогів (за методикою визначення способів реагування на конфліктні ситуації К. Томаса [14]). Запропонований опитувальник містив 30 пунктів і два варіанти відповідей (А та Б) на кожний пункт. Кожен варіант описував поведінку, властиву людині у більшості життєвих ситуацій. Інтерпретація результатів здійснювалась шляхом підрахунку набраних очок за кожною з 5-ти шкал (домінування, співпраця, компроміс, уникання, пристосування), що дає можливість визначити, який з типів поведінки у ситуації конфлікту переважає у поведінці майбутніх соціальних педагогів.

Визначення рівня сформованості контрольно-оцінного критерію відбувалось шляхом оцінки здійснення здоров'язбережувальної рефлексії майбутніми соціальними педагогами на основі самоаналізу (за методикою рівня сформованості педагогічної рефлексії О. Калашнікової [6]). Студентам був запропонований опитувальник із 34 запитань. У разі позитивної відповіді на запитання студенти повинні були ставити у відповідну колонку знак «+», а у разі негативної відповіді – знак «-». Обробка та інтерпретація результатів полягала у порівнянні результатів відповідей з ключем, де 1 бал ставиться, якщо відповідь співпала, а 0 балів – у протилежному випадку. Оцінка результатів опитування свідчила про низький рівень розвитку здоров'язбережувальної рефлексії майбутніми соціальними педагогами на основі самоаналізу, якщо було набрано від 0 до 11 балів; середній рівень – від 12 до 22 балів; високий рівень здоров'язбережувальної рефлексії, якщо студент набрав від 23 до 34 балів.

Далі, студентам був запропонований опитувальник із 36 тверджень на визначення емпатії, як особистісної та професійно значущої якості майбутнього соціального педагога (за методикою визначення здатності педагога до емпатії І. Юсупова [15]). Відповіді студентів переводились в бали згідно з ключем: «не знаю» – 0 балів; «ні, ніколи» – 1 бал; «інколи» – 2 бали; «часто» – 3 бали; «майже завжди» – 4 бали; «так, завжди» – 5 балів. Так, 82–

90 набраних балів свідчить про дуже високий рівень розвитку емпатії; від 63 до 81 балів – високий рівень розвитку емпатії; 37–62 набраних балів – нормальний рівень; 12–36 балів – низький рівень розвитку емпатії та 11 і менше балів свідчить про дуже низький рівень емпатії у студентів.

Запропонований методичний інструментарій був використаний нами на констатувальному етапі експерименту з метою діагностики початкового стану сформованості здоров'язбережувальної компетентності студентів – майбутніх соціальних педагогів. А також на контрольному етапі експерименту, після впровадження у навчально-виховний процес ВНЗ соціально-педагогічних умов здоров'язбережувальної компетентності, з метою простеження динаміки рівнів сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів.

Соціально-педагогічні умови розглядаються нами як *сукупність спеціально створених педагогами можливостей (зміст, форми, методи, прийоми, засоби соціально-педагогічної діяльності), реалізація яких забезпечує результативність формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів у процесі професійної підготовки вищих навчальних закладів*. До їх числа відносимо: 1) підвищення мотивації до здоров'язбережувальної діяльності; 2) забезпечення здоров'язбережувальної спрямованості змісту підготовки майбутніх соціальних педагогів; 3) розробка та реалізація комплексної програми з формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів.

Результати діагностики рівнів сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів на констатувальному та контрольному етапах експериментальної роботи, ми отримали за допомогою підрахунку загального кількісного значення показників (див. табл. 2).

Таблиця 2

Узагальнені дані рівнів сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів

Рівні	Загальна вибірка	На констатувальному етапі (%)	На контрольному етапі (%)	Динаміка (%)
Високий	252	16,1	32	15,9
Середній	252	36,3	45,3	9
Низький	252	47,6	22,7	-24,9

Узагальнення емпіричних даних експерименту свідчить про загальне підвищення рівнів сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів на контрольному етапі експерименту, порівняно з констатувальним. Як видно з даних таблиці, високий рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів зріс на 15,9% (на констатувальному етапі експерименту його мали 16,1% студентів, а на контрольному – 32% учасників дослідження); середній рівень підвищився на 9% (на констатувальному етапі експерименту його мали

36,3% студентів, а на контрольному вже 45,3% учасників мали середній рівень здоров'язбережувальної компетентності); на констатувальному етапі експерименту студентів з низьким рівнем здоров'язбережувальної компетентності було зафіксовано 47,6%, а на контрольному – 22,7%. Тобто, за період проведення експерименту, низький рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності студентів зменшився на 24,9%.

Отже, використання в освітньому процесі ЗВО спеціально підбраного, удосконаленого методичного інструментарію допомогло діагностувати рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів у процесі професійної підготовки та відстежити динаміку змін на констатувальному та контрольному етапах. Обробка результатів діагностики дає нам підстави стверджувати, що запропонований методичний інструментарій є ефективним та висвітлює всі аспекти оцінки критеріїв та показників здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів.

Список використаних джерел

1. Антонова О.Є., Поліщук Н.М. Підготовка вчителя до розвитку здоров'язбережувальної компетентності учнів: Монографія. Житомир : ЖДУ ім. І. Франка, 2016. 248 с.
2. Безпалько О. В. Компетентнісний спектр майбутнього соціального педагога як основа професіоналізму // Проблеми освіти: збірник наукових праць. Вип. 84, 2015. С. 60–64.
3. Бобрицька В. І. Формування здорового способу життя у майбутніх учителів: монографія. Полтава : Поліграфічний центр «Скайтек», 2006. 432 с.
4. Веретенко Т., Лехолетова М. Змістові характеристики здоров'язбережувальної компетентності майбутніх соціальних педагогів і соціальних працівників // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : науковий журнал. 2017. № 2 (66). С. 20–40.
5. Заверико Н. В. Соціальна педагогіка : навч. посіб. – Київ : Слово, 2011. 240 с.
6. Калашникова О. В. Психологические особенности развития педагогической рефлексии : дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.07 «Педагогическая и возрастная психология». Санкт-Петербург, 1999. 205 с.
7. Крылова Н. Б. Социокультурный контекст образования // Новые ценности образования, 1995. № 2. С.76–103.
8. Мищик Л. И. Профессиональная подготовка социального педагога (педагогический, психологический и управленческий аспекты). Запорожье, 1996. 104 с.
9. Немчин Т. А. Пути и средства управления нервно-психическим напряжением // Экспериментальная и прикладная психология, 1979. № 9. С. 72–86.
10. Осадченко Т. Створення здоров'язбережувального середовища початкової школи : практичний порадник. Умань : Візаві, 2016. 234 с.
11. Першко Г. О. Професійні особистісні якості соціального педагога як базова умова соціально-педагогічної діяльності // Вісник Черкаського нац. ун-ту імені Богдана Хмельницького. 2008. Вип. 122. С.102–105.
12. Поліщук В. А. Теорія і методика професійної підготовки соціальних педагогів в умовах неперервної освіти : монографія / за ред. Н. Г. Ничкало. Тернопіль : ТНПУ, 2006. 424 с.
13. Психологические тесты в 2 томах / под. ред. А. А. Карелина. Москва : ВЛАДОС-Пресс, 2001. 22 с.
14. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. К. : Кондор, 2005. 278 с.
15. Юсупов И. М. Психология эмпатии (Теоретические и прикладные аспекты) : дисс. ... д-ра. психол. наук. СПб., 1995. 252 с.
16. Язловецький В. С. Основи діагностики функціонального стану та здоров'я : навч. посіб. Кіровоград : РВЦ КДПУ, 2002. 160 с.

**МЕТОДИЧНА СИСТЕМА ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ
ОСНОВ ЗДОРОВ'Я ДО ЗАСТОСУВАННЯ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**
(Гончаренко М. С., Корженко І. О., Бельорін-Еррера О. М.)

На основі аналізу наукової літератури розкрито суть і зміст структурних компонентів готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій; визначено критерії, показники та рівні зазначеної готовності; теоретично обґрунтовано методичну систему підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій.

У дослідженні ми використовуємо поняття «підготовка» згідно з «Педагогічним енциклопедичним словником» як процес оволодіння знаннями, уміннями і навичками, що дозволяють виконувати роботу в певній галузі діяльності [4]. На основі врахування поглядів фахівців у галузі педагогічної освіти (О. Іонова, Ю. Лукьянова, В. Єфімова, О. Шевчук та інші) [7, 6, 13,] встановлено, що результатом підготовки майбутніх учителів основ здоров'я є готовність до застосування здоров'язбережувальних технологій.

Аналіз наукових підходів з метою визначення змісту терміну «готовність» засвідчило багатоаспектність даного поняття. Спираючись на дослідження науковців (М. Д'яченко, Л. Кандиловича, Л. Кондрашової, Н. Кузьміної, В. Сластьоніна та інших) [5, 8, 10, 12], у дослідженні визначено поняття «готовність майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій» як інтегроване, стійке утворення особистості майбутнього учителя, що характеризує його психологічні якості (психологічна складова), професійні знання (науково-теоретична складова), уміння та навички (практична складова), які забезпечують формування, збереження та зміцнення здоров'я суб'єктів освітнього процесу. Було виділено наступні структурні компоненти готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій: ціннісно-мотиваційний, змістово-операційний, рефлексивно-оцінний [9]. Так, *ціннісно-мотиваційний компонент* передбачає наявність стійких переконань щодо пріоритету здоров'я як основної умови реалізації фізичного, психічного, соціального та духовного потенціалу особистості; пізнавального інтересу, мотивації майбутнього учителя основ здоров'я до здоров'язбережувальної діяльності; характеризує розуміння необхідності застосування здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі та їх ролі у розв'язанні актуальних проблем педагогічної теорії та практики. *Змістово-операційний компонент* відображає володіння системою психолого-педагогічних знань, умінь, навичок, (діагностичних, орієнтаційно-прогностичних, конструктивно-проектувальних, комунікативних, організаційних, інформаційно-пояснювальних, аналітико-корективних, уміння створювати здоров'язбережувальне освітнє середовище тощо), форм, методів, засобів, необхідних для успішного застосування здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі. *Рефлексивно-*

оцінний компонент виявляється у здатності майбутнього учителя основ здоров'я до аналізу й самоаналізу власної професійної діяльності, пов'язаної зі збереженням здоров'я учнів, у ході яких відбувається свідомий контроль та переосмислення результатів власних професійних дій; реалізується через такі рефлексивні процеси, як саморозуміння й розуміння іншого, самоконтроль, самооцінка своєї професійної підготовленості у питаннях застосування здоров'язбережувальних технологій, здатності до активного самовдосконалення.

Ураховуючи особливості кожного компоненту готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій, відповідні їм критерії розкривають: *особистісний* (ступінь сформованості інтересу до застосування здоров'язбережувальних технологій у професійно-педагогічній діяльності, мотивації на збереження здоров'я учнів; професійних і особистісно-значущих якостей особистості майбутнього учителя основ здоров'я); *змістовий* (сукупність професійно-значущих знань, необхідних майбутнім учителям основ здоров'я для застосування здоров'язбережувальних технологій, а саме: знання про закони та теоретичні положення валеології, вікової фізіології та психології, гігієни, здоров'язбережувальної педагогіки; знання про форми, методи та засоби використання здоров'язбережувальних технологій з метою формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів; про педагогічний супровід первинної профілактики соціально-небезпечних хвороб і адиктивної поведінки; про методи діагностики станів дитини; сформованість комплексу умінь і навичок застосування здоров'язбережувальних технологій); *рефлексивний* (здатність майбутнього вчителя основ здоров'я до аналізу й самоаналізу власної професійної діяльності, пов'язаної із збереженням здоров'я учнів, самоконтролю, самооцінки, самовдосконалення).

На підставі теоретичного аналізу, згідно з обраними критеріями й показниками уточнено рівні сформованості готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій, а саме: *елементарний, достатній та високий*, а також розроблено діагностичний інструментарій педагогічного оцінювання цих рівнів, зокрема: опитування, анкетування, бесіди, тестові завдання. У дослідженні доведено, що тільки за наявності розвинених структурних компонентів готовності до застосування здоров'язбережувальних технологій, можна вважати особистість майбутнього вчителя основ здоров'я сформованою у професійному аспекті.

Сформульовані теоретичні положення й дані пілотажного дослідження, проведеного на констатувальному етапі педагогічного експерименту, стали передумовою для обґрунтування та розроблення методичної системи підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій. У дослідженні розглянуто теоретичні аспекти педагогічного моделювання (І. Блауберг, С. Гончаренко, Н. Кузьміна, Е. Юдін та інші), що дало можливість розробити методичну систему підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій, яка містить такі взаємопов'язані

структурні блоки: концептуальний, змістово-процесуальний і критеріально-оцінний.

Так, *концептуальний блок* містить цільову, нормативно-правову складову та наукове забезпечення, виконує функцію наукового обґрунтування поставленої проблеми та відображає запланований результат навчання (через мету), а також теоретико-методологічну основу дослідження, що включає методологічні підходи та загальнодидактичні принципи формування готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій. *Теоретико-методологічне забезпечення* створюють засади системного (Н. Андрєєва, В. Беспалько та інші) [2], гуманістичного (І. Бех, Є. Бондаревська, Є. Вайнер, Г. Зайцев, Е. Казін, О. Іонова, Ю. Науменко, О. Савченко, І. Якиманська та інші) [3, 11], особистісно-орієнтованого підходів (Ш. Амонашвілі, І. Бех, І. Зязюн, І. Лернер, В. Петровський, В. Сластьонін, І. Якиманська та інші) [1, 14], а також загальнодидактичні принципи: активності, наочності, науковості, індивідуалізації та диференціації навчання, зв'язку теорії з практикою.

Змістово-процесуальний блок є системоформувальним для даної методичної системи, оскільки охоплює структурні компоненти готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій (ціннісно-мотиваційний, змістово-операційний та рефлексивно-оцінний), взаємопов'язані та взаємозалежні етапи реалізації методичної системи підготовки (підготовчий, пізнавальний, практичний, контрольньо-корекційний), технологічний інструментарій (форми, методи та засоби організації освітнього процесу).

Процес реалізації методичної системи підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій складався з чотирьох етапів, які логічно пов'язані між собою та підпорядковані загальній меті: підготовчий, пізнавальний, практичний та контрольньо-корекційний. Так, перший, *підготовчий етап* був спрямований на проектування та розробку науково-методичного супроводу процесу формування готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій. Серед завдань цього етапу були: модифікація чинних програм валеологічних дисциплін циклу природничо-наукової (фундаментальної), загально-професійної, а також професійної та практичної підготовки з приділенням особливої уваги питанням застосування здоров'язбережувальних технологій; підготовка та видання практикуму з загальної валеології «Основи фізичного здоров'я», інтегрованих навчально-методичних комплексів до навчальних дисциплін, що включали типові матеріали. *Пізнавальний етап* реалізації методичної системи підготовки спрямовувався на розвиток і поглиблення пізнавального інтересу, позитивної мотивації до питань застосування здоров'язбережувальних технологій в педагогічній діяльності з метою збереження здоров'я учнів; формування ціннісного ставлення до здоров'я людини; розвиток потреби в знаннях, уміннях та навичках здоров'язбереження; формування професійних і особистісно-значущих якостей майбутнього вчителя основ здоров'я.

Навчально-виховна діяльність на даному етапі була орієнтована на формування ціннісно-мотиваційного компоненту готовності до застосування здоров'язбережувальних технологій. Важливими засобами розвитку ціннісно-мотиваційного компоненту готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій були лекційні, семінарські та практичні заняття, проведені в межах дисциплін: «Загальна валеологія» (лекція прес-конференція «Перспективи застосування здоров'язбережувальних технологій у сучасній школі», організація круглого столу «Роль учителя основ здоров'я у збереженні здоров'я підлітків», евристичних бесід «Пошук взаємозв'язків: здоровий учитель – здорові учі:», ділової гри «Проведення уроку основ здоров'я у середній школі із застосуванням здоров'язбережувальних технологій»); «Моральні та духовні основи здоров'я» (семінар «Формування стійких переконань учнів щодо пріоритету здоров'я як основної умови реалізації фізичного, психічного, соціального та духовного потенціалу особистості»); «Етновалеологія» (організація та проведення лекції-конференції на тему «Здорова дитина – могутня Україна»), педагогічних ситуацій, комплексу практичних завдань для виконання їх у ході педагогічної практики, виконання студентами запропонованих творчих завдань для самостійної роботи. Розвитку та поглибленню позитивної мотивації, інтересу до застосування здоров'язбережувальних технологій з метою збереження здоров'я учнів в освітньому процесі, особистісно-значущих якостей майбутнього вчителя основ здоров'я на цьому етапі також сприяли екскурсії до навчальних закладів, які мають статус Школи сприяння здоров'ю і функціонують у регіонах як освітньо-інформаційні центри Національної мережі шкіл сприяння здоров'ю. Метою третього етапу реалізації методичної системи підготовки, *практичного*, є розвиток змістово-операційного структурного компоненту готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій, який передбачає формування системи знань, умінь та навичок застосування здоров'язбережувальних технологій. На даному етапі реалізації методичної системи підготовки важливими засобами досягнення поставленої мети було проведення лекційних, практичних та семінарських занять в межах таких дисциплін: «Загальна валеологія» (практичні роботи «Гігієнічна оцінка організації навчального процесу в школі», «Урахування знань біоритмології з метою організації оптимального режиму праці та відпочинку школярів»), робота у малих групах – складання планів-конспектів уроку з основ здоров'я для учнів середньої школи 5–9 класів) із застосуванням здоров'язбережувальних технологій з оцінкою іншими групами організації уроку з позиції збереження здоров'я учнівської молоді) тощо; «Валеологічна культура харчування» (практична робота «Складання добового меню для учнів основної школи згідно з правилами раціонального харчування») тощо; «Вікова фізіологія та анатомія» (семінарське заняття «Анатомо-фізіологічні особливості учнів підліткового віку») тощо. *Контрольно-корекційний етап* реалізації методичної системи підготовки спрямовувався на подальший розвиток структурних компонентів

готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій, а також закріплення отриманих знань, умінь та навичок. Особлива увага приділялася формуванню рефлексивно-оцінного компоненту готовності.

Критеріально-оцінний блок визначає успішність функціонування методичної системи та пов'язаний із визначенням критеріїв (особистісний, змістовий та рефлексивний), показників і рівнів готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій. Результатом є сформована готовність майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій.

Із метою експериментальної перевірки ефективності методичної системи підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій було організовано педагогічний експеримент на базі Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди та педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Для участі в експерименті було створено контрольну (n=138 осіб) та експериментальну групу (n=141 особа).

Педагогічний експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний) відбувався у звичайних умовах, не порушуючи логіки і ходу освітнього процесу. На констатувальному етапі експерименту було проведено комплексне діагностування вихідного рівня сформованості готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій за визначеними в дослідженні критеріями (особистісним, змістовим та рефлексивним) і відповідними показниками. Встановлено, що на початку педагогічного експерименту не було істотних відмінностей між середніми значеннями показників сформованості компонентів готовності до застосування здоров'язбережувальних технологій в студентів контрольної та експериментальної груп. На формувальному етапі в експериментальній групі цілеспрямовано реалізовувалася методична система підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій. Студенти контрольної групи навчалися за традиційною методикою викладання дисциплін, при цьому групи утворювалися за випадковою вибіркою. Доведено, що реалізація методичної системи підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій в експериментальній групі забезпечила сформованість усіх компонентів зазначеної готовності. Узагальнені результати експериментальної роботи (динаміка рівнів сформованості готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій) наведено в таблиці 1.

Вірогідність результатів експериментальної роботи доведена засобами математичної статистики (аналізувалася зміна статистичних характеристик експериментальної і контрольних вибірок за критерієм значущості χ^2 Пірсона для таблиць пов'язаних ознак).

Таблиця 1

Узагальнені результати експериментальної роботи за рівнями сформованості готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій

Рівні сформованості готовності	ЕГ (141 особа)		Приріст	КГ (138 осіб)		Приріст
	Конст. етап	Контр. етап		Конст. етап	Контр. етап	
Високий	24,3	34,9	+10,6	24,5	24,8	+0,3
Достатній	47,3	50,0	+2,7	52,6	53,5	+0,9
Елементарний	28,4	15,1	-13,3	22,9	21,7	-1,2

* зміни статистично значущі при $p < 0,05$.

Результати проведеного дослідження підтвердили основні теоретичні положення дослідження, що дозволяє зробити *висновки*:

1. На підставі аналізу філософської, психолого-педагогічної, валеологічної, медико-біологічної літератури визначено зміст поняття «здоров'язбережувальні технології» як оптимальне поєднання традиційних, технологій навчання із сукупністю методів, засобів і форм організації освітньої роботи, завдяки застосуванню яких, поряд із підвищенням рівня освіченості, створюються умови для формування, збереження та зміцнення здоров'я суб'єктів освітнього процесу.

2. З'ясовано зміст готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій як інтегроване, складне особистісне утворення, яке формується у процесі цілеспрямованої професійної підготовки та характеризує психологічні якості (психологічна складова), професійні знання (науково-теоретична складова), уміння та навички (практична складова), що забезпечують збереження та зміцнення здоров'я. Розкрито структуру готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій: ціннісно-мотиваційний, змістово-операційний та рефлексивно-оцінний компоненти. Уточнено критерії сформованості готовності майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій (особистісний, змістовий, рефлексивний), відповідні показники та рівні сформованості зазначеної готовності (елементарний, достатній, високий).

3. Теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено ефективність методичної системи підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій.

4. Аналіз результатів дослідження дозволяє зробити висновок, що у контрольній групі відсоток кількості студентів із високим рівнем сформованості готовності до застосування здоров'язбережувальних технологій збільшився на 0,3 %, у той час як в експериментальній групі відсоток студентів із високим рівнем сформованості зазначеної готовності збільшився на 10,6 %. Кількість майбутніх учителів основ здоров'я з достатнім рівнем сформованості готовності до застосування здоров'язбережувальних технологій в контрольній групі

збільшилась на 0,9 %, тоді як в експериментальній групі на 2,7 %. Одночасно зменшилась кількість студентів з елементарним рівнем сформованості готовності до застосування здоров'язбережувальних технологій у контрольній групі на 1,2 %, в експериментальній групі на 13,3 %.

Список використаних джерел

1. Амонашвили Ш.А. Личностно-гуманная основа педагогического процесса. - М.: Университетское, 1990. - 559 с.
2. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. - М.: Педагогика, 1989. - 192 с.
3. Бондаревская Е.В. Педагогическая культура как общественная и личная ценность // Педагогика. - 1999. - № 3. - С. 37-42.
4. Гончаренко С. У. Український педагогічний енциклопедичний словник. Видання друге доповнене і виправлене. - Рівне : Волинські обереги, 2011. - 552 с.
5. Дьяченко М. И. Психологические проблемы готовности к деятельности. - Минск : Белорусского ун-та, 1998. - С. 14.
6. Єфімова В. М. Теоретико-методичні засади підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін до використання здоров'язбережувальних технологій у професійній діяльності: автореф. дис. ... докт. пед. наук : 13.00.04. - Ялта: Кримський гуманітарний університет, 2013. 44 с.
7. Іонова О. М. Здоров'язбереження особистості як психолого-педагогічна проблема / О. М. Іонова, Ю. С. Лук'янова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. - Х. :Харківська державна академія дизайну і мистецтв, 2009. - № 1. - С. 69-72.
8. Кондрашова Л. В. Морально-психологічна готовність студента до вчительської діяльності. - К.: Вища школа, 1987. - 54 с.
9. Корженко І. О. Методична система підготовки майбутніх учителів основ здоров'я до застосування здоров'язбережувальних технологій в основній школі // Новий коле́гіум: зб. наук. пр. - Х. : ХНУРЕ, 2015. - № 2. - С. 67-71.
10. Кузьмина Н. В. Понятие «педагогической системы» и критерии ее оценки // Методы системного педагогического исследования / под ред. Н. В. Кузьминой. - М.: Народное образование, 2002. - С. 11.
11. Савченко О. Я. Реформування шкільної освіти і реалізація її оздоровчої функції // Шлях освіти. - 2002. - № 1. - С. 2-6.
12. Слостенин В. А., Мажар Н. Е. Диагностика профессиональной пригодности молодежи к педагогической деятельности. - М.: Прометей, 1991. - 44 с.
13. Шевчук О. А. Формування системи валеологічних знань учнів основної школи у процесі навчання основ здоров'я : дис ... канд. пед. наук: 13.00.02.Рівне, 2011. - 221 с.
14. Якиманська І. С. Технологія особистісно-орієнтованого навчання в сучасній школі. - М., 2000. - 176 с.

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЯК УМОВА ГАРМОНІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

(Гузь Н.В., Фалько Н.М.)

У сучасних умовах оновлення всіх сфер українського суспільства виникає необхідність зміни стратегічних, глобальних цілей освітнього простору, спрямованих на створення соціокультурного середовища, яке забезпечує розвиток інтелектуальної, етичної та духовної особистості та

реалізацію суб'єктності майбутнього фахівця як ініціативної, інноваційної, гармонійної людини.

Зростання рівня захворюваності громадян України, зниження їх працездатності, виражене погіршення фізичного психічного, розумового розвитку, радикальна соціально-політична трансформація суспільства актуалізують проблему збереження здоров'я молоді.

Поставлена проблема пов'язана з важливими науковим і практичним завданням формування здорового покоління української нації, для якої життя і здоров'я, безпечне існування людини завжди визнаються як найвищі цінності, а за резолюцією ООН № 38154 від 1997 року, вони є показником цивілізованості, головним критерієм доцільності й ефективності всіх сфер державної діяльності.

Для підвищення соціальної активності, засвоєння норм і цінностей, які дозволяють повноцінне функціонування як члену суспільства, людині потрібно формувати навички самозбереження. Особливості життєдіяльності молоді (а саме: недостатня освіченість з питань власного здоров'я, не дотримання здорового способу життя, збільшення інтелектуального та психічного навантаження, низький рівень прояву рухової активності) призводять до дисгармонії та погіршення психічного здоров'я. Тому вирішення нагальної проблеми виховання культури здоров'язбереження, як світоглядної орієнтації сучасної молоді, потребує значної уваги суспільства.

Психічне здоров'я, яке без перебільшення можна вважати творчою діяльністю людини в реалізації власного потенціалу у подоланні звичайних життєвих проблем, душевних негараздів та яке є знаряддям продуктивної і плідної праці, гуманної взаємодії з іншими людьми, сьогодні викликає серйозну занепокоєність.

Сучасна психологія у контексті самозбереження зосереджує увагу на збереженні себе від зовнішніх впливів, накопиченні життєвої енергії за рахунок внутрішніх психологічних резервів та концентрації свідомості на внутрішньому світі [17, с. 405]. Адже стратегічним ресурсом кожної людини є її здоров'я.

Дослідженням психічного здоров'я займалися науковці різних гуманітарних наук, зокрема: А. Бушинський, Г. Олпорт, К. Роджерс, А. Маслоу Перлз Ф., Франкл В. та ін. Серед українських вчених ґрунтовно досліджували і досліджують феномен психічного здоров'я Р. Сірко, Н. Колотій, М. Жукова, С. Болтівець, С. Максименко, Г. Ложкін, Г. Балл, О. Завгородня, О. Носкова, І. Коцан, С. Копилов, І. Галецька, І. Дубровіна, В. Лищук, Г. Ложкін, В. Моляко, Е. Помиткін, В. Торохтій.

Проблема розуміння психологічного та психічного здоров'я постає у працях таких вчених, як: Б. Братусь, Л. Бурлачук, О. Завгородня, В. Лищук, Л. Лушин. Важливою складовою психологічного здоров'я особистості є наявність сенсу життя (І. Дубровіна, А. Маслоу, В. Франкл); приділяється увага аспекту міжособистісних стосунків як важливому критерію психічного та психологічного здоров'я (А. Адлер, Б. Братусь, Е. Фромм).

Поведінкові паттерни, соціальні та когнітивні чинники, демографічні змінні, які визначають психічне і фізичне здоров'я особистості, висвітлено в роботах Н. Матейко, А. Антонова, А. Анохіна, І. Гурвич, В. Моросанової, Г. Нікіфорова, Х. Палосуо. Різні аспекти самозбереження як систему дій і відношень особистості досліджували К.В. Пилипенко, Н. Пов'якель Ю. Александровський, І. Ващенко, Н. Завадська, І. Карась, В. Нечипоренко, В. Перевало, М. Секач, Ж. Сенокосов, В. Климов, А. Маслоу, Є. Потапчук, Н. Беліков, О. Дубогай, В. Зайцев, С. Серіков, О. Тімушкин [17, с. 405].

За визначенням ВООЗ [11; 15; 18] психічне здоров'я не є просто відсутністю психічного розладу. Це стан емоційного благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Інакше кажучи, психічно здоровою є людина, яка не має симптомів та синдромів психічного розладу, соціально адаптована та отримує задоволення від життя. Зазначимо, що теоретичні міркування щодо благополуччя, на нашу думку, весь час зміщуються в об'єктивну площину, тому ми б додали до цих критеріїв концепт «усвідомлення свого стану як благополучного».

Щодо сутності психічного здоров'я, то ВООЗ виділяє наступні його критерії [11; 15; 18]: усвідомлення і відчуття безперервності, постійності і ідентичності свого фізичного і психічного «Я»; відчуття постійності і ідентичності переживань в однотипних ситуаціях; критичність до себе, до своєї власної психічної продукції (діяльності) та її результатів; відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті навколишніх впливів, соціальним обставинам і ситуаціям; здатність до самоуправління поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів; здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати ці плани; здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин.

Таке розуміння психічного здоров'я як широкого поняття, об'єднуючого низку стратегій, всі з яких спрямовані на позитивну дію щодо психічного здоров'я, поставлять серед використовуваних стратегій на перше місце інтеграцію індивідуальних ресурсів і умінь та працю щодо поліпшення соціально-економічного середовища.

У словнику під редакцією А. Петровського і М. Ярошевського [14] психічне здоров'я розглядається як стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних явищ і забезпечує адекватну умовам оточуючої дійсності регуляцію поведінки і діяльності. Психічне здоров'я – повноцінний розвиток і функціонування психічного апарату, яке дозволяє адекватно відображати реальність і керувати власною поведінкою

На думку С. Максименка, психічне здоров'я потрібно визначати як аспект здоров'я загалом, який наголошує на етапі душевного комфорту, відсутності патологічних психічних виявів і здатності до ефективної діяльності й саморегуляції відповідно до власних (відрефлексованих) цілей та інтересів людини [9].

За Я. Андрушко психічне здоров'я – це комплексне міждисциплінарне поняття, що поєднує у собі здатність до самоактуалізації, саморегуляції та життєтворчості [1].

Обговорюючи сутність психічного здоров'я, слід у загальному вигляді зазначити, що це динамічний процес психічної діяльності, який характеризується детермінованістю психічних явищ, адекватністю реакцій на соціальні, біологічні і фізичні умови, нарешті, це здатність людини планувати і здійснювати власні життєві програми в мікро- і макросоціальному середовищі. Таке трактування психічного здоров'я найбільш відповідає антропологічним викликам до сучасної науки, яка за призначенням має допомогти людині жити гармонійно та щасливо.

Сьогодні людина опинилась в умовах постійної небезпеки для свого благополуччя, психічного, фізіологічного, духовного і соціального здоров'я, для особистісного життя, в умовах, коли життєтворчість людей, зокрема, майбутніх фахівців – молодих людей, які знаходилися в стадії становлення і розвитку, набуває все більш ризикованого характеру.

Складові праксеології психічного здоров'я можна представити наступним чином [5]: сприйняття себе як людини, гідної поваги, щастя і як такої, що може пізнати себе, рефлексувати шляхи забезпечення ментального здоров'я; екологічна майстерність, що передбачає здатність людини активно вибирати і створювати власне оточення, яке відповідає не тільки його психологічним програмам життя, але й об'єктивно-зумовленим обставинам розвитку природи, суспільства; вміння підтримувати позитивні, гуманні, діалогічні стосунки з іншими людьми, якщо навіть вони є репрезентантами чужої культури; автономність людини як незалежність і здатність людини регулювати свою поведінку зсередини, а не чекати похвали або оцінки з боку інших людей, як здатність до рефлексії, завдяки якій вона може не дотримуватися колективних вірувань, забобонів і страхів, а слідувати особистісним духовним шляхом; упевненість у реальності й конструктивності мети і сенсу життя, сенсожиттєвої спрямованості діяльності, що задовольняє психічні потреби; самовдосконалення як розвиток власного потенціалу, відкритість новому досвіду, наслідування здорового способу життя тощо.

Слід зазначити, що перш за все на стан психічного здоров'я окремих верств населення України та суспільства в цілому негативно впливає багато мікросоціальних та макроекономічних чинників. Погіршення психічного здоров'я обумовлене також стресовими умовами, (тривале проведення активних бойових операцій на сході країни), ситуацією соціальної нестабільності, швидкими соціальними змінами, соціальним відчуженням, нездоровим способом життя, ризиками насильства над фізичним здоров'ям, а також з порушеннями прав людини тощо. Існують також певні психологічні і особистісні чинники, які підвищують уразливість людей перед психічними розладами. І, нарешті, не можна оминати біологічні причини психічних розладів.

До зниження захисних функцій організму, позиції здоров'я в загальній структурі цінностей особистості призводить низка чинників [17, с. 411-412]:

відсутність ефективних державних і суспільних програм по збереженню здоров'я населення в сфері охорони здоров'я; криміналізація суспільства; дефіцит та неповноцінність інформації про здоровий спосіб життя, про небезпеку шкідливих звичок, недостатня пропаганда здорового способу життя в ЗМІ, установах освіти, виховних організаціях; відсутність комплексної системи по вихованню, навчанню і розвитку здорової особистості; нерозвиненість самосвідомості; інтенсивність конфліктних взаємин у сім'ях; безвідповідальне ставлення до свого здоров'я і здоров'я близьких; низька культура самозбереження.

Зазначимо низку чинників, які негативно впливають на емоційне благополуччя, зрушення в психічному здоров'ї здобувачів вищої освіти: матеріальні умови життя; соціальна незахищеність; незадовільна екологія; втрата традиційних моральних цінностей та орієнтирів; примітивізація соціального мислення; невміння керувати вільним часом; низька навчальна мотивація; навчальна та/або особистісна неуспішність; інформаційне перевантаження; депривація потреб у фізичній активності, радості, любові та повазі; особливості дисгармонійного спілкування з однокурсниками, викладачами, найближчими людьми; стреси при блокуванні природних механізмів саморегуляції: рухової активності, емоційного самовираження, адекватної самооцінки, свободи вибору інтенсивності, темпу, послідовності діяльності; відсутності чітких перспектив подальшого працевлаштування та кар'єрного росту; деперсоналізація молодіжної свідомості; особистісна відокремленість; негативний вплив віртуальних контактів у соціальних мережах тощо.

Посилення як навантаження в цілому, так і психічного навантаження зокрема, на нервову систему та психіку людини, призведе до формування емоційної напруги, яка виступає одним з чинників розвитку різних захворювань [17]. Тому першочерговим постає питання збереження психічного здоров'я, формування стресостійкості здобувача вищої освіти та його самозбереження.

Емоційна стійкість залежить від вміння свідомо керувати своєю діяльністю, створювати оптимальний режим роботи, вміння дозувати і підтримувати психічне навантаження на рівні, що забезпечує оптимальну працездатність, характер діяльності й успішність її виконання, вміння правильно оцінювати свої сили і знаходити ресурси для впевненої поведінки, свідомо керувати емоційним станом [4; 8].

З метою вивчення особливостей емоційного благополуччя майбутніх фахівців в процесі професійної підготовки нами було проведено експериментальне дослідження, яке охоплювало 950 респондентів віком від 18 до 22 років.

За результатами дослідження було виявлено, що майже 17% респондентів відчують вище за середній та високий рівень стійкості до стресу, що уможливорює подальші прояви порушення психологічного здоров'я. Соціально-психологічними чинниками, які провокують появу стресового стану виступають: переживання через оцінку – 18%, відсутність

розуміння з боку одногрупників – 17%, нерозуміння навчального матеріалу – 16% (у навчальній діяльності); конфлікти з друзями – 30%, відсутність підтримки з боку батьків і друзів – 16% (у суспільному житті); нерозуміння з боку рідних -23%, відсутність особистісних відносин – 17%, конфлікти з батьками -23% (в індивідуально-особистісному контексті).

Щодо характеру проблем, які виникають у респондентів, можна зазначити психічну напругу (21%), соціально-психологічний стрес (16%), проблеми міжособистісної взаємодії (13%), особистісний потенціал (50%), апатія (4,5%), страх (5%). За допомогою різних методів психологічного дослідження було виявлено, що у багатьох респондентів процес навчання супроводжується емоційною напругою, що сприяє виникненню у них погіршення результатів навчальної діяльності, зниження працездатності, зниження рівня показників психічних процесів. Респонденти відчують розбитість, пригніченість, бажання заспокоїтися. Несприятливі емоційні стани можуть призводити до закріплення негативних особистісних якостей, що не може негативно не позначатися на ефективності діяльності, взаємостосунках, здоров'ї.

Сьогодні важливого теоретичного і практичного значення набуває робота з визначення нових граней забезпечення фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я майбутніх професіоналів, формування у них здатності вирішувати складні професійні завдання, вироблення у них професійної стійкості, озброєння механізмами і технологіями самопомоги, самореабілітації, розробки життєвих і професійних стратегій, проектів [6; 7; 10].

Таким чином, зміцнення психічного здоров'я передбачає дії щодо створення умов життя і довкілля, які підтримують психічне здоров'я і дозволяють особистості вести здоровий спосіб життя. Дослідження останніх років свідчать про серйозні зміни ціннісної свідомості нашого суспільства в цілому і студентства, як його невід'ємної складової частини. Від стану ціннісної свідомості сучасної молоді, її світоглядних життєвих позицій та практичних дій залежить майбутнє країни [3; 12; 13]. Тому зі зміною об'єктивних обставин та суб'єктивних чинників суспільного розвитку важливе місце відводиться вивченню, аналізу та оцінці ціннісних пріоритетів майбутніх фахівців в процесі професійної підготовки [16] як системи координат життєвого простору особистості.

Основними етапами психологічного супроводу процесу формування стресостійкості у здобувачів вищої освіти ми визначили: встановлення довіри, дослідження причин непродуктивності у стресі, диференціація та узгодженість конфліктних прагнень у внутрішньо особистісному просторі, диференціація та узгодження конфліктних мотивів, прагнень у міжособистісному просторі, зміна звичних неконструктивних стереотипів взаємодії, сутнісна трансформація.

Прийоми самозбереження можуть бути окреслені таким чином: реалізація індивідуальної траєкторії здобувача вищої освіти; витіснення «мотивів хибної самоактуалізації»; активна позиція у науково-освітньому

середовищі; готовність до змін у сучасному мінливому суспільстві; знання власної індивідуальності задля посилення життєвого потенціалу; засвоєння індивідуальної схеми адекватних засобів подолання негативних станів.

Адаптивна саморегуляція відіграє важливу роль у підтримці та збереженні психічного благополуччя особистості та сприяє здатності індивіда до повноцінного існування у соціумі [2].

Отже, зазначимо основні напрямки роботи ЗВО щодо здоров'язбереження здобувачів вищої освіти: матеріально-технічна забезпеченість здоров'язберігаючого середовища, її відповідність санітарно-гігієнічним нормам; підвищення професійної компетентності науково-педагогічного колективу в контексті здоров'язберігаючої діяльності, формування культури здоров'я; змістовну взаємодію всіх суб'єктів науково-освітнього процесу (адміністрації, викладачів, інструкторів з фізичної культури, психологів, медичного персоналу, здобувачів вищої освіти, батьків); моніторинг стану фізичного та психічного здоров'я здобувачів вищої освіти викладачів; гігієнічні заходи (з оптимізації режиму робочого дня здобувачів вищої освіти, їхнього харчування, якості навчальних аудиторій); забезпечення оптимальної рухової активності здобувачів вищої освіти (наявність спортивних секцій, клубів); забезпечення психологічної безпеки та комфортності науково-освітнього середовища; забезпечення інформаційно-психологічної безпеки навчального процесу (його відповідністю нормативним вимогам певної спеціальності майбутнього фахівця); розвитку особистості (оволодінням студентами інноваційними способами організації розумової праці, саморефлексією, тайм-менеджментом, індивідуальною освітньою траєкторією); пошук та апробація нових психолого-педагогічних прийомів викладання, адекватних психологічним індивідуальним особливостям здобувачів вищої освіти; вирішення завдання збереження здоров'я здобувачів вищої освіти через навчання здоровому образу життя, культурі здоров'я (тренінги психологічної безпеки, індивідуальні програми з психологічної екології особистості, тайм-менеджмент); пошук засобів формування культури навчально-професійної діяльності студента (якості, ергономічності, раціональності, як способу запобігання інформаційних перевантажень, низької навчальної мотивації).

Саме таке середовище має забезпечувати не лише збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я студентів, а й формування культури здоров'я, тобто чіткого усвідомлення усіма суб'єктами науково-освітнього процесу значущості відповідального ставлення до власного здоров'я. Це, в свою чергу, потребує розробки теоретичних і практичних аспектів створення програми управління ВНЗ на засадах здоров'язбережувальних технологій та здоров'язбережувальної психолого-педагогічної системи закладу вищої освіти, яка повинна охоплювати моніторинг стану здоров'я майбутніх фахівців, медичну профілактику, психологічний супровід, профілактичні та оздоровчі заходи, використання сучасних технологій підготовки, що спрямовані на формування готовності до збереження власного здоров'я [10; 19].

Результатом здоров'язбереження у ЗВО можна вважати позитивну динаміку особистісних ресурсів здобувачів вищої освіти: нервово-психічної саморегуляції, свідомого проектування власної навчально-професійної діяльності [19] на основі цінності здоров'я; профілактику розвитку психогенних захворювань.

Проведене дослідження не є остаточним і вичерпним розв'язанням усіх аспектів досліджуваної проблеми. Подальшого дослідження потребують теоретико-методологічні засади формування культури здоров'я майбутніх фахівців, формування готовності здобувачів вищої освіти до застосування здоров'язбережувальних технологій, розвиток готовності науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти до формування культури здоров'я молоді.

Список використаних джерел

1. Андрушко Я. Загальнопсихологічний дискурс проблеми психічного здоров'я особистості // Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві // зб. тез II Всеукр. наук.-практ. конф. (20 жовтня 2017 року) / упор. Н.М. Бамбурак. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2017. – С. 14-17.
2. Бамбурак Н., Гуцман М. Роль адаптивної саморегуляції особистості у протидії стресу // Там само. – С. 17-21.
3. Баранівський В.Ф. Ціннісні орієнтації студентської молоді та їх роль в консолідації українського суспільства // Науковий вісник. Серія «Філософія». – Харків: ХНПУ, 2014. – Вип. 43. – С. 39-52.
4. Варіна Г.Б. Генезис дослідження емоційно-вольового компоненту професійної стійкості майбутнього практичного психолога // Науково-практичний журнал Південного наукового центру АПН України «Наука і освіта». Серія «Психологія і педагогіка». – № 6/СХХІІІ, червень, 2014. – С. 16-21
5. Григор'єв В.Й. Здоровий спосіб життя: досвід філософсько-методологічного аналізу // Практична філософія. – 2009. – № 1. – С. 174-180.
6. Ільїна Н.М. Здоровий спосіб життя як одна з умов майбутньої успішної професійної діяльності і благополучного життя студентства // Соціальні проблеми сучасної молоді: український та світовий досвід вирішення: Матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (12–13 травня 2016 року). – Глухів: Глухівський НПУ ім. О. Довженка, 2016. – С. 304-307.
7. Кириченко Т.В. Психологія саморегуляції поведінки особистості: навч. посіб. – К.: Міленіум, 2008. – 123 с.
8. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. – К.: Ніка-Центр, 2007. – 432 с.
9. Максименко С.Д. Особливості прогнозування внутрішніх ліній психічного здоров'я особистості // Проблеми сучасної психології. – 2013. – № 2. – С. 4-14.
10. Мешко Г.М. Стан здоров'я студентів – майбутніх учителів у вимірах якості педагогічної освіти // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І.В. Козубовська. – Ужгород: Говерла, 2013. – Вип. 29. – С. 99–102.
11. Овчарова Р.В. Практическая психология образования: Учеб. пособ. для студ. психол. фак. ун-тов. – М.: ИЦ «Академия», 2003. – 448с.
12. Помиткін Е.О. Психологія духовного розвитку особистості. – Монографія. – К.: Внутрішній світ, 2012. – 280 с.
13. Психологія вищої школи. Практикум: Навч. посіб. / Л.Г. Подоляк, В.І. Юрченко. – К.: Каравела, 2008. – 352 с.
14. Психология: Словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М.: Политиздат. 1990. – С. 301.

15. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О.М. Степанов. – К.: «Академвидав», 2006. – 424 с.
16. Радчук Г., Чайнська М. Ціннісні орієнтири сучасного студентства // Особистість у розбудові відкритого демократичного суспільства в Україні: зб. матер. II міжнар. наук.-практ. конф. – Дрогобич: «Коло», 2005. – С. 374-384.
17. Розвиток особистості в різних умовах соціалізації: колективна монографія / за наук. ред. проф. Л.О. Калмикової та Г.О. Хомич. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2016. – 472с.
18. Устав (Конституція) Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] : [принят 22 июля 1946 г.] / Законодавство // Верховна Рада України: офіц. веб-портал. – Режим доступа: 214 http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_599(дата обращения: 05.09.15). – Загл. с экрана.
19. Шевченко С.В. Емоційний компонент розумової працездатності першокурсників як предмет психологічного дослідження // Проблеми сучасної психології. – Вип. 30. – Кам'янець-Подільськ, 2015. – С. 702-710.

ДИТЯЧА АГРЕСІЯ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ І ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ *(Купиченко Н. С., Гурська А. Л.)*

Дослідження присвячене проблемі дитячої агресії, актуальність якої підтверджується позитивною динамікою: якщо ще п'ять років тому обговорювалась агресивна поведінка підлітків, то на сьогодні все частіше ЗМІ, учителі, батьки інформують, що вік дітей, які втягнуті у конфлікти та здійснюють насильство один над одним, зменшується. Громадськість практично не шокує те, що учень у 1 класі – без причини б'є однокласників та псує особисті речі інших, у 2 – до побиття приєднуються систематичні кепкування з будь-якого приводу (від зовнішнього вигляду до національних особливостей), у 3 – агресія спрямовується на всіх суб'єктів освітнього процесу, додаються фізичне і психологічне насилля, а на етапі завершення початкової школи – ігнорування освітнього процесу, агресивні випадки у бік учителів і батьків, знущання над однолітками.

Аналіз джерельної бази засвідчив, що ставлення до агресії в системі наукового пізнання є неоднозначним та здебільшого суперечливим. Схиляємося до думки науковців, які вважають, що агресія – це «психічний стан, що за часовою локалізацією може детермінувати появу агресивності як стійкої особистісної властивості. Агресивність як властивість особистості виражається у готовності до агресивної поведінки, що спрямована на завдання шкоди іншій людині, на її приниження, примушення до будь-яких дій із можливим знищенням об'єкта агресії» [3, с.218].

Психологами причини виникнення агресії визначені частково. Водночас науковцями доведено, що на її розвиток впливає поєднання біологічних, психологічних і соціальних чинників, серед яких домінувальну роль відіграє складна атмосфера у сім'ї дитини. Зазначене змушує педагогічну спільноту нарешті задуматися над тим, що «дитина, яка піддається моральному чи фізичному насильству, може поводитися як агресор, демонструючи

жорстокість стосовно батьків, інших людей як жертва, «притягаючи» жорстокість однолітків і вчителів» [7, с.139]. Так, у дослідженні Л.Сеньківської встановлено, що основними психоемоційними розладами у дітей, які пережили психологічну жорстокість, є: «заниження самооцінки, високий рівень тривожності, а також депресивність, імпульсивність, інтравертованість, невпевненість у собі, дратівливість, образливість, негативізм, песимізм і агресивність. Когнітивними порушеннями у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, є зниження пам'яті, стійкості уваги, низький рівень сприйняття, погана переробка інформації, низька працездатність і повільна концентрація уваги» [4, с. 15].

Водночас переважна більшість батьків відкидають думку про те, що мають пряме відношення до цієї проблеми. З покоління в покоління батьки стверджують: «Я виріс же нормальною людиною!», тим самим виправдовуючи «естафету» насильства. Переконані, що не можливо ігнорувати окреслену проблему і відкидати думку, що дорослі причетні до цієї ситуації, адже першопричини приховані у сімейних стосунках. Діти з негативним досвідом згодом застосовують його у дитячих колективах, де їм доводиться «виживати» самотійно. Саме «виживати», тому що у насильника завжди є свій особистий страх і з ним якось треба жити. В учнів початкової школи ще несформована психіка. Діти цього віку роблять висновки та втілюють їх у життя такими методами, які дорослим здаються жахливими і не виправданими, але це дитячий досвід, здобутий у сім'ї.

Канадський психолог А.Бандура стверджував, коли дитина спостерігає і бачить агресивну, насильницьку поведінку, особливо батьків, то в силу наслідування вона навчається та засвоює аналогічні методи спілкування з оточуючими. Діти, у сім'ях яких проявляється насильницьке спілкування, зазвичай покірно поведуться у колі родичів, але кардинально змінюють поведінку під час взаємодії з однолітками і дорослими людьми, обираючи основною формою спілкування саме агресивні прояви [1].

Відтак, ставимо за мету продіагностувати прояви насильства над дітьми у сім'ях, розробити рекомендації для вчителів початкової школи щодо роботи з батьками дітей, які проявляють агресію.

Упродовж 2016-2017 та 2017-2018 н.р. дослідження проводилося на базі спеціалізованої школи № 324 м. Києва. В опитуванні взяло участь: 2016-2017 н.р. – 246 батьків, 2017-2018 н.р. – 233 батьків.

У результаті порівняння різних методів нами обрано інформативний метод – анкетне опитування «Ми і наша дитина» (упорядники Кипиченко Н.С., Гурська А.Л.), спрямоване на діагностування проявів насильства над дитиною в сім'ї, анонімне (підписується за бажанням батьків), складається з 6 питань.

Опитувальник «Ми і наша дитина»

Інструкція до проведення

Із запропонованих відповідей оберіть ту, яка найповніше відповідає вашим думкам чи можливим діям. Обраний варіант відповіді позначте (обведіть або підкресліть відповідну літеру). Не витрачайте багато часу на

обдумування. Відповідайте відверто і щиро. Відповіді повинні відображати лише вашу позицію.

1. Коли дитина Вас не слухає, ви зазвичай:

- а) кричите на неї;
- б) розмовляєте, умовляєте;
- в) мовчите, не реагуєте на її виправдання;
- г) можете дати ляпасу;
- д) намагаєтеся пояснити, що дитина не права;
- є) інше

2. Чи буває, що у стресовому стані Ви можете «розрядитися» на дитині?

- а) так;
- б) іноді;
- в) важко сказати;
- г) ніколи;
- д) інше

3. Визначте причину, через яку Ви можете кричати, погрожувати або вдарити дитину.

- а) з метою виховання;
- б) «не витримують» нерви;
- в) непорозуміння в родині;
- г) коли дитина з капризами щось вимагає;
- д) коли дитина сильно мене засмучує;
- є) коли бажаєте, щоб дитина почула вашу думку;
- е) не можу пояснити;
- ж) інше

4. Чи з'являлось у Вас іноді бажання закрити дитину одну в кімнаті, підняти на неї руку, взагалі не бачити її?

- а) так;
- б) ні;
- в) іноді;
- г) важко сказати;
- д) інше

5. Який вид покарання Ви обираєте, коли дитина сильно провинилася?

- а) позбавлення їжі, одягу, майна, коштів;
- б) залякування, погрози, крики;
- в) використовуєте стусани, ляпаси, штовхання;
- г) інше

6. Опишіть, у які саме моменти всі члени Вашої сім'ї радісні і щасливі.

Оброблення отриманих результатів

Запропонований опитувальник поєднує кількісну та якісну обробку. **Кількісна:** за допомогою ключа підсумовуємо загальну кількість балів, яка визначає рівень прояву насильства у сім'ї. Якщо реципієнт обрав кілька відповідей в одному питанні, знаходимо середнє арифметичне, що становитиме підсумковий бал.

Середня арифметична (СА) :

$$CA = \frac{\sum x}{\sum f},$$

де x – загальна сума балів,
f – кількість обраних варіантів.

Якісна: питання № 1–4 дають змогу виявити методи і засоби, які застосовують батьки у вихованні дітей, а також встановити, чи є загроза насильства у сім'ї. Питання № 5 сформовано таким чином, що: а) показник прояву – економічного насильства; б) психологічного насильства; в) фізичного насильства. Питання № 6 – діагностує емоційний комфорт у сім'ї.

Ключ до опитувальника

Питання								Інша відповідь	Немає відповіді
1								«+» – 2 «-» – 6	3
2								«+» – 2 «-» – 6	3
3								«+» – 1 «-» – 8	3
4								«+» – 2 «-» – 5	3
5								«+» – 1 «-» – 5	3
6	Опис ситуації – 1 бал Немає опису – 3 бали								

Пояснення до ключа: «+» – позитивна відповідь (не роблю, не б'ю, немає таких причин, не кричу, не з'являлося таких бажань, розмовляю, пояснюю, даю змогу подумати, тимчасово позбавляю розваг, «стілець» або «куточок» для роздумів, нічого не використовую, «тайм аут» тощо); «-» – негативне пояснення (іноді кричу, ображаюсь і не розмовляю; пояснення чому і коли кричу, б'ю, залякую, погрожую).

Інтерпретація одержаних результатів

7–20 балів – низький рівень – Ваші методи виховання відповідають педагогічно грамотному батьківству. Ефективно застосовуєте ненасильницьке спілкування, створюєте умови для гармонійного розвитку дитини, володієте високим рівнем використання ненасильницької дисципліни. Ви достатньо компетентні батьки, отримуєте задоволення від спілкування з дитиною. Порада! Водночас немає меж вдосконаленню, не зупиняйтеся на досягнутому, продовжуйте любити та оберігати своїх дітей!

21–30 балів – середній рівень – Ви не відкидаєте можливості «підняти руку» на дитину з метою підвищення ефективності виховання. У Вашій сім'ї

переважає конфліктне спілкування з дитиною. У методах виховання є елементи різних видів насильства. Водночас Ви виправдовуєте свої дії тим, що елементи насильства є вимушеним та ефективним актом у певних ситуаціях, чим підкреслюєте свою безпорадність і незнання гуманних методів. Елементи погроз: «Погані батьки? Підеш жити в інтернат, дитячий будинок, до сусіда», «Здам у поліцію», що є непродуктивними у переконанні дитини. Рекомендації: поцікавтесь інформацією про ненасильницьке спілкування, підвищуйте рівень усвідомленого батьківства, ознайомтеся з темою: «Насильство в сім'ї», змінить життя на краще і у Вас буде щаслива дитина!

31 і більше балів – високий рівень – Ваші методи виховання негативно впливають на розвиток особистості. Це накладає відбиток на все подальше її життя: непорозуміння в майбутній сім'ї; труднощі у побудові адекватних стосунків із однолітками. Подібний стан потребує перегляду методів виховання, стилю спілкування і взаємовідносин із дитиною. Необхідне також термінове звернення до таких фахівців, як: практичний психолог, соціальний педагог, сімейний психолог.

Протокол дослідження 2016–2017 н.р

К-сть опитаних	Рівні прояву насильства		
	Низький	Середній	Високий
246	144 сім'ї	102 сім'ї	0 сімей
%	58,54	41,46	0

Протокол дослідження 2017–2018 н. р.

К-сть опитаних	Рівні прояву насильства		
	Низький	Середній	Високий
233	119 сімей	111 сімей	3 сімей
%	51,07%	47,63	1,28

З проведеного дослідження бачимо катастрофічні відсотки прояву елементів домашнього насильства над дітьми. І з кожним роком відсоток збільшується. Так, у 2016–2017 н.р. – 41,46%, а у 2017-2018 н.р. – 47,63%. Варто зауважити, що опитування проводилося анонімно і за добровільним бажанням. Відтак, батьки, які взяли участь та відверто відповідали на питання опитувальника, вважають допустимими такі методи виховання, як: підвищення голосу на дитину; у стресовому стані можуть інколи «розряджатися» на дитині; кричати, погрожувати і, навіть, бити її, у випадках, коли вона щось вимагає або, щоб «почула» батьків. Існує категорія батьків, які стверджують, що іноді в них виникає бажання взагалі не бачити дитину, або замкнути одну в кімнаті; не можуть пояснити, чому обирають ті чи інші покарання, коли, на їх думку, дитина не права. Занепокоєння викликали також опитувальники, у яких реципієнти не змогли згадати жодної ситуації, члени родини були радісні і щасливі. Незважаючи на достатньо високий

рівень латентності сімейного насильства, стають більш ясними масштаби явища.

Одночасно було проведено дослідження з метою визначення тривожності та проявів агресії у дітей молодшого шкільного віку. У діагностуванні взяло участь у 2016–2017 н.р. – 272 учня, 2017–2018 н.р. – 248 учнів. У зв'язку з груповим дослідженням ми застосовували проєктивну методику «Кактус» (М. Панфілова) [4].

Протокол дослідження 2016-2017 н.р.

Кількість опитаних	Прояв агресивності	Прояв тривожності
272	94 учня – 34,55%	119 – 43,75%

Протокол дослідження 2017-2018 н.р.

Кількість опитаних	Прояв агресивності	Прояв тривожності
248	104 – 41,93%	110 – 44,35%

Отримані результати засвідчують взаємозв'язок між тенденцією зростання проявів елементів домашнього насильства над дітьми в сім'ях та підвищенням рівня агресивних проявів серед учнів молодшого шкільного віку.

Детально розглянемо можливі «уроки», які дитина переносить із сім'ї в освітнє середовище. Перший урок, який виносять діти з домашнього насилля: той хто сильніше, той і правий. Безумовно, це – тваринний «закон джунглів», керуючись яким складно знайти місце для милосердя, співчуття в дитячому колективі. Як навчитися допомагати слабшому і відчувати біль іншого? Означені якості неможливо виховати в дитини, якщо дорослий завжди правий, тому що сильніший. За таких умов діти починають керуватися твердженням, за якого сильніше той, хто вдарив перший, стає основоположником агресії.

Другий урок: нікому не можна довіряти. Як можна довіритися іншій людині, якщо найближчі родичі, які мають захищати, тебе б'ють і принижують. Дорослі – вороги, одноліток повинен пройти випробування на «свій–чужий». Досить часто діти керуються антиправилом: «Хто не з нами, той – проти нас», тому важливо об'єднуватися і діяти в межах закону, який пропагує конформна група, навіть, якщо цей закон суперечить законам любові, логіки.

Третій урок: свої почуття необхідно приховувати. Не можна показувати страх, образу, горе, розчарування, тому що це прояв слабкості, а щоб «вижити», треба бути сильним. Саме страх, легше за все сховати за агресивною та демонстративною поведінкою. Діти розуміють, що бути агресивним і некерованим – найбезпечніше, що вони можуть вигадати та реалізувати. Інших безпечних і ефективних варіантів жити повноцінним, безпечним життям у них немає, тому що вони відтворюють сімейну ситуацію, не вміючи діяти по іншому. З іншого боку, дорослі формують у дитини емоційну нечутливість до інших, тому що проявляти свої емоції це – погано: «хлопці не

плачуть», «дівчата, так не можуть поводитися», «що скажуть сусіди», «подивись, яка дитина гарна, а ти?», «усі дивляться на тебе, як тобі не соромно!», «на тих, хто ображаються, воду возять» тощо. Запитання: «І кому дитині показати свої емоції?». На жаль, велика кількість батьків не поділяють почуття дітей та інколи ще й карають за їх прояв, демонструючи своєю поведінкою: «Проявляти почуття – не можна! Відчувати – небезпечно!»

І четвертий урок: не треба чекати допомоги від дорослих, свої проблеми потрібно вирішувати самостійно. У ситуації, у якій учень звертається до дорослих за допомогою, йому відповідають: «Це твої друзі, вирішуй питання самостійно» або «Звертайся до вчителя». І дитина починає вирішувати питання самостійно, як вміє.

Відтак, оптимізація профілактики насильства стосовно дітей у сім'ї потребує розроблення та впровадження ефективних виховних технологій, спрямованих на усвідомлення батьками відповідальності за розвиток і виховання дітей. Пропонуємо рекомендації для вчителів початкової школи щодо роботи з батькам дітей, що проявляють агресію. Вважаємо за необхідне вчителю розмістити наочну інформацію: таблицю «Стилі батьківського виховання», пам'ятки «Як виховати здорову та щасливу дитину», вправи з позитивного спілкування в «Куточку для батьків». На батьківських зборах, групових консультаціях інформувати про те, що таке агресивність, причини її прояву, чим така поведінка небезпечна для життя дитини та оточуючих, які індивідуальні психологічні особливості дитини, котра проявляє агресивність. Переконайте також, що вчитель має взаємодіяти з практичним психологом, таким чином спільно консультувати батьків із приводу добору ефективних методів регулювання агресивної поведінки, проводити практикуми щодо розпізнання особистих негативних станів, ознайомлювати з прийомами ефективної регуляції психічної та психологічної рівноваги, формувати вміння позитивної взаємодії з дітьми. Доцільним є проведення нетрадиційний батьківських зборів у формі тренінгу «Ненасильницьке спілкування – активне слухання» (формування ефективних способів спілкування з дитиною). Важливо також упродовж корекційної роботи здійснювати моніторинг динаміки змін у поведінці учнів.

Список використаних джерел

1. Бандура А. Теория социального научения. – Евразия, 2000. – 365 с.
2. Бовть О.В. Агресивні реакції та шляхи їх корекції в молодших школярів: автореф. дис. ... канд. мед. н. за спеціальністю 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія – Інститут психології ім. Г.С.Костюка АПН України, Київ, 2001. – 22 с.
3. Макаруч Н.О. Агресія та агресивна поведінка як психічний засіб особистісної саморегуляції підлітків із порушеннями розумового розвитку // Проблеми сучасної психології. – 2014. – Вип. 25. – С. 215–227.
4. Науменко О. Насильство в сім'ї: причини, наслідки, міфи // Психологія довкілля. – № 1 (102), січень 2018. – С. 15–22.
5. Панфилова М. А. Графическая методика «Кактус» // Обруч. – 2000. – № 5. – С. 12–13.
6. Сеньківська Л.І. Клінічне значення психоемоційних розладів та їх корекція при синдромі жорстокого поводження з дітьми. автореф. дис. ... канд. мед. н. за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. – Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2015. – 22 с.

7. Соціальна робота: технологічний аспект: навч. посіб. / За ред. проф. А.Й. Капської. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.
8. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посіб. у 2-х ч.; Ч. 1. Сучасні орієнтири та ключові технології / З. П. Кияниця, Ж. В. Петрочко. – К.: Обнова компані, 2017. – 256 с.
9. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посіб. у 2-х ч.; Ч. 2 (Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми) / А.В. Аносова, О.В. Безпалько, Т.П. Цюман та ін. / За заг. ред.: Т.В. Журавель, З.П. Кияниці. – К.: Обнова компані, 2017. – 352 с.
10. Рептух Н.О. Корекція та профілактика стану дитини в сім'ї як спосіб зниження її агресивності. – Практична психологія та соціальна робота. – 2008. - № 8 (113). – С. 37–46.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ

(Крамаренко А.М., Крамаренко Д.М., Проха І.С., Шмалько О.М.)

Значну увагу проблемі збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління приділено у Законах України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», Національній програмі «Діти України», Цільовій комплексній програмі «Фізичне виховання здоров'я нації», Концепції «Здоров'я через освіту» та ін.

Актуальність проблеми збереження здоров'я молодших школярів постійно зростає, оскільки стан здоров'я дітей з кожним роком стає слабшим. Найчастіше, при закінченні початкової школи в учнів виникають проблеми з опорно-руховим апаратом, з'являються захворювання серцево-судинної системи, псується зір. Причинами цього є недостатні знання здоров'я людини, відсутність наступності, системності, послідовності у впровадженні здоров'язберігаючих технологій в освітній процес.

Учителям початкової школи при використанні здоров'язберезувальних технологій важко вкластися у часові межі уроку. Фізкультхвилинки, ігрові вправи, та інші методи, які позитивно впливають на стан здоров'я учнів, з іншого боку не залишають місця для навчальної діяльності. Тому, важливим є створення здоров'язберезувального середовища не тільки на уроках, а й в позаурочний час.

Учені (Б. Долинський [1], Ю. Бойчук [2] та ін.) виокремлюють різні види здоров'я: *фізичне*, що визначає повноцінне і правильне функціонування організму; *психічне*, що зумовлює рівновагу і нормальне протікання психічних процесів; *духовне* – як прагнення до ідеалу, що є головним джерелом сили і енергії людини; *соціальне*, від чого залежить безконфліктна взаємодія з довкіллям.

Як засвідчують дослідження (А. Крамаренко [3], М. Малащенко [4], О. Нікітенко [6], Л. Самойленко [9], Т. Шаповалова [10] та ін.), стан усіх названих видів здоров'я у наших дітей як і стосовно всього нашого суспільства, дає серйозні підстави для занепокоєння. На думку О. Савченко, проблема виховання у дітей здорового способу життя є багатоаспектною. Вона охоплює впровадження нового змісту забезпечення умов для

позитивного впливу на всі складові здоров'я і поширення інноваційних технологій збереження і зміцнення здоров'я [8, с. 8].

Одним із актуальних шляхів вирішення зазначеної проблеми є впровадження освітніх технологій формування й збереження здоров'я. Розпочинати впровадження здоров'язбережувальних технологій в освітній процес необхідно з початкової школи, де престиж здоров'я залишається ще на високому рівні.

Прикладом цікавої і досить ефективної для сучасної початкової школи є «Веселкова» педагогічна технологія запропонована творчою групою вчителів-практиків Довжанської ЗЗСО Іршавського району Закарпатської області [7]. «Веселкова» технологія – альтернативна до традиційної системи навчання в загальноосвітніх навчально-виховних закладах, метою якої є її модернізація і висхідний розвиток освіти України та впровадження оздоровчих технологій. У початковій школі «Веселкова» технологія дає найголовніший результат – зниження захворюваності за рахунок скорочення навантажень на учнів, зменшення тривалості уроків, щоденні уроки фізкультури, рухової, кінестетичної діяльності учнів, навчальних ігор та арт-терапії за темою уроку.

У межах «Веселкової» технології пропонуються наступні ефективні методи й прийоми здоров'язбереження молодших школярів:

Навчальні рухові ігри – ігри за темою уроку, які вводять у структуру уроку, вони виконують навчальну, пізнавальну та розвантажувальну функції. Ігрова та рухова діяльність учнів на уроці відрізняють «Веселкову» школу від звичайної. Рух – це запорука здоров'я. Практика показує, що учні перших і других класів втомлюються на уроках через 15–20 хвилин сидіння за партою. Педагогічна технологія пропонує поєднання нетрадиційних (авторських) із традиційними методами, прийомів навчання та введення в навчальний процес методу ігротерапії за темою уроку, що саме й дає змогу зберегти високу продуктивність роботи та забезпечує високу працездатність учнів на уроці. Захоплююча гра знімає надмірне навантаження у процесі розумової роботи: кудись зникає втома; коли діти виконують завдання знайомих героїв казок, легко підтримати увагу учнів.

Рухливі ігри на свіжому повітрі підвищують ефективність сприйняття навчального матеріалу на уроці й прекрасно зміцнюють здоров'я дітей.

Відновлення енергії – прийоми, що дають змогу швидко ліквідувати втому, освіжити інтерес до уроку (сонячний душ, навчальні пісні, рухливі ігри, досліди, експерименти).

Сонячний душ – ефективний спосіб відновлення енергії під час уроку, базований на сугестивній техніці (активний вплив на уяву, емоції, підсвідомість шляхом уявного створення позитивних образів – наприклад, самозанурення в потік сонячного світла).

Арт-терапія – навчання і виховання засобами мистецтва. Головною метою арт-терапії в освітньому процесі є оздоровлення і зацікавлення дітей навчанням, згуртування колективу. Впровадження у «Веселковій» технології арт-терапії як засобу й методу навчання, впливу на емоційний та фізичний

стан учнів засобами мистецтва, заняття різними видами музичної і художньої діяльності сприяють розвантаженню учнів, розвитку творчості, креативності й індивідуальності, поліпшенню самопочуття. Результати апробації педагогічної «Веселкової» технології засвідчують, що використання музики як засобу навчання і виховання в поєднанні з руховою діяльністю дають унікальні результати у засвоєнні навчального матеріалу та підтримці належної працездатності учнів на уроці, що поліпшує міжпівкульну взаємодію і сприяє гармонійному розвитку обох півкуль мозку. У «Веселковій» школі учні прослуховують навчальні пісні під час образотворчого мистецтва, художньої праці, музики, каліграфічних хвилинок. Дітям пропонують музичні паузи на уроках письма, математики, читання; природознавства, коли вчитель помічає, що школярі втомлені, пасивні, або навпаки – дратовані, збуджені, він вмикає неголосну музику. Тільки-но вона зазвучить, пасивні, втомлені учні оживають, а збуджені, галасливі – затихають і починають слухати. Після того, як учні мимоволі прослухають навчальну пісню 2–3 рази, розпочинається активне навчання на уроках. Тривалість такої оздоровчо-лікувальної паузи спочатку 3–5 хвилин, а потім її можна продовжити до 10 хвилин.

Процес формування, зміцнення, збереження здоров'я у молодших школярів буде ефективнішим, якщо його здійснювати, використовуючи здоров'язбережувальні технології, що сприятимуть створенню здоров'язбережувального освітнього середовища у початковій школі, поліпшенню в учнів показників як фізичного, так і розумового розвитку, зростанню даних рухової підготовленості, зменшенню пропусків навчальних днів через хворобу, своєчасному зняттю розумової втоми та підвищенню навчальних досягнень молодших школярів. Успішність даної роботи визначається такими умовами: доцільне поєднання традиційних та інноваційних педагогічних технологій, спрямованих на формування, збереження здоров'я; застосування інтерактивних методів навчання; забезпечення участі учнів у діяльності щодо покращення здоров'я.

Здоров'ю людини належить одне з найважливіших місць у системі людських цінностей і пріоритетів та визначається як процес збереження й розвитку психічних і фізіологічних функцій людини, оптимальної працездатності та соціальної активності за максимальної тривалості життя. Аналіз статистичних даних щодо захворюваності учнів протягом навчального року, дає підстави стверджувати, що найчастіше вони мають застудні та вірусні захворювання. Отже, в освітній процес потрібно впроваджувати такі види діяльності, які б запобігали хворобам. Один із таких заходів – перебування на свіжому повітрі. Саме насичення киснем сприяє повноцінній роботі всього організму та його оздоровленню. Провітрювання на перервах класних кімнат недостатньо покращує склад повітря навчального середовища, через це необхідно впроваджувати уроки серед природи. Проте можливість провести урок серед природи існує не завжди. Тому доцільно створити модель живої природи. В одному із шкільних куточків, який є найменш людним, можна обладнати «зелений клас». Для сидіння використати розрізані колоди,

територію обсадити високорослими квітами (морозець, піони тощо), кущами, деревами. Облаштований природними матеріалами «зелений клас» посправжньому привабить учнів, сприятиме підвищенню мотивації до навчання.

Мета уроків серед природи, в «зеленому класі» – формування системи наукових знань, поглядів, переконань, які закладають основи відповідального ставлення до навколишнього світу, формування здорового способу життя, вміння спілкуватися з природою, раціонально відпочивати. Зміст навчально-виховної роботи на таких уроках полягає в розкритті перед дітьми багатогранності зв'язків живої та неживої природи, її значення в оздоровленні людського організму.

Це можуть бути уроки образотворчого мистецтва, трудового навчання, музики, рідної мови, іноземної мови, природознавства тощо. Школярі з великим задоволенням на свіжому повітрі розповідають вірші, співають пісні, малюють чудові пейзажі, поповнюють словниковий запас рідної та іноземних мов. На уроках трудового навчання учні можуть ознайомлюватися з практичним значенням природних матеріалів у житті людини, вчитися дбайливо їх використовувати. Уроки фізичної культури сприятимуть загартуванню, зміцненню здоров'я дітей, розвитку знань про свій організм, про основні способи збереження здоров'я за допомогою природних чинників, формуванню у дітей гігієнічних вмінь та навичок.

Уроки серед природи передбачені програмою курсу «Природознавство» (авт. І. Грущинська). Педагогічна діагностика, проведена в різних школах, серед учнів початкових класів, свідчить про те, що вивчення цього курсу позитивно впливає на здоров'я учнів. Це зумовлене тим, що передбачена навчальним курсом систематична взаємодія дітей із природою сприяє зміцненню їхнього здоров'я. Щоденники спостережень за довкіллям привчають учнів слідкувати за своїм здоров'ям, емоційним станом, зміцнювати здоров'я. Освітній курс «Природознавство» легко інтегрується з іншими навчальними предметами. Так, проведення інтегрованих бінарних уроків серед природи з довкілля та іноземної мови також підсилює мотивацію для отримання знань, умінь, навичок та позитивно впливає на стан здоров'я учнів.

З метою всебічного розвитку здорової особистості, для збереження та зміцнення здоров'я при проведенні уроків серед природи, у «зеленому класі» необхідно надавати належну увагу використанню пісенної творчості на уроках. Спів розвиває легені, збільшує надходження кисню до організму. З метою одночасного залучення усіх учнів до діяльності на уроці доцільно використати хоровий спів. Він поліпшує стан фізичного і психічного здоров'я (попереджає перевтому і стрес); підвищує рівень навчальних досягнень учнів (дає можливість комфортно отримати знання про навколишній світ, а також активізує діяльність мозку, перш за все центрів уваги, мислення, мовлення, довгострокової, емоційної пам'яті); орієнтує на здоровий спосіб життя; розвиває духовний світ і творчі здібності; формує цілісне сприйняття світу.

Значний потенціал знань про вплив природи на стан здоров'я учнів, місце природи у зміцненні здоров'я людини, закладений у позакласній роботі,

зокрема в уроках позакласного читання. Питання любові до природи, екологічне виховання, вплив довкілля на людину розкриваються в творчості багатьох дитячих письменників, зокрема Н. Забіли, В. Тарасенка, О. Іваненко. Твори дитячих письменників навчають учнів як необхідно стежити за природою та власним здоров'ям, як користуватися лікувальними травами, берегти природу.

Розглядаючи одну зі складових навчального середовища, позакласну роботу з учнями, пропонуємо звернути увагу на участь школярів у дитячих громадських організаціях. Залучення дітей до позакласної та позашкільної роботи дає можливість педагогам вплинути на формування здорового способу життя школярів не лише під час освітнього процесу, а й після його завершення.

Так, у контексті зазначеного варто акцентувати увагу на роботі І. Малишевської, яка виокремлює природотерапію як специфічну педагогічну технологію збереження і корекції здоров'я та активізації пізнавальної діяльності учнів молодших класів на засадах впливу об'єктів природного оточення, як педагогічне «лікування» засобами природи в освітньому процесі початкової школи [5].

Одним із засобів реалізації здоров'язберігаючих технологій на уроках природознавства та під час перебування на природі є використання фізкультхвилинок. Розглянемо детальніше методику їх проведення.

Фізкультхвилинки можуть бути повними і скороченими. Скорочені складаються з однієї вправи (ритмічне стискування і розслаблення пальців, трясіння кистями рук тощо), застосовуються під час письмових робіт і виконуються сидячи за партою. До повних відносять імітаційні, віршовані, ігрові фізкультхвилинки, які складаються з декількох вправ і виконуються стоячи за столом або поруч з ним. За впливом на організм дитини розрізняють декілька комплексів вправ для фізкультхвилинок. Такі вправи, як стрибки, піднімання і згинання ніг позитивно впливають на м'язи ніг, стимулюють діяльність органів кровообігу і дихання. Важливими є вправи для рук (обертання, трясіння кистями рук тощо), адже під час виконання письмових робіт м'язи рук школярів втомлюються від одноманітних динамічних навантажень і, як наслідок, порушуються каліграфічні навички. Крім того, виконуючи письмові роботи, учні довше перебувають у зігнутому положенні. Тому в комплексі фізкультхвилинок передбачено вправи, спрямовані на формування постави: інтенсивне потягування, виправлення та вигинання хребта, розправлення грудної клітки тощо. Традиційно фізкультхвилинки супроводжуються віршами і вигуками учнів, що активізує роботу органів дихання. Загальні методичні рекомендації щодо проведення фізкультхвилинок такі: стежити за поставою тіла та ритмом дихання школярів (вдихати глибоко через ніс, а видихати ротом), узгоджувати рухи зі словами тексту, обов'язково провітрювати приміщення. Пропонуємо приклади фізкультхвилинок, які доцільно використовувати на уроках природознавства в початковій школі (див. табл. 1).

**Фізкультхвилинки на уроках природознавства
(за Т. Васютіною та О. Сірих)**

Зміст фізкультхвилинки	Вправи
Дощик крапав: крап-крап-крап. Ми раділи – так-так так. А узимку краплі стигли І ставали хутко снігом. А суворий Морозенко Набирав той сніг в цеберко, Щоб сніжок в погоді Заморозить льодом. Ось слід, он слід Став із крапі – лід!	Напівприсідання, голову назад. Руки вгору, потрясти кистями рук, голову назад. Руки на поясі, ліве плече вгору, праве – вниз, Почергово. Руки вгору, нахилитися до низу, імітація насипання снігу у відро. Обхопити тулуб руками за плечі, нахил уперед, назад. Руки на поясі, переكات з п'ятки на носок.
Вітерець колише гілки, Запахи розносить стрімко. І у лісі, і у полі, І аж ген за видноколом. Атоми проникнуть скрізь У багато різних місць. І в рідині і у газі, І в тверді тіла із часом. Бо дифузія – це клас! Ми дослідим її враз!	Руки вгору, нахили тулуба вправо, вліво, вперед, назад. Руки на поясі, колові рухи головою. Руки на поясі, колові рухи тазом. Руки в сторони, вгору, потрусити кистями рук. Руки через сторони опустити, вільно помахати. Руки вгору, нахил донизу, дістати кінчики ніг, присісти, руки перед собою. Стрибки на місці з плесканням долонями. Руки вгору через сторони, потягнутися.
Горизонт – це так далеко, Це туди летять лелеки. Восени над небокраєм Він ластівочок гойдає. У повітря стрімко ввись Клин журавликів здійнявся. Легко, славно їм літати, В небі сонячному грати. Бо повітря – річ складна, Адже суміш – це вона.	Руки витягнуті, прямо, вправа «Ножиці». Імітація рухів крильми. Руки через сторони вгору, потрусити кистями рук, опустити вниз, розслабити. Руки вгору, потягнутися, нахили тулуба вправо, вліво, вперед, назад. Руки на поясі, колові рухи тазом, зліва направо і навпаки. Руки прямі в сторони, колові рухи. Руки на поясі, повороти головою.
У водичці плава рибка, І водичку ллєм на квітку. У водичці ми перем, В їжу воду додаєм. А як хочеться купатись В воду дружно йдем ми гратись. Дуже добре, що водичка Є в домівці і в криничці !	Імітація рухів плавця. Руки на поясі, нахили тулубом вправо, вліво. Руки вгору, опустити донизу, дістати пальці ніг, присісти (2 р.). Стрибки на місці, руки вгору з плесканням долонями. Руки на поясі, колові рухи тазом справа наліво і навпаки.
Одна ворона, Поважна персона, Пішла в перукарню, І пофарбувалася гарно, Біла стала – справа й зліва, Й зверху, й знизу побіліла. Як на неї не дивись, Всюди біла, де не візьмись. Всі казкові зміни з нею Сталися тому, напевно, Що знання хімічні враз, Застосовують повсякчас.	Руки на поясі, повороти тулуба вправо, вліво. Зімкнені ззаду руки випрямити і повільно. Піднімати голову поступово нахилити назад, підборіддя піднімати вгору. Руки на поясі, повороти голови вправо, вліво, вгору, вниз. Руки на поясі, нахил тулуба вліво, вправо, прямо, назад. Кисті рук на плечі, колові рухи плечима вперед. Колові рухи плечима назад.

Отже, для збереження і зміцнення здоров'я учнів молодших класів необхідна науково обґрунтована система засобів, спрямована на поліпшення психологічного і педагогічного супроводу дитини в освітньому середовищі початкової школи. Раціональний режим передбачає передусім чергування різних видів навчальної діяльності й відпочинку молодших школярів. Створення освітнього середовища, спрямованого на оздоровлення учнів, передбачає впровадження системи природовідповідних засобів, сприятливих для зміцнення і збереження їхнього здоров'я.

Список використаних джерел

1. Долинський Б.Т. Методологія здоров'язберігаючої діяльності майбутнього вчителя початкової школи: монографія. – Одеса: Вид-ць М.П. Черкасов, 2010. – 266 с.
2. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Х.: Вид. Рожко С.Г., 2017. – 488 с.
3. Крамаренко А., Степанюк К. Методика навчання освітньої галузі «Здоров'я і фізична культура» в початковій школі: навч. посіб. для студ. вищ. пед. навч. закладів спеціальності 013 «Початкова освіта». – Бердянськ, 2018. – 176 с.
4. Малащенко М. П. Шляхи реалізації здоров'язбережувальних освітніх технологій у початковій школі // Основи здоров'я. – 2012. – № 2. – С. 2–5.
5. Малишевська І. А. Підготовка майбутнього вчителя початкових класів до використання природотерапії у роботі з учнями початкової школи: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». – К., 2011. – 21 с.
6. Нікітенко О. Формування культури здоров'я молодших школярів шляхом впровадження здоров'язбережувальних освітніх технологій // Початкова школа. – 2018. – № 1. – С. 36–40.
7. Педагогіка здоров'я: зб. наук. праць VI Всеукр. наук.-практ. конф. / за заг. ред. акад. І.Ф. Прокопенка. – Х.: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2016. – 732 с.
8. Савченко О. Психодидактичні аспекти реалізації здоров'язбережувальної функції шкільної освіти: діалог з В.О. Сухомлинським // Рідна школа. – 2012. – № 7 (991). – С. 8–11.
9. Самойленко Л. Як бути здоровим // Початкова школа. – 2016. – № 10. – С. 28–31.
10. Шаповалова Т. Г. Методика навчання валеології, основ здоров'я та безпеки життєдіяльності в початковій школі: навч.-метод. посіб. – Бердянськ: БДПУ, 2012. – 176 с.

РОЛЬ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПОЦЕСІ ПАТРІОТИЧНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДІ (Кульчицький В.І.)

Тільки здорова, всебічно розвинена, освічена людина здатна бути справжнім творцем власної долі і долі своєї країни. Здоров'я людей належить до глобальних проблем, тобто таких, які мають життєво важливе значення для всього людства.

Турбота про здоров'я молодого покоління є одним з найважливіших завдань не тільки працівників охорони здоров'я, але й усіх, хто причетний до навчання і виховання молоді. Пріоритетним завданням для кожної особистості є формування відповідального ставлення до власного здоров'я та

здоров'я оточуючих як до найвищих суспільних і національних цінностей. Здорова дитина – запорука здорової нації. Усі ми хочемо бачити дитину розумною, сильною, здоровою. За словами відомого українського педагога В. Сухомлинського: «Турбота про здоров'я дитини – найважливіша праця вчителя» [7, с. 58-61].

У будь-яких соціально-економічних і політичних ситуаціях життя і здоров'я визначаються як найвищі людські цінності, бо саме вони є показником цивілізованості суспільства, головним критерієм ефективної діяльності всіх його сфер. Однак, не потрібно забувати, що здоров'я людини здебільшого залежить від неї самої, її способу життя, зрештою, від рівня культури взагалі.

Саме тому. метою сучасної школи є підготовка дітей до життя. Кожен учень має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в майбутньому житті. Завдання сучасної школи полягає у формуванні здорової особистості. Здорової як фізично, так і духовно. Тому кожна школа сьогодні шукає свій шлях змін у просторі покращення якості освіти та виховання. Школа це життєвий простір дитини; тут вона не просто готується до життя, а живе. Тому виховна робота планується так, щоб сприяти становленню особистості як творця і проектувальника життя, гармонізації та гуманізації стосунків між учнями і педагогами, школою і родиною, керуючись ідеями самоцінності дитинства, демократичного діалогу між поколіннями [10, с. 5-17].

Разом з тим, на сучасному етапі розвитку українського суспільства проблема патріотичного виховання є надзвичайно важливою та актуальною. У контексті подальшої розбудови суспільства виникає потреба у формуванні активної, творчої особистості учня-патріота, від діяльності якого у майбутньому значною мірою залежатиме духовний розвиток і добробут держави. Патріотичне виховання має суспільний характер. Його складовими є сім'я, школа, формальні та неформальні об'єднання, громадські організації, засоби масової інформації тощо. Отже, ми можемо стверджувати, що однією з особливостей прояву патріотичного виховання є його складові.

Процес патріотичного виховання нерозривно пов'язаний з навчальними закладами. Наша мета полягає у вихованні почуття патріотизму, розуміння власних дій і життєвої позиції, осягненні сенсу життя та визначення свого місця у суспільстві, сприянні активній позиції, прагненні до милосердя, доброти, поваги, здорового способу життя, спонуканні до самовиховання та самовдосконалення. Отож, стає зрозумілим те, що без запровадження здоров'язбережувальних педагогічних технологій здійснення означеної мети є неможливим.

Отже, в умовах суспільних змін необхідно звернути ще більшу увагу на процес патріотичного виховання молоді. Саме національно свідома, відповідальна за долю Батьківщини, вихована у дусі поваги до українських традицій особистість, яка дотримується здорового способу життя, здатна бути конкурентоспроможною, досягти високого рівня культури та активного включення в динамічну систему функціонування сучасного суспільства [5, с. 33-36].

Проблема здоров'я дітей зумовлена також і різким погіршенням стану їхнього психічного й фізичного розвитку, працездатності, появою різних захворювань, які раніше не були характерними для дитячого та підліткового віку. Стає цілком очевидно, що сучасна система освіти потребує переосмислення навчально-виховного процесу та зміни ставлення до здоров'я кожної окремої дитини. Отож, у цьому процесі важливим є визначення основних шляхів поліпшення стану здоров'я учнів, розробка програм, які складуть цілісну систему організації педагогічних технологій, зокрема й здоров'язбережувальних, що сприятимуть створенню сприятливих умов для всебічного розвитку особистості та свідомого розуміння нею цінності власного здоров'я.

Здоров'я – єдність фізичного, психічного, духовного, соціального, інтелектуального та творчого аспектів здоров'я, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад. Так, фізичне здоров'я – це рівень росту і розвитку органів і систем організму, основу якого складають морфологічні і функціональні резерви, що забезпечують адаптаційні реакції. Психічне здоров'я утворюють позитивні емоції і почуття, воля, самосвідомість, самовиховання, мотивація поведінки, стреси, психотравми, резерви психологічних можливостей людини, запобігання шкідливих звичок, формування гігієнічних навичок і позитивних звичок. Духовне здоров'я – це здоров'я в системі загальнолюдських цінностей, ідеал здорової людини, традиції культури українського народу, розвиток позитивних духовних рис, духовні цінності й засоби розвитку духовності. Соціальне здоров'я – соціальні потреби та інтереси, етика родинних зв'язків, наслідки антисоціального ставлення до довкілля, соціальне забезпечення життєво важливих потреб, соціальна адаптація, здоров'я нації, формування потреби вести здоровий спосіб життя. Інтелектуальне здоров'я – це можливість відкрити наш розум для нових ідей та досвіду, які можуть допомогти в поліпшенні особистої, групової та суспільної взаємодії. Одним із складових здоров'я є і творчість. Саме творчий підхід до вирішення будь-яких життєвих проблем, завдань робить людину здоровою [9].

Таким чином, в основу навчально-виховної роботи педагогічного колективу школи повинні бути покладені ідеї особистісно-зорієнтованого навчання та виховання. Зокрема такі (згідно наукових поглядів І. Бега, І. Іванова, І. Якиманської): процес навчання і виховання особистості здійснюється в контексті загальнолюдської культури; у навчанні і вихованні мають гармонійно поєднуватися інтереси особистості (вільний розвиток і збереження своєї індивідуальності), суспільства (щоб саморозвиток особистості здійснювався на реальній основі, а виховання сприяло репродукції культурних соціалізованих людей), держави, нації; діяльнісний підхід з опорою на активні й інтерактивні здоров'язбережувальні технології; створення ситуації успіху, атмосфери співпраці [1].

Здоровий спосіб життя охоплює різноманітні сфери життєдіяльності людини і реалізується через поведінку, конкретні дії, вчинки. Ефективність формування здорового способу життя вимагає активного залучення учнів до

здоров'язбережувального навчального процесу, формування в них активної позиції щодо зміцнення і збереження власного здоров'я [2, с. 1-4].

Поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів. Здоров'язбережувальні технології – це технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм, відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини) [8, с. 37-44].

Таким чином, під здоров'язбережувальними педагогічними технологіями розуміють: сприятливі умови, щодо навчання дитини в школі (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання); оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих та індивідуальних особливостей та гігієнічних норм); повноцінний та раціонально організований руховий режим [3, с. 1-6].

Слід зауважити, що комплексна програма з формування здорового способу життя повинна включати в себе різні компоненти, що допоможуть сформувати в учнів спеціальні знання, уміння, навички збереження і зміцнення здоров'я, сприятимуть розвитку їхніх комунікативних здібностей та вихованню духовно-моральних цінностей, гуманного ставлення до оточення, до самого себе та навколишнього середовища.

Отже, у даному контексті, патріотичне виховання молоді сьогодні є важливою складовою змісту роботи навчальних закладів, головним завданням яких є формування моральної поведінки, активної життєвої позиції, здорового способу життя, єдності слова і діла в підростаючій особистості, готовності брати активну участь у житті своєї держави.

Технологія формування патріотичних рис учня передбачає виділення таких основних компонентів у процесі соціалізації особистості: формування духовного світу особистості учня в умовах розбудови державності України; врахування основних засад становлення та розвитку особистості, світогляду, переконань; постійне збагачення пам'яті, розвиток громадянського мислення, вироблення національно-свідомого ставлення до навчання, самоосвіти; розвиток позитивних емоцій та громадянської гідності; дотримання здорового способу життя; формування творчої особистості як могутнього стимулу духовного життя громадянина незалежної країни [11, с. 12-13].

Основна роль у здоров'язбережувальній діяльності будь-якого освітнього закладу відводиться грамотній організації навчального процесу. Кожен педагог повинен працювати за моделлю здоров'язбережувального середовища, найбільш значимими компонентами якого є: створення комфортних умов навчання (розклад уроків, перерв, режимні моменти); використання оздоровчих методик, які регулюють рухову активність, і прийомів реабілітації розумової і фізичної працездатності.

Модель екологічно комфортного освітнього середовища з використанням технології реабілітації працездатності школярів реалізується

шляхом оптимізації і гуманізації навчального процесу, які можливі через: застосування різнорівневого навчання; глибоку диференціацію та індивідуалізацію навчання; широке використання сучасних педтехнологій; інтерактивне навчання; створення фізичного, фізіологічного, психічного комфорту для учнів.

Необхідно також зауважити, що відмінними особливостями реалізації здоров'язбережувальних технологій під час навчально-виховного процесу є: співпраця з учнями у протидії авторитаризму; антропоцентрична орієнтація навчально-виховного процесу на відміну від дидактоцентричної; індивідуалізація виховного впливу на школярів; творчий підхід до навчання; активні методи і форми навчання; скерованість на попередження стомлюваності; гнучке та узгоджене використання учителем візуального та слухового контактів донесення інформації до учня; організація оздоровчих п'ятихвилин [6, с. 50-55].

З позиції сьогодення застосування здоров'язбережувальних технологій в школі сприяє підвищенню якості навчально-виховного процесу, розвитку оздоровчих систем, формуванню у школярів стійкої мотивації на здоровий спосіб життя. Таким чином, здоров'язберігаючі технології дозволяють: сформувати соціальну зрілість молоді людини; забезпечити можливість учням реалізувати свій потенціал; зберегти і підтримати фізіологічне здоров'я учнів.

Отож, у контексті нашого наукового дослідження, в навчально-виховному процесі освітнього закладу, доцільно у поєднанні із патріотичним вихованням використовувати такі види здоров'язбережувальних педагогічних технологій:

- цікаві зустрічі – надати необхідні знання, а також дати професійну відповідь на учнівські запитання можуть як представники міських органів влади, так і лікарі, представники центрів молоді, просто цікаві люди даного міста та селища. Такі зустрічі ніколи не бувають зайвими на шляху до духовного та морального оздоровлення молодого покоління;

- школа безпеки життєдіяльності – ми завжди вимагаємо, щоб діти поводитися правильно, але для того, щоб така поведінка стала звичкою, замало одноразових бесід та постійних зауважень. Тиждень знань безпеки життєдіяльності, брейн-ринги, КВН, класні години, оформлення стендів безпеки життєдіяльності у поєднанні із патріотичною тематикою, конкурси – все це, та багато чого іншого можуть проводити вчителі, а також актив учнівського самоврядування;

- група медіації – як відомо, там де є колектив, там завжди є й конфлікти, а в дитячих колективах їх набагато більше. Зовсім нещодавно виник такий спосіб регулювання конфліктних ситуацій, як медіація. Таку роботу може проводити шкільний психолог, педагог-організатор, або ж самі учні-старшокласники. Успішність роботи модераторів-ровесників залежить від рівня підготовки та зовнішньої підтримки. Робота медіатора завжди має один план виконання, саме тому учні теж можуть цьому навчитися. Це дуже ефективний спосіб вирішення конфліктів. Підготовка медіаторів включає

різні методи та форми роботи: презентації, демонстрації, рольові ігри, інтерактивні та письмові вправи та багато інших цікавих прийомів. На тренінгах надаються багатогранні знання про природу та причини конфлікту, стереотипи поведінки, методи активного слухання, та відкривається багато інших сторін повсякденного життя;

– організація цікавого дозвілля – необхідною частиною шкільного життя є організація цікавого дозвілля. Це дає можливість кожному учневі розкрити свій творчий потенціал, заявити про себе, спробувати власні сили, знайти свій талант. Свята, конкурси, виступи, які можуть мати патріотичну спрямованість, й досі залишаються популярними серед учнів різного віку. У школах все частіше зустрічаються власні традиції, свята та розваги, що дає можливість дітям відчувати неповторність шкільного життя, гордість за свою школу та державу;

– гуртки та секції – учні школи, на нашу думку, повинні бути активно залучені у шкільні гуртки та секції. Молодь випробовує себе у різних видах спорту та молодіжних патріотичних організаціях. Це для учнів дуже корисно, адже відомо, що заняття за інтересами зменшують ризик кризи підліткового віку. Тому наше з вами завдання – створити умови для культурного, духовно-морального, інтелектуального, фізичного та емоційного розвитку підростаючого покоління, розкрити здібності кожного школяра та надати змогу їх реалізації;

– ігри та ігрова терапія –гру традиційно зв'язують з дитинством. Переступаючи шкільний поріг, дитина починає процес навчання. Але ігрова діяльність продовжується, хоча змінюється її характер. Тапер гра допомагає розв'язати задачі різної важкості, формувати нові необхідні вміння та навички. Чим цікавіші ігрові події, які вчитель використовує на уроках, тим непомітніше, але ефективніше учні закріплюють, узагальнюють, систематизують отриманні знання. Гра – завжди була найулюбленішою формою роботи для дітей. Існують багато ігор, які ми можемо назвати терапевтичними, але ними ми сміливо можемо користуватися і під час уроків, факультативів, свят, у діяльності патріотичних молодіжних гуртків. Такі ігри будуть корисними для будь-яких дітей, тому, що вчать дружньому спілкуванню, порозумінню, знижують напруження та формують певні моральні принципи. Завдяки ігровій терапії дитина привчається сміливо висловлювати свою думку, самостійно приймати рішення;

– психогімнастика – завданням «психогімнастики» є збереження психічного здоров'я, запобігання емоційним розладам у дитини через зняття психічного напруження, розвиток кращого розуміння себе та інших, створення можливостей для самовираження особистості. Більшість психогімнастичних завдань побудовані на імітації певних почуттів, у контексті нашого дослідження ми маємо на увазі саме патріотичні почуття, та емоційних станів людини. Решта передбачає відтворення учнями дій та вчинків уявних героїв. У таких іграх діти тренують свою увагу, пам'ять, витримку. А також вчаться розуміти людські емоції та контролювати їх;

– арт-техніка – в основі арт-техніки лежить творча діяльність. Творчий розвиток є не тільки головним терапевтичним механізмом, саме він допомагає виховувати патріотично свідому та здорову особистість. За допомогою арт-техніки молода людина має можливість виразити свої переживання, почуття, відношення до оточуючого світу. Крім того, творча діяльність допомагає зняти напруження, сприяє підвищенню дитячої самооцінки, впевненості у власних силах та взагалі розвиває творчі здібності. Отож, головна мета такої здоров'язбережувальної педагогічної технології – це духовний розвиток, самопізнання людини через творчість та покращення соціальної адаптації школярів [4].

Таким чином, стає цілком зрозумілим, що роль здоров'язбережувальних педагогічних технологій у процесі патріотичного виховання молоді є досить вагомою. У даному контексті вислів «здорова дитина – запорука здорової нації» набуває оновленого значення. Проблема здоров'я – головна проблема, вирішення якої зумовлює факт подальшого розвитку нашої держави. Саме тому, слід приділяти увагу усвідомленню дітьми цінностей здоров'я, розуміння визначної ролі здорового способу життя та формування індивідуальної, духовно-моральної та патріотичної поведінки на цих засадах.

Список використаних джерел

1. Бех І. Особистісно-зорієнтоване виховання: шляхи реалізації. – К.: ІЗМН, 1996. – 232 с.
2. Бойченко Т. Валеологія – мистецтво бути здоровим // Здоров'я та фізична культура. – 2005. – № 2. – С. 1-4.
3. Вашенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі // Здоров'я та фізична культура. – 2006. – № 8 – С. 1-6.
4. Воронцова Т., Пономаренко В. Навчання здоровому способу життя на основі життєвих навичок. – К.: Просвіта, 2007. – 246 с.
5. Гнатюк В. Національне виховання як складова у побудові громадянського суспільства // Світ виховання. – 2004. – № 1. – С. 33-36.
6. Кириленко С. Розвиток педагогічних технологій формування культури здоров'я старшокласників // Рідна школа. – 2003. – № 11. – С. 50-55.
7. Мазченко А. Використання спадщини В. О. Сухомлинського на шляху впровадження здоров'язбережувальних технологій // Рідна школа. – 2012. – № 7. – С. 58-61.
8. Науменко Ю. Здоровьесберегающая деятельность школы // Педагогика. – 2005. – № 6. – С. 37-44.
9. Оржеховська В. Духовність і здоров'я. Навч.-метод. посіб. – К.: ТОВ ХІК, 2004. – 168 с.
10. Оржеховська В., Єжова О. Методологічні засади діяльності освітнього закладу, спрямованої на здоров'я // Педагогіка і психологія. – 2009. – № 4. – С. 5-17.
11. Якубенко В. Від народознавства – до свідомого патріотизму // Дошкільне виховання. – 2002. – № 8. – С. 12-13.

ТЕХНОЛОГІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

(Лотоцька Л.Б., Різничок С.В., Колач Т.С.)

Здоров'я - це комплексний соціальний і політичний процес, який включає не лише дії, спрямовані на зміцнення навичок та можливостей окремих осіб, але на зміну соціальних, екологічних та економічних умов з метою зменшення негативного впливу на здоров'я людей та населення.

Формування здорового способу життя - це процес впровадження ряду соціальних та екологічних заходів, що включають здорову поведінку, створення сприятливого середовища та заохочення державної політики щодо здорового способу життя, який дозволяє людям посилювати контроль над власним здоров'ям.

Поняття популяризації здоров'я є об'ємним та багатофакторним процесом. Виділимо деякі чинники: 1) формування сприйняття здоров'я та здорового способу життя; 2) наявність знань щодо способів зміцнення і збереження здоров'я; 3) усвідомлення ресурсів власного організму; 4) поняття повноти відповідальності за стан власного здоров'я; 5) розвиток навичок психофізичної саморегуляції і самоконтролю; 6) відсутність шкідливих звичок.

Світова спільнота активно приділяє увагу формуванню здоров'я та здоров'язбережувальних технологій.

Перша Міжнародна конференція з питань зміцнення здоров'я в університетах була проведена в Ланкастері (Великобританія) у 1996 р. за фінансової підтримки ВООЗ. Основною тематикою було створення навчального середовища та організація культури, яка підвищує рівень здоров'я, благополуччя та стійкості громади, а також дозволяє особистостям досягти повного потенціалу.

Починання *Millennium Goals* (ВООЗ, 2000) та Ініціативи громадянського суспільства (ВООЗ, 2001) є важливими документами для визначення ролі і відповідальності вищих навчальних закладів, їх потенційного впливу на розуміння важливості покращення здоров'я.

Резолюція Європейської Ради (*Council of the European Union*, 2002) характеризує формування здорового способу життя як безперервний навчальний процес, спрямований на «покращення знань, навичок та компетенцій в особистістисних, громадянських, соціальних перспективах». У доповіді ООН з питань освіти, науки і культури зазначається, що безперервне навчання через розвиток та формування знань, навичок та компетентностей студентів відображає потенційний вплив на соціальні детермінанти здоров'я [6].

У рамках безперервного навчання, неформальна освіта створює простір для партнерських відносин між університетами та громадами для впливу на соціальні детермінанти здоров'я.

На 6-ій Глобальній конференції щодо зміцнення здоров'я в Бангкоку (Таїланд, 2005), скликаній ВООЗ, було визначено пріоритети, спрямовані на детермінанти здоров'я; нарощування потенціалу в галузі політики формування здорового способу життя та медичної грамотності. Згідно визначення ВООЗ, прийнятого Бангкокською хартією, формування здорового способу життя це - «процес, який дозволяє людям підвищити контроль за своїм здоров'ям і його детермінантами, і тим самим покращити власне здоров'я».

Ключовим результатом Міжнародної конференції 2015 року, присвяченій підвищенню рівня здоров'я в університетах та коледжах, стала розробка Статуту Оканегану: Міжнародна хартія сприяння здоров'ю студентів університетів та коледжів. Хартія підкреслює ключові напрямки діяльності та загальні принципи розвитку університетів та навчальних закладів в напрямку формування здорового способу життя. Також хартія закликає навчальні заклади втілювати пріоритети здоров'я в повсякденну активність, ділову практику та академічні мандати, а також керувати діяльністю щодо зміцнення здоров'я та співпрацею між учасниками навчального процесу. Перевагами впровадження є: покращення здоров'я та добробуту, необхідного для досягнення повного потенціалу в галузі викладання, навчання та проведення досліджень; розвиток здорового та стійкого оточуючого середовища в університетах, шляхом уведення пропаганди здоров'я в інституційну та культурну політику закладу освіти; узгодженість із глобальними програмами щодо покращення соціальних та екологічних детермінант здоров'я.

9-та Глобальна конференція щодо зміцненню здоров'я (Шанхай, 2016) визначила пріоритетність формування і пропагування здорового способу життя шляхом включення та розширення прав і можливостей людей, громад та спільнот щодо відповідальності за власне здоров'я і якість життя.

Здорове суспільство починається зі здорової молоді. Таким чином, вкрай важливо дослідити, планувати та здійснювати заходи для заохочення молодих людей до формування та підтримання здорового способу життя [2].

Здоров'я студентів у закладах вищої освіти на сьогодні є соціально-значущим показником медико-демографічної характеристики населення, який суттєво впливає на ефективність навчальної, а у майбутньому, і професійної діяльності. Впродовж останніх років [2] дослідники звертають увагу на необхідність збереження і зміцнення здоров'я студентів, одночасно вказуючи на ряд труднощів, а саме: специфічність і широкий діапазон цієї соціальної групи (гуманітарні та технічні ЗВО, терміни і форми навчання, тощо); динамічність факторів ризику і їх належність від регіональних умов. Наслідком цієї ситуації також є фрагментарність наукових досліджень та відсутність єдиної комплексної програми досліджень. Це, з одного боку, не дозволяє своєчасно виявляти загальні (для всієї молоді) і специфічні (наприклад, для студентів медичного ЗВО) фактори ризику, а також визначати особливості соціально-гігієнічних і медико-біологічних характеристик, що безпосередньо впливають на стан здоров'я студентів, з

іншого - дати науково обґрунтовану медико-соціальну оцінку стану здоров'я та визначити шляхи вдосконалення організації медичної допомоги студентам конкретного закладу вищої освіти [8].

Тенденції погіршення здоров'я сучасної молоді, обумовлені зниженням матеріального благополуччя значної частини населення, несприятливою екологічною ситуацією, поширенням асоціальних стереотипів поведінки, послабленням інфраструктури системи охорони здоров'я визначили проблему формування здорового способу життя студентів як одне з пріоритетних завдань системи освіти [7]. Формування цінностей здорового способу життя пов'язане з необхідністю підтримки і зміцнення здоров'я студентів, покращання їх фізичного, психічного і соціального благополуччя є запорукою та основою для визначення потенціалу особистості та професійної самореалізації [10]. Соціально-демографічні аспекти, такі як стать, вік, сімейний стан, матеріальне забезпечення корелюють зі «здоровою» поведінкою [1]. Психологічний стрес серед студентської спільноти також є фактором ризику, який може сприяти споживанню алкоголю [5], тютюнопалінню, нерациональному харчуванню [7]. Окрім надання професійної освіти, навчання у вузі може призвести до змін в особистості, індивідуального способу життя і поведінки стосовно здоров'я [3].

Впровадження формування здорового способу життя в медичну освіту забезпечить осмислене розуміння природи та обсягу охорони здоров'я, формування основи знань та розуміння громадського. Таке введення вимагає переорієнтації лікувальних або біомедичних підходів до здоров'я у підготовці студентів-медиків, а також до більш широких ініціатив у розвитку громадського здоров'я. Тому, ухвалення здорового способу життя молоді в цілому, та студентів медичних вузів зокрема, розглядається сьогодні в якості одного з пріоритетів розвитку системи освіти [7].

Науково-практична необхідність розробки спеціальних здоров'язбережувальних технологій, які мобілізують ресурсний потенціал учасників освітнього процесу для досягнення цілей освітньої парадигми, зростає. У зв'язку з цим, процес, спрямований на формування здорового способу життя та саморегуляцію особистості, повинен стати пріоритетним напрямком розвитку здоров'язбережувальних технологій в навчальному закладі.

В Оттавській хартії, переглянутій на Міжнародній конференції 2015 року зі сприяння зміцнення здоров'я підкреслюється роль вищих навчальних закладів: «Вища освіта має унікальну можливість ... розвивати нові знання і розуміння. Навчальні заклади повинні забезпечувати спільне використання та реалізацію знань і результатів досліджень для зміцнення здоров'я громадян і громад на даний час і в майбутньому».

Можна виділити кілька ключових моментів, які роблять університет характерним у сприянні здоров'ю: університет є ядром, який поєднує навчання та дослідження; університет є осередком творчості та інновацій, що передбачає в процесі навчання поєднання, управління і застосування набутих знань; університет пропонує комплексний вплив на соціальні та економічні

фактори, які пов'язані з індивідуальними особливостями, умовами життя і навчання, якістю і доступністю різних видів послуг; університет є ресурсом та партнером місцевих, національних та міжнародних організацій, глобальних спільнот.

Усі ці складові надають можливість університету впливати на здоров'я та благополуччя, сприяти знанням і розширення можливостей усіх його учасників та спільнот.

Сприяння формуванню здорового способу життя залежить також від здатності керівництва навчального закладу привернути увагу до політики та практики підтримки здоров'я. Однак, більш реалістично, здобутки сприяння здоров'ю можуть бути реалізовані навіть з урахуванням обмежень, в рамках яких університети працюють.

Навчальні заклади формують середовище, в якому студенти не тільки здобувають фах, але розвиваються особистісно і соціально значимо. Цей розвиток має глибокі наслідки не тільки в процесі їх навчання, але впродовж усього життя, і визначає їх цінності та пріоритети у майбутньому. Охорона здоров'я має сприяти розвитку в університеті здорового особистісного та соціального розвитку, що дозволяє студентам відкривати і досліджувати їх потенціал, сприяючи у прийнятті здорових рішень [4].

Студенти, як складова молоді, представляють собою індивідуальну соціальну групу, яка вирізняється властивими їй умовами життя, праці і побуту, соціальною поведінкою і психологією. Вони належать до групи підвищеного ризику, оскільки кризи всіх основних сфер суспільства і держави накладають негативний вплив на емоційне і розумове навантаження, пристосування до нових умов проживання та навчання. Все це призводить до погіршення адаптації студентів, результатом якої є серйозні медичні та соціально-психологічні проблеми.

Проблема формування здорового способу життя студентської молоді багатогранна. Для встановлення факторів, які сприятимуть здоровому способу життя у багатьох навчальних закладах проводиться профілактична та валеологічна робота, спрямована на пропаганду здорового способу життя, а також на виявлення фізичного, соціального та психологічного здоров'я студентів.

Ураховуючи актуальність даної теми, нами було досліджено поведінку здоров'я студентів та дефініції їх потреб у формуванні здорового способу життя в навчальному середовищі із встановленням психосоціальних і поведінкових факторів, які впливають на здоровий спосіб життя з їх точки зору. За результатами анонімного анкетного опитування було визначено умови гармонійного здоров'язбереження, мотивацію та рівень поінформованості студентів-медиків щодо формування здорового способу життя..

У дослідження було включено 240 студентів-медиків віком від 17 до 21 року із середнім стандартним відхиленням $18,7 \pm 1,70$ р. Статевий розподіл респондентів був наступним: дівчата становили 69,17% (166 осіб), хлопці 30,83% (74 особи).

Здоровий спосіб життя як один з найважливіших компонентів формування всебічної і гармонійно розвиненої особистості включає безліч складових. При висвітленні запитання «що Ви вважаєте запорукою міцного здоров'я» необхідно було обрати один із запропонованих варіантів опитувальника. З'ясувалося, що здоровий спосіб життя у більшості респондентів чоловічої статі асоціюється зі заняттями фізичною культурою та спортом (45,95%), а у респондентів жіночої статі (31,33%) - з правильним режимом дня. Невід'ємним складником здорового способу життя вважають правильне та здорове харчування 18,67% дівчатами та 5,41% хлопців, відсутність шкідливих звичок - 17,47% студенток та 14,86% студентів. На спадковість та генетику у формуванні здоров'я покладаються 13,51% дівчат та 9,64% хлопців. Вплив стану довкілля на здоров'я спостерігається у 2,70% осіб чоловічої та 2,41% жіночої статі.

На запитання «чи ведуть студенти здоровий спосіб життя» ствердно відповіли 45%, «хотілося б, але не вистачає на це часу» - 49%, не ведуть здоровий спосіб життя лише 6% опитаних.

Такий широкий спектр варіантів відповідей, їх еkleктичність і відсутність системних уявлень свідчать про недостатню сформованість у респондентів понять про здоров'я та здоровий спосіб життя.

Відповіді на запитання «що потрібно, для того, щоб вести здоровий спосіб життя» суттєво відрізнялися. Переважна більшість респондентів виокремила заняття спортом, виховання, санітарно-просвітницька робота, матеріальне заохочення за відмову від шкідливих звичок. Зустрічалися і песимістичні висловлювання «в сучасному житті студентів здоровий спосіб життя неможливий», критичні зауваження з приводу великих навантажень в навчальному процесі. Без істотних гендерних відмінностей зазначили 60,0% респондентів про проведення профілактичної поведінки і турботи про власне здоров'я.

Переважає кількість студентів (68,92% чоловічої та 69,28% жіночої статі) поділяють думку про необхідність дотримуватися здорового способу життя для збереження здоров'я в подальшому. На «райдужні сподівання» що «все само складеться» більше покладається студентів чоловічої статі (6,76%) на противагу малій частці студенток (1,81%).

Організація раціонального режиму дня повинна проводитися з урахуванням індивідуальності роботи вищого навчального закладу (розкладу занять, навчального навантаження), прийнятного використання наявних умов, розуміння своїх індивідуальних особливостей.

Однією з основних причин формування здорового способу життя є дотримання студентами динамічного стереотипу, основою якого є встановлення певного режиму дня як поведінки впродовж доби.

Для нормального функціонування організму студентів в цей не простий і відповідальний період харчування відіграє далеко не останню роль. У студентському віці ще не завершено формування ряду фізіологічних систем, в першу чергу нейрогуморальної, тому молодий організм дуже чутливий до порушення збалансованості харчових раціонів.

Найбільш суттєві зміни відбуваються в характері харчування студентів, які приїхали з сільської місцевості, де харчові раціони містять значну кількість рослинних продуктів. Так, 48,19% студентів, які проживають з батьками, та 34,29% студентів, які проживають у гуртожитку, харчуються регулярно тричі на день. 36,84% студентів чоловічої та 55,17% жіночої статі, що проживають у гуртожитку, харчуються 4 рази на день. Двічі на день харчуються 85,71% чоловічої та 47,22% жіночої статі студентів, що проживають у гуртожитку. Незалежно від місця проживання все таки значний відсоток студентів (20,42%) харчується нерегулярно. 78,6% респондентів (71,6% чоловіків, 84,3% жінок) повідомили, що чистять зуби принаймні двічі на день, при чому жінки роблять це частіше, ніж чоловіки.

Практично половина студентів-медиків проводять дозвілля, спілкуючись із друзями (48%), четверта частина опитаних надає перевагу пасивному відпочинку (25%). У 20% респондентів немає вільного часу для занять фізичними вправами, лише 7% респондентів займаються спортом.

Загалом, студенти розуміють, що вони повинні «усвідомити себе повноцінними членами суспільства, здатними на багато». Як майбутні медичні працівники, студенти вже зараз починають боротися зі шкідливими звичками і популяризувати принципи здорового способу життя.

При відповіді на питання «Що може сприяти удосконаленню системи охорони здоров'я в майбутньому?» більшість студентів медичного університету поставили на перше місце культуру людини (28%), доступність медичного обслуговування (27%), заняття спортом і фізичною культурою (24%), наука (21%) [9].

Основні результати нашого дослідження показали, що високий відсоток студентів вищих навчальних закладів не ведуть здоровий спосіб життя, що може бути зумовлено, в певній мірі, соціальними характеристиками. Сучасні навчальні заклади потребують концепції формування готовності студентів до здорового способу життя, а саме впровадження соціокультурних умов життєдіяльності і необхідність у здоров'ї як умова фізичного, психічного та соціального добробуту; розвиток навичок збереження та накопичення власного здоров'я, фізичного розвитку, профілактика.

Список використаних джерел

1. Krueger P.M., Chang V.W. Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death // American journal of public health. – 2008. – № 99. – С. 889–896.
2. Michael P. O'Donnell. Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. American // Journal of Health Promotion. – 2009. - September/October. – Vol. 24, №. 1. – PP. iv-iv
3. Patterson F. Cigarette smoking practices among American college students: review and future directions / Patterson. // Journal of American College Health. – 2004. – № 53. – P. 203–212.
4. Pérez-Fortis A.A. Ulla S.M. Socio-demographic predictors of health behaviors in college students // Health promotion international. – 2010. – № 25. – P. 85–93.
5. Wilson G.S., Pritchard M.E., Schaffer J. Athletic status and drinking behavior in college students: The influence of gender and coping styles // Journal of American College Health 269. – 2004. – № 53. – P. 269–275.

6. Yang J. Recognition, validation and accreditation of non-formal and informal learning in UNESCO member states. Hamburg [Електронний ресурс] // UNESCO Institute for Lifelong Learning. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002326/232656e.pdf>.
7. Грибок Н., Закаляк Н., Роголя Ю. Діагностика вмотивованості студентів до підвищення рівня власного здоров'я // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2016. – № 3. – С. 72–77.
8. Іванова І.В., Гвозд'їй С.П., Поліщук Л.М., Козикін А.Г. Формування здорового способу життя студентів як педагогічна проблема // Педагогические науки. – 2007. – № 4.
9. Лотоцька Л.Б. Пропаганда здорового способу та якості життя серед студентів вищих медичних навчальних закладів // Нова педагогічна думка. – 2017. – № 1. – С. 81–84.
10. Пластунов Б.А., Ковалів М.О. Фізичний та інтелектуальний розвиток вступників вищого медичного навчального закладу (ВМНЗ) // Довкілля та здоров'я. – 2015. – № 3. – С. 51–57.

ОСНОВНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ МУЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДОШКІЛЬНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ *(Марущинець О.В., Потанчук Т.В.)*

Проблема збереження здоров'я дітей сьогодні набуває особливої актуальності, оскільки дедалі помітнішою стає тенденція до погіршення його стану. Обсяг пізнавальної інформації, яку отримують малюки в дошкільному дитинстві, постійно зростає. Відповідно зростає і розумове навантаження. А це нерідко призводить до перевтоми, що негативно позначається на стані здоров'я дітей [2].

Здоров'язбережувальна і здоров'яформувальна спрямованість освітнього процесу – важлива вимога Базового компоненту дошкільної освіти і самого сучасного життя з його згубним впливом на організм людини. Обсяг пізнавальної інформації, яку отримують малюки в дошкільному дитинстві, постійно зростає. Відповідно зростає і розумове навантаження. А це нерідко призводить до перевтоми, що негативно позначається на стані здоров'я дітей. Одне з головних завдань дошкільного закладу – така організація освітнього процесу, за якої не лише зберігатиметься високий рівень розумової працездатності вихованців, а й зміцнюватиметься їхнє здоров'я [1].

Проблема формування здоров'я та ціннісного ставлення до нього постає важливою й у вихованні й навчанні школярів (І. Абросімова, Ю. Смирнова), студентів (О. Єжова, А. Кошель). Нині розробляються навчальні програми для школярів з основ формування здорового способу життя, створюється програмно-методичне забезпечення курсів «Валеологія» та «Уроки здоров'я» (М. Безруких, Л. Татарникова). Психолого-педагогічне осмислення проблем оздоровлення й здоров'язбереження стосовно дітей дошкільного віку різноаспектно представлено в науковій літературі. У дослідженнях багатьох учених (Е. Вільчковський, О. Дубогай та інші) збереження та зміцнення здоров'я дошкільників здебільшого пов'язується з ефективністю системи

фізичного виховання. Важливість валеологічної освіти для збереження здоров'я дітей розкрито в працях Т. Андрющенко, Л. Калуської, С. Юрочкіної та інших. Педагогічні механізми застосування оздоровчих технологій проаналізовано М. Дідуром, М. Єфименком, В. Мануйловою, А. Мухамедом, М. Сократовим та іншими науковцями. Об'єднувальною для більшості наукових розвідок є увага дослідників до фізичного здоров'я як фундаменту здорової особистості, взаємозв'язку психічного, духовного та соціального здоров'я тощо [9].

Варто відзначити, що найбільшою цінністю в світі є життя і здоров'я людини. Основи здоров'я закладаються в період раннього та дошкільного дитинства. Саме в цей період у дитини формується її здоров'я, гармонійний, розумовий, естетичний і фізичний розвиток, особистість людини. Тому збереження та зміцнення здоров'я кожного малюка є одним із пріоритетних завдань суспільства, сім'ї та дошкільного закладу [7].

Разом з тим, здоров'язбережувальні технології є невід'ємною частиною сьогоденішнього навчального процесу. Під час виховання у ДНЗ пріоритетним являється життя і здоров'я дитини, створення умов для його збереження та розвитку.

Уважаємо, що здоров'язбережувальні технології – це сукупність наукових знань, засобів, методів і прийомів, що дозволяють оцінити функціональні та психофізіологічні параметри здоров'я індивіда; на основі оцінки параметрів здоров'я підібрати адекватне тренувальне навантаження, що дозволяє підвищити функціональні можливості організму з метою переходу його на новий рівень функціонування для збереження і зміцнення творчого потенціалу, підвищення рівня працездатності і соціальної активності, вирішення завдань спортивної підготовленості. Дослідники відмічають, що сутність здоров'язбережувальних технологій полягає в проведенні відповідних коригувальних, психолого-педагогічних, реабілітаційних заходів із метою поліпшення якості життя особистості: формування більш високого рівня її здоров'я, навичок здорового способу життя, забезпечення професійної діяльності та її мінімальної фізіологічної «вартості» [8].

Оволодіння здоров'язбережувальними компетенціями потребує багаторазового вправляння, насамперед у процес групової взаємодії. Тому необхідна організація практичної, ігрової, індивідуальної та колективної діяльності дітей, що базується на суб'єкт-суб'єктній взаємодії вихователя з дітьми та дітей між собою [8].

Елементи здоров'язбережувальних технологій мають бути ретельно підібрані вихователями, відповідати віковим особливостям дітей, бути простими, цікавими і доступними, зручними для виконання на обмеженій площі, емоційними і досить інтенсивними.

Так, *ранкова гімнастика* – це сукупність гімнастичних вправ, які виконуються вранці з метою прискорення переходу організму від сну до неспанья. Зарядка є невід'ємною частиною режиму дня дитини, адже має важливе значення для зміцнення нервової системи, для попередження

простудних захворювань, стимулює кисневе постачання нервових клітин головного мозку, спричиняючи підвищення не лише фізичної, а й розумової працездатності [10].

На заняттях у ДНЗ найчастіше використовуються оздоровлювальні хвилинки, що комбінуються з фізичних вправ для постави, очей, рук, шиї та ніг. Вони використовуються при перших ознаках втоми дітей і сприяють поліпшенню функціонування мозку, відновлюють тонус м'язів, підтримують правильну поставу, знімають напругу з органів зору та слуху, з утомлених від письма пальців. Фізкультхвилинка включає 3 – 4 вправи, які добираються таким чином, щоб протягом дня цілеспрямовано навантажувались і розслаблялись різні групи м'язів дітей [10].

Варто зазначити, що дуже часто необхідно відновити енергію групи. Для цього використовують вправи – енергізатори, призначенням яких є створення позитивної психологічної атмосфери в групі, відновлення енергії та посилення групової активності. Такі вправи корисні для послаблення монотонності, збудження активності дітей та заохочення їх до подальшої праці.

Відтак, *дихальна гімнастика* є дуже корисною для молодших школярів. Вона включає вправи, які сприяють насиченню киснем організму, стимулюють роботу серця, головного мозку і нервової системи. Вправи дихальної гімнастики дозволяють дитині стати здоровішою і бадьорішою, кисень буде в необхідній мірі насичувати дитячий організм [4].

На відміну від дихальної гімнастики, *ігрова терапія* привчає дитину сміливо висловлювати свою думку, самостійно приймати рішення, вчить дружнього спілкування, знижує напруження та формує моральні принципи. Виконуючи правила гри, діти привчаються зосереджуватись, контролювати свою поведінку, у результаті чого виховується воля, формуються дисциплінованість, уміння працювати за планом, приходити на допомогу один одному [5].

Не менш важливою здоров'язбережувальною технологією є *казкотерапія* – це психотерапія казками й фантастичними героями. Це можуть бути не лише притчі, міфи, легенди чи авторські казки, але й самостійно придумана історія. Вона надає можливість отримати почуття захищеності, програти певні життєві ситуації через казку, тобто дитина бачить себе певним героєм у казці, проживає його історію і вчиться на його помилках. Цей прийом допомагає виступати в різних ролях і допомагає зрозуміти себе, виховати корисні риси та звички [6].

Відзначимо, що зняти стрес, розслабитись, підняти настрій та тонус допоможуть техніки *кольоротерапії*. Кольоротерапія – це цілеспрямований вплив кольором на самопочуття, фізіологію людини; активізація кольором діяльності органів і систем; метод психологічного лікування з метою розслаблення, зняття стресів, підняття настрою та тону за допомогою кольорів. Колір значно впливає на людину і не лише викликає різноманітні почуття, фізіологічні реакції, а може навіть лікувати. За допомогою кольорів також можна визначити емоційний розвиток дошкільника [5].

Проте, одним із малорозвинених напрямів здоров'язберієжувальних технологій є вправи зі сміхом (*сміхотерапія*). Такі вправи для дітей є більш природними, ніж для дорослих, адже вони не соромляться сміятись. Під час сміху стимулюється робота серцевого м'язу, збагачується киснем організм, очищаються верхні дихальні шляхи, з'являються у значній кількості Т-лімфоцити. У дитини, яка сміється, в організмі виробляються ендорфіни, які можуть дещо притупити душевний чи фізичний біль [5].

Однак, дуже цікавою є *піскова терапія*. Дитина вибудовує пісочну композицію із застосуванням різноманітних іграшок, дрібних предметів, піску, води, а після сеансу, пісочна картинка розбирається. Таке багаторазове руйнування і відтворення світу пісочної композиції впливає на створення відчуття безпеки та довіри й зниження тривоги. Пісок поглинає негативну психічну енергію дитини, стабілізує її емоційний стан і гармонізує психоемоційне самопочуття. У пісочниці особливо потужно розвивається тактильна чутливість як основа «ручного інтелекту», поліпшуються всі пізнавальні функції (сприйняття, увага, пам'ять, мислення), а також мова і моторика [5].

Серед інноваційних оздоровчих технологій для дітей слід виокремити *фїтбол-гїмнастику*. Це одна з нетрадиційних форм роботи з дітьми, що є засобом психотерапії та психокорекції. Фїтбол-гїмнастика передбачає виконання гїмнастичних вправ на великих надувних еластичних м'ячах різного діаметру та конфїгурації. Спільна робота рухового, вестибулярного, зорового й тактильного аналізаторів, що включаються при виконанні вправ із м'ячем, підсилює якість виконання рухів. Рухові дії з м'ячами зміцнюють м'язи спини та черевного пресу, а головне - формують навички правильної постави [12].

Аналіз розмаїття оздоровчих технологій, що демонструють ефективність і результативність оздоровчих впливів на організм дошкільників у системі сучасної дошкільної освіти, переконує в необхідності виділити психогїмнастику (Н. Левінець) [8]. Суть її полягає у вираженні переживань, проблем та емоцій за допомогою рухів, міміки й жестів, що становить цінність для нашої роботи. Відтак, використання психогїмнастики на заняттях з фізичної культури, на інших заняттях, прогулянці, перед сном тощо допоможе дітям позбутися втоми, покращити емоційний стан, самопочуття, а тому є корисним у зміцненні психічного здоров'я.

Разом з тим, останнім часом набуває популярності *музикотерапія*. Музика має особливу силу впливу на людей. Вона допомагає легше переносити горе, подвійно відчувати радість. Музика звеличує почуття любові до всього. Крім естетичного значення, вона здатна благотворно впливати на здоров'я людини. Не випадково одним із головних засобів у лікуванні, створенні гармонії і рівноваги у тілі і розумі з давніх-давен вважається музика. Буває достатньо одного сеансу музичної терапії, щоб повернути людині бадьорість і душевний спокій. А спеціально підібраний комплекс музичних композицій може сприяти лікуванню різних захворювань, такого висновку дійшли вчені і медики [13].

Музика, спів, як лікувальні засоби, стали в давнину нормою для багатьох народів. У Греції повсюдно зціляли від радикуліту і розладів нервової системи звуками труби, а у Стародавньому Єгипті за допомогою хорового співу позбавляли від безсоння. Особливого значення надавали лікувальній дії звуків народи Сходу. Китайці століттями вивчали закони залежності людської краси і природи. Вони створили багато природних систем поліпшення здоров'я, в тому числі звукотерапії, що складаються з простих, але дієвих рецептів.

Сеанси музикотерапії доцільно використовувати перед сном як вдома так і в ДНЗ. Також їх можна проводити в ранкові години прийому дітей та після сну у вільний час. До освітніх технологій збереження та зміцнення здоров'я відносяться бесіди з батьками, дітьми, обслуговуючим персоналом на тему збереження здоров'я дітей під час музичних занять, свят, розваг. Інформацію доцільно оприлюднювати у спеціально відведених місцях (куточок для батьків, музичний куточок, тощо).

Музичні заняття в дошкільних закладах включають у себе різну *музичну діяльність* – це слухання музики, спів, музично-ритмічні рухи, гра на музичних інструментах. Багато медиків стверджують: музика і спів впливають на здоров'я людини. Американськими вченими не так давно було встановлено, що спів не лише покращує самопочуття і приносить задоволення, але також знімає біль і продовжує життя. Не обов'язково бути професіоналом, щоб на собі випробувати позитивний вплив співу. Вчені встановили: під час співу в мозку людини виробляються особливі хімічні сполуки, які викликають почуття радості і заспокоєння. Дослідники припускають, що спів займає молекули, які відповідають за емоції. Тому воно здатне викликати певні почуття [11].

Під час співу в людський організм надходить значна кількість кисню, що призводить до покращення кровообігу, нормалізації серцебиття і зниження артеріального тиску, покращується вентиляція легенів. Активізується діяльність головного мозку, в результаті чого поліпшується пам'ять. Крім того, поліпшення кровообігу і надає стимулюючу дію.

За даними досліджень серед любителів вокалу значно рідше зустрічаються простудні захворювання і захворювання горла. Спів вельми корисне заняття для людей з хворими легенями: це свого роду дихальна гімнастика, що сприяє розвитку грудної клітини і вироблення навичок «правильного» дихання.

У сучасній медицині при допомозі співу лікують заїкання і допомагають боротися із зайвою вагою. Оскільки спів допомагає справлятися з нервовим напруженням, надає бадьорості та енергії, фахівці прирівнюють його до фізичних навантажень і настійно рекомендують приділяти йому щодня мінімум 5 хвилин.

Не допустимо під час співу кричати, надмірно напружувати голосовий апарат. Це може спричинити серйозні захворювання. Перед заняттям в приміщенні в якому воно проводиться потрібно зробити вологе прибирання і провітрювання. Шкідливими моментами можуть виявитися форсування

голосу, спів не в своїй текстурі. Потрібно турбуватися про підтримку доброго стану верхніх дихальних шляхів. Зовнішній вплив, перш за все температурний фактор, часто робить свій вплив на голос. Потік холодного повітря при вдиху може охолоджувати слизову оболонку верхніх дихальних шляхів. Охолодження слизової оболонки гортані і глотки викликає звуження судин, гортань при роботі не отримує достатньої кількості крові і у результаті голос «сідає». Погіршення звучання голосу швидко настає особливо під впливом контрастів при переході з теплого в холодне приміщення. Систематичне охолодження слизової може служити поштовхом до утворення запального процесу (катару). Сире повітря діє гірше, ніж сухе (при одній і тій же температурі). Не можна не тільки співати, а й говорити на морозі, про що треба пам'ятати при організації розваг на дворі у зимовий час [13].

Велике значення в дитячих закладах надається музично-ритмічним рухам, одному з найулюбленіших занять дошкільників. Завдяки ритмічним рухам діти позбавляються незграбності, надмірної сором'язливості, виправляють поставу, розвивають м'язи, інші рухливі якості, які допомагають успішно оволодіти іншими видами фізичних вправ, разом з тим прикладні [10].

Велика кількість вправ мають танцювальний характер. Під час танцю діти виконують певні вправи. Ці заняття допомагають розвинути організм, зміцнити його, вдосконалити, оздоровити.

Музика, як носій суспільно-вагомих естетичних цінностей, викликає у дітей активний емоційний відгук, мобілізує їх волю, сприяючи більш ефективному виконанню рухів. Спеціальні дослідження показали, що музика допомагає зберегти достатню інтенсивність рухливої діяльності дітей навіть при значній втомі, коли свідомо підтримувати високий темп роботи стає неможливим.

Чіткий виразний ритм, динамізм, ясність мелодійних ліній зумовлюють характер функціонального впливу музики на організм дошкільнят: збудження емоційної і рухливої активності. При постійних заняттях удосконалюються серцево-судинна і дихальна системи, активізуються обмінні процеси, збільшуються фізіологічні можливості організму, поліпшується статура, набуваються бадьорість та гарний настрій, діти отримують естетичне виховання [3].

Під час занять із музично-ритмічними рухами треба пам'ятати про профілактику травматизму. В кімнаті повинні бути м'які килими, на заняттях важливо не допускати до перевантаження, дотримуватися часового та водного режиму (пити воду перед початком занять із рухливою діяльністю). При підборі репертуару важливо використовувати такі музично-ритмічні рухи які легкі для дитячого виконання. Ускладнення можливе тільки за умови, коли діти засвоїли попередній матеріал. Потрібно пам'ятати, що важлива якість виконання, а не складність рухів. Хороший настрій, здоровий психічний стан являються запорукою того що діти будуть займатися музично-ритмічною діяльністю із задоволенням [10].

Слід наголосити, що створення хорошого настрою, емоційного задоволення допомагає дитині рости здоровою. В народі кажуть «Не від їжі

дитина росте, а від радості». Дитячі ранки вносять атмосферу свята, радості, підсилюють інтерес до життя, являються прикладом культурного здорового відпочинку. Дуже прикро коли дитячий ранок хочуть перетворити на концерт для батьків, або творчий звіт музичного керівника перед батьками. Свято повинне приносити радість дітям і дорослі повинні сприяти цьому. Під час свят і розваг важливо дотримуватися санітарно-гігієнічних норм, техніки безпеки.

Використання різноманітних оздоровчих засобів передбачає необхідність знання особливостей кожної дитини, що можливе за безумовної єдності інтересів і зусиль вихователів батьків і медичної сестри. Діти оздоровлюються, у них піднімається настрій, поліпшується координація рухів, зміна музично-ритмічних вправ, співу, слухання музики позитивно впливає на серцево-судинну систему й опорно-руховий апарат, підвищується тонус нервової системи та формуються позитивні емоції. Музичне виховання в системі дошкільної освіти являється впливовою частиною, яка допомагає вирости дитині здоровою, розумною, гармонійно і естетично розвинутою [3].

Отже, запровадження здоров'язберігаючих технологій дошкільників – вимога сьогодення. Людина – це складна система, вищий складний продукт. І для того, щоб повноцінно жити, щоб насолоджуватися її скарбами, дитина повинна бути здоровою, сильною і розумною.

Таким чином, застосування у роботі дошкільного навчального закладу здоров'язберезувальних технологій підвищить результативність навчально-виховного процесу, сформує у вихователів, педагогів і батьків ціннісні орієнтації, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я дітей, якщо, спираючись на статистичний моніторинг здоров'я дітей, будуть внесені необхідні зміни в інтенсивність технологічних впливів і буде забезпечений індивідуальний підхід до кожної дитини, будуть сформовані позитивні мотивації до ведення здорового способу життя.

Список використаних джерел

1. Базовий компонент дошкільної освіти (нова редакція) // Дошкільне виховання. - 2012. - № 7. - С. 4-19.
2. Ващенко О., Свириденко С. Здоров'язберігаючі технології в загальноосвітніх навчальних закладах // Директор школи. - 2006. - № 20. - С. 12-15.
3. Вільчковський Е.С., Денисенко Н.Ф., Шевченко Ю.М. Інтеграція рухів і музики у фізичному розвитку дітей старшого дошкільного віку: навч.-метод. посіб. - Тернопіль: Мандрівець, 2011. - 128 с.
4. Вітченко А. Педагогічні умови ефективного впровадження здоров'язберігальної технології комплексного застосування дихальних вправ у процесі фізичного виховання молодших школярів // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. / [редкол.: А.В. Цьось та ін.]. - Луцьк, 2012. - № 4 (20). - С. 130-133.
5. Деркач О. Арт-терапія на допомогу школі // Мистецтво та освіта. - 2010. - № 2. - С. 25-28.
6. Журавель Т.В. Застосування методу казкотерапії у профілактичній роботі // Діти - батьки - сім'я / [редкол.: Г.М. Лактіонова та ін.]. - К., 2006. - Вип. 5. - С. 33-35.
7. Кульчицька О. І. Психологічні особливості дітей дошкільного віку: метод. рекомендації. // Обдарована дитина: наук.-практ. освітньо-попул. журн. для педагогів, батьків та дітей. - 2004. - № 7. - С. 14-28.

8. Левінець Н. Впровадження оздоровчих технологій як актуальний напрям сучасної дошкільної освіти [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.google.com>
9. Лісневська Н.В. Педагогічні умови створення здоров'язберігаючого середовища в дошкільному навчальному закладі: дис. ...канд. пед. наук: спец. 13.00.08 «Дошкільна педагогіка». - К., 2016. - 345 с.
10. Методичні особливості навчання основ ритмічної гімнастики учнів молодшого шкільного віку / Л.О. Чеханюк та ін. // Науковий вісн. Волин. держ. ун-ту імені Лесі Українки / голов. ред. І.Я. Коцан. - Луцьк, 2006. - № 5. С. 151-155.
11. Музично-оздоровчі мандрівки з дітьми п'ятого року життя: програма і методичні рекомендації / авт. кол.: С.В. Боднар та ін. - Тернопіль: Мандрівець, 2017. - 128 с.
12. Петрович В.В. Управління формуванням постави молодших школярів засобами фітбол-гімнастики // Олімпійський спорт і спорт для всіх: IX міжнар. наук. конгрес, 20-23 верес. 2005 р., м. Київ: тези доп. / [редкол.: В.М. Платонов та ін.]. – К., 2005. - С. 272.
13. Програма оздоровчо-освітньої роботи з дітьми старшого дошкільного віку «Веселкова музикотерапія» / І.А. Малашевська, С.К. Демидова. - Вид. 2-ге, без змін. - Тернопіль: Мандрівець, 2016. - 44 с.

АНТИСТРЕСОВІ САНОГЕННІ ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я (Мешко Г.М.)

Сучасна школа потребує творчого, ефективного вчителя, який бажає і вміє зберігати «професійну форму», підтримувати належний рівень професійного здоров'я. Дослідження багатьох учених (О. Асмаковець, М. Беребін, В. Бобрицька, Ю. Бойчук, Н. Гончарова, Г. Зайцев, Л. Мітіна, Н. Пов'якель, Л. Татарникова та ін.) свідчать про низькі показники професійного здоров'я педагогів. За результатами нашого дослідження, для 80,6% опитаних учителів характерним є високий рівень ситуативної напруженості, а для 60,9% – постійної напруженості. У педагогів відзначено негативні тенденції у психічному статусі: тільки у 62 з 360 опитаних учителів (це приблизно кожен шостий) домінує стійкий позитивний бадьорий емоційний стан. Більша частина вчителів (70,6%) знаходяться у школі зі змінним настроєм. У 11,9% опитаних учителів у школі переважає негативний, пригнічений стан. Більшість педагогів відчувають психоемоційне напруження від роботи в школі, використовують неефективні копінг-стратегії. Причини цього вони називають такі: «не володіють прийомами зняття психоемоційного напруження», «не завжди знають, як вирішувати психологічні проблеми, що виникають у зв'язку з професійною діяльністю», «нелегко керувати емоціями у складних ситуаціях педагогічної взаємодії», «не вміють протистояти стресам» тощо.

Професійне довголіття педагога досягається через гармонізацію його особистості, У науковій літературі гармонізацію особистості потрактовано як процес поступового усунення невротичних компонентів власного внутрішнього світу, підвищення ступеня аутентичності, узгодження

інтегральних якостей особистості [7]. Найкоротший шлях до збереження і зміцнення професійного здоров'я, найкращий спосіб гармонізації особистості – це оволодіння саногенним типом мислення. Саногенне мислення у науковій літературі розглядається як технологія психологічної культури саморегуляції та психологічної підтримки професійного здоров'я фахівців систем «людина-людина» [12, с. 294].

Проблемі саногенного мислення присвячені роботи багатьох вітчизняних і зарубіжних науковців (Е. Александровська, Р. Бернс, К. Бютнер, Т. Васильєва, Д. Джампольський, М. Джеймс, Д. Джонгвард, А. Добрович, І. Дубровіна, А. Захаров, В. Леві, Н. Пов'якель, М. Раттер, В. Семке, М. Тишкова, Д. Фонтан, К. Хорні та ін.). Найбільш систематизовано і глибоко проблема саногенного мислення розроблена Ю. Орловим, який вважає, що головна роль такого типу мислення – це створення умов для досягнення цілей самовдосконалення, гармонії рис, згоди із самим собою і оточенням, позбавлення поганих звичок, керування своїми емоціями, контролю своїх потреб [9, с. 141-142]. Це мислення зменшує внутрішній конфлікт, напруженість, попереджує захворювання, зміцнює здоров'я. На відміну від патогенного, саногенне мислення сприяє оздоровленню психіки, усуненню застарілих образ, комплексів, усуває труднощі у спілкуванні, дарує успіх у професійній діяльності і житті.

Саногенне мислення має два професійно-значущі складники: психогігієнічний складник (психогігієнічне мислення) та суто психологічний складник (позитивне мислення, що тісно пов'язане з прийняттям себе та інших, позитивністю Я-концепції [12, с. 296]. Саногенне мислення утворює саногенний потенціал особистості, безпосередньо пов'язаний з особистісною гармонією, під яким розуміють психоенергетичний потенціал особистості, який сформувався як похідний від багатства її внутрішнього світу, широти соціального і духовного просторів, накопичення досвіду, досягнень власного благополуччя та прямопропорційно впливає на її психічне здоров'я, а також засоби, які дають змогу його підтримувати [2, с. 867].

Патогенне мислення – це не патологічне мислення, але воно містить такі риси, які сприяють напруженню психіки, формуванню реакцій і стереотипів поведінки, що втягує людину в конфліктні ситуації, а наслідком цього є погіршення психічного і соматичного здоров'я. Риси патогенного мислення найбільш повно представлені у працях Е. Берна, Д. Джонгварда і М. Джеймса, Д. Фонтана і Г. Перрі, Ф. Переза та ін. Це такі риси: відрив від реальності; відсутність рефлексії, тенденція зберігати в собі образу, ревності, сором, страх; тенденція жити спогадами, займатися «самоз'їданням»; постійне очікування негативних подій, програмування себе на негатив; тенденція ховати своє справжнє обличчя під маскою, невміння і небажання бути самим собою; невміння ефективно використовувати свої інтелектуальні здібності тощо. Ю. Орлов [9] виокремлює наступні прояви патогенного мислення: патогенний психологічний захист (агресія, страх), патогенний характер емоцій (образа, вина, сором), парадигма насильного керування (помста, погрози).

Учитель з патогенним типом мислення професійно малопридатний, тому що емоції керують його діями. Втративши самовладання, він може використовувати непедагогічні прийоми, що впливає на ефективність виховання і сприяє виникненню нервових розладів у нього. Педагог із переважанням саногенного типу мислення, навпаки, уміє концентрувати увагу на позитивних явищах життя, уміє прощати образи, не тримати гніву, відкритий для дружніх взаємин з учнями, колегами по роботі, вміє жити у згоді з іншими і самим собою.

Науковець Т. Васильєва використовує термін «саногенне виховання», який трактує як цілеспрямований вплив на свідомість і поведінку людини для формування мислення, орієнтованого на вирішення внутрішніх проблем (конфлікт, комплекс, напруження, негативні емоційні стани) і оздоровлення психіки [3, с. 94]. Саногенномислячому вчителеві притаманні: високий рівень внутрішньої культури; здатність до рефлексії на фоні глибокого внутрішнього спокою; високий рівень зосередженості і концентрації уваги на об'єктах роздумів; знання природи конкретних психічних станів, що дає змогу не ображатись на дитину, справитися з розчаруванням у ситуації неуспіху, правильно зрозуміти емоційну реакцію учня (вину, сором, заздрість) і допомогти йому звільнитися від таких станів; уміння переключати розум на позитивно забарвлені образи; відсутність звички очікувати неприємні ситуації [3, с. 94-95].

Майбутні учителі повинні вміти свідомо саморегулювати своє мислення, управляти ним, тобто робити його більш організованим, конструктивним у вирішенні завдань педагогічної діяльності, повинні виробляти продуктивну стратегію подолання професійних труднощів. Для того, щоб протистояти професійним труднощам, необхідно замінити негативне мислення на позитивне через пізнання себе шляхом самоспостереження, потрібно виробляти навички асертивної поведінки. Позитивне мислення допомагає робити складні, конфліктні ситуації керованими і витратити зусилля саме на їх розв'язання.

М. Мольц позитивне мислення називає універсальним інтелектуальним засобом, сутність якого полягає в тому, щоб підсилити позитивний образ власного «Я» за допомогою успішних вчинків та дій і не дати йому погіршитися або зруйнуватися у разі невдач чи помилок поведінки, діяльності, життя [8]. Учений називає дві основні причини того, чому саме образ власного «Я» є ключем до успішної життєдіяльності: 1) всі дії, почуття, вчинки, навіть здібності узгоджуються з образом власного «Я» через несвідомі і свідомі механізми власної саморегуляції; 2) якщо змінюється цілісний образ власного «Я», то життєві і професійні проблеми, в тому числі складні, напружені, які узгоджуються з цим новим образом, розв'язуються значно легше, без надмірних зусиль. Тому М. Мольц рекомендує формувати позитивне мислення, починаючи з пошуку самого себе, з власного самоприйняття та адекватного самооцінювання.

Позитивне мислення, знаходить свій прояв лише тоді, вважає В. Бобрицька, коли воно збігається з уявленнями людини про себе. Якщо

такого збігу немає, потрібно змінити уявлення про самого себе, зробити образ власного «Я» адекватним існуючим реаліям, що «ніби наділяє людину новими здібностями, новими талантами, у буквальному розумінні перетворюючи невдачі на успіхи» [1, с. 15].

Зміна образу відбувається як через свідомий аналіз, так і через підсвідомість, підсвідоме мислення, яке М. Мольц [8] характеризує як запрограмований на конкретну мету «сервомеханізм», що керується свідомістю. Важливу роль у процесі свідомого керування неусвідомленими процесами відіграє так званий Творчий Механізм, який працює відповідно до поставленої мети або як Механізм Успіху (якщо глобальна мета – успіх), або як Механізм Невдачі (якщо настановлення людини негативні) [13, с. 67-68]. Лежен Ж. Еріх [5] стверджує, що за допомогою тренувань можна закласти у свій мозок позитивні міркування та емоції, навчитись контролювати їх.

В. Калошин розробив технологію зміни Я-концепції і формування позитивного мислення, яке передбачає такі етапи: усвідомлення потреби та можливості позитивної Я-концепції; розслаблення (релаксація); програмування підсвідомості (зміна Я-концепції); повторення останніх двох етапів протягом певного часу (не менше 21 дня) [6, с. 27]. Подібний підхід зустрічається у роботах Б. Трейсі, де пропонується п'ятиелементний (п'ятиетапний) процес набуття сил, щоб стати високоефективним, позитивно мислячим: уявлення про ідеал → переведення в словесну форму → візуальне уявлення → емоційне сприйняття → реалізація [14, с. 270].

Актуальним у досліджуваному аспекті є прийоми відшліфовування мислеобразів через їх втілення у мовленнєвих конструктах, заміна вербальних одиниць негативного мислення на позитивні альтернативні [1; 6; 9 та ін.]. Н. Піл [10] рекомендує розпочинати кожний день із чистих, сяючих думок, в яких немає нічого такого, що може зашкодити просуванню до успіху. Аналогічну думку висловлює В. Калошин: «Потрібно знову і знову повторювати позитивні твердження, доки ваша підсвідомість не сприйме їх як реальність» [6, с. 33].

Щоб позитивне мислення стало стилем життя і діяльності, потрібно вивчити принципи позитивного мислення і постійно дотримуватися їх, змінити своє світосприйняття, світобачення у напрямку до оптимістичного. Зростання таких особистісних утворень, як інтелект, рефлексія, самоствалення, мотивація досягнень успіху, самоефективність, сприятиме досягненню високого рівня сформованості позитивного мислення майбутніх учителів [11]. Розвиток позитивного мислення майбутніх учителів передбачає формування вміння знаходити радість у досягнутому, незначних успіхах і зверненнях, свідомий контроль власних думок та емоцій, зміцнення віри у власні сили, можливості, успіх, формування вміння бути оптимістом в життєвих і професійних ситуаціях, навіть складних та екстремальних.

Характер мислення досвідченого вчителя достатньо стійкий, тому його корекція утруднена. Вона буде ефективною на початку педагогічної кар'єри. Сприятливими умови для корекції характеру мислення є саме на етапі підготовки у вищій школі. Адже навчання у педагогічному університеті

співпадає з періодом завершення процесу становлення особистості фахівця. Введення студента у педагогічну професію, ознайомлення з основами професійної діяльності, його перші кроки в ній вносять правки у його світобачення, педагогічне кредо і мислення.

Робота, спрямована на формування саногенного мислення майбутніх учителів, проводиться на заняттях з курсів педагогіки, вступу до педагогічної професії, розробленого нами курсу «Професійне здоров'я педагога», семінару-тренінгу «Конструктивне подолання професійних труднощів», а також на заняттях студентської проблемної групи. Варто зазначити, що при цьому важливе значення має і наявність рис саногенного мислення у викладача, який працює зі студентами.

До програми курсу «Вступ до педагогічної професії» ми вміщуємо питання, що стосуються шляхів збереження і зміцнення професійного здоров'я педагога, гармонізації його особистості, формування професійної стресостійкості, продуктивних стратегій подолання конфліктних ситуацій педагогічної взаємодії. На практичних заняттях ми виявляємо у студентів рівень сформованості педагогічних здібностей, рівень стресостійкості, схильність до емоційного вигорання, особливості мислення, здатність до саморозвитку тощо. На основі самопостереження, самоаналізу і результатів роботи з психодіагностичними методиками та тестами студенти визначають, на якому рівні знаходяться професійно значущі риси і якості їх особистості, накреслюють шляхи і способи їх удосконалення, створюють «професійний рельєф своєї особистості». Така робота сприяє самопізнанню майбутніми вчителями своїх сильних і слабких сторін, формуванню професійної «Я-концепції».

При розв'язуванні педагогічних задач, програванні педагогічних ситуацій, мікрореконструкції на заняттях з педагогіки наша діяльність спрямовується на: формування педагогічних поглядів і соціально цінних установок майбутніх учителів; формування позитивного ставлення до діяльності, вихованців, самого себе; на допомогу у пізнанні студентами властивостей власної індивідуальності; формування ціннісного ставлення до власного здоров'я, здоров'я учнів; створення у студентів мотивів професійного і особистісного розвитку; формування уявлень про можливі перешкоди ефективного виконання професійної діяльності.

Формуванню саногенного мислення студентів сприяє розроблений нами курс «Професійне здоров'я педагога». Курс охоплює два змістові модулі: «Професійне здоров'я як умова ефективності педагогічного процесу» та «Шляхи та засоби збереження і зміцнення професійного здоров'я. Основи професійної самореабілітації». Опануванню антистресових саногенних психотехнологій сприяє висвітлення таких питань і тем: «Професійний стрес», «Синдром емоційного вигорання. Методи формування стійкості до стресу», «Професійні деструкції і деформації особистості, шляхи їх попередження і усунення», «Ортобіотика у педагогічній діяльності. Саногенний потенціал особистості. Активізація саногенного потенціалу в складних життєвих умовах і професійній діяльності», «Благополуччя педагога

як позитивний саногенний потенціал його особистості. Технології збереження професійного здоров'я. Психологічні методи відновлення і збереження професійного здоров'я», «Професійна самореабілітація. Психотехнології самооздоровлення». Вивчення програмного матеріалу відбувається на лекціях, практичних заняттях, а також у процесі виконання індивідуальних навчально-дослідницьких завдань, творчих робіт, реферативних повідомлень.

Семінар-тренінг спрямований на оволодіння студентами системою знань з проблем психологічних труднощів в педагогічній діяльності, їх проявів в поведінці і професійній діяльності вчителів, вироблення вмінь діагностувати різні види психологічних труднощів і підготовку майбутніх вчителів до конструктивного подолання професійних труднощів. Семінар-тренінг спрямовується на: пізнання майбутніми вчителями самого себе; корекцію особистісних рис, що заважатимуть ефективному виконанню професійних завдань; розвиток особистісних ресурсів, що сприятимуть особистісно-професійному зростанню, формування продуктивних стратегій розв'язання складних ситуацій, навичок впевненої поведінки.

Реалізація антистресових саногенних психотехнологій передбачає сприяння у розкритті всіх граней індивідуальності студента, формування активної позиції і світоглядно-оздоровчої лінії поведінки на основі принципів «пізнай себе, створи себе, оздоров себе сам» та «здоров'я – через розумний спосіб життя. Це потребує: створення саногенних установок; формування ціннісно-емоційного і відповідального ставлення до професійного здоров'я; формування когнітивної компетентності у сфері здоров'язбереження; залучення студентів в активний цілеспрямований пошук способів збереження і зміцнення професійного здоров'я, власних систем оздоровлення; спрямованості на саморозвиток.

Комплекс різноманітних методів роботи спрямовується на розвиток внутрішніх психічних сил майбутнього вчителя, його суб'єктності, послаблення психічного напруження, формування саногенного мислення, гармонізацію його внутрішнього світу. Це і використання психодіагностичних методик для визначення потенційних можливостей організму (рівень стресостійкості, рівень тривожності, схильність до емоційного вигорання, комунікативна толерантність, особливості мислення тощо); метод кейс-стаді (активний метод на основі розгляду ситуацій із педагогічної дійсності); рольові ігри, розв'язування педагогічних задач з елементами драматизації; психомалюнки («Що даю іншим людям і чого від них чекаю», «Я в стресовій ситуації»); психологічні ігри («Символ здоров'я», «Розчинення образи», «Інвентаризація незавершених справ», «Думки про характер»). вправи («Написати своєму кривднику невідправленого листа», «Намалювати карикатуру на свого кривдника», «Змивання», «Ода собі»), методики («Координати життя», «Прощення»); складання «Пам'яток» для майбутнього педагога («Як долати професійні труднощі з найменшими втратами для здоров'я», «Ліки від професійного стресу», «Як лікувати ерозію душі», «Що робити педагогу, коли образа перехоплює подих», «Як позбутися мислення «червоного олівця»»), дискусії («Як протистояти емоційному

вигоранню», «Кар'єра без стресу: бажане чи реальне», «Як стати самоефективною особистістю», «Всі зовнішні зміни в людині починаються зі зміни думок»), використання притч.

Розвиток саногенного мислення майбутніх учителів передбачає: формування вміння знаходити радість у досягнутому, незначних успіхах; свідомий контроль думок та емоцій; зміцнення віри у власні сили, можливості, успіх; формування вміння бути оптимістом в життєвих і професійних ситуаціях. Студенти вчаться свідомо регулювати своє мислення, управляти ним, тобто робити складні, проблемні, конфліктні ситуації керованими і витрачати зусилля саме на їх розв'язання, вибирати продуктивну стратегію подолання професійних труднощів. А це сприяє виробленню гармонійної поведінки, вміння управляти собою, особливо в складних та емоційно насичених ситуаціях професійної взаємодії, усвідомленню власних емоційних бар'єрів, які заважають особистісно-професійному становленню.

Немаловажне значення при опануванні курсу має ознайомлення майбутніх учителів із психологічними методами збереження і відновлення професійного здоров'я, психотехнологіями самооздоровлення (системи оздоровлення М. Норбекова, В. Синельникова, метод «зцілюючих налаштувань» Г. Ситіна, метод самонавіювання за Е. Кує, система оздоровлення та зцілення з допомогою рейкі, антистрестехнології тощо). В основі багатьох з цих систем лежить ідея про те, що з допомогою сили розуму можна вилікувати багато хвороб, використовуючи при цьому техніки «творчої візуалізації», а також афімації, прощення усіх і себе. Майбутні вчителі усвідомлюють те, що з допомогою сили розуму можна вилікувати багато хвороб, використовуючи техніки «творчої візуалізації», афімації, прощення усіх і себе. Змінивши мислення, можна набути душевної рівноваги, стати стійкішим до стресу.

Формувальному та корекційному впливу у процесі упровадження антистресових саногенних психотехнологій слугує розроблений нами психолого-педагогічний тренінг, побудований на принципах активного соціально-психологічного навчання й орієнтований на гармонізацію особистості майбутніх учителів. Він спрямований на: розвиток адекватної самооцінки; формування позитивної Я-концепції, саногенного мислення, асертивної поведінки; формування рефлексії, вміння розпізнавати свій емоційний стан, мотиви поведінки, наслідки вчинків; профілактику соціально і професійно небажаних якостей, деформацій, деструктивних змін особистості; розвиток умінь саморегуляції емоційних станів; розвиток готовності до саморозвитку, самореалізації у сфері професійної діяльності.

Психолого-педагогічний тренінг сприяє, з одного боку, мобілізації особистісних і нервово-психічних ресурсів майбутніх учителів, а з іншого, – опануванню ними психотехніками самовпливу. Розроблений психолого-педагогічний тренінг є ефективним засобом попередження виникнення професійного стресу, профілактики «емоційного вигорання».

Застосування різноманітних форм і методів роботи сприяє зміні тих рис характеру і способів поведінки, що провокують виникнення і підтримку емоційного напруження (дратівливість, заздрисність, сором'язливість, пихатість, хворобливе самолюбство, неадекватна самооцінка, мстивість). Студенти вчаться адекватно оцінювати себе, пізнають особливості власної комунікативної поведінки, стають більш незалежними від зовнішніх проявів ситуації. Вони демонструють високий рівень стресостійкості (77,1% з числа обстежених). У конфліктних ситуаціях у студентів виявлені такі домінуючі тенденції до прояву форм поведінки: співпраця (27,1%), компроміс (39,6%), уникнення (16,7%). Більшість з них проявляє конструктивні копінг-стратегії.

Антистресові саногенні психотехнології мають інтегративний характер, оскільки враховують поєднання педагогічних, психологічних й акмеологічних впливів, що спрямовані на: самопізнання і саморозвиток особистості студента в умовах освітнього процесу; актуалізацію і супровід особистісно-професійного зростання і саморозвитку майбутніх учителів, актуалізацію і перетворення їх внутрішнього світу; стимулювання у досягненні «акме» на етапі професійної підготовки: виховання ціннісного і відповідального ставлення до власного професійного здоров'я, підвищення адаптаційних можливостей майбутніх учителів; зміну в інтелектуальній, емоційній та поведінковій сферах особистості. Формуванню саногенного мислення майбутніх учителів сприяють «тонкі» методи цілеспрямованого психологічного впливу на мотиваційну сферу особистості, що дають змогу керувати здоров'ятворчою діяльністю майбутніх фахівців.

Отже, характер професійного мислення педагога є причиною успіхів чи постійних невдач у житті і професійній діяльності, причина його внутрішнього комфорту чи дискомфорту, професійного здоров'я чи нездоров'я. Педагог повинен долати професійні труднощі, не впадаючи у стан фрустрації. В основі фрустраційної толерантності як здатності протидіяти життєвим і професійним труднощам без втрати психологічної адаптації лежить здатність адекватно оцінювати реальну ситуацію, з одного боку, і можливість передбачати вихід із ситуації, з іншого [4, с. 127-128]. Тому ідеальною, на наш погляд, є така модель професійного педагогічного мислення, в основі якої реалістичне сприйняття педагогічної дійсності (прийняття педагогічної дійсності такою, якою вона є з усім спектром позитивних і негативних проявів), оптимістичне ставлення до себе та інших учасників освітнього процесу, переважання позитивних емоцій, пошук ефективних шляхів педагогічної взаємодії.

Упровадження антистресових саногенних психотехнологій у практику підготовки майбутніх учителів сприяє формуванню саногенного потенціалу їх особистості, активізації механізмів особистісної саморегуляції, ресурсів стресостійкості, формуванню продуктивних копінг-стратегій, гармонізації Я-концепції студентів, їх самоефективності. Запропонований підхід сприяє виробленню конструктивних способів подолання професійних труднощів для профілактики професійної дезадаптації, професійних деформацій, емоційного вигорання.

Список використаних джерел

1. Бобрицька В.І. Мислення та здоров'я людини. Роздуми про позитивне, критичне та негативне мислення. *Психолог*. 2004. № 108. С. 11-17.
2. Варій М.Й. Загальна психологія: Підручник для студентів психол. і пед. спеціальностей. 2-е вид., випр. і доп. К : Центр учбової літератури, 2007. 968 с.
3. Васильева Т.Н. Саногенное мышление учащегося, учителя. Калининград : ГИПП «Янтар. сказ», 2000. 152 с.
4. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход: учебное пособие. М. : Московский психолого-социальный институт, 2005. 216 с.
5. Эрх Л.Ж. Без обмана – к успеху! Практика позитивного мышления / пер. с нем. А. Гарькавого. М.: ФАИР ПРЕСС, 1999. 448 с.
6. Калошин В. Ф. Як сформувати позитивне мислення. *Практична психологія та соціальна робота*. 1998. № 3. С. 23-27.
7. Коррекционно-обучающие программы повышения уровня профессионального развития учителя: Учебно-методическое пособие / Под ред. Л.М. Митиной. М.-Воронеж: Изд-во Московского психолого-социального института, 2001. 304 с.
8. Мольц М.Я – это Я, или Как стать счастливым. М. : Мысль, 1994. 192 с.
9. Орлов Ю.М. Мышление, дарящее здоровье и успех. *Воспитание школьников*. 1993. № 5-6. С. 3-6.
10. Пил Н. В. Удивительные результаты позитивного мышления. Мн. : ООО «Попурри», 2003. 320 с. (Серия «Успех»).
11. Пов'якель Н.І. Саморегуляція професійного мислення в системі фахової підготовки практичних психологів: автореферат дис. ... докт. психол. наук: 19.00.07 / НПУ ім. М.П. Драгоманова. К., 2004. 41 с.
12. Практична психологія в системі вищої освіти: теорія, результати досліджень, технології: монографія / за ред. Н.І. Пов'якель. К : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. 376 с.
13. Тимофієма М.П., Двіжона О.В. Психологія здоров'я. Навчальний посібник. Чернівці : Книги – ХХІ, 2009. 296 с.
14. Трейси Б. Измени мышление — и ты изменишь свою жизнь / Пер. с англ. Л.А. Бабук. 2-е изд. Мн.: «Попурри», 2006. 384 с. (Серия «Успех»).

ТЕХНОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ УКРАЇНСЬКИХ НАРОДНИХ ТРАДИЦІЙ У ВИХОВАННІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ (Мірошниченко О.М., Бойчук Ю.Д.)

Виховання і освіта в сучасній педагогіці складають єдине нерозривне ціле. Головна мета сучасної освіти полягає в підготовці не лише висококваліфікованих фахівців, а самостійно думаючих, незалежних у своїх переконаннях, здорових, суспільно активних особистостей. І процес формування особистості слід починати з раннього дитинства.

Аналізуючи наукову літературу визначено, що на особливу увагу заслуговує збереження та розвиток здоров'я молодших школярів, оскільки саме в цьому віці закладаються основи майбутньої життєвої позиції людини, розвиваються функціональні системи дитячого організму, відбувається засвоєння моральних норм, формується соціальна спрямованість особистості, крім вищезазначеного, вступ до школи вимагає від дитини усвідомлення своєї

діяльності та поведінки у зв'язку з необхідністю адаптації до шкільних вимог навчального та виховного процесу.

Отже, важливим завданням сучасної освіти є те, щоб молодші школярі мали хоча б початкові уявлення про біологію власного тіла, фізіологічні процеси, які в ньому відбуваються, способи профілактики недуг, збереження свого фізичного та психічного стану в нормі; могли б вміло застосовувати народні методи оздоровлення; знали й раціонально використовували потенційні можливості свого організму; мали уявлення про свій внутрішній світ, про соціальне та духовне благополуччя, вміли регулювати свої емоції; були екологічно грамотним та мали бажання до набуття знань, умінь і навичок збереження та зміцнення здоров'я.

Метою статті є актуалізація українських народних традицій у виховній практиці за технологічними засадами. Завданнями, які обумовлені метою роботи є: 1) обґрунтувати поняття «виховання» та схарактеризувати здоров'язбережувальне значення виховання за українськими народними традиціями; 2) розглянути певні особливості, що існують у визначенні поняття «педагогічної технології»; 3) презентувати форми та методи, що використовуються у здоров'язбережувальній практиці виховної роботи за українськими народними традиціями.

На початку ХХІ століття склалися інноваційні психолого-педагогічні та валеологічні підходи до розуміння проблем збереження здоров'я людини, вони розглядаються з позиції організації здоров'язбережувальної діяльності освітніх установ і виховання здорового способу життя молоді України.

В. Сухомлинський зазначав, що *виховання* слід розуміти не тільки як вплив на особистість, яка формується, бо виховання закономірно включає в себе різноманітні явища життя, все те, що дитина робить, бачить і відчуває: весь уклад життя, духовні та моральні цінності, стосунки між людьми, які її оточують, їх культуру. Педагог визначає два джерела виховання: завчасно продуману виховну роботу з дітьми; складні явища життя, що включають стосунки між людьми, людські вчинки [27, с. 74].

Найважливіше твердження В. Сухомлинського таке: «виховання – це не викорінення недоліків, а зміцнення в дитини всього найкращого, воно здійснюється через стосунки, в основі яких повинні лежати не влада та підкорення, а повага та любов» [27].

На думку, Т. Ільїної, виховання – це цілеспрямований процес, який має на меті в наших умовах формування всебічно і гармонійно розвиненої особистості. Мета у вихованні повинна так реалізовуватися, щоб з мети, що ставить перед собою вихователь, вона перетворилась у ціль, близьку і зрозумілу самому вихованцю [9, с. 369].

У соціолого-педагогічному словнику зазначено, що виховання – це об'єктивне явище суспільного буття. У найбільш широкому значенні – передавання і засвоєння соціального досвіду, забезпечення життєвої наступності між поколіннями... У педагогіці виховання найчастіше розглядається як цілеспрямований вплив психолого-педагогічними засобами на формування особистості, як педагогічний процес [26, с. 34].

Л. Сливка визначає категорію «виховання здорового способу життя» як складний інтегративний процес, що включає комплекс виховних впливів на людину, інших людей та усіх оточуючих її умов, які сприяють формуванню знань, поглядів, переконань; охоплюють емоційно-вольову сферу особистості; сприяють усвідомленню нею відповідних цінностей особистості і суспільства; вдосконалюють поведінку; які в єдності створюють передумови для формування такого способу життя, який зберігає, зміцнює і формує здоров'я особистості. Тобто, виховання здорового способу життя розглядається як процес подання цінностей (норм, ідеалів) та створення таких умов, за яких ці цінності стають спонукальною функцією для ведення способу життя, що сприяє формуванню, збереженню та зміцненню здоров'я [24, с. 21].

Отже, на основі аналізу наукової літератури, зробимо висновок, що *виховання* – це конкретно-історичне явище, яке тісно пов'язане з соціально-економічним, політичним і культурним розвитком суспільства, з етно-соціальними і соціально-психологічними особливостями народу; організований процес формування у молодшого школяра сукупності загальнопедагогічних та спеціальних знань, вмінь, навичок, особистісних якостей, необхідних для здійснення цілеспрямованого засвоєння ним світу, людських цінностей і норм взаємостосунків між людьми. Поняття «*виховання*» тісно пов'язане з поняттям «*вихованість*». Якщо виховання розглядається як динамічний процес, то вихованість є кінцевим чи проміжним результатом процесу виховання.

Виховання українських дітей тісно пов'язане з традиціями. Традиції, ритуали та обряди наших предків – це частина культури суспільства, яка разом утворює нормативну систему поведінки, прийняту в цій спільноті.

На думку І. Мартинюка, національне виховання – цілеспрямований, систематичний, регульований виховний процес, що має на меті утвердження у свідомості нації, народу, етнічної, культурної, мовної єдності, перетворення національної цінності з ідеалу мислителів і поглядів української інтелігенції в ідейні норми моральної поведінки всіх членів суспільства [12].

О. Скрипченко розглядає виховання як цілеспрямоване формування у підростаючих особистостей загальнонаціональних, моральних та інших вартостей, особистих якостей, звичок, поведінки і дій у відповідності з вимогами, які ставить суспільство, родина, школа тощо [23, с.16].

Традиція (від лат. *traditio* – передача) – досвід, звичаї, погляди, смаки, норми поведінки тощо, що передаються з покоління в покоління; звичайна прийнята норма, манера поведінки, усталені погляди, переконання, узвичаєння, узвичаєність, неписаний закон.

На думку вчених, народні традиції є механізмом акумуляції, передачі та реалізації національного досвіду, а в широкому розумінні – це є культура [29]. Традиції тлумачать як «зорієнтовані на певний ідеал вірування, спосіб мислення, норми поведінки, а також прагнення, що в різних формах на ірраціональному та раціональному рівнях передаються з покоління в покоління» [22, с. 352].

У «Філософському енциклопедичному словнику» за редакцією В. Шинкарука (2002) дефініцію «традиція» окреслено як категорію, що «визначає різноманітні форми впливу минулого на сучасне й майбутнє» і подано кілька підходів її розгляду: 1) соціокультурними формами традицій є звичай, стереотип, ритуал, обряд, “які притаманні суспільним стосункам від часів виникнення суспільства”; 2) філософсько-методологічний підхід передбачає розгляд аналізованого поняття як проблеми «доцільності використання досвіду минулого в інноваційних процесах сучасного та як проблема впливу соціокультурних та індивідуальних форм минулого на формування людського досвіду»; 3) онтологічний підхід до традицій визначає їх як “буттєву єдність часу та здійснення майбутнього на основі постійного осучаснення минулого” [28, с. 646].

За часів дохристиянського та християнського періодів розвитку суспільства сформувався потужний базис для розвитку оригінальної системи оздоровлення населення. Науково доказаним є факт, що «фактори довкілля, які оточують людину і до яких вона адаптована, мають більше оздоровчих властивостей, ніж імпортовані». Тому використання етнічних традицій, їх вивчення і систематизація дадуть можливість значно підвищити ефективність оздоровлення громадян України [25, с. 3].

У кінці XX століття передовою науково-педагогічною тенденцією стало виявлення принципів та розробка прийомів оптимізації освітнього процесу шляхом аналізу фактів, методів, що використовуються і підвищують його ефективність, конструювання та застосування нових педагогічних прийомів. Розпочався процес запровадження системного підходу в педагогіці, який набув характеру пошуку та широкого впровадження педагогічних технологій у практику національної системи освіти [3, с. 37]

Проблематика інноваційних змін поступово входить в галузь наукових інтересів. Поняття «інновація» стало використовуватися досить часто, незважаючи на те, що в науковій термінології давно існує й успішно застосовується ряд близьких за своїм змістом понять (мова йде, насамперед, про наступні з них: «нововведення», «удосконалювання», «модернізація», «оптимізація», «реформа»). Даний факт свідчить про те, що поняття «інновація» має свій специфічний зміст і його використання дозволяє більш точно описувати соціальні зміни [1, с. 63].

Серед інноваційних процесів у національній системі освіти кінця XX – початку XXI століття значне місце посідає впровадження педагогічних технологій. Вони стали логічним продовженням тривалого процесу пошуків ефективних підходів до підвищення якості освіти. Значною мірою реформування теорії та практики організації функціонування системи освіти обумовили соціально-культурні та науково-технічні надбання суспільства, що визначило пріоритетним напрямом науково-педагогічних досліджень пошук нових моделей педагогічної взаємодії з метою забезпечення необхідного та достатнього для життєдіяльності у сучасному суспільстві рівня освіти [3, с. 37].

Актуальність питань визначення змісту технологічної підготовки підсилюється усвідомленням необхідності забезпечення підготовки до використання нових педагогічних технологій у розв'язання традиційних задач. У зв'язку із цим деталізація характеру та змісту технологічної підготовки забезпечується конкретизацією змісту знань у межах системного підходу у педагогіці: розуміння суті технологічного підходу, принципів функціонування педагогічної системи та вимог щодо впровадження освітніх технологій тощо. Перелічені знання характеризують теоретичну складову технологічної підготовки [3, с. 38].

Термін «технологія» походить від грецького *techne* – мистецтво, майстерність і *logos* – учення, наука та означає «наука про майстерність».

У педагогічній науці термін «технологія» увійшов із галузі виробництва, де він являв собою сукупність певних знань, способів, засобів виготовлення будь-якого матеріалу, які здійснюються в процесі виробництва. З філософської точки зору «технологія» розтлумачується не просто як будь-який послідовний процес організації діяльності для досягнення цілей виробництва, а як процес, який ґрунтується на наукових розробках у цій галузі [5].

Класична дидактика вищої школи з її закономірностями, принципами, формами та методами навчання, що вже склалися, не завжди оперативно реагує на інноваційні освітні процеси, а іноді і стримує їх упровадження в масову практику. Створюється враження, що дидактика залишається надто теоретичною, методика навчання – не правомірно практичною. Вимагається деяка проміжна ланка, яка дозволила б реально зв'язати теорію з практикою. Взяти на себе ці функції може освітня технологія [15].

Аналіз психолого-педагогічної літератури засвідчив, що процес технологізації навчання почав упроваджуватись ще в середині минулого століття. У витоків цього процесу стояв А. Макаренко, який писав, що наше педагогічне виробництво ніколи не будувалось за технологічною логікою, а завжди за логікою моральної лекції. Отже, в нас просто відсутні всі важливі відділи виробництва: технологічний процес, конструкторська робота, використання кондукторів і пристроїв, облік операцій, нормування, контроль, допуски, бракування.

Уже на початку 60-х років ХХ століття відбувається масове впровадження в освітній простір педагогічних технологій. Його здійснювали Ю. Бабанський, В. Безпалько, В. Євдокимов, В. Лозова, І. Підласий, І. Прокопенко, В. Сластьонін, Н. Щуркова та ін. Роботи зазначених вчених були присвячені теорії та практиці освіти на основі технологічного підходу та технологічним аспектам вищої педагогічної освіти [2; 4; 11; 19; 21 та ін.].

У результаті теоретичного аналізу встановлено, що поняття технології міцно увійшло в суспільну свідомість в другій половині ХХ століття і стало своєрідним регулятивом наукового та практичного мислення. Його регулятивний вплив полягає в тому, що спонукає дослідників та практиків в усіх сферах, в тому числі і в галузі освіти знаходити підстави результативності діяльності; мобілізувати кращі досягнення науки та досвіду,

щоб гарантувати результат, що вимагається; будувати діяльність на інтенсивній, тобто максимально науковій, а не екстенсивній основі, що веде до не виправданих затрат сил, часу та ресурсів; приділяти більше уваги прогнозуванню діяльності з метою запобігання її корекції в ході виконання; використовувати у всезростаючій мірі найновіші інформаційні засоби.

В. Желанова виділяє технологію контекстного навчання. На думку, вченого ця технологія визначає систему функціонування всіх її компонентів, алгоритмізовану послідовність певних дій, спрямованих на відтворення в процесі фахової підготовки педагога предметного й соціального контекстів майбутньої професійної діяльності. Варто відзначити, що динамічні аспекти цієї технології реалізуються у навчальній діяльності академічного типу, квазіпрофесійній, навчально-професійній діяльності [8].

Отже, будь-яка діяльність може бути або технологією, або мистецтвом. Мистецтво засноване на інтуїції, технологія – на закономірностях науки. З мистецтва все починається, а технологією закінчується [15].

Науковий термін «технологія виховання» вперше ввів в педагогічну науку А. Макаренко, проте донині це поняття не набуло широкого впровадження. Стосовно виховного процесу під технологією розуміють систему знань, необхідних викладачеві для реалізації науково обґрунтованої стратегії, тактики й процедури виховання. У своєму конкретному вигляді педагогічна технологія є передбаченою моделлю системи дій викладача і студентів, які необхідно виконати в ході оптимально організованого навчально-виховного процесу з метою одержання високого рівня професіоналізму [15].

Незважаючи на те, що термін “педагогічна технологія” увійшов у педагогіку досить давно, однозначного визначення цього поняття не існує. Наведемо деякі найбільш поширені приклади трактування поняття “педагогічна технологія” (табл. 1.) [15].

Отже, проведений аналіз праць, в яких розглядається педагогічна технологія як процес, дозволив визначити поняття “педагогічна технологія” у контексті нашого дослідження як систему певних педагогічних дій, інтегрованих форм та методів разом із сукупністю функціонування всіх особистісних, інструментальних і методичних засобів, застосування яких гарантує досить високий рівень ефективності виховання здоров’язбережувальної поведінки молодших школярів засобами українських народних традицій.

Провідною характеристикою педагогічних технологій виступає концептуальне обґрунтування. Основу будь-якої педагогічної технології складають концептуальні ідеї, що визначають зміст, способи взаємодії об’єктів виховного процесу, види діяльності. Щодо загальних вимог до педагогічних технологій, то їх може бути багато. Але, без сумніву, система досягнення успіху повинна бути універсальною. Виходячи з цього, такими загальними вимогами є: науковість, варіативність, посиленість, доступність і зрозумілість [20].

Аналіз науково-літературних джерел, в яких розглядається педагогічна технологія, показав, що існують різні погляди не тільки на визначення цього поняття, але й на структурні елементи та критерії технологічності.

К. Крутій розглядає здоров'ятворювальні технології як активний процес нескінченного розвитку, удосконалення та самореалізації. Це складний феномен сукупності, що об'єднує здоров'язбережувальні, здоров'яформувальні та здоров'ярозвивальні технології. Почнемо із найбільш активно вживаного як у науковому обігу, так і в мовленні практиків терміну «здоров'язбережувальні технології» – збереження та стимулювання здоров'я – це створення умов для його цілісності.

Таблиця 1

Контент-аналіз авторських підходів до визначення поняття «педагогічна технологія»

Прізвища авторів	Визначення терміну «педагогічна технологія»
С. Гончаренко	Система процедур, яка оновлює професійну діяльність вчителя і гарантує кінцевий запланований результат
М. Кларін	Сукупність функціонування всіх особистісних, інструментальних і методичних засобів, що використовуються для досягнення мети
А. Нісімчук	Сукупність дій, операцій та процедур, які забезпечують діагностований та гарантований результат в умовах освітнього простору, що змінюється
О. Пометун	Сукупність способів (методів, прийомів, операцій) педагогічної взаємодії, послідовна реалізація яких створює умови для розвитку учасників педагогічного процесу і передбачає його певний результат
І. Прокопенко, В. Євдокімов	Суворо наукове і точне відтворення гарантуючих успіх педагогічних дій
Г. Селевко	Змістовне узагальнення, яке вбирає в себе смисли існуючих визначень
В. Сластьонін	Упорядкована сукупність дій, операцій, процедур, що інструментально забезпечують досягнення прогностового результату
Термінологічний словник з основ підготовки наукових та науково-педагогічних кадрів післядипломної педагогічної освіти	Системний підхід побудови, застосування та визначення процесу викладання й засвоєння знань з урахуванням взаємодії технічних і людських ресурсів, що забезпечує завдання оптимізації сфер освіти
Н. Щуркова	Наукова дисципліна (в системі «теорія – методика – технологія»), яка вивчає педагогічний вплив на особистість в контексті взаємодії педагога з дітьми та їх загальної взаємодії зі світом; описує систему педагогічних професійних операцій

До здоров'язбережувальних технологій, що запроваджуються: можна віднести: профілактичні щеплення, забезпечення рухової активності, прийоми фізіотерапії, вітамінізація, організація здорового харчування тощо. Здоров'яформувальні технології – це комплекс спеціально організованих цілеспрямованих заходів, що впливають на процес змін особистості, які

формують здоров'я дитини, пов'язані з визначеним періодом часу, тривалість якого залежить від конкретних створених умов. До здоров'яформувальних технологій можна віднести такі: фізична підготовка (заняття), спортивні та рухові ігри, усі види гімнастики (пальчикова, дихальна, коригувальна, стретчинг, фітбол тощо), усі види (елементи) терапії; дитячий фітнес, загартовування, гімнастика, масаж, релаксація. Здоров'ярозвивальні технології – це комплекс заходів, який реалізується на основі особистісно-розвивальних ситуацій, що відносяться до тих життєво важливих чинників, завдяки яким молодші школярі набувають навички спільного життя та ефективної взаємодії [10].

Створені ситуації повинні припускати активну участь самої дитини в освоєнні культури людських відносин, у формуванні досвіду здоров'ятворення, який здобувається завдяки поступового розширення сфери спілкування і діяльності дошкільника, розвитку його саморегуляції, становлення самосвідомості та активної життєвої позиції на основі виховання і самовиховання, формування відповідальності за своє здоров'я, життя і здоров'я інших людей, доброзичливого ставлення до дітей та людей із фізичними і психічними вадами; розуміння значення рухової та трудової діяльності в зміцненні свого здоров'я, продовження життя людини.

До здоров'ярозвивальних технологій можна віднести такі: включення відповідних тем у бесіди щодо ознайомлення з культурою здоров'я, освоєння знань про свій організм, про режим, про активність та відпочинок: дитячий туризм, міні-олімпіади, свята здоров'я, фестивалі, конкурси тощо.

Технологічні засади використання українських народних традицій у вихованні характеризуються: цілісністю, що об'єднує всі елементи та відображає характер їх взаємодії; спрямованістю, що полягає в регулюванні діяльності відповідно до поставленої мети; дає можливість вирішувати сукупність завдань для виховання всебічно і гармонійно розвиненої особистості, з високим рівнем вихованості здоров'язбережувальної поведінки на основі українських народних традицій.

Виходячи з того, що будь-яка педагогічна технологія базується на конкретних способах, прийомах та методах, використовуючи які, вихователі та вчителі можуть успішно здійснювати виховний процес щодо формування здоров'язбережувальної поведінки молодших школярів, домінуючими мають бути такі форми, методи та прийоми, які сприяють поєднанню процесу формування здоров'язбережувальної поведінки молодших школярів із традиціями українського народу, де учень є активним учасником й активно переживає результат.

Здоров'язбережувальна традиція – це національна система ідеалів, досвіду, знань, установок, принципів, проявів поведінки, сукупність поглядів, звичок, способів діяльності, які направлені на збереження та зміцнення здоров'я кожної людини та суспільства в цілому.

Виховання здоров'язбережувальної поведінки молодших школярів засобами українських народних традицій орієнтоване на всі складові здоров'я (фізичне, психічне, духовне, соціальне) (табл. 2.) [6, с. 7].

Зміст проявів складових здоров'я та їх роль у здоров'язбережувальному вихованні молодших школярів засобами українських народних традицій

Складова здоров'я	Зміст прояву
Фізичне	Чергування праці та відпочинку; українські народні ігри; помірна рухова активність та загартування; харчування (українські страви); особиста гігієна; українські народні танці; прогулянки на свіжому повітрі та інше
Психічне	Адекватна поведінка – емоції (перегляд корисних телепередач, кіно, концерти, виставки, музеї, читання книжок), інтелект. Стресостійкість, самоорганізація (вміння з користю провести вільний час)
Психологічне	Наявність динамічної рівноваги між індивідом і середовищем, гармонія між дитиною та оточуючим середовищем
Соціальне	Дружба, спілкування, самоактуалізація, життєва стійкість (здатність подолання життєвих труднощів без збитку для загального здоров'я), одяг. Соціальна адаптація, соціальна активність й ефективність виконання різних соціальних ролей
Духовне	Мова, український фольклор, українська народна творчість, здатність допомагати іншим

У здоров'язбережувальній практиці виховної роботи з метою посилення мотивації в учнів до формування здоров'язбережувальної поведінки зокрема та ведення здорового способу життя, пізнання українських народних традицій використовуються такі інтегровані форми та методи: бесіди («Що є найдорожчим для людини?», «Українські страви – запорука здоров'я», «Вітаміни – наші друзі», «Очі – вікна в світ, бережи їх!», «Почни день із ранкової гімнастики», «Що посієш – те й пожнеш», «Бережи природу», «Зелена аптека», «Один вдома» (правила безпечної поведінки) та бесіди з попередження всіх видів дитячого травматизму), виховні заходи до українських свят («Український віночок», «Козацькі розваги до свята Покрови», «Спас», «Маковій», «Різдво», «Святий Миколай іде вже до нас», «Є в нас родина – вся наша Україна», «Справжні ігри чоловіків-здоров'яків» тощо), вікторини («В гостях у казки», «Символи нашої держави»), конкурси малюнків («Хвала рукам, що пахнуть хлібом!», «Моя улюблена тварина», «Моя мама найкраща», «Весняні картини», «Я голосую за мир!»), конкурси («Знавці природи», «Скормовки», «Знавці народних казок», «Світ моєї України» – вірші та пісні про Україну), виставки («Дари осені», «Новорічна ялинка», «Великодня писанка»), театральні та вокальні постановки («Дідова ріпка», «Рукавичка», «Дивовижний скарб – здоров'я», «Лисичка і Журавель»), українські народні танці та їхні елементи («Гопак», «Козак»), екскурсії (до бібліотеки, на шкільний спортивний майданчик, містом), оздоровчі прогулянки на свіжому повітрі, естафети («Передає – сідай!», «Швидка жаба», «Біг та стрибки з м'ячем»), рухливі ігри («Горобці-стрибунці», «Гречка», «Вудочка», «Невід», «Стонога», «Кіт і миша», «Швидко по місцях», «Хустиночка» та інші), фізичні вправи

(«Організаційні», «Загальнорозвивальні», вправи для розслаблення м'язів та вироблення правильної постави й ходи, вправи-імітації «Рухи плавця», «Рухи тварин», вправи для розвитку координації рухів) тощо. Чіткій спрямованості молодших школярів на необхідність формування здоров'язбережувальної поведінки засобами українських народних традицій сприяє залучення молодших школярів до смислового діалогу («Здоров'я чи хвороба?», «Шкідливе та корисне» тощо) [13, с. 10].

Отже, вищезазначені форми та методи у виховній роботі позитивно впливають на такі показники, як: потреба молодшого школяра до необхідності формування здоров'язбережувальної поведінки на основі українських народних традицій; активність, що підкріплюється волею, мисленням і наполегливістю; інтерес учнів до здоров'язбережувальної поведінки; виявлення особистісних якостей; сформованість системи спеціальних знань, вмінь та навичок; рівень адекватної самооцінки та здатність до активного саморозвитку. Ефективність формування здоров'язбережувальної поведінки в молодших школярів засобами українських народних традицій на основі складових здоров'я (фізичного, психічного, соціального та духовного) та якості їх активізації до цього процесу залежать від використання у виховній роботі інтегрованих форм і методів: ігор, імпровізації, моделювання народних обрядів та свят; вплив на особистість дитини засобами різних видів мистецтва: українська народна музика, літературні твори, українські народні танці, малювання тощо. На основі врахування таких важливих якостей молодшого школяра, як підвищена емоційність, чуттєвість, допитливість, довіра, створюється сприятливе підґрунтя для впливу на розвиток у нього здоров'язбережувальної поведінки засобами українських народних традицій.

Перспективними вважаємо подальший пошук удосконалення технологічних засад використання українських народних традицій у вихованні молодших школярів з метою реалізації потенціалу етнопедагогіки у поєднанні з оздоровчими системами та традиціями українського народу; у розробці комплексу методичних матеріалів здоров'язбережувального спрямування для вихователів, учителів, викладачів, студентів та учнів.

Список використаних джерел

1. Алексеенко Р. Використання інтерактивних технологій у процесі підготовки майбутніх лікарів. Новий колегіум : науковий інформаційний журнал. Х. : ПФ «Колегіум», 2012. № 4 (69). С. 63 – 65.
2. Бабанский Ю. К. Оптимизация учебно-воспитательного процесса : метод. основы. Москва : Просвещение, 1982. 192 с.
3. Беляев С. Теоретична складова технологічної підготовки вчителя. Новий колегіум : науковий інформаційний журнал. Х. : ПФ «Колегіум», 2013. № 4 (74). С. 37 – 42.
4. Беспалько В. П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения. М., 1995. 208 с.
5. Бойчук Ю. Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти: монографія. Суми: Університетська книга, 2008. 329 с.
6. Бойчук Ю. Д., Мірошніченко О. М., Бельорін-Еррера О. М. та ін. Роль українських народних традицій у формуванні культури здоров'я сучасної людини : методичні рекомендації. Х. : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2015. 39 с.

7. Жара Г. І. Технології індивідуального здоров'язбереження і профілактика професійного вигорання вчителя: навч. посіб. для студентів педагогічних ЗВО. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 136 с.
8. Желанова В. В. Реалізація технологічного підходу до професійної підготовки майбутнього педагога у ВНЗ. Інженерні та освітні технології. Щоквартальний науково-практичний журнал. Тематичний випуск: «Сучасна вища освіта: реалії, проблеми, перспективи». Кременчук : КрНУ, 2017. Вип. 3 (19). С. 25–32.
9. Ильина Т. А. Педагогика : Курс лекций. Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М. : Просвещение, 1984. 496 с.
10. Крутий К. Л. Освітній простір дошкільного навчального закладу : Монографія: У 2-х ч. – Частина перша. Концепції, проектування, технології створення. Запоріжжя : ТОВ «ЛІПС» ЛТД, 2009. 320 с.
11. Лозова В. І., Троцько Г. В. Теоретичні основи виховання і навчання : навч. посіб. Х. : ОВС, 2002. 400 с.
12. Маркова А. К., Орлов А. Б., Фридман Л. М. Мотивация учения и её воспитание у школьников. Науч.-исслед. инст. общей и педагог. психологии. Акад. пед. наук СССР. М. : Педагогика, 1983. 64 с. (Воспитание и обучение. Библиотека учителя.)
13. Мірошніченко О. М. Виховання здоров'язбережувальної поведінки молодших школярів засобами українських народних традицій: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання». Старобільськ, 2018. 20 с.
14. Наволокова Н. П. Енциклопедія педагогічних технологій та інновацій. Х.: Вид. група «Основа», 2011. 176 с.
15. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року схвалена Указом Президента України від 25.06.2013 р. № 344/2013. Верховна Рада України: офіційний веб-портал. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>
16. Основи здоров'я. 4 клас: Авторські уроки. Х. : Веста: Вид-во «Ранок», 2007. 312 с.
17. Педагогіка: баз. підруч. для студ. вищ. навч. закладів III – IV рівнів акредитації / кол. авторів; за ред. І. Ф. Прокопенка; худож.-оформлювач В. М. Карасик. Х.: Фоліо, 2015. 572 с.
18. Педагогічні технології в підготовці вчителів: навч. посіб. / кол. авторів; за ред. І. Ф. Прокопенка. 3-є вид. доп. і перероб. Х.: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2018. 457 с.
19. Пехота О. М., Кіхтенко А. З., Любарська О. М. та ін. Освітні технології: навч.-метод. посіб. К.: А.С.К., 2002. 255 с.
20. Програма для загальноосв. навч. закл. з основ здоров'я для 1–4 класів / Бойченко Т.Є., Воронцова Т.В., Гнатюк О.В. та ін.; під. ред. Т. Є. Бойченко. К. : МОН України, 2012. 17 с.
21. Прокопенко І. Ф., Євдокимов В. І. Педагогічні технології: навч. посіб. 2-е вид. Х.: Колегіум, 2006. 244 с.
22. Савчук Б. Українська етнологія. Івано-Франківськ : Лілея-НВ, 2004. 560 с.
23. Скрипченко О. В., Лисянська Т. М., Скрипченко Л. О. Довідник з педагогіки та психології : Навч. посіб. для викладачів та студ. пед. навч. закл. Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. К. : 2001. С. 16.
24. Сливка Л. В. Виховання здорового способу життя молодших школярів (історичний та етнопедагогічний виміри) : монографія. Івано-Франківськ : НАІП, 2013. 320 с.
25. Сорокіна Л. О. Навчальна програма дисципліни «Етнічна культура оздоровлення» (для спеціалістів спеціальності «Фізична реабілітація»). К. : МАУП, 2004. 12 с.
26. Соціолого-педагогічний словник / Уклад.: С. У. Гончаренко, В. В. Радул, М. М. Дубінка та ін. ; За ред. В. В. Радула. К. : 2004. С. 34.
27. Сухомлинский В. А. О воспитании. (Сост. и авт. вступит. очерков С. Соловейчик). Изд. 2-е. М., Политиздат, 1975. 272 с.
28. Філософський енциклопедичний словник / гол. ред. В. І. Шинкарук. К. : Абрис, 2002. 744 с.
29. Чистов К. В. Народные традиции и фольклор. Л. : Наука, 1986. 304 с.

МОНІТОРИНГОВИЙ СУПРОВІД ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ: АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ

(Мітягіна С. С.)

Успішність активних реформаційних змін, що відбуваються в галузі освіти, безпосередньо базується на здатності педагогічних працівників виконувати свої професійні функції на належному рівні, активно займатися саморозвитком і професійним зростанням, виявляти ініціативність і творчість, що стає можливим виключно за умови доброго стану здоров'я педагога. Важливо, що саме педагогічні працівники здійснюють безпосередній потужний вплив на формування в юному поколінні відповідального ставлення до власного здоров'я, а також у рамках навчально-виховного процесу мають створювати умови для збереження здоров'я учнів. Отже, від їхньої обізнаності у даних питаннях, від рівня володіння здоров'язбережувальними технологіями, від свідомого й відповідального ставлення до здоров'я учнів і до власного залежить успішність різнобічного розвитку учнів.

Утім, застосування здоров'язбережувальних технологій у педагогічній практиці є відносно інноваційним явищем, тому існує необхідність проведення цілеспрямованої роботи з навчання педагогічних працівників, формування в них адекватного розуміння поняття здоров'я та коректного ставлення до нього. Відповідно, існує потреба в ефективному менеджменті цього процесу, а він, своєю чергою, потребує регулярного отримання інформації про стан даного процесу та його результати. Цю потребу покликаний задовольнити моніторинговий супровід підвищення рівня культури здоров'я педагогічних працівників. Попри високу актуальність даного аспекту в освіті слід визнати, що, на жаль, проблема дослідження стану сформованості культури здоров'я педагогів досі не набула належної розробки.

У рамках даної праці моніторинг рівня культури здоров'я педагогічних працівників розуміється як система регулярно здійснюваних дослідницьких заходів і процедур, спрямованих на збір різноаспектної інформації, що дозволяє визначити рівень сформованості в педагогічних працівників культури здоров'язбереження та здоров'ятворення. Отримана в ході моніторингових заходів інформація в залежності від масштабності здійснюваних розвідок має слугувати керівництву навчальних закладів, освітньої галузі на рівні міста, району, об'єднаної територіальної громади, області, країни, а також установам і закладам системи післядипломної педагогічної освіти підґрунтям для аналізу ситуації та вироблення рекомендацій з усунення виявлених проблем та підвищення рівня культури здоров'я педагогічних працівників.

Моніторинг передбачає здійснення ґрунтового аналізу даних, які характеризують: розуміння педагогами поняття здоров'я та його складових;

ставлення педагогів до власного здоров'я та здоров'я інших людей; місце здоров'я в їхній системі цінностей та пріоритетів; здатність педагогів до самоаналізу в аспекті розуміння особливостей та ресурсів власного організму, власної психіки та спроможність організовувати життя (у тому числі й робочий процес) з урахуванням означених; сформованість звичок здорового способу життя та наявність чи відсутність шкідливих звичок; володіння здоров'язбережувальними педагогічними технологіями та багато іншого. До даного переліку необхідно віднести й аспекти, що лежать у сфері відповідальності насамперед адміністрації навчального закладу, а саме: якість робочого середовища, характеристики психологічного клімату в колективі, ступінь задоволеності педагогічних працівників комплексністю та системністю роботи закладу щодо збереження та зміцнення їхнього здоров'я тощо.

На рівні закладу освіти практична значущість моніторингу обумовлена, з-поміж іншого, тим, що його результати можуть слугувати підґрунтям для розвитку таких важливих процесів, як: зміцнення здоров'я педагогічних працівників за рахунок підвищення рівня їхньої обізнаності у питаннях здоров'язбереження, формування відповідального й дбайливого ставлення до себе, розвитку здатності розуміти свої потреби й задовольняти їх; підвищення кваліфікації педагогів у аспектах здорового способу життя та здоров'язбережувальних технологій; формування здоров'язбережувального середовища в закладах загальної середньої освіти; здійснення позитивного впливу на учнів загальноосвітніх навчальних закладів шляхом забезпечення відповідального ставлення до їхнього здоров'я з боку педагогічних працівників, наявності позитивного прикладу з боку педагогів, ефективного застосування здоров'язбережувальних технологій у рамках навчально-виховного процесу тощо.

На регіональному рівні до практичної значущості даного моніторингового напрямку додається забезпечення закладів післядипломної педагогічної освіти інформацією, яка має слугувати підґрунтям для розроблення й реалізації системи навчальних, методичних, наукових заходів, спрямованих на підвищення рівня сформованості культури здоров'я педагогічних працівників у рамках підвищення їхньої кваліфікації – у ході курсової підготовки та у міжкурсовий період. Як зауважують О. Антонова та Н. Поліщук, у системі підготовки педагога у вищому навчальному закладі формування професійних позицій, орієнтованих на вирішення проблем здоров'я дітей, не належить до затребуваних завдань. Вони набувають вагомості вже при сформованих професійних компетенціях і досягнутому рівні професійної зрілості, коли у педагогів з'являються нові сенси в реалізації цілей саморозвитку. Саме тому проблема підготовки вчителя до формування здоров'язбережувальної компетентності учнів набуває актуальності у системі післядипломної педагогічної освіти [2, с. 4].

На національному рівні значущість здійснення такого роду моніторингу доповнюється можливістю отримувати інформацію, що має слугувати підґрунтям для розроблення системи заходів (у тому числі й викладання

відповідних навчальних дисциплін) із формування культури здоров'я майбутніх учителів – студентів педагогічних вищих навчальних закладів. У даному контексті варто погодитися з Л. Ковальчук, яка зауважує, що «переважна більшість студентської молоді не ставиться до свого здоров'я як до цінності, до того потенціалу енергії, що в майбутньому забезпечить успіх та професійне довголіття у педагогічній діяльності». Дослідниця наголошує: важливо, щоб молода людина, яка планує пов'язати своє професійне майбутнє з педагогічною діяльністю, навчилася дбати про своє здоров'я, свою нервову систему; майбутній педагог повинен мати сформований рівень культури здоров'я та бути добре обізнаним із впливом на його здоров'я різних чинників, пов'язаних зі специфікою професії [9, с. 5].

Своєю чергою, Н. Каньоса зазначає, що в практиці професійної підготовки у педагогічному вищому навчальному закладі проблемі формування культури здоров'я, на жаль, не приділяється достатньої уваги. Дослідник зауважує, що визначилось протиріччя між зростаючою потребою майбутніх педагогів в інформації про здоров'язберігаючі технології, здоровий спосіб життя, культуру здоров'я та обмеженими можливостями навчально-виховного процесу [8, с. 167]. М. Дейкун доводить актуальність цілеспрямованого формування здоров'язбережувальної культури майбутнього вчителя як гуманітарно-освітньої стратегії переходу суспільства до сталого розвитку та основи ціннісного ставлення до індивідуального й популяційного здоров'я і навколишнього середовища, розуміння їхньої взаємозалежності й взаємозумовленості [6, с. 138].

Вищезазначене доводить, що моніторинг рівня сформованості культури здоров'я педагогічних працівників загальноосвітніх навчальних закладів покликаний виконувати цілу низку у край важливих функцій. Такий моніторинг може здійснюватися із застосуванням різноманітних методів та інструментів. Так, безумовно, доцільним буде застосування кваліметричних методик, тестових методик, спостереження, портфолію тощо. Як ефективний засіб діагностики та водночас особистісного розвитку варто розглядати самомоніторинг педагога.

Розробляючи модель моніторингу, важливо усвідомлювати, що культура здоров'я педагога є поняттям складним і поліаспектним, вона поєднує особистісне й професійне, залежить від розвитку багатьох особистісних якостей, ставлень, цінностей. Відповідно, досліджуючи рівень її сформованості, у край некоректним було б обмежуватися вивченням лише окремих її складових. Крім того, уваги потребує вивчення особливостей світосприйняття, самосприйняття педагогічних працівників, їхнього ставлення до себе і до світу, їхньої мотивації, поглядів, переконань тощо.

Так, Л. Мітіна, спираючись на багаторічний дослідницький досвід, визначає ключовою проблемою низьку престижність здоров'я, різко знижену самосвідомість учителів щодо його цінності. Вона наголошує на тому, що в комплексі наук, які забезпечують розроблення науково-практичної концепції професійного здоров'я вчителя, мають домінувати науки психологічні – як такі, що вивчають різноманітні форми індивідуального досвіду, внутрішнього

світу людини [10, с. 8]. Як влучно зазначає О. Анісімова, потрібно усвідомлювати, що спрямувати вчителя до здорового способу життя дуже складно: недостатньо декларування правил здорового способу життя, пояснення психологічних та корекційних прийомів збереження й зміцнення професійного здоров'я, демонстрації його переваг, недостатньо короткотермінового досвіду його здійснення. Потрібна кропітка робота з підвищення компетентності вчителя в царині здоров'я шляхом впливу на структуру самопізнання особистості, яка призведе до переоцінки цінностей, до зміни ставлення до себе й до інших. Ідеться про необхідність поштовху до активних дій зі «створення й здійснення нової програми життя» [1, с. 18].

О. Єжова, визначаючи критерії ціннісного ставлення до здоров'я, не обмежується знанням про складові здоров'я, про елементи здорового способу життя, про вплив різноманітних чинників на здоров'я людини, а відносить до переліку критеріїв також сформованість пізнавального інтересу до проблем здоров'я, адекватність самооцінки здоров'я, ціннісні орієнтації, що відображають сформованість потреби особистості до збереження, зміцнення й формування власного здоров'я та здоров'я оточуючих, вчинки, що впливають на здоров'я людини [7, с. 316-317]. Своєю чергою, Л. Гришкіна зазначає, що показниками сформованості культури здоров'я педагогів є стійка мотивація до здорового способу життя, компетентність в області здоров'я та здорового способу життя, володіння здоров'язберігаючими технологіями навчання учнів, готовність педагога до формування здорового способу життя учнів [5].

В. Вітюк, висвітлюючи діагностичний компонент системи підготовки вчителя до створення здоров'язбережувального шкільного середовища, відносить до критеріїв сформованості здоров'язбережувальної компетентності педагогів умотивованість до здоров'язбережувальної діяльності, готовність і здатність до оволодіння теоретичними аспектами здоров'язбереження, активність реалізації отриманих знань на практиці, здатність проектування здоров'язбережувальних моделей поведінки, оцінку й регулювання власного і стану інших людей [4, с. 11-12].

Розробляючи модель моніторингу, не можна забувати про існування суттєвого протиріччя між зростанням рівня поінформованості педагогічних працівників з питань здоров'язбереження з одного боку та практикою використання ними власних психофізичних ресурсів – з іншого. Частково це пояснюється тим, що системна робота з формування здоров'язберігаючих компетентностей, адекватного ставлення до власного організму, розуміння й врахування його індивідуальних особливостей і потреб є відносно новим явищем у системі освіти в Україні. Відповідно, необхідно усвідомлювати, що особистісне й професійне формування педагогічних працівників, котрі сьогодні досягли середнього й старшого віку, за рідкісним виключенням, відбувалося в умовах панування інших цінностей, пріоритетів, знань.

Усе це яскраво демонструє складність процесу підвищення рівня культури здоров'я педагога та обумовлює необхідність налаштування каналу зворотного зв'язку із педагогічними працівниками в даному аспекті для

забезпечення ретельного системного й систематичного вивчення стану їхніх думок, ставлень, мотивації, перешкод, що стоять на заваді переходу до здорового способу життя, тощо. Отже, моніторинг рівня сформованості культури здоров'я педагогічних працівників не може обмежуватися перевіркою їхніх знань, він має включати в себе вивчення їхнього способу життя та ставлення до себе. Ці завдання здатні виконувати соціологічні дослідження. У залежності від цілей, які ставлять перед собою дослідники, масштабності моніторингових заходів, матеріальних, часових, людських ресурсів тощо, моніторинг рівня культури здоров'я може здійснюватися як соціальне, соціологічне дослідження або носити комплексний характер, що, зрозуміло, значно підвищить його результативність.

При проведенні масштабного, поліаспектного моніторингу рівня сформованості культури здоров'я педагогічних працівників не варто обмежуватися опитувальними методами, слід застосовувати також метод аналізу документів. При цьому в поле уваги дослідників та експертів мають увійти документи, що регламентують забезпечення в навчальних закладах умов для збереження здоров'я педагогічних працівників, програми охорони здоров'я працівників засобами навчального закладу, програми або плани заходів із формування готовності педагогів до впровадження здоров'язберігаючих технологій та підвищення їхньої компетентності з питань здоров'язбереження, програми післядипломної освіти з формування й підвищення рівня професійної компетентності педагогічних працівників у сфері культури здоров'я тощо.

Моніторинг культури здоров'я педагога має стати невід'ємною складовою діяльності загальноосвітнього навчального закладу. Зрозуміло, що найбільш вагоме значення готовність до здійснення моніторингових заходів, спрямованих на вивчення питань, що стосуються культури здоров'я, має для учителів основ здоров'я. Як наголошує І. Василяшко, моніторинг займає особливе місце серед педагогічних методів, використання яких характеризує професійну компетентність педагога. Так, учитель може використовувати моніторинг як вектор свого професійного розвитку, як інструмент управління процесом своєї професійної діяльності, розвитку свого творчого потенціалу, як метод управління якістю освіти учнів, як інструмент контролю необхідного рівня здоров'язбережувального освітнього середовища для всіх учасників навчально-виховного процесу, як метод діагностики та корекції рівня здоров'я учнів [3, с. 10].

Утім, слід визнати, що здійснення моніторингу вимагає від його організаторів володіння відповідними знаннями й уміннями, а рівень підготовленості працівників загальноосвітніх навчальних закладів часто виявляється недостатнім для коректної реалізації всіх заходів і процедур. У зв'язку із зазначеним особливу роль у процесі впровадження в широку практику моніторингу культури здоров'я педагога мають відігравати установи і заклади післядипломної педагогічної освіти. Ця діяльність має здійснюватися спільними зусиллями фахівців із питань здоров'язбереження (науково-педагогічних працівників відповідних кафедр і методистів) та

працівників підрозділів, що спеціалізуються на проведенні моніторингових і соціологічних досліджень. У тісній співпраці вони можуть забезпечувати реалізацію цілої низки важливих завдань, а саме: проводити моніторингові та соціологічні дослідження стану культури здоров'я педагогічних працівників; розробляти методики та інструментарій для проведення досліджень, якими могли б користуватися загальноосвітні навчальні заклади для здійснення власних розвідок; проводити роботу з популяризації моніторингового та соціологічного напрямків діяльності навчальних закладів; проводити роботу з підвищення рівня моніторингової та соціологічної культури педагогічних і керівних працівників; виготовляти відповідну науково-методичну, навчально-методичну друковану та електронну продукцію; надавати організаційну та консультаційну допомогу загальноосвітнім навчальним закладам при проведенні ними власних моніторингових досліджень.

Отже, усе вищезазначене дозволяє зробити наступні висновки й припущення:

1. Моніторинг рівня сформованості культури здоров'я педагогічних працівників є важливою складовою процесу створення здоров'язбережувального середовища в загальноосвітньому навчальному закладі. Він має носити поліаспектний, комплексний характер із обов'язковою наявністю соціологічної складової.

2. Моніторинг рівня сформованості культури здоров'я педагогічних працівників може сприяти розробленню й реалізації системи відповідних навчальних, методичних, наукових заходів у рамках післядипломної педагогічної освіти, а також у процесі професійної підготовки майбутніх учителів – студентів педагогічних вищих навчальних закладів.

3. Особливу роль у процесі впровадження в широку практику моніторингу рівня сформованості культури здоров'я педагогічних працівників мають відігравати установи і заклади післядипломної педагогічної освіти. Вони повинні здійснювати діяльність, спрямовану на підвищення рівня моніторингової та соціологічної культури педагогічних і керівних працівників, розроблення методик та інструментарію досліджень, надання відповідної організаційної та консультаційної допомоги загальноосвітнім навчальним закладам.

Список використаних джерел

1. Анисимова О.А. Здоровье учителя как объект психологического исследования // Здоровье педагога: проблемы и пути решения: Материалы I заочной всероссийской научно-практической интернет-конференции. Омск, июнь-сентябрь 2010. / Отв. ред. Е. С. Асмаковец. – Омск: БОУДПО «ИРООО», 2010. – С. 12-19.
2. Антонова О.Є., Поліщук Н.М. Підготовка вчителя до розвитку здоров'язбережувальної компетентності учнів : монографія. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. – 248 с.
3. Василяшко І.П. Структура здоров'язбережувальної компетентності вчителів основ здоров'я та моніторинг як метод її розвитку в післядипломній педагогічній освіті // Матеріали Міжнародного симпозіуму «Освіта і здоров'я підростаючого покоління»: Зб. наук. праць. – Київ, 2016. – Вип. 1. – С. 7-11.
4. Вітюк В.В. Підготовка педагогів до створення здоров'язбережувального освітнього середовища у системі післядипломної освіти // Формування інноваційного

- здоров'язбережувального освітнього середовища: досвід проектування і реалізації : матеріали круглого столу / упоряд. Н. А. Поліщук. – Луцьк : ВІППО, 2018. – С. 8-12.
5. Гришкіна Л.И. Формирование культуры здоровья педагогов как инновационная деятельность школы // Вісник психології і соціальної педагогіки [Електронний ресурс]: Зб. наук. праць / Інститут психології і соціальної педагогіки Київського університету ім. Бориса Грінченка; Московський гуманітарний педагогічний інститут. – Вип. 1. – К., М., 2009. – Режим доступу: http://www.psych.kiev.ua/Гришкіна_Л.И._Формирование_культуры_здоровья_педагогов_как_инновационная_деятельность_школы.
6. Дейкун М.П. Культура збереження здоров'я майбутніх учителів // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. – 2015. – Вип. 130. – С. 136-139.
7. Єжова О.О. Критеріальний підхід до оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учнівської молоді // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. Зб. наук. праць. – 2010. – Вип. 14, книга II. – 2010. – С. 311-322.
8. Каньоса Н.Г. Підготовка вчителя до формування культури здоров'я молодших школярів // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. – 2015. – Вип. 8. – С. 167-174.
9. Ковальчук Л. Формування культури здоров'я як умова запобігання виникненню синдрому емоційного вигорання педагога (аспект дослідження культури професійного мислення) // Вісник Львів. ун-ту. Серія педаг. – 2012. – Вип. 28. – С. 3-15.
10. Митина Л.М. Учитель XXI века: здоровье – эффективность – развитие // Здоровье педагога: проблемы и пути решения: Материалы I заочной всеросс. научн.-практ. интернет-конф. (Омск, июнь-сентябрь 2010 г.) / Отв. ред. Е.С. Асмаковец. – Омск: БОУДПО «ИРОО», 2010. – С. 5-11.

ПРО РОЛЬ УЧИТЕЛЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОРУШЕНЬ ЗОРУ В УЧНІВ (Уліцька О.М., Безродня Т.І., Бабічева С.М., Бесараб В.І.)

Освіта є основою інтелектуального, духовного, фізичного і культурного розвитку особистості, її успішної соціалізації, економічного добробуту, запорукою розвитку суспільства, об'єднаного спільними цінностями і культурою, та держави [1, с. 1]. Гуманізація освіти в загальному вигляді означає визнання простої істини – саме людина є головною у системі освіти, саме вона перебуває в її центрі. Метою такої освіти є становлення особистості, розвиток її творчого потенціалу, самореалізація, що неможливо без збереження і зміцнення здоров'я. Школа повинна формувати здоров'язбережувальну компетентність: екологічну грамотність та здорове життя, уміння розумно та раціонально користуватися природними ресурсами в рамках сталого розвитку, усвідомлення ролі навколишнього середовища для життя і здоров'я людини, здатність і бажання дотримуватися здорового способу життя [2, с. 12]. Кожен народ повноцінно живе і успішно розвивається у разі повного забезпечення умов для росту і всебічного розвитку свого майбутнього – підростаючого покоління. Тому охорона здоров'я дітей в Україні є державним завданням [1, с. 7]. «Зір» у науковому визначенні – це сприйняття об'єктів зовнішнього світу завдяки уловленню

відбитого світла. Мова йде про видиму частину спектру (діапазон довжини хвиль 380-760 нм) [7, с. 9]. На сьогодні в Україні проблеми порушення зору посідають перше місце серед інших розладів. До цієї групи належать сліпі (10%) та слабозорі (люди зі зниженим зором). Завершення розвитку органу зору та становлення багатьох зорових функцій відбувається у віці, який співпадає з періодом навчання у школі. Саме в цей період має місце значне навантаження на зоровий аналізатор. В умовах сьогодення воно зростає через суттєві зміни у характері та умовах зорової роботи, що пов'язано з розвитком нових технологій та процесом комп'ютеризації. Порушення зору відносяться до найчастіших відхилень у стані здоров'я учнів. Вони у значній мірі знижують працездатність дітей, обмежують професійний вибір, викликають ряд психологічних відхилень [6; 7]. Основною причиною зниження гостроти зору є вроджені захворювання або аномалії очей (70%) випадків. Фактори, що спричиняють аномалії очей, надзвичайно різноманітні. Серед ендогенних (внутрішніх) – спадковість, гормональні порушення у матері та плоду, резус - несумісність, вік батьків, порушення обміну речовин тощо. До ендогенних (зовнішніх) факторів можна віднести різноманітні інтоксикаційні та вірусні захворювання тощо. Тому пошук прийомів і методів, що сприяють збереженню зорового аналізатора, є актуальним, і залучення до профілактики порушень зору вчителів через опанування ними валеологічними технологіями – це найбільш перспективний шлях до поліпшення здоров'я учнів. Навчальний процес – це велике навантаження на організм дитини, тому разом з атестатом зрілості учень часто отримує купу «шкільних хвороб», отриманих з «вини» освітніх перевантажень, порушень умов навчання, режиму харчування та стресу. Але, як кажуть: «краще попередити, ніж лікувати!». Гарний зір – одна з найважливіших функцій людського організму, що дозволяє дитині бути повноцінною.

На сьогодні в Україні ґрунтовними дослідженнями, присвяченими проблемі зору учнів закладів загальної середньої освіти, займаються українські вчені Н. Бачук, Л. Левченко, А. Прокипець, Н. Завальнюк, Л. Охрименко, В. Філатов та інші. Проблема зору дітей шкільного віку проаналізована у роботах зарубіжних вчених Ф. Амосова, Б. Ананьєва, А. Гвоздьова, С. Міллера та інших. У лонгітюдних дослідженнях стану органу зору в дітей шкільного віку було встановлено, що його порушення діагностувались більше, ніж у 100 на 1000 обстежених. Поширеність патології зростає пропорційно до віку учнів: з 70-80 у молодших класах до 115-125 – у середніх та 180-190 – у старших. Основними причинами порушення зору в школярів були аномалії рефракції та розлади акомодатії, які складають у структурі порушення зору 85%. Було встановлено, що погіршення зору залежить від рівня навчального навантаження. Серед причин порушення зору перше місце посідає спазм акомодатії, друге – короткозорість.

Мета статті полягає в узагальненні інформації з літературних джерел, в яких описані профілактичні методики, спрямовані на попередження порушень зору у дітей, аналіз останніх досліджень і публікацій, розгляд

профілактичних заходів з попередження вад зору, роль учителя у профілактиці порушень зору в учнів.

Відомо, що основний обсяг інформації діти одержують через зоровий аналізатор. При цьому встановлено, що ефективність зорового сприйняття підвищується в умовах широкого просторового бачення, а також рухливості об'єктів один відносно одного та спостерігача. У той же час, згідно з загальноприйнятими методами навчання дітей заняття, як правило, проводяться в режимі ближнього бачення при нерухомості як дітей, так і дидактичного матеріалу. Відмінною рисою методики навчання дітей у режимі «зорових горизонтів» є те, що дидактичний матеріал розміщується на максимально можливій від учнів відстані. За таких умов забезпечується просторово-метричне бачення, глибина і стереоскопічність сприйняття – як основа для гармонійного формування не тільки функцій зору, але й вищих психічних процесів, пов'язаних зі сприйняттям і відтворенням довколишньої дійсності. Методика не пов'язана зі змістом навчального предмета, вона має на меті лише підвищення ефективності зорового сприйняття і цим сприяє ефективності навчання [8, с. 46]. Для того, щоб правильно розсадити дітей у класі, необхідно перевірити гостроту їхнього зору. Щороку в кожній школі проводяться поглиблені профілактичні медичні огляди учнів лікарями-офтальмологами з використанням спеціальних таблиць перевіряють зір кожного учня, використовуючи спеціальні таблиці. Якщо в учнів виявлено вад зору, то далі йде обстеження у спеціалізованому лікувальному закладі, де встановлюється тип вади, за потребою виписуються окуляри, надаються рекомендації учневі та його батькам. Методикою визначення гостроти зору володіє кожен учитель середньої та старшої школи. Наприклад, учитель може визначити індивідуальну зорову робочу дистанцію кожної дитини наступним чином: тримаючи в руці стандартну букву чи цифру, вчитель просить учня відходити, поки контури букви чи цифри не почнуть втрачати чіткість. Для перевірки точності визначення учитель міняє букву й цифру, а учень називає її. У подальшому робоче місце кожної дитини повинно відповідати встановленій дистанції. Дані гостроти зору учнів школи фіксуються в медичних картах учнів та у «щоденниках здоров'я». Повторні перевірки проводяться один раз на семестр. Заняття з використанням методики «зорових горизонтів» проводимо тільки після того, як усіх учнів розсаджено на максимальній для їхньої гостроти зору відстані. Далі уроки проводяться за рекомендованою методикою навчання з предмета (традиційною або інноваційною), наприклад, колективне вивчення одиниць вимірювання фізичних величин за таблицями. В основі таких занять є творче співробітництво учнів та вчителів. Особливо важливим елементом його є активне спілкування вчителя з кожною дитиною. Тільки за умови такого спілкування вчитель відчуває граничну зорову дистанцію для кожного учня і якість сприйняття ним інформації (по напрузі та зосередженості обличчя, положенню тіла, емоційним реакціям тощо). Таке спілкування є необхідною умовою використання методики «зорових горизонтів». Збільшення кількості таких занять особливо важливо сьогодні, коли продовжує зростати роль

технічних засобів у навчанні – проекторів, телевізорів, комп'ютерів, ноутбуків та різних видів гаджетів. Систематичне проведення занять у режимі «зорових горизонтів» сприяє підвищенню ефективності не тільки гармонійного розвитку зорового аналізатора, а й загального психічного стану дитини. За таких умов організації занять вчитель стає центральною фігурою не лише процесу навчання, а й цілеспрямованого формування функціональних можливостей дітей, охоронцем їхнього фізичного і психічного здоров'я.

Педагог має знати, кому з учнів окуляри призначені для постійного використання, а кому - для роботи лише на далекій чи близькій відстані, та контролювати дотримання дітьми визначеного режиму. Лікар має надати рекомендації щодо освітлення робочого місця учня (це не завжди перша парта чи місце біля вікна). Кілька порад вчителю щодо профілактики зору в дітей: освітлення робочого місця учня має бути не менше 75-100 кд/м²; приберіть усі перешкоди на шляху до робочого місця учня; в унаочненнях доцільно збільшувати шрифт, фон зробити не білим, а світло-жовтим чи світло-зеленим; коли пишете на класній дошці, намагайтеся розташовувати матеріал так, щоб в учня він не зливався в суцільну лінію; з'ясувати, написи яким кольором крейди учень бачить краще; давати можливість учням підійти до дошки, щоб краще роздивитися написане; озвучувати все, що написано на дошці; заздалегідь потурбуватися, щоб все, що пишеться на дошці, було продубльоване у роздавальному матеріалі; звертати увагу на якість роздавального матеріалу: папір має бути матовий, а не глянцева, шрифт - великим і контрастним. Учні з порушенням зору потрібно більше часу на виконання вправ, читання тексту. Не переобтяжуйте учня читанням великих текстів під час самостійного опрацювання матеріалу, краще поясніть ще раз усно, переконайтеся, що він все зрозумів. З таких предметів, як математика, фізика, хімія, біологія, література, історія тощо можна використовувати аудіозаписи.

Профілактика порушень зору – це комплекс заходів, спрямованих на підтримку зорової функції в нормальному стані та на попередження виникнення хвороб очей. Основними напрямками профілактики зору є попередження розвитку порушень зору при читанні, запобігання погіршення зору при роботі з комп'ютером, профілактика розвитку короткозорості. Дотримання заходів безпеки при роботі й відпочинку з напругою очей не замінюють огляди у лікаря, які необхідні навіть здоровим людям [4, с. 6].

Для попередження порушень зору при читанні учителям необхідно пояснити учням, як правильно розташовувати джерело світла: воно повинне знаходитися позаду учня і трохи зверху (світло із-за плеча); зробити освітлення помірно яскравим: шкідливим є як приглушене, так і яскраве світло, що викликає перенапруження очних м'язів; уникати штучних світлових променів, що б'ють прямо в очі, накривши їх плафонами; не читати у транспорті, що рухається, так як постійний рух тексту ускладнює фокусування на об'єкті; при читанні не наближати книжку до очей ближче, ніж 30 см [4, с. 3].

Сучасний світ не мислить свого життя без використання комп'ютерів. На жаль, комп'ютери не тільки допомагають нам у роботі, але й шкодять очам, особливо у тому випадку, коли за монітором дитина проводить багато часу. Тому гостро стоїть питання про те, як профілактика зору учителем допоможе уникнути в майбутньому проблем із зором. Щоб попередити погіршення зору бажано: розташовувати монітор на відстані витягнутої руки; після 40 хвилин роботи за комп'ютером необхідно зробити перерву і виконувати прості вправи, наприклад, поморгати, щоб зняти напругу; під час роботи за комп'ютером дитина моргає в 3 рази рідше, ніж зазвичай, тому при тривалій роботі очі пересихають, часте моргання або використання спеціальних зволожувальних крапель допоможе впоратися з цією проблемою. Спеціалісти, які займаються дослідженням впливу комп'ютера на стан здоров'я користувача, погоджуються з тим, що збільшення кількості учнів, які скаржаться на проблеми із зором, безпосередньо пов'язане з роботою на персональному комп'ютері. Ось лише деякі ознаки «перевантаження комп'ютером» (симптоми): сухість, свербіж в очах, печія в очах, відчуття «піску» під повіками, сповільнене перефокусування з ближніх об'єктів на дальні, підвищена чутливість до світла, сповільнена реакція на подразнення, головний біль, біль усіх відділів хребта, шиї, безпричинна знервованість, нерідко депресія, як наслідок – поганий сон; стомлюваність, як очей, так і загальна втома в процесі роботи. Помічено, що протягом робочого тижня всі ці симптоми нарастають, за ніч не проходять і до кінця тижня різко впливають на виконання навчальних завдань учнів. Потрібно дотримуватись обов'язкових правил для уникнення в майбутньому можливих проблем із зором: вибрати сучасний монітор, дотримуватись безпечної відстані від монітора 50-70 см, з розміщенням його під прямим кутом по відношенню до ока. Кожні 45 хвилин необхідно влаштовувати перерви 15 хвилин, під час яких дивитися в далину (більше трьох метрів) або часто переводити погляд з одного предмета на інший. Не бажано розташовувати робоче місце в кутку. Ідеально, коли робоче місце учня, який працює за комп'ютером, розташоване біля вікна, оскільки очі в будь-який момент можуть відпочити при погляді у вікно. Необхідно регулярно і тривало провітрювати кімнату, де працює персональний комп'ютер. Кондиціонер не є заміною, бо несе безжиттєве повітря. Дуже важливим є озеленення робочих місць. Зелені рослини переробляють вуглекислий газ (результат видиху людини) і поглинають іонізуючі речовини, що утворилися внаслідок випромінювання монітора. Мати гнучке, треноване на витривалість тіло, регулярно підтримуючи його в формі, тобто вести активний здоровий спосіб життя, правильно харчуватися. Для гарного зору треба їсти побільше моркви, особливо корисною для очей вважається чорниця. Добре зберігають і відновлюють очі перфораційні окуляри, якими треба користуватись під час роботи з персональним комп'ютером. Для відновлення зору учнів треба виконувати вправи по кілька разів на день: масаж закритих очей внутрішньою поверхнею долоні по 20-60 секунд; сильно замружитись на 3-5 хвилин, відкрити очі на 1-2 секунди, знову замружитись і так декілька раз; сконцентрувати погляд на кінчику носа на 3-5

секунд, розвести очі, знову звести на кінчик носа; кругові оберти очима вліво, вправо; швидкі погляди вгору вниз-вліво-вправо-вгору; дотримуватись норм роботи за комп'ютером. Для учнів рекомендуються такі норми при роботі з комп'ютером: дитні шестирічного віку можна працювати 10-12 хвилин, у сім-вісім років – 15 хвилин, у дев'ять-десять років – до 20 хвилин, для старшокласників тривалість праці за комп'ютером становить 45 хвилин не більше чотирьох разів на тиждень. Детальні вимоги до обладнання та організації робочого місця учня наведені у «Державних санітарних правилах та нормах ДСанПІН 5.5.6.009-98» [3, с. 2].

У школі багато дітей мають ваду короткозорості, тому учитель систематично повинен проводити заходи з профілактики короткозорості. Читання, письмо, робота за комп'ютером, вишиванням, виготовлення виробів із бісеру тощо – всі ці види робіт пов'язані з фокусуванням зору на близькій відстані. Тому зоровий м'яз часто відчуває перенапруження, звикаючи працювати лише в певному режимі. Для профілактики порушення зору необхідно робити часті перерви в роботі, спрямовуючи погляд в далечінь. Статичні пози учнів під час роботи порушують кровообіг, тому діти повинні встати, підійти до вікна та намагатися розглядати об'єкти, віддалені на значну відстань. Якщо робота учнів на уроках інформатики пов'язана з комп'ютером, їм необхідно у вільний час намагатися якомога менше напружувати очі, уникати тривалого перегляду телевізора, читання. Профілактика зору учнів передбачає правильного харчування. Потрібно вживати більше продуктів, багатих вітамінами А і Д: курячі яйця, яловичу печінку, вершкове масло, зелені овочі, моркву. Невід'ємною частиною профілактики зору є регулярне відвідування офтальмолога: перевіряти зір здоровим учням необхідно не рідше 1 разу на рік, а дітям з вадами зору – 1 раз на півроку. Профілактичний огляд допоможе запобігти розвитку захворювань очей, зупинити розвиток короткозорості та інших порушень зору учнів.

Кращим методом профілактики зниження гостроти зору серед школярів вважається правильна організація робочого місця в комплексі з правильним тренуванням і відпочинком. Робоче місце учня – це його парта в школі, вдома – стіл, за яким він навчається, робить домашнє завдання. Ці меблі повинні бути підібрані відповідно до його зросту, що забезпечить правильне положення тіла та відстань від очей до зошита або підручника, не ближче 30 см. Крім того, завдання учителя - навчити учнів правильно сидіти за своїм робочим місцем для вироблення правильної пози, що вбереже від порушень постави та зниження гостроти зору. Правильною вважається така поза, коли учень сидить глибоко на стільці, попереково-крижовою частиною опирається на його спинку, тримає рівно корпус і голову, яку злегка нахилиє уперед, ноги зігнуті в кульшовому та колінному суглобах під прямим кутом, стопи опираються на підлогу, а передпліччя вільно лежать на столі. Робоче місце має бути освітленим. Для достатнього природного освітлення мають бути великими та незатемненими вікна, штучне освітлення в класах становити 300 люкс. У класах при розсадженні учнів природне світло має падати в очі зліва,

для штучного освітлення в темний період року з гігієнічної та економічної точки зору найкраще використовувати люмінесцентні лампи типу ЛН природного, ЛБ білого, ЛХБ холодного білого, ЛТПЦ темно-білого кольорів та світильники розсіяного світла. Для школяра високого зросту із зниженою гостротою зору, короткозорістю ідеальним є відведення місця за партою в першому або третьому рядах ближче до вікна. На перервах та після закінчення занять учням рекомендується активний відпочинок на свіжому повітрі, не можна зразу робити уроки або працювати за комп'ютером чи дивитися телевизор. Крім цього, учитель повинен пояснити учням користь тренування очей за допомогою простих вправ: кілька разів із силою заплющити, а потім розплющити очі; обертати очима спочатку за годинниковою, а потім проти годинникової стрілки; сфокусувати зір на віддаленому предметі, після чого близько до очей піднести палець і сфокусувати зір на ньому; кілька разів подивитися вгору, вниз, вліво, вправо. Такі вправи варто робити регулярно протягом дня, у випадку скарг дитини на втому очей, відчуття дискомфорту, різі в очах потрібно терміново звернутися до офтальмолога. Проблеми із зором можуть бути від травм очей в учнів, особливо під час уроків трудового навчання, фізичної культури, практичних занять з хімії, фізики. Запобігти травмуванню на цих уроках допоможуть засоби особистого захисту: від бактеріальних захворювань очей (наприклад, кон'юнктивіту) вбережуть елементарні правила дотримання особистої гігієни (не слід терти очі брудними руками, використовувати чужі засоби гігієни – рушники, носові хустинки). Шкідливо впливає на зір паління, тому вчитель повинен систематично проводити профілактичні бесіди з попередження шкідливих звичок в учнів.

Особливу увагу доцільно приділити організації робочого місця школяра. Якщо в організації робочого місця допускається невідповідність параметрів меблів антропометричним характеристикам учня, то виникає необхідність постійного підтримання вимушеної робочої пози, що може призвести до порушень кістково-м'язової та периферійної нервової системи. Довготривалий дискомфорт в умовах недостатньої фізичної активності може викликати розвиток загальної втоми, зниження зору в учнів, болі в області попереку, спини. На це в першу чергу повинен звернути увагу вчитель, облаштовуючи робочі місця учнів у школі, та батьки, облаштовуючи робочий стіл дитини вдома [9, с. 5].

Отже, освітній процес у закладі загальної середньої освіти – це велике навантаження на організм дитини, особливо на зір учня. Гарний зір – одна з найважливіших функцій людського організму, що дозволяє людині бути повноцінною. Саме зір допомагає дитині отримати більше половини всієї інформації про навколишній світ. Центральне місце у профілактиці вад зору учнів відіграє учитель. Він проводить профілактичні заходи при погіршенні зору при читанні, при роботі за комп'ютером, при короткозорості або далекозорості, при організації робочого місця учня в школі та вдома, при роботі з батьками учнів класу та школи.

Список використаних джерел

1. Нова українська школа. Концептуальні засади реформування середньої школи. Режим доступу: www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukrainska-shkola-compressed.pdf
2. Закон України «Про освіту» (Відомості Верховної ради (ВВР), 2017, № 38/39, ст. 380). Режим доступу: zakon5.rada.gov.ua/lans/show/2145-19
3. Профілактика порушень зору у школярів. Режим доступу: Chuguiv.school2.edu.kh.ua/medchne_obsługovuvannya/profilaktika_porushenj_zoru_u_skolyariv/
4. Профілактика порушення зору. Причини порушення зору. Режим доступу: poradu.pp.ua/krasa-zdorovya/16969-prof-laktika-porushennya-zoru-prichini-porushennya-zoru.html
5. Тостанов О.К., Павловський В.А. Охорона здоров'я дітей та підлітків. Частина II. Попередження дитячих захворювань: Навч.-метод. посіб. - Житомир: Видавництво ЖБУ ім. І. Франка, 2009. - 208 с.
6. Пояснення порушення зору. Режим доступу: <http://vygoda-ecrc.if.ua/wp-content/uploads/2017/08/.pdf>
7. Базарный В.Ф. Зрение у детей: Проблемы развития / Отв. ред. К.Р.Седов. - Новосибирск: Наука.сиб.отд., 2001. -138 с.
8. Базарный В.Ф., Уфимцев Л.П. Влияние занятий в режиме «зрительных горизонтов» на динамику функций зрения у детей // Гигиена и санитария.-1999. - № 3. – С. 46-48.
9. Физкультура при близорукости / Э.С. Аветисов, Е.И. Ливада, Ю.И. Куркова. - М.: Знание, 1985. - 64 с.
10. Бейтс Уильям. Улучшение зрения без очков по методу Бейтса. – Вильнюс: Полина, 1990. – 272 с.
11. Старков Г.Л. Как сохранить и улучшить зрение. – М.: Медицина, 1972. – 120 с.
12. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу / За ред. С.В. Страшка // Навч.-метод. посіб. – К.: Освіта України, 2006. – 260 с.
13. Страшко С. Теоретико-методологічні основи підготовки вчителя основ здоров'я в Україні // Імідж сучасного педагога. – 2011. – № 8/9. – С. 48-53.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЯК ФАКТОР ПРОФЕСІЙНОГО ЗРОСТАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ (Царькова О.В., Каткова Т.А.)

Суттєвим показником психічного здоров'я людини є здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участі в соціальній діяльності та суспільно корисній праці. Відомо, що для студентів вищих навчальних закладів ведучим видом діяльності є навчання та засвоєння майбутньої професії. Якість цього процесу прямо пов'язана з психічним здоров'ям молодшої людини та створенням психологічно безпечного освітнього середовища. Робота в цьому напрямку повинна базуватись на гуманістично орієнтованих технологіях і нормах особистісного розвитку студентської молоді.

Поняття «здоров'язберезувальні технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності освітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я студентів. Серед технологій, які дозволяють формувати більш високий рівень психічного здоров'я студентів, є психологічні тренінги.

Тренінги базуються на якості процесу взаємодії, що приводять до зменшення нервово-психічної напруги, підвищують здатність до саморегуляції, тобто сприяють розвитку психічного здоров'я. Тренінги, як форма психологічної роботи, мають декілька змістовних парадигм [3].

Результативність психологічного тренінгу як здоров'язберігаючої технології обумовлюється такими принципами: відкритість і чесність, усвідомлення учасниками себе і свого фізичного «Я», відповідальність, увага до почуттів і принцип «тут і зараз». Крім того, психологічний тренінг за умови дотримання вказаних принципів і сам є моделлю здоров'язберігаючого середовища.

І. Дубровіна під психологічним здоров'ям розуміє психологічні аспекти психічного здоров'я, тобто те, що відноситься до особистості в цілому, знаходиться в тісному зв'язку з вищими проявами людського духу. Психологічне здоров'я є необхідною умовою повноцінного функціонування та розвитку людини в процесі його життєдіяльності. Таким чином, воно є умовою адекватного виконання людиною своїх вікових, соціальних і культурних ролей та забезпечує людині можливість безперервного розвитку протягом всього його життя [8].

Потрібно зазначити, що саме використання терміну «психологічне здоров'я» підкреслює нероздільність тілесного і психічного в людині для повноцінного функціонування. В рамках цього напряму детально вивчається вплив психічних факторів на збереження здоров'я і на появлення хвороби. І саме здоров'я розглядається не як самоціль, а як умова для самовтілення людини на Землі, виконання нею своєї індивідуальної місії. Тому, спираючись на положення психології здоров'я, можна припустити, що саме психологічне здоров'я є передумовою фізичного здоров'я. Тобто якщо виключити вплив генетичних факторів або катастроф та стихійних лих, то психологічно здорова людина, наймовірніше, буде здорова і фізично. Взаємозв'язок між психічним та соматичним був відомий в медицині ще Сократом.

Психосоматична медицина розглядає механізми впливу психіки на тілесні функції, систематизує психосоматичні розлади, визначає методи їх профілактики і лікування. Можна спостерігати тенденцію розширення спектру психосоматичних захворювань, тобто по мірі розвитку науки виявляється психічна обумовленість все більшої кількості захворювань. В якості прикладів захворювань, що розвинулись на основі психічної схильності, можна привести розлади серцево-судинної системи, розлади шлунково-кишкового тракту, псевдоневрологічні розлади.

Дійсно, якщо скласти узагальнений портрет психологічно здорової людини, то можна отримати наступне. Психологічно здорова людина – це насамперед людина спонтанна і творча, життєрадісна і весела, відкрита.

Отже, основною функцією психологічного здоров'я є підтримка активного динамічного балансу між людиною і навколишнім середовищем в ситуаціях, що вимагають мобілізації ресурсів особистості.

Звичайно, психологічне здоров'я дітей має свою специфіку. І. Дубровіна стверджує, що основу психологічного здоров'я складає повноцінний психічний розвиток на всіх етапах онтогенезу [5].

Отже, психологічне здоров'я дитини і дорослого буде відрізнятися сукупністю особистісних новоутворень, які ще не розвинулися у дитини, але повинні бути присутніми у дорослого. Таким чином, можна говорити про те, що психологічне здоров'я – це прижиттєве утворення, хоча, безумовно, його передумови створюються ще у пренатальному періоді. Природно, що протягом життя людини воно постійно змінюється через взаємодію зовнішніх і внутрішніх факторів, причому не тільки зовнішні фактори можуть переломлюватись через внутрішні, але і внутрішні фактори можуть модифікувати зовнішні впливи.

Американський психолог А. Маслоу вважає, що здорова людина – це насамперед людина щаслива, що живе в гармонії з самим собою, не відчуває внутрішнього розладу, захищається, але не нападає першою ні на кого. Їм же сформульовані і основні потреби здорової людини, до яких Маслоу відносить: фізіологічні потреби, потребу в безпеці, потребу в прихильності і любові, потребу в повазі, потребу в самоактуалізації.

Дослідники називають критерії здоров'я, які найбільш часто зустрічаються в літературі, розподіляючи їх у відповідності з видами прояву психіки (процеси, стани, властивості) [1; 4].

З психічних процесів частіше згадуються: максимальне наближення суб'єктивних образів до об'єктів дійсності, що відображуються; адекватне сприйняття самого себе; здатність концентрації уваги на предметі; утримання інформації в пам'яті; здатність до логічної обробки інформації; критичність мислення; креативність; дисципліна розуму.

У сфері психічних станів до їх числа зазвичай включають: емоційну стійкість; зрілість почуттів відповідно віку; керування негативними емоціями; вільний, природний прояв почуттів і емоцій; здатність радіти; збереження звичного (оптимального) самопочуття.

Актуальність досліджень психічного здоров'я студентів визначається наявністю стресогенних факторів в студентському середовищі, таких як ситуації іспитів, періоди соціальної адаптації, необхідність особистісного самовизначення в майбутньому професійному середовищі. Стрес і його наслідки становлять серйозну загрозу психічному здоров'ю індивіда.

Особливо це відноситься до студентського періоду в житті людини, коли особистісні ресурси здаються нескінченними, а оптимізм по відношенню до власного здоров'я переважає над турботою про нього. Сильна орієнтація на переживання цього, висока мотивація досягнень витісняють зі свідомості студента можливі побоювання, пов'язані з наслідками тривалого стресу. Студентський вік характеризується різноманіттям емоційних переживань, що відображається в стилі життя, що виключає турботу про власне здоров'я, оскільки така орієнтація традиційно приписується старшому поколінню і оцінюється молодого людиною як «неприваблива й нудна». У цей час обмежені також здатності до релаксації і відпочинку в силу тих же

переконань у невичерпності власних фізичних і психічних ресурсів. Період активного входження до нового соціального середовища супроводжується діями, спрямованими на отримання визнання і високого статусу в групі студентів-однолітків. При цьому використовуються різні засоби, які не відповідають профілактиці здоров'я (нікотин, алкоголь, наркотики).

Психологія здоров'я особливу увагу приділяє визначенню «ціни», яку платить людина в ситуаціях підвищених вимог, психічних навантажень і перевантажень. Безсумнівно, студентське середовище відноситься до таких, в яких ці перевантаження і вимоги виступають у всьому різноманітті. Саме в цей період формується майбутній професіонал, стан психічного здоров'я якого безпосередньо впливає на успішність, діяльність і стиль життя в цілому. В період гострих соціально-економічних змін проявляється ще один додатковий фактор ризику щодо збереження психічного здоров'я – соціальна і професійна невизначеність майбутнього спеціаліста в суспільстві та необхідність пошуку робочого місця, відповідного рівня освіти і підготовки.

До факторів психічного здоров'я відносяться установки і очікування, пов'язані з майбутніми подіями. Позитивні установки допомагають успішно подолати стрес, оскільки емоції, пережиті у важких ситуаціях, діють як механізми підкріплення діяльності. У разі негативних установок емоції починають надавати деструктивну, послаблюючу дію. Очікування по відношенню до ситуації можуть змінюватись залежно від конкретних умов, однак можна виділити деякі генералізовані очікування, які не залежать від вмісту ситуації, що відображають песимістичні або оптимістичні установки індивіда. Очікування індивіда займають одне з центральних місць у дослідженнях стресу та його наслідків, таких, наприклад, як феномен психічного вигорання [2; 6].

Втрата контролю над результатами своєї діяльності знижує мотивацію індивіда, викликає почуття страху та невизначеності і тим самим веде до раннього розвитку симптомів вигорання. У повсякденній поведінці людина до тих пір прагне знайти ефективні стратегії подолання стресових ситуацій, поки не переконається у даремності цих зусиль, тобто прийде до висновку про те, що ситуація не має виходу.

Наступний важливий фактор психічного здоров'я студентів – задоволення результатами своєї діяльності. Почуття успішності асоціюється з переживанням високого суб'єктивного значення особистісних прагнень, а також з високою ймовірністю досягнення поставленої мети. Свідомий вибір мети і позитивна оцінка можливостей її досягнення мають вирішальне значення в процесах саморегуляції. Усвідомлення можливості визначення мети і способів її досягнення сприяє формуванню стійкості до стресу і пошуку конструктивних стратегій його подолання. Переконання у низькій власній ефективності може призводити до порушень когнітивних процесів в ситуації навантаження, наприклад, блокуванні пам'яті та мислення в ситуаціях іспитів.

Очікування неконтрольованості значущих подій призводять до розвитку негативних емоцій, причому ці очікування часто зводяться до раннього

негативного досвіду, який стає стійким переконанням. Перцепція власної поведінки є центральним аспектом теорії ефективності власних дій Бандури. Саме перцепція ефективності власних дій впливає на перебіг розумових, мотиваційних і емоційних процесів, тобто стає важливим регулюючим механізмом подолання стресу. Оцінка ефективності власних дій у різних ситуаціях показала існування великої залежності від змісту ситуацій і незначний вплив стабільних особистісних рис. Активність особистості варіюється від ситуації до ситуації і меншою мірою визначається її стабільними властивостями.

Зіставляючи концепцію ефективності власних дій з теорією очікувань, слід підкреслити, що уявлення про ефективність власних дій не завжди збігаються з очікуваннями щодо наслідків своєї поведінки, особливо в ситуаціях, частково залежать від самого суб'єкта [10].

Різниця між поняттями ефективності та очікувань полягає в наступному: перше описує переконання суб'єкта в тому, що він впорається з ситуацією; друге – його уявлення про те, що він вважає винагородою за вирішення ситуації. У зв'язку з цим, слід згадати про ще один чинник, який, безсумнівно, відіграє істотну роль у процесах ефективного подолання важких ситуацій. Це так звана криза гратифікації.

Криза гратифікації розглядається в психології здоров'я як явище, яке може призвести до різкого зростання невдоволення результатами своєї діяльності, безсилля, зневіри, відчаю, зниження мотивації досягнень. Модель кризи гратифікації можна представити як протиріччя між високим рівнем енергетичних витрат і низьким винагородою. Протиріччя між власним внеском та отриманим винагородою призводить до зниження самопочуття, появі психосоматичних захворювань, тобто стає причиною погіршення психічного здоров'я індивіда. Вихід з такої ситуації деякі психологи бачать у підвищенні соціального статусу, отриманні визнання і схвалення з боку безпосереднього оточення, підтримки з боку групи, в яку включений індивід.

Дослідження причин студентського стресу часто відзначається у студентів-першокурсників, які вперше зіштовхнулись з новими, відмінними від шкільних, вимог. Анонімність студента-першокурсника особливо гостро відчувається іногородніми студентами, відірваними від дому та сім'ї, які переживають важкий процес пристосування до нових умов життя. Необхідну допомогу в подоланні цього негативного явища може надати психологічна служба вищого навчального закладу, надаючи різного роду консультації та допомогу в організації навчальної діяльності.

Одним з механізмів ідентифікації із середовищем діяльності стає почуття когерентності. Воно пов'язане з позитивною оцінкою можливостей вирішення проблемної ситуації, виробленням ефективних стратегій її подолання, позитивної життєвої установкою [7].

Почуття когерентності як механізм подолання стресу, включений у процес ідентифікації з середовищем, впливає на формування позитивних очікувань успішності власної діяльності, гарантує раціональне використання своїх можливостей і тим самим сприяє збереженню психічного здоров'я.

Рання діагностика індивідуальних резервів індивіда може дозволити визначити індивідуальні стратегії подолання важких ситуацій, вказати характерні способи реагування на вимоги студентського середовища. Вихідним пунктом планування профілактики стресу в студентському середовищі може бути концепція когерентності Антоновського [9]. Сприйняття найближчого оточення як доброзичливого, що має високе особистісне значення, очікування позитивного підкріплення, антиципація позитивних ефектів своєї діяльності розширюють соціально-психологічну компетентність індивіда і знижують небезпеку появи симптомів вигорання. Метою психологічної профілактики стресу в студентському середовищі є формування вмінь активного подолання стресу, формулювання близьких і далеких цілей діяльності, підвищення самоконтролю і регулювання власної активності, здатності до підтримки необхідної дистанції по відношенню до професійного середовища.

У дослідженнях стратегій подолання стресових ситуацій, тобто копінг-стратегій, виділяється декілька основних форм. До них відносяться: конфронтативний допінг, дистанціювання по відношенню до проблемної ситуації, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття на себе відповідальності за вирішення проблеми, уникнення вирішення складних проблемних ситуацій, планування власних дій, переоцінка значення проблемної ситуації. Серед перерахованих стратегій пошук соціальної підтримки займає особливе місце, оскільки переводить аналіз стресових ситуацій від індивідуального рівня до контексту всієї ситуації в цілому, що включає в себе широке поле взаємодії індивіда з іншими людьми.

Соціальну підтримку в узагальненому вигляді можна визначити як усіляку допомогу, що надається індивіду середовищем у важких ситуаціях. Сюди відносяться насамперед проблемні ситуації, ситуації стресу та критичні життєві події. Соціальна підтримка з боку близького оточення може приймати різні форми: поради, надання необхідної інформації, емоційне співпереживання, бесіди, спільні дії.

Можна говорити про різні види підтримки, які передбачають низку заходів, спрямованих на забезпечення студентської діяльності. У більшості західних університетів функціонують спеціально створені консультаційні пункти для студентів, які допомагають їм вирішувати проблеми, пов'язані з організацією студентського життя.

Дослідження факторів стресу у професійній діяльності переконливо показують, що соціальна підтримка – одна з умов редукції стресових станів. Під цим розуміється допомога і сприяння з боку колег і керівництва у вирішенні професійних проблем. У критичних ситуаціях вона стає важливим захисним психологічним фактором, що сприяє психічному здоров'ю людини. Недостатня соціальна підтримка може призводити до таких небажаних наслідків, як відчуження і незадоволеність результатами своєї діяльності, стає джерелом розчарування і розчарування.

Соціальна підтримка з боку професійного середовища, і в першу чергу колег, стає джерелом позитивних емоційних переживань, допомагає при

вирішенні конфліктних ситуацій, охороняє від негативних наслідків гострої конкуренції. Очікування позитивного підкріплення з боку оточуючих, підтвердження корисності та ефективності власних дій протистоїть відчуженню і емоційному виснаженню у суб'єкт-суб'єктних відносинах. Особливе значення це набуває в педагогічних професіях, зазначених необхідністю підтримки постійних і тісних інтерперсональних контактів. Якість партнерських взаємин визначає ступінь підтримки і знижує ризик ранньої появи симптомів професійного вигорання.

Недостатня соціальна підтримка веде до розвитку почуття відчуженості від результатів діяльності, до невдоволення собою. Відповідно до положень теорії відчуження, наслідками низькою соціальної підтримки стає розчарування. У разі, якщо протягом тривалого часу людина не в змозі подолати почуття відчуженості, розвиваються такі симптоми вигорання, як почуття власної неповноцінності, різке зниження самооцінки, почуття провини, агресія, спрямована на себе і оточуючих.

Проблематика соціальної підтримки протягом багатьох років перебуває в центрі уваги досліджень психічної навантаженості, стратегій подолання стресу. Численні дослідження показують взаємозалежність між ступенем психічної навантаженості, схильністю психосоматичних захворювань і заходами соціальної підтримки.

Зовнішня оцінка та підтримка як фактор ефективної діяльності є важливою передумовою психічного здоров'я індивіда. Очікування успіху і позитивного підкріплення з боку оточуючих веде до підвищення мотивації досягнень, формування ефективних стратегій подолання стресу, тобто сприяє збереженню психічного здоров'я індивіда.

Список використаних джерел

1. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: Учеб. пособ. – СПб., 1998.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.
3. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. – М: Изд-во «Ось-89». 1999.
4. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб., 1999.
5. Дубровина И.В. Психологическая служба образования: научные основания, цели и средства // Психологическая наука и образование. – 1998. - № 2.- С. 5-9.
6. Здоровье студентов: Монография / Кол. авторов. под ред. Н.А. Агаджаняна. – М.: Изд-во РУДН. 1997. – 199 с.
7. Казин Э.М., Пинчина Т.С. Психолого-педагогические подходы к здоровью и развитию личности в системе образования // Валеология. - 1997. - № 3. – С. 5-9.
8. Практическая психология образования: Учеб. пособ. / Под редакцией И.В. Дубровиной. - 4-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 592 с.
9. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
10. Фаустов А.С., Щербатых Ю.В. Коррекция уровня экзаменационного стресса у студентов как фактор улучшения их здоровья // Здоровоохранение. – 2001. - № 4. – С. 38-39.

НООСФЕРНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГО- ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ПОЗАШКІЛЬНОМУ ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ

(Шановалова Т.Г.)

Якщо взяти за основу ідею відповідальності системи освіти за стан суспільства та розвиток особистості, з урахуванням її випереджувальної ролі, то треба визнати за необхідне ноосферний підхід до вирішення проблем сучасного освітнього простору. Неузгодженість технологічних змін з духовно-світоглядним станом суспільства проявилась в негативних наслідках для здоров'я особистості та взагалі суспільства. У нинішніх умовах актуалізується проблема пошуку ціннісних здоров'язбережувальних орієнтирів. Одним із напрямів такого пошуку є науково-філософська спадщина В. Вернадського про ноосферу. Вчений розглядав ноосферу як природний процес переходу біосфери в ноосферу, стан гармонії в системі «людина – суспільство – природа». Завданням освіти є підготовка людини до життя в ноосферному середовищі, в нових соціоприродних умовах. Основою концепції стійкого розвитку суспільства, методологічним принципом стратегії виживання людства, а отже збереження здоров'я є вчення про ноосферу. Актуальність ноосферної освіти потребує розробки її принципів, змісту та методів.

В Україні відбувається корінна зміна парадигми освіти і соціокультурної політики, переорієнтація суспільного ноосферного розвитку на людину, її особистісні і культурні цінності. Серед соціально-педагогічних проблем найбільш актуальною стає проблема формування еколого-валеологічної культури дітей та молоді.

Існуюча тенденція зниження рівня здоров'я дітей висуває на перший план необхідність представлення механізму забезпечення й розвитку здоров'я підростаючого покоління в системі неперервної освіти. Його пріоритетності в освітньому просторі, усвідомленні глибокої сутності взаємозв'язку оточуючого природного середовища й здоров'я людини. Розвиток відношень до природи як до суб'єкту у процесі взаємодії людини і природи набуває першочергового значення.

Основу теоретичної розробки моделі формування еколого-валеологічної культури складає ідея еколого-валеологічної освіти, яка була розроблена З. Тюмасевою і розглядається в роботах зарубіжних і вітчизняних учених Г. Апанасенка, Ю. Бойчука, В. Горашука, Р. Денисенка, О. Крежевського, Є. Кушніної, Л. Моїсєєвої, Д. Натарової, В. Оржеховської, Л. Пономарьової, С. Свириденко, В. Соломіна, С. Страшка, Л. Татарнікової та інших [10].

Учення В. Вернадського про ноосферу стало тим завершальним етапом, що поєднав еволюцію живої речовини зі світом неживої матерії, створивши тим самим загальну схему єдиного процесу розвитку матеріального світу, що зумовило необхідність перегляду підходів до вдосконалення системи освіти, зокрема позашкільної. Сам термін «ноосфера» запропонував Е. Леруа у 1924 р. в Парижі на науковому семінарі, де обговорювалась доповідь

В. Вернадського про концепцію розвитку біосфери, а потім це поняття було удосконалене П. Тейяр де Шарден [4, с. 68].

В. Вернадський, визначаючи основні особливості живого, вперше писав, що людина є квантовою системою, для якої характерний дуалізм, тобто організм людини – це водночас фізичне тіло і польова структура (духовне тіло). Лише в гармонійній єдності цих двох начал людина як квантова система, як гармонійна, невід’ємна частинка Всесвіту в цілому, можлива [2; 4].

Цілісний (холістичний) підхід до людини як біоенергоінформаційної системи розкриває перспективні можливості розробки нових технологій як навчання, так і оздоровлення. Такий підхід, на думку М. Гончаренко, основа нової світоглядної парадигми духовної еволюції людини як безальтернативної стратегії виживання цивілізації та збереження здоров'я в умовах катастрофічно наростаючої глобальної екологічної та духовної кризи, умова переходу суспільства на ноосферний рівень розвитку [2, с. 12].

У формуванні нового ставлення до власного здоров'я В. Горащук наголошує на духовно-фізичній гармонії людини і природи на засадах учення про ноосферу В. Вернадського [3].

Еколого-валеологічну освіту та виховання О. М'ягченко і О. Гречишкіна вважають самостійним напрямом сучасної педагогіки [6, с. 54].

Низка досліджень З. Тюмасевої, присвячені забезпеченню у вихованні і навчанні природовідповідності, валеологізації освіти, вивченню питань еколого-валеологічної атракції як провідного напрямку модернізації сучасної освіти [9].

Здоров'я людини як одну з найважливіших екологічних проблем сучасності розглядає І Суравегіна та наголошує на ролі педагогіки в її рішенні [8].

Дослідження В. Карпенко дозволяють констатувати, що ноосферна еколого-валеологічна культура виходить із таких світоглядно-методологічних настанов, які лежать в основі гуманістично-ноосферної концепції:

- інтегральна єдність людства (тільки на основі спільних зусиль усіх держав планети є можливим подолання екологічної кризи);
- розум як визначальний фактор еволюції суспільства (але наслідки діяльності розуму можуть бути як конструктивними, так і деструктивними);
- соціум як найбільша геологічна сила (антропогенні перетворення гео-, біо-, атмо- та гідросфери на зламі століть слугують емпіричним обґрунтуванням цього твердження);
- необхідність дотримання діалектики інтересів усіх і кожного в процесі ноосферогенезу (оскільки людина, її благо у широкому сенсі і є вихідним пунктом і кінцевою метою подолання екологічної кризи);
- еволюція речовини взагалі спрямована на самоорганізацію ноосфери як останнього з ряду етапів еволюції біосфери (однак досягнення ноосферного етапу розвитку не є однозначно гарантованим);

- коеволюція суспільства і природи як умова становлення ноосфери (можна порівняти цю позицію із дослідженими вище крайнощами біоцентризму та технократизму і технологізму);

- необхідність узяття розумом коеволюційних процесів під свій контроль (оскільки поза розумним корегуванням взаємодія суспільства і природи призводить, як показують факти, до катастрофічних наслідків як для людини, так і для біосфери) [5].

Важливим аспектом розробки нових духовних цінностей в контексті активного становлення еколого-валеологічної культури постає подальша рефлексія науково-технічних відкриттів та їх імплементації у суспільну практику. Як стверджує Д. Нейсбіт, «ми рухаємось у бік дуалізму «технічний прогрес ... – душевний комфорт ...», коли кожна нова технологія супроводжується компенсаторною гуманітарною реакцією». Особливо важливими тут постають нанонаука, нанотехнології та штучний інтелект [7].

На основі аналізу стану здоров'я школярів і студентів, причин демографічної кризи в Україні, можна зробити висновок про значний негативний вплив сучасної системи освіти на здоров'я тих, хто вчиться. Тому колишня педагогічна парадигма повинна зазнати гуманістичного перетворення, що базується на нових наукових даних про будову світу і холістичну природу людини. Провідними напрямками сучасної гуманістичної освіти повинні стати формування духовності і нового світогляду, а принципами – загальні закони розвитку життя і основні положення стратегії здоров'я.

Виховання духовності в освітньому процесі повинне починатися із залучення дитини до морально-етичних принципів співжиття. Провідним у діяльності педагога стає принцип культуровідповідності, а сам освітній процес – особистісно-зорієнтованим.

Як зазначає Ю. Бойчук, форсований темп перетворення природи та формування техногенного (матеріально-культурного) середовища, яке відбувається на фоні відносно сповільнених біологічних змін в організмі людини – основний чинник порушення адаптивних можливостей людини. Криза здоров'я людини пов'язана з культурно-антропологічною кризою, духовним занепадом особистості, ігнорування здоров'язначальної ролі природного середовища та його факторів [1].

У формуванні здоров'я природне середовище зберігає своє визначальне значення, оскільки в процесі свого культурного і науково-технічного розвитку людина так і не змогла повністю ізолюватися від нього.

Сучасна гуманістично-ноосферна концепція лежить в основі еколого-валеологічного мислення, яке розглядає різні варіанти переорієнтації впливу людини на навколишнє середовище. В концепції розглядаються такі напрями: охорона ще існуючої природної компоненти довкілля шляхом обмеження і скорочення руйнівного впливу цивілізації на біосферу; здійснення інтенсифікації і регуляції природних процесів; безпосереднє внесення людиною змін у природне навколишнє середовище; здоров'язбереження

людини і ноосферного середовища. Чи не найважливішою з її засад є шляхи гармонізації відносин «людство – біосфера».

За визначенням В. Карпенко ноосфера – це інтегрована сфера відповідальності людини за коеволюцію соціуму і середовища його існування [5].

Актуальною залишається розробка норм взаємин у системі «людина – природа», котрі мають стати одним з основних елементів ноосферної свідомості, що формується.

Метою статті є обґрунтування ноосферної педагогічної парадигми як концептуальної основи формування еколого-валеологічної культури у позашкільному освітньому просторі.

Важлива роль у формуванні молодшої сучасної генерації належить позашкільному навчальному закладу як одній з ланок неперервної освіти. Позашкільний навчальний заклад еколого-натуралістичного профілю є одним із соціально-педагогічних інститутів, які впливають на формування еколого-валеологічної культури. Останнім часом позашкільні навчальні заклади почали перебудову навчально-виховної роботи з урахуванням еколого-валеологічних проблем на ноосферному рівні.

Проблеми позашкільної роботи, організації вільного часу дітей розглядаються в наукових роботах учених Л. Балясної, О. Биковської, І. Беґа, В. Вербицького, О. Газмана, М. Жумарової, А. Журкіної, А. Золотарьової, А. Єгорової, Р. Кларійса, Л. Ковбасенко, О. Кратофілової, Л. Логінової, Р. Литвак, О. Литовченко, О. Мамешіної, Н. Морозової, Р. Науменко, Г. Пустовіта, С. Сальцевої, А. Скачкова, Т. Сущенко, Р. Шам'юнова, М. Шиманського та інших.

Проблема формування цілісної ноосферної здоров'язбережувальної свідомості (цілісне здоров'язбережувальне мислення, поведінка та світогляд) повинна стати однією з провідних у позашкільному освітньому просторі.

Ноосферний підхід у системі позашкільної освіти базується на концептуальній основі освіти, яка повинна забезпечувати інформаційну, навчальну, виховну, розвиваючу та здоров'язбережувальну функції.

Основним об'єктом навчання і виховання у позашкільному навчальному закладі є конкретна дитина. Індивідуально-особистісний підхід реалізується не тільки в намірах і принципах, а й на практиці. Відсутність примусу, свобода вибору заняття робить позашкільний навчальний заклад привабливим для дітей різного віку.

Гнучкість позашкільного освітнього простору як відкритої соціальної системи дозволяє забезпечити умови для формування лідерських якостей, розвитку творчості, формування еколого-валеологічної культури.

Організація позашкільної освіти здійснюється на основі пріоритетних принципів: вільний вибір дитиною видів і сфер діяльності; орієнтація на особистісні зацікавленості і здібності дітей; можливість вільного самовизначення і самореалізації; єдність навчання, виховання, творчого розвитку; практично-діяльнісна основа освітнього процесу.

Ці принципи складають концептуальну основу позашкільної освіти, яка відповідає головним принципам ноосферної педагогічної парадигми, а саме: визнання унікальності і самоцінності людини, її права на самореалізацію, особистісно-рівноправна позиція педагога і вихованця, зорієнтованість на інтереси дитини, здатність бачити в ній особистість, яка варта поваги.

Значимість позашкільної освіти полягає в тому, що вона посилює варіативну складову загальної освіти, сприяє практичному застосуванню знань, умінь і навичок, які отримані в школі, стимулює пізнавальну мотивацію тих, хто навчається.

Відмінними рисами педагогіки позашкільної освіти є: створення умов для вільного вибору кожною дитиною освітньої галузі (напрямку і виду діяльності), профілю програми, часу її засвоєння і педагога; різноманітність видів діяльності, яка задовольняє різні інтереси, схильності і потреби дитини; особистісно-діяльнісний характер освітнього процесу, який сприяє розвитку мотивації особистості до пізнання та творчості, самореалізації та самовизначення; особистісно зорієнтований підхід до дитини, створення «ситуації успіху» для кожного; визнання за дитиною права на спробу і помилку на вибір, права на перегляд можливостей на самовизначення;

Проблема еколого-валеологічного виховання та формування еколого-валеологічної культури дітей та молоді у позашкільних навчальних закладах України на сьогодні є однією з найактуальніших.

Перш ніж розглянути особливості формування еколого-валеологічної культури у позашкільному освітньому просторі, необхідно уточнити поняття «ековалеологія», «еколого-валеологічна культура» і показати наше бачення цієї проблеми. Проведений теоретичний аналіз і узагальнення дозволяють дійти висновку, що ековалеологія – сучасна інтегрована наука про взаємооздоровлення людини і природи, еколого-валеологічна культура – це процес формування гармонічних взаємовідносин людини з довкіллям, яке проявляється через когнітивні, морально-духовні, естетичні й практичні складові у поєднанні з активним відношенням до власного здоров'я та природи.

Процес формування еколого-валеологічної культури дітей та молоді у позашкільних навчальних закладах еколого-натуралістичного профілю є цілісною, динамічною соціально-педагогічною системою, в якій структура, зміст і методи направлені на формування якісного здоров'я вихованця в екологічно здоровому навколишньому середовищі, і здійснюються на принципах природо- і культуровідповідності та духовно-фізичній гармонії людини та природи.

Погіршення стану довкілля та здоров'я людини спонукало до створення та розробки інтегрованих програм гуртків з ековалеології, які дають можливість озброїти школярів знаннями про навколишнє природне середовище, природні і біоенергетичні фактори здоров'я, вміннями і навичками адаптації до довкілля, самооздоровлення, саморегуляції та самовиховання особистості гуртківця. Програми планувались з урахуванням рівнів: *початковий* – гуртки загально-розвивального

спрямування; *основний* – гуртки, які розвивають стійкі інтереси вихованців, учнів і слухачів, дають їм знання, практичні вміння і навички, задовольняють потреби у професійній орієнтації; *вищий* – гуртки за інтересами здібних і обдарованих учнів.

Їх можна адаптувати до конкретного гуртка, секції, творчого колективу. Вербальна інформація доповнюється навчально-дидактичними матеріалами, які можуть створювати самі діти. Вихованці мають можливість навчатися методам оздоровлення, які надає природа, набувати вміння та навички спілкування з природою, не надаючи їй шкоди.

Основним завданням діяльності педагога позашкільного закладу є формування у дітей позитивної мотивації до здорового способу життя, створення внутрішньої переконаності в його перевагах з використанням цілющих властивостей природи. Тому, ми маємо створити сприятливі умови для повноцінного здоров'язбережувального впливу природи на здоров'я дітей. Соціальні фактори разом з навколишнім середовищем стали важливою компонентою в формуванні здоров'я вихованців.

Еколого-валеологічна освіта набуває нового значення, коли пов'язується перш за все з активно маніфестуючим сьогодні компетентнісним підходом до освіти.

Однією із найважливіших умов оптимізації взаємовідносин природи і суспільства є формування правильного розуміння значення середовища для фізичного і духовного здоров'я людини, його гармонійного розвитку.

Еколого-валеологічна культура складається з відчуття людиною єдності з природою, знання еколого-валеологічних норм, розуміння необхідності їх виконання, формування почуття особистої зацікавленості й особистої відповідальності за своє здоров'я в поєднанні з природою.

У формуванні еколого-валеологічної культури у позашкільному навчальному закладі ми виокремлюємо три основних аспекти: пізнавальний (людині необхідна певна сума знань про природу, власне тіло та здоров'я); емоційний (важливо мобілізувати емоції, прищепити турботливе ставлення до власного здоров'я та природи); прикладний (необхідно створити умови, щоб кожен міг зробити свій внесок у справу збереження природи і власного здоров'я).

Від розвитку системи еколого-валеологічної освіти, створення нового стилю ноосферного мислення значною мірою залежить формування здорового способу життя, зміцнення та збереження здоров'я. Результатом еколого-валеологічної освіти та виховання повинна стати еколого-валеологічна культура, що припускає компетентнісний підхід вихованця до своїх генетичних, фізіологічних можливостей, методів і засобів контролю, збереження і розвитку власного здоров'я як невід'ємної частки природи, уміння поширювати свої знання та передавати їх оточуючим. Чітко прослідковується взаємозв'язок між еколого-валеологічним вихованням, еколого-валеологічною культурою та ноосферним світоглядом (рис. 1).

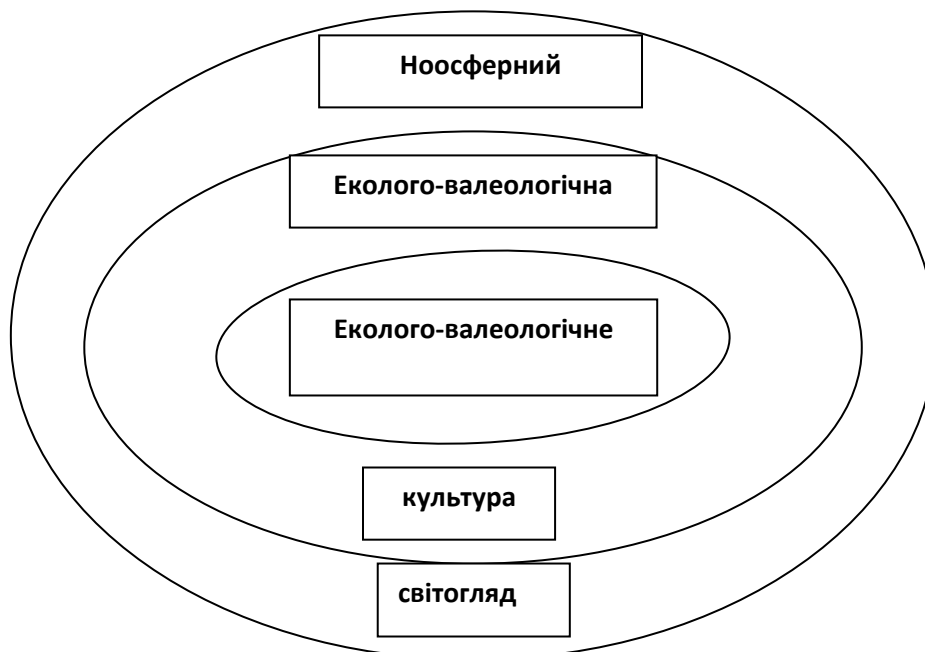


Рис. 1. Взаємозв'язок між еколого-валеологічним вихованням, еколого-валеологічною культурою та ноосферним світоглядом

Позашкільний освітній простір має відігравати важливу роль у формуванні сучасного гуманістично-ноосферного світорозуміння, ноосферної еколого-валеологічної культури. Зокрема слід наголосити на еколого-валеологічному вихованні й освіті як неодмінній фундаментальній основі всієї системи освіти. В той же час їх рівень на сьогодні явно недостатній.

Отже, подальше зростання ролі еколого-валеологічної культури в житті суспільства, його соціальних груп, окремих особистостей постає як важливий спосіб подолання екологічної кризи, виходу людства на ноосферний рівень розвитку.

На наше переконання, саме передова ноосферна педагогічна парадигма формування еколого-валеологічної культури робить можливим технологічний прорив у здоров'язбережувальній діяльності, забезпечує перехід суспільства на новий еколого-оздоровчий рівень. Впровадження ідей ноосферизму в систему позашкільного освітнього простору визначає, що саме ноосферна освіта повинна стати парадигмою формування людини XXI століття.

Уважаємо за необхідне провести більш глибоке дослідження чинників, що впливають на формування еколого-валеологічної культури, вивчення шляхів оптимізації ноосферної концепції В. Вернадського на теоретичному, методичному і практичному рівнях.

Список використаних джерел

1. Бойчук Ю.Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти: монографія. – Суми : Університетська книга, 2008. – 357 с.
2. Гончаренко М.С. Валеологічні основи духовності: навч. посіб. – Х. : ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2008. – 332 с.
3. Горашук В. П. Теретичні та методичні засади формування культури здоров'я школярів: дис. ... доктора пед. наук: 13.00.01. – Х., 2004. – 414 с.

4. Завидівська Н.Н. Ноосферна педагогічна парадигма як концептуальна основа фундаменталізації фізкультурно-оздоровчої освіти студентів // Педагогіка. Психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 1. – С. 68 – 71.
5. Карпенко В.Є. Методологічна роль гуманістично-ноосферної концепції у розв'язанні глобальних проблем сучасності: дис. ... канд. філос. наук: 09.00.09. – Суми, 2008. – 172 с.
6. Мягченко А.П., Гречишкіна О.Д. Экология и валеология человека. – Бердянск : АРИУ, 1999. – 142 с.
7. Нейсбит Д. Мегатренды / Пер. с англ. М.Б. Левина. – М.: АСТ: Ермак, 2003. – 380 с.
8. Суравегина И. Т. Здоровье человека как экологическая проблема (образовательный аспект) // Экология и жизнь. – 2006. – № 1. – С. 34 – 38.
9. Тюмасаева З.И., Кваша Б.Ф. Валеология и образование: проблемы и решения. – СПб. : МАНЭБ, 2002. – 380 с.
10. Шаповалова Т. Г Соціалізація особистості гуртківця через здоров'язберігаючі освітні технології // Позашкільля Запоріжжя. – 2011. – № 2. – С. 37 – 39.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ ВНЗ (Яцишина Ю. М., Алексейчук І.С.)

Здоров'я студентської молоді є значущою умовою як досягнення успіхів у навчанні, так і умовою розвитку особистості у цілому. Відсутність належного здоров'язберігаючого освітнього простору дуже часто стає причиною погіршення здоров'я студентів, втрати інтересу до навчання, внутрішніх конфліктів тощо. Крім спеціальних завдань, система освіти повинна вирішувати й завдання, спрямовані на збереження та розвиток психічного здоров'я студентства. Отже, актуальними є пошук та впровадження нових підходів в організації освітнього процесу ВНЗ з урахуванням здоров'язберігаючих принципів та технологій, покращання якості психогігієнічного виховання молоді. Саме вищий навчальний заклад освіти має виступати організатором спрямування освітнього процесу в напрямку здоров'я і освіти. Впровадження в навчальний процес здоров'язберігаючих технологій є умовою високої конкурентноздатності ВНЗ, який має готувати компетентних та здорових фахівців. Тому забезпечення умов укріплення та розвитку здоров'я студентів є важливим компонентом організації сучасного освітнього процесу у вищій школі.

Дослідження здоров'я студентів за останні роки висвітлюють тенденцію до зниження показника «рівня здоров'я» у цілому. Більшість дослідників указують на максимальну поширеність серед студентів межевих нервово-психічних розладів, які виникають саме під час навчання у вищій школі та вказують на необхідність перегляду ставлення в системі вищої освіти до проблеми здоров'я молоді та визначення оптимальних шляхів його збереження (К. Eilers, О. Бондаренко, Л. Бурлачук, Ж. Вірна, Л. Балабанова, В. Гавенко, В. Горашук, О. Качарян, Т. Титаренко, Н. Шевченко та інші) [6; 8; 10].

Напружений темп життя та навчання висуває вимоги до компенсаторних механізмів психіки, порушення яких призводить до виникнення стресів, психологічних та соціальних конфліктів[1; 2; 10]. Так, серед студентів з невротичними розладами переважають скарги на неможливість продовжити навчання (97,3%), підвищену втому та вегетативну дисфункцію (81,1%), рідше зустрічаються невротичні депресії (7,6%), фобії (9,2%), страхи (5,4%). У пропорційному відношенні нервово-психічних розладів серед студентів технічних, медико-біологічних, фізико-математичних і гуманітарних факультетів мають таку пропорцію: 1:1,5:2:6. Більшість досліджень свідчить про те, що ризик виникнення нервово-психічних розладів припадає на молодші курси (32%) та досягає максимуму на 3-му курсі. Це пояснюється об'єктивними причинами, насамперед, адаптацією до умов навчання. Відзначається позитивна динаміка особистісних характеристик на старших курсах: емоційна стабільність, покращення комунікабельності, здатності управляти своєю поведінкою. Але ближче до закінчення ВНЗ кількість скарг невротичного характеру знову збільшується, що може бути пов'язано з початком нового етапу адаптації: підготовка до самостійної діяльності, створення сім'ї тощо.

Отже, аналіз сучасних досліджень свідчить про високий вплив на здоров'я студентської молоді як соціальних, так і особистісних чинників, які збільшують у сучасних умовах ризик формування психічних розладів. Саме в період навчання суттєво зростає значущість організації здоров'язберігаючого навчання в системі освіти ВНЗ як засобу збереження та розвитку здоров'я студентів у цілому, розробці та реалізації програм щодо профілактики та подолання відхилень психічного здоров'я молоді.

Метою статті є розгляд проблеми застосування здоров'язберігаючих технологій в навчальному процесі ВНЗ та ознайомлення з досвідом використання на прикладі розробки та впровадження авторського спецкурсу «Технології психічної саморегуляції та взаємодії» в навчально-виховний процес вищого навчального закладу.

Гуманізація професійної освіти пов'язана з оновленням усіх сторін освітнього процесу та створенням повноцінних умов, у тому числі й для розвитку та укріплення здоров'я студентства. У зв'язку з цим набуває значущості здоров'язберігаюча освіта, пошук нових підходів з урахуванням здоров'язберігаючих принципів та технологій, покращання якості психогігієнічного виховання студентської молоді.

Здоров'язберігаючі технології – це сукупність засобів, методів, прийомів організації і управління освітнім процесом, спрямованих на розвиток та укріплення здоров'я студентів. Впровадження здоров'язберігаючих технологій в систему управління освітнім процесом з метою формування оздоровчої культури студентів, культури здоров'я особистості досліджували В. Бабич, В. Горащук, В. Зайцев, О. Іонова, Н. Смирнов, В. Скумін, С. Лебедченко, Л. Логінова, Л. Тіхомірова та інші. Автори зазначають впровадження здоров'язберігаючих технологій як

головний напрям збереження і розвитку здоров'я учнівської та студентської молоді в умовах навчально-виховного процесу[2; 3; 5; 7; 9].

Сутність впровадження здоров'язберігаючих технологій в систему управління освітнім процесом полягає у створенні сприятливих умов (методичних, педагогічних, психологічних, психогігієнічних, соціальних) гармонійного розвитку особистості, можливості збереження здоров'я під час навчання; формуванні практичних вмінь та навичок щодо збереження, укріплення й розвитку свого здоров'я; уміння використовувати навички у повсякденному житті. Це реалізується завдяки включенню в освітній процес відповідних інтегративних спецкурсів, факультативного навчання, додаткової освіти тощо. Отже, у сучасній системі управління освітньою діяльністю одним з важливих напрямів управлінської діяльності є оздоровча спрямованість навчально-виховного процесу у вищому навчальному закладі, що спрямована на активізацію внутрішньоособистісного розвитку молоді людини за рахунок створення особливих соціально-педагогічних умов, які позитивно впливають на розвиток психічного здоров'я, а саме:

а) організація сприятливого освітнього простору з точки зору гуманістичного та індивідуального підходів (створення атмосфери довіри та відкритості, емпатійне розуміння студентів, співробітництво, позитивні переживання, індивідуальні стратегії розвитку, які дозволяють особистості усвідомити внутрішні ресурси, сутність тощо);

б) залучення потенціалу навчальних та поза навчальних заходів, які в межах вищих закладів освіти недостатньо використовуються для укріплення та розвитку психічного здоров'я молоді (проведення лекцій, занять з проблеми психології здоров'я, круглих столів, конференцій, організація психологічних клубів тощо);

в) забезпечення процесу цілеспрямованого особистісного розвитку через реалізацію спеціальних програм психопрофілактичного та психокорекційного напрямку шляхом активізації внутрішньо особистісного розвитку, насамперед, ціннісно-сислової, характерологічної та регуляторної сфер особистості;

г) надання індивідуальної консультаційної допомоги студентам, які мають внутрішньо особистісні проблеми та проблеми взаємодії з навколишнім середовищем.

З метою збереження та розвитку психічного здоров'я студентської молоді нами було розроблено спецкурс «Технології психічної саморегуляції та взаємодії», який має психопрофілактичну та психокорекційну спрямованість. Спецкурс викладається для студентів 2 – 3 курсів (загальний обсяг – 54 години). Програма спецкурсу «Технології психічної саморегуляції та взаємодії» містить три основні розділи: «Самовизначення», «Позитивне сприйняття себе та оточення», «Саморегуляція поведінки». Методологічну основу програми спецкурсу складають положення щодо організації психопрофілактичної та психокорекційної роботи психолога, які висвітлюються в роботах І. Дубровіної, Б. Карвасарського, К. Левіна,

В. Панка, Н. Пезешкіана, К. Рудестама, Н. Чепелевої, Н. Шевченко, Т. Яценко та інших [4; 6; 8; 10].

Кожний розділ програми включає рефлексивний блок. На заняттях використовувалися такі основні методичні прийоми та методи: аутодіагностика; емпіричні техніки (притчі, метафори, прислів'я, філософські розповіді та історії для роздумів, реальні випадки з практики учасників); евристичні бесіди, дискусії, ігри, методи «круглого столу» та «мозкового штурму», пошукові домашні завдання; інтерактивні методи; психотехніки (візуалізація, релаксація, психогімнастика); рефлексивні (рефлексія станів, відчуттів, вправи на самоаналіз та способисаморозкриття, складання самохарактеристик, програми саморозвитку, зворотний зв'язок).

Основною метою першого розділу програми «Самовизначення» є посилення самоактуалізаційного потенціалу учасників програми через розвиток ціннісно-смислової сфери шляхом спонукання до роздумів життєвого самовизначення; розвиток самоаналізу та рефлексії. Рефлексивна частина розділу полягає в ознайомленні студентів з результатами аутодіагностики, усвідомленні власних сенсо життєвих орієнтацій, власного рівня самореалізації, складанні профілю самоактуалізації та програми саморозвитку. Основним методом обрано метод метафори, основу якого складають притчі, афоризми, філософські розповіді, історії та казки. Метод метафори є досить ефективним методом, який використовують як психокорекційний засіб зміни ідей та поведінки людини, презентації психологічних труднощів та способів їх вирішення (N. Peseschkian, M. Erickson, D. Gordon, J. Campbell, R. Bandler, J. Grinder, Б. Кавасарський, Л. Обухова та інші).

Другий розділ програми «Позитивне сприйняття себе та оточення» складено на основі матеріалів вітчизняних та зарубіжних програм здоров'язбереження молоді (І. Зверева, В. Лях, Білл Райн, О. Денисова, Г. Ковганич). Метою розділу є сприяння гармонізації відносин учасників програми до себе та оточення через гармонізацію Я-образу, сприйняття та повагу інших, поглиблення розуміння ефективного міжособистісного спілкування, необхідного для встановлення та підтримки ефективних міжособистісних відносин. Рефлексивну частину модуля складає ознайомлення учасників з результатами аутодіагностики та обговорення результатів роботи в групі, складання подальшої програми саморозвитку. Це досягалося за допомогою комплексу вправ з розширення особистісної самосвідомості, що сприяв поглибленню рівня прийняття власної особистості, розвитку позитивної Я-концепції, затвердженню права кожної особистості на самоповагу та повагу з боку інших, активізації процесів особистісного саморозвитку.

Третій розділ «Саморегуляція поведінки» будувався на ідеях Б. Ломова, О. Конопкіна, В. Моросанової, які вказують на необхідність вивчення психологічних механізмів саморегуляції. Основною метою в межах розділу є розвиток у студентів знань щодо усвідомлення своїх психічних станів; оволодіння прийомами психічної саморегуляції як внутрішнього ресурсу

управління своєю діяльністю та спілкування; оцінка ступеня загальної задоволеності якістю індивідуального життя та виявлення сфер життєдіяльності, що викликають найбільший комфорт. Зміст розділу складається з двох тем: «Технології психічної саморегуляції» і «Якість життя та його складові». Тему «Технології психічної саморегуляції» представлено основними психотехніками: релаксації, концентрації, візуалізації. Інформативні матеріали щодо особливостей впливу соціальних та психологічних чинників на здоров'я людини та його підтримки за допомогою методів психічної саморегуляції побудовано на практичних матеріалах, поданих у роботах Л. Кулікова, Г. Нікіфорова та інш. Важливою частиною розділу є рефлексія станів, відчуттів, вправи на самоаналіз та способи саморозкриття, складання самохарактеристик, зворотний зв'язок з групою та психологом. Тему «Якість життя та його складові» виділено в окремий розділ модуля, яку представлено міні-лекцією, вправами та аутодіагностикою на основі методики оцінки рівня задоволеності якістю життя та аналізом результатів. Заклучна частина модуля складалася з рефлексії станів, відчуттів, вправ на самоаналіз та засобів саморозкриття, складання самохарактеристик, зворотного зв'язку з групою та психологом.

Для оцінки ефективності програми спецкурсу «Технології психічної саморегуляції та взаємодії» було зроблено початкові та кінцеві заміри за основними показниками психічного здоров'я з використанням психодіагностичних методик. Це тест сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО) Д. Леонтьєва; опитувальник САМОАЛ в адаптації Н. Каліної, спрямований на вивчення процесів самоактуалізації; шкала самооцінки Ч. Д. Спілбергера та Ю. Ханіна; опитувальник оцінки якості життя Р. Еліота в адаптації Н. Водоп'янової.

Аналіз результатів ефективності програми спецкурсу здійснювався на прикладі досліджуваної вибірки студентів за визначеними основними соціальними та особистісними чинниками, що детермінують психічне здоров'я студентської молоді [10; 11]. У цілому в контрольній діагностиці отримано результати тестування студентів у кількості 91 особи: 46 осіб склали експериментальну групу (ЕГ) та 45 осіб, що не брали участь у формульованому експерименті, склали контрольну групу (КГ). Результати дозволяють стверджувати, що під час роботи за програмою спецкурсу у студентів відбулися значні позитивні зміни за особистісними та соціальними чинниками, що є детермінантами психічного здоров'я в студентському віці. Отримані дані є вірогідними при $p \leq 0,05$, що свідчить про ефективність результатів проведеного дослідження та позитивний вплив програми на психічне здоров'я досліджуваних, ефективність застосування психокорекційних заходів.

Так, відмічається підвищення загального показника рівня осмисленості життя та загального показника рівня прагнення особистості до самоактуалізації (на 9,9%). Програма спецкурсу виявилася ефективною до окремих показників індивідуальної психічної саморегуляції. Знизилися показники психічної напруги – фізичного та психологічного дискомфорту (на

23,2%) та негативних емоцій (на 27,2%), покращилися показники самоконтролю на 16,9%, гнучкості на 5,0%. Позитивні зрушення у сфері саморегуляції сприяли покращанню загального фону настрою (на 27,5%). Відзначилося суттєве підвищення показників соціальної сфери в різних категоріях індивідуального життя (навчання, спілкування, соціальна підтримка тощо). Так, суттєво покращилася задоволеність спілкуванням з друзями та близькими: низький рівень зменшився з 35 до 5%, а високий рівень збільшився з 35 до 65%. Бачимо підвищення значущого показника динаміки психічного здоров'я – рівня задоволеності якістю персонального життя на 19,4%. На початку експерименту більш ніж чверть учасників (26%) складала група з низьким показником індексу якості життя (ІЯЖ), який указував на переддепресивний стан, а на кінцевому етапі експерименту низьких показників ІЯЖ серед учасників експериментальної групи не було виявлено (рис. 1). Так, значно підвищилася кількість учасників з високими показниками ІЯЖ: з 30 до 55%. У контрольній групі за цей період загальне підвищення індексу якості життя відмічається лише у 2% респондентів.

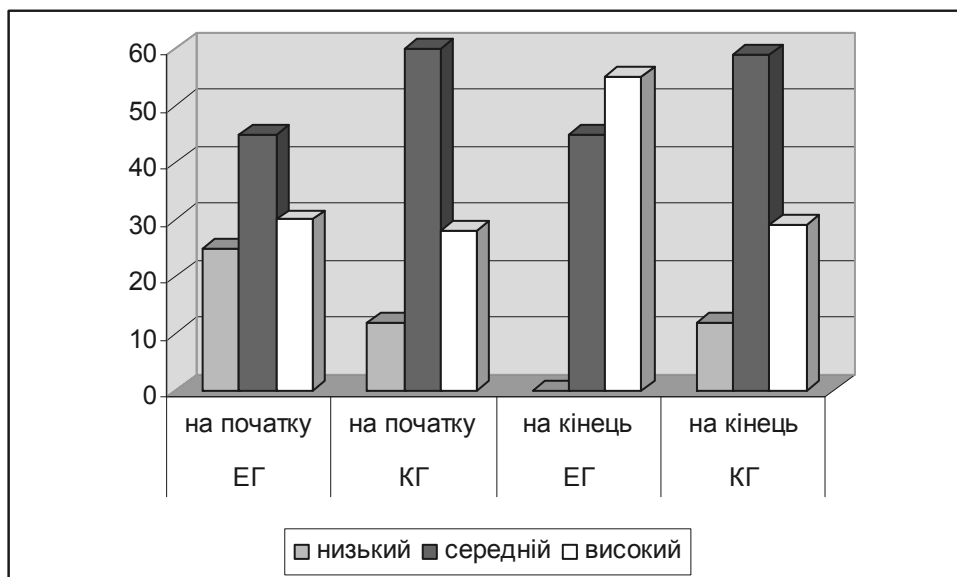


Рис. 1. Аналіз рівнів прояву загального індексу якості життя (ІЯЖ) за результатами формувального експерименту в експериментальній та контрольній групах, %

Отже, на основі аналізу отриманих даних можемо підтвердити правильність та достатню ефективність обраних методів і прийомів та їх позитивний вплив, ефективність та необхідність проведення таких занять.

Підсумовуючи вищесказане зазначимо, що здоров'язберігаюче навчання є складовою частиною системи освіти у вищому навчальному закладі. Період навчання у виші є найбільш сприятливим для укріплення й розвитку здоров'я студентської молоді, формування системи цінностей відносно здоров'я у цілому та психічного здоров'я зокрема. Це можливо за умови розробки та включення до навчальних планів спеціальних інтегративних курсів, пов'язаних з навчанням основам філософії здоров'я, психічної саморегуляції, валеології тощо. Перспективним та актуальним є

використання інноваційних здоров'язберігаючих форм і методів в просторі навчально-виховного процесу ВНЗ, що дозволяє ефективно забезпечувати збереження та сприяти розвитку здоров'я студентства.

Список використаної літератури

1. Бовина И. Б. Представления о здоровье и болезни в молодежной среде // Вопросы психологии. – 2005. – № 5/6. – С. 90–97.
2. Гримблат С., Зайцев В., Крамской С. Здоровьесберегающие технологии в подготовке специалистов: учеб.-метод. Пособие. Х. : Коллегиум, 2005. – 184 с.
3. Іонова О.М., Лукьянова Ю.С. Здоров'язбереження особистості як психолого-педагогічна проблема // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наукова монографія за редакцією проф. С.С. Єрмакова. — Харків: ХДАДМ, 2009. — XXIII. — №1. — С. 69 – 72.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учеб. для вузов. – [3-е изд.] – С Пб.: Питер, 2008. – 672 с.
5. Митяева А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2008. — 192 с.
6. Соціально-психологічна профілактика стресів та стресових розладів в учнів і студентів / [за ред. В. Г. Панка, І. І. Цушка]. – К.: Ніка – Центр, 2007. – 164 с.
7. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н.К. Смирнов. – М. : АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
8. Титаренко Т. М., Лепіхова Л. А. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді. – К.: Міленіум, 2006. – 204 с.
9. Тихомирова Л.Ф. Теоретико-методические основы здоровьесберегающей педагогики: дисс. ... доктора пед. наук: 13.00.01. — Ярославль, 2004. — 339 с.
10. Ящишина Ю. М. Обґрунтування та організація психолого-педагогічного супроводу процесу розвитку психічного здоров'я студентської молоді // Material soft the X International scientific and practical conference «Conduct of modern science». – 2014. –Vol. 15. Psychology and sociology. Sheffield. Science and education LTD. – С. 39 – 43
11. Yashchishina Y., Alekseychuk I., Development of value-notional orients at higher educational institution European humanities studies: State of Society. – East European institute of Psychology, Kyiv / Fundacjaim. M. Reja, Krakow, 2017. – № 2. – P. 80 – 89.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМУ МЕТОДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ПРИРОДНИЧИХ ДИСЦИПЛІН (Гриньова М.В., Дяченко-Богун М.М., Момот О.О.)

Професійна підготовка майбутніх учителів природничих дисциплін до реалізації здоров'язбережувальних технологій у вищих навчальних закладах є динамічною системою і відповідає: запитам суспільства, держави, вимогам загальноосвітніх навчальних закладів, потребам студентів до збереження, зміцнення та формування власного здоров'я, професійному вдосконаленню впродовж життя та здатності до конкурентоспроможності на ринку праці, розвитку професійного здоров'я і довголіття. Підготовку майбутніх учителів природничих дисциплін до реалізації здоров'язбережувальних технологій у закладах освіти потрібно розглядати як складний системний об'єкт, який не

піддається безпосередньому прямому спостереженню, а потребує спеціальних теоретичних методів дослідження.

Пріоритетність формування відповідального ставлення до здоров'я як вищої індивідуальної і суспільної цінності акцентовано відображається в Конституції України, Законі України «Про освіту», концепції національної безпеки України. Підтвердженням цього є найважливіші стратегічні завдання, які визначені національними програмами «Освіта (Україна ХХІ століття)» і «Діти України», Національною доктриною розвитку освіти і програмою «Здоров'я нації».

Дослідження багатьох науковців, проведені у вищих навчальних педагогічних закладах, зокрема В. Горащука вказують на те, що «випускники педагогічних навчальних закладів не завжди володіють необхідним обсягом знань про здоров'я, не одержують у студентських аудиторіях і на практиці достатню підготовку з організації й методики культурологічного навчання й виховання з питань здоров'я школярів» [3, с. 42]. На думку автора, «навчальні плани, за якими готують учителів фізики, хімії, біології й інших предметів, не містять дисциплін, вивчення яких орієнтувало б майбутніх учителів на формування в школярів культури здоров'я» [3, с. 43].

Дослідження, які були проведені такими вченими як В. Алексєєва, Н. Безруких, І. Бердніков, Ю. Бойчук, І. Бордовських, А. Васильєва, М. В. Гриньова, І. Журавльова, С. Закопайло, А. Реан, В. Розіна, Ф. Філатова, К. Хруцький та іншими, вказують на те, що підготовка майбутніх учителів біології, до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах, повинна відповідати сучасним принципам оновлення вищої освіти. Перспективним вектором створення, реформування освітнього простору в найближчі роки є забезпечення якості, мобільності, відкритості, багатогранності, гуманізації, стандартизації, багаторівневості, комп'ютеризації, інформатизації, безперервності, що можливо досягти завдяки використанню загальнонаукових, дидактичних і специфічних принципів підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій у навчальних закладах освіти [1, с. 182].

З огляду на це, проблема виділення і аналіз основних педагогічних принципів підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах є актуальною і має незаперечне теоретичне і практичне значення.

Необхідно зазначити, що теоретико-методологічною основою підготовки майбутніх учителів біології слугують, саме загальнонаукові, дидактичні й специфічні педагогічні принципи побудови концепції професійної підготовки майбутніх учителів біології, як базового підґрунтя, для формування готовності до здійснення саме практичної здоров'язбережувальної діяльності у закладах освіти.

Аналіз основних принципів підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах, передбачає пошук нових шляхів вдосконалення процесу формування, зміцнення і збереження здоров'я підростаючого

покоління і їх ефективного впровадження в процес життєдіяльності кожної особистості.

Реалізація підвищення рівня якості навчання можлива завдяки принципам фундаменталізації і диференціації, безперервності підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах. Формування відповідних принципів можна забезпечити завдяки індивідуалізації і багатоваріативності підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах. Відкритість як головний принцип функціонування громадянського суспільства гарантується завдяки принципам: стандартизації (реалізується в умовах кредитно-модульної системи), інформатизації (підвищується за рахунок доступності освіти), гуманізації (досягається завдяки технологіям особистісно-орієнтованого навчання), пов'язаних з природничо-науковою освітою і людино-центрованою спрямованістю у навчанні.

У традиційному визначенні гуманітаризація розглядається як процес, спрямований на засвоєння особистістю гуманітарного знання, на привласнення особистістю загальнозначущих цінностей із кожної галузі знань. Цей напрямок має високу важливість для України, як країни, де проживають представники різних етносів і конфесій, які мають особливі звичаї по культурі здоров'я, харчування, шлюбу, статевих відносин. Відповідно до принципів гуманітаризації в підготовці майбутніх вчителів до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах особлива увага приділяється розгляду питань міжнародного та національного законодавства щодо здоров'я та освіти, формування толерантного ставлення до окремих груп школярів. Прикладом гуманітаризації змісту підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах є введення питань, пов'язаних з особливостями харчування народів України, ставленням до наркозалежних та ВІЛ-інфікованих [1, с. 189-191].

Фундаменталізація передбачає посилення взаємозв'язку теоретичної і практичної підготовки особистості до життєдіяльності в сучасних умовах. Особлива увага приділяється глибокому і системному засвоєнню науково-теоретичних знань з усіх дисциплін навчального плану, формування міжпредметних зв'язків окремих природничих дисциплін, розвитку навичок роботи зі словниками, енциклопедіями, монографіями, дисертаціями [2, с. 173].

Диференціація – з одного боку, це орієнтація всіх учасників освітнього процесу на задоволення і розвиток своїх інтересів, нахилів та здібностей, сприяння розвитку індивідуальності майбутнього вчителя, з іншого, організація навчання на основі індивідуально-типологічних особливостей студентів. У ході навчання в умовах природничих факультетів цей процес може здійснюватися різними способами, наприклад, через вибір завдань за індивідуальними проектами, самостійну роботу, поділ змістовних модулів на обов'язкові та за вибором [4, с. 17].

Безперервність означає спрямованість підготовки майбутніх учителів біології до постійної освіти протягом усього життя, готовність до продовження навчання в дистанційній формі, до самоосвіти та самовдосконалення. Сприяння розвитку здібностей майбутніх вчителів до самоосвіти і навчання протягом усього життя йде через формування інтересу до професії, до кар'єрного росту, до самореалізації в житті і професійній діяльності. Розвитку готовності майбутнього вчителя до самоосвіти і навчання протягом усього життя сприяє самостійна робота з навчальними завданнями, участь в проектній діяльності, педагогічна діяльність на практиці в школі [5, с. 40].

Загальні педагогічні принципи підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах стосуються принципів оволодіння студентами навчальної інформації, заснованих на положеннях педагогіки та педагогічної психології: цілісності; природовідповідності; культуровідповідності; логічності; послідовності; відповідності змісту навчальної інформації і технологій викладання; характеру практичної діяльності; необхідності врахування закономірностей пізнавальної діяльності; оптимізації обсягу навчальної інформації; пріоритетності активних методів навчання [2, с. 165-166].

Дидактичні принципи підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах, до яких віднесено принципи науковості, систематичності і послідовності, зв'язку освіти з життям, єдності навчання, виховання і розвитку, зв'язку теорії з практикою, використання міжпредметних зв'язків, доступності, знаково-контекстного навчання, спрямовані на формування змісту підготовки та організації навчально-виховного процесу [2, с. 171].

Реалізація здоров'язбережувальних технологій у професійній діяльності майбутніх учителів біології передбачає виконання таких *завдань*:

1) забезпечити гармонійне поєднання загальнокультурного і професійного становлення майбутнього учителя, готового до реалізації здоров'язбережувальних технологій у професійній діяльності;

2) сформулювати у майбутніх студентів сучасні уявлення про теоретичні та практичні шляхи вирішення проблем здоров'язбережувальної педагогіки, розвинути здатність до інноваційної діяльності стосовно збереження та зміцнення здоров'я у закладах освіти;

3) розвинути у майбутніх учителів біології якості толерантної, асертивної, гуманної, творчої, відповідальної й ініціативної особистості, що дозволить гармонійно поєднати в собі прагнення до духовного, психічного, фізичного та культурного саморозвитку, свідоме ставлення як до власного здоров'я;

4) підготувати майбутніх учителів біології до нових соціально економічних умов на ринку праці, забезпечити становлення конкурентоспроможної та професійно мобільної особистості, здатної до перекваліфікації, самостійного пошуку шляхів власного життєвого розвитку, соціального ствердження і професійного росту.

Важливо, що зміст професійної підготовки по реалізації здоров'язбережувальних технологій у вищих навчальних закладах має постійно змінюватись і оновлюватися в напрямках:

- урахування регіональних особливостей інтегративності знань і пріоритетів осучаснення навчального матеріалу;
- відбору змісту відповідно до потреб ринку праці, безперервності професійної підготовки майбутніх фахівців а також конкурентоспроможних учителів природничих дисциплін з високим рівнем цільової установки, готовності до професійної здоров'язбережувальних діяльності;
- підвищення мотивації, планування змісту навчання природничих дисциплін в оволодінні новими знаннями, навичками, вміннями професійної підготовки майбутніх учителів біології;
- направленню змісту на активізацію до самореалізації, прагнення, до самовираження і самоствердження, пізнавального, творчого, інтелектуального розвитку їх особистості; таких видів діяльності студентів, що забезпечують формування у них критичного стилю мислення, особливо в питаннях збереження та зміцнення здоров'я;
- організації предметності змісту навчальних дисциплін, перерозподілу навчального матеріалу у відповідності на самоконтроль а також самонавчання, на розкриття професійно-діяльнісного спрямування особистості;
- спрямування змісту освіти відповідно до розвитку якостей на розкриття індивідуалізації та диференціації, професійної підготовки особистості майбутніх учителів біології, сприяння зміцнення їх професійного здоров'я та довголіття покладаючись при цьому на індивідуальні ресурсні можливості здоров'я.

Відбір складових компонентів наповнення системи професійної підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій у вищих навчальних закладах ґрунтується на принципах: міждисциплінарності та інтегрованості навчання особистості в системі широко відомих, взаємопов'язаних контекстах: соціальному, психологічно і фізіологічному; інноваційності, переорієнтації освіти на пріоритетність використання вивчення цілісної картини світу відповідно до нового принципу навчання, технології і предметно-змістовного наповнення базових дисциплін; багаторівневості навчання, орієнтованого на розвиток особистості, поглиблення знань стосовно здоров'язбереження і реалізації здоров'язбережувальних технологій в умовах загальноосвітнього навчального закладу [5, с. 39].

Отже, використання розглянутих принципів дозволить створити не тільки цілісну концепцію професійної підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах, але і поглибити поєднання таких основних положень:

1. Формування а також удосконалення підготовки нового покоління педагогів, майбутніх учителів біології готових до реалізації

здоров'язбережувальних технологій та вирішення пріоритетних завдань здоров'язбереження в загальноосвітніх навчальних закладах.

2. З урахуванням тенденцій до інтеграції України в європейський освітній простір формування конкурентоспроможного майбутнього фахівця, підготовка якого повинна сприяти розвитку його особистісних якостей, самореалізації, навчанню протягом усього життя, мобільності а також розвитку творчих аспектів у професійній сфері.

3. Розкриття теоретико-методологічної основи підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій, на основі принципів гуманізації, диференціації, стандартизації, багаторівневості, індивідуалізації а також безперервності. Крім того спрямування змісту освіти і перерозподілу навчального матеріалу у відповідності до принципів науковості, систематичності і послідовності, а також зв'язку освіти з вихованням, навчанням, яке спрямоване на реалізацію здоров'язбережувальної педагогіки.

4. Диверсифікацією змісту навчання у відповідності до системності та інтегративності знань, до збільшення частки на самонавчання, самоконтроль і тенденцією на організацію модульності змісту навчального процесу.

5. Суб'єкт-суб'єктна взаємодія учасників навчального процесу, яка є основою підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій, застосування викладачами актуалізації змісту природничих дисциплін, спрямованості на здоров'язбережувальну діяльність в закладах освіти.

Отже, проведені дослідження не вичерпує всіх сторін аналізованої проблеми і актуалізує необхідність посиленої уваги стосовно подальших ґрунтовних теоретичних напрацювань і вдосконалення практики впровадження розглянутих принципів, які дозволять якісно модернізувати концепцію підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах; при цьому забезпечити єдність теоретичної, методичної і практичної підготовки з відповідними компетенціями і функціями майбутньої професійної діяльності вчителя природничих дисциплін.

Список використаних джерел

1. Реан А.А., Бордовская Н.В., Розум С.И. Психологія і педагогіка. - СПб.: Пітер, 2002. - 432 с.
2. Сластьонін В.А., Ісаєв І.Ф., Шиянов Е.Н. Педагогіка: навч. посіб. для студ. вищ. пед. навч. закладів / під ред. В. А. Сластьоніна. - М.: Видавничий центр «Академія», 2007. – 576 с.
3. Горащук В.П. Теоретичні і методологічні засади формування культури здоров'я школярів: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступ. докт. пед. наук: 13.00.01 «Загальна педагогіка та історія педагогіки». – Харків, 2004. – 58 с.
4. Гладощук О.Г. Педагогічні умови вдосконалення культури зміцнення здоров'я студентів в системі фізичного виховання у вищому навчальному закладі: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.02 «Теорія і методика навчання (фізична культура, основи здоров'я)». – К., 2008. – 20 с.

5. Гончаренко М.С. Валеологічні аспекти формування здоров'я у сучасному освітянському процесі // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 12. – С. 39–43.
6. Гончаренко С.У. Український педагогічний словник / С. Головка (гол. редактор). – К.: Либідь, 1997. – 376 с.
7. Горашук В.П. Теоретичні і методологічні засади формування культури здоров'я школярів: монографія. – Луганськ, 2003. – 355 с.
8. Лозовецька Т. В. Модель // Енциклопедія освіти / Акад. пед. наук України; гол. ред. В.Г. Кремень. – К.: Юрінком Інтер, 2008. – С. 516.
9. Мазоха Д.С. На шляху до педагогічної професії (Вступ до спеціальності): Навч. посіб. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 168 с.
10. Мазоха Д.С., Опанасенко Н.І. Педагогіка: Навч. посіб. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 232 с.

ТЕХНОЛОГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ У РОБОТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ *(Зуб О.В., Таймасов Ю.С.)*

Психічне здоров'я населення – це, насамперед, складова її національної безпеки, виробничий та оборонний потенціал нації. Збереження психічного здоров'я нації є стратегією держави, яка передбачає визнання психічного здоров'я як пріоритету суспільства та визначає конкретні кроки щодо його зміцнення.

Термін «психічне здоров'я» був уведений у 1979 році ВООЗ. На думку директора відділу охорони психічного здоров'я ВООЗ Н. Сарторіуса, психічному здоров'ю можна дати таке визначення: по-перше - це відсутність явних психічних порушень; по-друге - певний резерв сил людини, завдяки яким вона може подолати не очікувані стреси; по-третє - стан рівноваги між людиною та навколишнім середовищем, гармонії між нею та суспільством [10].

На особливу увагу заслуговує проблема збереження психічного здоров'я студентів. Збереження і поліпшення психічного здоров'я студентської молоді є пріоритетною проблемою державного значення, адже воно є передумовою їхньої соціальної повноцінності, активного довголіття, продуктивного внеску в життя своєї родини, українського народу загалом [8].

Будь який пережитий стрес і його наслідки становлять серйозну загрозу психічному здоров'ю індивіда. Особливо це відноситься до молодіжного і студентського періоду в житті людини, коли особистісні ресурси здаються невичерпними, а оптимізм по відношенню до власного здоров'я переважає над турботою про нього. Сильна орієнтація на переживання сьогодення, висока мотивація досягнень витісняють зі свідомості студента можливі побоювання, пов'язані з наслідками тривалого стресу.

Студентський вік характеризується різноманіттям емоційних переживань, що відбивається в стилі життя та виключає турботу про власне здоров'я, оскільки така орієнтація традиційно приписується старшому

покоління і оцінюється молодого людиною як «неприваблива і нудна». У цей час також обмежена здатність до релаксації і відпочинку в силу тих же переконань в невичерпності власних фізичних і психічних ресурсів. Період активного входження у нове соціальне середовище супроводжується діями, спрямованими на отримання визнання і високого статусу в групі студентів-ровесників. При цьому використовуються різні засоби, які не завжди відповідають профілактиці здоров'я [8].

У студентському віці людина володіє певним психічним здоров'ям, але через перебування в стресогенному середовищі зможе втратити чіткість усвідомлення особистістю цінності свого здоров'я. У зв'язку з цим актуальною проблемою є його збереження та підтримка. Збереження та підтримка психічного здоров'я студентів виникає в результаті включення особистості в пізнавальну та ціннісно-орієнтаційну діяльність, при виявленні особистістю самостійної духовної волі у питаннях здорового способу життя, пошуку здорового способу реагування на життєві ситуації.

Як указує В. Панкратов, шлях до психічного здоров'я – це шлях до інтегральної особистості, яку не розривають з середини конфлікти мотивів, сумнівів, відсутність віри в себе. Для того, щоб здорове тіло і здоровий дух досягли гармонії, потрібно приділяти спеціальну увагу і тому, і іншому, терпляче і регулярно працюючи над собою [7].

Аналіз різних досліджень дає змогу зробити висновок, що для ефективного збереження власного психічного здоров'я важливо відповідати таким вимогам: 1) знати: роль психічного здоров'я для життєдіяльності; основні чинники, які можуть негативно чи позитивно впливати на психічне здоров'я людини; 2) уміти: контролювати свої почуття та психічні стани; використовувати оптимальні для себе методи саморегуляції; 3) дотримуватися здорового способу життя і свідомо реалізовувати програму самозбережувальної поведінки: уникати несприятливих умов життєдіяльності; займатися спортом; організовувати відпочинок; уникати деструктивних стосунків у сім'ї та у колективі; позбавлятися шкідливих звичок (вживання алкоголю, наркотичних речовин, тютюнопаління), уникати фізичного, морального і психічного перевантаження.

Дослідники А. Асмолова, І. Рейнвальд, Д. Узнадзе, Д. Фельдштейн, В. Чудновський відмічають, що освітнє середовище є психолого-педагогічна реальність, яка містить умови, створені для збереження та підтримки психічного здоров'я особистості [6].

У наукових джерелах зазначено, що в наш час недостатньо уваги приділяють вивченню здоров'язбережувальному середовищу вишів. Учені відмічають, що для студентів вступ до вишу характеризується зміною діяльності та ускладненням процесів адаптації. Студенти відчувають високе психофізіологічне навантаження на усі функціональні системи організму.

Досліджуючи проблеми пристосування сучасної людини до життя, яке змінюється з надзвичайною, калейдоскопічною швидкістю, відомий американський соціолог і футуролог Е. Тоффлер дійшов висновку, що людство перебуває на межі масового адаптаційного зриву [9]. Автор поділяє

думку тих дослідників, які вважають, що адаптивні можливості людини як біологічного виду досягли своєї критичної межі. Відсутність свідомого контролю за кількісними й якісними характеристиками змін, до яких здатна пристосуватися людина, і невпинне зростання цих змін призводять до величезних фізичних і психологічних страждань, масових захворювань і передчасної смерті багатьох людей у різних країнах світу. Реакцією на безмежне нервово-психічне подразнення є психічні захворювання і незвичні стани, об'єднані Тоффлером під спільною назвою «шок майбутнього».

Спираючись на класичну теорію онтогенезу, згідно якій у молоді 17–25 років спостерігається оптимізація усіх функцій організму, студенти мають великі функціональні можливості для роботи по 10–12 годин на добу, але за умови додержання режиму відпочинку, харчування та рухової активності. Однак студенти змушені працювати в жорстких рамках, визначених навчальними планами та програмами, коли надлишкові навантаження призводять до формування дисфункцій та стійких порушень різних фізіологічних показників. Навчання – складний і тривалий процес, що впливає на психіку і фізіологію студентів та вимагає величезних енерговитрат.

У процесі навчання відбувається зміна фізіологічного стану організму, що називається втомою. У студентів втома розвивається при інтенсивній або тривалій розумовій праці. Розумова праця супроводжується необхідністю переробки великих об'ємів різноманітної інформації з мобілізацією пам'яті та концентрацією уваги. Це призводить до загострення психовегетативних проявів в умовах стресових ситуацій (заліки, іспити).

Життя сучасної людини неможливе без інформації. Ми живемо в інформаційному потоці — стрімкому, безмежному і швидкоплинному. Доступність інформації, її неохватний обсяг, можливість в будь-яку секунду дізнатися те, що вас цікавить і навіть більше — це і є сучасний інформаційний світ. Однак таке середовище зовсім не допомагає накопичувати знання, розвивати мозок і мислення. І навіть навпаки, може призвести до інформаційного перевантаження свідомості.

Інформаційне перевантаження свідомості студентів стає все більш поширеною проблемою. Сьогодні вчені говорять про це як про цілком реальну загрозу для здоров'я, ставлячи її в один ряд з іншими чинниками фізичних хвороб.

Цей стан виникає, коли кількість корисної інформації, що надходить, перевершує можливості її сприйняття, тобто наша свідомість стає не здатна впоратися з таким інформаційним потоком. Наша свідомість вбирає всю доступну для неї інформацію. Коли інформації стає занадто багато, мозок вже буде не в змозі сприймати справжні знання, і настає перенасичення.

На жаль, більшою чи меншою мірою, стан інформаційного перевантаження знайомий більшості з нас: складність концентрації уваги, хаос у думках і свідомості, проблеми з пам'яттю, дезорієнтація, «застрявання» в голові настирливої музики або окремих слів і фраз, постійне бажання «виговоритися», напруженість тіла (щелепи і задньої частини шиї),

безсоння, шум у вухах при засипанні, бурмотіння уві сні. Також одним із серйозних симптомів інформаційного перевантаження є нудота в поєднанні з неправильним положенням тіла, наприклад, під час роботи за комп'ютером.

На перший погляд може здатися, що подібні стани є минущими і не особливо небезпечними для здоров'я. Однак це не так. Інформаційне перевантаження — це, насамперед, серйозний стрес, а стрес послаблює імунну систему. Організм позбавляється свого природного захисту і стає вразливим для хвороб. Тому сьогодні багато фахівців не безпідставно вважають, що інформаційне перевантаження небезпечне, як і будь-яке інше захворювання, і без належної уваги здатне викликати серйозне погіршення здоров'я.

Існує кілька причин виникнення інформаційного перевантаження серед студентської молоді. Перша і найбільш поширена — це залежність: неконтрольоване багатогодинне просиджування в інтернеті або біля телевізора. У психологічному сенсі така залежність має багато спільного з іншими видами залежності й має ту ж основу: «дозволяє» відключитися від реального світу і своїх проблем, залишити їх вирішення на потім. Така уявна компенсація тільки посилює наявні проблеми. Друга причина — невміння планувати роботу: бажання «зробити все і відразу». Найбільше перевантаження ми відчуваємо тоді, коли намагаємося зробити кілька справ одночасно. На перемикання між завданнями йде набагато більше сил, що призводить до зменшення продуктивності мислення і перевтоми. Третя — під час виконання одного завдання відволікання на інші питання, які, можливо, також пов'язані з вашим основним завданням, але все ж вимагають витрат енергії. Четверта — загальна втома організму, викликана нестачею сну. В цьому випадку інформаційне перевантаження створює додатковий тиск на мозок і нервову систему.

Одним із наслідків інформаційного перевантаження є довгострокова втрата сну. В результаті цього нервова система і мозок не здатні переключитися на інший режим, і людині навіть може здаватися, що немає потреби у сні. Інші наслідки інформаційного перевантаження: підвищена стомлюваність; відсутність апетиту; агресивність, збудливість; напади гніву і дратівливості; панічні і депресивні стани, нав'язливий страх; погіршення працездатності мозку і пам'яті; загострення хронічних захворювань.

Тому актуальним для збереження психічного здоров'я студентів у процесі навчання при надзвичайному інформаційному навантаженні є нерозривний зв'язок між психологічною службою та педагогами.

Упродовж останніх років психологічна служба посідає заслужене місце в національній системі освіти, розв'язуючи безліч завдань, спрямованих на розвиток зрілої особистості і здорового суспільства. Зазначимо, що створення психологічної служби у закладах вищої освіти відкриває широкі можливості у вирішенні численних завдань гуманізації освіти, оскільки поєднання професійної освіти та практичної психології створює унікальні умови для розробки та впровадження нових корекційних, розвивальних програм навчання, підвищення психологічної культури педагогічних працівників

вишу, переорієнтації всієї системи вищої освіти на студента, на його індивідуальний розвиток як особистості та майбутнього фахівця [6].

Консультант психологічної служби допоможе знайти підхід до кожного студента, сприятиме успішності у навчанні, реалізації його як особистості і збереженню психічного здоров'я.

До складу такої служби входять психологічні кабінети, кабінети психологічної довіри, кабінети психологічного розвантаження тощо.

Зміцнення психічного здоров'я неможливе без глибокого знання сутності психіки людини, індивідуальних особливостей її організації, розуміння цінності кожної індивідуальності, її унікальності.

Консультанти психологічної служби на основі відповідних знань дозволять сформувати навички управління своїм психічним станом, зміцнення здоров'я, розкриття резервних можливостей людини. Психіка людини - надзвичайно пластичне явище. Знаючи індивідуальні особливості психіки людини, можна так побудувати освітній і виховний процеси, щоб не тільки забезпечити високий рівень психічного здоров'я, а й дати можливість їй здійснювати здоровий і цілеспрямовано організований контроль над своєю психікою, розвивати її в потрібному, найбільш цікавому напрямі, домагатися на цій основі високих досягнень. Проте використання тих чи інших засобів і методів тренування та організації психіки має будуватися виключно на основі індивідуального підходу, всебічного і глибокого вивчення всіх психологічних і соціально-психологічних особливостей людини. Тому особлива увага консультантів психологічної служби і самого студента повинно бути спрямоване на пізнання цих особливостей, їх вікової динаміки, статевих особливостей, домінуючих вроджених і набутих потреб. Тільки на цій основі можна організувати відповідне освітнє середовище, сформувати посправжньому здоровий спосіб життя. Безсумнівно, що це допоможе і самому студенту краще пізнати себе й оптимальним чином організувати свій спосіб життя, який базується на міцних психологічних настановах. Навчання основ психічного здоров'я має здійснюватися протягом усіх років навчання у виші [6].

Одним з напрямів діяльності психологічної служби, щодо здоров'язбереження, є профілактичний, що сприятиме збереженню психічного здоров'я студентів в умовах інформаційної напруги.

Прикладом застосування такої здоров'язбережувальної технології є психогімнастика. Завданням психогімнастики є збереження психічного здоров'я, запобігання емоційним розладам через зняття психічного напруження, розвиток кращого розуміння себе та інших, створення можливостей для самовираження особистості. Більшість психогімнастичних завдань побудовані на імітації певних почуттів та емоційних станів людини. Решта передбачає відтворення студентами дій та вчинків уявних героїв. У таких іграх студенти тренують свою увагу, пам'ять, спостережливість, витримку, а також навчаються розуміти різноманітність інформації, людські емоції та контролювати їх. Такі вправи можуть проводитися у вигляді ігор, де

потрібно зобразити певні емоції, або продемонструвати певний емоційний стан (пантоміма).

У сучасному студентському житті є дуже актуальним такий психотравмуючий контекст освітнього середовища, у якому психотравмуюча ситуація може виявлятися, наприклад, у вигляді булінгу.

Булінг (*bullying*, від англ. *Bully* – хуліган, забіяка, задира, грубіян) визначається як утиск, дискримінація, цькування. Девід Лейн і Ендрю Міллер визначають булінг як тривалий процес свідомого фізичного і /або психологічного жорстокого ставлення, з боку одної особи або окремої групи до інших.

Булінгом можна вважати умисне, що не спрямоване на самозахист і не санкціоноване нормативно-правовими актами держави, тривале (або таке, що повторюється) фізичне або психологічне насильство з боку індивіда або групи, які мають певні переваги (фізичні, психологічні, адміністративні тощо) до індивіда, і що відбувається переважно в організованих колективах з певною особистою метою (наприклад, бажання заслужити авторитет у деяких осіб).

Прояв булінгу в студентській спільноті багато в чому ґрунтується на протиставленні «своїх» і «чужих» у боротьбі за різні ресурси.

У літературі виділяють різні види булінгу: фізичний, вербальний (психологічний), прихований, кібербулінг.

Для студентського середовища найбільш характерними видами є вербальний (психологічний), прихований, кібербулінг.

Вербальний (психологічний): образи, погрози, непристойні епітети соціального, расистського, релігійного характеру або інші принизливі висловлювання щодо жертви.

Прихований булінг не завжди легко розпізнати. Це поширення пліток, брехня або звинувачення, спрямовані на те, щоб зруйнувати або похитнути соціальні зв'язки людини. Цей вид булінгу більш характерний для дівчат. Уважається, що вони оцінюють соціальні взаємини як пріоритетні, тому їхня агресія більше спрямована на соціальне ізолювання жертви.

До кібербулінгу відносяться зображення, аудіо- чи відеозаписи, розміщені у різних інформаційних мережах Інтернет і спрямовані на приниження жертви. До кібербулінгу можна віднести імітування чужих профілів у соціальних мережах, що псує репутацію жертви та шкодить її соціальному статусу. Новий різновид кібербулінгу – жертва отримує образи на телефон, електронну адресу або через інші електронні пристрої.

Фізичний булінг зустрічається рідко та проявляється у вигляді таких дій, як удари, підніжки, щипки, а також псування майна. Цей вид насильства більш характерний для представників чоловічої статі, які частіше схильні до прояву фізичної агресії. До фізичного відносять і сексуальний булінг (дії сексуального характеру).

Незважаючи на різноманітність форм булінгу, всі вони мають загальні характерні риси: упередженість і агресивність дій, спрямованих проти жертви; дисбаланс статусів кривдника і жертви, який може проявлятися у

різному соціальному становищі, фізичних, фізіологічних, фінансових можливостях, культурній, релігійній або расовій належності; розуміння ймовірності повторення таких ситуацій; – гостра емоційна реакція жертви на прояви булінгу.

Типи булінгу пов'язані з соціальним статусом жертви: реакція на аутсайдерство у студентському середовищі проявляється актами насильства або цькування, а також її неприйняттям та ігноруванням. Неприйняття може бути пасивним або активним. Ігнорування і неприйняття показує людині, що вона зайва у цьому колективі, а якщо потрібна, то тільки для ролі «цапа-відбувайла».

Втягування у роль жертви відбувається шляхом провокації. Провокуючі буллі (переслідувач) робить якусь дію по відношенню до іншої людини, щоб викликати її реакцію, звинуватити її у чому-небудь, скоєному раніше або тому, що здійснюється зараз. Інший спосіб – негативні висловлювання, що вказують на недоліки жертви, наприклад, щодо суджень, поведінки, зовнішності або одягу. В обох випадках провокатор шукає щось негативне і хапається за це. Ще один прийом, щоб викликати у людини невдоволення – фізичний вплив або перешкоджання її діяльності, для того, щоб потім використовувати негативну реакцію. Головне – знайти привід для звинувачення. У будь-якому випадку людина потрапляє в ситуацію, коли вона змушена реагувати. Умілий провокатор постарается інтерпретувати негативно будь-яку реакцію. Якщо жертва залишиться пасивною, то буде звинувачена в небажанні відповідати. Якщо жертва відповість, то відповідь буде перекинуто і оголошено хамством або брехнею. Таким чином, створюється привід для нового обвинувачення. Наступного разу, під час зустрічі з жертвою, провокатор використовує привід знову, і жертва опиняється у пастці. Отже, механізмом втягування є провокація, особливо, якщо йдеться про фізичну форму цькування і вербальних переслідувань. Цей прийом може використовуватись і для обґрунтування ізоляції людини.

Ще один елемент всіх основних форм булінгу – погрози. Нерідко черговий епізод цькування закінчується тим, що переслідувачі обіцяють жертві і один одному, що «обов'язково повернуться». Переслідувачі можуть просто погрожувати жертві або передавати свої погрози через інших, що є одним з елементів залякування.

Дослідження показують, що булінг призводить до сильних фізичних і психічних травм. Студента терзають сумніви і посилюється страх. У результаті він витрачає всю енергію на те, щоб постійно доводити колективу свою спроможність. Далі, якщо психотерор посилюється, то у людини з'являються супутні стресу психосоматичні симптоми – мігрені, застуди, порушення концентрації уваги, безсоння, порушення кровообігу тощо. Жертва булінгу починає часто хворіти.

З метою профілактики булінгу психологічна служба може застосовувати різні технології.

Так, тренінг – вправа «криголам» має на меті встановлення довірливих відносин у навчальній групі. Ця вправа м'яко «ламає кригу», дає кожному учаснику можливість поговорити з кількома іншими учасниками тренінгу.

Працюючи в парах, учасники отримують завдання – провести короткий діалог тривалістю приблизно хвилину. Їм повідомляється тема для розмови. Коли закінчується відведений час, відбувається зміна партнера, учасники отримують нову тему для розмови, і так продовжується до тих пір, поки всі учасники не поговорили з кількома людьми – або поки у педагога вистачає теми для бесіди.

Потрібно розділити всіх членів групи на пари. Запропонувати учасникам разом зі своїми партнерами розосередитися по кімнаті. Неважливо, хто є партнером – знайома або незнайома людина, – бо через хвилину всім доведеться об'єднатися в інші, нові пари. Попросити учасників визначити, хто з них буде першим, а хто другим номером.

Крок 1: Рухаючись від пари до пари, роздати кожній з них тему короткої розмови. Запропонувати першим номерам почати бесіду.

Крок 2: Через проміжок часу (хвилина або близько того) запропонувати другим номерам переміститися до найближчого першого номера, який перебуває праворуч від них. Повторити крок 1, але тепер коротку розмову повинні починати другі номери.

Крок 3: З плином часу (хвилина або близько того) запропонувати учасникам ще раз поміняти партнерів. Ще кілька разів повторити кроки 1 і 2.

Крок 4: Зібратися в загальне коло. З'ясувати реакції учасників на цю вправу.

Також застосовуються арт-терапевтичні технології запобігання булінгу. Для профілактики булінгу можна використовувати літературні твори, де висвітлюються проблеми цькування або споріднені з ними. У процесі обговорення прочитаного серед студентів виникає співпереживання і розуміння почуттів героїв. Можна підібрати книжки, під час обговорення яких, студенти зможуть ідентифікувати себе з героями, котрі відчувають страждання. В літературі на цю тему, часто є персонажі, які, незважаючи на небезпеку, що загрожує їм, відновлюють порядок і справедливість. Такий персонаж стає поруч з тим, кому погано, і разом вони протистоять несправедливості. Також можна організовувати колективний перегляд фільмів з подальшим їх обговоренням. Це може бути фільм «Опудало» та колективне обговорення побаченого, перегляд різних соціальних роликів.

Можна запропонувати таку форму роботи як твір на задану тему. Студенти отримують завдання написати невеликий твір про булінг. Рекомендується додатково пояснити, які питання можуть бути в ньому відображені. Нерідко у творах з'ясовується важлива проблема про яку не змогли говорити прямо. Під час перевірки такої роботи необхідно розуміти, що головне – це інформація, а не форма її подання. Не виключено, що серед авторів є жертва булінгу, переслідувач або популярний учень. Це дає педагогу додаткові можливості для подальшого обговорення. Можна вибрати два-три твори, в яких йдеться про важливі речі, і за згодою авторів зачитати їх

перед аудиторією. Студент може і сам прочитати свій твір. Озвучування своєї точки зору ще більше зобов'язує дотримуватися своєї позиції. Крім того, це може вплинути на інших слухачів. Найкращий результат досягається, коли вголос зачитуються декілько творів. Тоді вони виступають разом і відстоюють спільну позицію: їх об'єднують схожі погляди. А педагог отримує можливість висловити свою думку за допомогою коментарів до творчих робіт.

Інший вид такої творчої роботи – підготовка малюнків чи плакатів на тему «Стоп, насилля!», або «Я проти булінгу». За результатами можна провести творчу роботу «Інтерпретація зображеного» або самими авторами, або іншими одногрупниками.

На практиці поділяють учасників на малі групи (по 5 осіб).

1 вправа. Підготувати перелік літературних творів, книг, віршів тощо за допомогою яких можна говорити з учнями про запобігання насильству.

2 вправа. Запропонувати фільми (вітчизняні та зарубіжні, документальні та художні), записи ток-шоу, які можна використовувати для виховної роботи з подолання булінгу.

3 вправа. Розробити положення про конкурс на кращий малюнок «Стоп, насилля!» та обговорення

Чинником негативного впливу на стан психічного здоров'я є соціальна та політична нестабільність в державі викликана збройними конфліктами, що зумовила появу значної кількості внутрішньо переміщених осіб, частиною якої є студенти. Генералізована тривога, у середині якої живе студент-переселенець підриває соціально-адаптивні ресурси, суттєво знижує життєву активність й самоефективність особистості.

Студенти-переселенці потребують соціально-психологічної адаптації до умов нового освітнього середовища. Преорітетними напрямками адаптації студентів-переселенців є відновлення соціального статусу студента, формування настанов щодо пристосування до нових умов нормальної життєдіяльності, подолання психофізіологічних травм, стресового стану, соціальної апатії, втрати віри у майбутнє та позитивне сприяння дійсності, включення в нове освітнє середовище вишу.

До академічних проблем студентів-переселенців слід віднести зарахування на вільні бюджетні місця, невеликий проміжок часу для опанування великого об'єму нових знань, перезарахування раніше складених предметів, неможливість отримання оригіналів документів із попереднього місця навчання [5].

Поряд з академічними проблемами студенти-переселенці гостро відчують соціально-економічні (невидача студентських квитків встановленого зразка, відсутність достатньої кількості місць у студентських гуртожитках, не виплата поточних стипендій до ліквідації академізми, труднощі у тимчасовому працевлаштуванні).

До низки цих проблем додаються безумовно й психологічні та педагогічні, адже зміна середовища життя накладає свій відбиток на внутрішній стан людини, особливо студентської молоді. Найважчим

моментом у адаптації є психологічний аспект адже кожна людина по-різному реагує та бореться з проблемами та перешкодами. Психологічні проблеми виступають головним чинником стресу.

Передумовою адаптації студентів-переселенців є особистісно зорієнтований підхід та комплекс психолого-педагогічної підтримки у подоланні соціокультурних труднощів життя і встановлення комфортних взаємовідносин із однокурсниками і викладачами. [2; 5]

Згідно досвіду іноземних країн, адаптуючи його до культурних та соціальних особливостей освітнього середовища наших вишів, ефективними технологіями є тренінги, семінари, тематичні психологічні лекції, імітаційні ігри, круглі столи, які на меті мають подолання внутрішніх комплексів, дискомфорту, нерішучості, розгубленості та відчуженості.

Психологічною службою проводяться тематичні групові заняття: «Як живеться, студенте?», «Організація часу», «Як пережити іспит без стресу», «Зустріч із собою», «Вільне спілкування», «Обираю здоров'я»; розвивальні групові заняття «Крок назустріч...» (вивчення особистісних якостей студентів, їхніх морально-етичних позицій, духовних інтересів і прагнень; розвиток навичок рефлексії та самопізнання; робота з труднощами особистісної самоідентифікації, сприяння процесу соціально-психологічної адаптації); ділова імітаційна гра «Планета цивілізацій» (розвиток міжкультурної толерантності, профілактика ксенофобії, расової та етнічної дискримінації). Також можна застосовувати різноманітні арт-техніки. За допомогою арт-техніки людина має можливість виразити свої переживання, почуття, ставлення. Крім того, творча діяльність допомагає зняти напруження, сприяє підвищенню самооцінки впевненості у власних силах. Арт-терапія дає особистості можливість висловити себе «іншими голосами» рухами, кольором, формою, пластиною, ландшафтом. Людина може означити свої переживання у всіх сенсорних каналах (які звичайно не працюють), що допомагає їй краще усвідомити свої життєві ресурси. Використання арт-терапевтичних методів передбачає інтерактивні форми взаємодії всіх учасників процесу, перетворює споживачів на творців і дослідників, які перестають ідентифікувати себе з жертвою і дають хід власній винахідливості та креативності. Вважається, що арт-терапія має велике значення в психотерапії посттравматичних стресових розладів.

Одним із ефективних засобів психологічної підтримки та відновлення психічного здоров'я і психологічної рівноваги після перебування у екстремальній ситуації є психологічний дебрифінг, який може застосовуватись відносно студентів-переселенців.

Психологічний дебрифінг (англ. *debriefing* – доповідь після повернення завдання) являє собою групове обговорення пережитої екстремальної ситуації, що сприяє розумінню причин, які викликають стрес, і усвідомленню дій, необхідних для усунення цих причин. Даний засіб дозволяє вирішувати наступні завдання: зниження рівня емоційного сприйняття екстремальної ситуації; зменшення рівня індивідуальної і групової психологічної напруги; регулювання морального і психологічного стану учасників.

Психологічний дебрифінг здійснюється за методикою «круглого столу». Можна використовувати аудіо- і відеозаписи ситуацій і подій. Перед проведенням дебрифінгу доцільно провести в учасників експрес-діагностику постстресового стану, що допоможе з'ясувати ситуацію у групі і визначити тактику роботи з окремими її членами.

Отже, до психолого-педагогічної підтримки студентів-переселенців для створення умов адаптації у новому виші належать: створення сприятливого соціально-психологічного мікроклімату; забезпечення особистісно зорієнтованого навчання, встановлення дружніх доброзичливих продуктивних стосунків з оточуючими студентами та викладачами, підтримка патріотичної громадської позиції.

У сучасному інтегрованому освітньому середовищі актуальним питанням є збереження психічного здоров'я студентів з особливими освітніми потребами.

Особливістю навчання студентів з особливими освітніми потребами є те, що, сприймаючи їх як рівних, до них висувають такі ж вимоги з боку вишу, як і до інших студентів. В інтегрованій групі не можна, наприклад, на потребу студента з особливими освітніми потребами уповільнювати темп лекції, зменшувати кількість пар та їх тривалість, спрощувати чи скорочувати обсяг навчального матеріалу, оскільки це знижує якість фахової підготовки. Саме тому на перших етапах інтеграція студентів з особливими освітніми потребами носить стихійний характер. Тільки одиниці можуть подолати всі труднощі навчання самостійно або за допомогою батьків і друзів. Це і пояснює необхідність супроводу студентів з особливими освітніми потребами у виші [1; 4].

Психолого-педагогічний супровід спрямований на з'ясування психологічних особливостей кожного студента, зміцнення та збереження його психічного здоров'я, надання йому необхідної допомоги з адаптації в інтегроване освітнє середовище, сприяння особистісному розвитку.

Психолого-педагогічний супровід має систему специфічних цілей, до яких належать: корекція вади та її компенсація педагогічними засобами; абілітація та реабілітація, в першу чергу соціальна та особистісна [3]. Так, психолого-педагогічний супровід (психолого-педагогічна допомога) розглядається як комплекс заходів, що реалізуються у виші і передбачають пристосування освітнього процесу до потреб і особливостей розвитку осіб з обмеженими можливостями життєдіяльності.

Отже, психолого-педагогічний супровід студентів з особливими освітніми потребами має такі особливі характеристики: об'єднання мети психологічної та педагогічної допомоги; фокусування на особистості студента з особливими освітніми потребами (реалізації потенційних можливостей, розкритті індивідуальних особливостей особистості); підтримка оптимально значущих якостей особистості; корекція вад розвитку; поліпшення соціальної адаптації й інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями, тощо. Серед основних завдань психолого-педагогічного супроводу студентів з особливими освітніми потребами

виділяють наступні: створення для студента емоційно-сприятливого мікроклімату в групі під час спілкування з одногрупниками і педагогічним персоналом; вивчення індивідуальних особливостей розвитку студентів в єдності інтелектуальної, емоційної і поведінкової сфер їхнього прояву; надання допомоги у вирішенні актуальних завдань розвитку, навчання і виховання студентам, які мають особливі освітні потреби; своєчасне проведення корекції порушень розвитку; підвищення психолого-педагогічної компетентності педагогів із питань навчання студента з особливими освітніми потребами [3].

О. Єрьоменко. запропонувала наступну модель психологічної допомоги залежно від типу порушень психофізичного розвитку. Для студентів з порушенням слуху здійснюється наступна психолого-педагогічна допомога: ґрунтовне вивчення ступеня порушення слухового аналізатора студентів із порушенням слуху; діагностика індивідуальних особливостей студента (інтереси, можливості); допомога у процесі адаптації до умов навчання у виші; проведення тренінгової роботи, щодо накопичення й активізації словника, розвиток мовлення, слухового сприймання, навичок читання з губ, формування вимови; - проведення індивідуальних консультацій (виявлення проблем, труднощів, та допомога у їх подоланні); - навчання всім видам рефлексії тощо [4].

Для студентів з порушенням зору: вивчення ступеню втраченої функції зорового аналізатора у сліпих студентів; робота над корекцією вторинних відхилень, що зумовлені зоровою патологією; проведення тренінгів щодо профілактики невпевненості, пасивності, схильності до самоізоляції, дратливості, страху перед невідомим простором; консультації, спрямовані на формування навичок встановлення контактів зі зрячими студентами та навичок самопрезентації тощо.

Для тих студентів, які мають порушення мовлення проводиться психологічна діагностика виявлення ступеню мовленнєвої патології; групові тренінги щодо подолання мовленнєвого негативізму, замкненості, агресії, підвищення заниженої самооцінки; використовувати техніки подолання напруженості, розвитку дихання, голосу, формування правильної звуковимови, інтонації тощо; розробка індивідуальної програми реабілітації.

Для студентів з порушенням опорно-рухового апарату проводиться вивчення ступеня порушення опорно-рухового апарату; вивчення проявів первинного та вторинного дефекту, макро - та мікробар'єрів комунікації; застосування групової психотерапії, психогімнастики, бібліотерапії; проведення тренінгів з подолання психологічної пасивності, дефіциту спілкування.

Для студентів, які мають емоційно-вольові порушення педагоги психологічної служби здійснюють виявлення сильних сторін, здібностей студентів і використання їх для компенсації дефекту; встановлення емпатійних взаємин зі студентом; створення умов, за яких проблеми психічного розвитку студента не перешкоджають досягненням у навчанні; надання допомоги у побудові взаємин з однолітками; моделювання ситуацій,

у яких студент одержує позитивний досвід адекватних емоційних реакцій, дотримання поведінкових норм; - розвиток соціальних інтересів тощо [4].

Для студентів з особливими освітніми потребами ефективними є різноманітні арт-техніки: робота з піском; робота з глиною; казко терапія; медитативні казки; медитадивне малювання. Творчий розвиток є головним терапевтичним механізмом, саме він допомагає виховувати здорову особистість. За допомогою арт-техніки людина має можливість виразити свої переживання, почуття, ставлення. Крім того, творча діяльність допомагає зняти напруження, сприяє підвищенню дитячої самооцінки, впевненості у власних силах, та взагалі розвиває творчі здібності. Головна мета – це духовний розвиток, самопізнання через творчість та покращення адаптації студентів.

Проте використання тих чи інших засобів і методів поліпшення психічного здоров'я має будуватися виключно на основі індивідуального підходу, всебічного глибокого вивчення всіх психологічних і соціально-психологічних особливостей людини.

Супровід навчання студентів з особливими освітніми потребами – це система заходів, що мають забезпечити рівний доступ до навчання, тобто знищити або принаймні мінімізувати проблеми студентів з особливими потребами у навчанні [6]. При впровадженні системи психолого-педагогічного супроводу навчання студентів із особливими потребами психологічна служба вишу має враховувати психофізичні особливості та проблеми навчання студентів різних нозологій, їх потреби у компенсації сенсорних вад, що заважають сприймати навчальний матеріал, соціально-психологічні чинники, що ускладнюють інтеграцію студентів у виші, потреби у фізичній реабілітації тощо [3].

Для зміцнення та збереження психічного здоров'я важливим є вид психологічного супроводу, який спрямований на з'ясування психологічних особливостей кожного студента та надання йому необхідної допомоги з адаптації в інтегроване освітнє середовище, сприяння особистісному розвитку [4].

Забезпечення супроводу студентів з особливими освітніми потребами дозволяє їм діяти на рівних із іншими студентами і не є перевагою по відношенню до інших.

Отже, застосування різноманітних педагогічних технологій для збереження психічного здоров'я спрямоване на позитивні зміни з метою інтеграції та розвитку всіх рівнів особистості студента. Це достатньо складе завдання в сучасних соціально-політичних, соціально-економічних умовах. Педагогу необхідно пам'ятати, що для того, щоб допомогти людині, необхідно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати найефективніші з них для конкретної особистості, вміти застосовувати їх. Для роботи з психотравмованими особами необхідна також особистісна зрілість. Педагог має бути психічно стійким, надійним, врівноваженим, усвідомлювати свої переваги та обмеженість власних можливостей.

Реформа освіти яка сьогодні відбувається виразно орієнтована на збереження здоров'я студентської молоді. Саме нерозривний зв'язок з психологічною службою, співпраця з якою слугує допомозі педагогу знайти підхід до кожного студента, сприяти успішності його навчання і збереженню здоров'я.

Список використаних джерел

1. Основи спеціальної та інклюзивної педагогіки: навч. посіб. / за заг. ред. проф. Бойчука Ю.Д. – Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2018. – 338 с.
2. Вимушені мігранти. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://semestr.com.ua>. – Заголовок з екрану. – Мова укр.
3. Гришко О.І., Клевака Л.П. Супровід навчання студентів з особливими освітніми потребами у вищому навчальному закладі // Витоки педагогічної майстерності. – 2017. - Вип. 19. – С. 90-95.
4. Єрмоменко О. А. Психолого-педагогічний супровід студентів з особливими потребами у вищих навчальних закладах // Актуальні питання гуманітарних наук. - 2016 - Вип. 15. - С. 313-320.
5. Кращенко Ю.П. Зміст та форми педагогічного супроводу адаптації студентів-переселенців до університетського життя // Витоки педагогічної майстерності. - 2016. - Вип. 18. - С.165-169.
6. Обухівська А.Г Сучасні технології збереження здоров'я учнів у діяльності психологічної служби і психолого-медико-педагогічних консультацій: Посіб. / авт. кол.: А.Г Обухівська., Т.В. Жук, О.А. Зеленько та ін.; за ред. А.Г. Обухівської. – К.: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. – 218 с.
7. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. – М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2001. – 352 с.
8. Свиридчук О.В. Здоров'язбережувальне середовище як засіб становлення особистості // Андрогогічний вісник: Наукове електронне періодичне видання. — 2014. – Вип. 5. – С. 139-145.
9. Тоффлер Э. Шок будущего. — М.: АСТ, 2001. — 560 с.
10. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness // British Medical Journal. – 2002. – № 324. – P. 1470– 1471.

РОЗДІЛ IV. ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕКРЕАЦІЇ

ОПТИМАЛЬНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

(Горобей М.П.)

Останнім часом спостерігається стійке погіршення стану здоров'я населення, в тому числі студентської молоді, тоді як суспільство потребує активних, здорових, творчих особистостей, готових реалізовувати себе у всіх життєвих сферах, в першу чергу в професійній діяльності. За останні роки помітно збільшилася кількість студентів спеціальної медичної групи, також відмічається погіршення стану здоров'я молоді вищих освітніх навчальних закладів з переходом на старші курси. Система профілактики здоров'я, яка традиційно використовується в навчальних закладах, найчастіше зводиться до формування знань у студентів про ті чи інші захворювання. Але немає системи по формуванню навичок конструювання молоддю такого психічного і фізичного здоров'я, яке дозволяє успішно впоратися з постійно зростаючими навантаженнями сучасного життя на людський організм. Адже збереження і зміцнення здоров'я знаходяться в прямій залежності від рівня загальної культури і культури здоров'я. Тому здоров'я сучасного населення безпосередньо пов'язане не тільки з роботою системи охорони здоров'я, а й з самим способом життя людей [6, с. 71].

Крім того, серйозною причиною поширення негативної тенденції щодо стану здоров'я студентської молоді є те, що на сьогодні в Україні тільки 5-7% учнів закінчують загальноосвітню школу повністю здоровими, а інші діти йдуть у доросле життя з великою кількістю хронічної патології. Значні інформаційні перевантаження, недостатня рухова активність та неправильно організований навчально-виховний процес негативно відображаються на стані здоров'я учнів. При цьому одним з головних чинників впливу на стан здоров'я школярів є рухова активність [1, с. 62].

Автоматизація і механізація праці, комфорт побуту, зростання матеріального добробуту привели до того, що велика частина населення країн з високим рівнем культури, науки і техніки не отримують необхідний обсяг рухової активності. В даний час витрати фізичної праці в порівнянні з тими, що були сто років тому, знизилися з 94 до 1%. Недолік м'язової активності людини в умовах сучасної цивілізації отримав назву гіпокінезії. Бездіяльність м'язів, що складають близько 40% маси тіла людини, небезпечна для всього організму – виникає атрофія м'язів, серцево-судинні захворювання, демінералізація кісток скелета та ін. [11, с. 8–9].

Так, людське тіло складається з 260 кісток, понад 600 м'язів і 365 суглобів, і кожен з цих складових елементів знаходиться в постійному русі. Кров весь час в русі, наші легені безперебійно постачають кисень, весь організм в ритмі, русі. Як тільки в будь-якому місці відбувається зупинка,

люди відразу відчувають себе погано. Адже організм людини за своєю будовою призначений для різноманітного руху. І для того щоб відчувати себе добре і фізично, і психологічно, здорова людина повинна отримувати фізичне навантаження не менше півтори години кожен день [5, с. 3].

Але на сьогодні лише 13% українців мають необхідний, фізіологічно обумовлений, рівень рухової активності, тоді як в країнах ЄС – 40-60%, а в Японії – 70-80%. Відсутність необхідних систематичних занять фізичними вправами пов'язана з негативними змінами в діяльності вищих відділів головного мозку, його підкіркових структурах, що призводить до розладу діяльності серцево-судинної та інших систем, порушення обміну речовин, розвитку дегенеративних захворювань, зниження здатності підтримувати високу розумову та фізичну працездатність. Гіпокінезія спостерігається у 50% сучасних школярів у віці 6–8 років, у 60% учнів 9–12 років, у 75–80% школярів старшого віку [2, с. 17].

А в подальшому звичне обмеження рухової активності вже серед студентської молоді сприяє розвитку схильності до різних захворювань. Так, вивчення тижневого бюджету часу студентів дозволило виявити їхню загальну рухову активність – на заняття з фізичного виховання, спортивні тренування, участь у спортивних змаганнях, самостійні заняття фізичними вправами та ранкову гігієнічну гімнастику відводиться в середньому 5,9% загальних витрат часу [4, с. 58]. При цьому помітне зниження долі рухової активності в режимі життєдіяльності студентів створило систему протиріч між значним інтелектуальним і недостатнім фізичним навантаженням. Недостатня рухова активність призводить до порушення функціонування всіх систем організму, у студентів з'являється апатія, відсутність уваги, порушується сон, знижується м'язова сила та координація [4, с. 59].

Адже для збереження і відновлення здоров'я не можна бути пасивним, його необхідно заробляти, вчиняти дії щодо формування мотивації здорового способу життя. Однак більшість молоді, навіть розуміючи про значення здоров'я, знаючи фактори ризику, що завдають шкоди здоров'ю, стають залежними від комфорту цивілізації. Так, серед сучасних школярів і студентів існує мода на звільнення від навчальних занять фізичною культурою. А в подальшому значна частина випускників вузів мають хронічні захворювання, низький рівень здоров'я і фізичної підготовленості. Хоча це майбутні педагоги, лікарі, інженери, керівники виробництва, тобто ті люди, які мають безпосереднє відношення щодо пропаганди в трудових колективах здорового способу життя [11, с. 7].

Сучасні студенти складають особливу соціальну групу, об'єднану специфічними умовами навчальної праці та життя. Це одна з найчисленніших груп населення з підвищеним рівнем ризику захворювань. Процес життєдіяльності, а також фактори, що безпосередньо пов'язані з навчальною діяльністю (такі як тривалість навчального дня, навчальне навантаження за розкладом, перерви між заняттями, стан аудиторій, соціально-психологічна атмосфера, нестабільне і незбалансоване харчування, порушення режиму сну

і відпочинку та ін.) чинять серйозний вплив на стан здоров'я молодого покоління [10, с. 169].

Відзначимо, що ще від народження кожна людина володіє набором біологічних характеристик (стать, генна схильність та ін.) і має певний індекс здоров'я. А потім, в процесі соціалізації, вона виробляє для себе певну модель самозбережувальної поведінки з підтримки власного здоров'я – позитивну або негативну. При цьому позитивна модель самозбережувальної поведінки спрямована на збереження і продовження життя за допомогою ведення здорового способу життя, а негативна – призводить до погіршення і зниження рівня здоров'я в наслідку досягнення нагальної мети за рахунок ресурсів здоров'я або асоціального способу життя [7, с. 156].

Тому під системою дій і установок особистості, спрямованих на збереження і підтримання здоров'я і життєвого довголіття, слід розуміти самозбережувальну поведінку, яка є ключовою в процесі формування свідомих дій щодо збереження здоров'я. А сукупність людських потреб є не що інше, як реалізація «стрижневої» потреби, яка полягає в самозбереженні [9, с. 177].

Так, наше опитування студентів 1–4 курсів різних спеціальностей ЧНТУ виявило, що із 1067 респондентів належного обсягу рухової активності, який становить до 8-10 годин на тиждень, дотримуються лише 18,4% студентів (юнаки – 23,4%, дівчата – 14,1), що підтверджує актуальність проблеми самозбережувальної поведінки серед студентської молоді.

Самозбережувальна поведінка (як і будь-яка інша) управляється, регулюється і контролюється свідомістю, що функціонує на базі сенсорних, емоційних, інтелектуальних і вольових процесів. При цьому необхідно відзначити, що для повноцінного розгортання механізму самозбережувальної поведінки необхідно задіяти так звані персональні ресурси здоров'я, які являють собою особистісні сили, що сприяють подоланню впливу негативних для здоров'я факторів [13, с. 75].

Слід відзначити, що у всіх людей на генетичному рівні закладені процеси кінезофілії – потреби людини до рухової активності, яка біологічно обумовлена самою природою існування людей. І якщо цю потребу не підкріплювати систематичними оптимальними фізичними навантаженнями, то з часом організм адаптується до малої рухової активності і людина слабшає, а її фізичний потенціал падає. Це обмеження ще більше ослаблює життєво важливі функції, такі як серцево-судинна, дихальна і м'язова системи. Таке явище в життєдіяльності людини прийнято називати «порочним колом». І якщо вроджену кінезофілію не підтримувати через систематичні заняття фізичними вправами, то з віком людини вона інтенсивно знижується. Але більшість сучасних студентів, які ведуть активну трудову і розумову діяльність в умовах дефіциту фізичних навантажень, отримують «серце діяльного ледаря». Тому з позицій сучасної оздоровчої фізичної культури на перший план висувається оптимізація рухової активності як чинника компенсації моторики в умовах гіпокінезії і стимулювання згасаючої з віком кінезофілії [11, с. 11-12].

Головною умовою самореалізації людини в будь-якій сфері діяльності є необхідний рівень її психосоматичної організації, адже всі сторони людського життя, так чи інакше, визначаються рівнем здоров'я. Значимість питання формування культури здоров'я молоді обумовлена необхідністю збереження і зміцнення соціальної, психічної та фізичної складової здоров'я. А зниження фізичних кондицій, моральної стійкості та функціональних резервів організму, що спостерігаються у сучасній молоді, пов'язані з особливостями сучасної системи освіти, яка не активізує до конструювання власного здоров'я, а суперечить природним потребам і є патогенним фактором в життєдіяльності особистості. В результаті складається протиріччя між необхідністю формування культури здоров'я студентів вузів в процесі освіти і необґрунтованістю в практиці освіти змісту і процесу формування культури здоров'я молоді [3, с. 13].

Культура здоров'я вбирає в себе сукупність досягнень людства в різноманітних сферах – ідеології, освіти та вихованні, побуті, науці, мистецтві, літературі та ін. Вона є складовою загальної системи культури, яка набуває провідного значення серед глобальних проблем сучасності, що визначають майбутнє людства. Це пояснюється тим, що еволюція можлива тільки в здоровому суспільстві. Тому на сучасному етапі виникає необхідність в активному формуванні культури здоров'я – як індивідуальної, так і суспільної. Здоров'язберігаюче освітнє середовище вузу поряд з багатьма іншими факторами забезпечує формування здорового способу життя студентів, що неможливо без формування культури здоров'я студентів, яке відбувається в процесі освіти і виховання студентів, в тому числі самовиховання [10, с. 168-169].

Але навіть великі теоретичні знання в галузі культури здоров'я недостатні для формування правильної поведінки людини щодо свідомого й активного ставлення до збереження та зміцнення свого здоров'я, яке вимагає певних волевих якостей (самовладання, цілеспрямованості). А це обумовлює актуальність проблеми орієнтації студентів на саморозвиток культури здоров'я, який є безперервним процесом цілеспрямованої діяльності особистості зі зміни своїх потреб і здібностей, свідомого управління своїм розвитком, а також вибір цілей, шляхів і засобів самовдосконалення відповідно до своїх життєвих цінностей і установок щодо здорового способу життя. У вузі необхідно застосовувати методи і технології, які сприяють становленню потреби в саморозвитку культури здоров'я, яка розуміється як такий стан особистості студента, який виникає в результаті вирішення суперечності між бажаним і дійсним у стані здоров'я особистості і спонукає її до самовдосконалення. Залучаючи студентів до процесу самовдосконалення, можна впливати на саморозвиток їх культури здоров'я [6, с. 73].

Так, студент повинен вміти використовувати засоби фізичної культури і спорту з метою організації власного дозвілля, відпочинку, саморозвитку та самовдосконалення. У зв'язку з цим фізичне виховання відіграє важливу роль у формуванні навичок і моди на здоровий стиль життя у студентській молоді, забезпечує розвиток і саморозвиток культури здоров'я студентства в цілому.

При цьому основною функцією вузу є створення розвиваючого простору для кожного студента щодо безперервного розвитку в нього потреби в здоров'ї та оздоровленні, навчання не тільки умінь і навичок використання засобів фізичної культури, а й технології використання даних засобів, також мотивації ведення здорового способу життя та пропаганди здоров'я. У навчальний процес повинен бути впроваджений механізм, який забезпечує постійну включеність студента в систему оздоровчих відносин і сприяє формуванню в нього культури здоров'я та її саморозвитку [12, с. 92-93].

Слід відзначити, що причини багатьох людських помилок і трагедій полягають у невмінні підкорювати власну натуру. Сфера фізичної культури об'єднує біологічне і соціальне в людині, допомагає особистості стати сильнішою, проявити синтез розуму, фізичного здоров'я і волі. Безумовно, якості сильної особистості не можна придбати у відчайдушних веселощах, непотрібних розвагах або заохоченнях власного егоїзму [14, с. 21]. Тільки завдяки усвідомленню природи повсякденних турбот і негараздів з'являється впевненість у власних силах і шанс їх подолати. Так, вузівська педагогічна практика показує, що у студентів, включених в систематичні заняття з фізичного виховання і які виявляють на цих заняттях досить високу активність, виробляється певний стереотип режиму дня, спостерігається розвиток соціально орієнтованих установок і більш високий життєвий тонус. Вони більшою мірою комунікабельні, сумлінні, зібрані, обов'язкові, готові до співпраці, цінують суспільне визнання, адекватно реагують на критику на свою адресу, їм легше дається ефективний самоконтроль. Звичайно, тут важлива мотивація, яка стимулює і мобілізує особистість на прояв рухової активності – це потреба в рухах і фізичних навантаженнях, спілкування, дружня солідарність, суперництво, емоційна розрядка, самоствердження, активний відпочинок тощо [14, с. 22]. Для того щоб оцінити значення фізичної культури, молода людина повинна усвідомити важливість її ролі у своєму житті. І чим раніше вона це зрозуміє, тим більшого зможе домогтися і в своєму особистому житті, і на професійній ниві [14, с. 23].

Проте молодь, як правило, рідко цінує здоров'я, і її біологічний інстинкт ще не збагачений знаннями, досвідом і роздумами про здоров'я. А проблема самозбережувальної поведінки пов'язана з тим, що людина свідомо змінює себе, ставить здоров'я на найвищий рівень в особистій структурі життєвих цінностей, виключає з життя фактори ризику захворювань, що в кінцевому підсумку дозволяє підтримувати здоров'я і збільшувати тривалість життя [8, с. 143]. І саме фізична культура не тільки організовує і управляє діяльністю, а й сама представляє особливу діяльність по свідомому формуванню і підтриманню тілесно-рухових якостей і умінь, забезпечує формування таких загальнолюдських цінностей, як здоров'я, фізичне і психічне благополуччя [8, с. 147].

Будь-яка діяльність починається з дії, руху. А рухова культура особистості включає в себе все те, що використовувала і чого досягла людина в рівні розвитку своїх фізичних здібностей, рухових якостей, стану здоров'я тощо. І залежно від ступеня усвідомленості необхідності фізичної активності

в повсякденному житті, рівня знань, умінь, навичок, можна говорити про сформованість у людини фізичної культури або її відсутність, тобто про фізичне безкультур'я [5, с. 8].

Таким чином, дослідження проблеми формування культури здоров'я студентів вищих навчальних закладів дозволило виявити такі протиріччя: система вищої професійної освіти не активізує студентів на формування здоров'я і суперечить природним потребам в життєдіяльності особистості; існує необхідність підготовки фахівців технічних спеціальностей з належним рівнем культури здоров'я як складової подальшої успішної професійної діяльності та відсутністю дієвих засобів її формування у вузах; нехтування студентською молоддю руховою активністю створює протиріччя між значним інтелектуальним і недостатнім фізичним навантаженням, загрожує швидким руйнуванням здоров'я.

Отже, головними причинами негативної тенденції погіршення здоров'я сучасних студентів є: 1) ненавченість та невміння самостійно займатися власним здоров'ям; 2) звична низька рухова активність, яка є негативним типом самозбережувальної поведінки молоді у відношенні до здоров'я як інструменту для досягнення інших, більш значущих цілей. Тому у вузах необхідно створити умови для кожного студента щодо безперервного розвитку в нього мотивації оздоровлення, що сприятиме формуванню в нього потреби в саморозвитку культури здоров'я.

Список використаних джерел

1. Борщик Л.М., Титаренко Л.В., Савіна О.Г. та ін. Основні чинники негативного та позитивного впливу на здоров'я // Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю.Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С.Г., 2017. – С. 60–66.
2. Гаркуша С.В. Здоровьесберегающий потенциал двигательной активности // Здоровье для всех. – 2014. – № 1. – С. 15–21.
3. Гилязиева С.Р., Шумилина Н.С., Симоненков В.С. К вопросу формирования культуры здоровья обучающихся в процессе образования в вузе // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2016. – № 10 (198). – С. 13–18.
4. Грибан Г., Романчук В., Романчук С. Роль рухової активності в житті студентів // Спортивна наука України. – 2014. – №4 (62). – С. 57–62.
5. Еремушкин М.А. Двигательная активность и здоровье. От лечебной гимнастики до паркура. – М.: Спорт, 2016. – 184 с.
6. Замалетдинова Н.Ш. Саморазвитие культуры здоровья студентов в системе дистанционного обучения // Педагогическое образование и наука. – 2014. – № 1. – С. 71–74.
7. Кузеванова А.Л., Лещенко Л.А. Самоохранительное поведение как фактор сохранения и продления жизненной активности индивидов: социологический аспект // Известия высших учебных заведений. – 2016. – № 3 (39). – С. 154–161.
8. Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С. Социология здоровья: учеб. пособ. для студ. вузов. – Пермь: Перм. гос. нац. иссл. ун-т, 2011. – 238 с.
9. Лещенко Л.А. Самоохранительное поведение и человеческий капитал как социальные составляющие здоровья индивида // Вестник экономики, права и социологии. – 2017. – № 2. – С. 176–180.
10. Мельникова О.Ф., Данилкина Л.Е. Формирование и развитие культуры здоровья студентов // Science Time. – 2016. – № 9 (33). – С. 168–172.

11. Николаев В.С., Щанкин А.А. Двигательная активность и здоровье человека: (теоретико-методические основы оздоровительной физической тренировки): учеб. пособ. – М.-Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 80 с.
12. Самарин А.В., Мехришвили Л.Л. Саморазвитие культуры здоровья студенческой молодежи // III Международные научные чтения (памяти И.И. Ползунова): Междунар. науч.-практ. конф. – М.: ЕФИР, 2016. – С. 91–93.
13. Самыгин С.И., Самыгин П.С., Осипова А.А. Молодежь и здоровье: психологические барьеры самосохранительного поведения // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2015. – № 6. - Ч. 2. – С. 72–77.
14. Физическая культура: учебник и практикум для прикладного бакалавриата / А.Б. Муллер, Н. С. Дядичкина, Ю. А. Богаченко и др. – М.: Юрайт, 2017. – 424 с.

**«СПОРТ ЗАРАДИ РОЗВИТКУ» – АКТУАЛЬНА КОНЦЕПЦІЯ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ**
(Качан О.А., Пристинський В.М., Фролова О.О., Лисецька О.Я.)

Початок третього тисячоліття характеризується глобалізацією суспільного розвитку; зближенням націй, народів, держав; переходом людства від індустріальних до науково-інформаційних технологій, високих економіко-технологічних укладів, які значною мірою ґрунтуються на освітньо-інтелектуальному потенціалі людства. Одночасно загострюється конкуренція між регіонами, націями, державами, окремими громадянами. Це зумовлює докорінну зміну підходів до навчання молодого покоління та освітньої політики в цілому. Саме для ХХІ ст. стає характерним розуміння того, що освіта не може надалі залишатися у сфері відокремленої галузевої чи відомчої політики, розглядатися як витратне соціальне благо, а є продуктивним чинником розвитку, а відтак має набути статусу загальнонаціональної стратегії.

Загальноцивілізаційні тенденції викликали появу сучасної парадигми освіти, її переорієнтацію з держави на людину, на фундаментальні людські цінності, на демократизацію освітнього процесу й освітньо-педагогічної ідеології загалом [8; 9].

Концепцією Нової української школи визначено основні напрями фізкультурної освіти та вимоги щодо успішності навчання, а саме: регулярно практикувати фізичну діяльність; демонструвати рухові вміння й навички та використовувати їх у різних життєвих ситуаціях; обирати, створювати і застосовувати індивідуальні фізкультурно-оздоровчі програми для фізичного вдосконалення та здоров'я; розвивати здатність до самооцінювання рівня фізичного стану; керуватися правилами доброчесної гри, уміти вигравати і програвати; усвідомлювати значення фізичних вправ для здоров'я, задоволення, гартування характеру, самовираження, соціальної взаємодії.

Новий Стандарт загальної середньої освіти покликаний стати одним із чинників для утвердження людської гідності та ґрунтуватися на компетентнісному підході, що важливо для забезпечення якості освіти. Компетентнісний підхід – це своєрідний місток, який поєднує

загальноосвітній навчальний заклад з реальним світом та тими потребами, які ставить перед людиною життя. Під компетентністю розуміємо поєднання знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, особистих якостей, що визначає здатність особи успішно провадити діяльність у нових непередбачуваних умовах [5].

Стратегія забезпечення процесів соціально-економічного розвитку, вирішення проблем обмеження зростання і розвитку сучасних цивілізацій полягає у зміні підходу до вирішення «викликів часу».

Відтак, переорієнтація освіти щодо відмови від нестійких моделей виробництва і споживання, дбайливого ставлення до навколишнього середовища, досягнення взаєморозуміння і соціальної стабільності, а також вирішення цілої низки завдань економічного, соціального й екологічного розвитку має сприяти переходу людства на шлях сталого розвитку. Отже, освіту, націлену на досягнення довгострокових цілей, що сприяє формуванню поглядів, цінностей екологічно відповідальної людини-громадянина; людини, яка впливає на вибір сценарію розвитку сучасного суспільства, ми маємо визначити як освіту в інтересах сталого розвитку. Концепція освіти щодо сталого розвитку має розумітися як форма управління процесами розвитку ресурсів людини, соціальних груп, організацій, сфер соціальної практики.

В умовах розбудови українського суспільства значну роль відіграє фізична культура, яка є невід'ємним складником загальнолюдської культури, одним із визначальних факторів національного прогресу та здоров'я нації. Здоров'я підростаючого покоління має бути пріоритетною метою суспільства, бо саме воно визначає майбутній добробут країни, подальший економічний, духовний та науковий розвиток, рівень життя, культури.

У 2016-2017 рр. представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні реалізувалася Програма «Спорт заради розвитку» в рамках проекту «Посилення соціальної згуртованості та інтеграції внутрішньо переміщених осіб у Східній Україні». Одним із складників цього проекту була розробка та впровадження програми партнерства у шкільному спорті і фізичній культурі задля досягнення соціальних та поведінкових змін, а також підготовка педагогів до проведення занять та поширення інформації щодо «Спорту заради розвитку».

Мета стратегічної основи концепції «Спорту заради розвитку» в Україні полягала у визначенні розуміння соціальних функцій спорту, організаційно-педагогічних форм та умов поширення різноманітних видів оздоровчо-рекреаційної рухової активності учнівської молоді. У зв'язку з цим, й діяльність «Спорту заради розвитку» ЮНІСЕФ заснована на твердому намірі забезпечити кожній дитині право на гру та відпочинок (стаття 31 Конвенції про права дитини) поряд із правом на спорт, що також відзначено в інших Міжнародних угодах [4; 7; 11; 15].

«Спорт заради розвитку» є динамічним інструментом для реалізації соціальних стратегій з метою сприяння забезпеченню гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок і дівчат, комунікації для розвитку і надання допомоги дітям в надзвичайних гуманітарних ситуаціях. У зв'язку з

цим, ЮНІСЕФ співпрацює над спортивними ініціативами з широким колом партнерів, включаючи уряди, громадські організації, приватний сектор, спортсменів, відомих особистостей, команди, спортивні федерації, засоби масової інформації.

На наш погляд, для забезпечення світового балансу між вирішенням соціально-економічних проблем і збереженням навколишнього середовища доцільно використовувати концепцію сталого розвитку. Сталий розвиток – це процес економічних і соціальних змін, при якому експлуатація природних ресурсів, напрямки інвестицій, орієнтація науково-технічного розвитку, розвиток особистості та інституційні зміни узгоджені між собою і зміцнюють нинішній і майбутній потенціал для задоволення людських потреб і прагнень. Багато в чому мова йде про забезпечення якості життя людей [2; 11].

Поняття «сталий розвиток» походить від англ. *«sustainable development»* – такий, що постійно підтримує розвиток. Уперше цей термін був уведений у доповіді «Наше спільне майбутнє», представлений у 1987 р. Всесвітньою комісією ООН з навколишнього середовища й розвитку під керівництвом Гру Харлем Брунтланд. Цим терміном позначалася така модель розвитку суспільства, завдяки якій задоволення життєвих потреб нинішнього покоління людей досягається не за рахунок позбавлення такої можливості майбутніх поколінь. Концепція сталого розвитку вперше була визначена як стратегічна мета світової спільноти на Міжнародній конференції ООН з проблем екології в Ріо-де-Жанейро в 1992 р.

Основним завданням сталого розвитку проголошується задоволення людських потреб і прагнень, необхідною передумовою чого є задоволення найбільш важливих для життя потреб людей і надання всім рівної можливості задовольняти свої прагнення до кращого життя однаково.

Сталий розвиток – це стратегічно пріоритетний шлях організації життя людської спільноти на засадах [11]: філософії, етики й психології нового культурно-історичного часу життя і розвитку цивілізації («Хартія Землі»); системи поглядів на управління діями людини щодо навколишнього середовища з метою підвищення якості життя нині й майбутніх поколінь людей («Порядок денний на ХХІ століття»); стратегії партнерства, яка полягає в узгодженому посиленню соціального потенціалу, планування й інвестицій, що поєднує економічні, екологічні та соціальні цілі суспільства, досягаючи компромісу там, де таке поєднання неможливе.

Цілі сталого розвитку офіційно відомі як «Перетворення нашого світу: порядок денний в галузі сталого розвитку на період до 2030 року» - це комплекс цілей для майбутнього Міжнародного співробітництва. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН визначає їх орієнтирами для встановлення цілей на національному рівні та моніторинговим інструментом для вимірювання суспільного прогресу; як соціальну угоду між світовими лідерами та людьми, які будуть стимулювати діяльність у галузях, що мають величезне значення для людства й планети. У зв'язку з цим, цілеспрямоване використання спорту, ігор та рухової активності є дієвим, практичним й ефективним інструментом досягнення цілей сталого розвитку та розбудови миру [2].

23 серпня 2013 року в Нью-Йорку в штаб-квартирі ООН Генеральна Асамблея оголосила 6 квітня Міжнародним Днем «Спорту заради Розвитку та Світу», який відзначається країнами-членами ООН та іншими організаціями-партнерами з метою зміцнення ролі спорту та рухової активності в житті суспільства, чи то для пропаганди здорового способу життя й підвищення доступності занять, чи використання спорту як засобу для досягнення стійкого розвитку в регіонах, що потерпають від конфліктів, бідності або нерівності. Це рішення стало історичним кроком у визнанні спорту як соціального чинника в досягненні сталого розвитку.

ЮНІСЕФ використовує концепцію «Спорту заради розвитку» для поширення своєї діяльності в пріоритетних напрямках середньострокового стратегічного плану, а Міжнародною спільнотою визначено шість Глобальних Цілей впливу спорту та рухової активності як чинників змін для досягнення завдань сталого розвитку.

По-перше, це *міцне здоров'я*. Заняття спортом та оптимальна рухова активність приносять людям фізичну, соціальну й розумову користь, поліпшуючи працездатність та соціально-психологічне самопочуття. Фізична активність є ефективним чинником запобігання різних захворювань. Адже щороку, за оцінками експертів, це стає причиною 1,9 млн. смертей по всьому світу. Спорт також використовується як канал комунікації для просування цінностей здорового способу життя. Наприклад, в Індії національна збірна команда з крикету закликала своїх прихильників «перемогти» поліомієліт шляхом вакцинації дітей.

По-друге, це *якісна освіта*. Спорт називають «школою життя», так як він навчає дітей і молодь розуміти цінність чесної гри (змагання), співпрацювати в команді, виховує повагу до себе та інших, розвиває позитивну конкуренцію. В одному з наукових досліджень було встановлено, що діти, які є фізично активними щонайменше п'ять годин на тиждень, отримують кращі оцінки в школі в порівнянні з тими, хто присвячує їй менше однієї години на тиждень. У багатьох країнах спорт використовується для популяризації освіти, особливо серед жінок. Наприклад, у Зімбабве програма «Освіта молоді через спорт» закликає дівчат демонструвати позитивні приклади своїм громадам.

По-третє, це *гендерна рівність*. Навички та цінності, які засвоюються завдяки заняттям спортом є особливо важливими для дівчат. Спорт надає їм шанс бути лідерами та підвищує впевненість у власних силах. Враховуючи, що спорт тривалий час в історії свого розвитку вважався традиційно чоловічою сферою, участь дівчат у спорті сприяє досягненню гендерної рівності за рахунок подолання цього стереотипу. Спортивні турніри для дівчат та жінок у багатьох країнах допомагають просувати цінності гендерної рівності в спорті. Створення жіночих спортивних ліг сприяє доступу дівчат до спорту та гри. Зміцнюючи впевненість у власних силах і створюючи нові можливості, спорт надає дівчатам захист та підвищує їхні шанси на успіх у майбутньому. Результати наукових досліджень, проведених Жіночою фундацією спорту США свідчать, що дівчата, які займаються спортом, мають

утричі вищі шанси отримати повну середню освіту, на 92% менше шансів почати вживати наркотики, на 80% завагітніти в підлітковому віці (у порівнянні з тими, хто не займається спортом).

По-четверте, це *безпечне середовище та спільноти*. Спорт створює безпечне середовище для дітей і підлітків, пропонуючи здорові альтернативи палінню, вживанню алкоголю та наркотиків. Заняття спортом допомагають дітям розвивати почуття приналежності до спільноти, поліпшувати відносини з однолітками та дорослими, формувати навички командної роботи. Для вразливих дітей спорт має запобігти бездоглядності й життю на вулиці. Наприклад, у Бразилії підлітки, що мають проблеми із законом залучаються до гри у футбол, займаються іншими видами спорту, що дозволяє їм виміщати агресію у позитивний спосіб; у Сьєрра-Леоне спорт використовується для допомоги колишнім солдатам реінтегруватися в суспільство шляхом створення безпечного та сприятливого середовища, формування відчуття зв'язку з іншими людьми, корисності свого існування.

По-п'яте, це *мир і справедливість*. Спорт – це унікальна й універсальна умова подолання розбіжностей та ізоляції людей в суспільстві, чинник запобігання військовим конфліктам, підтримання миру. Спортивні програми у постконфліктних обставинах є важливим компонентом процесу відновлення. Спорт має створювати відчуття нормальності, порядку, допомагати відновити довіру до інших.

По-шосте, це *економічне зростання*. Використовуючи інноваційний розвиток спорту можливо забезпечити досягнення високих економічних показників, створити нові робочі місця, сприяти розвитку культури і виробництва місцевої продукції, запровадити глобальну стратегію зайнятості молоді.

Відтак, спорт є вагомим аргументом, який скеровує людину на вдосконалення: від спорту для всіх і розкриття таланту – до підкорення п'єдесталу пошани. Отже, спорт для всіх дає можливість мільйонам людей удосконалювати свої фізичні якості та рухові можливості, зміцнювати здоров'я і подовжувати творче довголіття. Особливо актуальним є виявлення в дітей і підлітків таланту, створення сприятливих передумов для найбільш повного розкриття можливостей, досягнення духовного й фізичного вдосконалення, оволодіння висотами спортивної майстерності. Мета спорту вищих досягнень - це досягнення максимально можливих спортивних результатів та перемог на найбільших спортивних змаганнях.

Актуальним напрямом забезпечення соціальної функції сфери фізичної культури є спорт заради розвитку. Ідея розвитку цієї концепції, на наш погляд, полягає в тому, що виконання фізичних вправ для задоволення рухової активності та ведення здорового способу життя можна поєднувати зі створенням додаткових ресурсів, необхідних у повсякденному житті людини.

Наприклад, засновники програми «Активні та по-футбольному спортивні» у Гані розробили тренінги з підприємницької діяльності для працевлаштування молоді, яка отримала знання та навички щодо заснування малих підприємств з метою подальшого розвитку власних бізнес-ідей, в тому

числі й залучення до продажу футбольної атрибутики тощо. Наприкінці тренінгу кожен учасник отримує старт-ап капітал у вигляді футбольної атрибутики, яку міг збути у своїх громадах, а після цього використати отримані кошти для реінвестування у власний бізнес.

Іншим прикладом вдалої реалізації концепції «Спорту заради розвитку» є створення центру реабілітації осіб із паралічем у Бангладеші. Пріоритетним напрямом діяльності центру є використовування спорту задля зміни укорінених упереджень і хибних вражень стосовно людей із обмеженими можливостями, сприяння їх соціальному залученню до громад, покращення доступу до освіти для дітей з особливими потребами тощо. Ресурси центру є доступними для кожного, і, якщо діти побажають долучитися до гри, то вони повинні робити це спільно із «воротарем» (діти з обмеженими можливостями).

Подібні соціальні проекти існують в багатьох інших країнах світу. Так, у Руанді – це «Спорт для миру і злагоди», у Грузії – «Чемпіонат з футболу серед школярів», у Колумбії – «Футбол для миру», у Туреччині – «Навчання родин та дітей», у Зімбабве – «Навчання молоді через спорт» тощо [1; 2; 4; 8].

Іншою, не менш важливою місією спорту, є його вплив на соціальні й поведінкові зміни в особистості підростаючого покоління, формування вміння ефективної взаємодії й уміння позитивно реагувати на проблеми, вирішувати їх засобами фізичного виховання.

Останнім часом в Україні особливо гостро постала проблема булінгу, яку на нашу думку, можна успішно вирішувати засобами соціальної програми «Спорт заради розвитку».

В освітній практиці останніх років визнано поширення шкільного булінгу, особливо в підлітковому віці. Булінг (від англ. «*vully*» – хуліган, забіяка, грубіян, насильник) визначається як утиск, дискримінація, цькування; тривалий процес свідомого жорстокого ставлення (фізичного і психічного) з боку дитини або її оточення до іншої дитини чи групи дітей.

Згідно опитування, проведеного представництвом Дитячого фонду ООН у 18 країнах світу, в тому числі й Україні, проблема булінгу набула масштабного характеру [13; 16]. Із повсякденного визначення це слово перетворилося в міжнародний термін, який містить низку соціальних, психологічних, юридичних та педагогічних проблем. І хоча поняття «булінг» є певним чином новим явищем, на жаль, нам добре відоме, і являє собою одну з актуальних проблем сучасності, що вимагає ретельного вивчення та розв'язання. Однак відсутність достатньої інформації про булінг є перешкодою для вирішення цієї важливої соціальної проблеми.

Шкільний булінг - явище комплексне, тому, окрім учителів, соціальних педагогів, шкільних психологів до вирішення проблеми мають долучатися лікарі, фахівці фізичного виховання і спорту, а також батьки [6].

Булінг – це проблема стосунків між дитиною, що чинить агресію, та дитиною, що є жертвою. Обидві категорії дітей потребують втручання дорослих, засобів масової інформації з метою їх підтримки та побудови позитивних взаємин.

Молодому поколінню необхідно пояснювати, що булінг є неприйнятним явищем у шкільному середовищі, підвищувати рівень свідомості та самосвідомості учнів, покращувати соціальні навички, вчити гуманності, націлювати на позитивне лідерство. Дітям та молоді, що зазнають знущань, необхідна безпека та підтримка в подоланні психологічного й фізичного свавілля з боку однолітків.

Наголошуємо, що вирішення цієї проблеми у взаєминах між дітьми має здійснюватись по відношенню до всіх учасників конфлікту, адже нерідко свідки теж стають об'єктами цькування. Уміле й виважене втручання дорослих має змінити застосування сили на формування позитивних взаємин у групі дітей. Важливо при цьому пам'ятати, що позитивні стосунки між однолітками залежать від добрих взаємин між дорослими та з дорослими. Учителі, батьки, опікуни та інші дорослі не лише формують поведінкові моделі, мовні навички, відношення до світу та інших людей, а й мають створювати позитивний досвід, в межах якого діти позитивно взаємодіють між собою.

У контексті сказаного, сфера фізичної культури і спорту має високий виховний потенціал щодо протидії шкільного булінгу та має бути спрямована на розвиток у дітей соціальних навичок (позитивне спілкування, повага до прав людини, співчуття, взаємодія в команді, запобігання конфліктам, примирення, взаємне протистояння негативним соціальним впливам тощо); формування стійкого інтересу до занять через набуття учнями нового знання, рухового досвіду, підвищення рухової активності.

На наш погляд, оновлення системи фізичного виховання школярів в Україні, виходячи з реалій сьогодення, повинно відповідати засадам демократичних перетворень, подоланню посттоталітарних тенденцій у людських взаєминах, відмову від традицій нормативно-наказової педагогіки як залишку авторитарної політики. Реалізація цих кардинальних перетворень у повсякденному житті школи залежить не тільки від прийняття законодавчих актів, а й вимагає відповідного теоретико-методологічного осмислення існуючої практики фізичного вдосконалення учнів, створення нової концепції для радикальної перебудови системи фізичного виховання підростаючого покоління, її націленість на соціальні та поведінкові зміни.

Упровадження інноваційних підходів зорієнтує учнів не тільки на стійку мотивацію щодо збереження власного здоров'я, фізичного гарту, гармонійного розвитку природних здібностей і психічних якостей, використання засобів фізичного виховання в організації здорового способу життя, але й на взаємодію у налагодженні довірливих взаємовідносин і взаєморозуміння, взаємодопомоги і співробітництва в шкільному середовищі.

У зв'язку з цим з'являється потреба методологічно правильно й методично вмотивовано визначити співвідношення між структурними елементами сучасного уроку фізичної культури, не порушуючи при цьому системність та логіку організації навчально-виховного процесу з фізичного вдосконалення школярів. Так, на наш погляд, під час уроків фізичної культури, у позакласній і позаурочній фізкультурно-оздоровчій та спортивній

роботі доцільно використовувати адаптовані й спеціалізовані вправи та ігрову діяльність для розвитку партнерства в шкільному середовищі задля досягнення соціальних та поведінкових змін у протидії тому ж оулінгу. Учитель фізичної культури на своїх уроках без додаткового обладнання та без суттєвих змін у програмах і навчальних планах має впроваджувати тренінги, комплекси вправ з налагодження довірливих взаємовідносин і взаєморозуміння, взаємодопомоги і співробітництва в шкільному середовищі. До змісту занять доцільно включати спеціальні вправи-тренінги з метою психолого-педагогічного супроводу психоемоційної саморегуляції школярів.

Особливо значущою, на наш погляд, є проблема психологічної готовності дітей до дій в надзвичайних ситуаціях. Саме їх можна віднести до вразливої групи, яка потребує пильної уваги з боку фахівців, психосоціальної підтримки, допомоги та розвитку життєвих навичок.

Одним із важливих завдань загальноосвітньої школи є підготовка учнів до подолання життєвих труднощів, навчання протидії стресовим станам, регуляції власних емоційних перенавантажень. Для підвищення ефективності навчальної діяльності учням необхідно вміти об'єктивно оцінювати свій емоційний стан, навчитися ним керувати і звільнятися від надмірного емоційного напруження. У зв'язку з цим рекомендуємо використовувати наступний методичний інструментарій – орієнтовні фізичні вправи на подолання життєвих труднощів, емоційну саморегуляцію, уміння взаємодіяти з оточенням тощо:

Вправа «Струсити ...» – спрямована на подолання негативного, непотрібного, неприємного й того, що заважає;

Вправа «Зобразити тварину» – спрямована на формування самовираження, емоційне розкріпачення тощо;

Вправа «Два барани» – спрямована на зниження невербальної агресії, можливість «легальним чином» виплеснути гнів, зайву емоційну і м'язову напругу, спрямування дитячої енергії у позитивне русло;

Вправа «Танок п'яти рухів» – спрямована на зняття м'язових «затискачів», розвиток уміння «висловлювати» емоції за допомогою рухів;

Вправа «Передай рухи по колу» – спрямована на вдосконалення навичок координації та взаємодії на психомоторному рівні, розвиток уяви й емпатії;

Вправа «Ходьба з затискачами» – спрямована на встановлення і вдосконалення образу «Я»;

Вправа «Пластилінова людина» – спрямована на розвиток розуміння того, як необхідно контролювати себе й інших, адекватності самоконтролю;

Вправа «Австралійський дощ» – спрямована на забезпечення психологічного розвантаження;

Вправа «Щеня обтрушується ...» – забезпечує психолого-педагогічну корекцію тривожності, зняття м'язових «затискачів»;

Вправа «Шикуйся за...» – спрямована на активізацію уваги, включає рухи й групову взаємодію;

Вправа «Сліпий потяг» – спрямована на розвиток спостережливості, уміння зосереджуватися, розслаблятися (інтелектуальний рівень); довіри та невербальної комунікації, відповідальності, чесності, поваги (емоційний рівень); просторової орієнтації, координації рухів (фізичний рівень);

Вправа «Тигр, тигр, пантера ...» – спрямована на розвиток спостережливості, уміння концентрувати увагу, пам'ять (інтелектуальний рівень); ввічливих фізичних контактів, які формують атмосферу довіри та співпраці (емоційний рівень); фізичних якостей (фізичний рівень);

Вправа «Чаклуни» – спрямована на розвиток спостережливості, зосередженості, стратегічного мислення (інтелектуальний рівень); потреби у фізичному контакті, що формує атмосферу довіри і взаємоповаги, чесність і відповідальність, чуйність і співчуття (емоційний рівень); спритності, реакції, координації рухів (фізичний рівень);

Вправа «Внутрішній промінь» – спрямована на зняття втоми, стабілізацію внутрішнього стану;

Вправа «Дерево» – спрямована на стабілізацію внутрішнього стану, створення балансу нервово-психічних процесів, запобігання травматичних ситуацій, безпечної поведінки;

Вправа «Дві шеренги» – спрямована на дотримання принципів командної взаємодії, формування навичок командної взаємодії;

Вправа «Будинки й господарі» – спрямована на створення позитивного настрою, активізацію уважності, доброчесності;

Вправа «Театр Кабукі» – спрямована на створення позитивного настрою, активізацію учасників, формування навичок командної взаємодії;

Вправа «Молекули» – спрямована на створення позитивного настрою, активізацію учасників, формування навичок взаємодії в підгрупах, малих групах;

Вправа «Ігровий парашут» – спрямована на навчання узгодженості дій, умінню відчувати рух інших гравців, дотримання правил гри, уміння взаємодіяти в команді.

Отже, на підставі викладеного необхідно зазначити, що оптимізація освіти має бути спрямована на забезпечення економічного зростання, розв'язання соціальних проблем суспільства, гармонійний розвиток особистості, що є умовою забезпечення сталого демократичного розвитку суспільства.

При цьому особливої значущості набуває проблема удосконалення змісту фізичного виховання школярів у контексті впровадження широкого спектру методичних інновацій. У зв'язку з цим, концепція «Спорт заради розвитку» є актуальним напрямом збереження здоров'я учнівської молоді засобами фізкультурно-спортивної роботи, яка передбачає забезпечення рухової активності на тлі взаємодії з учнями щодо налагодження довірливих взаємовідносин і взаєморозуміння, взаємодопомоги і співробітництва.

У зв'язку з цим, сподіваємось на розуміння того, що задля досягнення соціальних та поведінкових змін в середовищі учнівства, молоді та українського суспільства в цілому, необхідна оновлена модель шкільного

спорту та вибудова змісту занять з фізичної культури на засадах партнерства заради посилення соціальної згуртованості.

Список використаних джерел

1. Активні школи. Посібник для вчителів: як залучити дітей до активності? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/ukr/> (дата перегляду 01.06.2017). – Назва з екрана.
2. Глобальні цілі сталого розвитку 2030 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.globalgoals.org> (дата перегляду 03.06.2017). – Назва з екрана.
3. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю.Д. Бойчука. – Харків: вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с.
4. Захист дітей від насильства у спорті : огляд прикладів з розвинених країн // Центр досліджень Innocenti [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unicef-irc.org/publications/> (дата перегляду 10.06.2017). – Назва з екрана.
5. Інформаційно-комунікаційні технології фізкультурно-спортивної спрямованості в соціалізації учнівської молоді: навч.-метод. посіб. / за ред. О.А. Качана, В.М. Пристинського. – Слов'янськ: вид-во Б.А. Маторіна, 2017. – 160 с.
6. Как покончить с травлей в школе: первый шаг [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.youtube.com/watch?vUbAkL88A7Do> (дата перегляду 16.05.2017).
7. Концепція нової української школи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://qoo.by/2gdr> (дата перегляду 16.05.2017). – Назва з екрана.
8. Конс М., Маттер Д. Навчання через гру. Ранній розвиток дитини на основі спорту та гри: посібник для практичних працівників / за сприяння Рейналди Різебос. – Швейцарська академія розвитку, 2015. – 69 с.
9. Мерцалова Т. Насилие в школе: что противопоставить жестокости и агрессии? // Директор школы. – 2000. – № 3. – С. 25-32.
10. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні // Нац. акад. пед. наук України / ред. кол.: В.Г. Кремень (голова), В.І. Луговий, А.М. Гуржій, О.Я. Савченко; за заг. ред. В. Г. Кременя. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 448 с.
11. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/344/2013> (дата перегляду 16.05.2017). – Назва з екрана.
12. Наша Теорія змін: визначення ролі спорту для розвитку у запобіганні та припиненні злочинної поведінки // Національний альянс спорту для припинення злочинної поведінки. – Брістоль, 2016. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nasdc.org> (дата перегляду 01.06.2017). – Назва з екрана.
13. Опитування проблеми Булінгу з точки зору міжнародної перспективи та реалії в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=54674#.WV5utIVSCUn> (дата перегляду 02.07.2017). – Назва з екрана.
14. Підготовка інструкторів програми «Спорт заради розвитку»: метод. посіб. для загальноосвітніх навч. закл. / О. Голоцван, Н. Зимівець, О. Сакович, С. Ющишен; за заг. ред. Н. Зимівець. – К., 2017. - 210 с.
15. Стратегічна основа ЮНІСЕФ щодо спорту для розвитку // United Nations Children's Fund (UNICEF) Civil Society Partnerships / пер. з англ.; Programmes 3 United Nations Plaza, May 2011. – New York, 2017. – 26 с.
16. Шкільне цькування як хвороба групи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=KVDPOyvvkM> (дата перегляду 16.05.2017). – Назва з екрана.

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ЯК ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИЙ ФАКТОР (Луценко О. І., Цись Н. О.)

Сучасний прогрес науки і техніки сприяє зміні співвідношення в повсякденному навчальній та трудовій діяльності, розумової та фізичної праці людини [12, с. 1231; 14, с. 709]. Найбільш явно це можна побачити в освітньому процесі школярів, студентів, педагогів. В освітньому процесі збільшується сумарний обсяг навчального навантаження [1, с. 11; 8; 11]. Окрім цього ускладнюється зміст навчальних програм, що веде до істотного збільшення самостійної роботи студентів. Вище зазначене, в свою чергу, сприяє скороченню рухової активності майже в половину [5, с. 121; 10, с. 661; 13, с. 1240]. Низка проведених досліджень [9, с. 132] в даний час указують на те, що основна маса студентів, практично близько 50% студентів закладів вищої освіти, мають відхилення в стані здоров'я [3, с. 189; 6, с. 568]. Існуючий обсяг рухової активності школярів та студентів не дає можливості повноцінного розвитку і функціонування організму [4, с. 230].

Тому перед нами постала проблема вивчення взаємозв'язку рівня соматичного здоров'я студентів з їх реальною руховою активністю.

Дослідження проведено з дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1994-2008 рр.), а також наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

Для вивчення поставленої нами задачі ми сформували дві групи до яких входили студенти ті що відносились до основної медичної групи з фізичного виховання (ОМГ) та медична група (СМГ). Всього було 54 студенти з них 30 осіб жіночої статі і 24 студенти чоловічої статі з 1 по 4 курс факультету природничої і фізико-математичної освіти Глухівського національного педагогічного університету ім. О. Довженка. У дослідженні використовували опитування у вигляді анкетування, яке дозволило дізнатися думку дівчат і юнаків про свою рухову активність. Власне рухова активність вимірювалася крокоміром *Noom* для системи *Android*, яку можна було встановити на будь-який гаджет, що був під рукою у досліджуваних груп.

Ми проаналізували використання системи міроприємств обсягом 9-12 годин тижневого навантаження, спрямованих на компенсацію дефіциту рухової активності студентів основної медичної групи, з яких 20 займалися фізичним вихованням на 1-2 курсах в обсязі 4 годин на тиждень, та 17 студентів 3 курсу, які займалися 2 години на тиждень.

У систему заходів було включено: а) ранкову гігієнічну гімнастику 20-30 хв.; прогулянки на свіжому повітрі 20-30 хв., а у вихідний день до 2-х годин із швидкістю пересування 5-6 км за годину; б) інтенсифікацію навчальних занять з фізичного виховання з використанням природних локомоцій та рухів (біг, стрибки, стрибкові вправи, ігри та ігрові вправи,

естафети), які забезпечують активне залучення студенток до рухової діяльності з необхідним емоційним фоном.

Для визначення рівня здоров'я з різним рівнем рухової активності студентів факультету природничої та фізико-математичної освіти ми вирішили використовувати комплексну систему оцінювання за Г. Апанасенко [2, с. 91].

Вимірювання антропометричних показників проводилось за загальноприйнятою методикою. Довжина тіла вимірювалась за допомогою ростоміра, вимірювання маси тіла проводиться на медичних вагах, дотримуючись стандартних умов. Оцінка стану дихальної системи проводилось на підставі вимірювання життєвої ємності легень (ЖЄЛ) за допомогою спірометра. Проба проводиться двічі, ураховується кращий результат. Розвиток сили м'язів кисті вимірюється кистьовим динамометром, користуючись загальноприйнятою методикою [7, с. 242].

Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за формулою:

$$\text{ІМТ} = \text{Маса (кг)} / \text{Довжину (м)}^2,$$

норма якого згідно класифікації ВООЗ складає 18,5 - 24,9 кг/м².

Уявлення про стан дихальної функції дає життєвий індекс – відношення життєвої ємності легень (ЖЄЛ) до маси тіла:

$$\text{ЖЕЛ/МТ (мл*кг}^{-1}\text{)}$$

Середні величини цього показника в чоловіків 65-70 мл*кг⁻¹ і 55-60 мл*кг⁻¹ у жінок. Силовий індекс, тобто відношення абсолютного показника сили, що фіксуються на динамометрі, до маси тіла, визначали за формулою:

$$\text{Динамометрія / МТ*100 (\%)}$$

Уважається, що силовий індекс для сильнішої руки в чоловіків дорівнює 65-70 % від маси тіла. У жінок цей показник знаходиться в межах 45-50 % від маси тіла.

Функціональний стан серцево-судинної системи визначається за показниками пульсу (ЧСС). Вимірювання ЧСС проводиться пальпаторним методом на променевій (сонній) артерії в стані спокою. Фіксували показники ЧСС протягом 10с із наступним перерахуванням за 1 хв. Артеріальний тиск вимірювали аускультативним методом Короткова ртутним тонометром (Riester, Germany). Розрахунок середнього артеріального тиску (АТсер) здійснювали за формулою Нікккма.

Дані обробляли загальноприйнятими статистичними методами за допомогою персонального комп'ютера та програми Statistica8.0. Оскільки оцінювання кожного обстежуваного відбувалося за бальною шкалою, то ми користувалися в подальшому не середнім арифметичним із набраних балів, а медіаною. А для порівняння використовували непараметричні методи аналізу зокрема тест Уїлкоксона.

Для проведення дослідження нами була розроблена анкета.

Дані, отримані в результаті анкетування, були оброблені статистичним методом визначення показників відносної частки. Він передбачає проведення аналізу результатів дослідження з метою визначення процентного

співвідношення між частинами і цілим. Для розрахунку використовується наступна формула:

$$P_{\%} = \frac{m}{n} \times 100\%$$

де, Р - показник відносної долі відсотка;

m – число респондентів, які обрали той чи інший варіант відповіді;

n – кількість вибірки.

Результати проведеного дослідження дозволили вивчити ставлення студентів до занять фізичною культурою у ВНЗ і самостійно, оцінити суб'єктивний стан здоров'я студентів різних курсів, причини відмови від занять. Результати анкетування представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Результати анкетування студентів

Питання анкетування	Дівчата		Хлопці	
	ОГ	СМГ	ОГ	СМГ
<i>Скільки годин у тиждень Ви знаходитесь на навчанні в університеті?</i>				
- менше 30 годин	26%	8%	14%	12%
- 30-48 годин	60%	82%	72%	74%
- 48 и більше годин	14%	10%	14%	14%
<i>Скільки годин у день в середньому ви займаєтесь за межами університету?</i>				
- менше 2 годин	26%	26%	34%	46%
- 2-4 години	60%	60%	34%	32%
- більше 4 годин	14%	14%	32%	22%
<i>Скільки часу в середньому Ви витрачаєте на рух (рухаєтесь)?</i>				
- менше 1 години	4%	4%	4%	2%
- 1-2- години	16%	16%	18%	26%
- 2-3 години	30%	28%	30%	26%
- 3-5 годин	20%	34%	18%	20%
- більше 5 годин	30%	18%	30%	26%
<i>Чи займаєтесь Ви яким-небудь видом фізичних вправ (окрім фізичної культури в університеті?)</i>				
- так	24%	18%	40%	46%
- час від часу	50%	50%	48%	42%
- ні	26%	32%	12%	12%
<i>Який вид відпочинку Вам подобається?</i>				
- активний	22%	24%	4%	14%
- пасивний	4%	6%	74%	12%
- змішаний	74%	70%	22%	74%
<i>Як Ви вважаєте, чи є Ваша рухова активність достатньою для Вас?</i>				
- так	22%	16%	22%	28%
- скоріш за все так	40%	26%	34%	34%
- ні	10%	16%	14%	12%
- скоріш за все ні	28%	42%	14%	20%

З результатів, представлених в таблиці, можна побачити, що навчальне навантаження у опитаних студентів загалом однакова і становить 30-48 годин. Час, що витрачається на позааудиторну роботу, переважно у студентів основна медична група (ОМГ), спеціальна медична група (СМГ) склало, у

здебільшого опитаних 2-4 години в день. Цікаво, що студенти СМГ рухаються більше протягом дня, ніж студенти групи ОМГ. Більшість опитаних студентів вважають за краще змішаний вид відпочинку. Хоча дівчата ОМГ перевагу віддають пасивного відпочинку. Незважаючи на все вище сказане, більшість студентів вважають, що їх рухова активність є достатньою для них.

Винятком стали юнаки СМГ: 42% з опитаних вказали, що їх рухова активність скоріше не відповідає достатньою нормі. Далі з опитаних студентів випадковим чином були виділені юнаки і дівчата, які взяли участь в крокомір-дослідженнях. Дане дослідження проводилося протягом тижня. Результати представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Результати крокомір - вимірювань студентів

Дні тижня	Дівчата		Хлопці	
	ОГ	СМГ	ОГ	СМГ
Понеділок	7659±768	6750±341	9607±500	8178±391
Вівторок	8189±1829	7093±398	9522±494	7951±459
Середа	6041±1059	6832±560	9689±257	9118±232
Четвер	8465±1270	7905±435	10333±309	8476±163
П'ятниця	8399±1791	6544±510	9512±256	8512±415
Субота	8855±1486	5527±502	8241±950	6241±633
Неділя	7953±1680	6105±425	8676±495	6962±276
Середнє значення за тиждень	7937±347	6700±201	8777±142	7920±94

Порівняння результатів показало, що рекомендована норма 10000 кроків. Рекомендована норма не була виконана ніким із представленої групи досліджуваних навіть за наявності занять з фізичного виховання. Найнижча рухова активність була у студентів СМГ. Незважаючи на заняття фізичної культури, проведені у вівторок і четвер, рухова активність дівчат і юнаків ОМГ і СМГ не піднімалася більше, ніж 10000 кроків. Отримані результати ще раз підкреслюють, що активність студентів страждає, як від навчального процесу, так і від низького інтересу до фізичної культури.

Аналіз досліджень і публікацій останніх років[4, с. 232] свідчать, що фізична культура в сучасних умовах виступає як один із важливих компонентів формування культури особистості. Важливим фактором підвищення ефективності фізичного виховання студентів, яке дозволить формувати в них стійкий інтерес і свідому потребу у здоровому способі життя [6, с. 576].

Важливим є проблема мотивації до занять з метою фізичного самовдосконалення студентів, яка на сьогодні в значній мірі недостатньо розроблена, тому шляхи формування потреби до активної рухової діяльності – завдання першочергової значимості. Студенти повинні випробувати себе в різних видах програми фізичного виховання, визначити свої природні

здібності в руховій діяльності, сформувавши пріоритети для використання засобів фізичної культури в подальшому житті [14, с. 704].

У цьому контексті надзвичайної важливості набуває необхідність збільшення кількості обов'язкових занять і виховання звички самотійно займатись фізичними вправами в рамках формування позитивних мотивів до рухової активності.

У табл. 3 поданий загальний обсяг рухової активності студентів, який відображає середні показники низки вимірів у відповідних місяцях навчального року. Аналізуючи ці показники можна зробити висновок, що в основних групах 1-2 курсів рівень середньодобового обсягу трудової активності протягом року відносно стійкий і дорівнює 9,5 км за рік, а у студентів 3 курсу – 9,27 км. У порівняльних групах обсяг навантажень схильний до суттєвих коливань: середньодобова величина обсягу складає відповідно 6,2 км та 6,26 км, тобто 53-65% від обсягу рухової активності в основних групах ($p < 0,02$).

Таблиця 3

**Середньодобовий обсяг рухової активності (основних локомоцій)
студентів на період навчального року ($M \pm m$)**

Періоди досліджень		Основні групи		Порівняльні групи	
		1-2 курси	3 курс	1-2 курси	3 курс
Навчальні заняття		15,3 $\pm$ 0,28 9,3	14,6 $\pm$ 0,28 8,9	9,6 $\pm$ 0,65 5,8	7,9 $\pm$ 0,53 4,8
Сесія	зимова	14,2 $\pm$ 0,08 8,67	14,3 $\pm$ 0,09 8,73	5,9 $\pm$ 0,08 3,6	5,1 $\pm$ 0,12 3,12
	весняна	14,6 $\pm$ 0,06 8,92	14,8 $\pm$ 0,11 9,05	6,7 $\pm$ 0,07 4,1	5,3 $\pm$ 0,14 3,24

Режим рухової активності, який використався в період сесії включав міроприємства тільки оздоровчого характеру: ранкову гімнастику та дві-три кілометрові прогулянки по 30 хвилин. В роботі зі студентами основних груп нам вдалося змінити уявлення, що під час сесії немає часу для занять фізичними вправами. Цьому, в певній мірі, сприяв накопичений студентами досвід систематичного використання необхідного обсягу рухової активності під час навчальних занять, який перетворився у невід'ємну складову режиму дня.

У результаті наших досліджень ми встановили, що існує певна залежність між руховою активністю, фізичним станом та статтю студентів.

Так, як видно з рис. 1 та 2 спостерігалась різниця між показниками, особливо у динамометрії (група дівчат) між студентами що не займаються певними видами спорту і групою, що займається. Теж саме стосується ЖЕЛ та ЧСС. На нашу думку, це можна пояснити тим, що заняття спортом, в наших дослідженнях це ігрові види спорту поліпшують стан серцево-судинної та дихальної систем, що знаходять своє відображення і в кількісних характеристиках рівня здоров'я студентів.

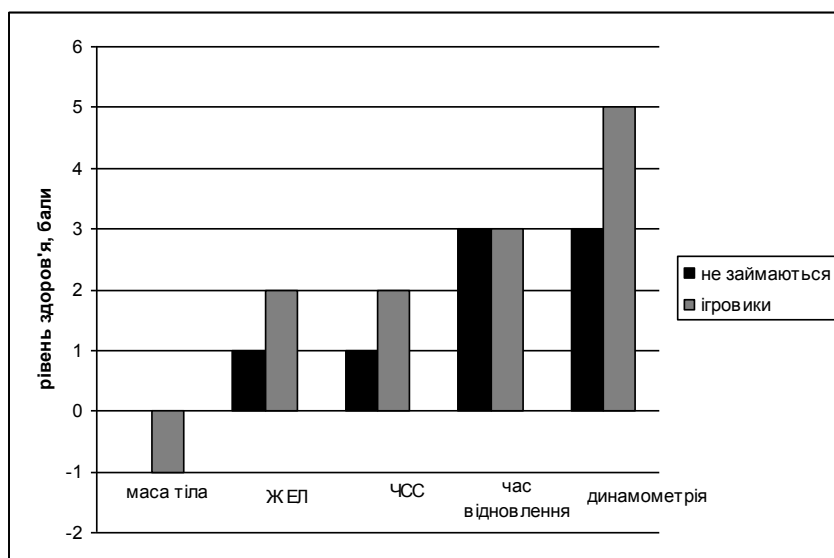


Рис. 1. Показники рівня здоров'я дівчат залежно від рухової активності

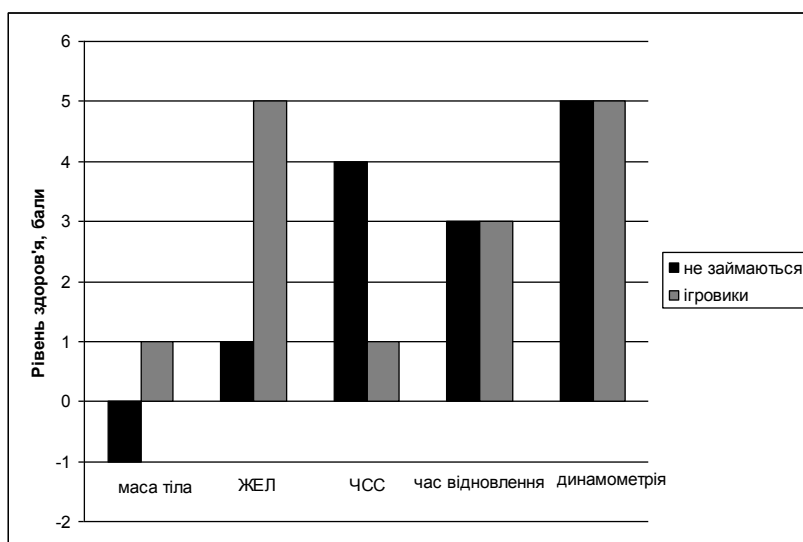


Рис. 2. Показники рівня здоров'я хлопців залежно від рухової активності

При встановленні статевих відмінностей у показниках рівня здоров'я студентів ми встановили, що різницю у показниках можна пояснити морфо-анатомічними особливостями. Також слід відмітити, що у хлопців тренування проходить більш інтенсивно з використанням більшої кількості вправ на витривалість ніж дівчата, що в свою чергу, можливо, і впливає на показники саме дихальної системи у них.

За кінцевою сумою балів можна з впевненістю сказати, що як хлопці так і дівчата мають рівень здоров'я вище середнього.

Список використаних джерел

1. Анікеєв Д.М. Аналіз способу життя сучасної студентської молоді // Молода спортивна наука України. Зб. наук. праць з фізичної культури та спорту. – 2010. – Т. 2 – С. 10-14.
2. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб.: МПП Петрополис, 1992. – 120 с.
3. Луценко О.І. Вплив Морфологічних факторів на рівні артеріального тиску в молодих жінок //Український журнал медицини, біології і спорту. - № 3 (5). – 2017. – С. 187-194

4. Мунтян В.С. Питання ставлення студентів до здорового способу життя і фізичного виховання та визначення пріоритетів фізичних якостей // Сучасні проблеми здоров'я та здорового способу життя у фізкультурній освіті. - № 129 (3). - 2015. - С. 230-233
5. Сузанна О.І. Формування мотивації студентів до самостійних занять фізичною культурою // Наука і освіта. - № 4. - 2016. - С. 125-130
6. Dimmock J.A., Gagné M., Proud L., Howle T.C., Rebar A.L., Jackson B. An Exercise in Resistance: Inoculation Messaging as a Strategy for Protecting Motivation During a Monotonous and Controlling Exercise Class // J. Sport Exerc Psychol. – 2016. – 38 (6):567-578. doi: 10.1123/jsep.2016-0146.
7. Ennis C.D. Educating Students for a Lifetime of Physical Activity: Enhancing Mindfulness, Motivation, and Meaning // Res Q Exerc Sport. – 2017. – 88 (3):241-250. doi: 10.1080/02701367.2017.1342495.
8. Han H., Gabriel K. Pettee, Kohl H.W. Application of the trans theoretical model to sedentary behaviors and its association with physical activity status // PLoS One. – 2017. - 27;12 (4):e0176330. doi: 10.1371/journal.pone.0176330.
9. Jones L., Karageorghis C.I., Lane A.M., Bishop D.T. The influence of motivation and attentional style on affective, cognitive, and behavioral outcomes of an exercise class // Scand J. Med Sci Sports. – 2017. -27 (1):124-135. doi: 10.1111/sms.12577.
10. Lawler M., Heary C., Nixon E. Variations in adolescents' motivational characteristics across gender and physical activity patterns: A latent class analysis approach // BMC Public Health. – 2017. - 17;17 (1):661. doi: 10.1186/s12889-017-4677-x.
11. Ocampo-Mascaró J., Silva-Salazar V., Costa-Bullón A.D. Correlation between knowledge about the consequences of obesity and physical activity levels among university students / J.Ocampo-Mascaró, // Medwave – 2015. - 2;15 (11):e6329. doi: 10.5867/medwave.2015.11.6329.
12. Peng W., Pfeiffer K.A., Winn B., Lin J.H., Sutton D. A pilot randomized, controlled trial of an active video game physical activity intervention // Health Psychol. – 2015. – 34. - S:1229-39. doi: 10.1037/hea0000302.
13. Sevil J., Práxedes A., barca-Sos A.A., Del Villar F., García-González L. Levels of physical activity, motivation and barriers to participation in university students // J. Sports Med Phys Fitness. – 2016. - 56 (10):1239-1248.
14. Zarei S., Memari A.H., Moshayedi P., Mosayebi F. , Mansournia M.A., Khoo S., Morris T. Psychometric Properties of Physical Activity and Leisure Motivation Scale in Farsi // Arch Iran Med. – 2016. – 19 (10):704-711.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ В ЗАКЛАДІ СПОРТИВНОГО ПРОФІЛЮ (Волик Г.П., Скоропадська С.О.)

Пріоритетність проблеми здоров'я дітей і підлітків пов'язана з сучасним різким погіршенням стану їхнього фізичного і розумового розвитку та працездатності.

Соціально-економічна криза в суспільстві призвела до катастрофічного зниження життєвого рівня переважної більшості населення, до занепаду структур охорони здоров'я і, як наслідок, - до демографічної кризи. Тенденції до постійного зниження народжуваності і тривалості життя, збільшення смертності, особливо дитячої, в кінцевому підсумку формують драматичну тенденцію до вимирання української нації [1].

Здоров'я дітей – соціальна цінність, невід'ємна частина суспільного багатства, а тому формування здорового способу життя розглядається як справа державної ваги, як глобальне завдання суспільства, школи, сім'ї, самої дитини.

Культура здоров'я людини – це не тільки сума знань, обсяг відповідних умінь і навичок, але й здоровий спосіб життя, зорієнтований на гуманістичні цінності. Рівень культури здоров'я визначається знанням резервних можливостей свого організму в усіх його аспектах і вмінням їх використовувати. Якщо люди часто хворіють, мають надлишкову масу тіла, вживають алкоголь, палять, роздратовано поведуть себе, некомфортно відчують з оточуючими, недотримуються здорового способу життя, то це означає, що в них низький рівень культури здоров'я.

Здоровий спосіб життя – поняття не стільки медичне, скільки педагогічне, моральне та соціальне. «Пізнай себе», - пропагували стародавні греки. «Створи себе» - в цьому девіз формування здорового способу життя сучасних учнів [2. с. 5-7].

Педагогічний словник вказує, що термін «профілактика» (від грецьк. *prophylaktikos*) – це система заходів, запобігання захворюванням [4].

Особливого значення в організації профілактичної роботи в школі – інтернаті набуває принцип особистісно орієнтованого підходу, згідно з яким педагогам необхідно сприймати кожну дитину як неповторну особистість.

Школа - інтернат як освітній заклад має сьогодні низку специфічних проблем.

Дії педагогів ліцею спрямовуються на формування в учнів нового світогляду, який відображає глибоке розуміння єдності людини і Всесвіту, формування свідомого ставлення учнів до здоров'я та передбачає усвідомлений вибір навчальних режимів і педагогічних технологій, що не шкодять здоров'ю, вміння психологічно грамотно будувати спілкування з учнями, колективами, батьками; здатність схилити учнів до свідомого обрання способу життя та норм поведінки, що сприяють підвищенню рівня власного здоров'я та здоров'я оточуючих людей.

Профілактика шкідливих звичок підлітків шкіл – інтернатів обов'язково передбачає застосування методів педагогічної діагностики, спрямованої на глибоке вивчення як усього виховного процесу в колективі, так і процесі саморозвитку особистості кожного вихованця окремо. Досвідчений педагог повинен застосовувати діагностику для прогнозування діяльності учнів, щоб своєчасно внести необхідні корекції: підсилити бажання і нейтралізувати негативні тенденції розвитку особистості [2].

Робота в цьому році почалася з моніторингу ставлення тренерів та їх вихованців до вживання допінгу (слабоалкогольних напоїв, тютюну, наркотичних та інших речовин). Аналіз показав негативне ставлення всіх учасників навчального процесу до цього питання, але рівень усвідомлення не на належному рівні. Тому вчителі та учні ліцею активно включилися в просвітницьку роботу. Основними заходами для формування навичок, необхідних для збереження і зміцнення здоров'я були тренінгові заняття,

рольові ігри, різноманітні проекти та створення міні - пам'яток з правилами та рекомендаціями щодо здорового способу життя.

Проектна діяльність дуже позитивно себе зарекомендувала в умовах сучасної школи. Дітям це цікаво, засвоєння потрібної інформації іде набагато ефективніше. Ми вирішили, що міні-проекти – це найоптимальніший варіант цієї роботи на уроках основ здоров'я. Прикладами таких міні-проектів є «Дослідження Геніального Нишпорки», «Ліки проти стресу» та «СНІД. Будьмо толерантними!». Наші ліцеїсти завзято працювали над проектами. Вони випустили стінні газети, зробили презентації та зняли невеличкий відеоролик про дослідження Геніального Нишпорки наркотичних речовин у побуті та шкоду від їх вживання. Випуск кольорових буклетів став логічним завершенням цієї роботи.

Люди ефективніше вчаться, коли цінуються їхні власні знання та спроможність щось зробити, а також, коли вони можуть поділитися та проаналізувати власний досвід у комфортному для себе середовищі. Тренінг як форма навчання передбачає отримання знань, як правило, не в готовому вигляді від вчителя, а через власне здобуття, формування умінь і навичок, які сприятимуть усвідомленому вибору правильних варіантів поведінки підлітків щодо здорового способу життя. Прикладом такого тренінгу є проведення уроку-тренінгу «Зроби свій вибір».

ТРЕНІНГ «ЗРОБИ СВІЙ ВИБІР»

Вплив наркотиків на організм людини.

Мета: надати інформацію про особливості фізіологічного впливу на організм наркотичних речовин різних категорій; усвідомити високу імовірність ризику захворіти на гепатит або стати ВІЛ-інфікованим, використовуючи шприц для внутрішньовенного введення наркотиків; назвати найважливіші системи і органи людського організму, які страждають від тривалого вживання наркотичних речовин; дискутувати стосовно впливу наркозалежності на тривалість життя; визначити вплив наркотиків на здатність мислити та концентрувати увагу; переосмислити або удосконалити все те, про що дізналися під час уроку.

Обладнання: капсули з ліками в конверті, пляшка кока-коли, сіль, прозора склянка, схематичне зображення людини, паперові символи, колаж, ватман, кольорові фломастери.

ХІД ТРЕНІНГА:

I. ЗНАЙОМСТВО

Мене звати... Що я найбільше хочу від життя...

ПРАВИЛА.

II. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Записки лікаря.

(Булгаков М. «Записки лікаря»).

Пам'ятай, що мудра людина завжди вчиться на чужих помилках!

Тема нашої дискусії: *«Вплив наркотиків на наш організм на фізіологічному та психологічному рівні»*

Учитель: Якби я вас запитала про те, що би ви обрали: воду, апельсиновий сік чи кока-колу, то скільки б з вас обрало кока-колу ? Чому?

Здається, я не помилилась, що більшість з вас купують напої подібні до кока-коли. Хто встиг прочитати інгредієнти, з яких складається цей напій? Що ж входить до складу кока-коли?

Що буде, якщо я додам ще один новий інгредієнт до цього напою?

Я додам до кока-коли сіль. Як те, що я додала дуже маленьку кількість солі, може вплинути на вигляд і смак кока-коли?

Додам удвічі більше солі. Ще більше солі.

Чому не відбувається та ж сама реакція, що і першого разу?

Цікаво, як сіль вплинула на кока-колу?

Можливо, хтось скуштує її зараз? Яка вона на смак? Чи така ж, як і газована?

Наскільки корисна кока-кола зараз? Чи відповідає призначенню?

Як би ви пояснили хімічну реакцію в нашому експерименті, якщо уявити собі замість кока-коли наш організм, а замість солі — наркотичні речовини?

Залежність, яку спричиняють наркотики, має той самий ефект: чим більше наркотиків, тим сильнішим є їхній вплив на організм.

Лист з оповіданням детально розповідає нам про те, що наркотичні речовини, які призводять до звикання, були створені щоб полегшити біль або лікувати фізичні і фізіологічні вади та проблеми емоційного характеру. Певні наркотики при зловживанні можуть вплинути на функції мозку і призвести до залежності.

Наркотики впливають на певні зони нашого організму.

Сьогодні ми поговоримо про первинний вплив, який здійснюють різні наркотичні засоби на певні органи.

Є 4 основні категорії наркотичних речовин:

депресанти, стимулюючі засоби, галюциногени та інгаланти.

Назвіть депресанти:

(Опій, героїн, морфін, кофеїн, снодійні таблетки).

Якими можуть бути негативні наслідки їх вживання?

Вплив на організм при неправильному вживанні депресантів: порушення сну, координації рухів, дихальної системи; ломка.

Вплив на ЦНС: сповільнюється робота мозку —> ломка.

Розмістимо літеру «Д» на схемі (органи нашого організму - мозок, легені)

Які наркотики належать до стимулюючих засобів?

(Кокаїн, ефедрин, метамфетамін, амфетаміни, «крек»-кокаїн, таблетки для схуднення).

Які їх негативні наслідки?

Параноя, підвищення температури тіла, серцеві розлади, агресія.

Розмістимо літеру «С» на схемі (органи нашого організму - мозок, легені)

Які наркотики належать до категорії галюциногенів?

(ЛСД, мескалін, марихуана, кетамін, ПСП).

Який може бути негативний вплив на організм від вживання галюциногенів?

А зараз розмістимо літеру «Г» на схемі (органи нашого організму - мозок, легені, серце, нирки)

Які наркотики належать до категорії інгалянтів?

(Бензин, засоби чищення, рідина для зняття лаку, клей)

Якими можуть бути негативні наслідки від впливу інгалянтів?

Розмістимо літеру «І» на таких органах - мозок, серце, легені.

Гра «У подорож по життю я візьму з собою...» (створення колажу)
Виготовлення плакатів.

Реклама— переконайте товаришів не вживати наркотики.

Висновок:

III. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА

Гра «Я не хвалюся, але я дізналась...»

(кріпляться листочки до сонечка)

До педагогічно цінного напрямку профілактичної роботи належить організація просвітницької роботи серед батьків. Це бесіди, тренінгові заняття, організація зустрічей з фахівцями (лікарями–наркологами, психологами, представниками допінгового комітету України). Нами розроблена пам'ятка для батьків «Як розпізнати небезпеку», яка наводиться нижче.

Пам'ятка для батьків «Як розпізнати небезпеку»

Придивіться пильніше до своїх дітей, адже важливим є вчасне виявлення ознак вживання наркотичних препаратів!

Отже, які зміни в поведінці підлітка повинні насторожувати:

- Неочікувана, різка зміна поведінки в школі: безпричинні пропуски занять, зниження успішності і працездатності, прогули. Зникає зацікавленість у навчанні, попередніх захопленнях.

- Зміна поведінки вдома: пізні повернення додому, яке нічим не пояснюється, часто в незрозумілому стані, схожому на алкогольне сп'яніння, але без запаху спиртного. Різко збільшуються фінансові витрати, вдома можуть пропадати речі.

- Скритність, проведення часу поза домом, родиною. Поява нових, підозрілих знайомих, або ж поведінка попередніх стає дещо дивною.

- Збільшується кількість телефонних дзвінків, прагнення усамітнитись для розмови в окремій кімнаті, поява незрозумілих «жаргонних» слів.

- Безпідставні зміни настрою, грубість, роздратованість, не вмотивована агресія, втрата почуття відповідальності.

- Порушення сну: то сонливість, то безсоння, зміна режиму сну.

- Порушення апетиту: можлива повна його відсутність або ж невмотивоване об'їдання.

- Прагнення зробити якомога більше справ, можлива підвищена заклопотаність (вдома виявляє безліч «безглузвих» справ, які терміново необхідно закінчити).

•Раптовий інтерес до домашньої аптечки , медичної літератури . Часта поява біля аптек та інших медичних установ. Виявлення в кишенях підлітка обгортки від таблеток, упаковок від ліків . Повинні насторожувати також маніпуляції з медичними препаратами, які підліток намагається приховати від оточуючих .

•Таємні зібрання груп підлітків в підозрілих місцях : влітку в парках, на дитячих майданчиках, дачах; взимку в під'їздах, підвалах, на горищі.

•Неадекватна поведінка групи : непередбачені вибухи сміху, загальна емоційна збудженість, невмотивована агресія.

•Зовнішній вигляд підлітка часто неохайний, не дотримується особистої гігієни, одяг брудний. Волосся втрачає блиск, стає ламким. Шкіра може мати жовтуватий колір.

Зовнішні прояви вживання наркотичних речовин

•Мова може бути прискореною або ж уповільненою і незрозумілою, балакучість.

•Різка зміна настрою, неадекватна до ситуації, безпідставні веселощі, підвищений настрій змінюється на пригнічений, можливі прояви агресії.

•Спостерігається непосидючість, підвищена жестикуляція. Можлива також зворотна ситуація : в'ялість, розслабленість, дрімота.

•Рухи можуть бути повільними, скутими, в деяких випадках – різкі, грубі і неточні. Нестійкість при ходьбі, похитування зі сторони в сторону, незмога пройти по рівній лінії. В стані сп'яніння змінюється почерк, предмети випадають з рук.

•Неприродно вузькі або ж розширені зіниці, незалежно від освітлення. Почервоніння очей.

•Підвищена рухливість, непосидючість, бажання постійно щось робити або ж навпаки – загальмована поведінка, постійна посмішка на обличчі.

Пам'ятайте, що на початковому етапі вживання наркотиків стан сп'яніння яскраво виражений і особливо помітний. Важливо вчасно виявити зміну поведінки та зовнішнього вигляду підлітка.

Якщо у Вас виникли певні підозри, не поспішайте панікувати і агресивно реагувати на ситуацію.

Перш за все, переконайтеся, що дитина справді вживає наркотики. Для цього необхідно зібрати якомога більше інформації про цю проблему, звернутися до лікаря, спеціаліста центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, психолога та проконсультуватися, як саме поговорити з підлітком, щоб розмова мала позитивний результат.

Отже, досвід засвідчує, що ефективність засобів фізичної культури та спорту у профілактичній діяльності з охорони та укріплення здоров'я, у боротьбі з наркоманією, алкоголізмом та правопорушеннями дуже висока, особливо у підлітковому середовищі. На жаль, величезний профілактичний, корекційно-реабілітаційний антинаркотичний потенціал, що закладений у фізичній культурі і спорті, не може бути реалізований без спеціально розроблених педагогічних технологій, упровадження нових організаційних

форм фізкультурно-спортивної роботи. В умовах школи найважливіше – виробити в учнів усвідомлення здоров'я як найвищої життєвої цінності, сформувати навички здорового способу життя та поведінки в швидкозмінному соціумі.

Список використаних джерел

1. Програма Міністерства освіти і науки України /ПРООН/ ЮНЕЙДС «Сприяння просвітницької роботи «рівний – рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя.
2. Власова О.І. Педагогічна психологія: навч. посіб. – К.: Либідь, 2005. – 400 с.
3. Поташнюк Р., Поташнюк І. Школа сприяння здоров'ю: досвід роботи, перспективи розвитку. Посібник для вчителя. – Рівне, 2006. - С. 5- 7; С. 219 – 220.
4. Педагогічний словник / за ред. дійсного члена АПН України М.Д. Ярмаченка. – К.: Педагогічна думка, 2001. – 514 с.
5. Стеців Л. Реалізуємо метод проектів // Директор школи (Шкільний світ). – 2005. - № 40. – с. 19 -20
6. Федорченко Т.Є. Кроки до здоров'я (профілактика вживання неповнолітніми наркотичних речовин): навч.-метод. посіб. – К.: ХІК, 2003. – 152 с.
7. <http://zdorovja.in.ua/profilaktika-shkidlivix-zvichok>
8. <http://lib.iitta.gov.ua/4199/1/lyashuk>
9. <http://referat-ok.com.ua/pedagogika/profilaktika-shkidlivih-zvichok-za-dopomogoyu-trening>
10. <http://zdorovja.in.ua/profilaktika-shkidlivix-zvichok>

ЗДРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНА ПЕДАГОГІЧНА ТЕХНОЛОГІЯ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СИЛОВИХ ЯКОСТЕЙ СТУДЕНТІВ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ (Грибан Г. П., Ткаченко П. П.)

У сучасній науковій і методичній літературі поняття «освітня технологія», «педагогічна технологія», «технологія навчання», «технологічний підхід» зустрічаються досить часто. Звичайно їх використовують для опису різних авторських методик, нетрадиційних педагогічних систем та підходів до організації навчального процесу [9]. У галузі фізичного виховання вченими розробляються підходи до здійснення освітніх, оздоровчих, рекреаційних і реабілітаційних технологій [9; 12, с. 320–350].

Технологія у фізичному вихованні – це система біологічних, медичних, технічних, педагогічних та інших способів і засобів зміни стану рухової функції та якостей організму у процесі занять фізичними вправами, яка ґрунтується на знаннях про методи і прийоми здійснення корекційно-профілактичних, кінезотерапевтичних, освітньо-виховних і рекреаційних заходів [8].

Під інноваційною освітньою технологією розглядається відтворена у масовій педагогічній практиці цілеспрямована система дій із розробки навчальних цілей та завдань, направлених на визначення раціональних способів їх досягнення у вигляді конкретних результатів навчання. Інноваційним освітнім технологіям притаманні особливості, які відрізняють

їх від традиційного навчання: ідейна новизна, наукова обґрунтованість, структурна цілісність, творча відтворюваність, оптимальність затрат сил та часу викладачів і студентів тощо [1; 3; 4; 9; 12, с. 320–352 та ін.].

У той же час освітній процес із фізичного виховання становить собою цілеспрямовану структуру з певною ієрархією. Це означає, що фізкультурно-оздоровча робота, яка проводиться з групою студентів, орієнтується на певну мету у вигляді формування мотиваційно-ціннісного ставлення до фізичного виховання, зміцнення здоров'я, підвищення фізичної підготовленості, залучення студентів до самостійних занять фізичними вправами тощо. Низький рівень фізичної підготовленості студентів [2; 3; 5; 6] вимагає кардинальних змін в удосконаленні системи фізичного виховання, потребує наукового обґрунтування найбільш ефективних методичних підходів і технологій організації та проведення навчально-виховних занять, а також упровадження особистого обрання видів спортивної діяльності. Гирьовий спорт є надзвичайно ефективною формою розвитку силових якостей у студентів, підготовкою до майбутньої професійної діяльності.

Навчання вправ із гирьового спорту є планомірною, організованою спільною діяльністю викладача і студентів, яка спрямована на свідоме, міцне і глибоке опанування студентами спеціальних знань, умінь і навичок, процесом, під час якого гармонійно розвивається особистість студента, формується його світогляд, здобувається досвід і підготовка до професійної діяльності. Тому технологію розвитку силових якостей вправами з гирями у процесі фізичного виховання можна розглядати як послідовність (не обов'язково суворо упорядковану) педагогічних процедур, операцій і прийомів, що в сукупності складають цілісну дидактичну систему, реалізація якої у педагогічному процесі призводить до гарантованого досягнення мети навчання, тобто оволодіння вправами із гирьового спорту, усестороннього розвитку особистості студента.

Отже, з упровадженням у навчальний процес із фізичного виховання засобів гирьового спорту змінюється педагогічний процес (система навчання), тобто технологія фізичного виховання (навчання) є первинною стосовно педагогічної системи. Відповідно проектування нової педагогічної системи пов'язане, по-перше, з проектуванням і впровадженням нової моделі навчання і, по-друге, з подальшими змінами в інших підсистемах педагогічного процесу.

В основу системи розвитку силових якостей було покладено ідею саморозвитку особистості студента як у навчальному процесі, так і під час самостійних занять (рис. 1). Основу *мотиваційного компонента* розвитку силових якостей становить мотиваційно-ціннісне ставлення студента до процесу занять вправами з гирями, самооздоровлення, саморозвитку, самовдосконалення тілобудови за допомогою виконання вправ із гирьового спорту тощо. При цьому велику увагу потрібно приділяти доступній постановці цілей і завдань, направлених і на розвиток вольових якостей. Постановка задач одо розвитку вольових якостей є важливим стимулом до обдуманих і більш активних дій студента в навчальному процесі [7, с 70].

Проектуальний компонент вирішує, яким чином забезпечити особистісно-орієнтований вибір гирьового спорту для задоволення потреб кожного студента. Основною метою цього компонента є принципи побудови навчальних і самостійних занять вправами з гирями у освітньому процесі з фізичного виховання.



Рис. 1. Система конструювання розвитку силових якостей студентів у навчально-виховному процесі з фізичного виховання

Конструктивний компонент передбачає побудову навчально-тренувальних занять, способів і методів вирішення завдань розвитку силових якостей засобами гирьового спорту. Важливою умовою виконання цього компонента є відповідність засобів і технологій рівням підготовленості студентів.

Реалізаційний компонент упроваджує методику розвитку силових якостей засобами гирьового спорту в процес розв'язання поставлених завдань у фізичному вихованні, передбачає виконання системи рухових дій.

Оціночний компонент спрямований на обґрунтування особистісної позиції щодо власних дій, самоаналізу процесу спортивного самовдосконалення, самооцінки виконаної оздоровчої та спортивної роботи. При цьому фіксуються власні досягнення студента, невирішені завдання щодо розвитку силових якостей, обґрунтовуються засоби подальшого вдосконалення в гирьовому спорті.

Під час формування змісту навчальних занять вправами з гирями ми виходили з того, що «технологія навчання» і «методика навчання» мають певні відмінності. Вони виявляються, по-перше, в тому, що методика дозволяє відповісти на питання «яким шляхом можна досягнути поставлених результатів у навчанні?», а технологія – на питання «як зробити це

гарантовано?» По-друге, технологія навчання носить ярко виражений персоніфікований характер і по своїй суті дуже наближена до поняття «авторська методика навчання» [11, с. 8]. Методика виявляє алгоритм використання комплексу методів і прийомів навчання, що не стосуються безпосередньо конкретної особистості, яка їх упроваджує, а технологія навчання передбачає прилаштування до неї особистості викладача у всіх її різноманітних виявах. Відповідно, кожне дидактичне завдання може бути ефективно вирішене за допомогою технології, зпроектованої і реалізованої кваліфікованим педагогом. У цьому полягає одна із важливих розбіжностей у технології навчання та методиці [10].

Сутність технологічного підходу до розвитку силових якостей у студентів засобами гирьового спорту доцільно розглядати відповідно до технології оволодіння засобами гирьового спорту. У дидактиці вищої школи основними характеристиками технології навчання є системність, науковість, інтегративність, відтворення, ефективність, якість, мотивованість навчання, новизна, інформаційність тощо [10]. З погляду особистісно-орієнтованої моделі навчання технологія розвитку силових якостей у студентів вправами з гирями може розглядатися як упорядкована сукупність фізичних та технічних дій, операцій і заходів, які забезпечують досягнення певного рівня фізичної підготовленості та фізичного розвитку студента. Зміни можуть бути обумовлені різним рівнем фізичної та технічної підготовленості студентів, їх мотивацією та інтересами.

Отже, в основі розробки технології навчання вправами з гирями лежить проектування високоефективної навчальної діяльності студентів та управлінської діяльності викладача. Така стратегія впроваджується у принциповій направленості змісту і форм навчально-виховного процесу з пріоритетом на особистісно-розвивальні технології навчання. При цьому особистісно-орієнтовані технології оволодіння засобами гирьового спорту враховують: особисті якості студентів, оптимальність навчального процесу, дидактичні принципи, рухову активність, самостійні заняття фізичними вправами тощо.

Проектування технології розвитку силових якостей засобами гирьового спорту в навчальному процесі з фізичного виховання впливає зі змісту засобів, які використовуються під час навчання. При цьому процес розвитку силових якостей передбачає наявність зворотного зв'язку між кінцевим результатом навчальної діяльності і кожним проміжним етапом технології навчання. Це дозволяє оперативно і своєчасно управляти і коректувати навчальний процес. Саме завдяки системному підходу педагогічний процес розвитку силових якостей у студентів вправами з гирями, з усією його своєрідністю і неповторністю, розглядається як цілісність, що складається із взаємопов'язаних структурних компонентів (рис. 2).

Розвиток силових якостей засобами гирьового спорту в навчальному процесі з фізичного виховання можна розглядати як процес управління, в якому викладач (суб'єкт управління) впливає шляхом надання інформації на студента (об'єкт управління) з метою досягнення мети і виконання завдань.

Суб'єкт та об'єкт навчально-виховного процесу є постійними, мета та завдання розвитку силових якостей можуть мати різну

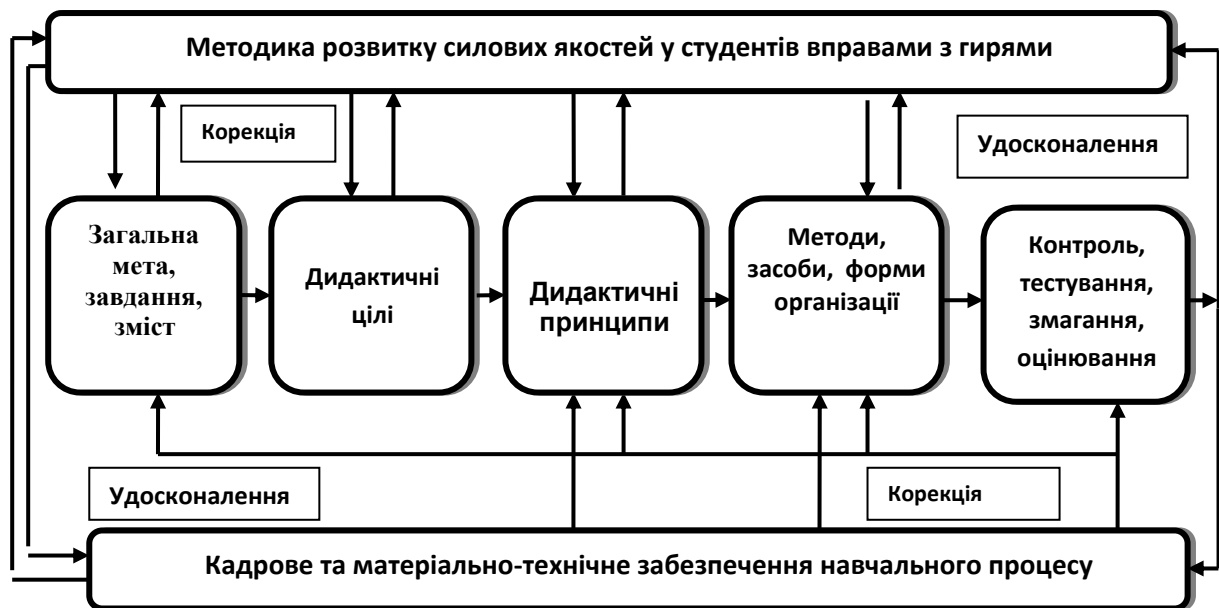


Рис. 2. Технологія навчального процесу з фізичного виховання із використанням особистісно-орієнтованого підходу у гирьовому спорті

спрямованість навчання, потребують взаємообумовлених впливів, викликаних вирішенням поставлених завдань.

Формування змісту навчальних занять для студентів вправами з гирями потребує: спрямовуючої ролі викладача, відповідності використовуваних засобів педагогічним принципам. Чіткі принципи і критерії формування силових якостей дозволять викладачу на високому науково-методичному рівні реалізувати в навчальному процесі поставлену ним мету навчання. Зміст занять має враховувати фізкультурно-оздоровчі інтереси студентів, зокрема: гігієна тіла, раціональне харчування, профілактика різних захворювань, соціальна активність і духовність, відновлення фізичної і розумової працездатності, чинники здорового способу життя тощо.

Під час формування змісту навчальних занять вправами з гирями ми також враховували безперервний розвиток і розширення освітніх знань із спеціальної фізичної і техніко-тактичної підготовки у гирьовому спорті. Поглиблення знань у контексті нових тенденцій розвитку гирьового спорту спонукає до внесення до змісту фізичного виховання студентів відповідних досягнень спортсменів-гирьовиків. Складання змісту навчальних занять вправами з гирями здійснюється шляхом відбору засобів, методів і форм використання фізичних вправ через діяльність викладача і студента, що становить собою модель управління розвитком силових якостей студентів в умовах навчальних занять із фізичного виховання (рис. 3).

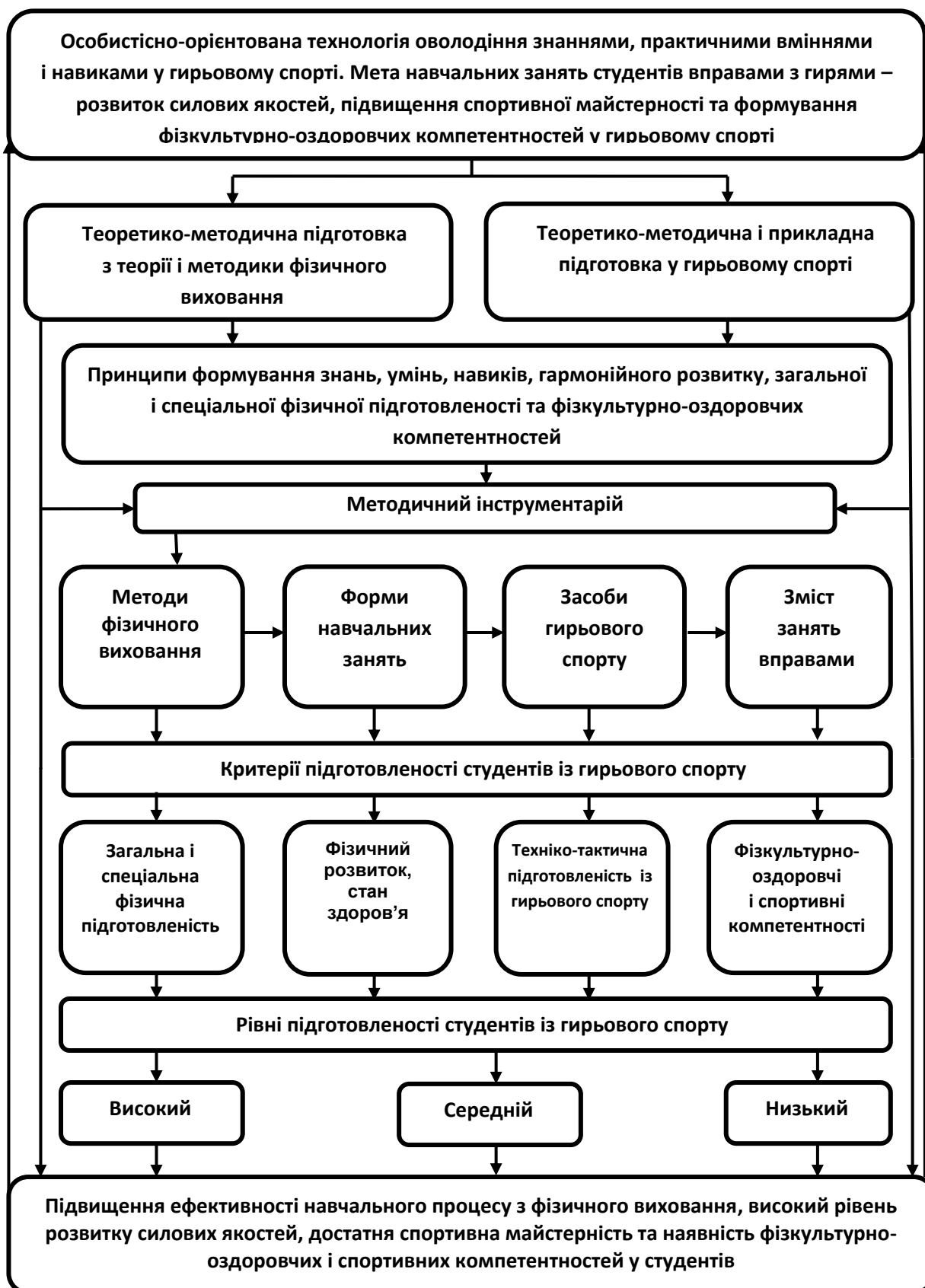


Рис. 3. Схема моделі управління розвитком силових якостей студентів в умовах навчальних занять з фізичного виховання

Зміна організаційно-змістового компонента педагогічного процесу, пов'язаного з упровадженням вправ з гирями у навчальний процес із фізичного виховання, потребує розробки нової методичної бази, яка має враховувати специфіку нововведень у навчальний процес [4]. При цьому студенти чітко мають опановувати питання впорядкованої системи соціальних, природничо-наукових, психолого-педагогічних та соціальних знань із фізичної культури і спорту та ознайомитися з класичними вправами гирьового спорту. Проектування навчальних занять вправами з гирями передбачає одночасно універсальність і деталізацію педагогічного процесу, вивчення загальних і часткових питань функціонування гирьового спорту незалежно від конкретної технології навчання, яка буде використана на практиці. Тому розвиток силових якостей реалізується як стратегія диференційованого підходу до студентів із низьким, середнім і високим рівнем фізичної підготовленості. До змісту практичного розділу входять засоби фізичної підготовки, які сприяють удосконаленню основних систем (серцево-судинної, дихальної, опорно-рухового апарату, м'язової) організму та відповідають загальній та спеціальній фізичній підготовці в гирьовому спорті. Зміст фізичної підготовки студентів має передбачати досягнення певного рівня розвитку фізичних якостей, набуття рухових умінь і навичок, що відповідають вимогам виконання класичних вправ із гирьового спорту.

Отже, в процесі фізичної підготовки необхідно використовувати широкий арсенал традиційних та інноваційних засобів і методів фізичного виховання, спеціально-підготовчі вправи для вдосконалення техніки виконання класичних вправ гирьового спорту, а саме вправи, які безпосередньо впливають на вдосконалення майстерності спортсменів-гирьовиків. До засобів спортивної підготовки гирьовиків належать загальнопідготовчі, допоміжні, спеціально-підготовчі та змагальні вправи.

Список використаних джерел

1. Грибан Г.П. Актуальність впровадження здоров'язбережувальних технологій у фізичному вихованні студентів спеціального навчального відділення // Теорія і практика фізичного виховання: наук.-теоретичний журнал. – 2011. - № 3. - С. 130–141.
2. Грибан Г.П., Тимошенко О.В., Ткаченко П.П. Аналіз фізичної підготовленості студентів-аграріїв // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – Серія № 15. – Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт: зб. наукових праць; за ред. Г.М. Арзютова. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2013. – Вип. 9 (36). – С. 29–35.
3. Грибан Г.П. Життєдіяльність та рухова активність студентів: монографія. – Житомир : Вид-во «Рута», 2009. – 593 с.
4. Грибан Г.П. Методична система фізичного виховання студентів: навч. посіб. – Житомир: Вид-во «Рута», 2014. – 306 с.
5. Грибан Г.П., Ткаченко П.П. Основи підготовки в гирьовому спорті: навч.-метод. посіб. – Житомир: Вид-во «Рута», 2013. – 100 с.
6. Грибан Г.П., Тимошенко О.В., Ткаченко П.П. Стан фізичної підготовленості студентів-аграріїв під час навчання у вищому навчальному закладі // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. – Серія № 15. – Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт: зб. наукових праць; за ред. Г.М. Арзютова. – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2013. – Вип. 9 (36). – С. 35–42.

7. Грибан Г.П. Фізичне виховання і воля: монографія. – Житомир: Вид-во Рута, 2008. – 168 с.
8. Лапутін А.М., Кашуба В.О. Кінетика тіла людини: навчальна програма для вузів фізичного виховання та спорту. – К. : Науковий світ, 2003. – 13 с.
9. Мартинюк О. Інноваційні технології в фізичному вихованні студентської молоді // Спортивний вісник Придністров'я: наук.-теорет. журнал Дніпропетровського держ. інституту фіз. кул. і спорту. - 2006. – № 2. – С. 113–116.
10. Микуля О.Н. Проектирование личностно-ориентированной технологии обучения студентов в условиях информатизации образовательного процесса вуза: дисс. ... канд. пед. наук. – Ставрополь, 2006. – 188 с.
11. Образцов П.И., Ахулкова А.И., Черниченко О.Ф. Проектирование и конструирование профессионально-ориентированной технологии обучения: учебно-метод. пособ. / под общ. ред. П.И. Образцова. – Орел: ОГУ, 2003. – 94 с.
12. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. вузів фіз. вихов. і спорту: у 2 т. / за ред. Т.Ю. Круцевич. – Т. 2. – Методика фізичного виховання різних груп населення. – К.: Олімпійська література, 2008. – 368 с.

**ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНІ ВИМОГИ ДО ВИКЛАДАЧА
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО НАВЧАЛЬНО-
ТРЕНУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ
ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ
(Жамардій В.О.)**

Реформування вищої освіти, впровадження фітнес-технологій у вищих закладах педагогічної освіти передбачає докорінну зміну сформованих уявлень стосовно викладача фізичного виховання. Незважаючи на традиційні уявлення, пов'язані з існуючими вимогами до викладача фізичного виховання існує нагальна необхідність у формуванні професійних якостей, які відповідають цілям, завданням вищої освіти та сучасним вимогам. Цьому передують етапи професійного становлення викладача фізичного виховання, коли відбувається процес формування справжнього професіонала.

Сучасні напрацювання з педагогіки, теорії та методики фізичного виховання ствердно доводять, що процес отримання якісної освіти в умовах вищих закладів педагогічної освіти спрямований на підготовку конкурентоздатної особистості, формування рухових умінь і навичок, розвиток фізичних здібностей, моральних і вольових якостей, надання студентам можливостей для самореалізації та саморозвитку [2, 6, 10]. Реалізація позначених завдань стає можливою, якщо викладач фізичного виховання має високий рівень професіоналізму та володіє професійними якостями, які можна зіставити з еталоном справжнього професіонала. У цілому вимоги до викладача фізичного виховання базуються на соціальному замовленні суспільства та професійного співтовариства.

Професійне становлення викладача фізичного виховання у вищих закладах педагогічної освіти в умовах сучасного інноваційного розвитку вимагає якісних перетворень у системі педагогічної освіти, яка стверджується

як багаторівнева система, що включає неперервну підготовку студентів (бакалаврів і магістрів), науково-педагогічних кадрів вищої кваліфікації, а також перепідготовку педагогічних працівників і підвищення їх кваліфікації. Основними її характеристиками є фундаментальність, універсальність, гуманітарна та науково-дослідна спрямованість, які забезпечуються змістовими рівнями загальнокультурної професійно-педагогічної та профільованої педагогічної освіти. Освітньою місією вищих закладів педагогічної освіти має стати розвиток педагогічної свідомості суспільства, тобто теоретичне, науково-методичне, кадрове, інноваційне та моніторингове забезпечення системи якісної освіти [3].

Проблема професійного становлення викладача фізичного виховання у вищих закладах педагогічної освіти відзначається значною увагою з боку науковців. Різні аспекти її дослідження знайшли своє відображення у працях багатьох учених [7; 8; 9]. У своїх напрацюваннях вони розглядають питання готовності викладачів вищих закладів педагогічної освіти до навчально-тренувальної діяльності. Науковцями [1; 4; 7] встановлено, що досягнення професіоналізму навчально-тренувальної діяльності викладача зі застосуванням фітнес-технологій пов'язане з урахуванням об'єктивних і суб'єктивних характеристик.

Аналіз наукових праць засвідчує, що в процесі професійного становлення викладача фізичного виховання формуються і проявляються не тільки знання, уміння, навички, але й такі змістовні характеристики як педагогічна позиція, професійна спрямованість, стиль навчально-тренувальної діяльності, професійна ідентичність. Під час професійного становлення викладача фізичного виховання виникають і потребують свого вирішення труднощі та протиріччя, які обумовлені специфікою розвитку фітнес-технологій в Україні та його індивідуальними особливостями [2; 4; 8].

Розпочинаючи аналіз проблеми професійного становлення викладача фізичного виховання у вищому закладі педагогічної освіти необхідно визначити основні дефініції зазначеної проблеми. За лінгвістичного контексту категорія становлення означає виникнення, утворення чого-небудь у процесі розвитку [3]. На думку Е. Зеєра, професійне становлення – це безперервний процес розвитку особистості фахівця, який починається з моменту вибору, прийняття майбутньої професії та закінчується з припиненням активної трудової діяльності [9]. Розповсюдженою у науково-педагогічній літературі є точка зору, відповідно до якої професійне становлення – це процес поетапного розвитку та реалізації суб'єкта професійного шляху, котрий здійснюється на основі цілеспрямованої активності особистості, комплексного врахування зовнішніх, внутрішніх, соціальних та індивідуальних факторів професіоналізації [3].

У межах зазначеної проблеми професійне становлення викладача фізичного виховання у вищому закладі педагогічної освіти розглядається як процес самореалізації, становлення суб'єктності, що дозволяє йому самотійно та цілеспрямовано розвивати й удосконалювати навчально-тренувальну діяльність. Професійне самовизначення розглядається як

складне, динамічне утворення, показниками якого виступають задоволеність обраним фахом, привабливість професійного майбутнього, мотиви навчально-тренувальної діяльності, фахова цілеспрямованість, самооцінка професійних якостей і професійних здібностей. Теоретичні та методологічні основи професійного становлення тренерів-викладачів висвітлено в роботах науковців [5; 6; 11; 12; 13], де розкриваються проблеми гуманізації навчально-виховного процесу з фізичного виховання.

В. Платонов визначає сім етапів професійного становлення тренера-викладача фізичного виховання: допрофесійний розвиток (зародження цікавості до майбутньої професійної діяльності), оптація (вибір професії), професійна підготовка, професійна адаптація (виконання професійних обов'язків), первинна та вторинна професіоналізація, етап майстерності та наставництва (універсалізм, широка орієнтація у професійній галузі). Парадигмою професійного становлення викладача фізичного виховання у вищому закладі педагогічної освіти є попередній досвід багаторічної навчально-тренувальної та змагальної діяльності. Цей період можна вважати ранньою професіоналізацією [11].

Проблемі професійного навчання, покращення ефективності навчально-виховного процесу з фізичного виховання приділяється увага науковців щодо розроблення навчальних програм, методичних рекомендацій, моделювання навчальних засобів, розвитку фітнес-технологій. Процес професійного становлення викладача фізичного виховання зі застосуванням фітнес-технологій має бути зорієнтований на озброєння спеціальними знаннями, визначення ефективних шляхів досягнення результату в умовах інноваційного розвитку [8].

М. Герциком визначено етапи процесу становлення викладача фізичного виховання. Першим етапом є адаптація до нових умов навчально-тренувальної діяльності; другим етапом є оволодіння професійним досвідом; третій етап викладача фізичного виховання є завершальним, у якому відмічено перехід до усвідомленої педагогічної творчості [5].

Наукові дослідження дозволили виявити основні етапи професійного становлення викладача фізичного виховання у вищому закладі педагогічної освіти зі застосуванням фітнес-технологій:

- *етап адаптації* (відбувається осмислення сутнісної характеристики навчально-тренувальної діяльності, формування професійних характеристик, перевага адаптивної моделі професійного становлення на досягнення особистісних цілей, емоційного й афективного компонентів у структурі навчально-тренувальної діяльності, наявність необхідної компетенції, відсутність індивідуального стилю навчально-тренувальної діяльності, наявність репродуктивного рівня професійної діяльності);

- *етап професіоналізації* (характеризується усвідомленням інноваційних вимог, повною ідентифікацією із професією, перевагою моделі професійного розвитку, що проявляється в здатності викладача фізичного виховання виходити за межі традиційної практики, проявляти творчість, високий рівень компетенції власної педагогічної діяльності та

міжособистісних відносин, що є показником професіоналізму, здатністю до об'єднання компетентності з професійно важливими якостями, прагненням до здійснення навчально-тренувальної діяльності на основі сформованих особистісних і професійних характеристик, спрямованістю на досягнення поставлених цілей, сформованістю педагогічної позиції, перевагою когнітивного та поведінкового компонентів, здійсненням переходу від адаптивного до евристичного рівня);

– *етап педагогічної майстерності* (характерним є прийняття педагогічної професії як місії, високий рівень професіоналізму, що проявляється в здатності на високому рівні здійснювати навчально-тренувальну діяльність, отримувати гарантований педагогічний результат, перевагу педагогічної спрямованості в структурі когнітивного, поведінкового та прогностичного компонентів, перехід від евристичного рівня професійної діяльності до креативного, індивідуальний стиль навчально-тренувальної діяльності, що забезпечує формування авторитету, іміджу, сформовану педагогічну позицію, яка відповідає еталону викладача, сформованість високого рівня професійних якостей, здатність і готовність виконувати роль наставника, передавати свій досвід студентам).

Здебільшого навчально-тренувальну діяльність у вищих закладах освіти здійснюють викладачі фізичного виховання без відповідної компетенції, тому вона викликає необхідність корегування та розвитку професійних якостей. Інша особливість полягає у тому, що із закінченням професійної діяльності значна частина викладачів залишаються в професії, продовжуючи виступати в ролі наставника, виконувати функції, пов'язані з навчанням і вихованням студентів. Можлива підтримка високого рівня компетентності, професіоналізму, педагогічної майстерності та наявність професійних деформацій, що можна позначити як стадію згасаючої суб'єктності [6; 12; 13].

Основними завданнями етапу професіоналізації є усвідомлене виконання вимог до особистості та професійної діяльності, гарні відносини з колегами та студентами, використання апробованих способів професійної діяльності, зміна існуючих умов, відповідно ідеального образу сучасного, конкурентоздатного викладача, проектування стратегії.

Для етапу педагогічної майстерності характерними є досягнення максимального результату в професійному становленні, прояви творчості, за допомогою використання власних способів здійснення навчально-тренувальної діяльності, реалізація індивідуального стилю навчально-тренувальної діяльності, актуалізація власних потенціалів і використання всіх потенцій середовища для побудови та реалізації позитивної життєвої стратегії, професійний розвиток. Якщо вибір педагогічної професії відповідає індивідуальним характеристикам особистості на кожному етапі професійного становлення вирішуються конкретні завдання.

Аналіз наукової літератури зхасвідчує, що питання виявлення утруднень, обмежень, протиріч і проблем навчально-тренувальної діяльності викладача фізичного виховання обговорювалися дослідниками. Вони виділяють зовнішні обмеження (деструктивне оточення та його негативний

тиск, відсутність необхідних соціальних умов, авторитарний соціальний контекст, необхідність реалізації соціальних і професійних ролей, які не відповідають індивідуальним особливостям і професійним здатностям); внутрішні обмеження (неусвідомлені комплекси неповноцінності, невротичні утворення, психологічні захисні механізми, негативний вплив минулого досвіду) [1; 9; 10].

В інших наукових напрацюваннях, пов'язаних із вирішенням позначеного завдання, виділяються наступні проблеми: професійна невідповідність викладача фізичного виховання, низький стан здоров'я, несприятливі кліматичні умови, конфліктні відносини в колективі, утруднення економічного характеру, соціальна нестабільність і не розробленість технологій досягнення результату [9; 10].

Не є виключенням і професійна діяльність викладача фізичного виховання у вищому закладі педагогічної освіти. З'ясуємо утруднення, які найчастіше стають предметом наукового аналізу: невміння аналізувати компоненти власної навчально-тренувальної діяльності, недостатнє розуміння індивідуальних особливостей студентів, низький науковий рівень кваліфікації, аналіз ефективності педагогічних засобів, власних педагогічних рішень, прогнозування результатів педагогічної взаємодії, необхідність, крім здійснення безпосередньої навчально-тренувальної діяльності, здійснювати інші види діяльності, труднощі в адаптації до психолого-педагогічних і вікових особливостей студентів, труднощі в удосконаленні засобів і методів впливу на студентів, необхідність переборювати професійні кризи, протистояти емоційному вигорянню, недостатній рівень професійної придатності, недоліки в науковій організації праці, педагогічне навантаження, нерациональне складання розкладу.

Проблеми, що виникають під час навчально-тренувальної діяльності не завжди пов'язані з професійними знаннями. Вони можуть перебувати в сфері особистісних утворень: емоційні стани, відсутність волевої регуляції, вікові кризи, відсутність чіткої життєвої перспективи, низький стан здоров'я, низький рівень соціально-психологічної компетентності, неадекватна самооцінка, невміння керувати психічними станами та переборювати психологічні бар'єри.

Утруднення на кожному етапі професійного становлення викладача фізичного виховання можуть бути викликані як специфікою його навчально-тренувальної діяльності, так і низьким рівнем сформованості професійних якостей, які не дозволяють конструктивно вирішувати означені проблеми:

- *входження в професію* (адаптація у колективі, освоєння професії, адекватна самооцінка, формування образу професіонала відповідно до професійних можливостей);

- *етап професіоналізації* (невміння визначати бар'єри, що перешкоджає професійному розвитку, відсутність наукових знань, пов'язаних із проектуванням життєвої стратегії, визначенням шляхів і засобів підвищення кваліфікації, досягнення професіоналізму, недостатня інформованість питань пов'язаних із ефективним подоланням професійних і вікових криз);

– *етап професійної майстерності* (емоційне вигоряння і професійна деформація, недостатня розвиненість уміння бути наставником, передавати накопичений досвід, відсутність сформованого індивідуального стилю навчально-тренувальної діяльності, розрив між реальним образом професіонала й ідеальним образом викладача, усвідомлення цієї невідповідності).

Необхідно відзначити, що проблема полягає в уявленні власного образу професіонала та співставлення його з еталоном, ідеальною моделлю і може виникати на попередньому етапі професійного становлення. Але на етапі педагогічної майстерності, за наявності високих результатів наукової і практичної діяльності, цей розрив може бути значним, гострота проблеми не усвідомлюється, що сприяє виникненню професійних деформацій, емоційному переживанню і вигорянню.

На перших етапах професійної самореалізації потреби й інтереси викладача фізичного виховання пов'язані з осмисленням сутності навчально-тренувальної діяльності, входженням у новий колектив, освоєнням запропонованих функцій, співставленням своїх характеристик із професією, а це обумовлює акцентування уваги на власній особистості. На даному етапі часто переважає особистісна спрямованість навчально-тренувальної діяльності.

На наступних етапах акценти зміщуються на процес і результат діяльності. Це залежить від цінностей, установок викладача фізичного виховання, середовища, в якому здійснюється його професійне становлення. Теоретичне обґрунтування проблеми професійно-особистісних вимог до викладача фізичного виховання та особливостей навчально-тренувальної діяльності студентів зі застосуванням фітнес-технологій дозволяє розглядати їх як складний, динамічний і поетапний процес виникнення, закріплення та перетворення змістовних якостей, що забезпечують можливість проявляти професійну та соціальну активність, спрямовану на вирішення спеціальних завдань, подолання існуючих проблем.

Аналіз наукової літератури та нормативних документів, що регламентують професійну підготовку викладача фізичного виховання у вищому закладі педагогічної освіти зі застосуванням фітнес-технологій дозволив встановити вимоги до його особистості та діяльності: високий рівень професіоналізму, ґрунтовна наукова компетентність, системні знання тощо. На підставі здійснених досліджень виокремлено етапи професійного становлення викладача фізичного виховання у вищому закладі педагогічної освіти зі застосуванням фітнес-технологій: етап адаптації, етап професіоналізації та етап професійної майстерності. Здійснені напрацювання завідчують необхідність корегування тематичних планів із фізичного виховання відповідно до прогресуючого розвитку фітнес-технологій і потреб сучасної молоді.

Список використаних джерел

1. Андрущенко В. Філософія і методологія розвитку вищої освіти України в контексті євроінтеграційних процесів: монографія. – К.: Педагогічна думка, 2011. – 319 с.

2. Балл Г.О. Педагогічна комунікація та ідентичність педагога: монографія. – К.: Педагогічна думка, 2011. – 160 с.
3. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. – М.: Педагогика, 1989. – 191 с.
4. Бех І.Д. Психологічні джерела виховної майстерності: навч. посіб. – К.: Академвидав, 2009. – 248 с.
5. Герцик М.С., Вацеба О.М. Вступ до спеціальностей галузі «Фізичне виховання і спорт»: навч. посіб. – Х.: ОВС, 2004. – 176 с.
6. Грибан Г. П. Фізичне виховання студентів аграрних вищих навчальних закладів: монографія. – Житомир: Вид-во Рута, 2012. – 514 с.
7. Гура О.І. Психолого-педагогічна компетентність викладача вищого навчального закладу : теоретико-методологічний аспект. – Запоріжжя: ГУ «ЗІДМУ», 2006. – 331 с.
8. Есарева З.Ф. Особенности деятельности преподавателя высшей школы. – Л.: ЛГУ, 1974. – 112 с.
9. Зеер Э.Ф. Психология профессий. – М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 229 с.
10. Кузьмінський А.І., Омеляненко В.Л. Педагогіка: підручник. – К.: Знання-Прес, 2003. – 418 с.
11. Платонов В. Н. Периодизация спортивной тренировки. Общая теория и ее практическое применение. – К.: Олимпийская литература, 2013. – 624 с.
12. Теория и методика физического воспитания / под ред. Т. Ю. Круцевич. – К.: Олимпийская литература, 2003. – Том 1. – 424 с.
13. Теория и методика физического воспитания / под ред. Т. Ю. Круцевич. – К.: Олимпийская литература, 2003. – Том 2. – 392 с.

ОСОБИСТІСНО ЗНАЧИМІ ПСИХОЛОГІЧНІ ЯКОСТІ ТРЕНЕРА ДИТЯЧО-ЮНАЦЬКОЇ СПОРТИВНОЇ ШКОЛИ (Мельник О. А.)

1 березня 2017 року була затверджена постанова Кабінету Міністрів України щодо «Державної Цільової Соціальної Програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року». Метою Програми є визначення провідної ролі фізичної культури і спорту як важливого фактору здорового способу життя, профілактики захворювань, формування гуманістичних цінностей, створення умов для всебічного гармонійного розвитку людини, сприяння досягненню фізичної та духовної досконалості людини, виявлення резервних можливостей організму, формування патріотичних почуттів у громадян та позитивного іміджу держави у світовому співтоваристві. Саме тому, розвиток і поглиблення комплексних процесів реформування соціально-економічної сфери українського суспільства супроводжується, зокрема, вираженою тенденцією до формування педагогічних кадрів, що відповідають сучасним вимогам. Це робить досить актуальною розробку проблем підготовки, відбору, розстановки тренерських кадрів, психологічного забезпечення їх подальшої професійної діяльності. Для досягнення цих цілей необхідна система об'єктивної і комплексної оцінки особистісно важливих професійних якостей тренерів, що сприятиме реалізації принципу професіоналізму в їх педагогічній діяльності. Адже здібності до

тренерської діяльності і способи її здійснення характеризуються специфікою свого прояву і є тісно інтегрованими в цілісну психолого-педагогічну систему, що забезпечує успішність діяльності.

Істотний внесок у вирішення проблем професіоналізації в процесі діяльності представлений в працях Б. Ломова, Є. Клімова, В. Бодрова, В. Шадрикова, Е. Зеєра, А. Маркової, М. Кашапова та ін. Однією з умов становлення професіонала є розвиток активності, ініціативності, здатності творчо мислити і знаходити нестандартні рішення.

Різноманітність професійних обов'язків і широкий діапазон педагогічних завдань, що вирішується тренером дитячо-юнацької спортивної школи пред'являють підвищені вимоги до його діяльності і особистості. При поверхневому знайомстві з працею тренера в спорті може здатися, що мова йде лише про підготовку спортсмена до виступу на змаганнях різного рангу. Завдання тренера – це не лише спортивні досягнення спортсмена, але й виховання всебічно розвиненої, освіченої людини, здатної до використання культурного надбання суспільства і саморозвитку. Реалізація цього завдання вимагає вирішення протиріччя між необхідністю засвоїти спортивний досвід і знанням попередніх поколінь, створену ними культуру, навчитись будувати на її основі свою професійну діяльність і поведінку, з одного боку, і значимість їх постійного удосконалення – з іншого.

Виступаючи як індивідуальний суб'єкт тренерської і педагогічної діяльності, тренер є особистістю у всьому різноманітті індивідуально-психологічних, поведінкових і комунікативних якостей, носієм суспільних знань і цінностей.

Діяльність тренера має значимі психологічні особливості, такі як [12]: 1) стресогенність професії, особливо в період змагань; 2) наявність «професійного ризику», нестабільність соціального статусу; 3) інтенсивне спілкування (зі спортсменами, батьками, колегами); 4) нерегламентованість діяльності, відірваність від сім'ї; 5) публічність діяльності; 6) недостатність фінансування; 7) відсутність можливостей участі у кваліфікаційних змаганнях.

Робота тренера ДЮСШ є складною полісуб'єктною, полімотивованою, цілісною психічною реальністю. Інтегральними характеристиками особистості тренера і тренерської діяльності виступають: спрямованість, компетентність і гнучкість.

Спрямованість тренера – це професійно значима якість, яка займає центральне місце в структурі особистості тренера і обумовлює його індивідуальну і типову своєрідність; система ціннісних орієнтацій тренера на спортсмена, на себе, на предметну сторону професії. При цьому спрямованість тренера може бути справжньою, формальною і помилковою. Вищим ступенем вираження позитивних відносин тренера до своєї професії є покликання, яке поєднується зі схильностями і здібностями до даної професії. *Компетентність тренера* – це володіння високим рівнем фундаментальними знаннями, професійними вміннями та навичками тренерської діяльності, досвідом творчої і дослідницької діяльності щодо вирішення нових проблем, досвідом соціально-оціночної діяльності. *Гнучкість тренера* – здатність до

швидкого і легкого пошуку нових стратегій щодо рішення завдань, вміння вільно розпоряджатись вихідними знаннями, встановлювати зв'язки, здатність бачити ситуацію в розвитку, тобто, розкладати її на складові, перерозподіляти, погляд на проблемну ситуацію під іншим кутом зору, спрогнозування.

Продуктом тренерської діяльності є сформований індивідуальний досвід спортсмена в усій сукупності його аксіологічних, морально-етичних, емоційно-сміслових, предметних, оціночних складових. Результатом тренерської діяльності виступає фізичний, тактичний, технічний, психологічний, особистісний, інтелектуальний розвиток спортсмена, вдосконалення, становлення його як особистості, як суб'єкта тренувальної діяльності.

Отже, тренерська діяльність – це професійна активність тренера (педагога), що спрямована на підготовку, навчання, виховання і розвиток спортсменів. Своєрідністю тренерської діяльності є те, що це мета-діяльність. Професійна діяльність тренерів здійснюється безпосередньо на тренуванні і змаганнях. Сукупність дій, котрі органічно входять у професійну діяльність тренера передбачає реалізацію психолого-педагогічних функцій. А реалізація вказаних функцій відображає власне творчу природу праці тренера ДЮСШ.

Праця тренера – це праця педагога. Навчаючи своїх вихованців він прагне передати їм свої знання і досвід. Для тренера важливим є вміння передавати свої знання і досвід, вміння побачити і максимально розкрити здібності своїх підопічних.

До особистісно важливих психологічних особливостей тренерів ДЮСШ можна віднести *стиль педагогічного спілкування*. Він є дуже важливим у діяльності тренера, адже приріст спортивного результату є можливим лише у разі позитивних відносин між тренером і спортсменом. Педагогічне спілкування – це професійне спілкування тренера з вихованцями на тренуваннях і за їх межами, спрямоване на створення сприятливого психологічного клімату. Неправильне педагогічне спілкування породжує страх, невпевненість, послаблення уваги, пам'яті, порушення динаміки витривалості. В кінцевому рахунку – народжується стійке негативне ставлення до тренера, а потім і до занять спортом.

Важливим фактором, що впливає на ефективність педагогічної діяльності тренера є його особистісні якості. Сама специфіка педагогічної праці висуває низку вимог до особистості тренера, які визначаються як особистісно важливі професійні якості.

Групи вимог до якостей особистості тренера (Л. Шафранова, Ф. Забугіна) [12]: до фізичних якостей: гарне, міцне здоров'я, особлива витривалість нервово-психічної сфери, досить гучний витривалий голос; до вольових якостей: цілеспрямованість, вміння наполегливо домагатися мети, терпіння, здатність володіти собою, готовність нести відповідальність; до нервово-психічної сфери: розподіл уваги (одночасна установка на кілька як внутрішніх, так і зовнішніх предметів), безперервність (здатність зберігати увагу довгий час, не знижуючи через стомлення), стійкість (здатність треба бути уважним під впливом зовнішніх вражень) ; спостережливість; пам'ять

(точність, швидкість запам'ятовування, тривалість утримання, швидкість спогади); мислення (самостійність, точність суджень, винахідливість і винахідливість, критичність); уяву (здатність швидко, яскраво і точно представляти той чи інший об'єкт, відновлювати неповні враження).

Серед інших особистісно важливих якостей тренера як педагога загальноновизнаними є педагогічне мислення, педагогічна рефлексія, педагогічна самосвідомість, педагогічна уява, педагогічна самооцінка, педагогічна спостережливість, педагогічне прогнозування, толерантність, емпатія та ін. Чим більш розвинені педагогічне мислення, педагогічна рефлексія, здатність керувати своїми думками, діями, вчинками, відносинами тощо, тим більш продуктивною, цікавою, результативною є діяльність тренера ДЮСШ.

До чинників професійної готовності тренера ДЮСШ щодо роботи з вихованцями ми віднесли: ціннісне ставлення до тренерської роботи; вміння працювати і знаходити спільну мову з вихованцями; постійне самовдосконалення; збагачення практичного досвіду. Таким чином, готовність тренера ДЮСШ виконувати професійні завдання тренерської діяльності – це найважливіша складова його компетентності.

Специфіка особистісно важливих професійних якостей тренерів ДЮСШ визначається особливостями діяльності, відмінністю від інших видів творчої, інтелектуальної діяльності. Можна виділити кілька таких відмінностей: значна кількість проблемних ситуацій, в рішенні кожної з них зберігається схема творчого процесу, хоча і в стислому, згорнутому вигляді; обмежені можливості надійного вибору кращого варіанту вирішення проблемної ситуації, результати тренерської діяльності позначаються не відразу, проявляється властивість віддаленої результативності.

Суттєвою професійною особливістю діяльності тренера ДЮСШ виступає вміння прогнозувати подальші можливості розвитку спортивних якостей вихованців за первинними результатами впливу. Діяльність тренера мстить внутрішні протиріччя, в ній поєднуються спеціалізовані знання, вміння, навички (за окремими дисциплінами) і загально професійні – психолого-педагогічні, спортивні знання, вміння, навички. У зв'язку з зазначеними особливостями тренерської діяльності серед важливих якостей тренера ДЮСШ на перший план, на нашу думку, виходять педагогічне мислення, творчі здібності особистості, самовідношення до професійних позицій та емоційний інтелект.

У психології педагогічне мислення розглядається по-перше, як бачення педагогічної сутності у пізнавальних явищах, по-друге, як системна якість суб'єкта, що виконує педагогічну діяльність [3]. Педагогічне мислення тренера є здатністю використовувати педагогічні ідеї в конкретних ситуаціях, вміння “бачити” в конкретних явищах його загальну педагогічну сутність.

У контексті операційного визначення педагогічне мислення розглядається як пізнавальний процес виявлення педагогічної проблемності, вирішення якої характеризується особистісною включеністю педагога на перетворення свого внутрішнього світу в процесі виконання професійної діяльності [4].

Діяльність тренера ДЮСШ і професійне мислення тренера тісно взаємопов'язані один з одним через проблемну ситуацію, яка одночасно є ще й складовою частиною діяльності тренера, а також спонукає до життя творчий розумовий процес. Циклічний характер тренерської діяльності дозволяє визначити її сутнісну характеристику – це безперервна діяльність з аналізу різноманітних ситуацій, висунення і вирішення завдань.

Педагогічна ситуація – це сукупність умов, в яких педагог ставить педагогічні цілі і завдання, приймає і реалізує педагогічні рішення. А. Маркова відзначає, що педагогічна ситуація в цілому – це продукт активної взаємодії ряду зовнішніх умов і поведінки всіх його учасників [10]. Аналізуючи педагогічну ситуацію, педагог визначає мету розвитку, перетворення конкретних умов, тобто подумки проектує бажаний результат взаємодії педагога і вихованця.

Реакції тренера проявляються у його професійних позиціях. Вони є достатньо стійкими, але тренеру бажано бути гнучким в певній мірі, у своїх позиціях задля знаходження найконструктивнішого рішення питань, які виникають.

Емоції пов'язані і супроводжують всі прояви життєдіяльності людини, проникають в усі психічні процеси. Емоціями супроводжується весь процес роботи тренера. Різні емоційні стани по-різному впливають на ефективність спортивної діяльності і на тренуваннях і на змаганнях для тренера є дуже важливим бути емоційно стійким, випромінювати впевненість і позитивізм, бути емоційно чутливим, проявляти емпатію. Спортсмени вважають самовладання одним з бажаних якостей тренера. Спортсмени хочуть бачити в тренері людину, котра здатного приймати рішення в стресових ситуаціях, щоб він зберігав гнучкість і не втрачав контроль над собою при вирішенні складних тактичних завдань, пов'язаних зі змаганнями.

Творчий характер діяльності тренера ДЮСШ проявляється у всіх областях його діяльності: у конструктивній, організаторській, комунікативній, гностичній. Тренер проектує особистість спортсмена, приймає самостійні рішення в несподіваних ситуаціях, будує тренувальний процес відповідно до можливостей і особливостей вихованців.

Педагогічна творчість передбачає наявність у педагога комплекс загальних якостей, що характеризують будь-яку творчу особистість, незалежно від роду діяльності, – ерудованість, почуття нового, здатності до аналізу і самоаналізу, гнучкості і широти мислення, активності, волі, розвиненої уяви тощо. Для творчої діяльності тренера ДЮСШ можна віднести специфічні педагогічні особливості та якості особистості: педагогічна спостережливість, розподіл уваги; вміння передавати іншим накопичені знання, розуміти точку зору вихованця, його інтереси і потреби, проектувати розвиток його особисті, спортивних результатів, педагогічний такт і ін.

Педагогічне мислення відповідає всім загальним законам мислення, але має свою специфіку згідно теорії професійного мислення. Одним з основних завдань психолого-педагогічної підготовки спеціалістів для освітньої сфери – формування професійного педагогічного мислення практичного типу, що

включає в себе високий рівень розвитку процесів аналізу, рефлексії, прогнозування та перетворення. Педагогічне мислення як вид професійного мислення, що дозволяє суб'єкту пізнавати сутність педагогічної ситуації та організовувати свої педагогічні дії щодо її цілеспрямованого перетворення.

Для з'ясування рівня педагогічного мислення у випробовуваних тренерів ДЮСШ нами був використаний «Опитувальник виявлення ситуативного/надситуативного рівня педагогічного мислення» (М. Кашапов, Т. Кисельова). Випробовуваним пропонувались 10 різних проблемних ситуацій. Тренерам необхідно було оцінити дії, котрі б вчинили вони, опинившись у цій конкретній ситуації. Далі, записати свою оцінку: згоди з запропонованим варіантом або свій варіант. Згода з запропонованим варіантом оцінюється в 0 балів, незгода – в 1 бал. Аналіз відповідей проводиться згідно опису, запропонованого М. Кашаповим і Т. Кисельовою де розписуються детально бали згідно відповідей, де 0-5 балів – яскраво виражений ситуативний рівень мислення; 5-10 – скоріше ситуативний рівень мислення; 10-15 – скоріше надситуативний рівень мислення; 15-20 – яскраво виражений надситуативний рівень мислення.

У результаті обробки отриманих результатів 98% випробовуваних показали переважання надситуативного рівня педагогічного мислення над ситуативним. Це говорить про здатність тренерів намітити стратегію своєї професійної діяльності, побачити її результат у перспективі, оцінити свої успіхи і невдачі, креативно вирішувати ситуації, що виникають, про спрямованість на саморозвиток і підвищення своєї професійної компетентності. У цілому високі результати по даній методиці можуть бути обумовлені педагогічним досвідом, рівнем кваліфікації тренера, педагогічною спрямованістю і високою мотивацією тренера до професійного саморозвитку і втілення набутих знань у тренувальний процес.

Професійна позиція тренера є проявом і його спрямованості. Сама ж спрямованість науковцями психологами визнається провідною характеристикою особистості. Саме в спрямованості особистості виявляється її сутність, будується життя, створюються стосунки, виробляються відношення тощо. Згідно раціогуманістичного підходу, яскравим представником якого виступає А. Маслоу вважається, що людина, яка краще себе знає, свою сутність, набагато більшого може досягти в житті та самореалізуватись [11]. Саме тому нам було визнано за доцільне дізнатись власну професійну позицію тренерів ДЮСШ.

Ми використали методику А. Маркової «Карта самовідношення вчителя до професійних позицій». Авторка виділяє такі позиції: «Предметник», «Методист», «Діагност», «Самодіагност», «Суб'єкт своєї педагогічної діяльності», «Гуманіст», «Психотерапевт», «Актор», «Педагог за покликанням», «Індивідуальність», «Творець», «Дослідник», «Новатор» та «Професіонал».

Результати, які ми отримали представимо в табл. 1. Середні значення показані за розподілом тренерів на групи починаючих з більш досвідчених. До починаючих ми віднесли III і IV групи (від до 5 років та від 5 років до 9 років стажу), до досвідчених I і II групи (від 10 до 19 та від 20 і більше).

Таблиця 1

ПРОФЕСІЙНІ ПОЗИЦІЇ	СТУПІНЬ ВИРАЖЕНОСТІ (середні значення)	
	I і II групи	III і IV групи
«Предметник»	3,42	4,75
«Методист»	2,86	3,16
«Діагност»	2,84	3,22
«Самодіагност»	3,45	3,84
«Суб'єкт своєї педагогічної діяльності»	3,38	4,55
«Гуманіст»	3,65	4,34
«Психотерапевт»	3,16	3,54
«Індивідуальність»	3,44	4,10
«Педагог за покликанням»	3,48	4,41
«Професіонал»	3,59	4,22
«Творець»	3,22	4,92
«Дослідник»	3,93	3,55
«Новатор»	2,52	3,07
«Актор»	2,44	4,14

Отримані результати свідчать, що найбільше балів серед випробуваних I та II групи набрали позиції «Дослідник», «Гуманіст», «Індивідуальність», «Самодіагност», «Педагог за покликанням», «Гуманіст», «Актор» і «Предметник». Що свідчить про високу ціннісно-смыслову значимість обраної професії і спрямованості на досягнення результатів у діяльності тренера. Результати відповідей серед тренерів, що увійшли до III та IV груп, що показали найбільший бал були наступні позиції: «Творець», «Предметник», «Суб'єкт своєї педагогічної діяльності», «Педагог за покликанням», «Гуманіст», «Професіонал» і «Актор», що свідчить про впевненість, володіння певними знаннями і побудовою тренувального процесу, знаходженням нової інформації, вмінням розуміти інших та поважати різні позиції, знаходити конструктивний вихід з різних ситуацій.

У табл. 2 презентуємо результати позицій за набраною кількістю балів:

Таблиця 2

I і II групи		III і IV групи	
Місце і назва позиції	бал	Місце і назва позиції	бал
1. «Дослідник»	3,93	1. «Творець»	4,92
2. «Гуманіст»	3,65	2. «Предметник»	4,75
3. «Професіонал»	3,59	3. «Суб'єкт своєї діяльності»	4,55
4. «Педагог за покликанням»	3,48	4. «Педагог за покликанням»	4,41
5. «Самодіагност»	3,45	5. «Гуманіст»	4,34
6. «Індивідуальність»	3,44	6. «Професіонал»	4,22
7. «Предметник»	3,42	7. «Актор»	4,14
8. «Суб'єкт своєї педагогічної діяльності»	3,38	8. «Індивідуальність»	4,10
9. «Творець»	3,22	9. «Самодіагност»	3,84
10. «Психотерапевт»	3,16	10. «Дослідник»	3,55
11. «Методист»	2,86	11. «Психотерапевт»	3,54
12. «Діагност»	2,84	12. «Діагност»	3,22
13. «Новатор»	2,52	13. «Методист»	3,16
14. «Актор»	2,44	14. «Новатор»	3,07

Тренер ДСЮШ, рефлексуючи свою діяльність, приходять до висновку про необхідність вдосконалення своєї особистості як основного інструменту професійно-педагогічної діяльності. Середні значення варіюють від 2,44 до 4,92. Достатньо високо оцінюються такі позиції, як «Творець» (4,92), «Предметник» (4,75), «Суб'єкт своєї діяльності» (4,55), «Педагог за покликанням» (4,41), «Гуманіст» (4,34), «Професіонал» (4,22), «Актор» (4,14) і «Індивідуальність» (4,10) у групі тренерів ДСЮШ зі стажем роботи до 9 років. Високі бали у групі тренерів ДЮСШ зі стажем більше 10 років набрали наступні позиції: «Дослідник» (3,93), «Гуманіст» (3,65), «Професіонал» (3,59), «Педагог за покликанням» (3,48), «Самодіагност» (3,45), «Індивідуальність» (3,44), «Предметник» (3,42) і «Суб'єкт своєї педагогічної діяльності» (3,38). При цьому практично на однакових нижчих місцях у нашому дослідженні у обидвох груп опинились позиції «Діагност» і «Новатор».

З точки зору А. Маркової, новаторство – це створення нових оригінальних окремих прийомів або цілісних підходів, що змінюють звичний погляд на явище, перебудовують суспільний педагогічний досвід. Це особливий тип мислення і особистості [9]. Таким чином, більшість тренерів зрізним стажем роботи оцінюють сформованість даної позиції на середньому рівні, що може відображати протиріччя між сучасними інноваційними тенденціями в тренувальному процесі і здатністю тренерів дитячо-спортивних юнацьких шкіл їх реалізувати в своїй практиці.

Роль діагноста виражається в умінні тренера визначати лінію педагогічно-тренувальної діяльності, її конкретні цілі і завдання на кожному етапі підготовки, прогнозувати результати. Ця роль вимагає знання тренером особливостей фізичного і психічного розвитку спортсменів, рівня їхніх можливостей. Отже, отримані результати у нашому дослідженні свідчать про те, що на професійне становлення тренерів значною мірою впливають особистісні якості тренерів.

Для дослідження творчих здібностей тренерів дитячо-юнацьких спортивних шкіл ми скористалися авторською методикою, розробленою О. Шляпниковою і М. Кашаповим. Методика складається із 48 тверджень, кожне з них треба оцінити, примірити на себе і в разі згоди навпроти поставити «+», а якщо дане твердження не співвідноситься з випробовуванням, ставиться «-». Згідно ключа методики, респонденти, які набрали менше 24 балів, мають низький рівень здібностей творчої особистості, від 24 до 38 балів – середній рівень здібностей творчої особистості, вище 38 балів – високий рівень здібностей творчої особистості.

У результаті проведеного дослідження ми отримали наступні результати. У 11 (61%) випробуваних був визначений високий рівень здібностей творчої особистості. Результат 7 (39%) випробуваних не перевищив середнього рівня творчих здібностей.

Щодо групових показників (за стажем) картина виглядає наступним чином: І група – у всіх середній показник творчих особливостей; II група – два респонденти показали середній рівень, а чотири – високий рівень творчих

особливостей; III група – у всіх чотирьох випробуваних визначені високі показники; IV група – один випробуваний показав середній рівень, у трьох – високий рівень творчих особливостей (табл. 3).

Таблиця 3

група	низький	середній	високий
I група від 20 років і більше		34 29 26 24	
II група від 10 -19 років		36 35	44 43 41 39
III група від 5– 9 років			43 41 40 39
IV група до 5 років		29	42 42 40

Отримані нами результати дослідження творчих особливостей тренерів дитячо-юнацьких спортивних шкіл свідчать, що стаж роботи тренера ніяким чином не впливає на високі показники. Можна припустити, пояснивши середні показники у більш досвідчених за стажем тренерів небажанням змінювати свої переконання, підлаштовуватись під вимоги часу, зниженням продуктивності розумової діяльності, загостренням протиріч професіоналізації.

Уміння керувати своїми емоціями – непроста задача для особистості тренера в його роботі, адже вони виконують важливі функції. Наприклад такі, як функція оцінки, спонукання, активації нервових центрів й усього організму в цілому, регулюючу, синтезуючу, експресивну і смислоутворювальну. Більшість емоційних станів відбивається на особливостях поведінки тренера, в його роботі і відношеннях з оточуючими.

Для дослідження вмінь керувати своїми емоціями ми запропонували тренерам пройти тест, розроблений М. Холлом та адаптований Є. Ільїним. Тест містить 30 питань і має варіанти відповідей, які обирають випробовувані. В результаті на виході ми отримали наступні показники інтегрального емоційного інтелекту, які презентуємо нижче (табл. 4):

Таблиця 4

група, стаж	бал (середнє значення)	рівень
I група (від 20 років)	59,75	середній
II група (10-19 років)	54,17	середній
III група (від 5-9 років)	44,25	середній
IV група (до 5 років)	42,25	середній

Градація: 70 балів і більше – високий, 40–69 балів – середній, 39 балів і менш – низький.

Отримані результати свідчать, що у тренерів ДЮСШ в ході проведення дослідження були визначені показники інтегрального емоційного інтелекту, які підпадають до середнього рівня (40–69 балів середній рівень). Але спостерігаємо різницю між групами. Тренера зі стажем роботи від 10 років і більше (I і II групи) мають результат більше наближений до високого рівня ніж у груп III і IV. Він є вище фактично на 10 балів. В даному випадку, ми можемо спробувати пояснити це наявністю певного досвіду, вмінням робити висновки, зважувати свої вчинки і розумінням, що емоції не лише допомагають, а й можуть призвести до негативних наслідків.

Показники (середні значення) парціального емоційного інтелекту за п'ятьма шкалами є наступні (табл. 5):

Таблиця 5

група, стаж	емоційна обізнаність	управління своїми емоціями	самотивація	емпатія	розпізнавання емоцій інших людей
I група (від 20 років)	12,25 (середній)	12 (середній)	11,5 (середній)	11 (середній)	11 (середній)
II група (від 10-19 років)	11,83 (середній)	11,33 (середній)	11,33 (середній)	10,5 (середній)	9,16 (середній)
III група (від 5 -9 років)	9,25 (середній)	9,75 (середній)	8,5 (середній)	8,5 (середній)	9,25 (середній)
IV група (до 5 років)	10,25 (середній)	9,5 (середній)	8,25 (середній)	6,75 (середній)	7,25 (низький)

Градація: 14 балів і вище – високий рівень, 8-13 балів – середній рівень, 7 і нижче – низький.

Отже, з наведених балів щодо парціального інтелекту у переважній більшості показники розташовані на середньому рівні і лише один показник виявився низький у IV групі – це шкала «Розпізнавання емоцій інших людей».

З наведеного можна зробити висновки про те, що сучасний тренер ДЮСШ є одночасно і педагогом, вихователем, організатором спортивної діяльності дітей, активним учасником спілкування зі своїми підопічними, батьками та колегами, дослідником тренувального процесу, консультантом. Функції професійної діяльності тренера ДЮСШ безумовно є ширшими і принципово важливішими, ніж у тренера національної збірної, зокрема, постійна робота щодо формування мотивацій занять спортом, визначення спеціалізації.

Сучасний тренер ДЮСШ є одночасно і педагогом, вихователем, організатором спортивної діяльності дітей, активним учасником спілкування зі своїми підопічними, батьками та колегами, дослідником тренувального процесу, консультантом. Функції професійної діяльності тренера ДЮСШ

безумовно є ширшими і принципово важливішими, ніж у тренера національної збірної, зокрема, постійна робота щодо формування мотивацій занять спортом, визначення спеціалізації.

Професійне мислення і тренерська діяльність тісно взаємопов'язані один з одним через проблемну ситуацію, яка одночасно є ще і складовою частиною діяльності тренера, а також здійснює активізацію розумового процесу. Професійне мислення тренера проявляється у пізнавальних пошуках, виявленні проблем та шляхів їх вирішення завдяки особистісній виключності тренера щодо перетворення свого внутрішнього світу в ході професійної діяльності, прогнозуванні результатів своєї діяльності.

Професійне педагогічне мислення, інтегруючи осмислення і розуміння конкретних ситуацій у відрізок поточного часу, утворює і впорядковує психологічну структуру педагогічної діяльності. Інтегруюча (пізнання і перетворення) функція мислення в просторово-часовій та інформаційно-регулятивній координатах пов'язує, з одного боку, особливості зовнішнього середовища (ситуація, спортивна діяльність, соціальне оточення), а з іншого – психічні процеси і властивості особистості тренера, утворюючи при цьому відповідну психологічну структуру професійного педагогічного мислення.

Найважливіша функція професійного педагогічного мислення – перетворювальна. За допомогою її забезпечується цілеспрямованість педагогічних впливів і врівноваженість суб'єкта з соціальним та педагогічним середовищем, тобто психологічні особливості мислення забезпечують відповідність виконуваної діяльності професійним вимогам і цілям.

Отже, у процесі професійного становлення тренера ДЮСШ відбувається активне перетворення його внутрішнього світу завдяки набуванню досвіду і нових прогресивних знань, що призводить за необхідності до принципово нової побудови і ведення тренувально-змагального процесу завдяки науковому аналізу набутих спеціалізованих знань.

Список використаних джерел

1. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности :учебн. пособ. для вузов. – М. : ПЕР СЭ, 2001. – 511 с. (Современное образование).
2. Зеер Э. Ф. Психология профессий: учебное пособие для студентов вузов. – М.: Академ. Проект, Фонд «Мир», 2005. – 336 с.
3. Гальперин П.Я. Психология как объективная наука. – М.: Ин-т прак. психол; Воронеж: НПО МОДЭК, 1998.– 480 с.
4. Кашапов М. М. Психология педагогического мышления: монография. – СПб.: Алетейя, 2000. – 463 с.
5. Киселева Е.С. Караванская Л.Н., Романов Д.А. и др. Мониторинг качества образовательного процесса // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2012. - № 11 (93). – СПб.: НГУФКСЗ П. Ф. Лесгафта, 2012. – С. 44–49.
- 6.Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения: учеб.пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 304 с.
7. Ковалев В.И. Мотивы поведения и деятельности / Отв. ред. А.А. Бодалев. – М.: Наука, 1988.– 191 с.
8. Ломов Б.Ф. Системность в психологии / Под ред. В.А. Барабанщикова, Д.Н. Завалишиной, В.А. Пономаренко. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. – 384 с.

9. Лубышева Л.И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью // Теория и практика физической культуры. – М.: НИИ Теория и практика физической культуры, 1997. – № 6. – С. 10 – 15.
10. Маркова А.К. Психология профессионализма. – М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. – 308 с.
11. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2006. – 351 с.
12. Мельник Е.В., Силич Е.В., Кухтова Н.В. Психология тренера: теория и практика: метод. рекоменд. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2014. – 58 с.
13. Мельник О.А. Психологічні особливості ефективної діяльності майбутніх фахівців з фізичної культури // Згальна теорія здоров'я і здоров'язбереження: колективна монографія / За заг. ред. проф. Ю.Д. Бойчук. – Харків: Видавець Рожко С. Г., 2017. – С. 460-465.
14. Шадриков В. Д. Деятельность и способности. – М.: Изд. корпорация «Логос», 1994. – 315 с.
15. Шляпникова О. А. Личностные детерминанты профессионализации педагогов дошкольных образовательных учреждений: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.03. – Ярославль, 2010. – 186 с.
16. Scheef S., Gleser C. Zielorientierte Gesprächsführung für Lehrerinnen und Lehrer in der Grundschule: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde zur professionellen Gesprächsleitung und Beratungskompetenz // Bedingungen des Lehrens und Lernens in der Grundschule / Frank Hellmich, Sabrina Förster, Fabian Hoya. – VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012. – S. 157-160.
17. Sinha C. Wie finde ich mich als Lehrer? Rolle und Wirkung im Schulalltag gestalten. – Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010. – 151 s.

РОЗВИТОК ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА ОСНОВІ МЕТОДОЛОГІЧНО- ЦІННІСНОЇ РЕФЛЕКСІЇ ТА МЕТОДИЧНОГО ОСМИСЛЕННЯ ТЕОРІЇ РІВНЕВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ РУХІВ МИКОЛИ ОЛЕКСАНДРОВИЧА БЕРНШТЕЙНА (Федорець В.М.)

*Присвячується Миколі Олександровичу Бернштейну,
видатному Вченому, Лікаря, Педагогу*

*Nisi emin nomen scieris, cognitio rerum¹
Рух – скарбниця життя.
Плутарх
Рух як описування душі²*

У нашій педагогічній системі гуманітарне і трансдисциплінарне осмислення феномену людини та її рухової активності і здоров'я, а також феноменологічна, педагогічна [7], герменевтична [22], антропологічно-ціннісна [12; 30; 43] і темпорально-феноменологічна [44; 47] рефлексія руху

¹ Без знання імен гине і пізнання речей (переклад з лат.).

² Міфологема (слоган) організованої нами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю присвяченій 120 річниці з дня народження Миколи Олександровича Бернштейна «Дискурс здоров'я в освіті: філософія, педагогіка, антропологія, психологія» яка відбулася 16-17 вересня 2016 року в м. Вінниця на базі Вінницької академії неперервної освіти.

розглядається як основа методології і методики розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури. В зв'язку з таким інтегративно і феноменологічно орієнтованим теоретичним осмисленням феномени людини, руху і здоров'я репрезентуються нами як методологічно-ціннісні, екзистенційно-феноменологічні та змістовно-інтерпретативні орієнтири. Таким чином рухова активність як складова фізичної культури нами вивчається не тільки в рамках методичних, фізіологічних чи механістичних уявлень, а перш за все, розглядається з філософських, духовних, феноменологічних, онтологічно-ціннісних [12] антропологічних [31], культурологічних [10; 11; 13], медико-гігієнічних [32], психологічних [21; 39], дефектологічних [32] та інклюзивних позицій. Актуалізуючи проблематику рухової активності учнів співвідносно до збереження їх життя та здоров'я, ми інтерпретуємо рух як неспецифічний антропологічний *«локомоторно-здоров'яорієнтований феномен»* і репрезентуємо як обов'язковий аспект методології і методики розвитку здоров'язбережувальної компетентності. Тому педагогічно-інтегративне [46] теоретичне і ціннісне [2; 12; 21; 31] осмислення специфіки рухової активності та проблематики здоров'я визначає особливості формування не тільки методології і методики нашої педагогічної системи але входить безпосередньо до самої структури [41]

здоров'язбережувальної компетентності, в її інтелектуально-ціннісний (когнітивний) і особистісно-екзистенційний компоненти. Отже ми в теоретичній основі представляємо проблематику рухової активності як первинну і визначальну в змісті здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури.

Розкриття і концептуалізація даної інтегративної проблематики, яку ми розгорнуто (виділяючи основні аспекти) можемо представити в форматі семантичного ряду *«людина-здоров'я-рух-здоров'язбережувальна компетентність»*, а також як конструювання відповідної методології базується на методологічному і світоглядному потенціалі ідей педагогічної інтеграції [46], енактивізму [26; 52; 53], аутопоезису [28], холістичного, трансдисциплінарного [17; 24], антропологічного [30] і культурологічного [10; 11; 13] підходів та рецепції медичних знань і практик. Вказана педагогічна інтеграція [46] в нашій інтерпретації об'єднує педагогічні ідеї, гуманітарну (*humanities*, *нім. die Geisteswissenschaften* – науки про дух) [38], нейрональну, фізіологічну та психофізіологічну парадигми, а також медико-гігієнічний, кінезіологічний, психологічний, антропологічний [10; 11; 12; 13; 30] та феноменологічний підходи.

При аналізі духовно-онтологічних аспектів проблематики руху в широкому світоглядно-методологічному контексті ми також актуалізуємо осмислення міфологічного [4; 23; 27; 40; 45; 49] і філософського аспектів рухової активності, звертаючись до космогонічних міфів та значимих філософських концептів. Міфологічний аспект філософської складової даної методології нами актуалізується і трактується на основі ідей про первинність міфу, що розкривається при осмисленні людського буття в рамках

антропокультурних візій. В такій первинній генезисній і креаціоналістичній трактовці міф [4; 23; 27; 40; 45; 49] розуміється як визначальний та системоорганізуючий [4; 49] чинник людського буття (включаючи рухове буття) і свідомості. В даному контексті актуальними є як гносеологічні так і онтологічні [4] аспекти міфу. Підкреслюючи онтологічний і смисловий виміри міфологічного Олег Геннадійович Арапов вказує на те, що «Міф це життєвий простір людського буття і сприйняття ним світу, тому розуміння сутності міфологічних процесів і їх ролі в пізнанні повертає людину до самого себе як первинного смислу існування» [4, с. 2]. З методологічних позицій для нас значимими є репрезентація і осмислення рухової активності як первинного способу і смислу існування та духовної практики.

Значимість міфологічної складової в людському бутті і культурі однією з перших була висвітлена в класичних дослідженнях Мірче Еліаде [49], який «відкрив» міф для європейської науки. Він говорив про те, що «... міфи показують, що світобудова, людина і життя мають надприродне походження і надприродню історію і що ця історія є значимою, має велику цінність і є зразком для наслідування» [49, с. 29]. Актуальними в даному напрямі є також класичні роботи Карла Юнга [50; 51], який вважав, що міф є первинною архе-структурою (основною) в якій репрезентований сакральний і архетипічний виміри людського буття.

К. Юнг [50; 51] розкриває первинність буття і психічного як дію, яка в своїй основі є рухом. А. Боецій підкреслюючи рухому сутність душі зазначає, що «Розумна сила людської душі є досить рухомою» [37, с. 50]. Традиційно з древності Аніма (душа), за своїм визначенням, розуміється як така, що рухається. Таким чином в руховій активності можуть бути відображені, проявлені і розкриті архетипи в яких проявлені, актуалізовані і репрезентовані Рух, Творення, Час, Простір, Тілесність та ін. Рух, на нашу думку, є сам «метаархетипом», в якому закарбоване дихання вічності і Духу. Рух є оприсутненням душі, її розгортанням в бутті і самим «Руховим Буттям».

Ми вважаємо також рухову активність шляхом реалізації екзистенційної турботи як способу прояву хайдегерівського *Dazain* [9; 44, с. 94-116, 138-140, 158-161; 47, С. 284-293, 358-369], а також репрезентативним «руховим» антропологічним форматом темпоральності. Локомоторно-феноменологічно інтерпретуючи ідею М. Хайдегера про важливість мови для буття («Мова це дім буття»), ми говоримо про те, що «Рухова активність дитини – це ландшафт, це простір, час і одночасно серце та аніма буття» і мови. Тому ми актуалізуємо проблематику *локомоторного (чи рухового) екзистенціалу* на рівні з визначиними Л. Бінсвангером [8] екзистенціалами тілесності, темпоральності, простору.

Опосередковано питання руху як і Духу в *in statu grutide* (в стані благодаті) і *in statu nasendi* (в стані зародження) тобто в «згорнотому» та контекстуальному вигляді предствалене в біблійному космогонічному міфі [49]. Цей міф конститує базисні релігійно-містичні інтенції християнської та іудейської культур, а також імпліцитно містить витoki європейської науки.

Знамениті слова з Книги Буття – «...спочатку Було Слово...» (лат. *In principio erat Verbum*), в яких відчувається дихання Вищої Сили та розкриваються інтенції шляху, Світу, Творення і людини, спрямовують нас на осмислення Слова, Руху, Буття, Часу як цілісного духовного дійства, спроектованого і втіленого в «душевно-діяльнісних», «сердечно-рухових», «тілесно-рухових», «локомоторно-просторових» проявах людського. У Слові присутній Дух і Рух. Результатом впливу Слова є також рух, трансформації Світу і поява Душі та Людини. Тобто рух іманентно містить потенцію (лат. *potentia*) і інтенцію акту творення (розгортання, творення руху, дій і буття) та феноменологію «локомоторного способу» існування.

Рене Декарт [3, с. 295-329] концептуалізує основу речей як протяжність (*res extensa*), вказуючи на наявність у світі мисленевої сутності (*res cogitans*). Зрозуміло, що протяжність можна осмислити подумки (чи реально) переміщуючись по ній. Тому певною мірою в *res cogitans* закладені конотації руху як способу осягнення *res extensa*. Розширюючи і уточнюючи питання ми можемо висловити ідею про те, що між *res cogitans* і *res extensa* має існувати «*res lokomotorium*». Вказані бачення є також близькими до просторово і темпорально орієнтованих ідей Анрі Бергсона. Керуючись класичними дослідженнями П. Гальперіна [14; 15; 35] ми розуміємо, що рух є тим феноменом, що розкриває для людини (дитини) предметне поле через предметно-маніпулятивну діяльність, трансформуючись у її мову, а згодом у мисленеві дії. Рух є наявним в милосерді, в любові і в стрімкій «стрілі» думки...

У всіх вказаних вище професійно-світоглядних баченнях першооснов буття і людини виділяється значимий аспект – рух. Цей аспект проявляється як іманентна (внутрішня) якість, як зовнішній атрибут чи як конститууюча особливість організації буття і світу та способу його існування. Рух є наскрізним і атрибутивним, він є сутністю життя. Тому багато таємниць буття розкриває нам осмислення руху, який апіорі не має зводитися тільки до механічних дій і картезіанської протяжності (*res extensa*). Рух є життям, вітальністю, буттям, цінністю, гнозисом і способом пізнання, праксисом і дією, здоров'ям і шляхом його підтримання, трансформацією і процесуальністю, самореферентністю і рефлексією, дорогою і цілим світом, інтенціональністю, смыслом і архетипічно зумовленим дійством, спрямованим на розкриття смислів. Рух, нами розглядветься як особлива первинна, «фоновна онтологія» і «матрична онтологія». Рухова активність в рамках таких онтологічно орієнтованих уявлень є тією онтологією, що інтегрує і гармонізує різні виміри буття, а також єднає дух і тіло та робить ціннісно-цілісним серце і розум.

На основі аналізу вищевказаних уявлень про рух, буття і світобудову ми формуємо методологічний концепт «*Архе-руху*», який визначаємо як системоорганізуючу, гармонізуючу і креативну роль рухової активності в збереженні життя і здоров'я людини, що проявляються у вітальному, первинному, онтологічному, ціннісному, екзистенційному, ментальному, символічному, духовному і трансцендентному статусі рухової активності.

Таким чином, рух розглядається перш за все онтологічно як особливе і первинне буття, яке має відповідні виміри – ціннісні, ментальні, культурні, діалогічні, трансцендентні та ін.

Представлений теоретичний конструкт «Архе-руху» є нашою подальшою розробкою концепту «Технік тіла», який був сформований видатним антропологом Марселем Мосом [31, с. 304-325]. Цей дослідник розумів під технікам тіла культурну детермінацію і специфіку рухової активності та різних видів діяльності (ходьби, роботи із знаряддями, вживання їжі та ін). «Архе-рух» є ширшим поняттям, яке окрім культурної специфіки репрезентує рухову активність феноменологічно, онтологічно (як особливе буття), ціннісно, контекстуально (як контекст і фігуру на фоні інших контекстів), вітально (як життєву потребу, спосіб життя і саме життя), інструментально та з нейрональних і інших позицій. Тобто рух як гештальт чи фрагмент життя.

Наші онтологічно орієнтовані бачення та методологічні побудови спрямовані на інтелектуалізацію, психологізацію і одухотворення фізичної культури та відповідних практик збереження здоров'я, а також на розробку рухових практик і технологій на основі складних, системних, багатомірних, ціннісних [12] і онтологічних уявлень про рухову активність. Як приклад реалізації вказаних поглядів, ми можемо назвати технології фізичної культури, розроблені О. Аксьоною [2] («Школа розумних рухів») та М. Єфіменком [21] («Казкова фізкультура» «Театр фізичного розвитку та оздоровлення дітей»), а також традиції східних шкіл ушу, кунфу, цигун, йоги.

Подібні уявлення про «архе» значимість рухової активності контекстуально існують у сучасній культурі, включаючи професійну (педагогічну), але нерідко рух розуміється досить звужено, біологічно і механістично. Тому ми можемо спостерігати як непомітно сформувалася «народна рухова парадигма здоров'я», сутність якої зводиться переважно до механістичного розуміння рухової активності за принципом «чим більше людина рухається тим вона здоровша, сильніша і успішніша». В зв'язку з такими розуміннями і інтерпретаціями рухової активності поволі освітній процес перетворюється в нескінченні руханки, зарядки, забіги, дні здоров'я, мішечки з сіллю на голову, підрахунок кроків тощо. Все це нагадує масовий невроз як «біг від хвороби до здоров'я» і «рухову активність заради самої себе». При такому механістичному підході, коли рухова активність «розпорошується» по освітньому процесі, перетворюючи його в ону «велику руханку», інші аспекти рухової активності – культурна прийнятність і адекватність, екзистенційний вимір, інтелектуальний компонент десемантизуються чи не враховуються

У даному контексті необхідно розуміти, що рух – це не тільки динаміка (динамічні рухи), але й статика («правильне» сидіння, стояння), це «тілесно-руховий супровід» інтелектуальної діяльності і комунікації, це наше буття, яке є різним, спонтанним, онтогенеичним. Зазначені освітні тенденції конфліктують, перш за все, з інтелектуальним і екзистенційним виміром

буття дитини, а той із здоровим глуздом. Уявимо урок, на якому діти на голові тримають мішечки з сіллю і при цьому намагаються щось вчити.

Із власного шкільного досвіду згадую, коли процес розгляду цікавого світоглядного питання на занятті «розривався» недоцільними (для даного контексту), примітивними і дивакуватими вправами, присіданнями тощо. З позицій отримання тренувального ефекту результат буде сумнівним, зате в освітньому процесі «вселяється» пафосна копошня – ніби такі дії є способом збереження здоров'я. Ми не проти руханок, але у відносно вільному режимі, в розумних кількостях і формах та відповідно до наявних культурного та інтелектуального контекстів освітнього процесу і побажань учнів. Велике значення для збереження здоров'я створюється можливістю відносно вільного переміщення учнів під час занять, наявність рухових зон тощо. Тобто позитивним є те, що притаманне осітнім технологіям «Нової української школи»

У даному контексті необхідно прийняти до уваги, що для інтелектуальної діяльності необхідні відповідні установочні рефлексії і рухові стереотипи. Саме певне відносно зафіксоване положення тіла та специфічні рухи у вигляді письмового мовлення, читання, жестикулювання при виступі і комунікації сприяють розумовій діяльності та є її невід'ємною складовою. Важливим способом поєднати рухову активність і інтелектуальну діяльність є використання, ходи. Згадаємо філософську школу парпатетиків (від д.-грецьк. *περί-πατέω* – ходити біля чи кругом, прогулюватися; д.-грецьк. *περί* «біля» + д.-грецьк. *πατέω* «йти, крокувати») в Давній Греції. Інтелектуальне буття і навчання філософів у цій школі проходило у формі прогулянок. Саме хода сприяла філософським бесідам. Тому необхідно взяти до уваги значний когнітивний потенціал ходи, прогулянок. Таким чином не все було негативним в традиційній школі включаючи вишкіл сидіння і навчання слухати повторювати, записувати. Вказані «рухово-статичні», «рухово-інтелектуальні», навички «вибудовувалося», перш за все, на установочних положеннях тіла, в яких рухова активність і інтелектуальна діяльність «зливаються» в одне ціле. Інакше мовити «Як учень сидить так він і думає, пише, розвивається». Подібний підхід втілений в релігійно-містичному вченні йоги, де положення тіла, увага та концентрація є основою розвитку. У таких випадках перш за все актуалізується і модулюється рівень (А) тонічних рухів [6, с. 44-68, 142-163, 164-205, 206-242] виділений М. Бернштейном.

Дітей потрібно навчити не тільки динамічним але й статичним рухам – правильно сидіти. А для того, щоб «правильно» сидіти потрібні шкільні меблі, які відповідають віковим та індивідуальним антропологічним особливостям дитини. Важливою умовою повноцінної реалізації статичних рухів (сидіння) є відповідність віку дитини певному статичному навантаженню. Тому школа традиційно розпочиналася як специфічна «статична рухова практика» з 7-ми років, коли дитина ставала готовою до неї на рівні свого рухового потенціалу. Навчання з 5-ти і 6-ти років є «надійним способом» формування порушень осевого скелету (сколіоз, сутулість та ін.) через обумовлену віком нездатність дитини реалізувати в повній мірі

статичну рухову активність. Спроби за допомогою зарядок і руханок зберегти здоров'я дають не значний ефект і реально мають «декоративний» характер. Тонічний рівень рухів [6, с. 44-68, 142-163, 164-205, 206-242] (розглянемо детально нижче) є постійним і онтологічним за своєю сутністю. Тому для його реалізації необхідні певні та відносно постійні зовнішні і внутрішні умови. Ми це визначаємо у формі концепту: *«Онтологія середовища має бути співвідносною онтології тонічних рухів»* у формі врахування віку дитини, відповідних меблів та навчального й іншого навантаження. Саме це є визначальними чинниками формування правильної постави і відповідного вікового «темпорально-рухового буття».

На основі аналізу вищепредставлених проблем, спрямованих на «занурення» в онтологію руху, ми розглянули панораму питань завдяки, яким рух, з метою професіоналізації і об'єктивізації освітніх стратегій та практик збереження здоров'я, необхідно вивчати трансдисциплінарно [17; 24], онтологічно і феноменологічно, а не рецептурно і механістично. Такий напрям проблематизації, що націлений на пізнання таємниць руху, визначає шляхи для широкого онтологічно та феноменологічно орієнтованого розуміння дитини і її буття та відповідно є інтелектуально-ціннісною та професійною умовами формування стратегій збереження здоров'я та організації освітнього процесу.

Тому при аналізі даної проблематики ми звертаємося до наукової спадщини людини, яка розкрила для наукової спільноти рух як складний, системний, багаторівневий, цільовий, онтологічний, «нейрофізіологічно-локомоторний» та інтенціональний феномен. Ми звертаємося до мудрості засновника біомеханіки видатного вченого С. Бернштейна.

Ми актуалізуємо питання необхідності рецепції і осмислення наукової спадщини цього дослідника [6] та його учнів [16; 18; 19; 20] і послідовників [2; 21] з метою удосконалення «рухової за своєю сутністю» методології і методики збереження здоров'я та розробки феноменологічно-антропологічної за сутністю «локомоторно-ціннісно орієнтованої» здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури. При цьому ми звертаємо увагу на важливість використання саме фундаментальних досліджень і класичних методологічно-світоглядних візій Миколи Олександровича [6] з метою формування методології і методики розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах післядипломної освіти на ціннісно-сміслових і наукових засадах, а не на основі лозунгів, міфів та «народних» уявлень про «користь постійного руху».

Важливість вивчення та адаптації теорії М. Бернштейна про рівневу організацію рухів [6] для удосконалення зазначеної компетентності та аналізу освітніх практик збереження здоров'я визначається також питаннями необхідності фундаменталізації знань і технологічними запитами, спрямованими на інтегративне використання здоров'язбережувальних та системних уявлень про локомоторну сферу людини. В аспекті фундаменталізації знань значимим є світоглядний, гносеологічний, аксіологічний та праксеологічний потенціали концепції М. Бернштейна [6; 16;

18; 19; 20], які можуть бути репрезентовані у форматі процесуально, компетентісно і технологічно-ціннісно орієнтованих знань, а також через розкриття глибинних смислів ідей вченого, в яких контекстуально визначаються ціннісні інтенції збереження здоров'я, людиномірності і гуманізму.

Контекстуально домінуюча в освіті суто практична і методична спрямованість ідеології здоров'язбереження нерідко призводить до формування у вчителів фізичної культури рецептурних, міфологічних і спрощених уявлень про рухову активність і збереження здоров'я, які, в свою чергу, інколи «проникають» у методологічні основи освітніх технологій і підходів. Ігнорування фундаментальних знань феноменології рухової активності, яке розпочалося в СРСР з періоду переслідування М. Бернштейна, інерційно продовжує «породжувати» специфічну «міфологію збереження здоров'я», яка десемантизує і витісняє класичні, феноменологічні уявлення про морфологічну, психофізіологічну, онтологічну і психологічну організацію рухової сфери та функціонування організму взагалі. Тому теорія М. Бернштейна [6; 16; 18; 19; 20], про рівневу організацію рухів, яка має значний інтелектуальний, технологічний і смислоутворюючий потенціали, представляється нами як значима складова когнітивної матриці професійної діяльності вчителя фізичної культури та входить до складу інтелектуально-ціннісного компоненту його здоров'язбережувальної компетентності. Застосування даного вчення є актуальним у контексті витіснення з освітніх практик спрощених, міфологічних і дезонтологізуючих уявлень про людину і її рухову сферу як про живий автомат, якому відповідають «ефективні» рецептурні знання.

У даному контексті можна зауважити, що переважно акцент при аналізі вчення М. Бернштейна при підготовці вчителів фізичної культури робиться на професійному компоненті. Ми ж актуалізуємо саме здоров'язбережувальний і онтологічно-ціннісний аспекти, які недостатньо висвітлені в науковій та методичній літературі, що також визначає наше дослідження як актуальне.

Важливість даної проблеми для освіти, науки, культури науки та педагогічної і наукової спільноти обумовлена також необхідністю поширення знань про особистість, життєвий шлях і внесок у науку М. Бернштейна [6; 16; 18; 19; 20], як видатного вченого, інтелектуала і сильної та порядної особистості. Перефразовуючи епіграф (лат. *Nisi emin nomen scieris, cognitio rerum*), ми стверджуємо, що шлях до розуміння таємниці руху проходить через пізнання розкритих Миколою Олександровичем онтологій локомоції як складових життєвого світу людини... Наші згадки про вченого є відповідними до сентенції древніх – *Piis meritis* (за благочестиві заслуги). Це шлях ціннісної рефлексії здобутків вченого через повагу і пам'ять до нього як до Вчителя, який наблизився до розкриття таємниці «руху як живої істоти», руху як онтології, руху як феномену, руху як рухової дії (термін введений М. Бернштейном), руху як цінності [12; 18; 19; 20].

У здоров'язбережувальній діяльності традиційно майстримом є розвиток рухової сфери. Організація вчителем фізичної культури, технології і краси

рухової активності дітей є основою його професійної діяльності. Прийнятною стала формула «рух – це здоров'я», що дещо спрощено відображає уявлення про збереження здоров'я. Як зазначалося вище, прикладом можуть бути недостатньо переконливі, але усталені ідеї про унікальну користь для здоров'я ранкової зарядки, «руханок» тощо. Тому уявлення про здоров'я часто зводиться до ідеї «рухатися чим побільше і зажди», що чимось нагадує «правильні», однозначні, наївні та кумедні рекомендації народних цілителів чи сержанта радянської армії. Безумовно, вказані ідеї, практики і технології є правильними за своєю суттю загалом – *largo sensu* (лат. в широкому сенсі), але не завжди в конкретиці – *in sptcie* (в конкретиці). Людина – це істота локомоторна (*Homo Locomotorium*). Рух, як зазначалося вище, це її даність, це життя. Але загальне правило не зовсім коректно використовувати тотально і завжди. Воно має бути трансформоване через сучасні уявлення про організацію рухової активності, основу, яких складають ідеї М. Бернштейна [6], втілені у відповідні концепції, теорії та технології.

Ми акцентуємо увагу саме на слові «ідеї» тому, що цілий «світ ідей», розкритих М. Бернштейном [6], не міг з'явитися без глибинної філософсько-методологічної рефлексії експериментальних даних, широкого світогляду та інтелектуальної совісті вченого, яка визначала можливість його взаємодії із сяючим світом ейдосів (в розумінні як трансцендентний світ ідей). Осмислення проблематики руху Миколою Олександровичем здійснювалося на основі складних світоглядних концепцій, смислове ядро яких контекстуально чи в актуальній формі містить поняття телеології як потенції, як можливості, як руху людини до вищих цілей і до Абсолюту. Саме це, разом з інтенціональним і феноменологічним баченнями, ми вважаємо, є глибинним смисловим і аксіологічним контекстом концепцій М. Бернштейна, що виразно виявляється навіть при поверхневому аналізі його робіт.

Недарма в 1950 році, за сприяння «тяжко добрих» колег, його «попросили» з роботи. Та час довів істинність і інтелектуальну силу наукових ідей Миколи Олександровича [6]. Як казали в давнину: *Omnia tempus revelat* (Час все відкриває). Так! Час «висвітив» і роки істинність, науковість, достовірність і високі смисли концепцій та ідей Миколи Олександровича. І він сам постає перед нами як великий Вчитель, який відкрив шлях до пізнання нейрофізіології, феноменології і психофізіології руху, а також визначив можливості його осмислення як онтології і цінності [6; 16; 19; 20].

М. Бернштейн [6; 16; 19; 20] визначав людину і її локомоторну сферу як набір надскладних інтегративно функціонуючих інтенціональних систем, що мають певний потенціал автономії [28] (у сучасному аутопоезисному розумінні). Це тотально відрізняло його бачення від «радянських» уявлень людини простої (*Homo simplex*) чи Людини рефлексорної, Людини механічної, Людини автомату. Замість Людини-раба і автомату з смислового контексту його ідей поставала Людина-інтенція, Людина-смысл, Людина-самореферентна, Людина-Дух. Недарма тривалий час у Радянському Союзі його концепції про організацію рухової активності використовували фахівці вузьких сфер, а вчення фактично було недоступним для значної кількості

професіоналів. Концепції М. Бернштейна [6] підводять нас до ідей про те, що рух є виявом вищої природи людського буття, до метафізичних та онтологічних ідей [18; 19], а не механістичною, рефлексивною і примітивно організованою реакцією на подразнення, чи суто адаптаційним феноменом.

Розглянемо in concreto (с стислomu виді, тезисно) актуальні для педагогічної теорії і практики збереження здоров'я аспекти теорії рівневої організації рухів М. Бернштейна [6] співвідносно до проблематики розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури. Відповідно до змісту вказаної теорії, Миколою Олександровичем визначено в людини п'ять рівнів [6] рухової активності, які хоч і маючи якісні відмінності, нормативно в переважній більшості випадків функціонують інтегративно та цілісно. Вказані рівні послідовно, по мірі їх ускладнення і формування в онтогенезі позначаються буквами А, В, С, D і Е. Вони також відрізняються як за нейрональними основами, так і за зовнішніми локомоторними ознаками. Це такі рівні: А – рівень тонічних рухів; В – рівень синергійних рухів; С – рівень просторових рухів; D – рівень предметних дій; Е – рівень мовленнєвих (інтелектуальних) рухів.

Відповідно до розуміння інтегративної природи локомоторної сфери, яке в рамках даної концепції визначає трактування рухової активності не як «простого», елементарного, рефлексивного явища, а представляє рух як складну, багаторівневу і цільову систему, що може мати рівневу репрезентацію. Диференціація на рівні проводиться на основі якісних відмінностей і має певні значимі особливості (ознаки, прояви, специфіки, а при порушенні симптоми). Існує також взаємодія між рівнями, яка може проявлятися: 1) в форматі ієрархії; 2) включенням одного рівня у поле діяльності іншого; 3) переходом в фоновий (залежний), або в провідний рівень; 4) у рівнях відображена специфіка онтогенезу нейрональної організації локомоторної сфери [6, с. 164-205]. Крім того вказані рівні відображають складність структурно-функціональної організації нейрональної [6, с. 142-163] і соматичної (локомоторної) основи руху.

Домінування певного рівня може бути визначене на основі врахування багатьох чинників, а саме через: 1) особливості організації руху; 2) стадію формування рухового навику [6, с. 163-205]; 3) онтогенетичну і вікову специфіку реалізації руху [6, с. 44-68, 142-163]; 4) аналіз патологічних симптомів, у яких відображені специфічні особливості певних рівнів і характер взаємодії між ними (залежність, домінування) [5, с. 90-131, 276-297, 323-525; 6, с. 206-242].

Перейдемо до розгляду тонічного рівня (А) [6, с. 44-68, 142-163, 164-205, 206-242]. Для цього ми охарактеризуємо даний рівень за такими критеріями: нейрональною основою, специфічними системними і функціональними особливостями, локомоторною специфікою, онтогенетичними особливостями, взаємодією з психікою, значимістю для освітніх рухових практик і важливістю для збереження здоров'я. Інші рівні В, С, D, Е представимо оглядово в контексті розуміння основних ідей, смислів і системності концепції М. Бернштейна [6; 16; 18; 19; 20; 21].

I. *A* – *рівень тонічних рухів, (тонусу)*. Нейрональною основою є екстрапірамідна система (реалізує неусвідомлені рухи, рухові автоматизми, тонус) з домінуванням її частини – руброспинальної складової (системи). Тому цей рівень, за М. Бернштейном [6, с. 142-163], визначається як руброспинальний. Це дослівно перекладається як рівень системи червоного ядра (знаходиться в середньому мозку) і спинного мозку. Вказаний рівень філогенетично є найдревнішим, а онтогенетично – найбільш раннім. Він є палеокінетичним (від грец. *palaaios* – древній, *kinesis* – рух).

Цей рівень реалізується такими нейрональними структурами: 1) *центральною (мозковою)* – червоним ядром (локалізація – середній мозок), руброспинальним шляхом (*traktus rubrospinalis*), який з'єднує червоне ядро з стовбурними і спинальними моторними центрами, чорною субстанцією (знаходиться у середньому мозку), моторними ядрами спинного мозку, вестибулярними ядрами (довгастий мозок), ретикулярною формацією (спинний мозок і стовбур мозку); а також, за сучасними уявленнями, частково палідарною системою (входить в склад стріопалідарної системи, яка є основною складовою базальних ядер кінцевого мозку; 2) *периферичними* – пропріорецепторами м'язів, сухожилків, суглобних сумок, а також екстерорецепторною інформацією, що проходить через ретикулярну формацію від вестибулярного, зорового і слухового аналізаторів. Пропріорецепція забезпечує інформування центральних структур про ступінь напруження м'язів і відповідно є основним рецепторним полем сенсорної (афекторної) частини рефлекторного кільця. Крім того, вказаний рівень взаємодіє з нейрональними структурами, які забезпечують перехрестні рефлекси, а також рефлекси від внутрішніх органів – судинноруховий, сечовипускальний, дефекаційний, еякуляторний. Тобто значимими відносно взаємодії з тонічним рівнем є рефлекси тазових органів і судин.

Даний рівень має такі специфічні системні і функціональні особливості [6, с. 44-68]: 1) бере участь у формуванні тонусу м'язової системи (переважно за рахунок руброспинальної системи); 2) він визначає статотонічну функцію, яка окрім тонусу м'язів, включає установку тіла в необхідному положенні і готовність тіла до виконання певних рухових дій (вказаний рівень має зв'язок з установочними і захисними рефлексами); 3) обумовлює координаційно-тонічну функцію – забезпечує тонус і його зміни при складних динамічних рухах; 4) забезпечує включеність всіх м'язів тіла (100%, тобто майже відсутня значима автономія окремих м'язів і груп); 5) бере участь у реалізації мімічних рухів, забезпечуючи їх статотонічну і координаційно-тонічну функції і цим впливає на виразність міміки (крім усвідомленого, довільного компонента); 6) стан цього рівня відображає клінічно значимі [6, с. 163-205] особливості функціонування нервової системи і є, по суті, індикатором її здоров'я і зрілості; 7) вказаний рівень бере участь в організації всіх рухів і є базовим та фоновим для них.

Рухи, які забезпечуються цим рівнем, представлені [6, с. 13-23, 44-68, 142-164] тонічними, а також можуть мати «плавальний» характер, нагадуючи імпульсивну локомоцію риб – стрімку і з різкими зупинками. Рухи цього

рівня повільні, тягучі або стрімкі і швидкі; неперервні і такі, що різко переходять у нерухомий стан. Це «палідарні» рухи, в організації яких, окрім руброспинальної системи, бере участь бліда куля (*Globus palidus*) і таламопалідарна система (зоровий горб і бліда куля). Бліда куля входить до складу стріопалідарної і таламопалідарної систем, що визначають переважно рухи рівня В.

Характерним для рівня А є також послідовне скорочення всіх м'язів. Рухи плода значною мірою мають специфіку цього рівня, особливо на початку свого формування (сприймаються суб'єктивно матір'ю після 4-х місяців вагітності, хоча рухова активність цього рівня з'являється після 7-8 тижнів). Даний рівень має обмежену автономію відносно динамічних рухів в постнатальному періоді. У цей період він самостійно визначає незначну частину рухів, а саме ті, що зв'язані з тремором і вібрацією [6, с. 44-68]. Наприклад, цей рівень також самостійно обумовлює стук зубів і тремтіння тіла від холоду чи специфічний професійний рух – вібрато [6, с. 44-68] (короткі, швидкі тремтячі рухи) при грі на фортепіано.

Прикладами порушень у руброспинальній і таламопалідарній системах (рівень А) є гіпотонічно-гіперкінетичний синдром (підсилення рухової активності на фоні зниженого тону м'язів) [5, с. 90-131; 6, с. 44-68, 206-242], який проявляється в дітей у вигляді тіків, хореї, балізму. Такі процеси відбуваються, коли на фоні нормативного чи зниженого тону м'язів виникають швидкі його зміни, що призводять до балізму – різких рухів-кидків із значним об'ємом, з включенням в них переважної більшості м'язів тулуба і кінцівок, або до хореї – більш дрібних і ритмічних неконтрольованих свідомістю рухів, подібних до танцю.

Протилежним до вищеописаного є гіпертонічно-гіпокінетичний синдром (знижена рухова активність на фоні підвищеного тону м'язів) [5, с. 90-131; 6, с. 44-68, 206-242], який частіше проявляється у формі хвороби Паркінсона. Прикладом порушень рівня А (тонічних рухів), є дитячий церебральний параліч (ДЦП). При цій хворобі порушення стосуються також рівня В.

Таким чином, порушення на цьому рівні представлені: 1) патологічними змінами м'язового тону – дистопіями (підвищений і знижений тонус м'язів та зміна, нестабільність тону); 2) гіперкінезами – патологічним підсиленням рухової активності, що проявляється у формі мимовільних насильницьких рухів у різних групах м'язів; 3) гіпокінезами – патологічним зниженням рухової активності, що включає обмеження темпу і об'єму рухів.

Розглянемо особливості взаємодії тонічного рівня з психічною сферою, які є значимими для освітнього процесу. Вказаний рівень зв'язаний з вітальністю організму і значною мірою є її індикатором, опосередковано відображаючи також стан нервової системи, метаболізму, адаптації, гомеостазу, вегетативних систем. Діагностоване порушення, яке вказує на локалізацію змін у даному рівні, говорить нам про незрілість, або дизонтогенез який може спостерігатися при дозріванні (формуванні) нейрональних структур або про можливу «катастрофу» (патологію) нервової системи.

Відносно взаємодії з психікою необхідно зазначити, що вказаний тонічний рівень локомоції має зв'язки з емоційною сферою (у складі м'язового компоненту емоцій), Я-концепцією та архетипічним рівнем психіки [50; 51]. Він обумовлює неповторні індивідуальні особливості положень тіла (поз), ходи, письмової мови, а також впливає на специфіку розмовної мови (стовбурний рівень регуляції) через визначення тону апаратів артикуляції і фонації. В даному психологічному контексті актуальною є думка Аристотеля. Він вказував на те, що: «...душа володіє початком руху...» [37, с. 30]. Важливою є також ідея Платона, який зазначав, що «Душа – свого роду гармонія, яка формується з натягнення тілесних оболонок» [37, с. 36]

Специфічною особливістю рухів тонічного рівня є їх неусвідомлений характер. Цей рівень не піддається свідомому управлінню. Рухи на цьому рівні реалізуються глибинними стовбурними і спинномозковими нейрональними механізмами, домінуючу і визначальну роль у яких відіграють автоматизми. Тому тренувати тонус чи впливати засобами фізичної культури на цей рівень майже неможливо і досить складно. І на нашу думку не завжди потрібно (оптимальним є обмежене і професійне втручання). Методологічно значимою для розуміння можливих впливів на рівень А є принцип тонічної гармонізації [21] сформований Миколою Миколайовичом Єфіменком. Як зазначає автор реалізація цього принципу включає « ... застосування спеціальних укладок, поз і положень, а також відповідних тактильно-кінестичних і вестибуломоторних стимуляцій зі сторони педагога (інструктора)» [21].

Онтогенетичні особливості [6, с. 142-164]. Цей рівень, його нейрональна основа, формується в пренатальному періоді, визначаючи таким чином специфіку рухів плода. Але разом з тим нейрональні структури вказаного рівня розвиваються ще тривалий час – до півроку після народження. Рівень А, визначаючи м'язовий тонус, представляє «тонічну основу» рівня D (рівня предметних дій). Він є необхідною і значимою підсистемою рівня D, як і всіх інших рівнів (B, C, E).

«Дозрівання» (формування в онтогенезі) цього рівня проходить за принципом від центру до периферії, від проксимальних (ближчих до тіла) частин кінцівок до дистальних. Наприклад, нейрональні центри тонічної регуляції м'язів кінцевих (дистальних) фаланг пальців стають зрілими тільки в 6 – 6,5 років. Це означає, що для дітей зазначеного віку є проблемними чи майже неможливими ефективні рухи з тривалим утриманням предметів і маніпуляція ними. Прикладом є письмове мовлення. Тому дитина в 5-6,5 років утримує ручку не кінчиками пальців, а всю кисть, затиснувши її в кулак. Традиційно вважають, що дитину 5-6 років можна навчити чи натренувати (пальчикова гімнастика). Реально ні. Дитина буде нормативно утримувати ручку тільки коли наступить відносна зрілість нервових центрів, в 6,5-7 років. А сам процес активного раннього навчання буде іноваційним способом «знущання» та руйнування здоров'я (фізичного, неврологічного, психологічного) дитини.

II. В – *рівень синергійних рухів чи синергій і штампів (патернів). Таламопалідарний рівень* [6, с. 68-81, 142-164, 206-242]. За провідним нейрональним механізмом даний рівень визначається як таламопалідарний (рівень зорового горба і блідої кулі). Він є домінуючим до 2-х років

Цей рівень має такі специфічні системні і функціональні особливості: 1) формує рухи, організація, яких проходить майже без урахування просторової структури зовнішнього середовища, хоча, в складі інших рухів, бере участь у переміщенні; 2) координує скорочення м'язів-антагоністів; 3) реалізує рухи в організації, яких беруть участь реціпрокні механізми; 4) значною мірою визначає плавність і точність рухів при переході від одного фрагменту руху до другого; 5) бере участь у реалізації мімічних рухів (крім усвідомленої складової); 6) забезпечує включеність у рух значної частини м'язів тіла чи його частини; 7) є основою ходи; 8) вказаний рівень бере участь в організації переважної більшості рухів і є базовим для них; 9) рухи будуються здебільшого на автоматизмах; 10) рухи є відносно економними; 11) значною мірою рухи цього рівня є періодичними, повторювальними, стереотипними.

Крім указаних особливостей, цей рівень є моторним базисом ходи, бігу та рухів коливального, маятникоподібного і, певною мірою, балансуючого характеру. Він також є основою пантоміміки, пластики та рухових елементів, які формують рухи з власним тілом, без снарядів і без переміщень в просторі. Автономними рухами цього рівня є потягування і значною мірою міміка.

Взаємодія цього рівня із психікою визначає досить тісні відношення з Я-концепцією, архетипічним [50; 51] рівнем психіки та відносно незначний взаємозв'язок з емоційною сферою. Цей рівень певною мірою обумовлює специфічні індивідуальні особливості та емоційне забарвлення динамічних рухів, ходи, письмової мови, а також впливає на специфіку розмовної мови (стріопалідарний рівень регуляції). Рухи цього рівня можуть бути як неусвідомленими типовими, стереотипними, тобто проходити в автоматичному режимі, так і піддаватися свідомому впливові – міміка, хода, письмове мовлення. Вказаний рівень дещо меншою мірою, ніж попередній, пов'язаний з вітальністю організму. В онтогенезі рівень синергійних рухів починає активно функціонувати з другого півріччя від народження, хоча реально з'являється раніше. Коливальні махи кінцівками і розкачування грудних дітей належать до цього рівня.

При патології цього рівня виникають дисинергії – порушення синергійності рухів, асинергії – відсутність синергії, гіперкінези (підсилення рухової активності і неконтрольовані насильницькі рухи) і гіпокінези (зменшення, ослаблення рухової активності, що не піддається свідомому контролю). Зменшується виразність рухів та їх емоційне забарвлення. Порушується пластичність і плавність рухів та стає невиразною міміка. Інтонації голосу також збіднюються.

Цінною, яскравою і наповненою клінічними і життєвими смислами є характеристика патології цього рівня, визначена М. Бернштейном [6, с. 110]: «...з глибин моторики виповзають вироджені, гротескні фони без фігур і передніх планів, без смислу і адекватності: всякі торсіонні спазми, уламки

древніх рухів, атетози, хореї, мимовільні гарчання і скрикування – психомоторні химери, безумні ефекторики».

М. Єфіменком для впливу на цей рівень розроблений науково-практичний напрям, який він назвав корекційним боді-тренінгом дорослого і дитини [21]. Одним з основних аспектів даного напрямку є сумісна рухова активність (тренування) дитини і дорослих (матері, батька, родичів) [21].

III. *Рівень С – просторового поля (просторових рухів) чи пірамідно-стріатний* [6, с. 81-105, 142-164, 206-242]. За нейрональною структурою це пірамідно-стріатний рівень. Його функціонування визначається на основі інформації, яка поступає від екстерорецепторів, що отримують інформацію від зовнішнього середовища. Тобто він реалізує рухи, які потребують просторового аналізу. Такий аналіз здійснюється, перш за все, завдяки слуховому та зоровому аналізаторам та значно меншою мірою (мінімально) вестибуляним. Цей рівень є цільовим і враховує просторові та інші фізичні характеристики об'єктів. Рухи є аперіодичними. Вони формують переміщення в просторі і містять в арсеналі всі види локомоції, які це забезпечують, але основними є хода, біг, стрибки, кидки, штовхання. Цей рівень обумовлює також дрібну моторику рук.

Наведемо цитату, як яскраво описує цей рівень М. Бернштейн: «Ці рухи екстравертовані і спрямовані на зовнішній світ не меншою мірою, ніж рухи рівня синергій, є інтравертованими. Рухи рівня С несуть, тиснуть, тягнуть, беруть, рвуть, перекидають. Відповідно до цього, вони мають початок і кінець, початок руху, замах і кидок...» [6, с. 116]. Узагальнюючи ми можемо сказати, що рухи рівня А (тонічний) і В (синергій) не мають початку і кінця. Вони перетікаючи, пульсуючі, коливальні. Вказані розуміння є актуальними при формуванні рухових дій і в корекційній роботі.

Даний рівень піддається свідомому контролю і тренуванню. Дозрівати він починає на першому році життя і формується (точніше удосконалюється) протягом дитинства і юності. Перших три рівні (А, В, С) притаманні, крім людини, також і тваринам. У цих рівнях при їх реалізації смислоутворюючим чинником є руховий склад (частково також В і С рівні). Саме тіло і рух виступають смислом і певною мірою проміжною чи кінцевою метою. При патології цього рівня виникають паралічі (відсутність довільних рухів) і парези (ослаблення довільних рухів), а також порушення просторової координації – дистаксії та атаксії.

Наступні два рівні (D, E) є притаманними тільки людині.

IV. *Рівень D – тіменно-премоторний рівень дій (предметних дій)* [6, с. 106-135, 142-164, 206-242]. Його нейрональною основою є кора головного мозку (зони праксису), тому це рівень усвідомлених рухів. Особливо це є актуальним на початку навчання певним руховим діям. Якісною відмінністю цього рівня є те, що він включає попередні рівні (А, В, С), має складний алгоритм, є цільовим, предметно-маніпулятивним і осмисленим. На цьому рівні системоутворюючим і смислоутворюючим чинником є не руховий склад, а мета і результат орієнтований на дію з предметом. Він є смисловим і предметним. Тому його розуміють також як рівень смислових ланцюгів.

Предметна дія є якісно відмінною відносно інших рухів. До предметних дій належить також переважна частина рухів, які забезпечують працю, самообслуговування, побутові дії, професійну діяльність.

Сукупно предметні дії лежать в основі сфери праксису (осмислені, цільові, складні, дії з предметами і знаряддями). У формуванні предметних дій (рівень Д), крім зрілості нейрональної основи, визначальними є соціалізація, гра, навчання та середовищні чинники. В онтогенезі кора великих півкуль формується від народження (точніше з пренатального періоду) до 20-22 років, тому і вказаний рівень відповідно розвивається і вдосконалюється досить тривалий період. Основи предметних дій (до 3-х років) і праксису переважно закладаються до семи років.

При патології цього рівня, внаслідок змін смислової організації рухів, виникають порушення праксису (складних, цільових, осмислених дій з предметами). При цьому відбувається порушення смислової організації і реалізації рухів – диспраксія і апраксія. Порушуються також мовлення (через збій в мовному праксисі) і вищі автоматизми, нейрональною основою яких є кора півкуль. Також порушується чи втрачається здатність до формування нових рухових навичок.

V. Рівень Е – мовленнєвих (інтелектуальних) рухів [6, с. 135-140, 142-164, 206-242]. Це найвищий рівень, нейрональною основою, якого є кора великих півкуль. Він є системою вищих кортикальних рівнів символічної координації. Цей рівень реалізує інтелектуалізовані рухи, до яких у першу чергу належать розмовна і письмова мова, а також читання. До цієї групи належать також символічні дії, мова жестів та частково мова тіла і танці (в розумінні як складні хореографічні дії). Даний рівень є підконтрольним свідомості. Його патологія проявляється в різноманітних порушеннях розмовної і письмової мови.

Методологічно-ціннісна трансформація ідей М. Бернштейна. Микола Олександрович говорить про рух як про живу істоту, актуалізуючи увагу на значимості його автономних, психосемантичних [18] і смислових аспектів. Він також формує методологічно і практично важливі ідеї, в яких відображена складність, багаторівневність [6; 18; 19; 20] автономія, автопоезисність [28], інтенціональність, унікальність та вітальність моторики. Таким чином, М. Бернштейн розкриває та робить репрезентативним системність, багатомірність, різнорівневність, онтологічність, складність, системність [6, с. 142-162] онтогенетичну специфіку [6, с. 164-205] рухових дій (термін введений М. Бернштейном), а також актуалізує семіотичні і психосемантичні [6; 19; 20] аспекти локомоторної сфери людини.

Для розширення уявлень про рухову сферу та її значимість, для розуміння специфіки розвитку ментальних процесів в освітніх умовах проаналізуємо важливу для педагогічної теорії і практики концепцію етапності формування мисленнєвих дій П. Гальперіна [14; 15; 35]. Таке дослідження є актуальним для усвідомлення важливості концепції М. Бернштейна, для розвитку, не тільки біомеханіки, психофізіології, але й для становлення тілесної когнітивістики, кібернетики, когнітивної психології,

нейропсихології, фізичної культури, спорту, робототехніки, протезування та дефектології. Ці дві теорії доказово, доступно і взаємодоповнювально відображають системні уявлення про організацію локомоторної сфери та онтогенетичні трансформації основних нейропсихологічних процесів у форматі ментального буття людини (мова, мислення). На жаль, в освітніх практиках обидві концепції (М. Бернштейна і П. Гальперіна) використовуються недостатньо, що обумовлено на нашу думку домінуванням як «безтілесної педагогіки» [13] і «безтілесної психології» так і не розумінням доцільності застосування нейропедагогічних, антропологічних і доказових підходів. Таким чином бачимо наслідки радянської дезантропологізації і дезонтологізації педагогічних практик, а також негативний вплив на них сучасних технократично-редукціоністських тенденцій.

Відповідно до змісту концепції П. Гальперіна [14; 15; 35], наступним етапом у розвитку ментальних процесів після мови є мислення. Це на перший погляд формує загальні уявлення про те, що реальний та безпосередній зв'язок між мисленням і руховою сферою є сумнівним чи відсутнім. Але насправді визначаються онтогенетичні зв'язки, які репрезентують локомоторну сферу як вітальну, психофізіологічну і нейропсихологічну основу становлення когнітивної функції. Про рух як етап у розвитку інтелекту, як його «сенсо-моторну передумову і основу», що є наявною в онтогенезі, нам вказує також актуалізація рівня предметних дій. Цей рівень позиціонується як один з етапів формування мислення в концепції П. Гальперіна [14; 15; 35] і як такий, що передує мовленнєвому рівню. Про це ж говорить і концепція М. Бернштейна [6, с. 135-141], в якій визначається рівень «інтелектуальних рухів» (рівень Е), що формується на основі «предметних дій» (рівень Д). Зрозуміло, що і всі інші рівні, які знаходяться нижче (А, В, С), також беруть участь у формуванні інтелектуальної сфери.

Отже рухова активність реалізується як фонові діяльність на етапі оволодіння предметним полем (етап розвитку мисленевих дій за П. Гальперіном) у формі предметно-маніпулятивної діяльності (у віці до 3-х років). Це проявляється у здатності дитини опредмечувати середовище, що зрозуміло спочатку реалізується через предметно-маніпулятивну діяльність, а потім через ментальні дії (мова, мислення). Але основою предметно-маніпулятивної діяльності є рухова активність. На значимість предметно-маніпулятивної діяльності як етапу в розвитку інтелекту вказують дослідження Ж. Піаже. Відповідно до уявлень П. Гальперіна (теорії етапності формування мисленевих дій), ми бачимо ланцюг (точніше етапність чи / і послідовність розвитку): мотивацію – орієнтацію (цей процес включає рухову активність) – рух як дії з предметами – мову (зовнішню і внутрішню), що містить в своїй основі рухову активність апарату артикуляції і фонації та / чи жестову комунікацію – мислення (завершальний етап). Таким чином відповідно до ідей Ж. Піаже ми можемо вважати рухову активність онтогенетично обумовленою «фонові» основою інтелекту. Проміжним етапом розвитку інтелекту є його сенсомоторна форма на що вказує Ж. Піаже. Не дарма древні говорили: «Хочеш бути здоровим – бігай, хочеш бути сильним – бігай, хочеш

бути розумним – бігай». У світлі сучасних педагогічних і психологічних уявлень сенсомоторний інтелект визначається як важлива складова людського буття, а також розуміється як значима специфіка ранніх етапів онтогенезу та зона ефективних, можливих і необхідних педагогічних впливів.

Теорія М. Бернштейна [6; 16; 18; 19; 20] спрямована на розуміння системності і специфіки організації рухової сфери, а концепція П. Гальперіна [14; 15; 35] – на визначення етапності і особливостей розвитку мислення в навчальному контексті. Тому для нас важливим є формування освітньо спрямованої та здоров'язбережувально орієнтованої рецепції і специфікації теорії М. Бернштейна. Обидві теорії спираються на знання нейрофізіологічних і нейропсихологічних механізмів, сприяють формуванню в педагогів системного, онтологічного [25; 33] та феноменологічного розуміння тих процесів (рухова активність, мова, мислення), які вони описують. Вказані теорії нами використовуються для фундаменталізації здоров'язбережувальних знань і компетентності, що репрезентується в форматі *Petitio principii* (визначення постулатів основи).

Незважаючи на різні цілі, у вказаних теоріях певні етапи співпадають. Це рівні «предметних дій» і «мовленнєвих рухів» (інтелектуальних). Обидва вказані рівні мають за нейрональну основу кору великих півкуль (пірамідна система та третинні, асоціативні зони кори). Зрозуміло, що автоматизовані компоненти моторики, яка реалізує предметні дії, так і мовленнєвих рухів, забезпечуються переважно екстрапірамідною системою, хоча існують і кортикальні складові автоматизмів.

При розгляді проблематики розвитку здоров'язбережувальної компетентності в рамках метафізичного (в розумінні онтологічно-антропологічного) [1; 48] шару буття, ми визначаємо як актуальну мету – формування педагогічних умов, необхідних для збереження духовного і психологічного здоров'я учнів. Зрозуміло, що це первинно забезпечується професійним становленням і удосконаленням адекватної, гармонійної, цілеспрямованої, самодостатньої, екзистенційно наповненої і повноцінної особистості педагога, який є не тільки компетентним фахівцем, а й суб'єктом професійної діяльності. Тобто, окрім удосконалення здоров'язбережувальної компетентності, ми акцентуємо увагу на необхідності співвідносної актуалізації професійної суб'єктності педагога. Для цього, як зазначає Ернст Шумахер у своїй книзі «Величезний ресурс – освіта» [48], необхідною є «реабілітація метафізичного горизонту» [1; 48]. Одним із шляхів такої «реабілітації» є інтелектуалізована, аксіологізована [12], «людиномірна» [12; 36], психологізована [2; 21] і «гуманізована» [2; 21] фізична культура як актуальна складова рухової активності та культуровідповідних технік тіла [30], які розглядаються нами співвідносно до ментальних, духовних і здоров'язбережувальних практик. В цьому плані важливою є рецепція педагогом надбань культури і включення їх в ціннісно-сміслові контексти освітнього процесу.

Таким чином, з метою аксіологізації здоров'язбережувальної компетентності ми говоримо про необхідність розширенню метафізичного

горизонту і «здійснення антропопрактик становлення людського в людині» [1; 12; 20; 34; 36] через організацію рухової активності на основі рецепції біомеханічних ідей М. Бернштейна.

Тому, розвиваючи ідеї класика, ми доповнюємо (розширюємо, специфікуємо) концепцію М. Бернштейна, уявленнями про ще один рівень організації рухів чи, точніше, «метарухів» («інтенцій душі»), який може бути розташованим після мови (точніше в тому ж рівні Е) і передує мисленню (за П. Гальперінім). Такий рівень ми визначаємо як *рівень Духовно-онтологічних інтенцій*. Наш концепт є доповненням і інтерпретацією уявлень про рівень Е виділений М. Бернштейном [6, с. 135-141]. Він включає відповідно духовно-екзистенційні рухи, дії, маршрути, образи і сценарії. По суті ці рухи за структурою майже не відрізняються від звичайних, але в них наявним є емоційний, сердечний чи / і душевний компонент та буттєва спрямованість. Провідним матеріальним субстратом (якщо так можна сказати) цього рівня є серце. За нашою концепцією, яка сформована в смислових рамках кордоцентризму та осмислення ідей М. Бернштейна, мислення локалізується після рівня духовних інтенцій. Тому проблема Духу і онтології стосується перш за все того, що пов'язано з мовою, руховою активністю, вчинками, дією і буттям, а не тільки і нестільки з мисленням. Недарма древні говорили: «*Deus melius scitur nesciendo*» (Бог краще пізнається незнанням). Отже, с точки зору зазначених візій, мислення є таким психічним процесом, що віддалений більше від серця і сфери Духу, аніж рухи, дії, вчинки чи мова. Вказані розуміння відповідають баченням, сформованим в лоні духовних практик, що існують у різних і віддалених релігійних та культурних традиціях. Це також співвідноситься з екзистенційно орієнтованими ідеям М. Хайдеггера [44] про значимість мови як способу існування *Dazain* (ось-буття, буття тут). Зрозуміло, що і в концепції П. Гальперіна [14; 15; 35] мислення є наступним етапом після мови.

У світлі таких уявлень, фізична культура може розглядатися не тільки як тілесна техніка [30] і рухова практика певної культури, а перш за все як духовна. Тому тілесні техніки, на нашу думку, лежать в основі збереження як фізичного, так і духовного здоров'я або можуть приймати участь у формуванні інфернальної (нижньої) духовності про, що говорить досвід тоталітарних суспільств і сект. Все залежить від цілей, ціннісно-смислових контекстів і інтенцій на основі, яких організується рухова активність.

У переважній більшості традицій такою духовно орієнтованою тілесною і ментальною технікою та практикою було «дитинство рухове» – коли локомоторне буття дитини фомувалося в основному в рамках динамічних рухів (рівні В, С, D) і майже не обмежувалось до семилітнього віку. На теперішній час в освіті сформувалася «парадигма» «сидячого дитинства», де домінують рівні (А і Е). Зрозуміло, що це дещо формальне визначення і в організації рухів присутні всі рівні, але уявлення про домінування певного рівня ми не можемо не врахувати. Ми таким чином визначаємо «феномен конкуренції» між рівнями В, С, D і А, Е, який називаємо *міжрівневою дисоціацією*. Результатом вказаної дисоціації є поступові і зовні не помітні

порушення рухової і психологічної сфер, які фіксуються і згодом трансформуються в тілесний феномен чи синдром «*деформацій чи Горба раннього навчання*» (сколіоз, сутулість, порушення формування тазу і черепа). Цей метафорично визначений, синдром окрім локомоторних і тілесних складових, має відповідні психологічні та духовні аспекти (деформації, тобто «духовний горб»).

Але, не дивлячись на негативні тенденції, існує надія і впевненість, що європоцентричні і дитиноцентричні зміни в освіті, які реалізуються завдяки активному впровадженню концепції «Нової української школи», сприятимуть розробці нових стратегій збереження здоров'я дітей, включаючи формування педагогічних умов, необхідних для нормативного розвитку постави і профілактики порушень осевого скелету (черепа, хребта, тазу).

Феномен «сидячого дитинства» формується завдяки ранньому п'яти і шестилітньому навчанню, яке надійно і гарантовано підриває основи здоров'я дитини через дезонтологізацію і деформацію її локомоторного та духовного буття. Чому ж духовного? Можна заперечити. А тому що в дитини рух є як локомоторною так і одночасно духовною практикою. Він є «духовно-локомоторним» способом її існування. Тому ігноруючи чи не враховуючи онтологію та феноменологію руху дитини ми знецінюємо і дезонтологізуємо її духовне буття, роблячи виклик Духові, Природі, Дитині. В дитинстві Дух і локомоція «злиті» та цілісні. Дитяча духовність проявляється в естві і вітальності дитини, яке розкривається саме через її рухову активність. Простіше кажучи все, що в дитини є в актуалізованій формі, це вітальність, рух і гра. Дитина це є рух і динаміка, а не статична рухова активність.

Тому при «сидячій онтології дитинства», яке буттєво є антагоністичним до вказаної рухові динаміки, співвідносно формуються рухова, емоційна та ментальна дефіцитарності і деформації. Це обумовлено неможливістю дитини в повній мірі розгорнути та проявити ту духовну-локомоторну онтологію, яка є характерною для відповідного віку. Вказані проблеми намагаються компенсувати паліативними і локальними впливами усіляких зарядок, руханок, фізкультхвилинок, днів здоров'я тощо. Загалом ситуація має трагікомічний вигляд. Вона відображає реалізацію сучасних хворобливих модерніських ідей «Більше навчити», «Швидше і раніше навчити» в їх пострадянській еклектичній і наївно-прогресивістській інтерпретації. В основі цих ідей лежать комуністичні доктрини тотального переформатування людини без врахування її буття і природи які були перенесені на нашу соціокультурну і біологічну реальність. Важливими в даному контексті є також суто «народні» і професійні інтенції і міфи про можливість створення «педагогічного дива», «вундеркінда» тощо. На фоні зазначених системних світоглядно-методологічних та ідеологічних проблем існують пафосні і наївні спроби, за допомогою досить простих здоров'язбережувальних технологій, компенсувати складні патологічні процеси, які мають жорстку біологічну, вікову і темпоральну детермінацію.

Продовжуючи розкриття рівня Духовно-онтологічних інтенцій, ми висловлюємо ідею про те, що його нейрональною і морфологічною основою є

серце та його робота. Тобто ми бачимо цей субстрат як процесуальний темпоральний механізм, а не як структуру. Уточнюючи відмітимо, що особливу роль «морфологічної основи» серед серцевих структур відіграє його нервовий апарат, провідна система серця і сам міокард. Зазначені системи інтегративно регулюють роботу серця шляхом «створення» в динаміці функціональної, теологічної і «живої» структури і таким чином визначають саму можливість життя. Ми звертаємо увагу на те, що вказані структури нами визначаються не як морфологічна основа, а як співвідносна кардіальна (серцева) умова Духовно-онтологічних інтенцій, тому що не може Дух породжуватися матеріальними, навіть високорганізованими субстратами. Він може бути співвідносним, але незалежним. Розвивається цей рівень не тільки закономірно і статистично, а перш за все стохастично (випадково, непередбачувано). Тобто це не означає, що в кожного даний рівень Духовно-онтологічних інтенцій сформується і стабілізується... Це перш за все залежить від серця людини, її віри, совісті, здатності робити вибір, любити і ненавидіти, бути відповідальним і вільним, від душевної зрілості, специфіки культури та оточення, у якому вона знаходиться... Але в дитинстві рівень Духовно-онтологічних інтенцій є у всіх, тому, що через нього говорить буття дитини, вона сама і її Дух. І проявляється в дитини цей рівень Духовно-онтологічних інтенцій перш за все через рухову активність і її саме буття. Необхідно зазначити, що наші уявлення про цей рівень безпосередньо сформувалися на основі телеологічно, екзистенційно і автопоезисно [28] орієнтованих концепцій Миколи Олександровича Бернштейна [6].

Розглянемо деякі аспекти використання теорії рівневої організації рухів М. Бернштейна в методичній роботі, спрямованій на удосконалення здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах післядипломної освіти.

1. Зазначена концепція нами розуміється як складова базисної когнітивної матриці здоров'язбережувальної та професійної компетентностей учителя фізичної культури. Особливістю концепції М. Бернштейна [6] є її інтегративний і інтегруючий характер, а також системний і систематизуючий потенціали. Завдяки цій теорії збільшується можливість праксеологічно і компетентнісно орієнтованої взаємодії та педагогічній інтеграції [46] знань із різних предметних областей – фізіології, педагогіки, соціології, філософії освіти, освітології, патології, психології, нейрофізіології, психофізіології, неврології, дефектології, фізичної культури і спорту та ін. Тобто ця теорія має значний інтегративний та герменевтичний потенціали і сама виступає як інструмент інтеграції, розуміння і інтерпретації. Окрім важливості для збереження здоров'я, актуальність таких інтегративних бачень визначається перш за все необхідністю формування розуміння фізичної культури як онтологічно значимої для особистості антропологічно-ціннісної практики [10; 11; 12; 13; 29; 36; 39; 43], яка контекстуально інтегрує різні науки, сфери, підходи, традиції. Тобто фізична культура інтерпретується і репрезентується перш за все як Культура [2; 10; 11; 13; 20; 21], як аксіологічна [1; 12; 32],

антропологічна і духовна практика, а не тільки технологія в форматі тренування чи демонстрації досягнень.

2. Важливим контекстуальним чинником концепції М. Бернштейна [6] є її операціональний потенціал. Вона, виступаючи в форматі когнітивної схеми, стає тим ментальним чинником, який розкриває і розвиває вміння вчителів концептуалізувати, проблематизувати, а також формує в них здатність до пошуку ефективних шляхів розв'язання проблем рухової і ментальної сфер співвідносно із питаннями збереження здоров'я.

3. Значимими для практики збереження здоров'я є репрезентативний, смислоутворюючий і евристичний потенціали концепції М. Бернштейна, що обумовлено розкриттям закономірностей організації рухів людини в їх глибинних нейрональних механізмах, у взаємозв'язках із середовищем та онтогенезом. Дана концепція, будучи структурно-функціональною за змістом, у своїх смислах нам вбачається як холістична, а в способах відображення дійсності як феноменологічна та інтенціонально орієнтована. Вона репрезентує множинність і взаємозалежність організації рухів від внутрішніх, нейрональних, сенсорних, середовищних, семіотичних (в даному випадку це мова і танець як прояв рухів рівня Е) та інших компонентів у їх системності, онтогенетичному розвитку і цілісності.

Інтегративні та системні уявлення про рухову активність представляються нами як методологічні передумови для рефлексії рухової активності через систему трансдисциплінарних [17; 24] та антропосоціогуманітарних бачень [1; 2; 7; 10; 11; 12; 13; 18; 20; 21; 22; 25; 26; 29; 31; 34; 36; 38; 39; 41; 43; 48; 52; 53], наук і практик, які первинно спрямовані на розуміння осмисленості, цінності і телеологічності людського буття [1; 4; 7; 8; 9; 22; 48; 49; 50; 51]. Така осмисленість, на нашу думку, у педагога буде проявлятися в розумінні рухової активності не тільки в форматах фізіологічного процесу і тіла, а також у вимірах духовності і тілесності [39] та первинно визначається як соціокультурний, психологічний і буттєвий феномени. Це також сприяє баченню рухової активності з позицій архе-руху, що включає в себе здатність до актуалізації і розуміння його міфологічних, архетипічних, здоров'язбережувальних, психологічних, семіотичних, ціннісних та онтологічних аспектів. Тобто рухова активність як прояв культурного, духовного, психологічного. Ефективне формування вказаних професійних візій і інтенцій можливе перш за все в умовах післядипломної освіти, яка нами розглядається як визначальний і системоутворювальний чинник підвищення кваліфікації вчителів та реалізації компетентнісної парадигми освіти, що відповідає ідеям європоцентризму та духу «Нової української школи».

Розвиток можливостей осмислення педагогом руху як соціокультурного і одночасно як нейропсихологічного феноменів здійснюється також через формування здатності вчителем бачити професійно орієнтовані смислові формати онтології, екзистенції, духовності та інтенціональності людини в рамках тіла, тілесності [39], тілесних практик, давньогрецької традиції *epimelesthai sautou* (δ-грецьк.) («Турботи про себе») [43], дельфійського принципу

gnothi sautou (д-грецьк.) («Пізнай себе») та технологій себе [43]. Вказані значимі виміри людського буття можуть бути усвідомлені через розкриття феноменів локомоції та актуалізацію нейроантропологічних і транспроблемних уявлень про рух. Шляхи до таких розумінь людини і її локомоторної сфери вишукано і системно визначені в смислових контекстах вчення М. Бернштейна, яке при необхідності формально можна репрезентувати у вигляді схеми чи матриці.

З позицій цілісності і антропологічних візій педагог може розуміти дитину як локомоторну істоту *Homo Locomotoria* (Людина Локомоторна) чи навіть як духовно-локомоторний феномен – *Людину Духовно-локомоторну*. Така метафоризація та інтерпретація феномену людини сприяє аксіологізації [1; 2; 10; 12; 20; 21; 29], онтологізації [2; 21; 25], а також використанню онтологічних візій в рамках технології професійного мислення [25]. Це сприяє також антропологізації здоров'язбережувального і професійного мислення вчителя на основі усвідомлення величі, цілісності, таємниці, ієрархічності і складності живого проявленого через рухову активність та через наявність розкритого в русі людського в людині, яке є онтологічно присутнє в психосемантиці [20] локомоції. Ціннісним чинником є розуміння самого руху як прояву життя і його способу існування. Для процесів професіоналізації в рамках вдосконалення здоров'язбережувальної компетентності педагога значимим є розкриття смислів та усвідомлення інтенцій життя, яке здійснюється через аналіз рухової активності на основі теорії рівневої організації рухів М. Бернштейна. Таким чином, рух розуміється як оприсутнення душі, спосіб буття, специфічна онтологія і духовна практика. Ми, інтегративно використовуючи проблематизацію, онтологічний [25] та онтопедагогічний підходи, концептуалізуємо це в форматі *концептів здоров'язбережувальної вітально-локомоторної онтології, локомоторного екзистенціалу та Людини Духовно-локомоторної*.

4. Безумовно, що інтелектуальний, герменевтичний і світоглядний потенціали концепції М. Бернштейна [6; 16; 18; 19; 20] також мають унікальну науково-практичну значимість для освітніх здоров'язбережувальних практик. Це обумовлено перш за все системністю і змістовністю концепції, інтенціональними, антропологічними і вітальними смислами, наявними в її контексті, експериментальним підтвердженням, широтою знань, використаних при її формуванні, органічною інтеграцією різних дисциплінарних та проблемних напрямів, які були застосовані дослідником при розкритті та репрезентації процесуальності і системності руху, його нейрональних механізмів, онтологічних аспектів та порушень при патології.

5. Розглянемо детально деякі методичні прийоми, які ми застосовуємо при актуалізації теорії рівневої організації рухів в рамках розвитку інтелектуально-ціннісної складової здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури. Для цього ми використовуємо інтерактивні діалогічні технології та прийоми: аналіз задач та проблемних ситуацій, педагогічні діалоги. Активно застосовуються прийоми педагогічної маєвтики.

Розроблені відповідні кейс-системи на основі сукупностей тематично і проблемно орієнтованих задач, питань і коментарів. Особлива увага акцентується на формування в слухачів розуміння критеріїв, необхідних для аналізу певних проблемних педагогічних ситуацій та здатності педагога самому такі критерії розробити чи їх зрозуміти.

6. У процесі підвищення кваліфікації вчителів ми аналізуємо різні рівні організації руху [6; 16; 18; 19; 20], актуалізуючи при цьому їх наскрізні базисні характеристики (локомоторну специфіку руху, нейрональну основу, типові патології, можливе здоров'язбережувальне спрямування та ін.), орієнтуючись при цьому на практичне і здоров'язбережувальне розуміння концепції М. Бернштейна. Отже, ми використовуємо герменевтичний потенціал даної концепції і саму ідеологію педагогічно орієнтованого герменевтичного підходу [22]. Задачі аналізуються не виокремлено, а в контексті відповідного тематичного і проблемного дискурсів та методично значимих коментарів і інтерпретацій. Це дає нам можливість провести розстановки відповідних локомоторно значимих смислів і сформувані практично орієнтовані цілі, а також розширити розуміння змісту концепції для застосування в практиках збереження здоров'я. Комплекси задач, об'єднані певними смисловими і змістовними зв'язками формують кейс-системи.

7. Ми акцентуємо увагу саме на аудиторній роботі, що обумовлено складністю, транспроблемністю та міждисциплінарною специфікою даної проблеми. Розгляд таких завдань потребує попередньої підготовки та певного базового рівня знань, набутих при навчанні слухача у вищому навчальному закладі, який ми в умовах неперервної освіти кількісно незначно доповнюємо, а переважно відновлюємо, поглиблюємо, аксіологізуємо, систематизуємо, специфікуємо, трансформуємо і таким чином визначаємо їх компетентнісну, здоров'язбережувальну і праксеологічну орієнтацію.

*Розглянемо приклад використання задач та діалогічних практик, сформованих на основі концепції рівневої організації рухів М. Бернштейна. При застосуванні в освітніх практиках збереження здоров'я трансдисциплінарності [17; 24] та транспроблемності, які контекстуально представлені в концепції М. Бернштейна [6; 16; 18; 19; 20], створюється специфічне комунікативне й пізнавальносмислове поле, що є гносеологічно-евристичною та інноваційною умовою для вдосконалення педагогічної майстерності та збільшення ефективності навчання. Недарма в давнину зазначали: *Per varios usus artem experientia fecit, exemplo monstrante viam* (Різноманітний досвід створив мистецтво, вказуючи на прикладах шлях). Тому приклади, задачі і практичний досвід формують педагогіку здоров'я як мистецтво і майстерність, а не тільки як формалізовану технологію. А у вчителя розкривають його професійну суб'єктність, в контексті якої він стає Майстром, а не «правильним» виконавцем.*

При формуванні питань і задач ми керуємося ідеєю не контролю знань, а діалогічності пізнання, навчання у грі та в форматі тренінгу. Нами враховується думка древніх: *Prudens interrogation quasi dimidium scientiae*

(Розумне питання половина відповіді). Для цього питання і задачі ми детально коментуємо, формуючи таким чином суб'єкт-суб'єктну діалогічну взаємодію, а не створюючи екзаменаційний формат в стилі знати / не знати (чи десемантезуюче і психотравмуюче так / ні) з контекстуально присутньою оцінкою добре / погано. При необхідності ми застосовуємо додаткові знання і коментарі. Це сприяє поглибленню, розширенню, специфікації та практичній орієнтації знань слухачів і відповідно переходом їх в формат компетентності. Перейдемо до розгляду типової задачі, яка представлена в дещо скороченій формі.

Задача. 1. Використовуючи концепцію рівневої організації рухів М. Бернштейна, перерахуйте структури, які є нейрональною основою рухів рівня А та дайте їх онтогенетичну характеристику.

2. Представте це у взаємозв'язку із проблематикою тренувальних та освітніх рухових режимів, які застосовуються для збереження здоров'я чи є наявними в освітньому процесі.

3. Проаналізуйте вказану проблему за критеріями: 1) онтогенетичної специфіки, зрілості нейрональних структур та відповідності їх певним типовим руховим режимам; 2) моторними ознаками (нормативними і патологічними), які вказують на рухову специфіку прояву певних нейрональних структур і рівня в цілому.

Відповідь. 1. Рівень А забезпечується переважно руброспинальною системою (червоне ядро, спинальні рухові центри, чорна субстанція, руброспинальний шлях), деякою мірою (обмежено) зубчастим ядром довгастого мозку, вестибулярними і слуховими ядрами довгастого мозку та ін., а також частково палідарною системою (бліда куля і тракти, які з'єднують її з таламусом та іншими структурами мозку).

В онтогенезі вказані структури починають формуватися ще з пренатального періоду. Певний дефінітивний рівень зрілості настає в першому півріччі після народження, хоча структури вказаного рівня продовжують своє формування до семи років і більше. Наприклад проблеми письмового мовлення в дітей шестилітнього віку можуть бути викликані незрілістю нейрональних структур рівня А, які забезпечують тонус м'язів дистальних (кінцевих) фланг пальців. Ці структури стають зрілими в 6-6,5 років. Отже, ми можемо зазначити, що до семирічного віку вказаний рівень А не буде достатньо сформованим для того, щоб компенсувати значні і не відповідні вікові навантаження на локомоторний апарат і психіку.

2 і 3. Основним і типовим руховим режимом в дітей шестилітнього віку є статичне навантаження у формі сидіння, що обумовлено сучасною освітньою традицією раннього навчання. З позицій вікової нейрофізіології це означає, що нейрональні структури дитини в умовах сучасної школи функціонують і розвиваються в неприродних для них умовах, в режимі перевантаження і гіперкомпенсації, що створює системні ризики для її здоров'я і розвитку. Навчання таким чином розуміється як природоневідповідне.

Вказана задача містить базисні складові, необхідні для розуміння проблематики організації рухів співвідносно до збереження здоров'я, тому

вона може бути представлена в різних варіантах і форматах. Значимим є те, що увага слухачів концентрується на специфіці нейрональної і локомоторної основ руху. Для того, щоб зрозуміти здоров'язбережувальний зміст цієї основи, ми уточнюємо і специфікуємо уявлення про певні структури, що сприяє фундаменталізації знань.

Проходять такі заняття в дискурсивному режимі. Це дає можливість представити морфофізіологічні знання в функціональному форматі та в контексті профілактики можливої патології і наявної клініки, що стає передумовою для створення певних навчальних і пізнавальних сценаріїв та онтологій. Ми розкриваємо, розгортаємо, інтерпретуємо відповідні знання. Отже, вказані знання стають легкими для сприйняття, доступними, зрозумілими і цікавими. Вказані підходи ми репрезентуємо як методичні прийоми, спрямовані на формування *функціональної, клінічної, особистісно орієнтованої та здоров'язбережувальної трансформації знань*. Такі трансформації знань є взаємозалежними одна від одної. Вони базуються на здоров'язбережувально орієнтованому герменевтичному [22; 47. С. 302-303] трактуванні та інтерпретації феномену *Homo Locomotoria* (Людини Рухової).

Додатковим ефектом цих методичних трансформацій знань є їх аксіологізація і компетентнісна орієнтація, що сприяє використанню зазначеної методики як для формування інтелектуально-ціннісного компоненту здоров'язбережувальної компетентності так і для особистісно-екзистенційного, в змісті якого є присутніми мотиваційна та ціннісна складові. Актуальним аспектом такого навчання, окрім задач, питань, завдань, кейс-систем, є формування відповідних ціннісно орієнтованих дискурсів, наративів, навчальних сценаріїв. Необхідною освітньою умовою та особистісною складовою даної педагогічної системи є певний рівень педагогічної майстерності та риторської, психологічної і комунікативної компетентностей викладача.

Методологічно важливою особливістю концепції М. Бернштейна [6; 16; 18; 19; 20] є те, що її розгляд дає нам можливість цілісно, оглядово і швидко проаналізувати значимі аспекти досить об'ємної частини питань з фізіології, нейрофізіології, проблематики збереження здоров'я, психології, фізичної культури, спорту, патології та інших дисциплінарних напрямів. Саме ці напрями є науково-дисциплінарним і методичним підґрунтям для розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в умовах неперервної післядипломної освіти. Крім того, операціональний і герменевтичний потенціали цієї концепції дозволяють онтологізувати [13; 25; 33] розширити і трансформувати формалізовані та описові теми, перевівши їх у формат компетентнісно орієнтованих «живих знань» [42] і персональних знань.

Завершуючи наш огляд проблеми, ми акцентуємо увагу на значимості руху для розуміння людини як істоти поетичної, сердечної, психічної і душевної. Ми згадуємо слова Леонардо да Вінчі: «Душа хоче бути в тілі, тому, що без нього вона не може ні діяти ні відчувати». А поєднання душі і тіла формує Рух, активність, діяльність і Життя.

З наведеного вище можна зробити наступні *висновки*:

1. Теорія рівневої організації рухів М. Бернштейна, а також інші ідеї та концепції вченого є унікальним надбанням сучасної науки. Розкриття Миколою Олександровичем феноменології руху стало можливим завдяки широкому панорамному світогляду вченого, його високому інтелекту, таланту, ідейності, оригінальності. Життєвий шлях Миколи Олександровича, його наукові здобутки, порядність, життєва стійкість та інтелектуальна совість є характеристиками чи навіть даностями інтелігента, лікаря, педагога, вченого і носія Духу науки. Осмислення життєвого шляху М. Бернштейна та ціннісну рефлексію його наукових досягнень можна використати для збереження духовного здоров'я, для формування цінностей і високих смислів науки та освіти, а також необхідно репрезентувати як ціннісні орієнтири в протидії примітивізації культурно-освітнього простору, яка існує на основі контекстуально наявної в освіті «інфернальної парадигми» комерціалізації, спрощення, корупції, кумівства та безвідповідальності.

Дух ідеї вченого та його науковий спадок ми розуміємо як орієнтир для ціннісних, людиноцентричних і європоцентричних трансформацій освіти і науки.

2. Теорія рівневої організації рухів М. Бернштейна є однією з базисних концепцій, на яких ґрунтується методологія і методика розвитку здоров'язбережувальної та професійної компетентностей вчителя фізичної культури. Вона визначається нами як постулат основи (*Petitio principii*) і представляє собою по суті один з гносеологічних факторів формування когнітивної матриці вказаних компетентностей. Концепція Миколи Олександровича має значний інтелектуальний, герменевтичний, світоглядний, евристичний, операціональний, репрезентативний, аксіологічний, праксеологічний та смислоутворюючий потенціали. Це робить її значимою гносеологічною передумовою фундаменталізації здоров'язбережувальних знань і компетентності, а також когнітивним чинником здоров'язбережувально орієнтованої професіоналізації діяльності вчителя фізичної культури.

3. Використання теорії М. Бернштейна в практиці розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителів фізичної культури в умовах неперервної післядипломної освіти є необхідною умовою формування вказаної компетентності як в контексті її інтеграції з професійною, так і в напрямках підвищення рівня науковості, фундаменталізації і технологізації.

Це також сприяє компетентнісній орієнтації здоров'язбережувальних знань. Ми в умовах неперервної післядипломної освіти використовуємо переважно як самостійну так і аудиторну роботу слухачів, що включає інтерактивні і діалогічні практики, педагогічну маєвтику, розв'язування і аналіз задач, практичних та теоретичних завдань, а також застосування кейс-систем. Ураховуючи складність та специфіку навчального матеріалу, аудиторна робота є обов'язковою і визначальною.

4. Інноваційним аспектом використання теорії М. Бернштейна є наша практика *функціонально, клінічно та здоров'язбережувально орієнтованої*

трансформації і специфікації знань, що визначає можливість їх репрезентацій в інтегративних, праксеологічних, сценарних, наративних, процесуальних форматах. Це розширює можливості формування доступних для сприйняття освітніх репрезентацій морфофізіологічних та інших «згорнутих» і складних за структурою знань, і визначається нами як епістеміологічна передумова розвитку певних навчальних і пізнавальних сценаріїв та онтологій.

5. Вивчення даної теорії формує цілісне уявлення про локомоторну сферу людини на основі нейрональних, психофізіологічних, праксеологічних, трансдисциплінарних і системних підходів, а також сприяє інтеграції, поглибленню і розширенню знань з фізіології, морфології, психології, психофізіології, валеології, фізичної культури, спорту, антропології, спортивної медицини, гігієни та певних проблемних напрямів – збереження здоров'я, специфікації і персоніфікації знань, нейрональних і біомеханічних підходів. Розширення пізнавального горизонту слухачів у рамочних умовах теорії М. Бернштейна разом з інтеграцією кордоцентричних, антропологічних, психологічних концепцій і підходів сприяє формуванню професійного світогляду вчителя, а також розвитку його здатностей до розуміння та осмислення неповторної онтології, екзистенції, духовності та інтенціональності людини (дитини) шляхом розкриття феноменології її локомоторної сфери. Це сприяє розвитку цілісних уявлень про дитину та націлює педагога на збереження не тільки тілесного але й психологічного і духовного здоров'я.

6. Ми формуємо методологічний концепт «*Архе-руху*». У рамках цього концепту рух представляється як багатомірний «антропо-рухово-тілесно-екзистенційно-ментально-ціннісно-духовно-онтологічний феномен». Завдяки такій інтегративній і образній презентації руху розкривається специфіка реалізації системоорганізуючої, визначальної, емерджентної, людинотворчої і креативної ролі рухової активності в збереженні життя і здоров'я людини, що проявляється у вітальному, первинному, онтологічному, ціннісному, репрезентативному, екзистенційному, ментальному, символічному, антропологічному, гносеологічному, духовному і трансцендентному статусі руху. Актуальним є те, що рух розглядається феноменологічно і як особливе буття – онтологічно, а не редуційно, рефлекторно, як механічна дія. Феноменологія і онтологічний статус рухової активності визначають її розуміння, інтерпретацію та можливості проблематизації в форматах контекстуальності, а також в аспекті холістичних, антропологічних, культурологічних, духовних та системних візій.

7. Нами репрезентується складний рухово-тілесний феномен конкуренції між рівнями (виділені за М. Бернштейном) В, С, D і А, Е який ми називаємо *міжрівневою дисоціацією*. Вказана дисоціація є моторно-онтогенетичною основою системних порушень осьового скелету, фізичного та психологічного онтогенезу і здоров'я. Дана конкуренція перш за все проявляється як взаємодія між статичними (сидіння) і динамічними руховими режимами.

8. Європоцентричні та дитиноцентричні зміни в освіті й актуалізація здоров'язбережувальних підходів в рамках реалізації концепції «Нової

української школи» сприяють розробці і впровадженню нових і ефективних стратегій та практик збереженню здоров'я дітей в умовах освітнього процесу.

9. Керуючись ідеями М. Бернштейна, а також екзистенційними, кордоцентричними, аутопоезисними та онтологічними підходами, ми формуємо методичні концепти *здоров'язбережувальної вітально-локомоторної онтології*, рівня *Духовно-онтологічних інтенцій, локомоторного екзистенціалу* та *Людини Духовно-локомоторної*. Зазначені концепти розроблені з методичною метою для розширення, аксіологізації та герменевтизації уявлень про людину як істоту не тільки рухову (Номо Locomotorium), але й вітальну, онтологічну і духовну. Актуалізація цих концептів спрямована на антропологізацію, аксіологізацію, герменевтизацію і онтологізацію здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури та удосконалення його професійної діяльності на засадах кордоцентризму, людиномірності і природовідповідності. Значимим є також використання вчення М. Бернштейна в здоров'язбережувальній і корекційно-розвивальній роботі в практиці інклюзивної освіти та дефектології.

Список використаних джерел

1. Агапов О.Д. Образование как сфера антропологического опыта // Ученые записки Казанского университета. Серия Гуманитарные науки. - 2014. - Т. 156. - Вып. 1. - С. 23–30.
2. Аксьонова О. Нова фізична культура або школа розумного руху // Теорія та методика фізичного виховання. - 2010. - № 12. - С. 29–34.
3. Антисери Д., Реале Дж. Западная философия от истоков до наших дней. От Возрождения до Канта / в пер. и под ред. С. А. Мальцевой. – СПб.: Пневма, 2002. – 880 с.
4. Арапов О. Г. Онтологические основания мифа и мифотворчества: дис. ... канд. филос. наук: 09.00.01. – М., 2008. - 272 с.
5. Бадалян Л. О. Детская неврология. – М.: МЕДпрессинформ, 2016. - 608 с.
6. Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность / под ред. О. Г. Газенко ; изд. подгот. И. М. Фейгенберг ; АН СССР. – М.: Наука, 1990. - 495 с.
7. Бизяева А. А. Рефлексивные процессы в сознании и деятельности учителя : автореф. дисс. ... канд. психолог. наук: 19.00.07. – СПб., 1993. - 238 с.
8. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. – М.: КСП+ ; СПб.: Ювента, 1999. - 300 с.
9. Бурханов А. Р. Мартин Хайдеггер об экзистенции и экзистенциалах человеческого бытия // Вестник Бурятского государственного университета. - 2013. - № 6. - С. 57–61.
10. Быховская И. М. «Человек телесный» в социокультурном пространстве и времени : (очерки социал. и культур. антропологии). – М.: Физкультура, образование и наука, 1997. 209 с.
11. Быховская И. М. Спорт как объект социокультурного анализа: конструируемое и сконструированное // Пути России. Т. XXII. – М.; СПб., 2017. - С. 255?264.
12. Быховская И. М. Физическая культура как практическая аксиология человеческого тела: методологические основания анализа проблемы // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 1996. - № 2. - С. 19–27.
13. Быховская И. М. Человеческая телесность как объект социокультурного анализа (история проблемы и методологические принципы ее анализа) // Труды ученых ГЦОЛИФКа: 75 лет: ежегодник. – М., 1993. - С. 58–68.
14. Гальперин П. Я. Несколько разъяснений к гипотезе умственных действий // Вопросы психологии. - 1960. - № 4. - С. 141–148.
15. Гальперин П. Я. Четыре лекции по психологии: учеб. пособ. для студ. - М.: Университет, 2000. - 112 с.

16. Девишвили Д.М. Н.А. Бернштейн – основатель современной биомеханики // Национальный психологический журнал. - 2015. - № 4. - С. 74–78.
17. Динабург С.Р. Инструменты и ресурсы трансдисциплинарных стратегий // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Культура. История. Философия. Право. - 2016. - № 1. - С. 51–62.
18. Дмитриев С. В. Альтернативная биомеханика «Живых движений» в сфере спорта и адаптивной физической культуры // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. - 2014. - Вип. 118 (2). - С. 10–14.
19. Донской Д.Д., Дмитриев С.В. Н.А. Бернштейн и развитие отечественной биомеханики // Теория и практика физической культуры. - 1996. - № 11. - С. 4–9.
20. Донской Д. Д., Дмитриев С.В. Психосемантические механизмы управления двигательными действиями человека // Теория и практика физической культуры. - 1999. № 9. - С. 2–6.
21. Ефименко Н. Н. Научное наследие Н. А. Бернштейна в свете современных проблем коррекционного физического воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Науковий часопис національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. - 2011. Вип. 19. - С. 68–73.
22. Закирова А. Ф. Теоретико-методологические основы и практика педагогической герменевтики: дисс. ... д-ра пед. наук: 13.00.01. Тюмень, 2001. - 314 с.
23. Кассирер Э. Философия символических форм. В 3 т. Т. 2: Мифологическое мышление: пер. с нем. - М.; СПб.: Университет. кн., 2001. - 280 с.
24. Киященко Л. П., Моисеев В. И. Философия трансдисциплинарности / РАН, Ин-т философии. – М.: ИФРАН, 2009. - 205 с.
25. Княгинин В. Н. Онтология как технология мышления // Княгинин В. Н. Чтения памяти Г. П. Щедровицкого, 2006–2007 гг.: докл. и дискус. / сост. В. Л. Данилова ; авт. предисл. П. Г. Щедровицкий. – М.: ННФ «Ин-т развития им. Г. П. Щедровицкого». 2008. - С. 253–265.
26. Князева Е. Н. Энактивизм: новая форма конструктивизма в эпистемологии / Е.Н. Князева. М.; СПб.: Центр гуманитар. инициатив; Унив. книга, 2014. - 352 с.
27. Леви-Стросс К. Мифологии: в 4 т. Т. 1. Сырое и приготовленное. – М.; СПб.: Университетская книга, 1999. - 402 с.; Т. 2. От меда к пеплу. – М.; СПб.: Университетская книга, 2000. 442 с.; Т. 3. Происхождение застольных обычаев. – М.; СПб.: Университетская книга, 2000. - 461 с.; Т. 4. Человек голый. – М.: Флюид, 2007. - 784 с.
28. Матурана У., Варела Ф. Дерево познания : биологич. корни человеч. понимания / пер. с англ. Ю. А. Данилова. – М.: Прогресс–Традиция, 2001. - 224 с.
29. Митин А. Е., Филиппова С. О. Методологические основы применения гуманитарных технологий в физической культуре // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - № 1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5353> (дата обращения 12.06.2018).
30. Мосс М. Общество. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии / сост., пер с фр., предисл., вступ. ст. А. Ф. Гофмана. – М.: КДУ, 2011. - 416 с.
31. Пазухина С. В., Панферова Е. В., Черкасова С. А. Формирование ценностного отношения будущих учителей к детям с ослабленным здоровьем и модель реализации антропологического подхода в высшем педагогическом образовании и специфика преподавания психолого-педагогических дисциплин монография / под общ. ред. С.В. Пазухиной. - М.: Директ–Медиа, 2016. - 309 с.
32. Перхурова И. С. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции. – М.: Книжная палата, 1996. - 248 с.

33. Скорлупина О. А. Онтологизация психологического познания и ее проявление в этапах становления научной теории: на предмете смысловой теории мышления О.К. Тихомирова: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.01. - Барнаул, 2006. - 186 с.
34. Смирнов С. А. Антропология образования: дискурс и практика, или Образование как институт человека // Человек И: гуманитарный альманах. - Новосибирск: НГУЭУ, 2012. - № 8. - С. 159–168. URL: <http://antropolog.ru/doc/persons/smirnov/smirnov57> (дата обращения 12.06.2018).
35. Степанова М. А. П. Я. Гальперин: теория, опередившая время // Вопросы психологии. - 2006. - № 1. - С. 146–156.
36. Столяров В. И., Быховская И. М., Лубышева Л. И. Концепция физической культуры и физкультурного воспитания (инновационный подход) // Теория и практика физической культуры. - 1998. - № 5. - С. 11–15.
37. Таинство души: антология / сост. А. Е. Мачехин. - М.: Олма-Пресс: Красный пролетарий, 2004. - 606 с.
38. Тульчинский Г. Л. Гуманитарность против гуманизма? // Известия Южного федерального университета. Технические науки. - 2005. - № 7. - С. 47–53.
39. Тхостов А. Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.
40. Тычкин П. Б. Методологические аспекты конституирования мифа как элемента постнеклассической научной рациональности // Известия Томского политехнического университета. - 2009. - Т. 315. - № 6. - С. 107–110.
41. Федорець В. М. Концептуалізація антропологічної моделі здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури // Вісник післядипломної освіти. Серія «Педагогічні науки»: зб. наук. пр. / НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менедж. освіти»; голов. ред. В. В. Олійник. - К.: Атопол Груп, 2017. - Вип. 5 (34). - С. 137–178.
42. Франк С. Л. Предмет знания. Об основах и пределах отвлечённого знания // Предмет знания. Душа человека / сост., вступ. ст., коммент. И.И. Евлампиева. - СПб.: Наука, 1995. - С. 35–416.
43. Фуко М. Технологии себя // Логос. - 2008. - № 2 (65). - С. 96–122.
44. Хайдеггер М. Бытие и время / пер. с нем. В. В. Бибихина. - М.: Ad Marginem, 1997. - 451 с.
45. Хюбнер К. Истина мифа / пер. с нем. - М.: Республика, 1996. - 448 с.
46. Чапаев Н. К. Структура и содержание теоретико-методологического обеспечения педагогической интеграции: дисс. ... докт. пед. наук: 13.00.01. - Екатеринбург, 1998. - 462 с.
47. Черняков А. Г. Онтология времени. Бытие и время в философии Аристотеля, Гуссерля и Хайдеггера. - СПб.: Высш. религ.-филос. шк. 2001. - 460 с.
48. Шумахер Э. Величайший ресурс – образование // Малое прекрасно: экономика, в которой люди имеют значение / Э. Шумахер; пер. с англ. Д. Аронсона. - М.: Изд. дом Высш. шк. экономики, 2012. - С. 103–131.
49. Элиаде М. Аспекты мифа / пер. с фр. В.П. Большакова. 4-е изд. Москва : Академический Проект, 2010. - 251 с. (Философские технологии: антропология).
50. Юнг К. Г. Архетип и символ / сост. и вступ. ст. А. М. Руткевича. - М.: Ренессанс, 1991. - 304 с.
51. Юнг К. Г. Душа и миф: шесть архетипов: пер. с англ. - К.: Гос. б-ка Украины для юношества, 1996. - 384 с.
52. Varela F. J., Thompson E., Rosch E. The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience. - Cambridge: MIT Press, 1991. - 309 p.
53. Torrance S. In Search of the Enactive: Introduction to Special Issue on Enactive Experience // Phenomenology and the Cognitive Sciences. - 2006. - Vol. 4. Iss. 4. - P. 357–358.

РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ ДІТЕЙ 5-6 РОКІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ СТРИБКАМИ У ВОДУ (Шуба Л.В.)

Сьогодні в Україні фіксують високий рівень захворюваності населення, особливо серед дітей молодшого шкільного віку. Зокрема, за період навчання дітей у школі зменшується кількість здорових дітей у 3-4 рази, збільшується нестача рухової активності, що затримує розвиток таких фізичних якостей, як сила, швидкість, витривалість, гнучкість, спритність тощо. Тому, збереження і зміцнення здоров'я дітей, підвищення рівня їх рухової активності, розвиток та удосконалення фізичних якостей є головними завданнями фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку та пріоритетними напрямками розвитку суспільства [5; 9; 10].

У дошкільному та молодшому шкільному віці найбільш ефективно будуть сприяти фізичному розвитку дитини заняття в басейні. Водне середовище, без перебільшення, підходить всім без обмеження та завдяки водним процедурам у дітей виробляється хороша постава, міцні м'язи та йде загартовування [3; 7].

Водна гімнастика може стати першою сходинкою у заняттях будь-яким іншим видом спорту, не дарма її називають матір'ю всіх спортивних занять.

Такий спорт як стрибки у воду поєднує в собі заняття як у басейні так і спортивній залі. Стрибки у воду включають в себе заняття в залі: підготовчі, гімнастичні, акробатичні вправи, стрибки на батуті і «сухому» трампліні, ЗФП і СФП, спортивні та рухливі ігри, а також заняття у басейні: знайомство з водним середовищем, навчання плаванню та стрибкам з трампліна. Заняття стрибками у воду є ефективним засобом виховання фізичних, моральних і вольових якостей, таких, як самостійність, наполегливість, сміливість, спритність, особистість [4, 6, 8].

Стрибки у воду відносяться до видів спорту з ранньою спортивною спеціалізацією (5-7 років). У зв'язку з цим період активної спортивної діяльності (навчання і становлення спортивної майстерності) збігається з бурхливим фізичним розвитком організму [4; 7].

Систематичне заняттям фізичною культурою сприяє розширенню рухливих можливостей дітей, які перетворюються у необхідні життєві уміння та навички. Тому нині фізична культура і спорт покликані компенсувати дефіцит рухів, попередити негативні наслідки гіподинамії, раціоналізувати спосіб життя майбутнього нашого покоління. Здорове та щасливе дитинство – це дитинство, яке дружить з фізичною культурою [5; 9].

Отже, дана тема не втрачає з роками своєї актуальності хоч би тому, що з ходом часу змінюються організаційно-методичні підходи до розвитку фізичної і спеціальної підготовки. Сучасний розвиток стрибунів у воду вимагає більш ефективної підготовки, яка направлена на різнобічний розвиток дітей починаючи з початкової підготовки, засвоєння і удосконалення техніко – тактичних прийомів. Розвиток фізичних якостей дитини залежить від багатьох чинників, а насамперед від вроджених

можливостей дитини [6; 11]. Тому, ми вважаємо, що представлена тема є актуальною для дослідження.

Мета роботи – обґрунтувати методику розвитку фізичних якостей дітей, які займаються стрибками у воду.

Експеримент проводився з вересня 2016 року до червня 2017 на базі Спеціалізованої Дитячо-Юнацької Школи Олімпійського Резерву «Мотор-Січ» з плавання та стрибків у воду, у басейні «Славутич». У ньому взяло участь 20 учнів 5-6 років, які були поділені на експериментальну і контрольну групи. В експерименті взяли участь діти 5-6 років, які за станом здоров'я були віднесені до основної медичної групи.

Стрибки у воду – це прикладний навик. Необхідність в кінці кожного стрибка занурюватися у воду привчає не боятися води, вдосконалювати навички плавання та пірнання [1; 7]. Багаторазове виконання стрибків з обертаннями сприяє тренуванню вестибулярного апарату, удосконалює почуття часу [3; 8].

Систематичне перебування у воді на заняттях надає заспокійливу дію на нервову систему дитини, підвищуючи емоційну стійкість, забезпечуючи міцний, спокійний сон. Заняття вдосконалюють роботу вестибулярного апарату, підвищують статокінетичну стійкість, покращують відчуття рівноваги [2; 5].

Завдяки симетричним рухам і горизонтальному положенню тулуба, розвантажує хребет від тиску на нього ваги тіла, плавання після стрибка є прекрасною коригуючою вправою, яка усуває такі порушення в поставі, як сутулість, сколіоз, кіфоз. Також забезпечує рівномірне переміщення крові по судинах, що важливо для функціонування серцево-судинної системи. Безперервне чергування напруження і розслаблення створює умови для розвитку кістково-м'язової системи. Додаткова витрата зусиль на подолання опору води розвиває дихальний апарат, збільшує місткість легенів та об'єм грудної клітини [4; 11].

На етапі початкової підготовки заняття проводяться з дітьми, відібраних у дитячих садках. Оптимальний вік для початку початкової підготовки у стрибках у воду становить 5-6 років. Тривалість етапу – 1-2 роки. Дошкільний та молодший шкільний вік є вельми сприятливим періодом для розучування нових рухів. Приблизно 90% загального обсягу рухових навичок, набутих протягом усього життя людини, освоюється у віці від 6 до 9 років. Тому розучування більшої кількості нових різноманітних рухів є основною вимогою до змісту фізичної підготовки дітей цього віку. Чим більше різноманітних рухів буде освоєно в цей період, тим краще надалі будуть освоюватися складні технічні елементи [6; 7; 8].

У цьому віці у дітей спостерігається нестійка увага. Для підтримки стійкої уваги слід створювати на заняттях підвищений емоційний рівень, використовуючи при цьому ігрові форми ведення уроку, оцінку дій кожної дитини, метод заохочення. Для дітей 5-6 річного віку властиво конкретно-образне мислення. Тому особливо важливим на заняттях є доступний для розуміння образний показ і наочний метод пояснення [9; 10].

Провідне місце серед засобів навчання займають вправи з загальної фізичної і спеціальної підготовки. До вправ загальної фізичної підготовки відносяться різні гімнастичні вправи, біг, стройові та загальнорозвиваючі вправи, спрямовані на розвиток сили м'язів, рухливості в суглобах, рухливі ігри для розвитку спритності, орієнтування, перемикання уваги [4; 7].

Засобами загальної фізичної підготовки вирішуються завдання всебічного фізичного розвитку та розвитку функціональних можливостей організму як передумови спеціальної роботоспроможності. Тому, до загальнорозвиваючих вправ відносять стройові вправи, рухливі та спортивні ігри та вправи циклічного характеру.

Засобами спеціальної підготовки стрибунів у воду є гімнастика, акробатика, хореографія, стрибки на батуті, «сухому» трампліні, стрибки у воду.

Тижневий режим передбачає триразові тренування з тривалістю занять по 3 академічні години.

У своїй роботі ми широко використовували наочні і словесні методи, пояснюючи рухові завдання і домагаючись від дітей їх розуміння, такі як: словесне пояснення, образний показ, імітаційні вправи, показ прикладу на відео.

Метою початкової підготовки є створення міцного фундаменту для подальшого зростання спортивної майстерності стрибунів у воду. Під цим слід розуміти різнобічний розвиток дітей, освоєння ними правильних основ техніки стрибків у воду та прищеплення інтересу до занять цим видом спорту.

Завдання нашої методики: 1) зміцнення здоров'я і гармонійний розвиток зростаючого організму; 2) різнобічна рухова підготовка, в процесі якої виявляються і розвиваються спритність, швидкість рухів і їх координація, гнучкість і рухливість в суглобах, зміцнюється м'язово-зв'язковий апарат, створюються початкові навички в гімнастиці, акробатиці, хореографії, стрибках на батуті та «сухому» трампліні; 3) формування правильної постави; 4) навчання основам техніки стрибків у воду; 5) прищеплення дисципліни, самостійності, організованості, вміння правильно розподіляти час.

Одне з головних завдань початкової підготовки стрибунів у воду – різнобічна рухова підготовка – здійснюється шляхом використання, в основному, наступних допоміжних засобів: стройових, порядкових, загальнорозвиваючих, прикладних, акробатичних і хореографічних вправ, стрибків на батуті, «сухому» трампліні, рухливих ігор, розваг та естафет на суші і на воді, народних стрибків у воду.

Правильна організація занять і дисципліна дуже важлива при виконанні стрибків у воду та має особливе значення для забезпечення техніки безпеки [4; 7].

Лікарський допуск до занять на воді є обов'язковим. Медичний контроль за станом здоров'я дітей є обов'язковим. Допуск до занять стрибками у воду можливий лише за наявності медичної довідки з дозволом

займатися в плавальному басейні. Необхідно пам'ятати, що особам, які мають хронічні нервові захворювання (епілепсія, спазматичні стани, викликані нервовими напруженнями), займатися стрибками у воду категорично забороняється.

При медичному огляді дітей слід звертати особливу увагу на стан органів зору, слуху та носоглотки, так як саме вони відчують підвищені навантаження при виконанні стрибків у воду.

У дослідженні були використано тести загальної та спеціальної фізичної підготовки. Результати за всіма нашими тестами були переведені в 10-ти бальну систему. Це пов'язано з тим, що у дошкільному та молодшому шкільному віці дітям буде краще орієнтуватись у динаміки своїх досягнень.

Отже, аналізуючи бальну таблицю (відсоткове співвідношення) тестів до експеримента контрольної та експериментальної груп відмічаємо, що за результатами тесту 1) «Складка стоячи ноги разом» контрольна група відповідає розподілу: 9% - 3б; 15,5% - 4б; 22,5% - 5б; 45% - 6б; 8% - 7б. А експериментальна група відповідає розподілу: 5% - 3б; 17% - 4б; 40% - 5б; 38% - 6б.

У тесті 2) «Міст» з положення лежачи» співвідношення за балами склало у контрольній групі: 5% - 2б; 23% - 3б; 32% - 4б; 40% - 5б. а у експериментальній відповідно: 21,5% - 3б; 43,5% - 4б; 35% - 5б.

Показники тесту 3) «Згинання та розгинання рук в упорі лежачі» виявили наступні данні у контрольній групі: 25% - 4б; 31% - 5б; 29% - 6б; 15% - 7б. А у експериментальній групі: 8% - 3б; 28% - 4б; 36,5% - 5б; 27,5% - 6б.

За результатами тесту 4) «Пістолети» 3+3 з опорою» у контрольній групі був наступний розподіл балів: 29,5% - 2б; 33,5% - 3б; 23% - 4б; 14% - 5б. У експериментальній відповідно: 2% - 1б; 24% - 2б; 35% - 3б; 21% - 4б; 18% - 5б.

Аналізуючи показники тесту 5) «Кут» на стоялках» дані контрольної групи показали розподіл: 12% - 2б; 15% - 3б; 35% - 4б; 20% - 5б; 18% - 6б. Експериментальна група розподіл: 18% - 2б; 19% - 3б; 40% - 4б; 16% - 5б; 7% - 6б.

Дані тесту 6) «Стрибок у довжину» не мав великих відмінностей як у контрольній групі: 78% - 1б; 20% - 2б; 2% - 3б. Так і в експериментальній групі: 74% - 1б; 23% - 2б; 3% - 3б.

Тест 7) «Стрибки на «козлик» » виявив наступні данні у контрольній групі: 3,5% - 2б; 25% - 3б; 27,5% - 4б; 14% - 5б; 21% - 6б; 9% - 7б. Експериментальна група виявила наступні данні: 5% - 1б; 13% - 2б; 25,5% - 3б; 24,5% - 4б; 23% - 5б; 9% - 6б.

Розглядаючи показники тесту 8) «Батут. Стрибок в сід – встати – стрибок на коліна – встати» відмічаємо, що у контрольній групі показники розподілились наступним чином: 24% - 2б; 27% - 3б; 22% - 4б; 27% - 5б. Експериментальна групи відповідно : 20% - 2б; 35% - 3б; 29% - 4б; 16% - 5б.

9) «Стрибок з трампліна 100А» у контрольній групі розподіл до експерименту був наступний: 24,5% - 3б; 31% - 4б; 26% - 5б; 18,5% - 6б.

Експериментальна група відповідно: 7% - 2б; 21% - 3б; 27,5% - 4б; 24% - 5б; 15,5% - 6б; 5% - 7б.

Останній тест у нашому дослідженні, але дуже важливий у стрибках у воду 10) «Піднімання прямих ніг до $<90^\circ$ » у контрольній групі виявив наступні показники: 29% - 3б; 37% - 4б; 28% - 5б; 6% - 6б. Експериментальна група відповідно: 6% - 2б; 41% - 3б; 32% - 4б; 19% - 5б; 2% - 6б.

Аналізуючи бальну таблицю (відсоткове співвідношення) тестів після експеримента контрольної та експериментальної груп відмічаємо, що за результатами тесту 1) «Складка стоячи ноги разом» контрольна група відповідає розподілу: 8% - 6б; 15,5% - 7б; 39% - 8б; 23,5% - 9б; 14% - 10б. А експериментальна група відповідає розподілу: 16% - 7б; 28% - 8б; 32% - 9б; 24% - 10б.

У тесті 2) « «Міст» з положення лежачи» співвідношення за балами складо у контрольній групі: 12% - 7б; 23% - 8б; 36% - 9б; 29% - 10б. а у експериментальній відповідно: 5% - 7б; 11% - 8б; 40% - 9б; 44% - 10б.

Показники тесту 3) «Згинання та розгинання рук в упорі лежачі» виявили наступні данні у контрольній групі: 24% - 7б; 32,5% - 8б; 25% - 9б; 18,5% - 10б. А у експериментальній групі: 15% - 7б; 16% - 8б; 38% - 9б; 31% - 10б.

За результатами тесту 4) « «Пістолети» 3+3 з опорою» у контрольній групі був наступний розподіл балів: 6% - 3б; 31% - 4б; 29% - 5б; 34% - 6б. У експериментальній відповідно: 15% - 4б; 37% - 5б; 48% - 6б.

Аналізуючи показники тесту 5) « «Кут» на стоялках» дані контрольної групи показали розподіл: 34% - 7б; 33% - 8б; 29% - 9б; 4% - 10б. Експериментальна група розподіл: 5% - 6б; 14,5% - 7б; 32,5% - 8б; 39% - 9б; 9% - 10б.

Дані тесту 6) «Стрибок у довжину» не мав великих відмінностей як у контрольній групі: 15% - 2б; 40% - 3б; 36% - 4б; 9% - 5б. Так і в експериментальній групі: 13% - 2б; 27% - 3б; 44% - 4б; 16% - 5б.

Тест 7) «Стрибки на «козлик» » виявив наступні данні у контрольній групі: 14% - 6б; 36,5% - 7б; 30,5% - 8б; 14% - 9б; 5% - 10б. Експериментальна група виявила наступні данні: 20% - 7б; 38% - 8б; 32,5% - 9б; 9,5% - 10б.

Розглядаючи показники тесту 8) «Батут. Стрибок в сід – встати – стрибок на коліна – встати» відмічаємо, що у контрольній групі показники розподілились наступним чином: 16% - 6б; 37,5% - 7б; 24% - 8б; 14% - 9б; 8,5% - 10б. Експериментальна групи відповідно : 18% - 7б; 29% - 8б; 37% - 9б; 16% - 10б.

9) «Стрибок з трампліна 100А» у контрольній групі розподіл до експерименту був наступний: 19% - 6б; 33,5% - 7б; 31,5% - 8б; 12% - 9б; 4% - 10б. Експериментальна група відповідно: 8,5% - 6б; 18,5% - 7б; 27% - 8б; 39% - 9б; 7% - 10б.

Останній тест у нашому дослідженні, але дуже важливий у стрибках у воду 10) «Піднімання прямих ніг до $<90^\circ$ » у контрольній групі виявив наступні показники: 6% - 5б; 28% - 6б; 37% - 7б; 29% - 8б.

Експериментальна група відповідно: 3% - 5б; 16% - 6б; 34% - 7б; 42% - 8б; 5% - 9б.

Отже, виходячи з вищесказаного, ми робимо висновок, що дані які характеризують приріст результатів у дітей 5-6 років свідчить про те, що застосування експериментальної методики є більше ефективною для розвитку фізичних якостей під час занять стрибками у воду.

З наведеного можна зробити наступні *висновки*.

1. За результатами аналізу сучасної науково-методичної літератури вітчизняних та закордонних авторів, виявили значну кількість сучасних тенденцій розвитку фізичних якостей дітей 5 – 6 років які займаються стрибками у воду. Також проаналізували досвід провідних тренерів ДЮСШ та ДЮСШОР із стрибків у воду. Виявили, що основною проблемою є пошук інноваційних підходів та методик до організації навчально-тренувального процесу дітей на етапі початкової підготовки.

2. Розроблено методику розвитку фізичних якостей для дітей 5-6 років які займаються стрибками у воду при використанні індивідуальних особливостей. Також урахували їх фізіологічний та фізичний розвиток.

3. Досліджено ефективність розробленої методики. Доведена ефективність методики при аналізі показників до та після експерименту.

При бальному аналізі (відсотковий аналіз) показників до експерименту відмічаємо, що всі данні контрольної та експериментальної груп розташувалися на відмітці від 2 до 6 балів. І відсоткове співвідношення майже було однакове.

При аналізі бальної оцінки (відсоткове співвідношення) показників після експерименту відмічаємо, що данні перемістилися: контрольна група та експериментальна група розташувалися на відмітці від 6 до 10 балів майже всіх тестах. У тестах «пістолети» 3+3 з опорою» та «стрибок у довжину» в обох групах данні перемістилися лише на показники від 3 до 6 балів. Це пов'язано з сенситивним періодом розвитку швидко-силових здібностей. Але показники експериментальної групи виявились вищими.

Аналізуючи вище наведене відмічаємо, що розроблена нами методика є ефективною і має право на існування.

Список використаних джерел

1. Блеер А.Н., Сулов Ф.П., Тышлер Д.А.. Терминология спорта. Толковый словарь-справочник. - М.: ИЦ «Академия», 2010. – 464 с.
2. Бурлаков І.Р., Немінуцій Г.П. Спеціалізовані споруди для водних видів спорту: навч. посіб. – М., 2002. – 286 с.
3. Ворженевскій І.В. Плавання: Підручник для середніх фізкультурних навчальних закладів. - Вид. 2-е, перераб. і доп. – М.: Фізкультура і спорт, 2007. – 301 с.
4. Гороховский Л.З., Угрюмов М.Я. Стрибки у воду: Навчальна програма для ДЮСШОР, СДЮСШОР та ШВСМ. – К., 1996. – 120 с.
5. Курамшин Ю.Ф. Теория и методика физической культуры: Учебн. – 4-е изд., стереотип. – М. : Советский спорт, 2010. – 464с.
6. Микитчик О.С. Розвиток координаційних здібностей стрибунів у воду 5-7 років на етапі початкової підготовки: Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.01. – К., 2007. – 20 с.

7. Прыжки в воду. Программы для ДЮСШ и СДЮШОР. - М.: Изд-во «Советский спорт», 2003. – 80 с.
8. Сергієнко Л.П. Спортивний відбір: теорія та практика. – Кн. 1. – Теоретичні основи спортивного відбору: Підручн. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2009. – 672 с.
9. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. вищ. навч. закладів фіз. виховання і спорту: у 2 т. / Т.Ю. Круцевич, Н.Є. Пангелова, О.Д. Кривчикова та ін.; за ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: «Олімп. Література», 2017. – Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. – 384 с.
10. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. - Ч. 1. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. – 272с.
11. Шиян Б.М., Вацеба О.М. Теорія і методика наукових досліджень у фізичному вихованні та спорті: Навч. посіб. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2010. – 276 с.

КОМП'ЮТЕРНІ ТЕХНОЛОГІЇ КОРЕКЦІЇ АМБЛІОПІЇ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ (Авер'янова Л.О., Селіванова К.Г.)

За даними ВООЗ в світі близько 19 млн. дітей стикаються з порушеннями розвитку зору, що дозволяє говорити про цю проблему з як про патологію, що має глобальне поширення. На жаль, приблизно 8% від всіх клінічних випадків порушень зорувизнаються дуже важкими та важко піддаються корекції і лікуванню. Незрячі і слабозорі діти дуже вразливі, тому вони вимагають особливого підходу в плані навчання і виховання. В Україні в загальній структурі порушень здоров'я у дітей різноманітні порушення зору складають близько 10% у дошкільнят і 30% у дітей шкільного віку. Майже у 65% малюків можливо легко діагностувати патологію і скорегувати зір ще до їх прийняття до дитячого садочка. Для корекції зорових порушень в дитячому віці існують ефективні апаратні методики, проте вони часто доступні тільки в спеціалізованих лікувальних установах. У той же час для дітей було б зручно постійно проводити тренування зору в звичайних повсякденних умовах. Тому актуальним завданням є створення доступних технічних засобів корекції зору.

Амбліопія, або «ледаче око» – це захворювання, при якому відбувається зниження гостроти зору, що виникає через бездіяльність одного з очей (око майже або взагалі не задіяне). Амбліопія зазвичай розвивається в результаті косоокості, вродженої катаракти, помутніння рогівки, птозу верхньої повіки, різниці в зорі між очима і некоригованій короткозорості, високих ступенях далекозорості або астигматизму. Поступово дитина починає бачити тільки одним оком, а друге припиняє виконувати свої функції. Супутніми симптомами є: головний біль, відчуття дискомфорту в очах, швидка втома [1]. Ознаками амбліопії є поганий зір в одному або обох очах, відхилення в бік або закриття одного ока під час читання або перегляду телевізора, косоокість, поворот або нахил голови при погляді на цікавий для предмет.

Причиною амбліопії може стати відсутність доступу світла до сітківки. У будь-якому з цих випадків різниця в рефракції призводить до того, що мозок сприймає зоровий образ не від обох очей разом, а від кожного окремо.

Відмінність образів, отриманих з правого і лівого ока не дозволяє з'єднати всі елементи воедино. Очі бачать занадто різні картини, і мозок не може поєднати їх в одну, об'ємну. Одне око стає ведучим, а друге око через недостатню активність з часом може «відключитися» від зорового процесу. Через це зір стає монокулярним, значно знижується просторове бачення. Часто при амбліопії розвивається косоокість, тому що око, яке не бере участь в зоровому процесі, з часом зміщується вбік.

Відомо, що зорова система людини повністю розвивається до 9-11 років. Отже, амбліопія вимагає негайної корекції, інакше вона може призвести до незворотних порушень зорової системи дитини у майбутньому. Виправлення цієї патології слід починати в ранньому віці. При амбліопії дуже важливо, з якого віку розпочато лікування, адже з часом зорова система дітей пристосовується до порушень шляхом придушення зорового образу, одержуваного від хворого ока. Якщо виявити амбліопію вчасно, її причина може бути виправлена, і зір відновлено. Однак, приблизно після 11 років дуже складно, якщо взагалі, можливо, навчити мозок використовувати хворе око в нормальному режимі.

Корекція амбліопії починається з виправлення причини, що викликала амбліопію. Якщо це порушення рефракції, то призначають відповідні окуляри, контактні лінзи і навіть лазерну корекцію зору. Вроджена катаракта і опущення (птоз) верхньої повіки лікуються хірургічно. Після усунення причини амбліопії приступають до її безпосереднього лікування. Доктор може призначити перекриття («заклеювання») ока з кращим зором, що змусить дитину користуватися хворим оком і тим самим розвивати його зір. З цією ж метою можуть призначити тривале закапування крапель атропіну в кращий очей.

Авторами проведено аналіз медико-технічних аспектів проблеми з метою визначення базового методу і засобів корекції амбліопії.

Метод відеокомп'ютерного аутотренінгу. Поки пацієнт дивиться фільм або мультфільм, за допомогою датчиків знімається інформація про роботу очей, одночасно фіксуючи енцефалограму. При цьому зображення на екрані зберігається тільки під час «правильного» зору і зникає, як тільки воно перестає бути чітким. Таким чином, мозок немов бипідсвідомо скорочує періоди неконтрастного зору. Подібний підхід оптимізує роботу нейронів зорової кори, а зір при цьому істотно поліпшується.

Метод тренування зорово-рухової координації. Координацією називається здатність поєднувати фізичні і психологічні процеси в єдиному цілеспрямованому русі. Це якість необхідно для успішного проведення більшості фізичних дій, особливо ритмічних рухів і тих, які здійснюються за схемою «око-рука». Тренування зору виконується за принципом «бачу – обвожу». Стимуляцію зорового органу забезпечує скоординований рух «око-рука» при наявності емоційної позитивної мотивації. Може застосовуватися при навчанні слабозорих для розвитку навичок розпізнавання і письма. Крім того, розроблені способи стимуляції амбліопічного ока світловими спалахами (фотостимуляція).

Незалежно від того, яке лікування застосовується, найважливішим є своєчасність його початку, до моменту, поки мозок дитини ще не навчився назавжди пригнічувати або ігнорувати амбліопичне ("ледаче") око. Апаратне та фізіотерапевтичне лікування проводиться у вигляді курсів по 5-10 сеансів, в які входить, як правило, кілька методів. Підбираються курси лікування індивідуально в залежності від стану очей пацієнта і вирішуваних завдань.

Апаратне лікування – безконтактне та комфортно переноситься навіть у найменших пацієнтів. Для них використовуються програми лікування, які мають ігрову форму.

Результати роботи. Основним завданням роботи було створення засобів технічної підтримки корекції амбліопії на основі застосування універсальних, загальнодоступних комп'ютерних систем, оснащених спеціалізованим програмним забезпеченням, яке має враховувати існуючі медико-технічні вимоги до технічних засобів корекції амбліопії, які нині застосовуються.

У роботі пропонується застосувати реалізувати методику корекції амбліопії на основі методу тренування зорово-рухової координації із застосуванням універсального засобу візуалізації – графічного планшета. Застосування даного засобу візуального тренування можливо в будь-яких умовах і не потребуватиме витрат на створення спеціального апарату. Передбачається використовувати планшет з автономним живленням, програмним адаптивним формуванням спеціально розроблених контурних малюнків – опототіпов, контролем правильності виконання завдання. Для цього обирається графічний планшет зі стилусом для окреслення опототипів. Маса такого тренажера буде мінімальна, він буде повністю безпечний для дитини. Програмний засіб дозволить реалізувати синтез опототіпов, фіксувати їх обведення, аналізувати правильність виконання завдань.

Розробка комп'ютерної системи корекції амбліопії у дітей проводиться в вигляді створення діагностичної біотехнічної системи (БТС). Першим етапом є формалізація вимог до технічних засобів реєстрації фізіологічних параметрів, їх структури, алгоритмів обробки отриманих даних, аналізу діагностичних показників [2; 3]. Для діагностичної БТС єдність інформаційного середовища означає виділення найбільш інформативних діагностичних показників, що ідентифікують амбліопію у дітей. Також важливою умовою є коректне дотримання принципів адекватності взаємодії і єдності інформаційного середовища [3-5]. Другий етап розробки комп'ютерної системи як БТС- біологічний. Формується цільова функція системи і визначається можливість біологічної і технічних підсистем. Принцип побудови даної БТС базується на взаємодії дитини з лікарем. Третім етапом побудови діагностичної БТС для даного виду досліджень є побудова функціональної системи, оскільки вона пояснює механізм дії рухового аналізатора при виконанні рухової активності під час корекції зору з використанням різних тренажерів. Цей вид діяльності має дуже широкий діапазон дій – від сприйняття кожним оком графічних опототипів до виконання дрібних рухів пальцями кисті руки, необхідних для ручних

маніпуляцій під час дослідження зору. Візуалізація графічних оптотипів застосовується як засіб дії зовнішніх подразників, які викликають відповідні реакції організму. Цей вплив реєструють зорові і слухові рецептори (сенсорна система), де, власне, відбувається аферентний синтез, тобто аналіз і створення стимулу для прийняття рішення, який потім включає подальшу зворотну обробку. Функціонування даної системи підпорядковується головному закону: план-програма-виконання, при цьому допускається аналіз отриманого результату і внесення сенсорних корекцій в програму. Наступним етапом для розробки БТС є вивчення принципу взаємодії біологічної та технічної складової у вигляді побудови макета, який демонструє основні характеристики і параметри апаратної і програмної частини [3].

Технічним оснащенням для реалізації методу корекції амбліопії служить цифровий графічний планшет, на якому виконується тестування з візуалізацією графічних оптотипів. Спеціалізований програмний засіб реалізовано в середовищі об'єктно-орієнтованого програмування DelphiXE3. Програмний засіб має досить простий інтерфейс, не вимагає додаткового адміністрування, налаштований на мінімальні системні вимоги. Також за допомогою автоматизованих ресурсів можна швидко і якісно обробляти інформацію щодо стану зору дітей з занесенням їх в базу даних (БД). Завершальним етапом розробки БТС є процес її формування, який включає докладний опис підсистем і їх елементів із зазначенням прямих і зворотних зв'язків.

Реалізована програмна частина системи складається з чотирьох основних блоків: модуль попередньої обробки даних, модуль автоматизованого аналізу, модуль візуалізації даних, модуль формування звіту. На кожному етапі тренування дитини бере участь лікар, який проводить тестування з метою подальшої корекції зору. Модуль формування висновку доступний при перегляді і редагуванні лікарем, перевірці всіх показників і трактуванні вірного діагнозу. Вся інформація про зір дитини, а також процедура тестування і результати дослідження зберігаються в БД.

Найближчі аналоги тренажерів зору існують переважно в Росії та США. Російські розробки пристосовані більше для дітей дошкільного віку і представлені у вигляді тренажерів для рук, конструкторів для малювання, пристроїв корекції почерку і діагностики відхилень нервово-психічного розвитку. Розробки в США більше спрямовані на діагностику захворювань зорового аналізатора, при цьому реєструються кількісні параметри досліджень. Як правило, тестові об'єкти (оптотипи) відображаються на моніторах персональних комп'ютерів (ПК). Графічні оптотипи відображаються на екрані в машинній системі координат у вигляді векторної моделі представлення двовимірного масиву, тобто зображення, яке в результаті перетворюється в растровий формат. Кожен елемент цього зображення характеризується функцією інтенсивності. Діапазон інтенсивностей задається цілочисельними кодовими комбінаціями, відповідно до кількості відліків рівнів квантування (0...255).

Кольоровий зір людини базується на наявності в сітківці ока трьох різних типів сенсорних клітин, які можуть розрізняти червоний, зелений і синій колір. Аналогічно, більшість пристроїв виведення інформації кольорів також базуються на роздільному розпізнаванні цих складових. Необхідно врахувати, що людина сприймає кольори з різною чутливістю. Відомо, що для більшості людей відчуття яскравості при сприйнятті кольорових зображень визначається на 59% зеленою складовою, на 30% – червоною і на 11% – синьою. Отже, при розробці графічних опототипов враховується коефіцієнт чутливості [8]:

$$C = \frac{I_i - I_{i-1}}{(I_i + I_{i-1})/2} \cdot 100\%,$$

де I_i , I_{i-1} – значення рівнів яскравості двох сусідніх елементів зображення. Кодування кольору графічних опототипов здійснюється за допомогою відомої адитивної колірної моделі RGB, при змішуванні її складових з максимальними рівнями інтенсивності [0 ... 255] можна отримати шість комбінацій [8]. Значення інтенсивності I елемента зображення при використанні колірної моделі RGB визначається наступним чином:

$$I = B \cdot 0,1 + R \cdot 0,3 + G \cdot 0,6$$

Дана формула ілюструє різний внесок кольорових складових в загальну інтенсивність елемента зображення.

Графічні опототипи представляються у вигляді різних фігур. Фігура – це об’єкт, який можна змінити різними унікальними для нього способами, використовуючи вузли управління (опорні точки), числові параметри, які визначають її зовнішній вигляд.

Стан зорової сфери також можна оцінити за допомогою ряду додаткових параметрів: швидкість сенсомоторних реакцій, концентрація уваги, швидкість обробки інформації, складність послідовних рухів, стійкість до зовнішніх впливів і відволікаючих маневрів [8-10]. Для реєстрації точності тонічних рухів при сприйнятті зорової інформації, просторової орієнтації і швидкості сенсомоторних реакцій були розроблені інтерактивні динамічні тести повторення різних траєкторій рухів фігур, що є графічними опототипами.

Для візуалізації графічних опототипов у вигляді статичних і динамічних тестів був розроблений спеціалізований програмний засіб, який реалізується в об’єктно-орієнтованому середовищі Delphi високого рівня з підключенням інтерфейсу програмування додатків API. Програмний засіб реалізується з модулем API Win Tab на звичайному ПК зі стандартним цифровим графічним пристроєм з високою роздільною здатністю. Як зовнішній пристрій до ПК через інтерфейс USB підключений цифровий графічний планшет формату A6 (4:3) з бездротовим пером типу Wacom Bamboo One CTF-430 / S-Ru (рис. 1).

Цей цифровий апарат має максимальну простоту роботи і широку функціональність для дослідження амбліопії дітей при відтворенні на ньому

ряду графічних оптотипів. Технічні характеристики планшету наведені в [11]. Подальшим етапом роботи є практична апробація створеної системи в реальних клінічних умовах.



Рис. 1. Цифровий графічний планшет з бездротовим пером типу Wacom Bamboo One CTF-430 / S-Ru

Таким чином, у роботі були розглянуті питання створення технічних засобів корекції порушень зору у дітей. Проаналізовано особливості роботи зорового аналізатора дитини при амбліопії. Проведено огляд методів і апаратних засобів корекції амбліопії, в результаті якого були визначені основні недоліки існуючих приладів. Запропоновано нове технічне рішення по створенню амбліотренажера на основі графічного планшета, оснащеного спеціально створеним програмним засобом для відтворення графічних оптотипів. Запропоновано структуру комп'ютерної системи корекції амбліопії, програму аналізу правильності відтворення оптотипів, розроблено простий графічний інтерфейс. В результаті дане технічне рішення реалізує всі технічні переваги існуючих приладів та при цьому вигідно відрізняється можливістю гнучкої адаптації тестових завдань з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей кожної дитини. Це досягається шляхом переналаштування товщини ліній, їх кольору і складності контурів оптотипів. Оскільки для цього використовується програмне середовище, нескладно проаналізувати відхилення намальованого контуру від контуру оптотипу. Можливо також зберегти результати сеансу тренування і аналізувати її ефективність в часі.

Результати роботи можуть бути широко застосовані у дитячих дошкільних закладах та вдома за умови попереднього консультування дитячими офтальмологами та психологами у клінічних умовах.

Список використаних джерел

1. Тейлор Д., Хойт К. Детская офтальмология. – М.: Бином, 2007. – 248 с.
2. Литвак И.И., Ломов Б.Ф., Соловейчик И.Е. Основы построения аппаратуры отображения в автоматизированных системах. – М.: Сов. радио, 1975. – 352 с.
3. Акулов С.А., Федотов А.А. Основы теории биотехнических систем. – М.: ФИЗМАТЛИТ. – 259 с.
4. Биотехнические системы: теория и проектирование / Под ред. В.М. Ахутина. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1981. – 204 с.
5. Мустецов Т.Н., Нечипоренко А.С.. Теория биотехнических систем: учеб. пособ. – Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2015. – 188с.

6. Пат. № 104173, Україна, МПК А61В 5/11. Спосіб визначення порушень дрібної моторики рук / Селіванова К.Г., Аврунін О.Г.; заявник та патентовласник Харківський національний університет радіоелектроніки; заявл. 10.08.2015; опубл. 12.01.2016. Бюл. № 1.
7. Селиванова К.Г., Иванченко Ж.Б., Аврунин О.Г. Биотехническая система диагностики состояния мелкого моторного развития // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Серія «Нові рішення в сучасних технологіях». – 2015. – № 39 (1148). – С. 78-82.
8. Дэвид А. Форсайт, Жан Понс. Компьютерное зрение. Современный подход. – М.: Уильямс, 2004. – 928 с
9. Визильтер Ю., Желтов С., Бондаренко А., Ососков М., Моржин А. Обработка и анализ изображений в задачах машинного зрения. – М.: Физматкнига, 2010. – 688 с.
10. Фоли Дж., Вен Дем А., Основы интерактивной машинной графики. Кн. 2 / Пер. с англ. В.А. Галактионова, Ю.М. Лазутина, А.Н. Родинко. – М.: Мир, 1985. – 368 с.
11. Wacom Bamboo One. Руководство пользователя для Windows и Macintosh: Русская версия 1.0. – М., 2007. – 55 с.

ТЕХНОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНОГО САМОРОЗВИТКУ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

(Терещук В.А.)

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури та узагальнення досвіду підготовки майбутніх учителів фізичної культури у вищих навчальних закладах вказують на існування суперечностей, які гальмують ефективність підготовки майбутніх учителів фізичної культури і виникають, зокрема, між: зростаючими вимогами держави до ефективної підготовки майбутніх учителів фізичної культури у вищих навчальних закладах і низьким рівнем розвитку їхнього творчого потенціалу; між орієнтацією на нові моделі та форми організації навчально-виховного процесу в національній вищій школі в умовах модернізації вищої освіти та традиційною професійно-педагогічною культурою викладачів; між традиційним уявленням викладачів про розвиток студентської молоді та нагальною потребою на сьогоднішній день в професійно-особистісному саморозвитку майбутніх учителів фізичної культури на рефлексивній основі.

Проблеми підготовки педагогічних кадрів, розвитку їхніх важливих професійних якостей, знань, умінь, навичок висвітлюються в різних дослідженнях вітчизняних та зарубіжних авторів. Серед них визначаються напрями, що відображають такі аспекти: вивчення творчої особистості, здібностей, характерних рис (М. Лазарєв, М.Поташник, Н. Посталюк та ін.); дослідження шляхів й методів щодо професійного становлення вчителя (Ю. Бабанський, Ю. Бойчук, І. Зязюн, Н. Кузьміна, С. Сисоєва та ін.); проблеми акмеології досліджували О. Анісімов, Є. Богданов, В. Вакуленко, А. Деркач, Н. Кузьміна, А. Реан, І. Семенов, М. Сікач, А. Ситніков, С. Степанов та ін.; філософсько-антропологічний, філософсько-епістемологічний, філософсько-соціологічний, філософсько-етичний аспекти

усвідомленого саморозвитку особистості розробляли Є. Андрос, Г. Глезерман, В. Кисельов, С. Ковальов, І. Кон, О. Кочетов, Н. Лукашевич, П. Симонов, Д. Шимановський та ін.

При розробці технологічної моделі формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку ми спиралися на висновки дисертаційних досліджень вчених, які пов'язані з темою нашого дослідження. Підґрунтям для нашого дисертаційного дослідження стали дисертаційні дослідження вчених як: Л. Демінська – аксіологічні засади професійно-педагогічної підготовки майбутніх учителів фізичного виховання [1], Н. Кічук – формування творчої особистості вчителя в процесі професійної підготовки [2]; С. Кубрак – педагогічні умови професійного саморозвитку майбутнього вчителя філологічного профілю засобами інформаційних технологій [3]; О. Слободян – творчий саморозвиток особистості студентів педагогічного коледжу в процесі вивчення культурологічних дисциплін [4]; Л. Сущенко – теоретико-методологічні засади професійної підготовки майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту у вищих навчальних закладах [5]; Т. Шестакова – формування майбутніх педагогів до професійного самовдосконалення [6] та ін.

Сучасна система професійної освіти в Україні висуває якісно нові вимоги до підготовки майбутніх фахівців будь-якої спеціальності. Сьогодні нашому суспільству дуже потрібні насамперед ініціативні, творчі та самостійні спеціалісти, котрі є здатними до систематичного оновлення знань, розширення навичок і умінь, а також готових у процесі постійно удосконалювати себе та свою професійну діяльність відповідно до потреб сучасного суспільства. Важливим аспектом є те, що нормативно зміст професійної компетентності педагога будь-якої спеціальності визначається в першу чергу кваліфікаційною характеристикою. Отже, кваліфікація – це фактично нормативно-оцінна характеристика фахівця, якого потребує суспільство в сучасних умовах.

Освітньо-кваліфікаційна характеристика бакалавра відображає соціальне замовлення на підготовку фахівця з урахуванням аналізу професійної діяльності та вимог до змісту вищої освіти з боку держави та окремих замовників фахівців; установлює галузеві кваліфікаційні вимоги до соціально-виробничої діяльності випускників вищого навчального закладу та освітньо-кваліфікаційного рівня і державні вимоги до властивостей та якостей особи, яка здобула певної освітній рівень відповідного фахового спрямування. Отже, цей стандарт поширюється на систему вищої освіти, зокрема, вищі навчальні заклади всіх форм власності, де готують фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра з фізичного виховання. Цей стандарт установлює: 1) професійне призначення й умови використання випускників вищих навчальних закладів певної спеціальності та освітньо-кваліфікаційного рівня у вигляді переліку первинних посад, виробничих функцій та типових задач діяльності; 2) освітні та кваліфікаційні вимоги до випускників вищих навчальних закладів у вигляді переліку здатностей та

умінь вирішувати задачі діяльності; - вимоги до атестації якості освіти та професійної підготовки випускників вищих навчальних закладів.

Виходячи з аналізу навчального плану, освітньо-професійної програми освітньо-кваліфікаційної характеристики майбутній вчитель фізичної культури повинен мати відповідну соціально-гуманітарну, фундаментальну, природничо-наукову, загальноекономічну, професійну теоретичну та практичну підготовку, а також уміти вирішувати різні проблеми та завдання педагогічної діяльності, а тому й вимоги до цих фахівців більш високі.

Проведений теоретичний аналіз дозволив на засадах системного підходу розробити технологічну модель формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

На підставі вивчення освітньо-професійної програми, освітньо-кваліфікаційної характеристики та концептуальних документів щодо підготовки майбутніх учителів фізичної культури нами розроблена технологічна модель формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

Отже, систематизація отриманих матеріалів у ході нашого дослідження дозволила розробити педагогічну структурно-функціональну модель формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку, котра включає взаємопов'язані блоки: цільовий, теоретико-методологічний, організаційно-змістовий, оцінювально-результативний.

Уважаємо за потрібне більш детально зупинитися на характеристиці блоків (компонентів) запропонованої нами структурно-функціональної моделі формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

Цільовий блок. На основі соціального замовлення сучасного суспільства і досягнень педагогічної науки нами визначено стратегічні мета, а також завдання навчально-виховного процесу, спрямованого на формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

У першому цільовому блоці педагогічної моделі визначену мету даного процесу: забезпечення високого рівня готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку. Отже, саме вона насамперед є головним вектором щодо напрямку подальшого моделювання, їй безпосередньо підпорядковуються решта компонентів структурно-функціональної моделі.

Теоретико-методологічний блок містить методологічні підходи та принципи досягнення поставленої нами мети.

Концептуальними засадами формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку були наступні наукові підходи: акмеологічний, ресурсний, особистісно-орієнтований, культурологічний, аксіологічний, системно-синергетичний, ініціюючий. Загальнофілософські та загальнонаукові методологічні орієнтири наукового дослідження щодо професійно-особистісного саморозвитку майбутніх

учителів фізичної культури убачаємо насамперед в орієнтації на наступні сучасні наукові підходи, а саме:

акмеологічний, що забезпечує формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку, орієнтованих на досягнення вершин професіоналізму особистості, зокрема, власного професійного „акме”; акмеологічна професійна позиція фахівця підвищує якість його продуктивної діяльності, зокрема, від репродуктивного до системно-моделюючого розвитку особистості; акмеологічний підхід спрямовується на дослідження факторів, умов, критеріїв готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку, обґрунтування педагогічних умов, що сприяють формуванню готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку;

ресурсний, який передбачає усвідомлення своїх потенційних ресурсних можливостей індивіда; досягнення особистості в освітньому процесі розглядаються з урахуванням реалізації індивідуальних потенційних ресурсних можливостей, а також змін, які саме й відбулися в суб'єктному досвіді; прояв інтересу до власних ресурсних можливостей, а також спрямованості на саморозвиток; в організації розумової праці студентів: активність у самостійному оволодінні знаннями, вміннями, а також прагнення їх використовувати в навчальній діяльності, зокрема, користування підручником, планувати, заощаджувати час тощо; виявлення самостійності, наполегливості, а також дисциплінованості; посилення вимогливості до себе, до результатів своєї праці, що безпосередньо пов'язано з самовихованням, а також самоосвітою; розвиток індивідуальних потенційних можливостей людини, а також пізнавальних процесів (увага, пам'ять, мислення, сприйняття.); підвищення працездатності людини та тривале збереження рівня працездатності тощо;

особистісно-орієнтований, який передбачає максимальний розвиток індивідуальних особливостей людини шляхом залучення її до різних видів діяльності; забезпечує активізацію процесу саморозвитку особистості; залучення студента до самоосвіти як важливого засобу становлення особистості, що насамперед передбачає оволодіння різними методами самоосвітньої пізнавальної діяльності, а також сприяє підвищенню рівня освіченості майбутнього фахівця; забезпечує активізацію процесів самовиховання; передбачає передусім посилену увагу до внутрішнього світу особистості, її духовності; забезпечує пізнання, розуміння, а також розвиток на самореалізацію особистості майбутнього спеціаліста в цілісності та гармонійності; забезпечує пізнання, розуміння, а також розвиток на самореалізацію особистості майбутнього учителя фізичної культури в цілісності та гармонійності;

системно-синергетичний, котрий дозволяє розглядати з позицій синергетики особистісний розвиток педагога і майбутнього учителя фізичної культури як планомірно-поступовий, лінійний, безконфліктний процес, а також як процес, який супроводжується різними суперечностями, котрі

зумовлюють трансформацію саме ціннісних орієнтацій, самопізнавальну, а також самовиховну активність; ґрунтується на домінуванні в освітній діяльності саме самоосвіти, самоорганізації та самоврядуванні та полягає в стимулюючому впливові в процесі навчальної діяльності на суб'єкт з метою його саморозкриття, а також самовдосконалення; педагогічна синергетика надає нові можливості щодо розробки проблем освітньо-виховних систем, розглядаючи їх з позиції „відкритості”, а також співтворчості та орієнтації саме на саморозвиток забезпечує формування системного мислення в майбутніх педагогів в процесі навчання сприяє в подальшій фаховій діяльності вмінню варіативно будувати, а також коригувати професійно-педагогічну діяльність; передбачає перебудову змісту, а також методів навчання й виховання з орієнтацією на людину як цілісність духовного, біологічного, соціального, психічного, фізичного аспектів, космопланетарний феномен, що насамперед сприяє до розроблення нової концепції духовного розвитку людини;

ініціюючий, котрий передбачає спонукання студентів до самостійної побудови успішного власного життєвого шляху; передбачає спонукання студентів працювати самостійно, а також активне прагнення до самоосвіти; сприяє формуванню мотивації досягнення успіху, а також суб'єктивної позиції особистості; основними структурно-функціональними ознаками ініціативності є найвища форма активності, новаторство у своїх справах, особистісне починання, відповідальність за свої ідеї та вчинки, а також здатність і воля людини до реалізації запропонованого; забезпечує розвиток якостей особистості, а саме: активності, волі, самостійності, цілеспрямованості, самодисципліни, що сприятиме формуванню готовності до професійно-особистісного саморозвитку;

культурологічний, дозволяє дослідити соціальні, педагогічні, психологічні та інші об'єкти, а також явища через призму феномену культури, котра розглядається як багаторівнева ієрархічна система; являє собою сукупність теоретико-методологічних положень й організаційно-педагогічних заходів, які спрямовані саме на забезпечення умов для оволодіння майбутнім вчителем фізичної культури змістом професійно-педагогічної культури, а також розвитку вчителя як її суб'єкта; передбачає застосування феномена культури в якості головного в контексті розуміння, пояснення педагогічних явищ і процесів, що стосуються формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку; забезпечує взаємозв'язок професійно-духовних цінностей викладача вищої школи та культурно-освітнього середовища, спрямовує майбутніх учителів фізичної культури на культуротворчість й культурозбереження у процесі навчання;

аксіологічний, вимагає розглядати процес розвитку духовної культури майбутніх учителів фізичної культури через ціннісно-сміслові ставлення особистості до власної професійно-педагогічної діяльності, до своїх духовних і професійно важливих педагогічних якостей; дозволяє у навчально-виховному процесі перенести акцент безпосередньо з нескінченного

вдосконалення традиційного змісту, форм і методів роботи на розробку, а також створення умов педагогічного затребування саме духовно-ціннісних особистісних якостей вчителя.

У контексті нашого дослідження варто зазначити, що підготовка майбутніх учителів фізичної культури в вищих навчальних закладах ґрунтується на певних закономірностях, а саме: зростання суб'єктності індивіда, спрямованості саморозвитку особистості, індивідуального характеру та основоположних принципах, що насамперед зумовлюють зміст, методи, засоби, а також форми організації навчального процесу з метою – забезпечення високого рівня готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

У контексті нашого дослідження зазначимо, що найбільш важливими загальнодидактичними принципами є: принцип науковості навчання; принцип свідомості, активності, самостійності особистості; принцип систематичності та послідовності; принцип зв'язку теорії з практикою (з життям).

У контексті нашого дослідження зі специфічних принципів щодо формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку виокремлено такі: принцип динамічності; принцип неперервності; принцип суб'єктності; принцип гуманістичної спрямованості; принцип рефлексивної спрямованості; принцип акмеологічної спрямованості; принцип цілеспрямованості; принцип саморегуляції; принцип креативності.

Отже, дидактичні та специфічні принципи у дійсному процесі навчання виступають насамперед у взаємозв'язку один з одним, і функціонують саме як цілісна система. На наш погляд, тому будь-який принцип у процесі навчання майбутніх учителів фізичної культури набуває свого дійсного значення тільки у зв'язку з іншими.

Організаційно-змістовний блок містить у собі структурні компоненти готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку (мотиваційно-вольовий, морально-ціннісний, когнітивно-інтелектуальний, комунікативний, фізичний, креативно-діяльнісний, особистісний), педагогічні умови, дисципліни, форми, методи навчання, засоби та етапи щодо формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

Відповідно до педагогічної моделі формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку та базуючись на результатах констатувального експериментального дослідження, нами було визначено та обґрунтовано педагогічні умови формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку, а саме: організаційно-методичні умови (зовнішні): створення у процесі навчання студентів акмеологічного, позитивного емоційно-сприятливого освітнього середовища; спрямування змістового забезпечення процесу фахової підготовки майбутніх учителів фізичної культури на формування і розвиток професійно-значущих

особистісних якостей студентів; використання сучасних педагогічних технологій навчання, що сприяють набуттю досвіду діяльності, котра саморозвиває в професійно-особистісному аспекті; формування у майбутніх учителів фізичної культури вмінь щодо складання власної програми професійно-особистісного саморозвитку на будь-якому етапі його професійної діяльності; уведення в навчально-виховний процес постійнодіючих спецкурсів, семінарів, тренінгів, гуртків, спрямованих на формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку. Внутрішні умови (індивідуально-творчі): створення настанови майбутніх учителів фізичної культури на професійно-особистісний саморозвиток особистості в процесі фахової підготовки; забезпечення теоретичної та практичної самопідготовки майбутніх учителів фізичної культури до реалізації процесу професійно-особистісного саморозвитку особистості; створення власної траєкторії професійно-особистісного саморозвитку майбутніх учителів фізичної культури в межах суб'єкт-суб'єктних відносин у вищому навчальному закладі.

У контексті нашого дослідження незважаючи на те, що дуже важливими у формуванні готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку є три блоки навчальних дисциплін – соціально-гуманітарний; фундаментальний, природничо-науковий та загальноекономічний; професійний та практичний, – у процесі наукового дослідження домінантними було визнані дисципліни професійного та практичного циклу, педагогічну практику (навчальну-виховну), педагогічну практику в літніх таборах, педагогічну практику (виробничу).

Нами було виокремлено п'ять послідовних етапів технології формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

Перший етап – *адаптаційно-ознайомчий*. Метою адаптаційно-ознайомчого етапу є розвиток у майбутніх учителів фізичної культури ціннісного усвідомлення щодо необхідності цілеспрямованого, поступового та умотивованого професійно-особистісного саморозвитку. Для розв'язання завдань цього етапу технології формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку використовували наступні методи: проблемні завдання, тренінги, бесіди, рольові ігри, імітаційні ігри, портфоліо (конкретні ситуації), педагогічна рефлексія, проектування, розв'язання педагогічних ситуацій, робота з професійним автопортретом тощо; форми: аудиторні та позааудиторні заняття, практичні заняття, самостійна робота, педагогічна практика.

Другий етап – *пошуково-інформаційний*. Метою пошуково-інформаційного етапу є насамперед активна теоретико-інтегративна та акмеологічно спрямована професійна підготовка майбутніх учителів фізичної культури, підвищення рівня професійно спрямованих знань про професійно-особистісний саморозвиток, а також володіння проектувально-педагогічними знаннями й уміннями (самопроектування). Для розв'язання поставлених завдань цього етапу використовували наступні методи: метод проектів

(підготовка творчих проектів, укладання портфоліо, проблемний виклад, написання сценаріїв спортивно-мистецьких заходів і спортивних свят з урахуванням особливостей виховної роботи з застосуванням фізичної культури, ведення щоденника самоспостережень щодо професійно-особистісного саморозвитку, дослідницькі завдання, створення програми професійно-особистісного саморозвитку, аналіз відеоситуацій тощо, форми: лекції, практичні, самостійна робота, індивідуальні консультації тощо; засоби: ІКТ, мультимедійні презентації, екранно-звукові, а саме: навчальні фільми).

Третій етап – *практично-орієнтований*. Метою практично-орієнтованого етапу є розвиток у майбутніх учителів фізичної культури практичних умінь та навичок для професійно-особистісного саморозвитку; розвиток професійно-особистісних якостей, важливих для професійно-особистісного саморозвитку в подальшій професійно-педагогічній діяльності. В даному контексті для розв’язання завдань практично-орієнтованого етапу технології формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку нами були застосовані наступні методи: аналіз практичних професійних ситуацій, вправи, рольові ігри, моделювання професійних ситуацій, метод проектів, укладання власного портфоліо; форми: лекції та практичні заняття, самостійна робота, індивідуальні консультації, тренінг професійно-особистісного саморозвитку, науково-дослідна робота, а також науково-практичні конференції. Формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку відбувалось у процесі навчання під час проведення аудиторних та практичних занять, педагогічної практики (навчально-виховної), педагогічної практики в літніх таборах, педагогічної практики (виробничої) та науково-дослідницької діяльності (підготовка проектів за проблематикою професійно-особистісного саморозвитку, рефератів, курсових, а також дипломних робіт тощо).

Четвертий етап – *оцінно-рефлексивний*. Метою оцінно-рефлексивного етапу є розвиток спрямованості майбутніх учителів фізичної культури на самоаналіз, самооцінку професійно-особистісного саморозвитку, а також закріплення на практиці нових способів дій в контексті професійно-особистісного саморозвитку. Для розв’язання завдань оцінно-рефлексивного етапу технології формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку ми використовували у дослідженні наступні методи: аналіз практичних ситуацій, самостійні творчі завдання, інтерактивні вправи на розвиток рефлексивних умінь, складання сценаріїв уроків з наступним прогностичним самоаналізом, навчально-дослідні завдання та ін., а також форми: самостійна і індивідуальна робота, науково-дослідна робота, індивідуальні консультації, педагогічна практика (навчально-виховна), педагогічна практика в літніх таборах, педагогічна практика (виробнича) тощо.

П’ятий етап – *регулятивно-коригувальний*. Метою регулятивно-коригувального етапу є розвиток у майбутніх учителів фізичної культури регулювати та коригувати професійно-особистісний саморозвиток, а також

прогнозувати напрями щодо подальшого професійно-особистісного саморозвитку.

У даному контексті для розв'язання завдань регулятивно-коригувального етапу технології формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку застосовували у процесі підготовки наступні форми і методи: вправи, самостійна та індивідуальна робота, пошук інформації у мережі Інтернет тощо.

Оцінювально-результативний блок поєднує компонентну структуру (мотиваційно-вольовий, морально-ціннісний, когнітивно-інтелектуальний, комунікативний, фізичний, особистісний, інформаційно-пізнавальний; організаційно-діяльнісний, рефлексивно-оцінний) готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку, критерії готовності (цілемотиваційний, когнітивно-інтелектуальний, діяльнісно-рефлексивний, творчо-особистісний), рівні: низький (елементарний), середній (репродуктивний), високий (творчий) та кінцевий результат. Передбачуваним результатом щодо реалізації структурно-функціональної моделі є позитивна динаміка готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

Як показали результати проведеного констатувального етапу педагогічного експерименту, виявилася закономірний зв'язок між готовністю до професійно-особистісного саморозвитку та рівнем навчально-професійної мотивації майбутніх учителів фізичної культури, наявністю у них інтересу до навчання.

Нами було з'ясовано, що готовність до професійно-особистісного саморозвитку значно краще формується у студентів з позитивною навчально-професійною мотивацією, з зацікавленням ставленням до навчання та самоосвіти. За результатами анкетування на початку констатувального етапу педагогічного експерименту в контрольній групі дуже позитивну власну установку на подальшу педагогічну діяльність мали — 8%, позитивну — 20%, негативну — 18%, не визначилися — 28%, важко відповісти — 24%. В експериментальній групі дуже позитивну власну установку на подальшу педагогічну діяльність мали — 6%, позитивну — 18%, негативну — 21%, не визначилися — 32%, важко відповісти — 28%. Отже, ми бачимо, що проблема формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку впливає з більш широкої проблеми готовності до отримання освіти за фахом, наскільки студент достатньо готовий, вміє вчитися у процесі професійної підготовки, а також наскільки відчуває в цьому власну потребу.

Обробка результатів анкетування серед 480 студентів I – IV курсів засвідчила: аналіз матеріалів анкетування майбутніх учителів фізичної культури показав, що рівень викладання дисциплін спеціальності в вищому навчальному закладі дуже високий — 34,2%; високий — 53,3 %; достатній — 8,3; важко відповісти — 4,2%. Рівень практичної підготовки в вищому навчальному закладі: дуже високий — 66,7%; високий — 30,0%; достатній — 3,3%.

На запитання «Що, на ваш погляд, заважало Вам вчитися краще в ВНЗ?» недостатній професійний рівень викладачів – 5%; відсутність сучасних підручників з фахових дисциплін – 8,3%; невдалий вибір спеціальності та відсутність позитивної мотивації на навчання – 17,5%; відсутність навичок самоосвіти та організації самостійної роботи – 50,9%; недостатня фахова підготовка з професійно орієнтованих дисциплін – 11,7%; важко відповісти – 6,6%.

На запитання «Чи активно ви займалися науково-дослідною роботою?»: так – 5,9 %; скоріше так, чим ні – 12,1%; скоріше ні, чим так – 27,1%; важко сказати – 8,3%; ні – 46,6 %.

Аналіз матеріалів анкетування майбутніх учителів фізичної культури показав, що рівень викладання дисциплін спеціальності в вищому навчальному закладі дуже високий – 17,6%; високий – 50,0%; достатній – 18,3%; задовільний – 10,8%; важко відповісти – 3,3%. Рівень практичної підготовки в вищому навчальному закладі: дуже високий – 66,7%; високий – 30,0%; достатній – 3,3% .

На запитання «Чи здійснилися Ваші сподівання щодо організації та результатів фахової підготовки в університеті?»: так – 30,2%; скоріше так, чим ні – 33,3 %; скоріше ні, чим так – 12,5%; важко відповісти – 14,6% ; ні – 9,4%.

На запитання «Чи задоволені ви програмою підготовки за спеціальністю в університеті?»: так – 30,4%; скоріше так, чим ні – 30,9%; скоріше ні, чим так – 13,5%; важко відповісти – 16,9%; ні – 8,3%.

На запитання «Чи вважаєте ви себе професійно розвиненою особистістю?»: так – 14,6%; скоріше так, чим ні – 12,7%; скоріше ні, чим так – 33,3%; важко сказати – 29,2%; ні – 10,2%.

На запитання «Чи відчуваєте ви впевненість в реалізації власних професійних намірів на сучасному ринку праці?»: так – 14,1%; скоріше так, чим ні – 12,9%; скоріше ні, чим так – 33,9 %; важко сказати – 30,2%; ні – 8,8%. На запитання «Що заважає вам відчувати впевненість в реалізації ваших професійних намірів на сучасному ринку праці?»: брак знань зі спеціальності для подальшого професійного росту – 14,8%; невдалий вибір спеціальності та професії – 2,5%; недостатня практична підготовка в ВНЗ – 12,9%; недостатня сформованість вмінь самоосвіти – 69,8%.

Поняття «професійно-особистісний саморозвиток» та його сутність можуть розкрити тільки 14% респондентів, у загальних рисах – 66%, а 20% майбутніх учителів фізичної культури узагалі не розуміють, як відповісти на це питання.

Майбутні вчителі фізичної культури трактують поняття «професійно-особистісний саморозвиток» як «розвиток професійно важливих якостей», «удосконалення фізичних й духовних якостей», «розвиток потенційних можливостей людини», що свідчить про необхідність у контексті нашого дослідження формування в них більш повного розуміння поняття «професійно-особистісний саморозвиток».

На запитання «Ваші наміри щодо професійної педагогічної діяльності по завершенні навчання за ОКР бакалавра?»: продовжити навчання за ОКР спеціаліста або магістра в своєму ВНЗ – 8,3%; продовжити навчання за ОКР спеціаліста або магістра в іншому ВНЗ – 10%; маю наміри працювати в закладі освіти – 25%; маю наміри працювати не за профілем – 18,8%; важко відповісти – 37,9%.

На запитання «Визначте власну установку на подальшу педагогічну діяльність?»: дуже позитивна – 33,3%; позитивна – 37,5%; в цілому позитивна – 4,2%; негативна – 16,6%; не визначено – 4,2% ; важко відповісти – 4,2%.

У контексті нашого дослідження зазначимо ще питання, котрі викликали у майбутніх учителів фізичної культури труднощі: «На ваш погляд, які фактори сприяють професійно-особистісному саморозвитку?», «Ви знаєте що-небудь про методи, правила самоосвіти, самовиховання, самовдосконалення особистості?», «Чи відомі Вам шляхи та засоби для ефективного професійно-особистісного саморозвитку?».

За результатами анкетування з'ясовано, що більша частина респондентів (64,1%) не змогла чітко дати відповідь на ці запитання.

На запитання «Чи задоволені Ви професійно-особистісним рівнем саморозвитку?»: 11,6% респондентів відповіли, що «задоволений», 25,1% майбутніх учителів фізичної культури відповіли, що «не задоволений та над цим мені треба обов'язково працювати», 63,3% студентів відповіли, що „зовсім не замислювався над цим”.

На запитання «Чи займаєтесь Ви професійно-особистісним саморозвитком?» 72,5% респондентів зазначили, що «не займаюся»; 2,3% «постійно займаюся»; 11,6% студентів відповіли «переодично займаюся»; 13,6% майбутніх учителів фізичної культури відповіли, що «планую займатися, але в подальшій фаховій діяльності».

За результатами констатувального етапу педагогічного експериментального дослідження згідно з указаними критеріями та показниками було визначено, що 61,6% респондентів недостатньо мотивовані до професійного вдосконалення, не проявлять активності, прагнення до саморозвитку власних якостей; 67,5% студентів мають обмежені знання методик і технологій для професійно-особистісного саморозвитку; 69,2% майбутніх учителів фізичної культури слабо володіють організаційно-діяльнісними, проектно-конструктивними, комунікативними, спеціальними професійними, рефлексивними вміннями; 69,2% майбутніх учителів фізичної культури не має здатність до усвідомлення статусного зростання особистісного сенсу власного професійного розвитку; не проявляє інтерес до фізичного вдосконалення, а також не має бажання виховати у себе такі вольові якості, як ініціативність, цілеспрямованість, принциповість, старанність, наполегливість, самостійність тощо; погано володіє спеціальними методами, прийомами особистісного самовираження та саморозвитку різними засобами протистояння професійним деформаціям особистості; слабо володіє способами розвитку індивідуальності в своїй

професійної діяльності; слабо володіє знаннями, уміннями за умови ініціативи самої особистості.

Отже, проаналізуємо результати дослідження, котрі було нами отримано на формуальному етапі педагогічного експерименту.

У контрольній групі на початок педагогічного експерименту *високий рівень* за мотиваційно-цільовим критерієм мали 15,0% студентів, на кінець – мали 15,0% студентів, *середній рівень* мали – 25,8% студентів, на кінець – 28,3% студентів, *низький рівень* мали на початок – 59,2% студентів, на кінець – 56,7% студентів. В експериментальній групі на початок педагогічного експерименту *високий рівень* за мотиваційно-цільовим критерієм мали 14,2% студентів, на кінець 40,8% студентів; *середній рівень* становив на початок – 25,0% студентів, на кінець – 55,9% студентів; *низький рівень* становив на початок – 60,8% студентів, на кінець – 3,3% студентів.

Збільшилась кількість студентів з *високим рівнем* за мотиваційно-цільовим критерієм в експериментальній групі – на 26,6% студентів. Зменшилась кількість студентів з *високим рівнем* за мотиваційно-цільовим критерієм в контрольній групі – на 2,5% студентів.

Збільшилась кількість студентів з *середнім рівнем* за мотиваційно-цільовим критерієм в експериментальній групі – на 30,09% студентів, в контрольній групі – на 2,5% студентів.

Зменшилась кількість студентів з *низьким рівнем* за мотиваційно-цільовим критерієм в експериментальній групі на – 57,5% студентів, а в контрольній групі на – 2,5% .

Отже, порівняльний аналіз рівнів сформованості готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку за мотиваційно-цільовим критерієм на початок і на кінець педагогічного експерименту свідчить про позитивні зміни у експериментальній групі.

У контрольній групі на початок педагогічного експерименту *високий рівень* за когнітивно-інтелектуальним критерієм мали 8,3% студентів, на кінець – 8,3% студентів; *середній рівень* мали на початок – 24,2% студентів, на кінець – 25,8% студентів; *низький рівень* мали на початок – 67,5% студентів, на кінець – 65,9% студентів. В експериментальній групі *високий рівень* за когнітивно-інтелектуальним критерієм мали на початок педагогічного експерименту становив 6,7% студентів, на кінець – відповідно 35,8% студентів; *середній рівень* мали на початок – 25,0% студентів, на кінець – 59,2% студентів; *низький рівень* мали на початок – 68,3% студентів, на кінець – 5,0% студентів.

Збільшилась кількість студентів з *високим рівнем* за когнітивно-інтелектуальним критерієм в експериментальній групі – на 29,1% студентів, а в контрольній групі цей показник лишився незмінним.

Збільшилась кількість студентів з *середнім рівнем* за когнітивно-інтелектуальним критерієм в контрольній групі – на 1,6% студентів, в експериментальній групі – на 34,2% студентів.

Зменшилася кількість студентів з *низьким рівнем* за когнітивно-інтелектуальним критерієм в контрольній групі – на 1,6% студентів, в експериментальній групі – на 63,3% студентів.

Отже, порівняльний аналіз рівнів сформованості готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку за когнітивно-інтелектуальним критерієм на початок і на кінець педагогічного експериментального дослідження свідчить про позитивні зміни у експериментальній групі.

У контрольній групі на початок педагогічного експерименту *високий рівень* за діяльнісно-рефлексивним критерієм мали 6,7% студентів, на кінець – 14,2% студентів, *середній рівень* на початок мали 24,1% студентів, на кінець – 31,7% студентів, *низький рівень* на початок мали 69,2% студентів, на кінець – 54,1% студентів. В експериментальній групі *високий рівень* за діяльнісно-рефлексивним критерієм на початок педагогічного експерименту мали 5,0% студентів, на кінець – відповідно 46,6% студентів, *середній рівень* мали на початок – 25,0% студентів, на кінець – 49,2% студентів, *низький рівень* мали на початок – 70,0% студентів, на кінець – 4,2% студентів.

Зменшилась кількість студентів з *високим рівнем* за діяльнісно-рефлексивним критерієм в контрольній групі – на 2,94% студентів, в експериментальній групі – на 4,88% студентів. Збільшилась кількість студентів з *середнім рівнем* за діяльнісно-рефлексивним критерієм в контрольній групі – на 7,5% студентів, а в експериментальній групі – на 41,6% студентів. Зменшилась кількість студентів з *низьким рівнем* за діяльнісно-рефлексивним критерієм в контрольній групі на 15,1% студентів, в експериментальній групі на 65,8% студентів.

Отже, порівняльний аналіз рівнів сформованості готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку за діяльнісно-рефлексивним критерієм на початок і на кінець педагогічного експериментального дослідження свідчить про позитивні зміни у експериментальній групі.

У контрольній групі на початок педагогічного експерименту *високий рівень* за творчо-особистісним критерієм мали 7,5% студентів, на кінець – 11,7% студентів, *середній рівень* мали на початок – 22,5% студентів, на кінець – 31,7% студентів, *низький рівень* становив на початок – 70,0% студентів, на кінець – 56,2% студентів. В експериментальній групі *високий рівень* за особистісним критерієм мали на початок педагогічного експерименту мали 7,5% студентів, на кінець – відповідно 47,5% студентів, *середній рівень* становив на початок – 23,3% студентів, на кінець – 48,3% студентів, *низький рівень* становив на початок – 69,2% студентів, на кінець – 4,2% студентів. Збільшилась кількість студентів з *високим рівнем* за творчо-особистісним критерієм в контрольній групі – на 4,2% студентів, в експериментальній групі – на 40,0% студентів. Збільшилась кількість студентів з *середнім рівнем* за творчо-особистісним критерієм в контрольній групі – на 9,2% студентів, а в експериментальній групі – на 25,0% студентів.

Зменшилась кількість студентів з *низьким рівень* за творчо-особистісним критерієм в контрольній групі на 13,4% студентів, в експериментальній групі на 65,0% студентів.

Отже, порівняльний аналіз рівнів за творчо-особистісним критерієм на початок і на кінець педагогічного експериментального дослідження свідчить про позитивні зміни у експериментальній групі.

Аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи засвідчив досягнення більшістю студентів експериментальної групи високого та середнього рівнів готовності до професійно-особистісного саморозвитку за всіма критеріями (мотиваційно-цільовим, когнітивно-інтелектуальним, діяльнісно-рефлексивним, творчо-особистісним) та відсутність такої результативності в контрольній групі, у якій в контексті традиційного навчання не приділялася увага формуванню готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

Отже, результати проведеного педагогічного експерименту підтвердили, що виявлені й запропоновані нами організаційно-методичні та внутрішні (індивідуально-творчі) педагогічні умови формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку є ефективними та дозволяють якісно та продуктивно вирішувати окреслену проблему ефективної професійної підготовки.

Подальші дослідження передбачається в напрямку вивчення інших проблем щодо формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійно-особистісного саморозвитку.

Список використаних джерел

1. Deminskaya L.O. Axiological bases of vocational and pedagogical preparation of future teachers of physical education: diss. ... Dr. Ped. Sciences: 13.00.04. – Kiev: Un-t them. Boris Grinchenko. – K., 2014. - 300 s.
2. Kichuk NV Formation of the teacher's creative personality in the process of university vocational training: author's abstract: diss. ... Dr. Ped. Sciences: 13.00.01; Research Institute of Pedagogy of Ukraine. - K., 1993. - 30 p.
3. Kubrak SV Pedagogical conditions of professional self-development of the future teacher of the philological profile by means of information technologies: Diss. ... Candidate ped. Sciences: 13.00.04. - Zhitomir, 2012. – 268 s.
4. Slobodyan O.P. Creative Self-Development of the Personality of the Students of the Pedagogical College in the Process of Studying Culturological Disciplines: diss. ... Candidate ped. Sciences: 13.00.04. - Lugansk, 2004. – 297 s.
5. Sushchenko L.P. Theoretic and methodological principles of professional training of future specialists in physical education and sport in higher educational institutions: diss. ... Dr. Ped. Sciences: 13.00.04; Institute of Pedagogics and Psychology prof. Education of the Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine. - K., 2003. - 469 p.
6. Shestakova T.V. Formation of future teachers to professional self-improvement: author's abstract: diss. ... Candidate ped Sciences: 13.00.04. – K., 2006. - 22 p.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

(Левицька Л.В., Швед М.І., Цуглевич Л.В.)

Формування сучасних негативних медико-демографічних тенденцій в Україні насамперед відбувається за рахунок серцево-судинних захворювань (ССЗ). Саме вони істотно впливають на основні показники здоров'я: захворюваність, смертність, інвалідність, тривалість та якість життя населення. За останні роки частка померлих від хвороб системи кровообігу поступово зростала і досягла в 2015 р. 68,0% [1].

Перше місце в структурі смертності хвороб системи кровообігу традиційно займає ішемічна хвороба серця (ІХС), питома вага якої збільшилась від 66,6% в 2005 році до 68,9% у 2015 році, причому показники смертності від ІХС за цей період серед осіб працездатного віку залишалися стабільно високими. Гострий інфаркт міокарда (ІМ) на сьогодні є однією з головних причин смертності, а ризик подальших серцево-судинних ускладнень, включаючи рецидив інфаркту міокарда, раптову серцеву смерть, серцеву недостатність та інсульт для тих, хто переживає гострий інфаркт міокарда, є істотними навіть у епоху оптимального стратегії реперфузії [2; 3; 4; 5].

Глибший аналіз показників смертності від ІХС серед країн Європи, показує, що лідируючі позиції на сьогодні займає саме Україна – 45,2% від усіх смертей, в той час, як у Німеччині цей показник становить – 15,5%, в Італії – 12,6%, Польщі – 12,1%, Франції – 6,8%. Причому, найвища частка летальних випадків (26,9%) та інвалідизації саме у молодому віці спричиняє її гостра форма – інфаркт міокарда. Дані офіційної статистики вказують на те, що на 100 тис. населення в нашій країні реєструється 135,7 випадків гострого та повторного ІМ, в тому числі серед осіб працездатного віку – 56,0 випадків [6].

Незважаючи на те, що показник смертності від ІХС в Україні є найвищим в Європі, смертність від ІМ, в нашій країні є значно нижчою – 26,9 на 100 тис. населення, тоді як, до прикладу, в Польщі – 46,2; Італії – 49; Німеччині – 67,9. Цей факт аж ніяк не означає, що в українській популяції люди від інфаркту міокарда вмирають значно рідше, ніж в країнах Західної Європи, а лише свідчить про недостатнє виявлення ІМ в Україні [4; 6].

За даними Американської Асоціації Серця, протягом 6 років після перенесеного ІМ у 35% жінок і 18% чоловіків виникає повторний ІМ, при цьому 46% жінок і 22% чоловіків стають інвалідами через розвиток тяжкої серцевої недостатності. Це, в свою чергу, призводить до значних соціально-економічних витрат на лікування та реабілітацію хворих даної категорії, а також на витрати по соціальному забезпеченню інвалідів, частка яких серед всіх дорослих осіб з інвалідністю складає 50 % [7].

Численними дослідженнями доведено, що найбільш ефективними в плані попередження розвитку ССЗ є програми саме первинної профілактики, які включають модифікацію способу життя з відповідною корекцією факторів ризику. Це пояснює зниження показників смертності від ССЗ у економічно розвинутих країнах світу [8]. Проте незаперечною залишається ефективність

кардіореабілітаційних програм, в першу чергу, серед хворих після перенесеного ІМ, операцій на серці та при лікуванні хронічних форм ІХС. Згідно даних рандомізованих контрольованих досліджень Taylor RS. та співат. (2004 р.), при застосуванні програм реабілітації частка смертності від серцево-судинних причин знижується до 26 % [9; 10].

У 1993 р. ВООЗ було сформульоване визначення кардіореабілітації (КР), а в 2005 році експертами Американської асоціації серцево-судинної профілактики та реабілітації уточнено, дане в 2005 р. уточнено, що «кардіореабілітація – це скоординоване багатогранне втручання, спрямоване на оптимізацію фізичного, психологічного та соціального функціонування пацієнтів з ССЗ, додатково до стабілізації, уповільнення прогресування і навіть зворотнього розвитку атеросклеротичного процесу, а отже, – зниження захворюваності і смертності» [11]. Фактично, останнє визначення доповнює завдання кардіореабілітації з максимального відновлення якості життя людини, яка перенесла серцево-судинне захворювання, завданням максимального зниження ризиків серцево-судинної смертності, а отже, – подовження тривалості життя пацієнта.

У розвинутих країнах світу кардіологічна реабілітація є ефективним з медичної точки зору (вплив на виживання та якість життя хворих) та економічно вигідним для охорони здоров'я і суспільства в цілому лікування кардіологічних хворих, які видужують після перенесених серцево-судинних захворювань гострого характеру (інфаркта міокарда, нестабільної стенокардії, гострої серцевої недостатності), а також оперативних втручань та інвазивних процедур (реваскуляризація, операції на серці та великих судинах). Поняття «кардіореабілітація» включає сукупність координованих, багатопрофільних, мультидисциплінарних заходів і підходів, які забезпечують оцінку стану хворого, моніторування найважливіших функцій серцево-судинної системи, консультації з лікування та вторинної профілактики (модифікація стилю життя, фармакотерапія і немедикаментозні методи лікування) [12].

Головні завдання кардіореабілітації: допомогти пацієнту якнайшвидше і якісніше відновитися після виниклої кардіологічної проблеми, мінімізувати несприятлив наслідки та вірогідність рецидиву патології, забезпечити найкращий прогноз, в першу чергу, по відношенню до ризику смерті. Кардіореабілітація – це робота в команді, і її результат є інтегральною складовою стратегії ведення серцево-судинного хворого.

Доказова база з вивчення ефективності кардіореабілітації, яка є досить потужною і налічує тисячі наукових досліджень, десятки систематичних оглядів та метааналізів, свідчить про те, що комплексні кардіореабілітаційні програми значно знижують показники смертності, ризик повторних госпіталізацій, потребу в реваскуляризації, ризик розвитку та прогресування серцевої недостатності, при цьому значно покращуючи якість життя хворих. Слід зазначити, що кардіореабілітація суттєво знижує вказані ризики вже на фоні застосування сучасних високотехнологічних засобів кардіохірургічного та фармакологічного впливу. І тому, в першу чергу саме завдяки

впровадженню протягом останніх 30-ти років реабілітаційних та профілактичних програм в країнах Західної Європи і США смертність від серцево-судинних захворювань зменшилась на 50-60% [13].

Державна система кардіореабілітації, створена і впроваджена в 70-х роках минулого століття в СРСР, показала на той час значну медико-соціальну та економічну значимість (Чазов, Шхварцабая, Николаева Л.Ф., Аронов Д.М., 1988), однак на сьогодні вона практично втратила свій кадровий і технологічний ресурс та потребує суттєвого оновлення. Існуючі рекомендації з реабілітації застаріли, не відображають сучасних методологічних підходів до діагностично-лікувального процесу. З іншого боку, потужний на початок 80-х років кардіореабілітаційний ресурс – 51 500 місць у спеціалізованих відділеннях відновного лікування в кардіологічних санаторіях, який дозволяв здійснювати санаторну фазу реабілітації практично усім хворим з перенесеним ІМ, на сьогодні практично ліквідований. Реформа охорони здоров'я передбачає в майбутньому позитивні зміни у плані відновного лікування кардіологічних пацієнтів, однак на сучасному етапі в Україні кардіореабілітація існує лише у вигляді залишків реабілітаційних програм радянського періоду, частково адаптованих лише для пацієнтів кардіохірургічного профілю.

Принципи та підходи до процесу реабілітації хворих на інфаркт міокарда різноманітних кардіореабілітаційних програм схожі і в розвинутих країнах світу вони розробляються експертами на основі доказової бази, чітко регламентуються і публікуються в національних керівництвах або стандартах. Причому, кардіореабілітація починається з моменту госпіталізації пацієнта з приводу будь-якої серцево-судинної патології: інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, ургентна або планова операція на серці або великих судинах, реваскуляризація, імплантація кватервертера-дефібрилятора, трансплантація серця тощо [14; 15].

Так, у США на сьогодні нараховується близько 2000 програм реабілітації при захворюваннях серця. Усі вони передбачають етапність заходів: I етап (для стаціонарної), II етап (для амбулаторної), III (регіональної) і IV – підтримуючої програм. Стаціонарну програму фізичних тренувань починають для хворих без ускладнень, як правило, через 3 дні після інфаркту міокарда або через 1-2 дні після обхідного шунтування коронарних артерій. Однак, консультування пацієнта в плані побутових навантажень (розширення рухового режиму), а також орієнтування на зміну харчових звичок, ліквідації модифікованих факторів ризику відбувається з першого дня госпіталізації [15].

Заняття проводять з низькою інтенсивністю, основний акцент роблять на виконання вправ з амплітудою рухів, переміщення в просторі та види активності, характерні для повсякденної діяльності (ходьба, підйом по сходинках). Амбулаторну програму рекомендують починати через 6-12 тижнів після виписки із лікарні, а через 3-6 місяців можна починати регіональну програму, а потім – підтримуючу. Принципи підбору фізичних навантажень для кожного етапу реабілітації розроблені Американською асоціацією по проблемах серця, Американським коледжем спортивної

медицини і Американською асоціацією по реабілітації осіб, які страждають кардіо-респіраторними захворюваннями. Внаслідок фізичних обмежень, заняття для серцево-судинних хворих проводяться з меншою інтенсивністю, частіше і протягом більш тривалого періоду часу, ніж тренувачі програми для здорових людей. Програми тренувань повинні бути всесторонніми і включати тренування силової направленості (починаючи з II етапу), оскільки хворий повинен максимально підготуватися до відновлення своєї професійної і повсякденної діяльності.

Якщо північноамериканські програми тренувань в основному є стереотипними і зорієнтованими на командну роботу, – тобто, і зі сторони кардіореабілітаційної команди, і зі сторони пацієнтів (переважає груповий метод, часто в групу входять не лише самі пацієнти, але й їхні родичі, друзі), то деякі інноваційні європейські програми базуються на індивідуальному методі реабілітації. Приміром, у Великобританії, як і в більшості інших розвинутих країн Європи, кардіореабілітація проводиться в 4 етапи [16]. I етап КР починається з моменту стабілізації пацієнта, якщо він проходить лікування в стаціонарі і включає в себе в першу чергу навчання пацієнта правильної поведінки (освітня програма): поради з модифікації стилю життя, рівню фізичного навантаження, харчуванню, медикаментозної терапії, а також формування комплаєнсу, – прихильності пацієнта до лікування, необхідності регулярного контакту з лікуючим лікарем та слідування його рекомендаціям. Усі рекомендації мають доказове підґрунтя і їх ретельне виконання мінімізує ризик ускладнень і смерті, при цьому не обмежуючи щоденну діяльність пацієнта. Як правило, на цьому і всіх послідовних етапах основну серцево-судинну проблему пацієнта вирішує лікуючий лікар, а питаннями консультування, наступної фізичної активації, дієтичних втручання проводять члени реабілітаційної команди.

II етап – це продовження навчання та консультування пацієнтів на дому відразу після виписки із стаціонару. Він триває, як правило, 2-6 тижнів до повної стабілізації пацієнта і можливості переходу його на III етап – активних фізичних тренувань. Основні діючі особи II етапу – медики первинної ланки (кардіолог, сімейний лікар, лікар загальної практики) або ж члени реабілітаційної команди (медсестра, фізіотерапевт, дієтолог, клінічний фармацевт, клінічний психолог).

Найбільш активним у плані відновлення втраченого здоров'я є III етап кардіореабілітації. Він починається орієнтовно через 2 тижні після проведеної ангіопластики, 4 тижні після перенесеного інфаркту міокарда і 6 тижнів після хірургічного втручання на серці. Інтенсивна комплексна відновлювальна програма включає фізичні вправи, психологічне консультування, продовжує програму навчання пацієнта, роботу в групах підтримки. Вона направлена на відновлення і укріплення функціонування серцево-судинної системи, зменшення ризику рецидивів, досягнення пацієнтом певного рівня фізичної активності та навчання його ключових принципів здорового способу життя.

Причому, традиційна модель орієнтована на професійне ведення хворих командою кардіореабілітологів. Заняття проводяться в умовах стаціонару

(кардіореабілітаційного центру) груповим методом. Однак, навіть групові програми передбачають більше уваги приділяти індивідуальному підходу, особливо серед пацієнтів, для яких традиційні заняття в групах неприємні або незручні. В таких випадках експерти рекомендують використовувати заняття у вигляді плавання, прогулянок, катання на велосипеді, роботу в саду. Це дозволяє позбутися негативізму в деяких пацієнтів і дати їм можливість знизити серцево-судинний ризик у більш комфортних для них умовах.

Основу цього етапу складає програма фізичних вправ, тренування серцево-судинної системи пацієнта і забезпечення регулярного фізичного навантаження, допустимого для даного хворого. Окрім того, продовжується навчання найважливіших аспектів поведінки після перенесеної операції або серцево-судинної події, – обговорення головних факторів ризику і способів боротьби з ними, призначеної стратегії лікування, рекомендованого харчування, фізичної активності, а також найбільш поширених помилок стосовно кардіологічної проблеми хворого, неправильних форм поведінки і її наслідків. За необхідності у цю програму додають професійне психологічне консультування. Тривалість III етапу кардіореабілітації цієї моделі залежить від стану пацієнта, ступеню сукупного кардіоваскулярного ризику, активності відповіді хворого на заходи, що проводяться. Звичайно тривалість цього етапу варіює від 4 тижнів (як правило, у молодших пацієнтів у кращій фізичній формі) до 6 місяців і більше (у осіб похилого віку, ослаблених хворих, пацієнтів високого ризику та з наявністю супутньої патології). В кінці етапу обов'язково оцінюють ступінь кардіоваскулярного ризику, уточнюють подальшу стратегію лікування: медикаментозне забезпечення, заходи модифікації стилю життя, рівень фізичної активності, поведінкові аспекти.

Сучасною британською інноваційною моделлю, яка є не менш ефективною ніж традиційна [метааналізи і систематичні огляди: J.M. Bell, 1998; K. Jolly et al., 2005; CHARMS, 2007; BRUM, 2007] і набуває все більшої популярності, є друга модель кардіореабілітації III етапу. Вона називається «The Heart Manual» («Серце: керівництво користувача») і являє собою 6-тижневу програму самостійних домашніх занять при допомозі виданих пацієнту письмових інструкцій, аудіоматеріалів, рекомендацій та контролюючих програм на електронних носіях. Контроль і необхідні консультації здійснюють спеціально навчені медики – «тренери» (медсестри або фізіотерапевти) під час візитів додому або по телефону. Частота візитів і телефонних бесід з пацієнтом строго регламентована по тривалості та структурованості [16; 17].

IV етап кардіореабілітації починається після завершення активних заходів з навчання та самонавчання пацієнта і продовжується позитивно. Кардіореабілітаційні заходи по відношенню до таких осіб є менш визначеними і структурованими, оскільки само собою зрозумілим є той факт, що домінуюча роль в кардіореабілітації цього етапу надається самому пацієнтові, який повинен до цього часу навчитися основних навичок правильної поведінки і самоконтролю, отримати чітку та сильну мотивацію на підтримання необхідних лікувальних і профілактичних заходів. Окрім цього, лікарі первинної ланки охорони здоров'я щорічно або й частіше (за

показаннями) обстежують таких хворих, допомагають їм рекомендаціями і інформацією. Для немедичної підтримки таких серцево-судинних хворих Британська асоціація кардіореабілітації розробила схему навчання інструкторів, працюючих у фітнес-центрах, щоб вони могли професійно пропонувати спеціальну програму тренувань особам, які перебувають на IV етапі кардіореабілітації.

Коли у Великобританії акцент ставиться на амбулаторному етапі КР, то в Німеччині та Австрії – переважно на стаціонарному, який проходить в реабілітаційних центрах з нетривалими (до 4-х тижнів) інтенсивними програмами фізичних тренувань. А навчальні програми, консультування хворих та психологічна реабілітація застосовуються з перших днів реалізації програми реабілітації [15].

У США та Канаді КР проводиться в три етапи та застосовують лише традиційну модель реабілітації. Для хворих, які перенесли ІМ стаціонарний етап триває до 8-ми днів, амбулаторний – 6 місяців по 2-3 заняття на тиждень, після чого пацієнти відвідують кардіореабілітаційні центри ще 6 місяців. В Нідерландах післястаціонарний етап реабілітації проходить по індивідуальній програмі протягом 6-12-ти тижнів і включає в себе групові заняття фізичних тренувань, психологічні тренінги, навчальні програми по модифікації способу життя [13].

Завдання КР полягає у лікуванні та навчанні пацієнтів, психологічній адаптації, модифікації способу життя, контролі дієтотерапії, маси тіла, корекції наявних модифікованих ФР (досягненні цільових рівнів артеріального тиску та показників ліпідогрामी, відмові від шкідливих звичок, лікуванні цукрового діабету), консультуванні з приводу фізичних навантажень та тренувань [15].

Загальноприйнятими показаннями до КР є: гострий коронарний синдром, ІМ, стабільна стенокардія I-III функціонального класу, реваскуляризація міокарду (ангіопластика, стентування, аорто-коронарне шунтування), оперативні втручання на клапанах серця, трансплантація серця чи комплексу серце-легені, порушення ритму серця та після хірургічного лікування аритмій.

Протипоказання існують лише до фізичного компоненту КР та включають нестабільну стенокардію, неконтрольовану СН; тяжкі порушення ритму та провідності (неконтрольована надшлуночкова та шлуночкова аритмія, високоступенева блокада без штучного водія ритму); тромбоембокардит; тромбоемболія легеневої артерії та нещодавно перенесений тромбофлебіт; причини, не пов'язані з захворюванням серця (неконтрольовані запальні чи інфекційні стани або будь-які захворювання опорно-рухового апарату, що перешкоджають проведенню фізичних тренувань) [14; 15].

На сьогоднішній день в Україні зберігається поетапна реабілітація хворих після гострого коронарного синдрому, ендоваскулярного лікування, тяжких порушень ритму, хірургічних втручань на серці. Згідно діючих протоколів кардіореабілітація в Україні рекомендована усім пацієнтам після гострого коронарного синдрому при відсутності протипоказань [4; 5].

Під час проведення реабілітаційних заходів у хворих після гострого серцево-судинного захворювання (в т.ч. ІМ) розрізняють два періоди.

Перший, одноетапний, – стаціонарний (лікарняний) та післялікарняний, – двоетапний, який включає санаторний та диспансерно-поліклінічний етапи. При неускладненому перебігу ІМ фізичну активацію хворого можна розпочинати вже наступного дня, а при наявності ускладнень, які погіршують стан хворого – після стабілізації клінічного стану. Фізичну активність слід поступово розширювати слідкуючи за реакцією на навантаження. В першу чергу оцінюють клінічні дані (самопочуття пацієнта, його зовнішній вигляд, поведінку, підраховують частоту пульсу, вимірюють артеріальний тиск до та після навантаження. З інструментальних методів найчастіше використовують електрокардіографію, моніторування АТ та ЕКГ. До виписки із стаціонару при неускладненому перебігу Q-ІМ хворий повинен освоїти підйом на східчастий проліт в 22 сходинки та ходьбу на 1000 метрів за один етап.

Санаторний етап реабілітації відбувається в спеціалізованому санаторно-курортному закладі місцевої кліматичної зони або ж в реабілітаційному відділенні. Амбулаторний (диспансерно-поліклінічний) проходить під наглядом кардіолога за місцем проживання і в першу чергу спрямований на підвищення рухової активності та корекцію факторів ризику [14].

В Україні досі рекомендована до використання диференційована програма фізичної реабілітації хворих на ІМ, отримана у спадок від минулої системи Охорони здоров'я і поки ще не замінена жодною іншою. В основі даної реабілітаційної класифікації лежить поділ пацієнтів на реабілітаційні функціональні класи, який здійснюється з врахуванням глибини і обширності ІМ, наявності ускладнень та ФК коронарної недостатності, але без врахування супутньої патології. Недоліки цієї програми в тому, що вона є дуже громіздкою, складною та незручною у користуванні, і тому рідко використовується на практиці [14].

Проблема недостатнього використання можливостей КР є досі актуальною і для США, і для ряду європейських країн – в залежності від системи медичного страхування. Здатність врятувати набагато більше життів кардіологічних хворих, використовуючи комплекс заходів, відповідний рекомендаціям з КР та вторинної профілактики, ніж за допомогою впровадження додаткових високотехнологічних інтервенційних методик переконливо доведена дослідженнями останнього десятиріччя, тому Національні системи охорони здоров'я економічно розвинутих країн світу шукають шляхи для ефективної імплементації кардіореабілітаційних програм та максимального охоплення ними пацієнтів [18; 19].

Кардіореабілітація сьогодні більше не обмежена тільки пацієнтами, котрі перенесли інфаркт міокарда або АКШ. Інші групи хворих, у яких комплексна кардіореабілітація достовірно покращує прогноз, включають пацієнтів з доведеною ІХС – як після стентування чи аорто-коронарного шунтування, так і без них, а також пацієнтів зі стабільним перебігом ХСН або після трансплантації серця. Добрі результати отримані і внаслідок кардіореабілітаційних програм пацієнтів із захворюваннями клапанного апарату серця, в тому числі після операцій з їх корекції – протезування або пластики клапанів серця.

Упродовж останніх років спостерігається розширення кардіологічної реабілітаційної допомоги на популяцію пацієнтів, які раніше вважалися групою занадто високого ризику для даного виду втручання, наприклад з резидуальною ішемією міокарда, ХСН III ФК по NYHA, важкими порушеннями ритму серця, ІКД, які вимагають більш поступового і тривалого титрування фізичних навантажень і часто – початку тренувань під наглядом [20].

У сучасних умовах зміст, методи, структура кардіореабілітації значно спростились. Вона стає все більше «демократичною», тобто більш доступною, дозволяє включати в свої програми все більше пацієнтів, у тому числі й тих, кому раніше була протипоказаною. За рекомендаціями ВООЗ, кардіореабілітація має бути доступною в усіх країнах світу та для усіх пацієнтів (спеціальна доповідь ВООЗ «Реабілітація після кардіоваскулярних захворювань в країнах, що розвиваються», 1993 р.).

Кардіореабілітація має інтегруватися в національну систему охорони здоров'я, усі хворі на серцево-судинні захворювання повинні проходити навчання з модифікації серцево-судинних ризиків, а також знати й виконувати програму фізичних тренувань. Навіть у країнах із недостатніми матеріальними можливостями, за рекомендаціями експертів ВООЗ «реабілітаційна допомога має ... стати культурною традицією й соціальною нормою» (WHO Expert Committee, 1993).

В Україні сьогодні відбувається «нове народження» кардіологічної реабілітації. Старі пострадянські кардіореабілітаційні програми не працюють не тільки через відсутність ресурсу для їх реалізації, а й в першу чергу, через зміну підходів і методів відновлення здоров'я у цілому в сучасній медицині. Револьюційні технології реваскуляризації міокарда, відновлення структур серця за допомогою новітніх хірургічних технологій, імплантація штучного серця, пересадка донорського серця стало реальністю і в нашій країні. Тому кардіологічна реабілітація, як надзвичайно потужний відновлюючий ресурс не лише після унікальних операцій на серці, але й у повсякденній практиці кожного лікаря, який стикається з пацієнтом кардіологічного профілю, повинна проводитися повноцінно і на рівні світових стандартів.

Список використаних джерел

1. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах. – К.: Друкарня «Гордон», 2016. – 261с.
2. Ibanez B., James S., Agewall S., Antunes M.J., Bucciarelli-Ducci C., Bueno H. et al. Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. 2018 Jan 7. - № 39 (2). - P. 119-177.
3. Roffi M., Patrono C., Collet J.P., Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F. et al. Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. 2016 Jan 14. -№ 37(3). – P. 267-315.

4. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST». – К.: МОЗ України, 2014. – 78 с.
5. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної та третинної медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST». – К.: МОЗ України, 2015. – С. 1-67.
6. Коваленко В.Н., Долженко М.Н., Несукай Е.Г. Сравнительная характеристика профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Украине и Европе по данным EUROASPIRE IV: госпитальная линия // Артериальная гипертензия. - 2016. - № 1 (45). – С. 29-34.
7. Eisen A., Giugliano R.P., Braunwald E. Updates on acute coronary syndrome: a review // JAMA Cardiol. – 2016. – P. 718-30.
8. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // Eur. Heart J. 2012. - № 33. – P. 1635-1701.
9. Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S., Jolliffe J., Noorani H., Rees K., Skidmore B., Stone J.A., Thomson D.R., Oldridge N. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Am J. Med. - 2004. № 116. – P. 682-692.
10. Kotseva K., Wood D., De Bacquer, D. et al. Euroaspire IV: a European society of cardiology survey on lifestyle, risk factor, and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. Eur. J. Prev. Cardiol. – 2016. - № 23. – P. 636-648.
11. Leon A.S., Franklin B.A., Costa F. et al. Cardiac rehabilitation and second-ary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation // Circulation. – 2005. № 111. – P. 369-376.
12. Реабілітація в кардіології (огляд літератури) / Gielen S., Mezzani A., Hambrecht R., Saner H. // Новости медицины и фармации. – 2015. - № 16 (559). – P. 3-4.
13. Малиновская И.Э., Шумаков В.А., Терещенко Н.М. Физическая реабилитация в комплексной программе лечения больных, перенесших инфаркт миокарда // Український кардіологічний журнал. - 2015. - № 6. – С. 90-99.
14. Швед МІ, Левицька ЛВ. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда. - 3-тє вид. – К.: Медкнига, 2015. – 148 с.
15. Швед М.І, Левицька Л.В. Сучасні технології та методи кардіореабілітації. – К.: Медкнига, 2016. – 144 с.
16. Betell H., Levin R., Dalal H. Cardiac rehabilitation in the United Kindom // Heart. – 2009. - № 95 (4). – P. 271-5.
17. Dalal H.M, Evans P.H, Campbell J.L. et al. Home-based versus hospital-based rehabilitation after myocardial infarction: A randomized trial with preference arms – Cornwall Heart Attack Rehabilitation Management Study (CHARMS) // Cardiology. – 2007. - № 119. – P. 202-211.
18. Anderson L., Taylor R.S. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews // Cochrane Database Syst. Rev. – 2014. - № 12. – P. 123-126.
19. Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D.R. et al, Exercise based cardiac rehabilitation for coronary heart disease // J. Am. Coll. Cardiol. – 2016. - № 67. – P. 1-12.
20. Rauch B., Davos C., Doherty P. et al. The prognostic effect of cardiac rehabilitation in the era of acute revascularisation and statin therapy: a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized studies – the cardiac rehabilitation outcome study (CROS) // Eur. J. Prev. Cardiol. – 2016. - № 23. – P. 1914-1939.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

(Христова Т.Є.)

Одна з актуальних проблем людства – здоров'я дітей, його збереження в складних соціально-економічних і природних умовах. За останнє десятиріччя відбулося різке погіршення здоров'я дитячого населення України: лише 14% дітей практично здорові, більше 50% мають різні функціональні відхилення, 35-40% – хронічні захворювання. Негативна тенденція погіршення стану здоров'я дітей продовжує зберігатися. Значна частина дітей виявляються не готовими до реальних умов і вимог шкільного навчання. У 70% першокласників уже відзначаються різні відхилення в стані здоров'я – від функціональних розладів до хронічних захворювань. Ефективно почати навчання в школі можуть тільки здорові діти, що володіють достатньою функціональною готовністю та здоров'ям, тобто так званою «шкільною зрілістю». Виникає потреба в підвищенні рівня здоров'я дитини [8].

Із вступом у школу загальна рухова активність дитини падає в багато разів. У традиційній практиці шкільного навчання їй приділяється 10-18% від фізіологічної потреби дитини. В результаті у дітей знижується адаптивний ресурс і життєвий тонус, швидше настає стомлення. Морфологічний і функціональний розвиток опорно-рухового апарату проходить на тлі різко зниженої рухової активності [1, с. 6-7].

Провідне місце серед відхилень, що виявляються у дітей молодшого шкільного віку при профілактичних оглядах, займають патології опорно-рухового апарату (ОРА), переважно функціональні порушення постави та склепіння стопи. Встановлене п'ятикратне збільшення поширеності порушень постави у школярів за період навчання [3, с. 45].

Існуючі на сьогоднішній день способи корекції та профілактики статичного хребта у дітей представляються недостатньо ефективними [7]. У зв'язку із цим особливу актуальність здобуває розробка та реалізація комплексних оздоровчо-профілактичних технологій, спрямованих на формування здорового хребта і корекцію порушень ОРА засобами фізичної культури [6]. Засоби фізичної реабілітації мають високий ступінь впливу на організм, і саме інтенсивність їх впливу вимагає індивідуального вибору та дозування навантаження при оздоровчих заняттях, а також контролю над цим впливом [4, с. 27]. Для оздоровлення дітей з порушеннями ОРА різні методики ЛФК розглядаються як основний корегуючий засіб [9]. Важливим фактором профілактики та корекції порушень ОРА є індивідуально підібрані комплекси фізичних вправ з обліком функціональних і рухових можливостей кожної дитини [2, с. 8-10]. Усе це визначило актуальність і обумовило проведення наукового пошуку.

Мета роботи – вивчити динаміку морфо-функціональних особливостей організму дітей молодшого шкільного віку з порушеннями постави при застосуванні комплексної корекційно-оздоровчої програми.

Завдання роботи: дослідити морфо-функціональні особливості організму дітей 8-10 років з різними типами порушень постави; проаналізувати вплив корекційно-оздоровчих програм на динаміку показників фізичного розвитку та фізіологічних функцій організму дітей молодшого шкільного віку з порушеннями постави.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури, інструментальні методи дослідження фізичного розвитку (антропометрія, сила м'язів кисті, індекси Кетле, Піньє, силовий індекс), інструментальні методи дослідження фізіологічних функцій: частота серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск, ударний обсяг крові (УОК), хвилинний обсяг кровообігу (ХОК), вегетативний індекс Кердо (ВІК), педагогічний експеримент, методи математичної статистики.

Було проведено комплексне дослідження фізичного розвитку, функціонального стану та фізичної підготовленості 166 школярів віком 8-10 років з порушеннями постави в сагітальній площині. Моніторинг оцінки здоров'я і ростових процесів здійснювали в 2016-2017 рр. у загальноосвітніх школах м. Мелітополя. Увесь контингент дітей був розподілений на контрольну та основну групи. Групи були розділені на підгрупи за статевою ознакою та віком.

Контрольну групу (КГ) склали 83 школяра (41 хлопець і 42 дівчини), які займалися за програмою підготовчої групи (порушення постави) з фізичної культури в школі.

Основну групу (ОГ) склали 83 школяра (42 хлопця і 41 дівчина), які займалися за розробленою нами сучасною корекційно-оздоровчою програмою. В основі програми лежить комплексне використання кінезотерапії (загальнорозвиваючі, дихальні, індивідуально підібрані спеціальні вправи, вправи на розслаблення та самовитягання, вправи на укріплення м'язового корсету), тренажерів (велотренажер, гребний тренажер, бігова доріжка), музики (дитячі пісні) і аутогенного тренування.

Заняття в обох групах проводилися 3 рази в тиждень по 45 хвилин при суворо диференційованому навантаженні з урахуванням індивідуального підходу до учнів.

Нами встановлено, що в 2016 р. у молодших школярів ОГ зустрічалися такі типи порушення постави – кругла спина (38,2%), плоска (29,4%), плоско-увігнута (20,6%), кругле-увігнута (11,8%). У дітей КГ відповідно: кругла спина – 33,8%, плоска – 32,4%, плоско-увігнута – 23,5%, кругле-увігнута – 10,3%.

Після експерименту в 2017 р. відзначена позитивна динаміка стану ОРА за типами порушень. Результати оглядів в ОГ такі: кругла спина виявлена у 29,4%, плоска – 23,5%, плоско-увігнута – 16,2%, кругле-увігнута – 8,8%, правильною постава стала у 22,1% дітей. У дітей КГ відповідно кругла спина діагностована у 29,4%, плоска – 27,9%, плоско-увігнута – 22,1%, кругле-увігнута – 8,8%, правильною постава стала у 11,8% дітей.

Сила м'язів кисті характеризує ступінь розвитку мускулатури. За нашими даними у віковому діапазоні від 8 до 10 років у дітей обох груп сила

м'язів правої кисті вірогідно ($p<0,05$) збільшувалася. В ОГ хлопчиків 8 років цей показник становив $12,46\pm0,18$, 10 років – $17,26\pm0,23$ кг; у дівчинок – $12,16\pm0,16$ та $16,24\pm0,22$ кг відповідно. У дітей КГ спостерігалася аналогічна тенденція. В ОГ хлопчиків 10 років сила м'язів правої кисті вірогідно ($p<0,05$) більше, ніж у дівчинок; в КГ хлопчиків 10 років сила м'язів правої кисті більше, ніж у дівчинок КГ того ж віку недостовірно ($p>0,05$). Дослідженням встановлено, що у дітей ОГ 10 років цей показник вірогідно ($p<0,05$) більше, ніж у дітей КГ того ж віку. У дітей обох груп найбільший приріст сили м'язів правої кисті відзначався у віці 10 років і становив: у хлопців ОГ – 2,6, КГ – 2,03; у дівчат ОГ – 2,09, КГ – 1,94 кг відповідно.

Силовий індекс кисті служить для оцінки сили м'язів кисті дітей, що мають різну масу тіла. Наші дослідження показали, що з 9 років у дітей обох груп відбувалося недостовірне ($p>0,05$) підвищення показника силового індексу правої кисті. В ОГ у хлопчиків 10 років цей показник вірогідно ($p<0,05$) більше, ніж у дівчинок того ж віку. У дівчинок ОГ 10 років силовий індекс правої кисті більше, ніж у дівчинок КГ недостовірно ($p>0,05$). У хлопчиків ОГ 10 років цей показник вірогідно ($p<0,05$) більше, ніж у хлопчиків КГ того ж віку.

Вагоростовий індекс Кетле дозволяє судити про щільність тіла та опосередковано визначити надлишок або недостатність маси тіла [5]. Установлено достовірне ($p<0,05$) вікове збільшення показника щільності статури у дітей обох груп (табл. 1). В ОГ хлопчиків 8 років індекс Кетле дорівнював $205,48\pm0,64$, 10 років – $243,16\pm0,69$ г/см; у дівчинок відповідно $206,38\pm0,72$ та $243,64\pm0,71$ г/см. У дітей КГ також спостерігалася тенденція до зростання цього індексу. Збільшення індексу Кетле пояснюється високим приростом маси тіла дітей у період 8-10 років. Дослідженням встановлено, що у дітей ОГ 10 років показник щільності статури вірогідно ($p<0,05$) вище, ніж у дітей КГ того ж віку.

Таблиця 1

Статевікові показники індексу Кетле (г/см) дітей ($M\pm m$)

Вік, років	Хлопчики		Дівчата	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
8	$205,48\pm0,64$	$204,57\pm0,65$	$206,38\pm0,72$	$205,99\pm0,63$
9	$220,32\pm0,74^*$	$219,59\pm0,68^*$	$222,05\pm0,66^*$	$221,07\pm0,73^*$
10	$243,16\pm0,69^*$	$239,09\pm0,70^{*+\wedge}$	$243,64\pm0,71^*$	$241,12\pm0,70^{*+}$

Примітка. Тут і далі. Вірогідність відмінностей: за віком - * - $p<0,05$; за статевою ознакою - $\wedge$ - $p<0,05$; між ОГ і КГ - + - $p<0,05$.

Показник міцності статури (індекс Піньє) оцінюється за зміною довжини та маси тіла. Чим менше величина даного індексу, тим вище показник міцності статури [5]. Дослідження показало (табл. 2), що з 9 років у ОГ і КГ величина даного індексу достовірно ($p<0,05$) зменшувалася зі збільшенням віку. Це вказує на поліпшення міцності статури дітей. Мінімальне значення індексу Піньє припадало на вік 10 років і становило: у хлопчиків ОГ –

39,48±0,33, КГ – 39,84±0,30 у.о.; у дівчинок – 37,82±0,34 та 38,10±0,36 у.о. відповідно. В ОГ у дівчинок 10 років індекс Пінье вірогідно ($p<0,05$) нижче, ніж у хлопчиків того ж віку. У дітей 10 років ОГ індекс Пінье нижче, ніж у дітей КГ, недостовірно ($p>0,05$).

Таблиця 2

Статевовікові показники індексу Пінье (у.о.) дітей ($M\pm m$)

Вік, років	Хлопчики		Дівчата	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
8	40,50±0,36	40,58±0,34	39,18±0,42	39,21±0,37
9	40,70±0,37*	40,72±0,32*	39,24±0,38*	39,35±0,35*
10	39,48±0,33*^	39,84±0,30*	37,82±0,34*	38,10±0,36*

Для характеристики роботи серцево-судинної системи використовували показник частоти пульсу. Згідно з дослідженням, у всіх дітей обох груп відбувалося вікове, фізіологічно обґрунтоване, достовірне ($p<0,05$) урізнення ЧСС. У хлопчиків ОГ 8 років ЧСС становила 85,35±0,39, 10 років – 80,14±0,38 уд/хв; КГ відповідно – 86,84±0,41 та 82,78±0,39 уд/хв. У дівчинок ОГ 8 років цей показник становив 87,45±0,42, 10 років – 82,39±0,38 уд/хв; КГ – 88,75±0,43 та 84,40±0,37 уд./хв. відповідно. У віковому діапазоні від 8 до 10 років в обох групах спостерігалася статевая диференціація: у хлопчиків ЧСС вірогідно ($p<0,05$) нижче, ніж у дівчинок. У дітей ОГ 10 років ЧСС достовірно ($p<0,05$) рідше, ніж у дітей КГ того ж віку, що свідчить про поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи, економізацію її роботи. У дітей обох груп найбільше зниження ЧСС відзначалося в 10 років. У дітей ОГ 10 років урізнення ЧСС вірогідно ($p<0,05$) вище, ніж у дітей КГ того ж віку. На наш погляд, тренування аеробної спрямованості сприяють більш швидкому віковому зниженню ЧСС.

Систолічний артеріальний тиск (САТ) – максимальний тиск, що досягається в момент викиду крові з серця в аорту. За нашими даними, у міру дорослішання дітей відбувалося фізіологічно обґрунтоване, поступове підвищення САТ, що достовірно ($p<0,05$) тільки у дівчинок обох груп 10 років. У хлопчиків ОГ 8 років САТ становив 101,70±0,74, 10 років – 103,69±0,79 мм рт. ст.; КГ – 101,92±0,75 та 104,84±0,81 мм рт. ст. відповідно. У дівчинок ОГ 8 років САТ дорівнював 99,85±0,72, 10 років – 103,37±0,79 мм рт. ст.; КГ – 100,18±0,73 та 104,35±0,81 мм рт. ст. відповідно. Слід зазначити, що в дітей ОГ 10 років САТ нижче, ніж у їхніх однолітків із КГ, за нашими даними, недостовірно ($p>0,05$). У дітей обох груп максимальний віковий приріст САТ був відзначений в 10 років і становив: у хлопців ОГ – 1,01±0,05, КГ – 1,91±0,07 мм рт. ст.; у дівчинок – 2,66±0,06 та 2,99±0,08 мм рт. ст. відповідно. Виявлено, що у дітей КГ 10 років прирости САТ достовірно ($p<0,05$) вище, ніж у їхніх однолітків з ОГ.

Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) – це та найменша величина, яку досягає тиск у плечовій артерії до кінця діастоли. Установлено у дітей обох груп вікове збільшення ДАТ, що вірогідно ($p<0,05$) тільки в хлопчиків КГ 10

років і дівчинок КГ 9 років. У хлопчиків ОГ 8 років ДАТ становив $61,12 \pm 0,57$, до 10 років величина цього показника зростала до $62,70 \pm 0,62$ мм рт. ст.; у КГ – $61,84 \pm 0,64$ та $64,75 \pm 0,61$ мм рт. ст. відповідно. У дівчинок ОГ ДАТ складав $59,17 \pm 0,61$ та $61,71 \pm 0,64$; КГ – $59,64 \pm 0,60$ та $62,86 \pm 0,58$ мм рт. ст. відповідно. За результатами експерименту у віковому діапазоні 8-10 років у дівчинок обох груп достовірної різниці значень ДАТ ($p > 0,05$) немає. У хлопчиків ОГ 10 років рівень ДАТ достовірно ($p < 0,05$) нижче, ніж у їхніх однолітків із КГ. Максимальний віковий приріст ДАТ був відзначений в обох групах у хлопчиків 10 років і дівчинок 9 років, він склав: у хлопчиків ОГ – $0,85 \pm 0,04$, КГ – $2,63 \pm 0,08$; у дівчинок ОГ – $1,73 \pm 0,05$, КГ – $2,1 \pm 0,06$ мм рт. ст. Виявлено, що у дітей КГ 10 років прирости ДАТ вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у їхніх однолітків з ОГ.

Пульсовий тиск (ПТ) – різниця між систолічним і діастолічним тиском. Дослідженням установлено, що ПТ достовірно ($p < 0,05$) змінюється в хлопчиків КГ в 9 і 10 років, у дівчинок ОГ і КГ в 10 років. Виявлені статеві відмінності в обох групах: в 9 років у хлопчиків ПТ вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у дівчинок; в 10 років у дівчинок ПТ вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у хлопчиків. Встановлено, що в хлопчиків ОГ 10 років ПТ вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у їхніх однолітків із КГ.

Ударний обсяг крові – найважливіша характеристика продуктивності роботи серця. Наші дослідження (табл. 3) показали, що зі збільшенням віку дітей обох груп УОК вірогідно ($p < 0,05$) підвищувався. В ОГ у хлопчиків 8 років цей показник становив $26,37 \pm 0,22$, 10 років – $34,14 \pm 0,27$ мл; у дівчинок відповідно – $26,10 \pm 0,25$ та $33,34 \pm 0,26$ мл. В КГ у хлопчиків 8 років УОК дорівнював $26,15 \pm 0,28$, 10 років – $33,20 \pm 0,26$ мл; у дівчинок – $25,89 \pm 0,26$ та $32,58 \pm 0,27$ мл відповідно. Встановлено, що в ОГ у хлопчиків 10 років УОК вірогідно ($p < 0,05$) більше, ніж у дівчинок того ж віку. У дітей 10 років ОГ УОК вірогідно ($p < 0,05$) більше, ніж в КГ. В обох групах максимальний віковий приріст УОК був відзначений в 10 років і склав: у хлопчиків ОГ – $4,65 \pm 0,06$, КГ – $4,02 \pm 0,05$; у дівчинок відповідно $4,18 \pm 0,06$ та $3,77 \pm 0,05$ мл. Доведено, що у дітей ОГ 10 років віковий приріст УОК вірогідно ($p < 0,05$) більше, ніж у їхніх однолітків із КГ.

Таблиця 3

Статевовікові показники ударного обсягу крові (мл) дітей ($M \pm m$)

Вік, років	Хлопчики		Дівчата	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
8	$26,37 \pm 0,22$	$26,15 \pm 0,28$	$26,10 \pm 0,25$	$25,89 \pm 0,26$
9	$29,49 \pm 0,26^*$	$29,18 \pm 0,25^*$	$29,16 \pm 0,27^*$	$28,81 \pm 0,23^*$
10	$34,14 \pm 0,27^*$	$33,20 \pm 0,26^{*+}$	$33,34 \pm 0,26^{*\wedge}$	$32,58 \pm 0,27^{*+}$

Одним з головних показників функції серця є величина хвилинного обсягу крові, що викидається в систему великого кола кровообігу. За результатами експерименту (табл. 4), зі збільшенням віку у всіх дітей ХОК вірогідно ($p < 0,05$) підвищувався.

Таблиця 4

Статевовікові показники хвилинного обсягу крові (мл) дітей ($M \pm m$)

Вік, років	Хлопчики		Дівчата	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
8	2250,68 $\pm$ 20,25	2270,87 $\pm$ 19,22	2282,45 $\pm$ 19,12	2297,74 $\pm$ 19,83
9	2451,79 $\pm$ 21,67*	2474,75 $\pm$ 21,52*	2485,59 $\pm$ 20,68*	2503,88 $\pm$ 20,75*
10	2735,98 $\pm$ 20,14*	2748,29 $\pm$ 21,02*	2746,88 $\pm$ 19,06*	2749,75 $\pm$ 20,11*

У хлопчиків ОГ 8 років ХОК становив 2250,68 $\pm$ 20,25, 10 років – 2735,98 $\pm$ 20,14 мл; КГ відповідно – 2270,87 $\pm$ 19,22 та 2748,29 $\pm$ 21,02 мл. У дівчинок ХОК дорівнював відповідно – 2282,45 $\pm$ 19,12, 2746,88 $\pm$ 19,06 (ОГ); 2297,74 $\pm$ 19,83, 2749,75 $\pm$ 20,11 мл (КГ). За нашими даними, у віковому діапазоні від 8 до 10 років в обох групах у дівчинок ХОК більше, ніж у хлопчиків недостовірно ($p > 0,05$); у дітей ОГ і КГ достовірної різниці значень ХОК не знайдено ($p > 0,05$). У дітей обох груп максимальний віковий приріст ХОК припадав на вік 10 років і становив: у хлопчиків ОГ – 284,19 $\pm$ 0,17, КГ – 273,54 $\pm$ 0,16 мл; у дівчинок відповідно – 261,29 $\pm$ 0,15 та 245,87 $\pm$ 0,14 мл. Слід зазначити, що у дітей ОГ в 10 років віковий приріст ХОК вірогідно ($p < 0,05$) більше, ніж у однолітків із КГ. Це свідчить про те, що фізичне навантаження було неграничне та мало оздоровчий характер.

Для оцінки впливу вегетативної нервової системи на регуляцію тонуусу серцево-судинної системи використовували індекс Кердо. У всіх дітей спостерігався переважний вплив симпатичного відділу вегетативної нервової системи на систему кровообігу, незважаючи на односпрямоване зниження показника ВІК з віком. В хлопчиків ОГ 8 років ВІК дорівнював 28,39 $\pm$ 0,07, 10 років – 21,76 $\pm$ 0,11 у.о.; КГ відповідно – 28,79 $\pm$ 0,12 та 21,78 $\pm$ 0,08 у.о. У дівчинок ОГ ВІК склав 32,34 $\pm$ 0,11 та 25,10 $\pm$ 0,10 у.о.; КГ 32,80 $\pm$ 0,12 та 25,52 $\pm$ 0,11 у.о. відповідно. Достовірні вікові зниження індексу Кердо відзначено у всіх дітей; у віковому діапазоні 8-10 років в обох групах у дівчинок ВІК вірогідно ($p < 0,05$) вище, ніж у хлопчиків.

Отже, на основі проведеного дослідження можна зробити такі висновки. 1) у результаті застосування комплексної корекційно-оздоровчої програми у хлопчиків і дівчинок основної групи з порушенням постави відзначено високий рівень фізичного розвитку, економічність функціонування та значний рівень функціональних резервів кардіореспіраторної системи; 2) після занять у підготовчій групі (порушення постави) з фізичної культури у дітей контрольної групи визначено більш низькі значення антропометричних показників, задовільний рівень функціональних резервів, напруженість регуляторних систем з помірною симпатикотонією; 3) після експерименту в обох групах спостерігалось зменшення різних типів порушення постави; правильною поставою стала у 22,1% дітей основної групи та 11,8% контрольної; 4) комплексна корекційно-оздоровча програма для дітей 8-10 років з порушеннями постави може бути рекомендована для розвитку функціонального стану організму дітей.

Список використаних джерел

1. Альошина А.І. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей та молоді у процесі фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук з фіз. виховання та спорту: спец. 24.00.02 «Фіз. культура, фіз. виховання різних груп населення». – К., 2016. – 40 с.
2. Баранников А.В. Об использовании программ индивидуального адаптивного развития при подготовке детей к школе // Здоровье детей. – 2006. – № 9. – С. 8-10.
3. Бурая Т.А., Стерхов Р.В., Стерхова Г.В. Патогенетический подход к коррекции нарушений статики позвоночника у детей в кинезитерапии // ЛФК и массаж. – 2005. – № 1. – С. 45-48.
4. Войчишин Л. Лікування порушень постави із застосуванням кінезотерапевтичних та механотерапевтичних засобів // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 1. – С. 27-31.
5. Воронович И.Р., Казарин О.С., Шалатонина О.И. Изменение деятельности нервно-мышечной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем у детей, больных сколиозом // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2005. – № 11. – С. 61-64.
6. Кашуба В., Бондар О. Корекція порушень постави дошкільнят у процесі фізичного виховання // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 2. – С. 75-78.
7. Подшивалов Б.В. Физическая реабилитация больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – Мелитополь: Изд. дом МГТ, 2009. – 196 с.
8. Соколова Н.И. Превентивная физическая реабилитация – путь к здоровью нации. – К.: Знання України, 2005. – 371 с.
9. Христова Т.Є., Суханова Г.П. Основи лікувальної фізичної культури: навч. посіб. - Мелітополь: ТОВ Колор Принт, 2015. - 172 с.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ФАКТОР ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ДЕФЕКТІВ ПОСТАВИ В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

(Козубенко Ю.Л., Варивода К.С., Горденко С.І.)

Останнім часом причинами незадовільного стану здоров'я дітей є безліч факторів ризику, одними з найбільш поширених серед яких дослідники вважають так звані «шкільні чинники». Нині процес навчання в школі супроводжується значними вимогами до дітей, які часто не відповідають її фізіологічним можливостям. Як наслідок, – підвищується емоційне нервово-психічне навантаження на центральну нервову систему, спостерігається зниження фізичної активності дітей, порушення режиму їхньої праці та відпочинку. Одними з найбільш поширених патологій, що можуть виникати і розвиватися у дітей є дефекти постави різного роду. Саме тому актуальною проблемою є здоров'язбережувальна діяльність навчальних закладів. Не викликає сумнівів необхідність впровадження спеціальних заходів для збереження і зміцнення здоров'я школярів.

Здоров'язбережувальні технології створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці учнів у школі та вирішують завдання раціональної організації виховного процесу, відповідності навчального та фізичного навантаження можливостям дитини. Мета всіх

здоров'язберезувальних освітніх технологій – сформувати в учнів необхідні знання, вміння та навички здорового способу життя, навчити їх використовувати такі знання в повсякденному житті [4, с. 36].

Зарубіжні дослідження останніх років здійснили вагомий внесок у впровадження здоров'язберігаючих технологій з метою корекції дефектів постави. Зокрема, науковець Ф. Джовелін із університету Сент-Луїса (США) у своїй праці наводить приклади гімнастичних вправ для формування нормальної постави у дітей з вадами зору. Варто зазначити, що рекомендації Ф. Джовелін доцільно впроваджувати і для дітей з нормальним зором [2].

Польські дослідники А. Бржек та Р. Плінта з медичного університету Сілезії в Катовіце розробили авторську програму «Я дбаю про свій хребет» з метою заохочення учнів, їхніх батьків та вчителів до здійснення профілактичних заходів, спрямованих на підтримку правильної постави. Дотримання запропонованих моделей руху учнями впродовж дослідження дало відмінні результати стосовно покращення постави [1].

Учені з Румунії М. Кампеану, А. Вадан, Б. Крішан, О. Неметі та А. Варга провели масове обстеження учнів у румунських школах у віці 11 – 12 років з метою виявлення дефектів постави. Вони встановили залежність у проявах змін нормальної структури хребта зі зростанням надмірної ваги у дітей. Також було встановлено ефективність застосування фізичних вправ як з метою нормалізації ваги, так і для корекції дефектів постави [2].

Вітчизняні дослідження, присвячені впровадженню здоров'язберезувальних технологій для нормалізації порушень постави у дітей базуються в основному на застосуванні методик масажу, фізіотерапії та лікувальної фізичної культури. Зокрема Н. Грейда, О. Грицай, В. Кренделєва встановили доцільність регулярного виконання вправ три рази на день тривалістю 30–40 хв для розвантаження хребта та привчання до самоконтролю за поставою [5].

М. Кукса, О. Стасюк, С. Єфімова рекомендують впроваджувати традиційні здоров'язберезувальні методи та засоби (цілодобове дотримання ортопедичного режиму, щоденні заняття корегувальною лікувальною гімнастикою, лікувальне плавання, процедури класичного масажу, електростимуляції м'язів), і нові, нетрадиційні – вправи на великих надувних м'ячах, лікувальна хореографія, корегувальна гімнастика після денного сну та елементи точкового масажу [8].

Корекції постави присвячені праці В. Мухіна [9], В. Дубровського [6], В.Єпіфанова [7], А. Фурманова та М. Юспи [10].

У процесі росту організму з різних несприятливих причин можуть виникати деформації хребта. Вони поділяються на вроджені та набуті. Останні можуть бути наслідком травм, інфекцій, інтоксикацій, уражень нервової системи, хвороб обміну речовин, порушень статички на фоні гіподинамії. Нерідко деформації виникають внаслідок поєднання декількох чинників.

Найчастішою деформацією є викривлення хребта. У нормі хребет має чотири фізіологічні вигини. Два з них – шийний та поперековий спрямовані опуклістю вперед (*лордоз*), а грудний і куприковий – назад (*кіфоз*). Ці

фізіологічні вигини формуються в процесі росту і розвитку дитини, у новонародженого хребет практично прямий. Шийний лордоз виникає, коли дитина починає піднімати голову і зберігати цю позу; грудний кіфоз формується під час набуття положення сидячи; поперековий лордоз та куприковий кіфоз з'являються в процесі оволодіння навичками стояння й ходьби. Виразність фізіологічних вигинів залежить від кута нахилу таза, з яким хребет нерухомо зчленований. Тому при збільшенні кута нахилу таза кривизна вигинів теж збільшується, а при зменшенні – вигини хребта сплющуються. Завдяки цим кривизнам і амортизаційним властивостям міжхребцевих хрящів забезпечуються ресорні функції і рухливість хребта. Його стійкість у вертикальному положенні зумовлюється напруженням оточуючих м'язів, їх безперервною узгодженою роботою. У випадках перевантаження одних і тих самих м'язових груп та їх утоми порушується рівномірна тяга м'язів, що може призвести до зміни величини лордозу або кіфозу, бокового викривлення хребта. При частому повторенні цих станів вони фіксуються, що викликає порушення постави і тягне за собою перерозподіл м'язового тону, ослаблення м'язів, зниження ресорної функції хребта, зміни в діяльності головних систем організму [9, с. 329].

Корекція дефектів постави і деформації опорно-рухового апарату комплексна. Вона передбачає використання таких здоров'язбережувальних технологій, як ЛФК разом з масажем, фізіотерапією, загартуванням, гігієнічними та оздоровчими заходами у режимі навчання, праці та відпочинку. Головним діючим чинником серед них є фізичні вправи. Необхідність їх застосування зумовлюється багатостороннім впливом на організм. Насамперед вони підвищують загальний тонус, активізують діяльність ЦНС, серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, стимулюють обмінні процеси, забезпечують перерозподіл м'язового напруження, зміцнення м'язів, створення м'язового корсета. Систематичні заняття фізичними вправами тренують людину, сприяють виникненню і закріпленню нових умовних рефлексів, руйнують стереотип неправильного утримання тіла [9, с. 330].

При діагностуванні сколіозу 1-го ступеня варто звернути увагу на такі ознаки, як перекис таза, неправильні контури талії, різна висота і опущення плечей, асиметричне положення голови. Більш виражені симптоми – різна висота і помітна розбіжність лопаток. В цьому випадку потрібне лікування сколіозу 2-го ступеня або важчих стадій захворювання. Візуальний огляд та пальпація не дають повної картини стосовно наявності сколіозу. Точне визначення патології можливе лише з використанням методів рентгенографії та магнітно-резонансної томографії. Тому при проведенні дослідження до уваги бралася наявність кіфотичних змін у дослідній групі, методика визначення яких за допомогою огляду та спеціальних вимірювань значно ефективніша, ніж при сколіозах.

Дослідження виконано в межах ініціативної теми науково-дослідної роботи кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія

Сковороди «Формування здорового способу життя в учнівської і студентської молоді: медико-біологічні та психолого-педагогічні аспекти» (№ держреєстрації 0112U005313).

Проводилося дослідження дітей віком від 10 до 12 років в Переяслав-Хмельницькій гімназії упродовж квітня-травня 2017 року. Всього до експериментального дослідження було залучено 60 учнів 6 класів Переяслав-Хмельницької гімназії.

Для постановки діагнозу дитині існує низка методичних прийомів на визначення постави. Дітей оглядали в сагітальній та фронтальній площині, визначали форму лінії, утвореної остистими відростками хребців, звертали увагу на симетричність лопаток і рівень плечей, стан трикутників талії, утворених лінією талії й опущеною рукою. Обстеження проводили в першій половині дня, коли діти ще не були стомлені. Для встановлення типу постави проводили виміри: глибини поперекового лордозу; глибини шийної точки.

Виміри здійснювалися наступним чином. Обстежуваному, що стоїть у звичній позі, приставляють ззаду антропометр таким чином, щоб він був у строго вертикальному положенні і дотикався хребетного стовпа. Ми використовували інший варіант – дитина ставала достіни так, щоб її поверхні торкалися три точки – потилиця, лопатки і сідниці. Лінійкою вимірювали відстань від антропометра до остистого відростка сьомого шийного хребця. Відстань від антропометра до найбільш віддаленої точки поперекового відділу хребта і була показником глибини поперекового лордозу. У нормі фізіологічні вигини хребта у шийному відділі досягають глибини 2,5–3,5 см, у поперековому – 3,0–4,0 см. Надмірна або недостатня величина сагітальних вигинів свідчить про відхилення або неправильну поставу.

У результаті обстеження було сформовано дослідну групу дітей в кількості 12 осіб (20% від загальної кількості), у яких спостерігалися відхилення від норми в межах 0,3–0,8 см. У 3 осіб (25%) спостерігався надмірні сагітальні вигини в шийному відділі, а у 9 (75%) – надмірні сагітальні вигини в поперековому відділі хребта. Динамічне спостереження стану здоров'я і показників фізичного стану проводилося 2 рази з інтервалом 40 днів, тобто 1-й і 40-й день.

У ході дослідження нами було впроваджено спеціальні вправи для дітей при розвитку кіфотичної постави спрямовані на зміцнення м'язів спини і грудного відділу. Зокрема:

1. Необхідно поставити дитину біля стіни так, щоб вона торкалася її потилицею, лопатками, сідницями і п'ятами. По стіні потрібно ковзати руками, не згинаючи й піднімаючи їх дорівня плечей. М'язи корпусу напружені: живіт обов'язково втягнутий;

2. Після цієї вправи потрібно спробувати зберігати правильну поставу, відходячи від стіни, спостерігаючи себе в дзеркалі;

3. Вихідне положення – також біля стіни. Виконуються повільні присідання ковзного типу, спина не відривається від стіни.

Наступні вправи при порушенні постави у підлітків і дітей виконувалися з положення лежачи:

1. Сухе плавання. Потрібно підняти ноги, і виконувати рухи, як при плаванні батерфляєм;

2. Човник: лежачи на животі, потрібно витягнути горизонтально й напружити прямі руки і ноги. Повільно кінцівки піднімають на можливу висоту, щоб тіло повторило контур човна, який пливе, потім повільно опускають;

3. Лежачи на животі, упертися долонями в підлогу, і максимально сильно прогнути назад хребет;

4. Велосипед. Вправа виконується лежачи на спині. Спина максимально розслаблена, руки вільно лежать уздовж тулуба. Ногами імітується крутіння велосипедних педалей.

Наступні вправи виконувалися спеціально для корекції постави в поперековому відділі хребта.

Початкове положення – лежачи на спині, ноги на ширині плечей, руки витягнуті уздовж тулуба.

1. Потрібно виконати прямою ногою маховий рух вгору, не більш, ніж на 45 градусів. Потім ногу повернути в початкове положення (плавно).

2. Підняти вгору пряму ногу, потім зігнути її в коліні і привести до тулуба. При цьому потрібно стежити, щоб інша нога не відривалася від підлоги. Потім, розгинаючи ногу, поступово повернути її в початкове положення.

Наступні вправи виконуються лежачи на боці (спочатку на правому, а потім на лівому). Початкове положення – лежачи на боці, нижня рука витягнута вперед, долонею вниз. Верхня рука витягнута вздовж тулуба.

3. Підняти вгору ногу, яка розташовується зверху. Потім опустити її вниз.

4. Підняти пряму ногу вгору і відвести вперед і в сторону, при цьому одночасно слід відвести назад і вгору верхню руку.

5. Підняти дві ноги разом вгору, а потім опустити з невеликою амплітудою. *Наступні вправи виконуються лежачи на животі. Початкове положення – лежачи на животі, руки витягнуті уздовж тулуба, долоні повернуті донизу. Ноги разом, стопи торкаються підлоги, підборіддя упирається в підлогу.*

6. Піднімати по чергово праву і ліву ногу вгору, при цьому прогинаючись в попереку. Голова повинна бути повернута в бік ноги, яка в даний момент виконує рух.

7. Руки скласти в «замок» за головою, лікті розвести в сторони. Підняти тулуб вгору, при цьому погляд повинен бути спрямований вперед, а ноги залишатися в початковому положенні.

Діти під наглядом виконували по 5 повторень кожної вправи в 3 підходи. Між підходами дітям давали 10–15 хвилин відпочинку. До вправ, які зміцнюють м'язи спини, додавалися дихальні.

Складання індивідуального комплексу вправ з виправлення порушень постави вимагало ретельного аналізу причин їх виникнення, обліку віку, стану здоров'я, загального фізичного розвитку, фізичної підготовленості, а також змін з боку хребта і ступеня їх вираженості. При цьому кожен комплекс включав вправи на розтягування і збільшення рухливості хребта,

коригуючі вправи і ті, які формують м'язовий корсет, зміцнення як глибоких, так і поверхневих м'язів спини й живота, дихальні вправи, що виробляють навик відчуття правильної пошти.

При проведенні оздоровчої та коригуючої гімнастики ми застосовували різні вихідні положення, а при виконанні вправ домагалися правильної постановки таза, хребта, голови, плечового пояса і ніг. Варто пам'ятати, що м'язи на стороні опуклості деформації розтягнуті й ослаблені, а на боці увігнутості – вкорочені й напружені.

Так, при сутулості та круглій спині великі й малі грудні м'язи стягують плечі вперед, а м'язи спини, особливо між лопаткової зони, розтягнуті й ослаблені. Головне завдання в цьому випадку – зміцнити м'язи спини й розтягнути м'язи передньої поверхні грудної клітки. Голова при виконанні цих та інших вправ повинна знаходитися в правильному положенні, тобто в площині корпусу.

Дослідження проводилися в три етапи. На першому етапі була проведена робота з аналізу і узагальненню теоретичного матеріалу за даними спеціальної літератури, в ході якої були вивчені питання, що стосуються будови хребта; етапи формування хребетних вигинів, що характеризують правильну поставу; види порушень пошти та їхні причини; основні підходи до профілактики й лікування порушень пошти з акцентом на кіфотичну; основні підходи до призначення засобів фізичної реабілітації при цих порушеннях у дітей і підлітків.

У результаті дослідження була розроблена програма фізичної реабілітації для дітей із кіфотичним порушенням пошти, яка включала класичну методикау ЛФК (на шкільних уроках), дихальну гімнастику з елементами поверхневого дихання.

Другий етап дослідження проходив під нашим спостереженням. Діти займалися 2 рази в день 4 рази на тиждень, виконуючи комплекс лікувальної гімнастики, щодня самостійно, під контролем батьків, після попереднього навчання виконували комплекс дихальної гімнастики з елементами поверхневого дихання.

На третьому етапі досліджень була проведена обробка результатів для оцінки ефективності розробленої нами програми фізичної реабілітації для підлітків з порушенням пошти. При повторному обстеженні відзначалася позитивна динаміка показників силової витривалості м'язів тулуба у дітей.

У дітей з надмірними сагітальними вигинами в шийному відділі хребта спостерігалася зменшення патології на 0,3–0,5 см, а в дітей з надмірними сагітальними вигинами в поперековому відділі хребта – на 0,5–0,8 см, тобто до повної нормалізації пошти. 40 % дітей з дослідної групи досягли повної нормалізації незначних дефектів пошти, ще у 60% – спостерігалася позитивні зміни до відновлення нормальної пошти.

Таким чином, запропонована нами програма фізичної реабілітації для дітей 10–12 років з проблемами пошти була ефективною, дозволила поліпшити їхній фізичний розвиток, наблизити показники шийного й поперекового відділів цих дітей до величин здорових дітей.

Отже, на основі одержаних даних про динаміку вищеназваних показників у дослідженого контингенту дітей, можна зробити висновок, що запропонована нами комплексна програма фізичної реабілітації у вигляді лікувальної гімнастики справляє позитивну дію на функціональний стан дітей 10–12 років з кіфотичною поставою і може бути рекомендована до використання у спеціальних медичних групах навчальних закладів.

Список використаних джерел

1. Brzek A., Plinta R. *Exemplification of Movement Patterns and Their Influence on Body Posture in Younger School-Age Children on the Basis of an Authorial Program "I Take Care of My Spine"* // *Medicine*. - 2016. - Vol. 95, № 12. - pp. 1–11.
2. Jovelyn F. (2011) *Aerobic Exercises: A Corrective Measure to Postural Defects of Children with Visual Impairment* // *International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education (IJCDSE)*. - 2011. - Vol. 2/ - № 4. - pp. 534–539.
3. Vădan A., Crișan B., Nemeti O.M., Varga A. The incidence of physical deficiencies among 11–12 year old children, in relation with the body weight category // *Palestrica of the Third Millennium Civilization & Sport*. - 2013. - Vol. 14. - № 4. - pp. 292–296.
4. Борисенко Л.
Використання здоров'язберігаючих технологій у професійній діяльності майбутніх педагогів // Актуальні проблеми та перспективи розвитку сучасної педагогічної освіти: наук.-метод. зб. Матер. - Лисичанськ, 2015. - С. 36–41.
5. Грейда Н.Б., Грицай В.С., Кренделева В.У. Корекція постави підлітків засобами фізичної реабілітації // *Слобожанський науково-спортивний вісник*. - 2015. - № 4. - С. 119–123.
6. Дубровский В.И. *Лечебная физическая культура (кинезотерапия): учеб. для студ. высш. учеб. заведений*. Москва: ВЛАДОС, 2014. - 608 с.
7. Епифанов В. А. *Лечебная физическая культура и спортивная медицина*. - Москва: Медицина, 2004. - 304 с.
8. Курса М., Стасюк О., Єфімова С. Фізична реабілітація дітей віком 11–12 років зі сколіозом II ступеня // *Спортивна наука України*. - 2014. - № 2. - С. 10–14.
9. Мухін В. М. (2005) *Фізична реабілітація*. Київ : Олімпійська література, 424 с.
10. Фурманов А.Г., Юспа М.Б. *Оздоровительная физическая культура: учеб. для студентов вузов*. Минск: Тесей, 2003. - 528 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА (Білянський О.Ю., Кисіль О.Ю., Федечко М.Й.)

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи і характеризується підвищенням артеріального тиску (АТ) понад 140/90 мм рт.ст. При цьому ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається на першому, а цереброваскулярні хвороби – на четвертому місці в усьому світі. Ці недуги дуже тісно пов'язані з АГ, яка в два-три рази підвищує ризик розвитку ІХС та є основним фактором виникнення інфаркту міокарда (ІМ) [8].

Результати проведених багатоцентрових досліджень HOT, VALUE, INVEST, FEVER та ін. стали доказовою базою для формування єдиної точки зору міжнародних експертів у стратегії лікування хворих на АГ.

В Європейських рекомендаціях (ESH/ESC, 2012) з лікування АГ підкреслюється актуальність зниження АТ до цільового рівня – менше 140/90 мм рт.ст., а у хворих з супутнім цукровим діабетом, з високим або дуже високим ризиком, пов'язаним з такими станами як інфаркт міокарду, інсульт, хронічна ниркова недостатність та протеїнурія – менше 130/80 мм рт. ст. [2].

В Україні поширеність і захворюваність становить відповідно: АГ (58,5% та 44,0%) та ІХС (26,7% та 23,1%). У м. Львові та Львівській області на 1 тис. населення припадає 280 осіб, хворих на артеріальну гіпертензію [3]. Особливо несприятливим слід уважати наявність АГ після перенесеного ІМ, що зустрічається у 20-50% хворих різних вікових груп. Захворюваність на інфаркт міокарду в Україні за останні 10 років зросла на 17,5% [10]. Динаміка розвитку АГ у різних вікових групах зростає з наступною частотою: 20-29 років – 3%, 30-39 років – 7,5%, 40-49 років – 20,4%, 50-59 років – 45,4%, 60-69 років – 57,5%, тому ризик виникнення при поєднанні ІМ з артеріальною гіпертензією є надзвичайно високим [8].

За даними мета-аналізу (He F.J., McGregor G.A., 2003 г.), що включав 61 дослідження, підраховано, що якщо у кожного пацієнта знизити АТ до рівня менше 140/90 мм рт. ст., тоді лише в одній країні як Великобританія щорічно вдасться врятувати 62 тис. життів [1]. Частка серцево-судинної патології перевищує 26% в структурі первинної інвалідності дорослого населення України [4].

Тому особливо актуальним постає питання вдосконалення терапії хворих на АГ після перенесеного ІМ. Проте, в багатьох випадках не вдається досягти довготривалого позитивного ефекту, навіть, після застосування інвазивних методик, враховуючи економічні витрати на лікування, наявність серйозних побічних ефектів від прийому фармакологічних середників, необхідність пожиттєвої терапії та, відповідно, низький комплаєнс пацієнтів. Отже, лікування таких пацієнтів повинно бути комплексним, спрямованим на збільшення виживання, покращання якості життя кардіологічних пацієнтів [6].

На нашу думку, необхідний багатофакторний підхід, що включає в себе цілий спектр лікувальних впливів. І серед них особливо актуальним є питання широкого використання кардіореабілітації (КР), як невід'ємної частини первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань у поєднанні з традиційним лікуванням, а також, як засобу спеціалізованої високотехнологічної медичної допомоги.

Мета даної роботи - проаналізувати і узагальнити результати застосування власної методики кардіореабілітації при ІХС II стадії після перенесеного ІМ.

З метою отримання більш точної інформації про стан пацієнтів з АГ II стадії, нами була розроблена картка реабілітаційного обстеження пацієнтів, яка включала такі методи дослідження: анкетування, опитування, вимірювання частоти серцевих скорочень, частоти дихання, АТ, життєвої ємності легень та визначення рівня фізичної працездатності за допомогою Гарвардського степ-тесту (рис. 1).



Примітка: ЧСС – частота серцевих скорочень

Рис. 1. Методи обстеження у фізичній терапії

Кардіореабілітація рекомендована Європейським товариством кардіологів, Американською кардіологічною асоціацією, Американським коледжем кардіології, Українським товариством кардіологів для лікування пацієнтів з ІХС та після гострої коронарної події (рівень доказовості 1), де ціллю в майбутньому є виявлення і усунення факторів ризику, стабілізація або попередження прогресування атеросклеротичного процесу, зниження захворюваності та смертності [7].

За допомогою проведеного реабілітаційного обстеження пацієнтів з АГ II стадії, нам вдалося виявити такі проблеми: 1) погіршення психоемоційного стану і соціальної активності пацієнтів; 2) наявність супутніх захворювань (ІХС, цукровий діабет, захворювання органів дихання); 3) скарги (порушення сну, біль в ділянці серця, сухий і вологий кашель); 4) зниження функціональних показників (ЖЕЛ, степ-тест); 5) знижена толерантність організму до фізичного навантаження; 6) залежність у самообслуговуванні і догляді.

Відповідно до визначених проблем ми сформулювали завдання фізичної реабілітації для пацієнтів з АГ II стадії після перенесеного ІМ, вирішення яких необхідно розпочинати на стаціонарному етапі лікування й продовжувати в домашніх умовах:

Короткотермінові завдання: 1) підвищити толерантність організму до фізичного навантаження; 2) максимально сприяти зменшенню негативного впливу супутніх захворювань на процес комплексного лікування пацієнтів; 3) покращити функціональні показники кардіореспіраторної системи пацієнтів; 4) ліквідація кашлю та вивидення мокроты; 5) покращити показники ЖЕЛ; 6) зменшити прояви болю за грудиною.

Довготермінові завдання: 1) покращити загальну витривалість пацієнтів; 2) сприяти досягненню оптимального рівня здоров'я і незалежності в самообслуговуванні та догляді; 3) покращити психоемоційний стан і соціальну активність пацієнтів; 4) покращити сон в нічний час.

На основі сформованих проблем та поставлених завдань ми добирали основні методи фізичної реабілітації (рис. 2).

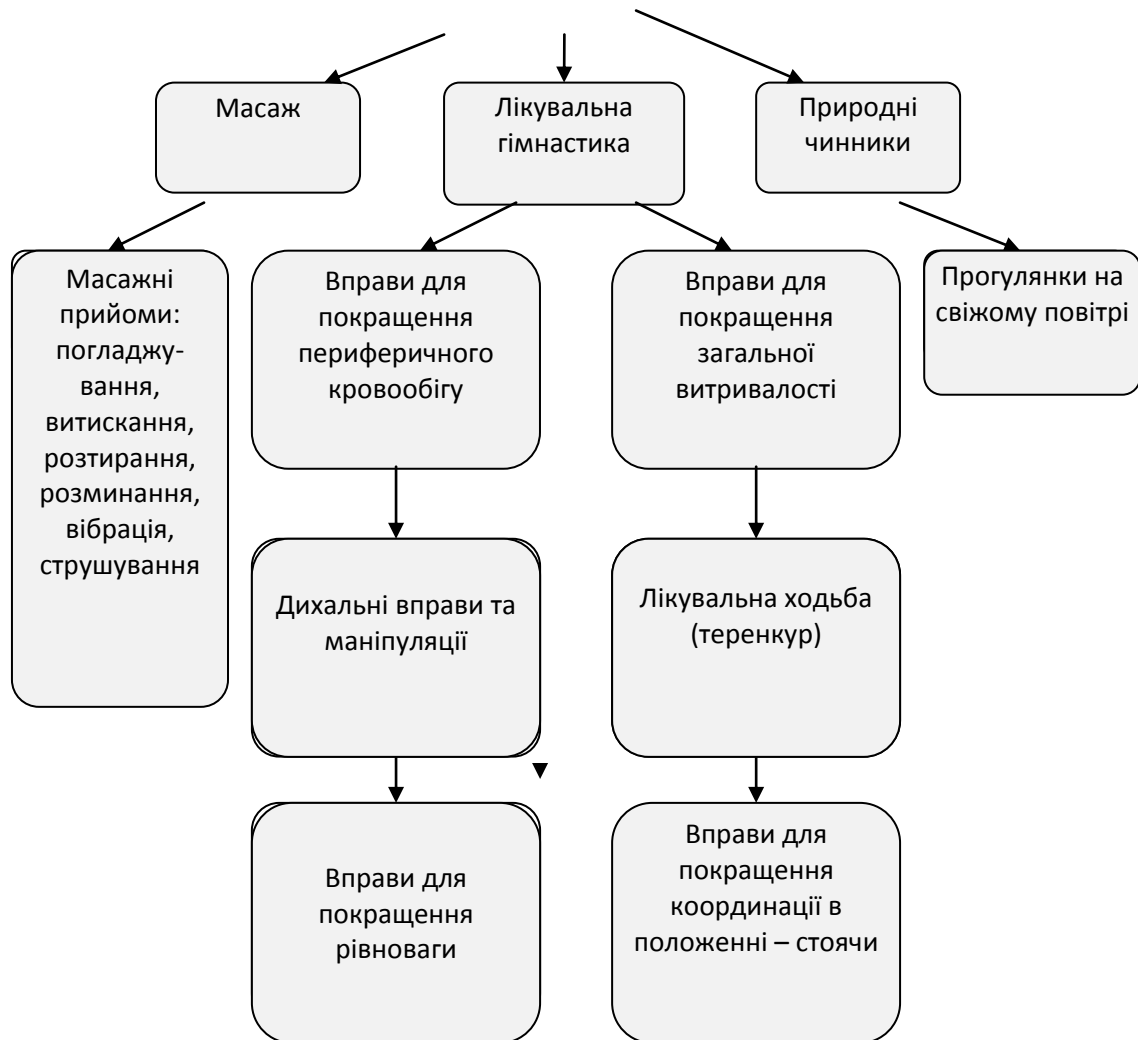


Рис. 2. Методи фізичної реабілітації

При виборі засобів фізичної реабілітації враховували вік, стать пацієнтів, перебіг захворювання, наявні супутні захворювання та фізичні можливості пацієнтів. У розробленій програмі фізичної реабілітації ми використовували активні фізичні вправи, масаж, природні чинники лікування (прогулянки на свіжому повітрі).

Лікувальну фізичну культуру ми застосовували з метою покращення периферичного кровообігу та відтоку лімфи від голови, шиї, верхніх та нижніх кінцівок для зниження АТ, розвантаження діяльності міокарда та профілактики тромбоемболій; покращення легеневої вентиляції та рухливості грудної клітки, збільшення легневих об'ємів та виведення мокроти; підвищення толерантності до фізичних навантажень і загальної витривалості організму; рівноваги та координації рухів з метою ліквідації вестибулярного

синдрому. На початку та в кінці кожного заняття ми визначали основні функціональні показники: частоту серцевих скорочень (ЧСС), частоту дихання, АТ та життєву ємність легень, опитували пацієнтів про стан їхнього самопочуття.

Для покращення периферичної циркуляції ми застосовували активні вправи та масаж м'язів шиї, комірцевої зони, верхніх і нижніх кінцівок.

Вправи для оптимізації периферичного кровообігу та загальної витривалості організму пацієнти виконували з вихідних положень лежачи, сидячи, стоячи. У розроблений комплекс вправ ми включали активні вправи для великих та малих груп м'язів, а саме для м'язів шиї, плечового поясу та верхніх кінцівок, м'язів тулуба та нижніх кінцівок. Виконання вправ проводили у повільному темпі з скороченням та розслабленням м'язів по всій амплітуді руху. При виконанні вправ виключали натужування, статичне утримання сегмента та затримку дихання. Ми пропонували пацієнтам виконувати 6-8 вправ з кількістю 4-6 повторень один раз на день, п'ять разів на тиждень.

Для покращення загальної витривалості ми включали щоденні прогулянки на свіжому повітрі відстанню до 100-500 м. Критерієм толерантності збільшення навантаження ми розцінювали індекс Гарвардського степ-тесту. Пройдений пацієнтами шлях зафіксовано в карті обстеження.

Масаж для удосконалення периферичного кровообігу та трофічних процесів в тканинах застосовували на комірцеву зону, верхні та нижні кінцівки у вихідних положеннях лежачи на животі, сидячи з опорою на підголівник. Ми використовували прийоми заспокійливого впливу за ходом лімфатичних судин: погладження, витискання, розтирання, легке розминання, вібрацію та струшування. Тривалість масажу на ділянку комірцевої зони становила 10-15 хв, а на верхню та нижню кінцівки 10 та 15 хв відповідно. Масаж не проводився при наявності таких протипоказів: АТ вище 200/100 мм. рт. ст., тромбофлебіт, варикозне розширення вен, захворювання шкіри.

З метою покращення легеневої вентиляції, збільшення дихальних об'ємів і виведення мокроти пацієнти виконували активні вправи з вихідного положення сидячи та маніпуляційні (керовані руками фізіотерапевта) втручання у різних вихідних положеннях. Запропонований нами комплекс вправ включав активні рухи верхніми кінцівками та тулубом в поєднанні з диханням. Пацієнти здійснювали ротаційні рухи тулубом, прогини, незначні бокові нахили спрямовані на розтяг та стиснення грудної клітки: один раз на день по 6-8 вправ з кількістю повторень 4-8, п'ять разів на тиждень.

Для виведення мокроти та покращення легеневої вентиляції ми використовували такі маніпуляційні втручання: перкусія, мануальна вібрація, стискання та sprужинення ребер, мануальний тиск в положеннях сидячи, лежачи на спині та боці. Кількість повторень маніпуляційних втручань залежали від перебігу захворювання дихальної системи в кожного пацієнта.

Над удосконаленням рівноваги та координації з метою усунення

запаморочення працювали шляхом виконання активних вправ з вихідного положення стоячи. Розроблений нами комплекс включав вправи із залученням м'язів шиї, верхніх та нижніх кінцівок, тулуба. Пацієнти робили повільні одночасні рухи в різних площинах, повороти головою та тулубом, згинання, розгинання, відведення, ротації верхніми та нижніми кінцівками. Під час виконання вправ ми здійснювали страхування хворих та стежили за функціональними показниками. При появі неадекватних реакцій на фізичне навантаження ми відразу припиняли реабілітаційне втручання.

Для проведення занять фізичної реабілітації нами була використана структура заняття з пацієнтами основної групи (табл. 1).

Таблиця 1.

Структура заняття для осіб з АГ II стадії

Частина заняття	Завдання	Засоби	Тривалість
Вступна	1. Покращення психоемоційного стану та формування мотивації пацієнтів до занять. 2. Забезпечення поступової адаптації організму пацієнтів до проведення лікувальної гімнастики та масажу	1. Словесна бесіда. 2. Вправи для верхніх та нижніх кінцівок у поєднанні з дихальними вправами	5 – 7 хв.
Основна	1. Покращення роботи кардіореспіраторної системи. 2. Збільшення загальної витривалості та підвищення толерантності до фізичного навантаження.	1. Масаж комірцевої зони, верхніх та нижніх кінцівок в положенні сидячи та лежачи. 2. Лікувальна гімнастика в положенні лежачи, сидячи, стоячи для покращення легеневої вентиляції, загальної витривалості, рівноваги та координації. Ходьба	15 – 25 хв.
Заключна	Розслаблення та повернення організму до вихідного рівня	Ходьба, дихальні вправи поєднані з рухами кінцівок для розслаблення організму	5 хв.

Таким чином, вивчення особливостей фізичної реабілітації осіб з АГ II стадії після перенесеного інфаркту міокарда є актуальним для розробки індивідуальних програм фізичної реабілітації з урахуванням функціонального стану, важкості перебігу захворювання, віку, статі та супутніх захворювань. Ефективний контроль АД є основою успішної

Фізична реабілітація у комплексному лікуванні осіб з АГ II стадії після перенесеного інфаркту міокарда, відіграє важливе значення у комплексі лікувальних заходів, оскільки, має на меті відновлення працездатності, покращення якості життя та психічного стану [5].

Нами доведена користь призначення кардіореабілітації хворим на гіпертонічну хворобу II стадії після перенесеного інфаркту міокарду. Тривалі та регулярні фізичні навантаження позитивно впливають на ендотеліальну

дисфункцію, атеро- і тромбогенез, тренованість функціонального резерву серцево-судинної системи [9].

Список використаних джерел

1. Clark A., Hartling L., Vandermeer B. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease // *Ann. Intermed.* - 2005. - № 143. - P. 659-672.
2. Hammil B., Schulmank C. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term risks of death and myocardial infarction among elderly Medicare beneficiaries // *Circulation.* - 2010. - № 121. - P. 63-70.
3. Європейська база даних ЗДВ. - Копенгаген, WHO. - Регіональне відділення для Європи, лютий, 2010 р. Европейское исследование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета EUROASPIRE IV: результаты госпитального этапа в Украине / В.Н. Коваленко, М.Н. Долженко, Е.Г. Несукай // *Український кардіологічний журнал.* - 2014.- № 4 (дод.). - С. 4-15.
4. Захворюваність, поширеність та інвалідність унаслідок гіпертонічної хвороби: підходи до аналізу й прогнозування / І.В. Дроздова, А.А. Бабець, Л.Г. Степанова, Л.В. Омельницька // *УКЖ.* - 2017. - № 1. - С. 85-93.
5. Кардиореабілітація: практ. рук. / под ред. Дж. Ниебауэра, Ю.М. Позднякова. - М.: Логосфера, 2012. - 328 с.
6. Клінічні рекомендації по профілактиці серцево-судинних захворювань Європейського товариства кардіологів (перегляд 2012 р.). - 70 с. - URL: <http://www.strazhesko.org.ua/>
7. Куимов А.Д., Москаленко И.В. Кардиореабілітація: новый вигляд на старые проблемы // *Сибирское медицинское обозрение.* - 2014. - № 1. - С. 5-11.
8. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах: Посіб. / за ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького.- К., 2016. - 261 с.
9. Пур Хейдарі Рудбері Анвар Морад, Манжуловский В.Н., Ломаковский А.Н. Особенности применения средств физической реабилитации в зависимости от ведущих факторов риска при нарушении коронарного кровообращения // *Теорія і методика фізичного виховання і спорту.* - 2015. - № 1. - С. 56-60.
10. УНІАН: Суспільство. URL: <https://www.unian.ua/society/97834-za-trivalistyu-jittya-ukrajina-posidae-peredostanne-mistse-sered-krajin-evropi.html> (дата звернення 23:05, 20 лютого 2008).

РОЗДІЛ V. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВІ ТЕХНОЛОГІЇ

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ІНКЛЮЗИВНОЮ ОСВІТОЮ

(Федан Я.І., Криштанович М.Ф.)

Тривалий час основним інститутом виховання дітей з особливими потребами були спеціалізовані інтернати. Вважалося, що тільки ці типи навчальних закладів можуть забезпечити таким дітям відповідний догляд і виховання. Проте в процесі демократизації нашого суспільства дедалі більшої популярності набуває ідея гуманізації освіти. Аналіз інклюзивної освіти в Україні вказує на необхідність розроблення та вдосконалення механізмів її впровадження, що сприятимуть утвердженню принципів гуманізації та розвитку гуманістичного суспільства, яке включає в себе співіснування всіх людей.

Економічні механізми сприяють забезпеченню відповідним фінансуванням всіх процесів інклюзивного навчання. Відтак, у вузькому контексті економічні механізми, щодо оплати праці вихователям, вчителям чи викладачам які працюють в фізично здоровому середовищі, нормовані і фінансово підкріплені, тоді як робота з людьми з інвалідністю вимагає від всіх структур, а особливо від педагогічних кадрів більше часу та творчих затрат, щоб донести до цієї категорії навчально-методичний матеріал [2]. Необхідна трансформація форм контролю та їх змісту з врахуванням нозологій учасників навчального процесу. І без зміни тарифів, що існують при роботі з фізично-здоровим середовищем, не можливо зрушити цей процес в сторону ефективності та позитивних результатів.

У широкому контексті, економічними механізмами запровадження інклюзивного навчання можна вважати науково обґрунтоване та доведене практикою твердження, що «економічно доцільним є здійснення інвестицій у людський капітал скрізь, де це можливо, замість прямого інвестування в соціальне обслуговування». Відповідно до цієї стратегії інклюзивне навчання осіб з інвалідністю в суспільстві розглядаються як стратегічний напрям соціального інвестування для майбутнього [6]. Зарубіжні економісти, педагоги та соціологи довели більш високу соціальну та економічну ефективність інклюзивної освіти: бюджет спеціального освітнього закладу в кілька разів перевищує вартість навчання дитини-інваліда в загальній школі, навіть з урахуванням витрат на перепідготовку вчителів, введення додаткових штатних одиниць фахівців і переобладнання шкіл, розрахований і високий соціальний ефект від спільного навчання дітей. Це дасть змогу особам з інвалідністю при умові здобуття освіти та державного забезпечення з працевлаштування, стати менш економічно залежними від держави, а системі державного управління створити градацію з соціальних виплат, відповідно до рівня нозології, де перевага в соціальній допомозі надаватиметься менш економічно незалежним особам з інвалідністю [8].

Педагогічні механізми спрямовують свою діяльність на планування та здійснення навчання відповідно до нозологій та особливостей учасників навчання, забезпечення перетворення педагогічного процесу на цілеспрямовану діяльність інклюзії. В організації інклюзивного навчального процесу ключову роль відведено педагогічному супроводу, який передбачає оптимізацію викладання навчального матеріалу дітям-інвалідам у максимально прийнятній для них формі, впровадження сучасних педагогічних технологій навчання, забезпечення навчально-методичними матеріалами [13]. Для цього педагогів необхідно забезпечити: стандартизованими індивідуальними планами, методиками викладання на кожен вид нозології; спеціальними технологіями та технічними засобами для відтворення навчального матеріалу в адаптованому вигляді: вербальному, візуальному, звуковому, електронному. Дуже важливу роль в педагогічних технологіях відіграє тьюторство. Тьюторський педагогічний супровід – це індивідуальна педагогічна форма підтримки навчання людей з інвалідністю. Тьютори-педагоги допомагають при використанні технічних засобів навчання, трансформують навчально-методичні матеріали в адаптовану форму залежно від нозології та групи інвалідності учасника інклюзивного процесу [19]. Тому інклюзивне навчання зумовлене створенням освітнього середовища, яке пристосоване до потреб і можливостей кожної дитини, з урахуванням її особливостей психофізичного розвитку та являється індивідуалізованою та гнучкою системою навчання дітей з інвалідністю в умови масової школи за місцем проживання, де відбувається навчання за індивідуальним навчальним планом, та забезпечується психолого-педагогічним та медико-соціальним супроводом.

Наразі Інститутом спеціальної педагогіки НАПН України розробляються необхідні підручники та методичні посібники шляхом адаптування тих напрацювань, що були створені для спеціальних шкіл з активним залученням Західного досвіду. На сьогодні вже розроблено Інститутом та затверджено МОН України навчально-методичні посібники для педагогів і батьків, зокрема: «Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами» науково-методичний посібник, «Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання», путівник для педагогів «Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка». Проте через різні економічні умови й менталітет виникає проблема невідповідності цих напрацювань українському контексту [1].

З метою забезпечення рівного доступу до якісної освіти для інклюзивних освітніх закладів постає необхідність в адаптації навчальних програм та планів, методів та форм навчання з використанням існуючих ресурсів та їхнім пристосуванням до особистісних потреб дітей з інвалідністю.

Передумовою щодо забезпечення якості навчання дитини з інвалідністю у ЗНЗ є індивідуалізація навчально-виховного процесу, яка має на меті розроблення комплексної програми розвитку дитини-інваліда. Ця програма допоможе педагогічному та медико-психологічному колективу закладу середньої освіти пристосувати середовище до потреб дитини,

покращить якість надання додаткових послуг та форм підтримки у процесі навчання, дозволить організувати систему спостереження за динамікою розвитку учня [12].

Згідно з наказом МОН України від 02.12.05 р. за № 691 «Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю» одним із ключових факторів у впровадженні інклюзивного навчання є підготовка та перепідготовка педагогічних працівників яка здійснюється за навчальними програмами для всіх нозологій, в тому числі запроваджені спеціальні навчальні програми з підготовки сурдоперекладачів [18]. Оскільки вчитель своїм ставленням обумовлює потрібну від учнів поведінку, важливо розпочати проведення таких занять саме з педагогами навчального закладу, та спонукати до використання освітньої програми, яка відповідає можливостям та здібностям дітей-інвалідів. Інформаційні механізми забезпечують інформацією як учасників інклюзивного навчання, так і тих хто в опосередкованій формі може бути дотичний до нього. Сприяють налагодженню інформаційно-методичних форм обміну досвідом учасників інклюзивного процесу. Такий обмін досвідом має на меті досягнення позитивних результатів, що допоможуть нейтралізувати негативні результати та уникнути багатьох помилок в навчальному процесі, обмін досвідом повинен бути систематичним [3]. Велику роль в цьому відіграють технічні засоби передачі інформації і можливість технічно їх тиражувати та розповсюджувати. Саме це забезпечить процес системністю, послідовністю та наступністю.

Психологічні механізми спрямовані на підвищення ефективності навчання на підставі вирішення психологічних проблем учасників інклюзивного процесу та набуття ними навичок, що покращать їх адаптацію до умов навчання [4].

Психологічна підтримка відбувається на підставі: психологічної діагностики за видом нозології та створенні індивідуальних програм психологічного супроводу учасників навчального процесу; надання психологічних консультацій; проведення групової роботи: психотерапевтичних тренінгів, семінарів, котрі сприяли б вирішенню учасниками процесу психологічних проблем та набуттю необхідних навичок для ефективної адаптації до навчального процесу; виявлення та усунення складнощів взаємодії учасників інклюзивного процесу, тощо [5].

Зокрема, система організації інклюзивного навчання у закладі середньої освіти, затверджена постановою Кабінету міністрів України, де вказано, що у закладі середньої освіти здійснюється психолого-педагогічний супровід супроводження дітей-інвалідів працівниками психологічної служби: соціальними педагогами, практичними психологами та відповідними педагогічними працівниками [17]. Головним завданням соціально-педагогічного супроводу є формування позитивної думки дітей-інвалідів, сприяння розвитку їхніх індивідуальних рис, самореалізації, самопізнання та інтеграції в суспільство, нормалізація порушень фізичного і психічного розвитку. Відповідно до листа МОН «Про визначення завдань працівників психологічної служби системи освіти в умовах інклюзивного навчання»,

окреслено основні завдання психологічної служби. До них відноситься: допомога у всебічному розвитку дітей, в організації корекції розумової та (або) фізичної відсталості, компенсації втрачених функцій, розвитку комунікативно-контактних, соціально-побутових навичок, засвоєння соціально прийнятних норм поведінки, формування психологічних новоутворень [16].

Завдання соціального педагога полягає в організації педагогічного процесу, налагодженні механізмів взаємодії між всіма учасниками освітнього процесу, де ключовим елементом виступає дитина. А завдання практичного психолога в інклюзивному середовищі полягає у формуванні психологічної готовності учасників навчально-виховного процесу: учнів, вчителів, батьків, представників адміністрації до взаємодії з дитиною-інвалідом через проведення семінарів, тренінгових занять, лекторіїв, консиліумів, виступів тощо, зміст яких спрямований на подолання упередженого ставлення до дітей-інвалідів, руйнування міфів і стереотипів, дискримінації та стигматизації [9].

Медико-реабілітаційні механізми покликані забезпечити медико-реабілітаційний супровід та спрямовані на підтримку, збереження і відновлення фізичного здоров'я учасників інклюзивного процесу. Її складовими є невідкладна медична допомога, консультативно-профілактична та реабілітаційно-відновлювальна підтримка. Даний механізм передбачає: створення в навчальному закладі та організацію роботи медичного кабінету і реабілітаційної зали з відповідним оснащенням, постійний контроль за станом здоров'я людей-інвалідів, розроблення індивідуальних програм фізичної реабілітації на основі рекомендацій медико-соціальної експертної комісії; медичний супровід спортивних та культурно-масових заходів; організацію наукових досліджень; підвищення кваліфікації викладачів інклюзивних груп з надання медичної допомоги та основ медичних знань, тощо [10].

Технічні механізми передбачають забезпечення особливими технічними засобами учасників інклюзивного навчання в залежності від виду нозології, а саме: спеціалізований технічний супровід навчання, метою якого є забезпечення адаптивними технічними засобами та спеціальними технологіями навчання. Застосування технічних технологій має на меті компенсувати функціональні обмеження людей з інвалідністю, які утруднюють пересування в освітньому просторі та унеможливають сприйняття ними навчального матеріалу [14]. Адаптивні технічні засоби навчання – це програмно-апаратне забезпечення, що містить увесь арсенал сурдо -, тифло технічного та іншого спеціалізованого обладнання залежно від нозології учасників інклюзивного навчального процесу. Важливу роль в організації інклюзивного навчально-виховного процесу відіграють також спеціальні технології навчання – комп'ютерні, інформаційні, мультимедійні, тощо.

Архітектурні механізми передбачають усунення перешкод-бар'єрів середовища, в яких навчається учасник інклюзивного процесу. Безбар'єрне середовище є основною передумовою залучення людей з інвалідністю у суспільство, їх доступу до повноцінної освіти, працевлаштування, усунення соціально-побутових форм ізоляції [15]. Перешкоди з якими зіштовхуються люди з інвалідністю можуть бути усуненими через створення універсального

дизайну, який передбачає проектування освітнього середовища, однаково доступним всім учасникам навчального процесу і відповідає вимогам загального користування. Даний підхід поширений у Західних країнах і передбачений в Рекомендаціях Ради Європи щодо країн-учасниць.

Соціальні механізми спрямовані на забезпечення соціалізації людей з інвалідністю, зокрема їх соціально-побутової, соціально-культурної, соціально-трудової, соціально-педагогічної адаптації та подолання їх соціальної ізоляції, сприяння збереженню і підвищенню соціального статусу та залучення до сфер суспільного життя. Важливу роль в цьому процесі відіграє залучення системи соціального захисту, державна економічна підтримка, забезпечення людини-інваліда відповідними видами соціальних послуг, допомог, субсидій, тощо.

Приведення системи освітньої роботи у відповідність до потреб сім'ї та змісту сучасних корекційно-освітніх послуг, обов'язкове включення батьків у процес навчання та виховання дитини потребує взаємодії батьків, медичних працівників, психологів, педагогів. Саме завдяки підтримці школи батьки отримують необхідний досвід і стають менш залежними від фахівців, коли приймають рішення стосовно догляду за дітьми-інвалідами та визначення їхнього майбутнього [7]. Добре організована інклюзивна освіта допоможе і батькам здорових дітей по-новому подивитися на явище інклюзії та надасть докази того, що діти-інваліди не лише не зашкодять їхнім дітям отримувати повноцінний розвиток, а навпаки – нададуть додаткові можливості щодо нього [11].

Отже, впровадження інклюзивної освіти передбачає тісну співпрацю між міським управлінням освітою, ЗНЗ, батьками, ЗМІ, громадськими об'єднаннями та організаціями. Функціонування даних механізми стимулюватиме освітні установи до прийняття відповідних заходів щодо покращення якості надання освітніх послуг учням з інвалідністю за допомогою участі в процесі навчання на тій же основі що й здорові учні, адже завдання гуманної освіти полягає у задоволенні індивідуальних потреб дітей, співпраця з батьками, створення сприятливої атмосфери у дитячому колективі.

Список використаних джерел

1. Бірюк О. «Сяйво надії»: робота з дітьми з особливими потребами // Позашкілля. – 2009. – № 11. – С. 18–20.
2. Болотіна Н. Право соціального забезпечення України: системно-структурний аналіз. – 2001. – № 5. – С. 24–28.
3. Вашуленко М.С. Нові підходи до шкільної освіти // Педагогічна газета. – 2000. – № 10.
4. Выготский Л.С. К психологии и педагогике детской дефективности // Основы дефектологии. – СПб., М.: Изд-во «Лань», 2003. – С. 101–106.
5. Голубенко С. Професійна підготовка осіб із розумовими та фізіологічними розладами у ПТНЗ: особливості психолого-педагогічного супроводу // Соціальний педагог. – 2012. – № 11. – С. 8–15.
6. Гриневич Л. Рівність полягає в тому, щоб до кожного ставитися особливо, а особливо – до наших дітей з особливими освітніми потребами // Рідна школа. – 2014. – № 7. – С. 6–7
7. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании / сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калинникова. – М.: ООО Аспект, 2005. – 448 с.

8. Єфімова, С. Інклюзивна освіта в теорії та практиці діяльності школи // Педагогічна думка. – 2012. – № 4. – С. 46–52. 78
9. Казакова Е.И. Сопровождение развития – новая образовательная технология // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребенка. – СПб., 2001. – С. 9–4.
10. Кізенко О.М. Фізичне виховання учнів з особливими потребами // Все для вчителя. – 2011. – № 28/30. – С. 57–59.
11. Луценко І. Організаційні аспекти психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання // Практичний психолог: школа. – 2013. – № 2. – С. 45–50.
12. Мудрик А.В. Социальная педагогика. – М.: Академия, 1999. – 182 с.
13. Недозим І. Створення індивідуальної програми розвитку в контексті інклюзивного навчання дитини з аутизмом // Практичний психолог: школа. – 2014. – № 9. – С. 44–50.
14. Панюкова С.В. Використання інформаційних та комунікаційних технологій в освіті. – М.: Академія, 2010. 169
15. Петухова Л. Интеграция детей с ограниченными возможностями в среду здоровых школьников // Социальная педагогика. – 2008. – № 4. – С. 53–58.
16. Про затвердження порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах [Електронний ресурс]: постанова [затверджено Кабінетом Міністрів України 15.08.2011 № 872]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-%D0%BF>.
17. Про організацію інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах [Електронний ресурс] / Лист [МОНмолодьспорт № 1/9–384 від 18.05.12 року]. — Режим доступу: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/29627.
18. Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю [Електронний ресурс]: наказ [видано Міністерством Освіти і Науки України 02.12.2005 № 691]. — Режим доступу: http://uazakon.com/documents/date_9o/pg_izwdow.htm.
19. Трухін І.О. Соціальна психологія спілкування: Навч. посіб. – К.: Центр навч. літератури, 2005. – 336 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ КОРЕКЦІЙНО СПРЯМОВАНОГО НАВЧАННЯ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ *(Бондар В.І., Золотоверх В.В.)*

Проблема розумової відсталості об'єднує багаточисельні і різноманітні форми патології, що проявляються в стійкому порушенні складних форм пізнавальної діяльності, при відносній збереженості емоційно-вольової сфери, працездатності, поведінки і цілеспрямованості. Патологічні зміни можуть виявлятися і в утворенні безумовних рефлексів, і в діяльності аналізаторів кори головного мозку, і в основних нервових процесах – збудження і гальмування, і у властивостях кортикальних процесів – іррадіації, концентрації, взаємоіндукції, а також у взаємодії сигнальних систем. Загальною ознакою для всіх розумово відсталих дітей є стійке недорозвинення складних форм вищої нервової діяльності, що виникає внаслідок органічного порушення центральної нервової системи.

Навчання розумово відсталих дітей – глибоко індивідуальний і специфічний процес, обсяг, якість і кінцевий результат якого визначається, з

одного боку, ступенем порушення пізнавальної діяльності, часом його виникнення, глибиною і місцем локалізації, особливостями розвитку основних психічних функцій і систем організму, а також можливостями і готовністю суспільства до створення найсприятливіших умов для одержання доступної освіти різних категорій дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. З другого боку, знання особливостей їхнього психічного розвитку є пріоритетним напрямом корекційної психопедагогіки, оскільки є базою, на якій функціонує система навчання, виховання і соціальної адаптації та розробляються і впроваджуються корекційно-педагогічні технології.

Зупинимося на більш детальній характеристиці розумово відсталих дітей. За глибиною дефекту, місцем його локалізації і часом виникнення у корекційній психопедагогіці визначають три ступеня розумової відсталості: **дебільність, імбецильність та ідіотія.**

У класифікації, прийнятою Всесвітньою організацією охорони здоров'я, цих дітей поділяють на чотири групи: **легку, помірну, важку і глибоку** розумову відсталість. До першої групи відносять дітей з легким ступенем розумової відсталості, показник інтелектуального розвитку (IQ) яких знаходиться на межі 50-69 умовних одиниць (в корекційній психопедагогіці це діти-дебіли). Якщо, показник інтелектуального розвитку (IQ) дітей знаходиться на межі 35-49 умовних одиниць, їх відносять до другої групи і позначають терміном **помірна розумова відсталість** (в корекційній психопедагогіці це діти з резидуальними станами). До третьої групи відносять дітей з важкою розумовою відсталістю, показник інтелектуального розвитку (IQ) яких знаходиться на межі 20-34 умовних одиниць (в корекційній психопедагогіці це діти-імбецили). І, нарешті, до четвертої групи відносять дітей з глибокою розумовою відсталістю, показник інтелектуального розвитку (IQ) яких знаходиться на межі 0-19 умовних одиниць (в корекційній психопедагогіці це діти-ідіоти).

В природі існують сотні таких патологічних станів і відповідно сотні різних форм розумової відсталості. В сучасній спеціальній школі навчаються переважно діти-олігофрени ступеня дебільності. Це одна з найпоширеніших форм психічної недорозвиненості, що виникає внаслідок органічного порушення центральної нервової системи у переднатальний, натальний або постнатальний періоди. При олігофренії органічна недостатність мозку має не прогресуючий характер, тому такі діти здатні до поступального пізнавального розвитку, хоча й зі значними ускладненнями, зумовленими його патологічною основою. У дітей спостерігається більш-менш рівномірне порушення нервової системи.

Дебільність – найменш виражений ступінь інтелектуальної недостатності. Порушення центральної нервової системи у цих дітей неглибокі, поверхневі, а тому в дошкільному і молодшому шкільному віці не завжди вдається відмежувати їх від дітей з тимчасовою затримкою психічного розвитку або педагогічною занедбаністю. Пізнавальна діяльність дітей ступеня дебільності, порівняно з віковою нормою, характеризується незначними порушеннями пам'яті, мислення, мовлення, уваги, поведінки,

емоційно-вольової сфери, бідністю словникового запасу, низьким рівнем цілеспрямованої діяльності тощо. Відсутність психомоторної загальмованості та афективних розладів сприяє реалізації збережених психічних можливостей, формуванню позитивних рис особистості. Порівняно з іншими ступенями інтелектуальної недостатності, діти-дебіли більш дисципліновані, слухняні, врівноважені, достатньо успішно здобувають знання, уміння та навички за спеціальними програми. Вони самостійно або з мінімальною допомогою вчителя виконують різні доручення, включаються в життя учнівського колективу, в суспільно-корисну працю, самообслуговування і трудову діяльність. Втім, поруч з достатньо збереженою емоційно-вольовою сферою, недорозвиток пізнавальної діяльності ускладнюється порушеннями поведінки цих дітей, що проявляється в імпульсивності, неврівноваженості процесів збудження і гальмування, працездатності, інертності.

У процесі використання корекційно-спрямованих технологій навчання, виховання і трудової підготовки, ці порушення настільки коригуються, що не заважають дітям цієї категорії у подальшому будувати своє життя, створювати сім'ю, включатися у самостійну трудову діяльність і успішно адаптуватися в соціумі. Вони швидко починають орієнтуватися в шкільному середовищі, у взаємостосунках з ровесниками, підкоряються вимогам учителя, виконують завдання за словесною інструкцією. Досягнення цих результатів стає можливим завдяки цілеспрямованій роботі корекційного педагога, психолога, логопеда, вихователя.

До другого ступеня розумової відсталості відносяться **діти-імбецили**. Вони характеризуються значно глибшими порушеннями нервової системи, основних психічних функцій і особистості в цілому. Характерними для цієї категорії дітей є більш складні порушення пізнавальної діяльності, значні відхилення спостерігаються в галузі сенсорики, зокрема, в розвитку відчуттів, сприймань, уявлень, тобто всієї складної системи роботи аналізаторів – від фізіологічного прийому зовнішніх сигналів периферичними органами чуття, до складної переробки чуттєвої інформації головним мозком.

Мислення дітей-імбецилів характеризується хаотичністю та безсистемністю використання наявних уявлень і понять. Відсутність або слабкість змістових зв'язків, труднощі їх встановлення, інертність, недосконалість пізнання, мовлення і практичної діяльності визначають особливості мислення. У дітей-імбецилів мислення формується повільно, з великими труднощами і характеризується бідністю, недостатньою осмисленістю. Виділення подібного і відмінного при порівнянні ускладнене, узагальнення широкі і не диференційовані. Все це у сукупності негативно позначається на опануванні знань і умінь, їх використанні в практичній діяльності. Навчання цих дітей відбувається в спеціальних дитячих будинках системи соціального захисту.

На початковому етапі (4-8 років) робота починається з формування у дітей цієї категорії санітарно-гігієнічних навичок та розвитку моторики. Згодом (8-17 років) продовжується формування та закріплення навичок самообслуговування, ознайомлення з оточуючим світом поєднується з

розвитком мовлення. Зокрема, їх навчають елементам трудової підготовки, грамоті, читанню, письму, рахунку, надаючи їм різноманітні види допомоги (словесно-логічної, наочно-образної, предметно-практичної). При цьому, фронтальна робота для багатьох з них має певні труднощі. Тому перевага надається технології індивідуального навчання за спеціальними корекційно-спрямованими навчальними програмами, розробленими з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей, а також характеру і ступеня вираженості порушеного розвитку та специфіки вторинних відхилень. На наступному етапі (після 17 років) деяких дітей переводять в будинки-інтернати для дорослих, а окремі підлітки живуть з батьками і працюють в реабілітаційних центрах або в лікувально-трудовах майстернях, де й відбувається подальша соціальна адаптація.

До третього ступеня розумової відсталості відносяться **діти-ідіоти**, які характеризуються грубими, складними порушеннями пізнавальної діяльності, поведінки і особистості в цілому. Цих дітей умовно можна поділити на дві групи – тих, у кого психомоторні властивості, фізична рухливість та мовлення частково збережені, а також тих, у кого фізична рухливість і мовлення відсутні. При збереженості слуху та механізмів вимови, вони майже не розуміють зверненого до них мовлення, володіють невеликою кількістю жестів, не усвідомлено і спонтанно користуються ними або окремими вигуками для задоволення своїх потреб. Деякі з них відрізняються своєрідною побудовою окремих систем і органів тіла: зменшеним або збільшеними розміром черепа, непропорційністю окремих частин тіла та характеризуються кволістю, апатичністю, пізно або взагалі не тримають голову, не сидять, не ходять тощо.

Про навчання і розвиток дітей-ідіотів у загальному розумінні можна говорити умовно, оскільки переважна їх більшість – безпомічні інваліди, по життєво «прикуті» до ліжка, не володіють ні довільними рухами, ні елементарним мовленням. Основні психічні функції більшості із них перебувають у зародковому стані. Є всі підстави стверджувати, що навчально-виховна робота з цими дітьми обмежується розвитком рухів, необхідних елементарних навичок гігієни та самообслуговування і поєднується з оздоровчими й лікувальними заходами. Діти-ідіоти виховуються в дитячих будинках-інтернатах системи соціального захисту.

Як уже зазначалося, навчання і виховання розумово відсталих дітей здійснюється з використанням спеціальних технологій, що враховують особливості їхньої психічної діяльності. Знання цих особливостей необхідні для розуміння проблем, що зумовлюють успіхи або невдачі у навчальному процесі і мають враховуватись при розробці корекційно-компенсаторних технологій.

У цій частині статті ми коротко зупинимося на характеристиці найбільш типових для розумово відсталих дітей особливостей психічного розвитку, які унеможливають ефективність їхнього навчання в умовах масової (загальноосвітньої) школи. Ці діти потребують постійної та цілеспрямованої уваги і педагогічної підтримки кваліфікованих педагогів.

Найбільш чисельною категорією серед дітей з інтелектуальними вадами є олігофрени, які характеризуються стійкими порушеннями всієї психічної діяльності, що особливо виявляється у сфері пізнавальних процесів. При цьому, має місце не тільки відставання від дітей з нормальним психічним розвитком, а й глибока своєрідність особистісних проявів. Саме тому учні з інтелектуальними порушеннями не можуть бути прирівняні до дітей з нормальним психічним розвитком більш молодшого віку.

Недорозвинення чи порушення розвитку пізнавальних процесів є провідним дефектом розумово відсталих дітей. Даний дефект доволі складний. Через перенесені мозкові захворювання у них порушується нормальний розвиток процесів сприймання, запам'ятовування, відтворення, особливо в їх активних довільних формах. Суттєво порушуються у своєму розвитку і процеси виокремлення та узагальнення, тобто те, чим характеризується словесно-логічне мислення. Порушене функціонування зазначених пізнавальних процесів суттєво ускладнює засвоєння такими дітьми знань на доступному їм рівні.

Розумово відсталі діти, перш за все, характеризуються особливостями мислення. Експериментальними дослідженнями виявлено недостатність всіх рівнів мисленнєвої діяльності. Мислення у дітей формується повільно, з великими труднощами. На відміну від норми, в молодшому шкільному віці аналіз предметів і явищ характеризується бідністю, хаотичністю, недостатньою осмисленістю, що позначається на синтезі. Виділення подібного та відмінного при порівнянні ускладнене. Узагальнення спираються на зовнішні ознаки предметів, а тому надто широкі, недиференційовані. Абстрагування від несуттєвих ознак і виявлення суттєвих недоступне для самостійного здійснення.

Розумово відсталим дітям важко абстрагуватися від конкретних несуттєвих деталей, виділити головне, відійти від поодинокого до загального. Своєрідністю у них характеризуються й інші функції мислення. Так, аналіз об'єктів або їх зображень відрізняється бідністю і фрагментарністю. Діти, сприймаючи будь-який об'єкт, виділяють у ньому далеко не всі частини, деталі, ніж діти, що розвиваються нормально. Чим складніший для аналізу об'єкт, тим бідніший аналіз. Особливо важко вони виділяють ті частини предмета, які мало відрізняються від інших за кольором, формою, розміром, часто користуються лише загальними поняттями, такими як: «поганий», «гарний», «великий», «малий», «близький», «далекий».

Мислення розумово відсталих дітей характеризується також пасивністю, косністю, повільністю, недостатньою критичністю та самостійністю. Знання, що набуваються самостійно, бідні і часто неправильні. Під впливом спеціального корекційного навчання недоліки мислення у них дещо усуваються, розвивається не тільки наочно-образне, а й словесно-логічне мислення, що позитивно позначається на розвитку інших пізнавальних процесів. Зокрема, позитивні зрушення мають місце тоді, коли учні коментують одержані результати. Як один із прийомів розвитку мислення розумово відсталих дітей є використання практичного аналізу. Ті об'єкти, які

піддаються практичному діленню, показують дітям по частинах. Це допомагає краще ознайомитись з предметом, уважніше розглянути його складові частини, усвідомити їх важливість. Даючи завдання розглянути якийсь предмет, учитель пояснює, в який спосіб це слід зробити. Отримавши певну допомогу, дитина переключає увагу з однієї частини розглянутого предмета на другу, а це зменшує кількість помилок.

Ще більших труднощів завдають учням молодшого шкільного віку задачі, які передбачають використання наочно-образного мислення. Так, маючи перед собою кольоровий малюнок, на якому зображено певну пору року, учні далеко не завжди можуть правильно встановити виражені на ньому причинно-наслідкові зв'язки та на цій основі визначити, яку пору року зображено на малюнку.

Найбільшу складність викликають завдання, які вимагають від учнів словесно-логічного мислення, зокрема такі, як розуміння нескладних текстів, що утримують у собі ті чи інші залежності – часові, причинні або причинного пояснення своїх дій, успіхів та невдач у роботі. Діти сприймають матеріал спрощено, опускаючи окремі деталі, змінюють послідовність змістових ланок, не встановлюють необхідних взаємозв'язків між ними. Ця особливість підтверджується при аналізі процесу формування в розумово відсталих учнів причинного мислення.

Експериментальним шляхом доведено, що навіть в умовах наочної розгорнутості процесу виготовлення нескладного предмета самостійно, учні не можуть встановити причини власних невдач і помилок у роботі. Більше того, вони можуть і не помічати всіх помилок. І тільки за допомогою вчителя, системи навідних запитань, спрямованих на порівняння виробу із зразком та на технологію його виготовлення, учень починає усвідомлювати найпростіші причинно-наслідкові залежності у своїй діяльності. Саме така робота є частиною загальної корекційної роботи щодо виправлення недоліків інтелектуального розвитку дітей.

Особливості мислення розумово відсталих дітей яскраво виявляються і у процесі розв'язання задач. Ці діти важко розуміють питання задачі, не утримують його в пам'яті до кінця розв'язування. Багато з них швидко гублять завдання. Розв'язуючи математичну задачу, учні без допомоги вчителя не розуміють її умови, обмежуючись тим, що роблять якісь знайомі математичні операції з даними числами. Через косність мислення ці діти майже позбавлені вміння робити припущення, висувати гіпотези, перевіряти їх та розв'язувати задачі різними способами. Розпочинаючи певну дію, розумово відсталі діти вже не можуть переключитися на іншу. У процесі розв'язування задач у цих дітей виявляється ще одна особливість мислення – некритичність. Розв'язавши задачу або приклад, вони здебільшого не вдаються до перевірки правильності здобутого результату, не допускаючи й думки про можливість допущення помилки.

Використання наочності та корекційна спрямованість практичного навчання певною мірою усувають відзначені недоліки мислення розумово відсталих учнів. У середньому і старшому шкільному віці вони досягають

кращих результатів у розвитку не лише наочно-дійового та наочно-образного, а й словесно-логічного мислення, що позитивно позначається на інших пізнавальних процесах і підготовці дітей до самостійного трудового життя.

Важливим пізнавальним процесом є сприймання дитиною навколишнього середовища, що пов'язане з мисленням, пам'яттю, увагою і в розумово відсталих дітей має певне афективно-емоційне забарвлення. Особливості сприймання у них зумовлені інтелектуальним дефектом, а тому воно недостатньо диференційоване і неосмислене. Своєрідність сприймання розумово відсталих дітей виявляється в обмеженості його обсягу, в уповільненості темпу, не повноті аналізу і синтезу частин об'єкта чи явища, що вивчається. Ці діти в кожен момент сприймають значно меншу кількість об'єктів, ніж діти з нормальним розвитком. Зроблений ними аналіз сприйнятого зором реального предмета чи його зображення відрізняється бідністю і фрагментарністю. Дивлячись на об'єкт, учені перераховують не всі складові його частини навіть у тих випадках, коли знають їх назви, а також не виділяють багато суттєво важливих його ознак та властивостей. Недосконалість сприймання у розумово відсталих дітей полягає не стільки в порушеннях сенсорних апаратів, скільки у відхиленнях сприймання як складної психічної функції. Ефективність сприймання підвищується, якщо вчитель організовує спеціальні спостереження, попереднє обстеження об'єкта, знайомить учнів із способами та прийомами такого обстеження. Все це конче потрібне для накопичення сенсорного досвіду, закріплення способів і прийомів спостереження та аналізу об'єктів.

Розумово відсталі діти дуже погано відображають зв'язки та співвідношення між об'єктами, що сприймаються. Малий обсяг сприймання заважає їм бачити одночасно кілька об'єктів, вони їх бачать послідовно. Через це діти неспроможні швидко оглянути приміщення, в якому вони перебувають, вулицю, по якій йдуть, картину, яку розглядають, особливо, якщо на ній зображено багато об'єктів. Своєрідність сприймання учнів з інтелектуальними порушеннями великою мірою зумовлюється бідністю їх минулого досвіду. І навпаки, бідність минулого досвіду учнів цієї категорії пов'язана з недосконалістю самого процесу сприймання.

Особливо складним для дітей з інтелектуальними порушеннями є сприймання сюжетних картин з прихованим змістом. Як показують дослідження психологів, сприймаючи сюжетну картину, учні не можуть прокоментувати зображену на ній ситуацію, встановити залежності між персонажами, виділити ті умовні прийоми, що використовуються в живописі. На зоровому сприйманні базується орієнтування у просторі, яке в розумово відсталих дітей настільки не досконале, що недостатність орієнтувальної основи виступає одним із основних критеріїв розумової відсталості.

Як засвідчує досвід навчання розумово відсталих дітей, сприймання предметів і об'єктів піддається корекції і стає не тільки кількісно багатшим, але й якісно кращим. Діти порівняно добре сприймають те, що їх цікавить. Це так чи інакше викликає в них емоційні переживання. Втім, вони з великими труднощами опановують все, те що є для них незвичним, незрозумілим, а

також потребує докладання значних зусиль. Наприклад, на уроці математики спостерігаються часті випадки, коли учні кілька разів перечитуючи умову задачі, не сприймають її як ціле.

До умов, що поліпшують процес сприймання розумово відсталих дітей, варто віднести поєднання навчання з грою, працею, демонстрацією предмета, який дозволяє бачити його більш виразно. Ефективним у цьому контексті є використання загальноосвітніх і корекційно спрямованих технологій, зокрема таких, як спеціальні методи, прийоми і засоби, які полегшують сприймання (постановка вчителем стимулюючих питань, що спонукають учнів до мовленнєвого оформлення сприйнятого предмета та до виконання з цим предметом організованої діяльності з наступним оформленням одержаних результатів). В процесі спеціально організованого виховання і навчання у цих дітей усувається низка причин, які гальмують розвиток процесу сприймання.

Одним із прийомів, який активізує сприймання та забезпечує його більшу продуктивність, є порівняння об'єктів, що вивчаються. Порівнюючи ці об'єкти, діти встановлюють ознаки їх відмінності та подібності, здійснюючи в такий спосіб необхідну аналітичну діяльність. Для розумово відсталих дітей дуже важко здійснювати порівняння предметів за ознаками їх подібності і відмінності. Щоб полегшити цю роботу, використовують такий прийом, як введення в процес сприймання третього об'єкта, який за відмінними ознаками відрізняється від ознак перших двох.

Суттєво відрізняється від норми у розумово відсталих дітей і якість запам'ятовування. У дітей, які розвиваються нормально, довільне запам'ятовування значно продуктивніше, ніж мимовільне. У розумово відсталих дітей така закономірність не спостерігається. Кількість матеріалу, який вони запам'ятовують довільно, майже не відрізняється від тієї кількості, яка в них зберігається внаслідок мимовільного запам'ятовування. Діти цієї категорії віддають перевагу механічному заучуванню, яке ґрунтується на багаторазовому повторенні матеріалу без його розуміння. Ця тенденція перебуває в прямій залежності від складності матеріалу, що вивчається. Чим менше учень розібрався в логічних зв'язках оповідання, правил, тим більш механічним стає запам'ятовування, зміст матеріалу при цьому заучується ізольовано, без зв'язку з іншим, уже відомим.

Особливості запам'ятовування позначаються й на процесі відтворення. Як правило, навчальний матеріал учні передають у незв'язній формі, пропускають суттєві фрагменти, змінюють текст. Вони легше запам'ятовують те, що привертає їх увагу, є цікавим, та мало місце в їхньому досвіді. Досить характерним для розумово відсталих дітей є несформованість умінь користуватися раніше засвоєним матеріалом, відтворювати ті знання, які необхідні для розв'язання поставленої перед ними конкретної задачі. У цих випадках учні не завжди співвідносять умову задачі з тими відомостями, якими вони володіють, та не виокремлюють необхідні для розв'язання задачі ланки.

Запам'ятовування навчального матеріалу залежить значною мірою від того, яким способом цей матеріал був сприйнятий, а також від віку учнів. Для

учнів молодшого шкільного віку найсприятливішим для запам'ятовування є прослуховування тексту з голосу вчителя. Це зумовлено труднощами процесу читання, яким учні ще не повністю оволоділи на даному етапі навчання, а також їх звичкою орієнтуватися на сприймання усного мовлення. Учні старших класів легше запам'ятовують матеріал у процесі його самостійного читання в голос.

Вочевидь, технологія одночасного поєднання зорового та голосного читання тексту створює сприятливі умови для закріплення матеріалу в пам'яті. Учень бачить розташування тексту на сторінках книжки, виділені абзаци, слова, змістові одиниці. Окрім того, самостійне читання - один із перших кроків до самостійної роботи учнів над текстом, над його розумінням і запам'ятовуванням.

Експериментально доведено, що предмети запам'ятовуються та відтворюються розумово відсталими учнями краще, ніж слова. При цьому зорове сприймання значно продуктивніше, ніж сприймання словесної інформації. Ця особливість сприймання навчального матеріалу підкреслює величезну роль наочності в навчанні. Шляхом правильної організації педагогічного процесу, широкого введення наочності, врахування ступеня складності навчального матеріалу, раціональних вправ, пов'язаних із загальною корекційною роботою, пам'ять розумово відсталих учнів покращується.

Суттєві відхилення мають місце не тільки в пізнавальній діяльності, але і в особистісних проявах розумово відсталих учнів. Оскільки взаємодія такої дитини з довкіллям змінена в силу інтелектуальної недостатності, її особистість формується в своєрідних умовах (обмеження життєдіяльності стінами школи-інтернату, одноманітність форм позакласної роботи, ізоляція від родини і здорових ровесників, цілодобове перебування в колективі собі подібних дітей). Це негативно позначається на адаптації учнів молодших класів до життєдіяльності в учнівському колективі. За цих умов розумово відсталі діти стикаються з безліччю складних особистісних проблем: спілкування, соціальна взаємодія, соціальна ідентифікація, що ускладнює соціалізацію випускників школи. У загальній сукупності різноманітних психічних рис особистості, суттєве місце належить волі. У розумово відсталих дітей часто спостерігається нерішучість, коливання, безініціативність, відсутність умінь керувати власною діяльністю, підкорювати її поставленій меті. Не менш характерні для них легковажність, поверховість прийнятого рішення, необдуманість. Але ці прояви не є специфічними рисами, які характеризують волю таких дітей. Це вторинні утворення, які виникають в наслідок їхнього невдалого минулого досвіду. В умовах спеціально організованого виховного процесу можна домогтися запобігання цих недоліків. Задача виховання повинна зводитися до формування особистості, здатної протистояти негативним впливам довкілля, бути максимально суспільно адекватною.

Низький рівень активності дітей з інтелектуальними порушеннями, їх розумова й емоційно-вольова недостатність особливо проявляються в

мовленні – воно бідне як за формою, так і за змістом, починає розвиватися значно пізніше, ніж у дітей без порушень інтелектуального розвитку. Так, якщо при нормальному психічному розвитку перші слова дитина починає вимовляти до року і в 3-4 роки її мовлення характеризується досить великим активним словником, правильною граматичною будовою з незначними вадами вимови, то розумово відсталі діти перші слова починають вимовляти у два, інколи у три та навіть чотири роки. Вони повільно поповнюють свій словниковий запас новими словами, звернене до них зв'язне мовлення сприймають нерозчленовано. Через недостатній розвиток фонематичного слуху дитина не розрізняє подібних звуків, сприймає та вимовляє слова неправильно. Ця особливість негативно позначається на писемному мовленні розумово відсталих дітей.

У молодшому шкільному віці у дітей спостерігається великий розрив між відносно широким пасивним словником і вкрай обмеженим активним. У словниковому запасі переважають назви звичних предметів і дій, в той час, коли назви більш загального й більш спеціального значення зустрічаються рідко. Засвоївши якесь слово в певній ситуації, розумово відсталі діти не використовують його в інших, відмінних ситуаціях. Для того, щоб вони зрозуміли, що одним словом позначаються різні, зовні не подібні об'єкти, потрібна спеціальна педагогічна робота. Самостійно вони не роблять словесних узагальнень або допускають при цьому суттєві помилки.

У молодшому шкільному віці в розумово відсталих дітей мало розвинене діалогічне мовлення, оскільки це пов'язано з недорозвитком їх інтересів і мотивів. Вони не вміють в достатній мірі слухати те, про що їх запитують, та не завжди адекватно відповідають на задане питання. Вони або мовчать, або відповідають невдало, відходячи від теми розмови. Відсутність потреби у спілкуванні та обмеженість інтересів спричиняє малозмістове розмовне мовлення. Описово-розповідне мовлення розумово відсталих дітей беззв'язне та непослідовне. Це, зокрема, знаходить свій прояв у недостатньому впливі словесної інструкції на організацію їхньої практичної діяльності.

Серед розумово відсталих зустрічаються й такі, в яких на фоні загального недорозвинення психіки спостерігаються часткові дефекти, пов'язані з ураженням окремих ділянок мозку. Інколи це виявляється в особливих труднощах під час оволодіння читанням (дислексія). При дислексії діти дуже повільно оволодівають процесом читання, намагаються вгадувати слова, не рідко при цьому частково перекручують фонемі, змішують звуки при читанні, спотворюють звуко-складову структуру слова, що виявляється у пропусках приголосних і голосних звуків та складів, не правильно сприймають найпростіші тексти.

Особливістю мовлення розумово відсталих учнів є також часткове специфічне порушення процесу письма (дисграфія), що виявляється в помилках стійкого характеру, які під час письма повторюються. Це можуть бути спотворення чи заміна букв, викривлення буквосполучень у структурі слова, порушення злитного написання слів і речень, аграматизми тощо.

В процесі корекційної логопедичної роботи, спрямованої на розвиток сприймання, розширення й уточнення пам'яті, формування просторових уявлень і розвиток аналізу і синтезу, усувається більшість вад у вимові учнів, зростає словниковий запас. Особливо помітно збільшується пасивний словник, діти починають уважніше слухати розповіді вчителя, диференційовано використовують засвоєні слова. Вони починають розуміти, розчленовувати і словесно відтворювати прочитаний текст. Завдяки цьому розширюється коло набутих ними знань, посилюється сила впливу мовлення на емоційне життя розумово відсталих учнів, на розвиток у них самосвідомості, сприймання, спостережливості, уваги та інших психічних процесів.

Аналіз характеру труднощів і помилок, які допускаються учнями в навчальному процесі, сприяє виявленню причин відставання у психічному розвитку. Якщо, наприклад, учень під час написання слова змінює приголосні подібними фонемами, пропускає голосні букви і зливає слова на письмі, значить у цього учня недостатньо сформоване фонематичне сприймання. Бувають частими випадки, коли учень правильно формує план тієї чи іншої дії, але практично виконати її не може, не маючи помітних порушень рухової сфери. Це свідчить про те, що в учня недорозвинена просторова орієнтація і просторовий аналіз при відносно збереженому словесно-логічному мисленні. Виявлення причин помилок і труднощів учнів при опануванні навчального матеріалу допоможе вчителю точніше визначити спрямованість індивідуальної роботи та вибрати відповідну спеціальну освітню технологію навчання і розвитку дитини. Така робота здійснюється поступово, послідовно та поетапно, з аналізом результатів роботи на кожному з етапів. У міру виправлення типових недоліків психічного розвитку та вирівнювання учнів, з якими проводилася індивідуальна корекційна робота, вони залучаються до фронтальної роботи у класі.

Отже, у навчально-виховній роботі з розумово відсталими дітьми використовуються як загальноосвітні (методи, прийоми, засоби і способи навчання і виховання), так і спеціальні (корекційно-педагогічні) технології для кожної категорії дітей. Вибір та поєднання їх визначається особливостями психічного розвитку, характером й ступенем вираженості порушень у дітей і залежать від їх віку та специфіки вторинних відхилень.

Список використаних джерел

1. Граборов О.Н. Основы олигофренопедагогики. – М.: Классикс Стиль, 2005. – 248 с.
2. Дефектологічний словник: Навч. посіб. / За ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. – К.: «МП Леся», 2011. – 528 с.
3. Еременко И.Г. Олигофренопедагогика. – К.: Вища школа, 1985. – 325 с.
4. Синьов В.М., Бондар В.І. Освітня інтеграція учнів з інтелектуальними порушеннями: Навч. посіб. – К.: Нац.пед. ун-т імені М.П. Драгоманова. – 2015. – 398 с.

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУПРОВОДУ СІМЕЙ,
ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ С СИНДРОМОМ РАННЬОГО
ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ**
(Прокоф'єва О.О., Варіна Г.Б.)

Концепція реформування освіти підкреслює виняткову роль сім'ї у вирішенні завдань виховання підростаючого покоління. Особливе місце в цьому питанні займають сім'ї, які виховують дітей з особливими потребами. У сучасних дослідженнях спеціальної педагогіки і психології велику увагу присвячено впливу сімейного фактора на особливості розвитку дитини з особливими потребами. Високий рівень сімейного неблагополуччя обумовлює яскраво виражені порушення особистісного розвитку такої дитини. Практика свідчить про те, що ці сім'ї потребують висококваліфікованої допомоги різних спеціалістів. Потреба в наданні комплексної допомоги сім'ям, які виховують дітей з особливими потребами, обумовлюється наявністю величезної кількості різноманітних проблем, з якими вони повсякденно зустрічаються.

Проблема дослідження взаємодії в сім'ях, що виховують дитину з особливими потребами та обмеженими можливостями здоров'я привертала увагу численних дослідників (А. Душка, Т. Сак, В. Синьов, О. Хохліна, Г. Хворова, А. Чуприков та ін.). Переважна кількість досліджень з зазначеної проблеми виконані в межах когнітивно-біхевіоріального підходу, генетичної психології навчання (С. Максименко), медичної моделі сімейної психотерапії, спеціальної та корекційної психології і педагогіки (Т. Вісковатова, Т. Скрипник, А. Шевцов та ін.). Разом з тим поза належною увагою лишаються глибинно-психологічні та соціально-педагогічні детермінанти переживання батьками моральної травматизації від усвідомлення статусу здоров'я дитини та прогнозування життєвих перспектив дитини.

Потреба в наданні комплексної допомоги сім'ям, які виховують дітей з синдромом раннього дитячого аутизму обумовлюється наявністю величезної кількості різноманітних проблем, з якими ці сім'ї повсякденно зустрічаються. Проблема надання допомоги сім'ям, які мають дітей з відхиленнями у розвитку, представлена в дослідженнях Н. Анісімової, Ю. Блинкова, Т. Богданової, Т. Волковської, С. Забрамної, А. Закрепіної, С. Ігнат'євої, М. Іпполітова, В. Кисличенко, Г. Кукурузи, І. Левченко, Н. Мазурової, О. Мастюкової, Е. Медведєвої, Г. Мішиної, Є. Морозової, А. Московкіної, О. Половинкина, С. Рубінштейна, М. Семаго, О. Стребелевої, В. Ткачової, Е. Ушакової, Л. Шипіциної та ін.

Низка дослідників підкреслює, що проблеми сім'ї, яка має дитину з відхиленнями у розвитку проявляються в різних формах. Стрессова ситуація в сім'ї виникає з моменту народження дитини з порушеннями в розвитку, в якій відображаються еволюційні погляди ставлення суспільства і держави до осіб з відхиленнями в розвитку (О. Стребелева і Г. Мішина [7]). Періодизація еволюції ставлення суспільства і держави до осіб з відхиленнями у розвитку представлені в працях М. Малофєєва [3]. Народження дитини з синдромом

РДА є стресом для сім'ї. Труднощі, пов'язані з вихованням «особливої дитини», зумовлюють якісні зміни в життєдіяльності сім'ї, дезадаптують сім'ю та призводять до сімейної кризи. Дослідження В. Ткачової [8] свідчать про зміни в функціонуванні вищезгаданих сімей на декількох рівнях. Психологічний рівень характеризується змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферах батьків. Зміни на соціальному рівні виявляються порушеннями подружніх, батьківських та екстрасімейних стосунків (спілкування з родичами, друзями). Соматичний рівень страждає у результаті перевищення рівня навантажень, тобто у батьків можуть виникати різні соматичні захворювання, астеничні та вегетативні розлади. Традиційний підхід у сучасній соціально-педагогічній та психологічній практиці є одностороннім, оскільки переважно спрямовує зусилля спеціалістів на реабілітацію дитини, а робота з сім'єю або не використовується, або використовується у якості опосередкованого впливу на цей процес. На сучасному етапі важливого значення набуває сприйняття сім'ї як цілісності, що потребує спрямування соціально-педагогічної роботи не тільки на реабілітацію дитини, але й на підвищення рівня адаптації батьків до життєвих умов, пов'язаних з вихованням дитини з особливими потребами.

Тому батьки потребують спеціально організованої допомоги, щодо підвищення їх компетентності у вихованні дитини з порушенням слуху, що включатиме, просвітницьку, педагогічну, психологічну та соціальну складові. Одним із різновидів такої допомоги сім'ям є психологічний супровід. Проблема супроводу у сучасній педагогіці та психології розглядається досить широко. Проте на сьогодні в спеціальній науковій літературі немає однозначного підходу до визначення поняття «психологічного супроводу» сім'ї, що виховує дитину з порушеннями слуху та його змісту. Так, Ю. Слюсарев розглядає психологічний супровід сім'ї такої дитини як комплексну психологічну допомогу батькам, основною задачею яких є всебічний розвиток особистості дитини [4, с. 6].

Ранній дитячий аутизм — особлива аномалія психічного розвитку, якій характерні стійкі і своєрідні порушення комунікативної поведінки, емоційного контакту дитини з навколишнім світом і вміння правильно реагувати на зовнішні ситуації. Уперше терміном «аутичний» почав користуватися Блейлер у 1908 для опису втечі від соціального життя, яка спостерігалась у дорослих, хворих на шизофренію. Термін «аутизм» (від грецьк. *autos*) ввів швейцарський психіатр Л. Каннер у 1943 р. лікар вперше дав цілісний опис синдрому, який він визначив як ранній дитячий аутизм (РДА). Однак дослідження в цій області були проведені зовсім недавно [6].

Згідно сучасним уявленням, ранній дитячий аутизм входить до групи первазивних (загальних) порушень психічного розвитку, при яких страждають навички соціально-побутового спілкування. Ця група також включає синдром Ретта, синдром Аспергера, атипичний аутизм, гіперактивний розлад з УО і хамами, дезінтегративний розлад дитячого віку.

За етіологічним принципом розрізняють ранній дитячий аутизм ендогенно-спадкового, пов'язаного з хромосомними абераціями, екзогенно-

органічного, психогенного і неясного генезу. На підставі патогенетичного підходу виділяють спадково-конституційний, спадково-процесуальний та набутий постнатальний дизонтогенез.

Розлади аутистичного спектра (скорочено – аутизм) – це загальний розлад розвитку, що має неврологічну природу та характеризується такими проявами, як: стійкі дефіцити соціальної комунікації та соціальної взаємодії, зокрема дефіцити в соціально-комунікативній взаємності, невербальній комунікативній поведінці, установленні й підтриманні соціальних відносин; обмеженість, повторюваність у структурі поведінки, інтересах чи діяльності: стереотипні моторні рухи, мовлення або маніпуляція предметами; занадто вузький спектр інтересів і надмірне захоплення ними; надмірна або недостатня реакція на отримувану сенсорну інформацію та /або незвичний інтерес до певного сенсорного аспекту навколишнього середовища.

З урахуванням переважаючого характеру соціальної дезадаптації при ранньому дитячому аутизмі К. Лебединська виділила 4 групи дітей [1]:

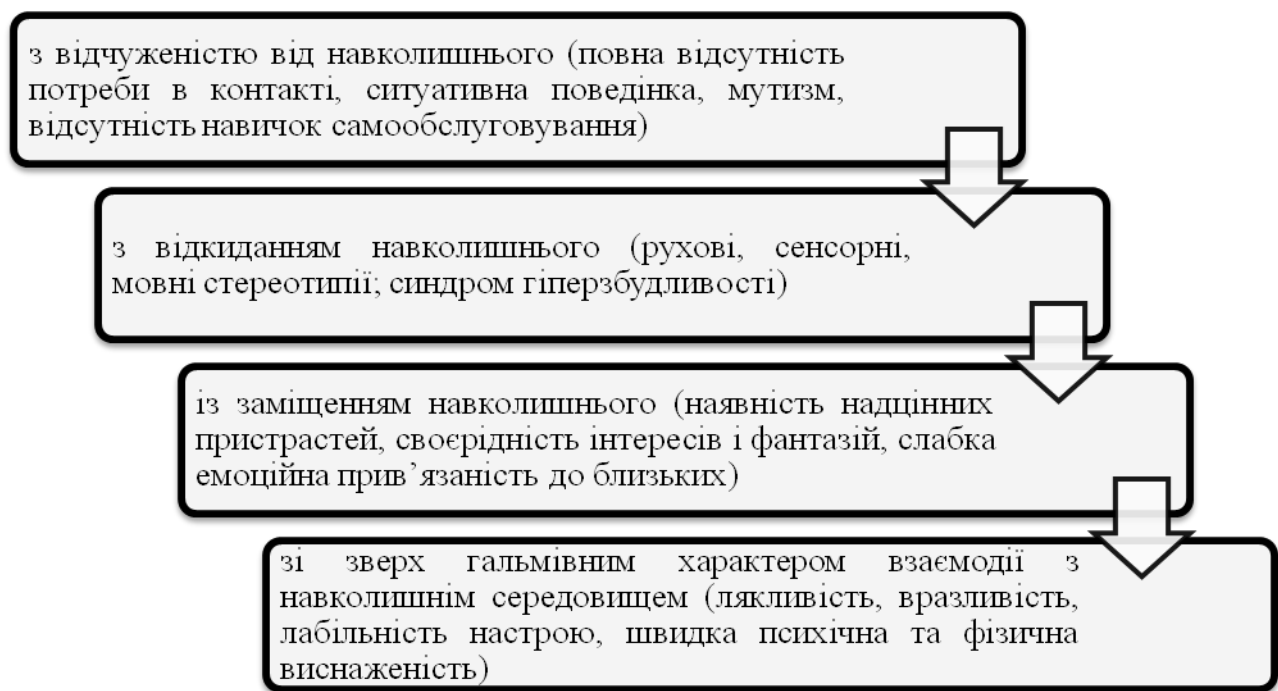


Рис. 1 Групи дітей з синдромом РДА [складено автором]

Діти з РДА можуть мати різний рівень розумового і мовленнєвого розвитку. Згідно зі статистикою, прояви аутизму виявляють до 3,5 років і здебільшого в осіб чоловічої статі (у 4/4,5 рази частіше, ніж у жінок).

з часів опису РДА Каннером і незабаром Аспергером виділяють дві його форми: синдром *дитячого аутизму Каннера* і *аутична психопатія Аспергера*. Варіант Аспергера зазвичай легший, при ньому не страждає «ядро особистості». Цей варіант багато авторів відносять до аутичної психопатії. У літературі представлені описи різних клінічних проявів при цих двох варіантах аномального психічного розвитку. Наприклад, РДА Каннера зазвичай рано виявляється - в перші місяці життя, або впродовж першого

року. На сьогодні найбільш значущими в клінічній картині синдрому Каннера вважають такі ознаки [2]:

1. Аутизм як граничне («екстремальне») усамітнення дитини, що формує порушення його соціального розвитку поза зв'язком із рівнем інтелектуального розвитку.

2. Прагнення до сталості, що проявляється як стереотипні заняття, надпристрассть до різних об'єктів, опір змінам у навколишньому.

3. Особливо характерна затримка й порушення розвитку мови, також поза зв'язком із рівнем інтелектуального розвитку дитини.

4. Рання прояв (до 2,5 року) патології психічного розвитку (причому ця патологія більшою мірою пов'язується з особливим порушенням психічного розвитку, ніж його регресом).

При синдромі Аспергера особливості розвитку і дивакуватість поведінки, як правило, починають виявлятися на 2-3 році і чіткіше - до молодшого шкільного віку. При синдромі Каннера дитина починає ходити раніше, ніж говорити, при синдромі Аспергера мова з'являється раніше ходьби. Синдром Каннера зустрічається як у хлопчиків, так і у дівчаток, а синдром Аспергера вважається за «крайне вираження чоловічого характеру». При синдромі Каннера має місце пізнавальний дефект і важкий соціальний прогноз, мова, як правило, не має комунікативної функції. При синдромі Аспергера інтелект більш збережений, соціальний прогноз значно кращий і дитина зазвичай використовує мову як засіб спілкування. Зоровий контакт також кращий при синдромі Аспергера, хоча дитина уникає чужого погляду; спільні і спеціальні здібності також краще при цьому синдромі. З урахуванням психологічних особливостей дитини с РДА на сучасному етапі змінюється і весь діагностично-корекційний процес, що передбачає залучення родини в цілому в процес реабілітації та адаптації дитини до навколишнього середовища. Зазвичай у нашій країні проблеми сім'ї, що виховує дитину з розладами розвитку, розглядаються через призму проблем самої дитини. Однак вирішення проблеми соціальної адаптації сімей дітей з аутизмом слід шукати у сфері реалізації соціально-психологічного впливу не лише на дитину, але й на її батьків.

Спроби надання професійної соціально-психологічної підтримки сім'ям з аутичними дітьми почали здійснюватись у нас лише недавно, і поки що вони носять епізодичний характер. Звичайно, в першу чергу необхідно звертати увагу на допомогу сім'ї в її основних потребах: вихованні і навчанні дитини з аутизмом. Головне в цьому питанні — дати батькам можливість зрозуміти, що відбувається з їх дитиною, допомогти встановити з нею емоційний контакт, відчувати свою силу, навчитись впливати на ситуацію, змінюючи її на краще. Б. Кауфман говорить про три послідовні кроки допомоги аутистичній дитині, які, на наш погляд, є найоптимальнішими та успішними [5]: батькам необхідно почати з себе, переглянути своє ставлення до дитини і полюбити її такою, якою вона є, з усіма проявами її поведінки; створити мотивацію у дитини, потрібно в такий спосіб показати їй цінності нашого світу, нашу любов до неї і готовність до забезпечення їй захисту і

опори, щоб сама дитина захотіла в ньому жити і діяти; розробити відповідно до потреб і можливостей дитини програми реабілітації.

Вирішення проблеми реабілітації дітей-аутистів неможливе без активної участі батьків. Саме вони повинні стати основними виконавцями всіх терапевтичних маніпуляцій, призначених для їх дитини.

Психологічний супровід сім'ї, що виховує дитину з РДА розглядатиметься нами як метод активного, системного, динамічного впливу на розвиток суб'єктів з метою раннього виявлення поведінкових та особистісних порушень дитини та надання кваліфікованої комплексної допомоги дитині і її родині. Відповідно до цього психологічний супровід сім'ї, що виховує таку дитину передбачає надання комплексної допомоги: по-перше, психологічної діагностики дітей (первинне діагностування з метою вивчення сильних і слабких сторін розвитку особистості, виявлення і вирішення проблем, що виникають у процесі соціалізації та інтеграції, проведення діагностичних мінімумів з метою вивчення динаміки її розвитку та подолання можливих труднощів); по-друге, надання членам сім'ї інформації щодо особливостей дитини, що має цей синдром та його вплив на психофізичний розвиток; по-третє, психологічної підтримки членам сім'ї та психокорекцію сімейних дисфункцій сімейної системи на трьох рівнях: шлюбному, батьківському, сиблінговому.

Завдання психологічного супроводу сім'ям, які мають дітей з РДА передбачають реалізацію таких аспектів: дослідження проблем особистісного розвитку і виховання дитини; виявлення порушень емоційно-вольової сфери в залежності від стосунків із членами сім'ї та взаємодії сім'ї єдиної як системи; допомога (сприяння) дитині та членам сім'ї у вирішенні актуальних завдань виховання і соціалізації: розвиток психологічної компетентності (культури) батьків та інших членів сім'ї; покращення системи сімейного функціонування.

Процесуальне здійснення психологічного супроводу передбачає наявність та реалізацію трьох компонент: психологічну діагностику, психологічну корекцію та психологічну терапію дитини та осіб, що її виховують. Ефективний психологічний супровід та результативна психологічна допомога сім'ям дітей з РДА забезпечуються дотриманням у ході практичної реалізації наступних умов:

- системності та цілеспрямованості психологічної підтримки; полісуб'єктності та особистісного орієнтування у ситуації розвитку дитини з РДА;
- органічної єдності психологічного супроводу психічного розвитку дитини з психічним станом батьків або тих осіб, що виховують дитину;
- практична спрямованість корекційного процесу (при цьому особлива увага надається стану сформованості функціональних навичок: навчання, адаптації, самообслуговування, комунікації);
- єдиність, довготривалість та послідовність корекційної роботи: на усіх вікових етапах;
- спеціалізованість супроводу (фахівці, які працюють з дітьми та їх сім'ями, повинні мати спеціальну підготовку, працювати та бути обізнаними з особливостями становлення особистості з психофізичними порушеннями);

- комплексність супроводу: єдність медичної, педагогічної, психологічної допомоги (реалізується через забезпечення взаємозв'язків зі спеціалістами, допомоги яких потребують суб'єкти супроводу в тій чи іншій сфері з метою вирішення нагальних та актуальних проблем розвитку особистості дитини з РДА);

- диференційованість супроводу: система допомоги дітям від народження до дорослого віку та їхнім родинам має задовольняти потреби великої кількості суб'єктів, які отримують послуги, незалежно від віку, рівня інтелектуального та загального розвитку, матеріальних можливостей та місця проживання (єдине, що поєднує всіх одержувачів послуг – це наявність в них певних особливостей психофізичного розвитку). Система супроводу має враховувати індивідуальні особливості кожної дитини та стану сім'ї, що її виховує, сприяти розвитку особистості дитини, максимально зменшуючи рівень стигматизації;

- консолідація супроводу та сімейного виховання;

- інтегративна спрямованість психокорекційного процесу у поєднанні зі спеціалізованим характером допомоги, що надається;

- визначальна роль індивідуальних особливостей дитини, специфіки сімейного функціонування та етапу психокорекційної роботи при виборі методик (особистісно орієнтований підхід у наданні допомоги) [9].

Таким чином, психологічний супровід сім'ї, що виховує дитину з РДА є багатоаспектним поєднанням різних методів діагностичної, корекційної та терапевтичної роботи з дітьми, батьками чи іншими особами, що беруть участь у вихованні; комплексна технологія, особлива культура підтримки і допомоги дитині та сім'ї у вирішенні завдань особистісного розвитку, міжособистісної взаємодії, виховання, соціалізації. Успішність інтеграції та адаптивності залежить від можливостей дитини, бажання і допомоги батьків або осіб, що її виховують, а також наявності на всіх етапах розвитку кваліфікованої психолого-медико- педагогічної допомоги.

Список використаних джерел

1. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К.С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982. – С. 5–21.
2. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособ. – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.
3. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: учеб. пособ. для студентов пед. вузов. – М.: Просвещение, 2009. – 319 с.
4. Оцінка потреб дитини та її сім'ї / Авт. кол.: І.Д. Зверева, З.П. Киянця, В.О. Кузьмінський, Ж.В. Петрочко, І. Самон / За заг. ред. І.Д. Зверевої. – К.: Держсоцслужба, 2007. – 144 с.
5. Скрипник Т.В. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам: навч.-метод. посіб.. – К.: Вид. група «Шкільний світ», 2016. – 160 с.
6. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами: навчально-методичний посібник / Укл. Н.В. Заверико, Т.Г. Соловйова. – Запоріжжя: ПП «Тандем», 2008. – 53 с.
7. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога и родителей. – М.: Парадигма, 2010. – 72 с.

8. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. – М.: УМК «Психология», 2003.
9. Prokopenko O.A. Features of psychological support families raising a child with hearing // Actual problems of the correctional education: Ministry of Education and Science of Ukraine, National Pedagogical Drahomanov University, Kamyanets-Podilsky Ivan Ohyenko National University / edited by V.M. Synjov, O.V. Havrilov. – Issue 5.- KamyanetsPodilsky: Medobory-2006, 2015.– P. 251–261

ПОЧУТТЯ ПРОВИНИ У БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я (Царькова О.В.)

Феномен провини, як суб'єктивної реальності, логічно включений в предметну область ряду наук, серед яких особливо виділяються такі науки, як юриспруденція, культурологія, богослов'я, філософія, етика і, звичайно, психологія. Для більш повного і диференційованого вивчення даного явища необхідно звернутися до досвіду, напрацьованого іншими галузями знань, що в свою чергу дасть нам ясну картину специфіки психологічного знання відносно даного феномена [4].

У сучасному світі залишковою дією провини у повсякденному житті може бути гра в провину як втечу від відповідальності. Ознакою гри є наявність певного сценарію, знову і знову повторюваної дії. Зберігається Батьківський авторитет і визнання провини перед авторитетом, а для «очищення» совісті слід бути винуватим, щоб змогти повинитися, оскільки «непокору означає головний гріх, а покора – найголовнішу чесноту» [2].

Одним з аспектів провини, що формуються в дитинстві, є переживання дитиною батьківського невдоволення, супроводжуване страхом розчарувати батьків у їх очікуваннях, наслідком чого є поява стійкого страху втрати батьківської любові. Виникає вина як невідповідність очікуванням авторитету, яка залишається на все життя. Людина «відчуває себе незадоволеною, негідною, приниженою. Вона агресивна до інших або ж проявляє агресивну неприязність до самої себе, вважаючи себе винною і відповідальною за відсутність любові та поваги до нього в інших. У ситуації зниження цінності «Я» людина може наносити шкоду собі. Ця агресія до себе є наслідком болісного почуття провини та пригнічення» [1, с. 25].

Вивчаючи почуття провини на базі досліджень різних авторів і підходів, можна прийти до такого висновку: вина – це емоція, яка супроводжує людину протягом усього життя. Дослідження почуття провини як певної предметної феноменології представляє актуальність як в науково-методологічному так і в практичному аспектах. У цілому, аналізуючи предметну площину досліджуваної проблеми, можна констатувати, що найбільше розробленими щодо феномену провини виступають: метафізично-онтологічний, філософсько-екзистенційний, соціально-психологічний та клінічний підходи.

Уважаємо, що почуття провини не є вродженим почуттям, воно соціально сформоване батьками або найближчим оточенням – іноді усвідомлено, іноді під впливом неусвідомлюваних тенденцій. Нерідко діти в таких сім'ях формують собі почуття провини самі, відкуповуючись від претензій дорослих. Пізніше, у зрілому віці, людина мимоволі відтворює всередині себе цей комплекс, але робить це зазвичай автоматично і несвідомо, внаслідок чого це описується нею як: «поява почуття провини».

На думку деяких вчених, при сприятливому впливі зі сторони батьків, дитина поступово приймає свою «не всемогутність», долає почуття вини, і дилема вирішується на користь успішного розвитку творчої ініціативи. При несприятливому впливі з боку батьків у дитини на довгі роки, а іноді й на все життя, залишається схильність відчувати почуття вини та обмеження на прояв творчої ініціативи [5].

Численні дослідження М. Бітті, Б. Воронович, Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолда розкривають можливості розгляду внутрішньосімейного простору як чинника в якому утворюються, детермінуються та розгортаються несприятливі родинному функціонуванню стани, які водночас підтримуються практично всіма членами родини. Більшість дослідників дисфункційних сімей в прагненні до гомеостазу вбачають прагнення до збереження усталеного функціонування при мінімізації напруження. Разом з тим, Г. Олпор, гомеостатичні тенденції родини пояснює не редукцією напруги, а пранням особистості до встановлення і збереження певного рівня напруженості. Остання теза відповідає окремим положенням нашої концепції щодо переживання психоемоційних станів батьками дітей з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ).

Розглядаючи переживання провини батьками дітей з ОМЗ в контексті принципу гомеостазу, слід також врахувати, що гомеостаз, переважно, підтримується циклічними патернами комунікації. У випадках загрози існування поточного гомеостазу, найсуттєвішого впливу зазнає один з членів родини. Збереження формальних рамок родини забезпечує її цілісність, в той час як наявність патогенних чинників в родинному просторі призводить до численних фрустрацій та, на їх основі, аверсивних проявів. Так, згідно з дослідженнями А. Агишевої [3], аверсія в сімейних стосунках становить собою особистісну реакцію одного або обох членів подружжя на постійну незадоволеність подружньою взаємодією. Встановлено, що аверсія існує в трьох формах: сексуальній, психологічній та поєднаній. Наші спостереження підтверджують зазначені тенденції в родинах, які виховують дітей з ОМЗ.

Досліджуючи проблему сімейно-обумовлених станів в родинах, які мають дітей з ОМЗ, можна констатувати тенденцію до персоніфікації переживань, вихідною одиницею яких стає персоніфікація знання – як процес і здатність до змінення, трансформації, модифікації, що забезпечує функціональність особистісної системи знань. Персоніфікація знань стає основою для персоніфікації переживань та здатності встановлювати персоніфіковані зв'язки.

Прийняття батьками дитини з обмеженими можливостями здоров'я виявляється достатньо складним і неоднозначним за змістом процесом, пов'язаним не стільки з нозологією захворювання дитини, скільки з особистісними якостями, установками, самосвідомістю, тощо. Слід зазначити, що у порівнянні з кризовими ситуаціями, які мають плинний чи епізодичний характер, родини дітей з обмеженими можливостями здоров'я переживають «приреченість через катастрофічну подію», а отже ірраціональність та численні форми психологічної компенсації, пошуку вторинної вигоди, що неминуче орієнтує наші наукові пошуки на визначення глибинно-психологічних феноменів, зокрема переживання нераціональної провини батьків.

Різні автори досить одностайні в описі найбільш загальних характеристик батьківських реакцій щодо усвідомлення ОМЗ дітей (Д. Ісаєв, В. Ткачова, Л. Шипіцина), до яких відносять: заперечення, гнів, почуття провини, емоційну адаптацію [8, с. 87].

У рамках інтерактивного підходу заслуговує уваги концепція соціальних уявлень, розроблена М. Куном, А. Роуз, С. Московічі, Т. Шибутані, в якій центральне місце займає чинник соціальної взаємодії. Ідея, що об'єднує дослідників, – неминучість відбитка соціальних установок, стереотипів і способу контакту на якість спілкування суб'єктів. Це певні стандарти, ярлики, словесні «кліше», що забезпечують відповідний стан готовності до однозначної реакції та оцінки [9].

У психолого-педагогічних дослідженнях, проведених В. Вишневським, Б. Воскресенським, Р. Майрамян, В. Скворцовим, Л. Шипіциною, описується психотравмуючий вплив дитини з відхиленнями у розвитку на відносини у сім'ї та виникнення у зв'язку з цим психопатологічних розладів у матерів. Так, психологічне дослідження міжособистісних стосунків у сім'ях, які виховують дитину з обмеженими можливостями здоров'я, проведене Л. Шипіциною, показало, що більшість сімей не в змозі самотійно впоратися з проблемами, пов'язаними з появою дитини з особливими потребами. У більшості з них мають місце конфліктність, тривожність, емоційно неоднозначно забарвлені сімейні відносини, відчуженість, самотність у сім'ї [10].

За даними О. Полухіної соціально-психологічний портрет таких сімей, в яких виховуються діти з ОМЗ демонструє явні негаразди: від 30% до 60% сімей розпадаються, частина сімей існує з викривленими міжособистісними відносинами (30%), зберігаючи сім'ю формально – «заради дитини». Для сімей з дитиною-інвалідом характерна зміна стилю сімейного функціонування в бік більшої жорсткості та поляризації сімейних ролей, посилення ригідності сімейних правил і процедур. Сприйняття дитини-інваліда та відносини з нею залежать від статі батька і дитини, від особливостей функціональних розладів. Форма дитячої патології впливає на шлюбно-сімейні відносини. Народження хворої дитини негативним чином позначається на відносинах між подружжям: для подружжя характерна знижена самооцінка та оцінка партнера, підвищена напруга в стосунках.

Серед причин неадекватного ставлення можна зазначити: психологічні особливості самих батьків, їх здатність прийняти або не прийняти дитину;

характер розладів у дитини, їх важкість, перебіг хвороби, наявність чи відсутність хронізації; відсутність позитивного опорного впливу соціуму в контактах з сім'єю, яка має дитину з обмеженими можливостями та функціональними розладами [7].

Під впливом хронічних соціальних стресорів, ситуацій, адресованих до місця найменшого конституціонально-психотипологічного опору, у батьків з шизоїдною особистісною структурою, починають формуватися ознаки аномальної особистісної мінливості, а саме негативний особистісний дрейф переходу з діапазону психологічної норми – акцентуації в діапазон приграничної аномальної особистості в конституційно-континуальному просторі. Констатовано, що в цей час настають якісні зміни поведінкового стереотипу та особистісно-значущих переживань у батьків, що, у свою чергу, призводить до зриву компенсаторних конституційно-психотипологічних механізмів і порушення соціально-психологічної адаптації.

Цікавим виявляється, що евристичність та інтелектуальний прагматизм, здатність до міркувань у батьків дітей з ОМЗ діапазону приграничної аномальної особистості (ПАО) конституційно-континуального простору зберігається, але в значній мірі втрачається взаємозв'язок між адекватністю міркувань і прагматизмом вчинків і поведінки в цілому.

В. Вишневським доведено, що поява в родині дитини з інвалідизуючим захворюванням створює тривалу, нерозв'язну ситуацію важкої психічної травматизації, та в двох третинах випадків викликає у матерів появу депресивної симптоматики в таких формах як депресивний невроз, затяжна невротична депресія, депресивний невротичний розвиток особистості.

Загалом, відомо, що під впливом усвідомлення інвалідності дитини в родині деформуються: стиль внутрішньосімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з оточуючим соціумом; особливості світогляду і ціннісних орієнтацій кожного з батьків дитини з обмеженими можливостями та функціональними розладами [6].

Узагальнення результати досліджень психоемоційних станів батьків дітей з психофізичними вадами та різним рівнем психосоціального розвитку, дозволяють встановити підвищення рівня реактивної та спонтанної агресивності на тлі зростання стомленості та безпорадності.

Спостереження дозволяють надійти висновку про можливість зв'язку переживання провини з прийняттям рішення батьків (одного з батьків) про відмову від батьківства, відмову від виховання, розлучення. Так, М. Родіоною виділено ключові поняття і запропоновано типологію способів переживання кризи відмови матері від дитини. Дослідницею розроблено схему емпіричного аналізу кризової ситуації, виявлено критерії і основні етапи її розвитку, описані типи переживань, розроблено класифікацію стратегій переживання кризи відмови від дитини.

Узагальнюючи, слід зазначити, що сімейна обумовленість переживання провини, емоційна напруженість, відчуження, дисоційованість, симбіотичність, гіперпротективність, амбівалентність визначають фон сценарного процесу розвитку дитини та засвоєння нею соціального досвіду.

Зазначені принципи класичного сценарного процесу пояснюють феноменологію як батьківської поведінки так і поведінки дитини щодо усвідомлення своїх ОМЗ, їх соціального контексту. Психологічний сценарій, у такий спосіб, виступає алгоритмом інтроекції загальної культури, опосередкованої через контент взаємодії батьків та дитини.

Відомо, що провина не залежить від реального або передбачуваного ставлення оточення до проступку, переживання провини супроводжується самоосудом, зниженням самооцінки, каяттям і, на думку Д. Осьюбела, особливим різновидом морального сорому. Зазначена теза, буде виступати одною з провідних в концепції нашого дослідження.

Слід підкреслити, що прийняття хворої дитини – дуже складний і неоднозначний за своїм змістом процес, який залежить не стільки від характеру захворювання дитини, скільки від індивідуально-психологічних особливостей матері та батька.

Орієнтуючись на певні дослідження та власний досвід, слід зазначити, що ірраціональний страх за дитину доповнюється таким же ірраціональним почуттям провини перед нею. Ірраціональність пояснюється напруженням та впливом емоційного стресу на жінку, у якої народилася дитина з обмеженими можливостями та функціональними розглядами. У матерів часто спостерігаються істерики, депресивні стани. Страхи, що долають жінок з приводу майбутнього хворої дитини, породжують почуття самотності, загубленості та відчуття «кінця життя». Перебуваючи з дітьми постійно, вони скаржаться на велику кількість повсякденних турбот, пов'язаних з дитиною, що викликають фізичне та психічне виснаження, хронічну втому. Для таких матерів властиво зниження психічного тону, занижена самооцінка, що проявляється у втраті смаку до життя, перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів, втрати інтересу до себе як до жінки та особистості.

Коли батько вирішує відмовитися від дитини з ОМЗ, забути про неї та жити далі, це має глибинний мотив, який полягає в тому, що для чоловіка важливо, щоб його рід продовжувала здорова людина. Крім того, людям, схильним до лідерства, важко присвячувати життя свідомо програшному «проекту». Чималу роль тут грає і те, що в нашому суспільстві та дотепер функціонально обмежених дітей вважають людьми «другого сорту», «тягарями». У результаті, багато батьків просто соромляться бути батьками «ненормального» [11].

Однак є те, що може утримати батька від такого кроку – це батьківський інстинкт. Він, на відміну від материнського, формується не відразу, для цього потрібен час і близький контакт з дитиною. Вважається, що мати любить дитину вже за те, що вона є, і приймає її такою, яка вона є. У батьків інша психологія – вони люблять дітей за щось конкретне і за майбутнє, яке ті символізують. А коли народжується дитина з особливими потребами, мрії про майбутнє руйнуються. Батько не може з цим змиритися і відсторонюється від ситуації. Феномен батьківської (тато) провини у такому контексті стає обумовленим переживанням сорому.

Таким чином, загалом, обмежені можливості здоров'я дитини є неминуче пов'язаними з численними переживаннями, які охоплюють афективний, когнітивний і мотиваційний виміри особистості.

З'ясовано, що переживання провини має відповідні ознаки за показниками адекватності та локусу походження. ОМЗ дитини виступають чинником детермінації специфічного сценарного розвитку як самої дитини, так і членів родини в цілому.

Теоретичний аналіз проблеми переживання провини батьками дітей з ОМЗ представляє наукову рефлексію проблеми провини як суб'єктивної реальності, визначення, власне психологічної феноменології переживання почуття провини, провини як сімейно-обумовленого стану та розкриває перспективи розгляду обмежених можливостей здоров'я як специфічного сценарного розвитку дитини та засвоєння соціально-культурного досвіду.

Почуття провини розглядається як складний когнітивно-поведінковий комплекс, що поєднує між собою страх, самоприпинення, аутоагресію і водночас включає систему психологічних захистів, що пом'якшують емоційне напруження, викликане цими негативними почуттями. Це стан захисту особистості від внутрішньої агресії, яка була викликана покаранням людини самої себе.

Зазначено, що проблему переживання батьками почуття провини доречно розглядати в контексті обумовленості сімейної взаємодії, гомеостазу, системного підходу, особистісного опосередкування негативних переживань та травматичного досвіду особистості.

Розглянуто феномен усвідомлення інвалідності дитини в родині. Визначено деструктивний вплив неадекватних форм усвідомлення, через який деформуються: стиль внутрішньосімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з оточуючим соціумом; особливості світогляду і ціннісних орієнтацій кожного з батьків. Проаналізовано типології сімей в яких є діти з ОМЗ та ФР.

Установлено, що почуття провини батьків дітей з ОМЗ є складним, первинним щодо внутрішньосімейної психологічної травматизації переживанням, яке має глибинно-психологічну детермінацію, пов'язану зі специфічним комплексом механізмів психологічних захистів, наявністю відповідних внутрішньоособистісних конфліктів та ірраціональних установок. Доведено, що переживання міжособистісної провини доречно розглядати з точки зору їх кон'юнктивного або диз'юнктивного впливу.

Список використаних джерел

1. Луковкина А.Н. Особенности детско-родительских отношений в семье с ребенком с отклонением в развитии // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. – М.: Изд-во АНО «ИПП», 2011. – 215 с.
2. Лукьянченко Н.В. Родительское отношение в семьях с ребенком, имеющим особенности развития // Сборник тезисов участников второй всеросс. научн.-практ. конф. по психологии развития «Другое детство». – М., 2009. – 125 с.
3. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2003. – С. 256.

4. Манхаева О.М. Теоретико-эмпирическое обоснование феномена «чувство вины» с точки зрения развития личности // Образование и саморазвитие. – Казань: Изд-во «Центр инновационных технологий». - 2010. – № 6 (22). – С. 221-227.
5. Романов М.Р. Реабилитация инвалидов. – М.: Вагриус, 2000. – 175 с.
6. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций // Семья и формирование личности / под ред. А.А. Бодалева. – М.: Просвещение, 2001. – 115 с.
7. Шевандрин Н.И. Основы психологической диагностики: учебник для студ. вузов. – М.: ВЛАДОС, 2003. – Ч. 1. – 288 с.
8. Психолого-педагогическая диагностика /под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
9. Ватерс Л., Ланзид М., Шонглер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей: Сборник упражнений для специалистов и родителей. – Мн.: Изд-во БелАПДИ, 2007. – 18 с.
10. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с недоразвитием // Дефектология. - 2007. - № 5.- С. 46.
11. Маклаков А.Г. Общая психология: Учебн. для вузов.– СПб.: Питер, 2006. – 583 с.

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ ДО РОБОТИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ *(Каминін І. М., Тучина Н. В.)*

Однією з найважливіших ознак сучасної української школи є її інклюзивний характер, який передбачає рівний доступ до якісної освіти всіх дітей незалежно від їх місця проживання, раси, національності, майнового статусу і спеціальних освітніх потреб. Останній аспект є доволі новою рисою і потребує додаткової підготовки учителів, здатних працювати в класі, в якому є учні зі спеціальними навчальними потребами. Мова йде не про психологів-реабілітологів і не про дефектологів, яких спеціально навчають методам і прийомам роботи з такими дітьми, а про звичайних педагогів-предметників, завдання яких не ставити медичні діагнози, а навчити всіх учнів, але не обов'язково одночасно і не однаковими для всіх методами [1; 2; 6; 15; 16].

На допомогу приходять *диференціація й індивідуалізація*, які не є чимось зовсім незнайомим для вчителів. Такі прийоми здавна застосовувались у навчальному процесі щодо учнів з різним ступенем підготовленості. Чисельні підручники і посібники з педагогіки та методики викладання окремих дисциплін містять чимало теоретичних та практичних порад щодо навчання обдарованих й талановитих дітей, які також утворюють одну з категорій дітей з особливими освітніми потребами. Проте, питанням організації навчання інших категорій школярів, наприклад школярів з дислексією, диспраксією, дефіцитом уваги тощо, приділяється недостатньо уваги або їх особливі освітні потреби зовсім не враховують у програмах навчальних курсів закладів вищої освіти, які готують вчителів.

Отже *мета* цієї публікації – розглянути питання підготовки майбутніх вчителів англійської мови до роботи з різними категоріями учнів з спеціальними освітніми потребами. Ці питання утворюють один з модулів

експериментальної навчальної програми з методики навчання англійської мови, яка розроблена в рамках спільного проекту Міністерства освіти і науки України та Британської Ради в Україні «Шкільний учитель нового покоління». Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди є одним із розробників нової програми, що зараз впроваджується в десяти університетах України. Модуль «Навчання учнів з особливими освітніми потребами» вивчається в цьому семестрі та складає один навчальний кредит.

Мета вивчення модулю – підвищити обізнаність студентів у різних категоріях учнів з особливими освітніми потребами та озброїти їх вміннями і навичками організовувати ефективне навчання різних категорій, застосовуючи диференціацію та індивідуалізацію. Відповідно до мети безпосередніми завданнями модулю є створити теоретичну базу щодо закономірностей навчання учнів з особливими освітніми потребами, подолати існуючі забобони і упередженість; ознайомити учнів з медичним та соціальним підходами до визначення природи особливих освітніх потреб і ввести поняття інклюзивного класу на уроці англійської мови.

Програмою передбачається, що наприкінці модулю студенти зуміють вірно визначати труднощі, що виникають у школярів під час навчання, розрізняти категорії учнів з особливими освітніми потребами (учні з потребами соціальними, емоційними та потребами в поведінці; учнів з особливими фізичними і сенсорними потребами; з особливими потребами в пізнанні і навчанні; обдарованими і талановитими дітьми) і обирати навчальні стратегії, які сприяють створенню інклюзивного навчального середовища і забезпечують найбільш ефективне навчання учнів кожної категорії. Програмою рекомендовано використання інтерактивних лекцій, творчих майстерень, мікронавчання, кейс-методу, методу симуляції, педагогічного спостереження, самостійної роботи та опрацювання інформаційних джерел. Всі заняття проводяться англійською мовою.

Поточне оцінювання відбувається за допомогою контрольних робіт у вигляді завдань з відкритою та закритою відповідями, фронтального усного опитування, обговорення результатів спостереження і мікронавчання. Підсумкове оцінювання здійснюється за допомогою кейс-методу. Студенти мають ідентифікувати проблеми, що виникають у вчителя та учнів, і запропонувати ефективні навчальні стратегії, які допоможуть залучити учнів з особливими освітніми потребами до навчання в інклюзивному класі. Аналізуючи педагогічну ситуацію (реальну або уявну), студенти відповідають на питання про почуття і про ставлення і реакцію вчителя щодо учнів з особливими освітніми потребами, визначають категорію цих потреб, наводять приклади щодо помічених проблем і їх показників, а також пропонують навчальні стратегії, які допоможуть цьому вчителю при роботі з такими учнями. Передбачається, що студенти виконують аналіз запропонованої педагогічної ситуації у письмовій формі англійською мовою загальним обсягом 350-400 слів.

Розглянемо рекомендований у модулі зміст більш докладно, зупиняючись на найважливіших теоретичних питаннях і порадах.

Аналізуючи історію навчання дітей з особливими освітніми потребами, студенти знайомляться з різними формами організації освіти, що віддзеркалюють ставлення суспільства до таких учнів, існуючі забобони і упередженість, недостатню усвідомленість частиною суспільства необхідності інтеграції дітей з особливими потребами до загального освітнього процесу. Розглядаючи дві найпоширеніші моделі, медичну і соціальну, студенти усвідомлюють, що йдеться не про адаптацію дитини до звичайної школи, а про зміни у навчальному процесі, а саме створенні належних умов для навчання дітей з особливими освітніми потребами, включаючи як зміни в організації фізичного простору, так і безпосередньо в методах і прийомах навчання. Інформаційні джерела, які вивчають студенти, включають монографії та статті зарубіжних авторів та вітчизняні публікації, що відображають поточний стан інклюзії в Україні [1; 2; 6; 15; 16]. Таким чином студенти знайомляться з теоретико-методологічними та нормативно-правовими засадами інклюзивної освіти.

Одним із наслідків вивчення модулю стає руйнація розповсюджених стереотипів щодо роботи вчителя з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах звичайної школи і, зокрема, навчання таких дітей іноземній мові.

Наприклад, чимало освітян вважають, що навчати дітей з особливими освітніми потребами може тільки спеціаліст-психолог або дефектолог. Насправді, у більшості випадків такі діти, як і усі інші, потребують ефективного педагогічного менеджменту, чітких і коротких інструкцій, посилених завдань для створення почуття успіху, залучення всіх каналів сприйняття навчальної інформації, і поважного ставлення вчителя до себе як до особистості. Всі ці аспекти стосуються загальнометодичної компетентності вчителя. Так само усім учням піде на користь поглиблена диференціація та індивідуалізація навчання, оскільки всі учні різняться за навчальним стилем, власними навчальними стратегіями, інтересами, уподобаннями, рівнем підготовленості тощо. Хоча диференціація та індивідуалізація потребують додаткового часу і зусиль вчителя при плануванні і проведенні навчального процесу, навчання стає більш ефективним для всіх учнів.

Ще одним розповсюдженим стереотипом є уявлення про те, що наявність у класі дітей з особливими освітніми потребами негативно впливає на процес навчання інших дітей, уповільнюючи його. Як доведено, присутність дітей з особливими освітніми потребами може багато чого навчити інших дітей: толерантності, емпатії, взаємоповаги і взаємодопомоги, тобто краще підготувати їх до життя у суспільстві.

Спростовуючи міф про неспроможність дітей з особливими освітніми потребами вивчати іноземні мови, вкажемо, що багато вмінь і навичок, які формуються на уроці іноземної мови, є конче необхідними для подальшого дорослого життя: розвиток всіх вмінь мовленнєвої діяльності, робота у команді, ввічливе спілкування, висловлення та відстоювання своїх думок

тощо. Ігрові завдання зменшують відчуття тривожності на уроці, допомагають розслабитися та проявити свою креативність [16].

Наголосимо ще раз, що всі учні з успіхом скористаються диференціацією й індивідуалізацією. При навчанні англійської мови вчитель може адаптувати частину завдання, інструкцію до нього, спосіб і час їх пред'явлення, спосіб виконання завдання, а також спосіб перевірки засвоєного матеріалу [14]. В результаті усі учні залучаються до процесу навчання, їх індивідуальні освітні потреби забезпечуються більш повно і вони досягають поставленої мети у різний спосіб.

Завдання може подаватися усно або письмово, з додатковими опорами (вербальними чи наочними) або без, із застосуванням паралінгвістичних засобів (жести, міміка), супроводжуватися додатковими поясненнями, нагадуванням про правила, ознайомленням з алгоритмом виконання завдання тощо. Варіювання способу виконання завдання охоплює широкий діапазон від письмового твору (з опорами або без) до множинного вибору варіантів відповідей чи заповнення пропусків у наданому тексті твору. Перевірка засвоєного здійснюється відповідно до способу виконання завдання і рівня сформованості англійської компетентності учнів, а також їх освітніх потреб. Наприклад, при перевірці розуміння прослуханого тексту відповіді учнів можуть бути більш розгорнутими або стислими, вербальними або невербальними (обведення номеру правильного варіанту відповіді, вибір картки з вірним словом або малюнка-ілюстрації до тексту, розфарбовування вірного малюнка тощо).

Чільне місце в диференціації відводиться опорі на «зони найближчого розвитку» (термін Л. Виготського) або побудові «мостків» (*scaffolding* в англо-американській педагогіці). Навчальна інформація при цьому подається невеликими порціями, а дії учнів поділяються на окремі кроки з необхідними для їх здійснення опорами. Кількість кроків і опор прямо залежать від освітніх потреб школярів і допомагають кожній дитині досягти успіху, підвищують її самооцінку і мотивацію до навчання.

Протягом вивчення модуля студенти знайомляться з різними класифікаціями дітей з особливими освітніми потребами і критеріями у виділенні певних груп. Відмітимо, що студенти, звичайно, не можуть глибоко проаналізувати всі існуючі класифікації за короткий навчальний час. Більш реалістичним завданням є виявити ті категорії учнів, які потребують спеціальних методичних прийомів або змін у фокусі роботи на заняттях з англійської мови. Тому, не претендуючи на вичерпність, розглянемо деякі категорії та їх ознаки, які може помітити вчитель (не для встановлення діагнозу, а для внесення змін в організацію роботи), а також методи й прийоми, що можуть найбільш ефективно застосовуватися щодо кожної категорії школярів.

Почнемо з *обдарованих і талановитих дітей* і, оскільки методика роботи з ними докладно розглядається в курсах педагогіки і психології, нагадаємо тільки, що існують різні типи учнів у цій категорії і що кожен тип має власні труднощі у навчанні, оскільки обдарованість і талановитість не гарантують

успіхів в оволодінні всіма предметами. На допомогу знов приходять диференціація й індивідуалізація, з урахуванням того, що найбільш ефективними навчальними стратегіями для таких школярів будуть ущільнення програмного матеріалу і широке використання когнітивних дій найвищого порядку в таксономії Б. Блума: аналіз і синтез, оцінювання, створення, що ведуть до розв'язання проблем і розвитку критичного мислення [5; 17].

До другої категорії дітей з особливими освітніми потребами належать ті, хто потерпає від *диспраксії* – форми порушення розвитку, яка впливає на координацію дрібної і великої моторики у дітей та дорослих і викликає проблеми у плануванні, організації і виконанні дій у правильному порядку в повсякденних ситуаціях, а також в артикуляції, мовленні, процесах сприйняття та мислення. Проявами диспраксії в класі є ускладнення в дотримуванні до шкільного розкладу, концентрації уваги, малюванні і копіюванні слів і речень, нерозбірливий почерк, погане запам'ятовування інструкцій, незрозуміння певних понять у процесі читання. На заняттях із фізичного виховання можна помітити неспроможність утримувати рівновагу і координувати свої рухи. Такі діти часто потерпають від головного болю й нудоти.

Методика роботи з дітьми з диспраксією спрямована на розвиток моторних навичок письма за рахунок використання різного роду прописів і трафаретів, написання літер у повітрі, на таці з піском або крупою; надання допомоги у малюванні, вирізанні, розфарбовуванні; збільшення кількості вправ на заповнення пропусків у робочому зошиті з одночасним зменшенням обсягу повністю самостійного письма; зменшення обсягу копіювання з дошки за рахунок надання учневі заздалегідь підготовлених письмових інструкцій тощо. Учневі треба дозволяти робити невеличкі перерви під час виконання письмових вправ [8].

Ще одним напрямком роботи є прийоми, що дозволяють поступово покращувати розуміння інформації і виділення основних понять у ній. Це досягається шляхом формулювання інструкцій простими і короткими реченнями, розбивання вправи на невеликі кроки, надання прикладів, схем (наприклад, шкали часу для запам'ятовування подій у тексті), перевірка розуміння інструкції учнем, коли сама дитина має навести приклад або повторити алгоритм виконання вправи, широке використання аудіозаписів для повторного прослухування вдома тощо. Важливо посадити школяра так, щоб вчитель міг легко надати допомогу у разі потреби, а учневі було легше до нього звертатися.

Важливим напрямком є розвиток самоповаги і підвищення самооцінки учня. Для цього необхідно не турбувати його під час виконання завдань, давати достатньо часу і в жодному разі не підганяти школяра з диспраксією. Вчитель має розуміти, що такий учень не незграбний і ледащий, а просто працює у власному темпі і у власний спосіб. Саме тому результати виконання завдань треба оцінювати, беручи до уваги попередні результати цього учня, частіше схвалювати його зусилля, підбадьорювати при невдачах, обирати спочатку прості завдання, поступово їх ускладнюючи [12].

Щодо режимів організації роботи на уроці, треба урахувати, що учні з диспраксією мають проблеми з соціалізацією і краще працюють індивідуально, а не в групі. За рахунок рольових ігор, використання коміксів, пісень можна поступово навчати учнів працювати й грати у колективі, будувати дружні стосунки з іншими дітьми класу. Цьому сприятиме, звичайно, позитивне ставлення всіх дітей до однокласників із диспраксією і виховна робота вчителя з розвитку толерантності [16].

Ще одну категорію учнів з особливими освітніми потребами складають *учні з синдромом дефіциту уваги і гіперактивності*. Дефіцит уваги проявляється в неспроможності таких школярів зосереджуватися при виконанні завдань або запам'ятовуванні інструкцій та деталей, небажанні брати участь у виконанні завдань, які потребують достатньої розумової напруги. Такі діти легко відволікаються та припускаються чисельних помилок через неуважність. Гіперактивність таких дітей проявляється у надмірній активності як на моторному (неспроможності залишатися на місці без зайвих рухів), так і на вербальному рівнях (нездатність контролювати обсяг власного висловлювання і вчасно зупинитися). Проявом імпульсивності є намагання відповісти на питання ще до того, як воно повністю сформульовано, спробах перервати інших або втрутитися в бесіду, не чекаючи на свою чергу.

Учні з таким синдромом потребують допомоги у розвитку короткочасної пам'яті, контролю власної поведінки, правильному розподілу часу на різні види діяльності. Важливо, щоб такі діти не відчували, що вчитель та інші учні роздратовані їх поведінкою. Натомість на уроці вчитель обов'язково має включати ігри і вправи, які б допомагали всім учням розвивати навички прослуховування, виявляти ввічливість у розмові, чекаючи на свою чергу, демонструючи повагу і розуміння до співрозмовників. Наголосимо на необхідності формулювати зауваження, уникаючи негативних коментарів. Наприклад, «дивись на дошку» замість «не обертайся, не крутись!». Доцільно частіше використовувати роботу в малих групах, які заохочують учнів до взаємодії та взаємодопомоги [9; 20].

Діти, які потерпають від *аутизму*, складають ще одну категорію учнів з особливими освітніми потребами. Такі школярі, як правило, не виявляють бажання спілкуватись та не здатні враховувати статус співрозмовника, а коли все ж таки доводиться вступати у вербальний контакт, вони не дивляться в очі співрозмовникам, не розуміють підтекст сказаного, часто повторюють одне і теж саме запитання, вставляють репліки, що не стосуються теми розмови. Діти з аутизмом сприймають всю інформацію буквально і не спроможні її узагальнювати. Вони, зазвичай, не можуть зрозуміти точку зору інших або їх почуття. Вони надзвичайно чуттєві до змін у оточенні та розпорядку дня, наявності шуму або присутності багатьох сторонніх людей. Їм важно усвідомити та дотримуватися загальноприйнятих у суспільстві норм поведінки та спілкування.

Вказані особливості таких дітей вносять корективи у методи і прийоми вчителя англійської мови. Наприклад, оскільки багато хто з цих учнів краще

сприймає світ через зоровий канал, вчителю слід застосовувати якомога більше наочності (графіків, таблиць, діаграм, кольорових позначок у тексті та ін.). Вчителю також необхідно стежити за власним мовленням та пояснювати жарти, вживання слів у переносному значенні, коментувати підтекст. Як свідчать дослідження [3], діти з аутизмом часто надмірно захоплюються якимось хобі, і вчителю варто спиратися на цю пристрасть при виконанні вправ, проведенні ігор тощо. Учнів також можна попросити зробити презентацію та розповісти іншим про їх захоплення. Дітям, які належать до цієї категорії, подобаються вправи, що потребують дій структуризації, категоризації та встановлення послідовності. Подібні вправи, що активізують ліву півкулю головного мозку, допомагають дітям подолати стан тривожності та зайвого збудження та на свій лад організувати хаотичне оточення. Для вчителя жодним чином не буде принизливим звернутись власне до учня та з'ясувати, які види роботи йому більш за все подобаються і коли він відчуває себе впевніше.

До ще однієї категорії дітей з особливими освітніми потребами відносяться ті, у яких *навички говоріння і сприйняття мовлення розвинуті на значно нижчому рівні, ніж передбачається їх біологічним віком*. Зазначимо, що це може бути пов'язане із наявністю у дітей фізичних захворювань (церебральний параліч, вади слуху, мовленнєвого апарату тощо) або аутизму, наслідків емоціонального або сексуального насильства. Проявами труднощів можуть бути невірна вимова окремих звуків або комбінацій звуків, регулярна заміна їх на інші, неспроможність правильно побудувати речення. Такі труднощі часто важко відокремити від тих помилок, яких припускаються всі учні на початкових етапах навчання іноземної мови. В даному разі індикатором може бути надмірна тривалість періоду таких помилок. Додатковим індикатором може бути наявність труднощів у сприйманні мовлення, наприклад у розумінні та запам'ятовуванні інструкцій, а також у говорінні рідною мовою. Допомогти учню подолати такі труднощі можна шляхом пред'явлення інструкцій одночасно різними способами і регулярної перевірки розуміння інструкцій в режимі всього класу або в малих групах чи парах, коли учні повторно роз'яснюють інструкції, підтримування постійного зворотного зв'язку із школярем (наприклад, за допомогою жестів, кольорових карток, ключових фраз і т. ін.). Покращенню розуміння і запам'ятовування почутого сприяє використання прийому *storytelling*, коли учні переказують почуте своїми словами, відтворюють історію по черзі, створюють малюнок і потім інсценують, виправляють порушену хронологію подій [13].

Особливої уваги потребують учні, які заїкаються. Бажано спочатку уникати опитувати таких учнів при всьому класі, дозволяти письмово відповідати на питання, заохочувати готувати письмові нотатки для участі в дискусіях, якомога більше працювати в малих групах. Важливо створювати позитивну атмосферу в класі, щоби учень почував себе розкуто, а також пропонувати теми, які цікавлять таких учнів.

Дислексія характеризується складнощами в оволодінні навичками читання і розуміння прочитаного, а також порушеннями у написанні слів

(дисграфія). Для дітей шкільного віку проявами дислексії вважаються складнощі в членуванні слів на окремі звуки чи склади, перестановка складів при читанні, заміна одних букв на інші, додавання зайвих букв, швидка втома при читанні, яка може супроводжуватися головним болем та нудотою. Також з дислексією асоціюються складнощі з запам'ятовуванням назв предметів і їх пригадуванням. Часто такі учні мають погану координацію рухів, плутають право і ліво, можуть мати недоліки периферійного зору, при читанні їм здається, що текст немов рухається або слова в ньому зливаються. Прояви дислексії не обов'язково свідчать про недостатній інтелектуальний потенціал дитини. Часто такі діти виявляють здібності мислити творчо та нешаблонно.

Існує декілька груп навчальних стратегій, які ефективно використовуються при роботі з дітьми з проявами дислексії [18; 19].

1. *Стратегії, що полегшують процес оволодіння навичками читання*, наприклад, зміна фону сторінки або кольору тексту. Відомо, що різкий контраст між білим фоном сторінки та чорними літерами може викликає додаткову зорову напругу. Ефективними прийомами вважаються також зміна штифту та збільшення відстані між літерами та словами, виконання спеціальних вправ на розрізнення схожих за написанням літерів, таких як g та q, b та d та інші. Корисним при навчанні читання є одночасна активізація різних чуттєвих каналів за рахунок використання ілюстрацій до тексту та аудіо записів.

2. *Стратегії для розвитку навичок письма (каліграфії і орфографії)* включають використання прописів та трафаретів, навчання написання слів за допомогою кольорових символів, вправи на розрізнення правильно написаних та «дзеркальних» літер, вправи на розвиток дрібної моторики і корекції рухового апарату. Ефективним засобом є використання комп'ютерних програм редагування, наприклад, для зміни порядку слів у реченні, розділення злисто написаних слів, виявлення помилок тощо [4].

3. *Стратегії, які спрямовані на покращення короткочасної і довготривалої пам'яті, розвиток уваги та інших психологічних механізмів*, включають використання спеціальних вправ на запам'ятовування і оперування вивченим матеріалом, розгадування кросвордів, ребусів, ігри на розвиток логічного мислення (на основі алгоритмів) тощо.

4. *Навчальні стратегії для розвитку навичок орієнтації в просторі* включають рухливі ігри, ігри з предметами, розфарбовування малюнків за інструкцією, ігри та вправи на орієнтування в обмеженому просторі (на аркуші паперу, в книзі, у зошиті) та ігри на відтворення складної форми предметів.

До наступної категорії учнів з особливими освітніми потребами належать діти, які мають певні фізичні вади (зору або слуху). Зазначимо одразу, що ураження одного з чуттєвих каналів зазвичай компенсується активізацією інших. Тому в учнів з вадами зору, як правило, добре розвинений слух, а ті, що потерпають від вад слуху, зазвичай добре бачать і мають гарну зорову пам'ять. Такі обставини слід враховувати при організації навчання англійської мови. Наприклад, в класах, де є учні з вадами зору,

варто частіше використовувати завдання, які потребують уважного прослуховування, щоб максимально залучити таких учнів до активної роботи, надати їм можливість проявити себе і почуватися більш впевнено. Все це в результаті сприяє підвищенню мотивації до навчання.

Термін «вади зору» використовується на позначення різних ступенів втрати зору, від повної до часткової. Якщо в класі є такі учні, вчителю треба заздалегідь належним чином організувати класне приміщення: прибрати зайві меблі, тим самим забезпечивши безпечне пересування. Якщо в учня зір втрачено не повністю, таку дитину треба посадити там, де дошку видно найкраще. В перші дні навчання варто організувати «екскурсію» класною кімнатою, щоб учень ознайомився із розташуванням предметів і орієнтувався в ній певніше.

На уроках вчителю треба призвичаїтися детально коментувати те, що відбувається, щоб зменшити почуття відчуженості в тих дітей, які не можуть все бачити. Так, при використанні зорової наочності вчитель або описує сам, або просить інших дітей прокоментувати, що зображено на дошці, малюнку, відео тощо. Вчитель також вголос коментує те, що записує на дошці. Нові слова при цьому не тільки читаються вголос, а і вимовляються по літерах. В класі з такими учнями у вчителя менше можливостей використовувати жести і міміку, тому перевагу треба віддавати вербальним інструкціям і коментарям. Наприклад, надаючи слово учневі або звертаючись до нього, називати його по імені. Обираючи режими роботи, треба пам'ятати, що для учнів з вадами зору більш ефективною є робота в парах, яка потребує спільних зусиль обох партнерів, і внеском партнера є не одноосібне виконання завдання, а надання необхідної підтримки [11].

Якщо учні пишуть, використовуючи шрифт Брайля, вчителю слід надавати їм більше часу для виконання письмового завдання в класі. Якщо є можливість, краще створювати електронні версії навчальних матеріалів, щоб учні з вадами зору могли користуватися ними на власних комп'ютерах. Ще одним засобом, що може допомогти учневі, є комп'ютерні програми для перетворення мовлення на текст [7].

Процес спілкування для *учнів з вадами слуху* ускладнений як при отримванні інформації, так і при її передачі. Як наслідок, більшість інструкцій та іншої вербальної комунікації в класі, може бути неправильно сприйнятими або зовсім незрозумілими. Для ефективного навчання іноземної мови і залучення таких учнів до роботи в класі необхідно знайти шляхи комунікації з ними. Це може бути використання наочності у вигляді жестів, міміки, постави, демонстрації предметів, малюнків, спеціальних символів, письмових інструкцій або написання окремих слів. Доволі ефективним є озброєння таких учнів планом уроку і письмовими нотатками до нього, до яких діти можуть звертатися як до певної зорової опори, наприклад, коли не встигли зрозуміти інструкцію вчителя.

Окремо зазначимо, що люди з вадами слуху користуються мовою жестів як своєю першою в усьому світі. Але в кожній країні існує своя версія

такої мови, і тільки окремі універсальні жести можуть використовуватися для міжкультурного спілкування. Саме на них може спиратися вчитель у класі.

Додатковою опорою є здібність багатьох учнів із вадами слуху читати по губах. Як тільки такі учні запам'ятовують, у якому положенні знаходяться язик і губи при вимові окремих звуків, вони можуть без особливих проблем слідкувати за мовцем із уповільненою і дещо афектованою вимовою (а саме такою є мова вчителя англійської мови на початкових етапах навчання), поступово опановуючи навички читання по губах англійською мовою. В подальшому такі діти можуть досить успішно працювати з відео, демонструючи розуміння сприйнятого при виконанні тестових завдань. Досить ефективною ідеєю для підвищення мотивації і самооцінки дітей із вадами слуху є залучення їх у якості «помічників вчителя» для опрацювання вимови певних звуків з іншими учнями, оскільки, завдяки високо розвиненій зоровій пам'яті, школярі, що потерпають від вад слуху, зазвичай легко помічають невірну постанову органів мовлення інших і можуть допомогти скоригувати її.

Як вже зазначалось, вчителю потрібно використовувати багато символів. Так, вербальні інструкції до певних видів роботи можуть супроводжуватися демонстрацією карток із символічними малюнками (вуха – для переходу до аудіювання, відкритої книжки – для переходу до читання, ручки – виконання письмових вправ і т. ін.). Подібні символічні малюнки є додатковою зоровою опорою, яка стане у пригоді не тільки учням із вадами слуху, а й всьому класові, особливо на перших етапах навчання. Корисним також є розвішування в класній кімнаті малюнків предметів з їх назвами або прикріплення карток з назвами на предмети класного вжитку і звертання до них у процесі роботи з лексикою або при побудові коротких речень [11].

Важливим є підтримування постійного зворотного зв'язку з учнями із вадами слуху. Наприклад, певними жестами вони можуть продемонструвати нерозуміння сказаного, попросити вчителя повторити чи перефразувати інструкцію або пояснення, розширити їх за рахунок додаткових прикладів тощо. Перевірка рівня опанування навчальним матеріалом і розвитку англійської компетентності учнів здійснюється здебільшого при виконанні завдань на розфарбовування, найменування частин малюнку, а також вправ і тестів у письмовій формі.

Стислий огляд категорій школярів з особливими освітніми потребами і специфіки методів навчання їх англійської мови виявляє, що існує ціла низка методичних прийомів, застосування яких базується на індивідуалізації й диференціації з урахуванням характеристик кожної категорії учнів, а також тих компенсаторних механізмів, які в них розвиваються. Теоретичні розвідки, численні психологічні й педагогічні експерименти, досвід практичної роботи засвідчують наявність достатньо високого інтелектуального потенціалу в учнів з особливими освітніми потребами і можливість і необхідність навчання таких школярів в умовах інклюзивної школи, необхідність створення атмосфери толерантності в інклюзивному класі й постійної роботи вчителя, спрямованої на залучення всіх дітей до активної співпраці і подолання

відчуття відчуження у дітей з особливостями психофізичного розвитку. Озброїти майбутніх вчителів потрібними умінями і практичними навичками покликаний педагогічний університет, в якому курс з методики навчання фахової дисципліни має включати питання методики навчання дітей з особливими освітніми потребами.

Список використаних джерел

1. Індекс інклюзії: загальноосвітній навчальний заклад: навч.-метод. посіб. / О. О. Патрикєва, Н. З. Софій, І. В. Луценко, І. П. Василяшко; під заг. ред. В. І. Шинкаренка. К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2011. 96 с.
2. Основи інклюзивної освіти: навч.-метод. посіб. / А. А. Колупасва, О. М. Таранченко, І. О. Білозерська та ін.; за заг. ред. А. А. Колупасвої. К.: А. С. К., 2012. 308 с.
3. Attwood, T. (2000). Strategies for improving the social integration of children with Asperger syndrome. *Autism* 4 (1), 85-100.
4. Berninger, W.V. (2009). Helping Students with Dyslexia and Dysgraphia Make Connection: Differentiated Instruction Lesson Plans in Reading and Writing. Brookes Publishing.
5. Bevan-Brown, J. & Taylor, S. (2008). Nurturing Gifted and Talented Children. Wellington: Learning Media Limited.
6. Birkett, V. (2003). How to Support and Teach Children with Special Educational Needs. Cambridge: LDA 2003.
7. Blamires, M., ed. (1999) Enabling technology for inclusion. London: Paul Chapman.
8. Boon M. (2001). Helping Children With Dyspraxia. London: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
9. Brand, S., Dunn, R. and Greb, F. (2002) Learning styles of students with attention deficit hyperactivity disorder: who are they and how can we teach them? *Clearing House*, 75 (5), 268-273.
10. Cawthon, S. (2001) Teaching strategies in inclusive classrooms with deaf students. *Journal of Deaf Education and Deaf Studies*, 6(3), 212-225.
11. Davis, P. (2003). Including Children with Visual Impairment in Mainstream Schools. London: David Fulton Publishers.
12. Dee, L. and Alexander, E. (2002). Supporting self-esteem and emotional well-being among young people with learning disabilities: a discussion paper. London: Mental Health Foundation.
13. Dockrell, J. and Lindsay, G. (2000). Meeting the needs of children with specific speech and language difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 15, 24-41.
14. Loreman, T. J., Deppeler, J. M., & Harvey, D. H. (2010). Inclusive Education. Supporting diversity in the classroom. 2nd Edition. (Second ed.) UK: Routledge.
15. Mitchell, D. (2014). What really works in special education and inclusive education: Using evidence-based teaching strategies (2nd Ed.). London: Routledge.
16. Pokrivčáková, S. et al. (2015). Teaching Foreign Languages to Learners with Special Educational Needs: e-textbook for foreign language teachers. Nitra: Constantine the Philosopher University. 128 p.
17. Reid, E. (2014). Challenges of Teaching English to Gifted Children. *Hradec Kralove Journal of Anglophone Studies*, 1(2), 104-113.
18. Reid, G. & Green, S. (2011). 100 Ideas for Supporting Pupils with Dyslexia. Continuum: London.
19. Tánczos, J., Mónos, K. & Wiwczarowski, T. B. (2010). Principles and methods of teaching foreign languages to dyslexic learners. In *English for Specific Purposes World*. Available at: http://www.esp-world.info/articles_32/doc/wiwczarowski_2.pdf.
20. Turketi, N. (2010). Teaching English to Children with ADHD. MA TESOL Collection. Paper 483. Available at: http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1489&context=ipp_collection

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ МОНОГРАФІЇ

Авер'янова Лілія Олександрівна – кандидат технічних наук, доцент кафедри біомедичної інженерії Харківського національного університету радіоелектроніки, *lilya.averyanova@nure.ua*

Аверіна Катерина Сергіївна – кандидат педагогічних наук, доцент Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *e.s.averina11@gmail.com*

Алексейчук Ігор Сидорович – доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри Донецького національного медичного університету (м. Краматорськ, Україна), *ia3004720@gmail.com*

Андрейчин Сергій Михайлович – доктор медичних наук, професор, зав. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Андрющенко Тетяна Костянтинівна – доктор педагогічних наук, завідувач кафедри професійного розвитку педагогів КНЗ «Черкаський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних працівників Черкаської обласної ради», *antatko@ukr.net*

Артюх Тетяна Олександрівна – кандидат фармацевтичних наук, старший викладач кафедри управління та економіки фармації Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету, *Art_tanya@ukr.net*

Бабічева Світлана Миколаївна – вчитель української мови та літератури Харківської ЗОШ I-III ступенів № 110, *sveta789999@gmail.com*

Бамбуляк Андрій Васильович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Бацилєва Ольга Валеріївна – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Донецького національного університету імені Василя Стуса (м. Краматорськ, Україна),

Безродня Тетяна Іванівна – вчитель математики та фізики Харківської ЗОШ I-III ступенів №110, *bezrodnyaya.tatyana@ukr.net*

Беляєва Олена Еріківна – кандидат психологічних наук, науковий співробітник відділення психології розвитку ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», *beljaeva@ukr.net*

Бельорін-Еррера Олександра Михайлівна – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, *bellher@ukr.net*

Бесараб Володимир Іванович – вчитель історії та правознавства Харківської ЗОШ I-III ступенів №110, *klapan1991@ukr.net*

Бігуняк Тетяна Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної фізіології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *tetbihunyak@meta.ua*

Білянський Олег Юрійович - кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського, *Bilyanskiy.oleg@gmail.com*

Бількевич Наталія Антонівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *Bilkevych@tdmu.edu.ua*

Бойчук Олег Михайлович – кандидат медичних наук, асистент кафедри анатомія людини імені В. Г. Туркевича ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Бойчук Юрій Дмитрович – доктор педагогічних наук, професор, проректор з наукової роботи, професор кафедри спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти ХНПУ імені Г.С. Сковороди, *prorector_boychuk@hnpu.edu.ua*

Бондар Віталій Іванович – доктор педагогічних наук, професор, дійсний член НАПН України, професор кафедри спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти ХНПУ імені Г. С. Сковороди

Бондаренко Юрій Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної фізіології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» *bondarenkoui@tdmu.edu.ua*

Варивода Катерина Сергіївна – кандидат історичних наук, старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди, *varyvoda.katarina@gmail.com*

Варіна Ганна Борисівна – старший викладач Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *anyavarina22@gmail.com*

Васильків Олена Юріївна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології Івано-Франківського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, *v_olenka@bigmir.net*

Вашенко Олена Миколаївна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри початкової освіти Київського університету імені Бориса Грінченка, *o.vashchenko@kubg.edu.ua*

Веретенко Т. Г. – Київський університет імені Бориса Грінченка

Візір Вадим Анатолійович – доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи Запорізького державного медичного університету

Волик Галина Павлівна – вчитель біології КЗ «Київський обласний ліцей-інтернат фізичної культури та спорту» (м. Біла Церква), *him.kolifks@ukr.net*

Ганьбергер Ірина Ігорівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Гевкалюк Наталія Олександрівна – доктор медичних наук, доцент, професор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *gevkalyuk@tdmu.edu.ua*

Гозак Світлана Вікторівна – доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувача лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзеєва НАМН України», *svitlana.hozak@gmail.com*

Гончаренко Марія Степанівна – доктор біологічних наук, професор, професор кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, голова ВГО «Українська асоціація валеологів», *valeolog@karazin.ua*

Горденко Світлана Іванівна – кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», *svetagordenko@ukr.net*

Горин Оксана Ігорівна – аспірант Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, *horynoi@tnpu.edu.ua*

Горобей Микола Петрович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного технологічного університету, *gorobey.niko@gmail.com*

Горяня Лариса Григорівна – доктор філософії, кандидат педагогічних наук, доцент, президент Міжнародної академії культури безпеки, екології та здоров'я, *gorjana2017@gmail.com*

Гресько Інна Миколаївна – магістр психології Донецького національного університету імені Василя Стуса

Грибан Григорій Петрович – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичного виховання та рекреації Житомирського державного університету імені І. Франка, *gribang@ukr.net*

Гриньова Марина Вікторівна – доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України, декан природничого факультету Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, *grinovamv@gmail.com*

Гузь Володимир Васильович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри початкової освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *vv24.org@ukr.net*

Гузь Наталія Василівна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *nata.guz1824@gmail.com*

Гурська Алевтина Леонідівна – практичний психолог спеціалізованій школі І ступеня № 324 Солом'янського району м. Києва, *alevtina.gurskaja@ukr.net*

Дмитренко Інна Петрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО Запорізького державного медичного університету, *innadmitrenko72@gmail.com*

Дяченко-Богун Марина Миколаївна – доктор педагогічних наук, доцент кафедри ботаніки, екології та методики навчання біології Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, *ecos.poltava2015@gmail.com*

Слізарова Олена Тарасівна – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзеєва НАМН України», *oelizarova1806@gmail.com*

Жамардій Валерій Олександрович – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини ВВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», *Shamardi@ukr.net*

Жейнова Світлана Сергіївна – старший викладач кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та дошкільної освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *sveta_dementieva@ukr.net*

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

Закрутько Леся Іллівна – кандидат медичних наук, доцент, в. о. директора УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ, *lzakrutko@ukr.net*

Заморський Ігор Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фармакології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», *igor.zamorskii@gmail.com*

Зарічкова Марія Володимирівна – кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри управління та економіки фармації Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету, *zarichkova@ukr.net*

Золотоверх Владлена Віталіївна – кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник, доцент кафедри спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти ХНПУ імені Г. С. Сковороди *vladlena200@ukr.net*

Зуб Олена Вадимівна – кандидат с.–г. наук, доцент кафедри фундаментальних дисциплін Національної академії Національної гвардії України, м. Харків, lenazubka@ukr.net

Іванько Олег Григорович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики дитячих хвороб Запорізького державного медичного університету, iog@ukr.net

Івашук Лариса Юріївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної хірургії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», ivashchuk_lu@tdmu.edu.ua

Ільницька Любов Віталіївна – кандидат філософських наук, старший науковий співробітник; УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ, acroverses@ukr.net

Ісакова Олена Іванівна – кандидат філософських наук, доцент Таврійського державного агротехнологічного університету, 0969300659ukr.net

Кабусь Наталя Дмитрівна – доктор педагогічних наук, професор кафедри соціальної педагогіки Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, kabusnatali9901@gmail.com

Кавецька Наталія Анатоліївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського

Каминін Ігор Миколайович – кандидат філологічних наук, доцент кафедри англійської філології, завідувач кафедри англійської філології ХНПУ імені Г. С. Сковороди, igor_stone@ukr.net

Каткова Тетяна Анатоліївна – магістр психології, старший викладач кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, katkova963@gmail.com

Качан Олексій Анатолійович – завідувач відділу фізичної культури і спортивно-масової роботи, національний тренер з питань розвитку партнерства в спорті заради соціальних змін, старший викладач кафедри дошкільної, початкової освіти та розвитку особистості Донецького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, v.prystynskyi@hotmail.com (м. Слов'янськ, Україна)

Кипиченко Наталія Сергіївна – кандидат педагогічних наук, старший викладач Київського університету імені Бориса Грінченка, n.kyrychenko@kubg.edu.ua

Кисіль Оріся Юріївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського, orisja@i.ua

Козубенко Юрій Леонідович – кандидат історичних наук, викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», nibbbiru@gmail.com

Колач Тетяна Степанівна – старший викладач Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, lototska@gmail.com

Колокот Наталія Григорівна – асистент кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету

Корж Андрій Володимирович – головний лікар ДП «Спеціалізована медико-санітарна частина № 18 МОЗ України»

Корженко Ірина Олександрівна – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, i.korgenko@karazin.ua

Косман Анастасія Анатоліївна – інструктор з фізичної культури КЗ «Запорізька спеціалізована школа-інтернат II-III ступенів «Козацький ліцей» Запорізької обласної ради, *ankosman603@gmail.com*

Костіна Валентина Вікторівна – кандидат педагогічних наук, доцент, докторант кафедри початкової, дошкільної та професійної освіти ХНПУ імені Г. С. Сковороди, *vkostina2014@gmail.com*

Коцур Надія Іванівна – доктор історичних наук, завкафедрою медико-біологічних дисциплін і валеології, професор ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», *n.kozur@ukr.net*

Крамаренко Алла Миколаївна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри професійної освіти Бердянського державного педагогічного університету, *allakramarenko11@ukr.net*

Крамаренко Дмитро Миколайович – учитель фізичної культури Бердянської багатoproфільної гімназії №2, *allakramarenko11@ukr.net*

Криштанович Мирослав Франкович – доктор наук з державного управління, доцент, професор кафедри педагогіки та соціального управління Національного університету «Львівська політехніка», *mf0077@ukr.net*

Кузьменко Людмила Петрівна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри біології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, *kuzmenko.lp2017@gmail.com*

Кулянда Олена Олегівна – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри патологічної фізіології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *Kulyanda67@ukr.net*

Кульчицький Віталій Йосипович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри філософії та суспільних дисциплін ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *kulchytskyjvy@tdmu.edu.ua*

Левицька Лариса Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри невідкладної та екстреної медичної допомоги ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет І. Я. Горбачевського МОЗ України», *larlev752@gmail.com*

Лехолетова М. М. – Київський університет імені Бориса Грінченка

Лисецька Олена Яківна – викладач кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Маріупольського державного університету, *v.prystynskyi@hotmail.com*

Лотоцька Леся Богданівна – старший викладач Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, *lototska@gmail.com*

Луценко Олена Іванівна – асистент кафедри теорії та методики викладання природничих дисциплін Глухівського національного університету імені Олександра Довженка, *olena85lutsenko@gmail.com*

М'ясоєдов Валерій Васильович – доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи Харківського національного медичного університету, *prorector_nr@kntu.kharkov.ua*

Макуріна Галина Іванівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри дерматовенерології та косметології ФПО Запорізького державного медичного університету, *makurinagalina1@gmail.com*

Малахова Світлана Миколаївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медичного університету, *malakhova_sn@ukr.net*

Мальцева Людмила Олексіївна – доктор медичних наук, професор КЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», *anest@dsma.dp.ua*

Марущинець Ольга Василівна – вихователь Великораковецького ДНЗ № 3, магістрантка кафедри історії, теорії музики та методики музичного виховання Інституту мистецтв Рівненського державного гуманітарного університету, *tatvolod@ukr.net*

Матковська Тетяна Миколаївна – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділення психіатрії ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Мелега Ксенія Петрівна – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри основ здоров'я Ужгородського національного університету, *xenia.melega@uzhnu.edu.ua*

Мельник Оксана Андріївна – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, доцент кафедри психології і педагогіки Національного університету фізичного виховання і спорту України, *melnyk-phd@yandex.com*

Мешко Галина Михайлівна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки та менеджменту освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, *meshko_o@ukr.net*

Михайленко Лілія Миколаївна – кандидат психологічних наук, доцент, в. о. завідувача кафедри соціально-гуманітарних наук Криворізького економічного інституту ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана», *liliyamix914@gmail.com*

Михайлова Емілія Аурелівна – доктор медичних наук, ведучий співробітник відділення психіатрії ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Михалюк Євген Леонідович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медичного університету, *evg.mikhalyuk@gmail.com*

Мірошніченко Ольга Миколаївна – кандидат педагогічних наук, помічник проректора з наукової роботи ХНПУ імені Г. С. Сковороди, *olha.miroshnichenko@hnpu.edu.ua*

Мітельов Дмитро Анатолійович – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», *docdim2000@ukr.net*

Мітягіна Світлана Сергіївна – методист науково-методичного центру організації наукової роботи та моніторингових досліджень Хмельницького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, *lyhez@ukr.net*

Момот Олена Олегівна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теоретико-методичних основ викладання спортивних дисциплін Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, *tmovsd@ukr.net*

Мудра Алла Євгенівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри медичної хімії ДВНЗ «Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Нерянов Кирило Юрійович – кандидат медичних наук, головний лікар КУ «Запорізька міська клінічна багатопрофільна лікарня № 9»

Нетьосов Сергій Іванович – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри педагогіки та спеціальної освіти Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара, *Netyosov.sergiy@gmail.com*

Олещук Олександра Михайлівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної біології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *Fedonyuk22Larisa@gmail.com*

Оніпко Валентина Володимирівна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри ботаніки, екології та методики навчання біології Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка

Парац Алла Миколаївна – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзеєва НАМН України», *school_health@meta.ua*

Пастухова Наталія Леонідівна – кандидат біологічних наук, доцент, старший науковий співробітник відділу геноміки та молекулярної біотехнології ДУ «Інститут харчової біотехнології та геноміки НАН України», Київ, *nataliia.pastukhova@gmail.com*

Пацера Марина Вікторівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб Запорізького державного медичного університету, *7dr.marina@gmail.com*

Пашенко Ірина Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб Запорізького державного медичного університету

Пилипенко Наталія Миколаївна – вчитель біології вищої категорії, вчитель-методист КЗ «Полтавська гімназія «Здоров'я» № 14 Полтавської міської ради Полтавської області»

Пинда Мар'яна Ярославівна – кандидат медичних наук, асистент ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *pynda@tdmu.edu.ua*

Підкова Віра Ярославівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри пропедевтики дитячих хвороб Запорізького державного медичного університету, *verap777@ukr.net*

Полька Надія Степанівна – доктор медичних наук, професор, член-кор. НАМНУ, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзеєва НАМН України», *oelizarova1806@gmail.com*

Потапчук Тетяна Володимирівна – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри теорії та методики дошкільної і спеціальної освіти ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», *t.potapchuk73@gmail.com*

Пристинський Володимир Миколайович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теоретичних, методичних основ фізичного виховання і реабілітації; завідувач Науково-дослідної лабораторії взаємодії духовного й фізичного розвитку дітей та учнівської молоді ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет», *v.prystynskyi@hotmail.com*

Прокоф'єва Олеся Олексіївна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *prok.olesya@gmail.com*

Проскуріна Тетяна Юріївна – доктор медичних наук, завідувач відділенням психіатрії ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Проха Ірина Сергіївна – викладач Дніпровського педагогічного коледжу Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара, *irishka1112@ukr.net*

Пудяк Володимир Євгенович – кандидат медичних наук, доцент ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *pudyak@tdmu.edu.ua*

Пузь Ірина Володимирівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Донецького національного університету імені Василя Стуса, *irina222@ukr.net*

Ризничук Мар'яна Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії та медичної генетики ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Різничок Світлана Василівна – кандидат педагогічних наук, старший викладач Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, *lototska@gmail.com*

Руда Марія Миронівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Руснак Надія Ігорівна – кандидат біологічних наук, асистент кафедри здоров'я людини, фізичної реабілітації та безпеки життєдіяльності Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, nadiya.rusnak777@gmail.com

Рябоконт Наталія Олександрівна – завідувач відділення для дітей з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки Сумської обласної дитячої клінічної лікарні, riabokonatalia@gmail.com

Садовниченко Юрій Олександрович – старший викладач кафедри медичної біології Харківського національного медичного університету, sadovnychenko@gmail.com

Саланжій Анатолій Миколайович – кандидат медичних наук, лікар анестезіолог вищої категорії Дніпропетровської обласної лікарні імені І. І. Мечнікова, sandnepr1@gmail.com

Салій Тетяна Вікторівна – інститут зоології імені І. І. Шмальгаузена, tetyanasaliy@ukr.net

Самусь Тетяна Володимирівна – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри професійної освіти та технологій сільськогосподарського виробництва Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка, tatjana12samv@gmail.com

Сарафинюк Лариса Анатоліївна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичного виховання та ЛФК Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

Селіванова Карина Григорівна – кандидат технічних наук, асистент кафедри біомедичної інженерії Харківського національного університету радіоелектроніки

Сельський Петро Романович – доктор медичних наук, професор, декан факультету іноземних студентів, професор кафедри патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», selskyu@tdmu.edu.ua

Сергієнко Марина Юріївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету

Скоропадська Світлана Олексіївна – вчитель основ здоров'я КЗ «Київський обласний ліцей-інтернат фізичної культури та спорту» (м. Біла Церква), him.kolifks@ukr.net

Сливка Лариса Володимирівна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки початкової освіти ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», loroczka@ukr.net

Соколовська Ірина Анатоліївна – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету, zsmu@zsmu.zp.ua

Солошенко Ельвіра Миколаївна – доктор медичних наук, професор, завідувач лабораторії алергології ДУ «Інститут дерматології і венерології НАМН України», elvirasolo@ukr.net

Сопова Ірина Юріївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри фармакології ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет», sopova.i.yu@gmail.com

Станкевич Тетяна Валеріївна – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України», school_health@meta.ua

Сушко Юрій Дмитрович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету, zsmu@zsmu.zp.ua

Сюсюка Володимир Григорович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету

Таймасов Юрій Сафірович – кандидат педагогічних наук, старший викладач навчального пункту Навчально-методичного центру цивільного захисту та безпеки життєдіяльності Харківської області (м. Харків), *yura.taymasov.1984@gmail.com*

Терещук Вікторія Анатоліївна – аспірант, *terew@inbox.ru*

Титаренко Олена Іллівна – старший викладач кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Б. Хмельницького, *titarenkoelena18@gmail.com*

Ткаченко Павло Петрович – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри фізичного виховання Житомирського державного університету імені І. Франка

Товкун Лідія Павлівна – кандидат історичних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди», *tovkynlidiya@ukr.net*

Товма Анастасія Володимирівна – асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб Запорізького державного медичного університету, *ia175wewe@gmail.com*

Толоконнікова Наталія Миколаївна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри теорії та методики навчання Івано-Франківського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, *v_olenka@bigmir.net*

Толочко Валентин Михайлович – доктор фармацевтичних наук, професор, завідувач кафедри управління та економіки фармації Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету, *zarichkova@ukr.net*

Торгун В'ячеслав Петрович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету, *zsmu@zsmu.zp.ua*

Уліцька Ольга Михайлівна – директор Харківської ЗОШ № 110, *screenol@ukr.net*

Фалько Наталя Миколаївна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *falkontaliya@gmail.com*

Фальфушинська Галина Іванівна – доктор біологічних наук, доцент, кафедри здоров'я людини, фізичної реабілітації та безпеки життєдіяльності, проректор з наукової роботи та міжнародного співробітництва Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, *falfushynska@tnpu.edu.ua*

Федан Ярослав Ігорович – кандидат наук з державного управління, асистент кафедри педагогіки та соціального управління Національного університету «Львівська політехніка», *fedanjaroslav@gmail.com*

Федечко Мар'яна Йосипівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, *Marianafed70@gmail.com*

Федонюк Лариса Ярославівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фармакології з клінічною фармакологією ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *Fedonyuk22Larisa@gmail.com*

Фейса Сніжана Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, докторант ДВНЗ «Ужгородський національний університет», *snizhana.feysa@uzhnu.edu.ua*

Фролова Ольга Олександрівна – викладач кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Маріупольського державного університету, *v.prystynskyi@hotmail.com*

Хмара Тетяна Володимирівна – доктор медичних наук, професор кафедри анатомії людини імені В. Г. Туркевича ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Христова Тетяна Євгенівна – доктор біологічних наук, професор кафедри теорії і методики фізичного виховання та спортивних дисциплін Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *fizreabznu@gmail.com*

Царькова Ольга Вікторівна – доктор психологічних наук, доцент Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *olik.tzarkova@gmail.com*

Цигура (Усманова) Галина Олексіївна – кандидат сільськогосподарських наук, доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка, *zygura.g@ukr.net*

Цись Наталія Олександрівна – асистент кафедри безпеки життєдіяльності, фізичного виховання та здоров'я людини Глухівського національного університету імені Олександра Довженка, *olena85lutsenko@gmail.com*

Цуглевич Леся Володимирівна – лікар-кардіолог Хмельницького кардіодиспансеру

Чарнош Софія Михайлівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної фізіології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *charnosh@tdmu.edu.ua*

Шапвалова Тетяна Григорівна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент Бердянського державного педагогічного університету, *docent.shapovalova@gmail.com*

Швед Микола Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри невідкладної та екстреної медичної допомоги ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Шевченко Світлана Віталіївна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, *Svetlanashev1986@gmail.com*

Шмалей Світлана Вікторівна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри цивільного захисту населення та безпеки життєдіяльності Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, *svitlanashmaley@gmail.com*

Шмалько Ольга Миколаївна – вчитель початкових класів КЗ «Неповна середня загальноосвітня школа-інтернат № 2» Дніпровської міської ради, *pink_pavlin@ukr.net*

Шуба Людмила Вікторівна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри управління фізичною культурою та спортом Запорізького національного технічного університету, *mila.shuba@gmail.com*

Юрїїв Катерина Євгенівна – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри патологічної фізіології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», *yuriyivke@tdmu.edu.ua*

Юхимчук Тетяна Іванівна – вчитель основ здоров'я Технологічного багатoproфільного ліцею з загальноосвітніми класами імені Артема Мазура м. Хмельницького, *yuhymchuk_t@mail.ru*

Ящишина Юлія Миколаївна – кандидат психологічних наук, доцент Донецького національного медичного університету (м. Краматорськ, Україна), *ula04082000@gmail.com*

Наукове видання

Колектив авторів

СУЧАСНІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

**Монографія
за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука**

Видання здійснене в авторській редакції

Формат 60x84/16. Умов. друк. арк. 42,08. Обл.-вид. арк. 49,15. Наклад 300 прим.
Замов. № 1130/5-18. Ціна договірна.

Харківське комунальне видавництво «Оригінал».
61022, м. Харків, пл. Свободи, 5, Держпром, 6-й під'їзд, 6-й поверх.
Тел.: (057) 705-50-04. E-mail: original_kharkiv@ukr.net
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи серії ДК № 4071 від 20.05.2011.

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Петров В. В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 2400000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв.Широнінців, 79в, к. 137,
тел. (057) 778-60-34, e-mail:bookfabrik@mail.ua