

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

МАТЕРІАЛИ  
наукової конференції студентів  
факультету здоров'я та фізичного виховання  
Ужгородського національного університету  
(28 квітня 2021 року)

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ,  
ЕРГОТЕРАПІЇ, ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ,  
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Ужгород - 2021



## ЗМІСТ

- 1 **КОНСТРУКТИВНІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ РУК У ДІТЕЙ ІЗ МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ** Пітра К.В., Яремчук І.В., Науковий керівник: доц. Кляп М. І 6
- 2 **ВИКОРИСТАННЯ ПРИЙОМІВ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ ВЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА З МОЛОДШИМИ ШКОЛЯРАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ** Будогазі К. Й. Науковий керівник: доц. Гаяш О. В. 8
- 3 **СЕНСОРНА ІНТРЕГРАЦІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РАС** Брусью М.В. Науковий керівник: доц. Сабадаш М. В. 11
- 4 **ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА САМОПОЧУТТЯ ЛЮДЕЙ, СТРАЖДАЮЧИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ** Біляк М.В. Науковий керівник: доц. Сабадош М.В. 13
- 5 **КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВА РОБОТА ТА ЇЇ МІСЦЕ В СУЧАСНОМУ ЗАКЛАДІ ОСВІТИ** Іжовська В.В., Науковий керівник: доц. Гаяш О. В. 15
- 6 **ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З КАРПАЛЬНИМ ТУНЕЛЬНИМ СИНДРОМОМ** Красна В. І. Науковий керівник: доц. Філак Ф.Г. 17
- 7 **ІНТЕГРАЦІЯ ІДЕЙ Л.С. ВИГОТСЬКОГО В СИСТЕМУ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ** Шоган М. С. Науковий керівник: доц. Гаяш О. В. 19
- 8 **ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ І-го СТУПЕНЯ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ** Якоб Н.О. Науковий керівник: доц. Філак Я. Ф. 21
- 9 **ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОЛІГОФРЕНОПЕДАГОГА В РОБОТІ З СІМ'ЯМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ** Жук В. В. Науковий керівник: доц. Кляп М.І. 23
- 10 **ОСНОВНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ РУМУНІЇ** Грин А.-М. Г. Науковий керівник: доц. Кляп М.І. 26
- 11 **ОКРЕМІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО ПИТАНЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я** Крись М. Є. Науковий керівник: доц. Брич В.В. 29
- 12 **ДИТЯЧИЙ ВУЛИЧНИЙ ТРАВМАТИЗМ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ** Глипка Є Є. Науковий керівник: доц. Брич В.В. 30
- 13 **РОЛЬ БАТЬКІВ У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДИТИНИ З**

	<b>ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ</b> Беца А.М. Науковий керівник: доц. Кляп М.І.	31
14	<b>ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРНОСТІ ОЖИРІННЯ СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b> Дуб М.М. Науковий керівник: к. екон. н. Бутусов О. Д.	34
15	<b>ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ОКРЕМИХ СКЛАДОВИХ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТАМИ РІЗНИХ ОСВІТНИХ ЗАКЛАДІВ</b> Дудаш Г.В. Науковий керівник: доц. Брич В.В.	35
16	<b>РАННЄ ВТРУЧАННЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ</b> Шовшка Н.М. Науковий керівник: доц. Кляп М.І.	36
17	<b>ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНІ ЗАХОДИ У ПРОФІЛАКТИЦІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</b> Каліцун В. Р. Науковий керівник: доц. Брич В.В.	39
18	<b>НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ОХИЛОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ</b> Кузьма В.І. Науковий керівник: доц. Мальцева О. Б.	40
19	<b>ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАХОДИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ</b> Коваль Р.В. Науковий керівник: доц. Сабалош М.І.	43
20	<b>ПРОЯВИ М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНОГО БОЛЮ У ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК НАСЛІДОК ПРОФЕСІЙНОЇ ГІПОКІНЕЗІЇ</b> Чік В.М. Науковий керівник: доц. Брич В.В.	45
21	<b>ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ</b> Шітєв Н. О. Науковий керівник: доц. Мелега К. П.	46
22	<b>КОМАНДНА РОБОТА У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВІДІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ</b> Станко Е.Я. Науковий керівник: доц. Кляп М.І.	50
23	<b>РОЗВИТОК ДІАЛОГІЧНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ</b> Шніцер Х. В. Науковий керівник: доц. Стеблюк С. В.	52
24	<b>СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ КАРАНТИНУ</b> Герцумс В.В. Науковий керівник: Дуткевич-Іванська Ю. В.	55

- 25 **МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ У ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ** Молнар О. В. Науковий керівник: Стеблюк С. В. 58
- 26 **СПІЛЬНА РОБОТА УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА, БАТЬКІВ ТА ВИХОВАТЕЛЯ З КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ-ДОШКІЛЬНЯТ.** Марголич М. С. Науковий керівник : доц. Кляп М. І. 61
- 27 **ЗАСОБИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ У РІЗНИХ ВИДАХ ЄДИНОБОРСТВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ** Роман М.М. Науковий керівник: доц. Чернов В. Д. 64
- 28 **ПРОФЕСІЙНІ ЗДАТНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ВИРІШУВАТИ КОНФЛІКТИ ТА СУПЕРЕЧКИ В УЧНІВСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ** Дудаш О.Я. Науковий керівник: доц. Товт В.А. 66
- 29 **ВПЛИВ ЗАНЯТТЯ ОЗДОРОВЧОЮ АЕРОБІКОЮ НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ** Машталер С.С. Науковий керівник: доц. Мвріонда І.І. 68
- 30 **МОТИВАЦІЯ ДІВЧАТ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ** Манзулич М.М. Науковий керівник: доц. Семаль Н.В. 70
- 31 **ЗНАЧЕННЯ ГРИ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ЛЮДИНИ** Кофель Г.М. Науковий керівник: доц. Бондарчук Н.Я. 72
- 32 **РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ НА УРОКАХ ФІЗКУЛЬТУРИ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ** Ковач Е.І. Науковий керівник: к. пед. н. Хома Т. В. 73

# КОНСТРУКТИВНІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ РУК У ДІТЕЙ ІЗ МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Пітра К.В., Яремчук І.В.,

Науковий керівник: доц. Кляп М. І.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

*У статті розглядається вплив конструктивних ігор на розвиток дрібної моторики рук у дітей з мовленнєвими порушеннями. Подані результати дослідження за двома методиками на констатувальному та контрольному етапах.*

**Ключові слова:** динамічний праксис, дрібна моторика, конструктор, мовленнєві порушення, тактильно-рухове сприйняття.

**Вступ.** Правильне та виразне мовлення є запорукою життєвого успіху будь-якої людини. Вченими вже доведений тісний взаємозв'язок вищих психічних функцій дитини від стану її рухового аналізатора. Через формування тонких рухів пальців рук здійснюється вплив на пізнавальну діяльність, зокрема, мислення і мовлення, що так важливо для дітей з мовленнєвими порушеннями.

Всебічне уявлення про навколишній предметний світ у людини не може скластися без тактильно-рухового сприйняття, оскільки воно лежить в основі чуттєвого пізнання. Саме за допомогою тактильно-рухового сприйняття складаються перші враження про форму, величину предметів, їх розташування в просторі.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** На думку педагогів В. Нечаєва (2011), Л. Парамонова (2002) значний потенціал для розвитку дрібної моторики рук належить будівельно-конструктивним іграм.

**Мета дослідження:** проаналізувати основні теоретичні засади та експериментально перевірити ефективність методики використання конструктивних ігор з метою розвитку дрібної моторики рук у дітей з мовленнєвими порушеннями.

## **Матеріали та методи.**

•теоретичні - вивчення й аналіз психолого-педагогічної, логопедичної та навчально-методичної літератури з проблеми дослідження;

•емпіричні - цілеспрямоване педагогічне спостереження та аналіз занять; узагальнення передового педагогічного досвіду; педагогічний експеримент (констатувальний і формувальний); методи математичної обробки експериментальних даних.

**Результати досліджень.** Загальновідомим є той факт, що сформованість мовленнєвих умінь та навичок у дітей безпосередньо пов'язана зі станом розвитку дрібної моторики пальців рук. Відомому педагогу В.А. Сухомлинському належить

вислів: «Витоки здібностей і обдарувань дітей перебувають на кінчиках пальців».

Якщо ігнорувати розвиток дрібної моторики рук, то це призведе до таких таких негативних наслідків та відхилень: порушення координації рухів, спритності, швидкості, точності і сили; погано сформовані навички самообслуговування; порушення мовленнєвої діяльності;

А. Давидчук та Л. Парамонова вказали, що потенціал для розвитку дрібної моторики належить будівельно-конструктивним іграм. У процесі навчання конструюванню у дітей розвиваються всі пізнавальні процеси, дрібна та загальна моторика і збагачення сенсорного досвіду .

На етапі констатувального експерименту нами було проведено дослідження особливостей розвитку дрібної моторики рук дітей з мовленнєвими порушеннями. Базою для проведення дослідження виступив заклад дошкільної освіти №28 міста Ужгород, старша група загального типу «Пізнайко». Для проведення дослідження ми разом з логопедом відібрали 9 осіб (5 дівчат і 4 хлопці) у віці 5-6 років з мовленнєвими порушеннями.

Застосували діагностичні методики для обстеження стану дрібної моторики рук: проба М.І. Озерецького на динамічний праксис «Кулак-ребро- долоня» та методика «Доріжки» (розроблена Л.А. Венгер).

На етапі констатувального експерименту за пробою М.І. Озерецького високий рівень розвитку дрібної моторики показали 11 % дітей, середній - 22%, низький - 67%; За методикою «Доріжки» високий рівень моторних навичок показали 11% вихованців, середній - 78 %, низький - 11%.

Для корекційної роботи нами було підібрано ряд найцікавіших конструктивних ігор, які ми використовували на заняттях з дітьми впродовж місяця. Заняття відбувалися один раз в тиждень. Робота з розвитку дрібної моторики проводилася за допомогою комплексних вправ:

1. Самомасаж кисті і пальців рук для дітей: розтирання долоні шестигранним олівцем, з поступовим збільшенням зусиль; прокочування олівця по поверхні столу; почергове натискання на олівець кінчиками пальців; розминання, розтирання кожного пальця вздовж та впоперек.

2. Пальчикова гімнастика

### **Вправа «Лис»**

Обидві долоні зробити «ковшем», великі пальці підняти вгору, вказівні пальці та мізинчики згинаємо всередину долоней, притискаємо один до одного. Середні та безіменні пальці утворюють вузьку «лисячу» мордочку.

3. Конструктивні ігри

Для занять нами було використано конструктор «Lego friends». Заняття проводили за відповідними темами: «Транспорт», «Наш садочок», «Ігровий майданчик».

На контрольному етапі бути отримані такі результати: за пробою М.І. Озерецького високий рівень розвитку дрібної моторики рук показали 22% дітей, середній 44 %, визький 33%; за методикою «Доріжки» - високий рівень моторних навичок показали 56 %, середній 44% вихованців.

**Висновки та перспективи подальших розвідок.** Ігрова діяльність є головною в дошкільному віці. Л. Виготський відзначав, що в дошкільному віці гра і заняття, гра і праця утворюють два основні русла, у яких протікає діяльність дошкільників. Він вбачав у грі невичерпне джерело розвитку особистості, «зону найближчого розвитку» дитини. Інтерпритація результатів показала ефективність застосування запропонованих вправ та конструктивних ігор для покращення дрібної моторики у дітей з порушеннями мовлення.

Зіставивши результати дітей старшого дошкільного віку, які приймали участь в експерименті, ми дійшли висновку, що рівень розвитку дрібної моторики рук значно підвищився. Так, за пробою Озерецького високий рівень розвитку дрібної моторики рук зріс на 22%, а за методикою Вагнера показники зросли на 45% і становили 56% дітей із високим рівнем розвитку дрібної моторики рук.

Показник низького рівня розвитку дрібної моторики значно знизився, за пробою Озерецького він знизився до 22%, за методикою Вагнера після повторного дослідження діти показали чудовий результат, адже в групі дітей немає низького рівня розвитку дрібної моторики рук. Таким чином, експериментальне дослідження підтвердило, що систематичне застосування конструктивних ігор для дітей з порушеннями мовлення сприяє позитивній динаміці у розвитку дрібної моторики рук, що в свою чергу позитивно вплине на мовленнєву діяльність дітей.

У подальшому ми продовжимо дослідження з використанням зазначених методики шляхом формування та порівняння результатів контрольної та експериментальної групи. А також під час роботи з контрольною групою урізноманітнимо кількість вправ з пальчикової гімнастики.

## **ВИКОРИСТАННЯ ПРИЙОМІВ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ ВЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА З МОЛОДШИМИ ШКОЛЯРАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ**

**Будогазі К. Й.**

**Науковий керівник: доц. Г аяш О. В.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** *здоров 'язберігаючі технології, вчитель-дефектолог, діти з порушеннями інтелекту.*

**Вступ.** Проблема збереження і зміцнення здоров'я дітей та формування здорового способу життя як цінності залишається однією з найбільш актуальних для держави. Ідеями виховання здорового покоління, свідомого ставлення особи до свого здоров'я та здоров'я інших, формування мотивації учнів на здоровий спосіб життя просякнуті найважливіші завдання сучасної освіти (Закон України

«Про повну загальну середню освіту», «Національна доктрина розвитку освіти України в XXI ст., Національна програма «Діти України», нова редакція Державного стандарту як початкової так і середньої освіти). Формування здоров'язберігаючого освітнього простору дитини з особливими освітніми потребами є обов'язковим елементом якісного корекційно-відновлюваного процесу. Це і зумовило вибір теми дослідження «Використання прийомів здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі вчителя-дефектолога з молодшими школярами з порушеннями інтелекту».

Проблема впровадження прийомів здоров'язберігаючих технологій у загальній педагогіці широко представлена у ряді досліджень багатьох вчених. Зокрема, Н. Богодухової, С. Гуменюка, О. Єременко, О. Козлової, Н.Ленартович, Т. Мазур, О. Нагорної, К. Петрова, С. Свириденко, М. Смирнова та інших. У роботах дослідників аналізувалися такі проблеми, як поняття, сутність, принципи та види здоров'язберігаючих технологій. У спеціальній педагогіці рядом авторів вивчалось питання використання здоров'язберігаючих технологій в корекційній роботі вчителя-логопеда і вчителя-дефектолога у закладі дошкільної освіти: І. Горобець, Н. Селіна, С. Назарова, М. Забара, Л.Волинська. Проте у працях, зазначених вище науковців і практиків не приділено уваги прийомам використання здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі молодших школярів з інтелектуальними порушеннями.

**Мета роботи** - дослідити особливості використання прийомів здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі вчителя-дефектолога з дітьми з порушеннями інтелекту молодшого шкільного віку.

**Виклад основного матеріалу.** Одним з основних умов і факторів, які сприяють гармонійному розвитку дитини з порушеннями інтелекту є запровадження в освітніх закладах не лише технологій, які вирішують навчальні завдання, але й є здоров'язберігаючими, тобто такими, що об'єднують у собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів [3].

З метою дослідження використання прийомів здоров'язберігаючих технологій у корекційній роботі вчителя-дефектолога з молодшими школярами з порушеннями інтелекту нами було проведено анкетування вчителів-дефектологів і спостереження на уроках.

Для проведення анкетування ми розробили анкету. У анкетуванні взяло участь 30 вчителів-дефектологів.

Аналіз анкетних даних показав, що не виявилось жодного вчителя, який би не знав, що таке здоров'язберігаючі технології. 100% опитаних правильно зазначили визначення здоров'язберігаючих технологій. На 2-е запитання - «Чи використовуєте Ви здоров'язберігаючі технології у своїй роботі?» - вчителі-дефектологи дали відповідь, що технології збереження здоров'я використовують у своїй роботі 26 людей, тобто 87%, частково використовують - 4 людини (13% опитаних).

Згідно заповнених анкет педагоги використовують, як *традиційні* (67%) (фізкультхвилинки, рухливі, спортивні, розвиваючі ігри, пальчикову, дихальну, артикуляційну, звукову гімнастику, музико-, кольоротерапію, трудотерапію,

гімнастику для очей, психогімнастику, ранкову гімнастику, релаксацію, вправи з правильної постави, музичний супровід під час уроку, охоронно-педагогічний режим, дотримання режиму дня, чергування різних видів діяльності, уроки на свіжому повітрі, цікаві перерви, лікувальну фізкультуру, соціально-побутове орієнтування, ритміку), так і *нетрадиційні* (33%) (іпотерапію, вітамінізацію, дотикотерапію «Гудзики Попелюшки», технологію «Письмо мішечками», «Дні здоров'я», туристичні походи, казко-, ароматерапію, використання засобів мультимедіа, інтерактивне навчання) прийоми збереження здоров'я.

Спостереження відбувалося під час практики у Тур'я Бистрянській ЗОШ I-II ступенів.

На уроках вчителі використовували такі здоров'язберігаючі технології: фізкультхвилинки, артикуляційну, пальчикову гімнастику, музичний супровід уроку, охоронно-педагогічний режим, дотримання режиму дня, чергування різних видів діяльності, релаксацію, лікувальну фізкультуру, використання засобів мультимедіа. Покажемо це на окремих прикладах.

Під час уроків української мови у 1 класі вчителька проводила «Звукову гімнастику». Наприклад: сядьте зручно. Розслабтеся, заспокойтеся. Рівно, протяжно, на одній висоті вимовляйте звук [а]. Вимова звука [и] в таких самих умовах активізує роботу мозку, нормалізує функцію нирок. Промовляння звука [о] нормалізує стан середньої частини грудної клітки. Чергування звуків [о], [и] масажує серце. Такі вправи були пов'язані з вивченням теми «Голосні та приголосні звуки».

На уроках читання вчитель-дефектолог у 2 класі застосовувала розминку для очей «Совенята». На уроках з природознавства у 3-у класі вчитель проводила віршовані фізкультхвилинки. На уроках української мови у 4 класі для формування правильного мовленнєвого дихання діти виконували рухові вправи з назвами: «Задуй свічку», «Зігрій руки», «Злови комара» тощо. Також проводилися віршовані фізкультхвилинки. Для створення учнями власних висловлювань на уроках української мови застосовувалася вправа «Релаксація». Вона заспокоює нервову систему, знімає напруження.

За сприятливих погодних умов деякі уроки в початковій школі проводилися на природі.

Здоров'язберігаючі технології були відображені у конспектах вчителів-дефектологів.

У кожному навчальному кабінеті силами учнів створені «Куточки здоров'я», що відображають здоров'язберігаючу діяльність класних колективів.

Проаналізувавши результати досліджень, нами були розроблені методичні рекомендації для ефективнішого використання їх як в урочний, так і в позаурочний час. А саме: дотримуватися правил гігієни в класі та охоронно-педагогічного режиму; створювати сприятливий психологічний клімат, відносини взаємної довіри та поваги між педагогом і учнем; створювати позитивний психологічний настрій на початку занять; чергувати різні види навчальної діяльності; використовувати на уроках запитання, пов'язані зі здоров'ям та способами його збереження; не перенасичувати заняття здоров'язберігаючими технологіями та ін.

**Висновки.** Результати дослідження показали, що прийоми здоров'язберігаючих технологій є важливою складовою для розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Позитивним моментом стало те, що прийоми збереження здоров'я використовують усі опитані вчителі-дефектологи. Вирішення проблеми збереження здоров'я дітей з інтелектуальними порушеннями потребує уваги всіх зацікавлених у цьому: педагогів, медиків, батьків. Підсумком дослідження стали розроблені методичні рекомендації для ефективнішого використання їх як в урочний, так і в позаурочний час. Безумовне проведення дослідження не вичерпує всіх проблем впровадження прийомів здоров'язберігаючих технологій в роботу вчителя-дефектолога, а тому може знайти свою подальшу реалізацію при написанні майбутніх робіт.

## **СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РАС** **Брусью М.В**

Науковий керівник: **доц. Сабадаш М. В.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** Сенсорна інтеграція, розлади аутистичного спектру, функціональні блоки мозку.

**Вступ.** Сучасний етап практики корекційної педагогіки та розвитку теорії, психології та психіатрії характеризується посиленою увагою до шглибленого вивчення особливостей психічного розвитку аномальних дітей, їх когнітивних можливостей, виявлення особливостей формування пізтавальних, психічних функцій, соціальних відносин, комунікативної поведінки, розвитку емоційно-вольової сфери, що має велике науковопрактичне значення.

Діти з РАС багато років були позбавлені форм медико-психологопедагогічної допомоги, які доступні для інших осіб, оскільки аутизм є дуже складною проблемою як у теоретичному, так і в практичному аспектах.

Проблема аутизму висвітлювалася та вивчалась і в науковій, і в медичній, і в психологічній та педагогічній літературі протягом багатьох століть. В основному це були зарубіжні дослідження (Н. Asperger, L. Bender, M. Bristol, S. Harris, В. Hermelin, L. Kanner etc.). Шукова розробка проблеми аутизму в пострадянському просторі, пов'язана з іменами видатних російських психіатрів, педагогів-дефектологів, психологів (Е. Блейлер, Д.Гіляровський, К. Лебединська, О. Нікольська, Н. Озерецький). В останнє десятиріччя в Україні спостерігається зацікавленість цією проблемою як науковцями, так і практиками (Т.Ілляшенко, С.Конопляста, К. Островська, М. Рождественська, М. Химко, Д. Шульженко).

Поширеність розладів спектра аутизму коливається в межах 4-8 випадків на 10 тис. дітей, тобто приблизно 0,04-0,08% дитячої популяції, а поєднання аутизму з розумовою відсталістю - до 20 на 10000. Показник поширеності цієї патології в Україні, за офіційними статистичними даними, становить 2 на 10 тис. осіб (0,2%), що може свідчити про недосконалу організацію роботи системи надання медичної допомоги дітям із психічними захворюваннями. Слід зазначити, що наведені цифри відбивають лише випадки так званого типового аутизму, відомого як

синдром Каннера. Переважає цей розлад у хлопчиків, у співвідношенні 4:1 [2].

**Мета дослідження.** З'ясувати що пропонує сенсорна інтеграція у реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру.

**Матеріали і методи.** Аналіз спеціальної та науково-методичної літератури; системне спостереження.

**Результати дослідження.** Дослідження означеної проблеми проводилось на теоретичному і практичному рівнях. Теоретичний рівень дав змогу з'ясувати поняття сенсорної інтеграції та її вплив на реабілітацію дітей з РАС та визначити три основні функціональні блоки головного мозку.

Засновник нейропсихології та автор моделі трьох основних блоків мозку О.Р. Лурія розвивав уявлення про цілісний характер діяльності мозку при здійсненні психічних процесів.

Мозок за відповідними функціями можна поділити на III функціональні блоки [4] :

**I функціональний блок мозку** - енергетичний (стовбур мозку і підкоркові структури), найбільш древній. «Я хочу».

**II функціональний блок мозку** забезпечує прийом, переробку, зберігання та відтворення інформації. «Я можу».

**III функціональний блок мозку** забезпечує організацію та контроль діяльності. «Я повинен».

Діти з розладами можуть недооцінювати сенсорну інформацію. Вони можуть не звернути уваги на того, хто їх кличе, можуть не відчувати болю, який відчувають інші, і відреагують тільки тоді, коли сенсорна стимуляція дуже інтенсивна.

Важливо відмітити, що відповіді на сенсорну інформацію можуть бути вкрай непостійними і варіюватися щодня. Так, деякі діти, що здаються нам гіпочутливими до сенсорної інформації, насправді можуть бути вкрай чутливі до цієї інформації. А здається нам навпаки тому, що їхня нервова система «блокується» для захисту від вхідних стимулів.

Сенсорна інтеграція у реабілітації дітей з РАС спрямована на стимуляцію розвитку і формування злагодженої, скоординованої діяльності різних структур мозку. За допомогою спеціально розроблених рухових вправ і розвиваючих ігор стимулюється формування певних компонентів психічної діяльності [1] :

- регуляція і контроль психічної діяльності;
- моторні навички, зорове, слухове;
- просторове сприйняття та багато інших.

З погляду нейропсихології, основна стратегія сенсорної інтеграції полягає в «вирощуванні» слабкої ланки з опорою на сильні ланки (використання різних аналізаторів з опорою на провідний аналізатор) у процесі спеціально організованої спільної діяльності дитини та дефектолога.

У структурі сенсорної інтеграції існують 5 взаємопов'язаних компонентів які допомагають пояснити як вона проходить [3] :

- Сенсорна реєстрація
- Орієнтація.
- Інтерпретація.

- Організація відповідної реакції.
- Виконання відповідної реакції.

**Висновки.** У процесі дослідження з'ясовано, що сенсорна інтеграція займає значну роль у реабілітації дітей з РАС. Вона підвищує розуміння, допомагає керувати роботою, пропонує важливі ідеї та інструменти для допомоги в повсякденних справах.

## **ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА САМОПОЧУТТЯ ЛЮДЕЙ, СТРАЖДАЮЧИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ**

**Біляк М.В.**

Науковий керівник доц. **Сабадош М.В.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Вступ.** В останні роки спостерігається підвищена увага науковців усього світу до проблеми ревматичних захворювань. На сьогодні ревматичні хвороби залишаються найбільш поширеною патологією в усьому світі, і в Україні зокрема. На першому місці серед них виступає ревматоїдний артрит - найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражує близько 1 % населення. Захворювання призводить до погіршення загального стану здоров'я та якості життя пацієнтів, значного зниження їхньої працездатності. Саме тому питання лікування та фізичної терапії ревматоїдного артриту є одним із найважливіших, адже зміни в суглобах, які відбуваються при цьому, призводять до обмеження функцій опорно-рухового апарату й подальшої неповносправності пацієнтів.

**Мета дослідження** - розробити комплексну програму фізичної терапії та визначити її вплив на стан здоров'я людей працездатного віку, які хворіють на артрит колінних суглобів.

**Методи дослідження** - аналіз спеціальної та науково-методичної літератури, контент-аналіз медичної документації (результатів об'єктивних досліджень, листів спостереження, результатів лабораторних аналізів); анкетування, спостереження.

**Результати дослідження.** Для проведення експерименту було розроблено комплексну програму фізичної терапії. Експериментальну групу склали 13 пацієнтів працездатного віку, що страждають на ревматоїдний артрит колінних суглобів.

Комплексна програма фізичної терапії складалася з: занять ЛФК, курсу лікувального масажу, ортезування, тейпування та фізіотерапії. Експеримент був поділений на 2 етапи тривалістю 1.5 тижня кожен. На обох етапах експерименту проводилися заняття з ЛФК за розробленим нами комплексом, який включав спеціалізовані вправи для людей з захворювання РА колінних суглобів. Під час занять ЛФК на 1 етапі застосовувалися ортези для уражених колінних суглобів, що дозволяло досліджуваним краще виконувати вправи. Після заняття ЛФК проводився масаж з метою покращення лімфо обігу, що в свою чергу зменшило

опухлість та больові відчуття.

На другому етапі дослідження до програми фізичної терапії додалися кінезіотейпування та фізіотерапія. Продовжували проводити заняття з ЛФК.

З метою дізнатися, як пацієнти оцінювали своє самопочуття до початку експерименту, нами була розроблена анкета для опитування. Аналіз результатів анкетування показав, що переважна більшість пацієнтів відчували слабкість та млявість протягом дня, відчували втому уже в другій половині дня, відмічали зниження апетиту та погіршення сну, а також - ранішня скутість в більшості тривала до 1 години.

Після експерименту більшість опитуваних перестали відчувати млявість та слабкість впродовж дня, не відчували втоми аж до пізнього вечору, відзначили покращення апетиту та сну, а тривалість симптому ранкової скутості не перевищувала 30 хвилин. (табл. 1)

Отже, анкетування пацієнтів дало змогу визначити позитивний вплив комплексної фізичної терапії на загальне самопочуття та стан людей, хворих на ревматоїдний артрит колінного суглобу.

**Висновки.** Симптоматика ревматоїдного артриту негативно впливає на загальне самопочуття пацієнтів, їх працездатність та якість життя в цілому. Полегшення проявів захворювання та покращення стану здоров'я уможлиблюється шляхом застосування методів та засобів комплексної фізичної терапії.

В ході дослідження нами було розроблено комплексну програму фізичної терапії для людей, страждаючих на ревматоїдний артрит колінних суглобів. Анкетування пацієнтів дало змогу визначити ефективність програми: до експерименту симптоматика захворювання більш відчутно впливала на самопочуття опитуваних; після експерименту переважна більшість почували себе краще. Отже, розроблена нами програма комплексної фізичної терапії є ефективною складовою лікування ревматоїдного артриту колінних суглобів.

Таблиця 1. Результати анкетування людей, які страждають на ревматоїдний артрит колінних суглобів.

До експерименту		Після експерименту
Питання анкети	Експериментальна група n = 13	
Чи відчуваєте Ви протягом дня слабкість та млявість?	93% «Так»	75% «Ні»
Як швидко Ви втомлюєтесь?	53,7% «виражена втома уже в другій половині дня», «вже вранці» 23%, «ввечері» 17%, «наприкінці дня (пізно	47% «наприкінці дня (пізно ввечері)», 30,5% «ввечері», 14% «виражена втома уже в другій половині дня», 8,5% «вже
Чи помічаєте Ви зниження апетиту?	67% «Так»	84% «апетит не знизився»
Чи турбує Вас порушення сну?	64,3% «Так»	68% «відсутні порушення сну»
Скільки часу зазвичай Ви відчуваєте вранішню скутість?	«протягом 30 хвилин» 11,3% , «до 1 години» 56,7%, «більше 1 години» 32%	49,8% «протягом 30 хвилин», 37,5% «до 1 години», 12,7% «більше 1 години»

# КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВА РОБОТА ТА ЇЇ МІСЦЕ В СУЧАСНОМУ ЗАКЛАДІ ОСВІТИ

Іжовська В.В.,

Науковий керівник: доц. Г аяш О. В.,

ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна

**Ключові слова:** корекційно-розвиткова робота, корекція, діти з особливими освітніми потребами.

**Вступ.** Особливим завданням спеціальних освітніх закладів є корекція розвитку дітей. Його розв'язання є не менш важливим і для інших типів закладів, в яких можуть навчатися діти з певними порушеннями розвитку.

Однак, незважаючи на значущість проблеми корекції та значну кількість присвячених їй досліджень, вона ще й досі залишається недостатньо розробленою в теоретичному і практичному плані. Пріоритетним завданням у трансформації сучасного освітнього соціуму постає активізація корекційно-розвиткової роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в усіх закладах освіти та забезпечення результативності їхньої навчальної діяльності.

**Мета дослідження** - висвітлити результати проведеного нами теоретичного дослідження проблеми з метою з'ясування сутності корекційно-розвиткової роботи та її місця в сучасному закладі освіти.

**Результати дослідження.** Питання корекційної роботи досліджували В.Баудіш, В. Бондар, Л. Вавіна, Л. Виготський, О. Гаяш, Г. Дульнев, І.Єременко, Л. Занков, А. Капустін, О. Ковальова, В. Липа, М. Матвєєва, Г.Мерсіянова, С. Миронова, В. Синьов, Б. Тупоногов, О. Хохліна та інші.

У спеціальній психології та педагогіці під корекцією розуміють доцільно організований педагогічний процес, спрямований на послаблення, подолання недоліків розвитку, запобігання їм та сприяння розвитку аномальної дитини в цілому з метою якнайбільшого наближення до норми. З огляду на наведене визначення, корекція тісно пов'язана з поняттям розвитку дитини взагалі, а тому у системі спеціальної освіти розглядається як корекційно-розвиткова робота.

С. Рикова зазначає, що корекційно-розвиткова робота - це система заходів, що дозволяють вирішувати завдання своєчасної допомоги дітям, які зазнають труднощі у навчанні і шкільній адаптації [4]

Аналізуючи дослідження науковців і практиків, О. Гаяш узагальнює, що основне завдання корекційно-розвиткової роботи - підвищення загального рівня розвитку дитини; заповнення прогалин її попереднього розвитку і навчання, розвиток недостатньо сформованих умінь та навичок, підготовка дитини до адекватного сприйняття навчального матеріалу [1].

Корекційно-розвиткова робота з дітьми, які мають особливості психофізичного розвитку, на думку Г. Кумаріної має реалізуватися через такі складові [2, с. 59-60]:

1. Охорона здоров'я дитини та корекція психосоматичних проблем у її розвитку специфічними, медичними і неспецифічними педагогічними прийомами і методами роботи.

2. Розвиток соціально-моральних якостей дітей, необхідних для успішної

адаптації у шкільних умовах (усвідомлення дитиною своєї соціальної ролі учня і відповідних обов'язків та відповідальності, вміння будувати свої стосунки згідно з правилами шкільного життя, адекватна поведінка і навчальних ситуаціях).

3. Формування змістовної навчальної мотивації, послідовне заміщення зовнішнього інтересу до школи і формальних мотивів навчання на пізнавальні.

4. Розвиток до необхідного рівня психофізіологічних функцій, що забезпечують навчальну діяльність: фонематичний слух, артикуляційний апарат, дрібні м'язи руки, просторова орієнтація, координація у системі «око-рука».

5. Збагачення кругозору і розвиток мовлення до рівня, який дозволяє дітям включатися у навчальний процес, свідомо сприймати навчальний матеріал і спілкуватись з іншими.

6. Розвиток особистісних компонентів пізнавальної діяльності (пізнавальна активність, самостійність, довільність), подолання інтелектуальної пасивності, безініціативності.

7. Формування навчальної діяльності дітей та корекція її недоліків.

У Наказі МОН України № 814 від 26 липня 2018 р. «Про затвердження типової освітньої програми початкової освіти спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з особливими освітніми потребами» подано чіткий перелік основних напрямів корекційно-розвиткової роботи: розвиток слухового сприймання та формування вимови, розвиток мовлення, корекція розвитку, соціально-побутове орієнтування, лікувальна фізкультура, ритміка; психомоторний та сенсорний розвиток, соціально-комунікативний розвиток; логопедичні заняття.

С. Миронова вказує, що корекційно-розвиткова робота є складовою навчально-виховного процесу в інклюзивному закладі [3].

Корекційний компонент інклюзивної освіти забезпечується декількома шляхами, а саме: [3, с. 91]

1) Реалізація корекційних цілей у процесі навчання і виховання дітей (на уроках, пфд час виконання домашньої навчальної роботи, на виховних заходах);

2) Проведення корекційно-розвиткових занять спеціалістами (корекційні педагоги, спеціальні психологи);

3) Включення спеціальних засобів у навчально-виховний процес та у режим дня;

4) Виконання батьками вимог і рекомендацій фахівців щодо колекційного впливу на дитину.

Зазначимо також, що корекційно-розвивальна робота здійснюється засобами педагогічного процесу - його змістом, методикою, організаційними формами.

Особливе значення для проведення корекційної роботи має цілеспрямований добір змісту навчання. Виправлення вад дитини та її навчання можуть здійснюватись на одному й тому самому програмному матеріалі. Зміст навчання повинен визначатися не тільки відповідно до особливостей аномальних дітей, з якою проводиться корекційна робота, і можливостей його засвоєння, а й включати корекційно-розвивальний матеріал як свою безпосередню складову [5].

**Висновок.** Таким чином, корекційно-розвиткова робота розглядається як основа навчально-виховного процесу в усіх закладах освіти, де навчаються діти з

особливими освітніми потребами. Корекційно-розвиткова робота в сучасних закладах освіти - це дуже важлива галузь діяльності не тільки для педагогів, але і для психологів, соціальних педагогів. Вона повинна вестися планомірно, будуватися на науковій основі. Все це слугує єдиній меті - забезпеченню

## **ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З КАРПАЛЬНИМ ТУНЕЛЬНИМ СИНДРОМОМ**

**Красна В. І.**

Науковий керівник: доц. **Філак Ф.Г.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** карпальний тунельний синдром, фізична терапія, лікувальна гімнастика, гідрокінезотерапія.

**Вступ.** Карпальний тунельний синдром (КТС) — це поширена проблема, що впливає на роботу кисті руки і зап'ястя, спричинена стисканням нервів і судин в анатомічно сформованих кістками, м'язами, зв'язками каналах або тунелях. Тут проходить серединний нерв, що забезпечує чутливість великого пальця, вказівного пальця, середнього пальця та половини безіменного пальця.

Від серединного нерва також відходить нервова гілка, що управляє м'язами великого пальця кисті. М'язи тенара допомагають великому пальцю рухатися і дозволяють подушечці великого пальця досягати кінчиків кожного пальця однієї руки, цей рух називається «протипоставленням великого пальця». Через карпальний канал проходять і сухожилля згиначів. Серединний нерв лежить на верхній частині сухожилля. Будь-який стан, що зменшує розмір зап'ястного каналу або провокує зростання тканин усередині каналу, може викликати симптоми синдрому карпального каналу. Останнім часом цьому синдрому приділяється багато уваги у зв'язку з припущенням, що він може бути пов'язаний з професійною діяльністю працівників, що виконують монотонні дрібні згинально - розгинальні рухи кисті. Це комп'ютерники, швачки, музиканти, працівники хлібокомбінатів, складальники дрібних деталей. В основному хворіють жінки віком від 18 до 55 років. Дані останніх років свідчать, що кількість таких пацієнтів досягає 25 - 40% в структурі всіх захворювань периферійних нервів.

Один з перших симптомів КТС - це поступове оніміння і поколювання зап'ястя, болі, наростаюча слабкість і неточність рухів кисті, втрата м'язової сили, зниження чутливості, в яких визначає серединний нерв. Тому важливими засобами реабілітації таких хворих є лікувальна гімнастика, масаж, фізіотерапевтичні процедури які повинні відновити функціональну здатність кисті.

**Мета роботи** - розробити і впровадити комплексну програму реабілітації для хворих з карпальним тунельним синдромом на основі комплексного застосування лікувальної гімнастики, масажу.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено у 20 хворих з карпальним тунельним синдромом. Усі пацієнтки - жінки віком від 23-45 років. Це робітниці швейної фабрики, які працюють на підприємстві  $14,2 \pm 0,68$  років. Тривалість захворювання становила 3 - 5 років. На початку дослідження було проведено

опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. Діагноз підтверджений лікарем-невропатологом.

**Результати досліджень.** Практично всі (100%) пацієнти скаржилися на швидку втомлюваність кисті при виконанні своєї професійної роботи. Оніміння всієї кисті після нічного сну відзначали 14 (70,0%) хворих. Посилення болу вночі, відчуття її припухлості, поколювання відзначали 18 (90,0%) пацієнтів, ослаблення кисті при виконанні хапальних рухів відзначали 16 (80,0%) хворих. Важкість утримувати, наприклад, мобільний телефон відзначали 12 (60,0%) пацієнтів. Нemoжливість защебити гудзики або чистити картоплю відзначали 10 (50,0%) хворих.

Для оцінки ефективності засобів фізичної реабілітації проводилось вимірювання сили окремих м'язових груп обох кистей рук, їх витривалості за допомогою ручного динамометра. Проводили 2-3 вимірювання, записували найбільший показник. Індекс сили кисті характеризує силу кисті і обчислюється за формулою [сила кисті (кг) / маса тіла (кг)] x 100. Є певна залежність між масою тіла і м'язовою силою. Зазвичай чим більша м'язова маса, тим більша сила кисті. Динамометрія кисті в середньому складає у жінок 45 - 50% від маси тіла.

При проведенні кистьової динамометрії відзначається різниця в силі здорової і ураженої кисті рук. Для здорової кисті цей показник становив  $33,05 \pm 1,07$ , а для ураженої  $19,86 \pm 1,15$ , що складає 44,5% від маси тіла для здорової кисті і 28,4% для ураженої кисті.

У комплекс засобів фізичної терапії хворих з карпальним тунельним синдромом застосовувалися: лікувальна гімнастика для верхньої кінцівки, реабілітаційний масаж, гідрокінезотерапія для кисті руки, озокеритотерапія. Тривалість відновного лікування становила 28 днів. Комплекси складались із вправ для дрібних, середніх і великих м'язових груп ураженої верхньої кінцівки. Рекомендовано відведення, приведення, згинання, розгинання в ліктьовому і променево-зап'ястковому суглобі, колові рухи, стискання пальців у кулаки і розтискання не менше 10 разів, розтягування гумового бинта як здоровою, так і хворою руками, струшування рук. Вправи на пальці кистей рук з акцентом на I-II пальці. Аквагімнастика сприяє звільненню стисненого нерва, сприяє відновленню функції кисті. Озокерит призначали у вигляді рукавиць температури  $42^{\circ}\text{C}$  тривалістю 30 хвилин щодня № 15. Масаж класичний і сегментарно-рефлекторний. Спіралеподібне розтирання, штрихування, стругання. Розминання м'язів підвищення великого пальця та мізинця поперечне, поздовжнє, щипцеподібне, натискування та зміщення. Сегментарно-рефлекторна дія на паравертебральні зони T6-T1, C7-C3 хребців, задніх та

бічних шийних ділянок

Після проведеного комплексу реабілітаційних заходів покращилась клінічні показники. Втомлюваність кисті при виконанні своєї професійної роботи відзначали лише 14 (70,0%) пацієнтів. Оніміння всієї кисті після нічного сну зменшилось у 8 (40,0%) хворих. Незначний біль вночі, відчуття поколювання після курсу реабілітації відзначали 10 (50,0%) пацієнтів, Важкість утримувати, наприклад, мобільний телефон відзначали 3 (15,0%) пацієнтів. При визначені індексу сили кисті після реабілітації відзначається позитивна динаміка в силі. Сила кисті ураженої руки за даними динамометрії збільшилась з  $19,86 \pm 1,15$  до

31,46 ± 1,09 Р < 0,05 що складає 39, 8 % від маси тіла.

**Висновки:** Під впливом запропонованої програми фізичної реабілітації відзначено покращення клінічної картини, а також позитивну динаміку показника індексу сили ураженої кисті. Цим підтверджено ефективність відновного лікування хворих з карпальним тунельним синдромом.

## ІНТЕГРАЦІЯ ІДЕЙ Л.С. ВИГОТСЬКОГО В СИСТЕМУ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Шоган М. С

Науковий керівник доц. Г аяш О. В.,  
ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна

**Ключові слова:** інклюзивна освіта, інтеграція, діти з порушеннями психофізичного розвитку, Виготський.

**Вступ.** У становленні і розвитку дефектології - науки про особливості розвитку дітей з фізичними і психічними порушеннями та закономірності їх виховання і навчання - з наукової точки зору головну роль зіграв Л. С. Виготський. Його ідеї не втратили своєї новизни й актуальності і в наш час, продовжують розвиватися в психолого-педагогічних дослідженнях, зокрема в напрямку інклюзивної освіти.

Нема сумніву, що для пошуку шляхів розвитку інклюзивної освіти науковцями робилося чимало. А саме проблемами інклюзивного навчання займаються А. Колупаєва, В. Бондар, В. Синьов, К. Турчинська, М. Шермет, М.Ярмаченко, Н. Засенко, О. Гаяш, С. Миронова та інші. Якраз вони і присвячують свої праці аналізу педагогічних ідей Л. Виготського та включенню дітей з порушеннями психофізичного розвитку до навчання в закладах загальної середньої освіти.

**Мета статті:** висвітлити ідеї Л. С. Виготського про виховання і навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку та їх інтеграцію в систему інклюзивної освіти.

**Методи дослідження:** аналіз психолого-педагогічної літератури.

**Результати досліджень.** В часи Виготського, його думки не були підтримані суспільством, але сьогодні вони є надзвичайно актуальними. Ідеї засновника дефектології успішно інтегруються в систему інклюзивної освіти. Вони є гнучкими та здатні реагувати на постійні інновації.

У своїх роботах Л. С. Виготський писав про необхідність створення такої системи освіти, в якій дитина з порушеннями психофізичного розвитку не виключалася б із суспільства дітей з нормальним розвитком, а вчилася б з ними в єдиному потоці. Він наголошував на важливості якомога тіснішого спілкування дітей з особливостями психофізичного розвитку з однолітками та дорослими, на непродуктивності системи освіти, де діти з порушенням розвитку «відрізані» від інших людей стінами інтернату.

Науковий діяч зазначає, що дитина, розвиток якої ускладнений порушенням, не є менш розвиненою, ніж її однолітки з нормотиповим розвитком, а є інакше

розвиненою. На його думку, саме таке уявлення про особливу дитину має бути основою підходу до неї [1].

Дуже важливою для інклюзії є думка Л. С. Виготського про те, що розвиток у дитини з порушеннями психофізичного розвитку вищих форм поведінки здійснюється під натиском потреби: якщо у дитини немає потреби подумати - вона ніколи не подумає. Важливо, щоб спеціально створені педагогом труднощі змушували дитину виправити свою поведінку, подумати, перш ніж діяти, визнати її [1].

На основі фундаментальних досліджень Л. С. Виготський наголошує на завданні - виявити здорові, збережені сторони у дитини з порушеннями розвитку і робити опору саме на них в цілях реалізації корекційно-педагогічної роботи.

Найціннішим є те, що Л. С. Виготський обґрунтував вчення про великі резерви здорових задатків у аномальної дитини, нерівномірне поширення «дефективності» на різні сторони його діяльності. Він говорить, що потрібно брати в розрахунок потенційні можливості дитини, які присутні ще в зародковому стані, та перетворювати їх в необхідні умови життєдіяльності. При правильно підібраних умовах виховання та навчання, вмілому керівництві педагога і батьків вони трансформуються в перспективні можливості дитини, які вчений називає «зоною найближчого розвитку» [1].

Актуальними для інклюзивного навчання залишаються і погляди вченого на поняття «сензитивного періоду» як найбільш плідного для розвитку певних психічних функцій в онтогенезі. Так, наприклад, корекційну роботу з учнями молодших класів необхідно спрямовувати на розвиток і використання їх практичного наочно-дійового мислення. Суттєвим фактором на цьому етапі є використання багаторазових практичних дій, в основі яких лежить зв'язок між мисленням і руховими операціями [2, с. 26].

На нашу думку, ідеї Л. С. Виготського є найімовірно актуальними в наш час; його наукові надбання і нині залишаються справжнім джерелом теоретичних і практичних пошуків для корекційних педагогів. Зазначені вище погляди мають бути обов'язково включені в організацію інклюзивного навчання, в корекційно-розвивальну роботу з дітьми з особливими освітніми потребами. Але потрібно пам'ятати, що розвиток інклюзивної освіти може бути неефективний, якщо діяти лише шляхом перенесення вдалих ідей в процес навчання і виховання закладів освіти без їх осмислення та адаптації.

**Висновки.** Стратегія розвитку інклюзивної освіти повинна здійснюватися у контексті інтеграційних ідей науковців. Одним із напрямів реалізації цієї стратегії повинні бути належним чином організовані та втілені у практику ідеї Л. С. Виготського. Його наукові погляди допоможуть дітям інтегруватися в сучасне суспільство і успішно жити в ньому.

# ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ I-го СТУПЕНЯ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ

Якоб Н.О.

Науковий керівник: доц. Філак Я. Ф.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** сколіоз, фізична терапія, дихальна система.

**Вступ.** На сучасному етапі однією з проблем ортопедії залишається зростання патології опорно-рухового апарату у дитячому віці, особливо це стосується сколіотичної деформації хребта. За оцінками фахівців, сколіоз і сколіотична постава спостерігаються в 60% дітей шкільного віку, як наслідок дії різноманітних негативних факторів, спостерігається тенденція до зростання захворюваності дітей, особливо в шкільному віці. Ці захворювання служать передумовою для виникнення ряду функціональних і морфологічних розладів здоров'я в дитинстві і роблять негативний вплив на перебіг багатьох захворювань у дорослих. Незважаючи на високий рівень сучасних діагностичних технологій, багато аспектів уражень хребта залишаються невиявленими. На сучасному етапі проблема лікування і реабілітації даної категорії хворих залишається невирішеною до теперішнього часу тому розробка комплексних програм реабілітації залишається актуальною.

**Мета дослідження** - підвищити ефективність та науково обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації дітей шкільного віку з сколіозом I - го ступеня.

**Матеріали та методи.** З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів на сколіоз I-го ступеня та оцінки ефективності курсу фізичної реабілітації нами були використані наступні методи дослідження: клінічні показники, оцінка функціонального стану дихальної системи, тести для визначення стану постави, визначення сили м'язів спини. З цією метою нами було проведено обстеження у 10 хворих на сколіоз I- го ступеня віком від 9 до 12 років, з них 6 хлопчиків і 4 дівчат. При поступленні на відновне лікування в поліклінічне відділення міської клінічної дитячої лікарні, м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені.

За даними опитування, практично всі пацієнти скаржилися на дискомфорт і болі в грудному відділі хребта, які відзначали 80,0% хворих, болі в попереку відзначали відповідно 70,0% пацієнтів. Обмеження рухливості хребта відзначали 80,0 % пацієнтів. Задишку при фізичному навантаженні та погіршення зору і слуху відзначали відповідно 70,0% і 60,0% пацієнтів. Болі в верхніх кінцівках, особливо після фізичного навантаження і при тривалій ходьбі відзначали 60,0% хворих. Всім дітям, хворим на сколіоз проводили 5 тестів. У обстежених хворих школярів виявлено відхилення від норми у сагітальній і фронтальній площинах. Тест на

розташування кутів обох лопаток на одній горизонтальній лінії: сильний ступінь виявлений у 20,0% школярів, середній - 50,0%. Сильний ступінь змін симетричності трикутників талії виявляли у 20,0% хворих, середній відповідно у 50,0% пацієнтів. Показники витривалості сили м'язів спини школярів до проведення реабілітаційних заходів в експериментальній групі становили  $120 \pm 8,8$  сек. У школярів, хворих на сколіоз I-II ступеня ці показники нижчі від норми. В нормі у дітей 7 - 11 років час стомлення м'язів настає через 2 - 3 хв., старше 12 - не менше 3 - 4 хв. В комплекс програми реабілітації для дітей, хворих на сколіоз, входили: лікувальна гімнастика, класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, ультразвукова терапія паравертебрально, плавання.

**Результати досліджень.** В результаті проведеного курсу реабілітації відзначається покращення клінічних проявів захворювання у пацієнтів хворих на сколіоз хребта. Болі в грудному відділі хребта вірогідно зменшилися з 8 (80,0%) до 3 (30,0%). Рухливість хребта покращилась у 60,0% пацієнтів. Болі в попереку після реабілітації також відзначали лише 20,0% пацієнтів. Погіршення зору і слуху та загальну слабкість і дратівливість після комплексу реабілітаційних заходів відзначали відповідно лише 20,0% і 10,0% пацієнтів. Після проведення комплексу реабілітаційних заходів покращились показники дихальної системи. У пацієнтів хворих на сколіоз середній показник проби Штанге - затримка дихання на вдиху вірогідно підвищився з  $32,1 \pm 1,08$  с. до  $41,2 \pm 1,14$  с., що становить норму. Середній показник проби Генчі - затримка дихання на видиху підвищився з  $16,8 \pm 1,18$  с. до  $24,7 \pm 1,13$  с., що становить норму. Після проведення реабілітаційних заходів всім школярам повторно проводили 5 тестів для оцінки динаміки деформації хребта. Відзначається позитивна динаміка соматоскопічного обстеження хребта у пацієнтів хворих на сколіоз. Такий важливий соматоскопічний показник, як симетричність трикутників талії нормалізувався у 30,0% хворих. Сильний ступінь порушення відзначали лише у 10,0% хворих, середній і легкий після реабілітації виявляли відповідно у 20,0% і 40,0% пацієнтів. Проведені нами соматоскопічні дослідження свідчать про збільшення загальної кількості пацієнтів з легким ступенем сколіозу 4 (40,0%), у трьох пацієнтів 30,0% нормалізувалися показники постави. Показники сили м'язів спини після експерименту, істотно зросли в порівнянні з початком реабілітації.

**Висновки.** 1. У більшості хворих на сколіоз I-го ступеня відзначаються дискомфорт або ниючі болі в грудному відділі хребта, порушення у фронтальній площині, а саме: тести на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії і на симетричність трикутників талії сильний ступінь відзначали 20,0% пацієнтів, середній - 50,0%.

2. Показники витривалості сили м'язів спини, черевного пресу, рухливості хребта також знижені. Під впливом комплексної програми реабілітації, відмічено більш виражену позитивну динаміку клінічних даних, показників соматоскопічного

обстеження. Проведені нами соматоскопічні дослідження свідчать про збільшення загальної кількості пацієнтів з легким ступенем сколіозу 40,0%, у 30,0% пацієнтів нормалізувалися окремі показники деформації постави.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОЛІГОФРЕНОПЕДАГОГА В РОБОТІ З СІМ'ЯМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ**

**Жук В. В.**

Науковий керівник: **доц. Кляп М.І.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** діти з порушеннями інтелекту, професійна діяльність олігофренопедагога, робота із сім'ями, які виховують дітей з порушеннями інтелекту.

**Вступ.** Дослідження науковців підтверджують щорічне збільшення кількості дітей, що мають інтелектуальні порушення, тому виникає потреба в розробці нових методів навчання, виховання та розвитку таких дітей. Не менш важливою є підготовка фахівців, які будуть працювати з дітьми, що мають порушення інтелекту. Вони мають володіти необхідними фаховими знаннями та вміннями, компетентностями для ефективної корекційної роботи з дітьми.

Слід зауважити, що діяльність корекційного педагога має суттєві відмінності в порівнянні з роботою педагога, що працює з дітьми з типовим розвитком. Так, наприклад, корекційний педагог має знати особливості розвитку пізнавальних процесів дітей, що мають порушення інтелекту, та враховувати їх при підготовці та проведенні своїх занять. Крім цього, потрібно брати до уваги особливості психофізичного розвитку дітей цієї категорії.

Питання професійної діяльності олігофренопедагогів з сім'ями дітей із порушеннями інтелекту досліджували Т. Афанасьєва, Л. Савчук, Ю. Рібцун, С. Миронова, В. Колишкін. Вчені доводять, що у корекційній діяльності з батьками дітей зазначеної категорії фахівці повинні використовувати сучасні форми і методи роботи, враховуючи індивідуальні особливості дитини та батьків, типи сімей, міжособистісні стосунки в родині та стилі виховання. Зокрема, у вітчизняній науці досліджуються проблеми співпраці батьків та корекційних педагогів у навчально-виховному та корекційно-розвивальному процесі, удосконалюються методи роботи корекційного педагога із батьками, що мають дитину із порушеннями інтелекту. Однак, проблеми зміни формату співпраці з батьками у зв'язку з пандемією коронавірусу ще не були предметом дослідження.

**Мета дослідження:** узагальнення інформації про особливості професійної діяльності олігофренопедагога в роботі з сім'ями, які виховують дітей з порушеннями інтелекту, окреслення нових напрямів співпраці.

**Методи дослідження:** теоретичні методи дослідження: вивчення та аналіз психолого-педагогічної літератури, а також узагальнення та систематизація наукових матеріалів.

**Результати досліджень.** З кожним роком до професійної діяльності вчителя-дефектолога висувають нові вимоги, пов'язані з постійною орієнтацією на

соціальний прогрес, врахуванням змін у суспільстві, відбувається творче провадження передового педагогічного досвіду, обґрунтовується вміння налагоджувати співпрацю з батьками дитини та іншими членами команди психолого-педагогічного супроводу. Саме тому олігофренопедагогу потрібне безперервне удосконалення своєї педагогічної майстерності.

Роботу з сім'ями, що мають дітей із порушеннями інтелекту корекційний педагог має будувати на певних принципах:

- партнерство з батьками - олігофренопедагог має розглядати батьків як рівноправних партнерів у вихованні дитини, проведенні з нею корекційно-розвиткової роботи. Завдяки використанню цього принципу вдасться подолати дистанцію і недовіру батьків до фахівців;

- комплексний підхід до організації корекційно-педагогічного процесу - олігофренопедагог до своєї співпраці може залучати різних фахівців: соціального педагога, вчителів, вихователів, асистентів вчителя, психолога, лікаря. Використання комплексного підходу забезпечить подолання різних проблем, що виникають у сім'ях, і дозволять надати дитині та її батькам різнобічну допомогу;

- єдність діагностики і корекції - батьки разом із олігофренопедагогом мають продовжити вивчення дитини, розпочате раніше. Саме олігофренопедагог має наголосити батькам на необхідність постійного спостереження за дитиною вдома та про важливість інформування про певні зміни в поведінці, труднощі та досягнення дитини, її потреби й можливості;

- позитивна характеристика дитини - олігофренопедагогу передусім потрібно концентрувати увагу батьків на позитивних, збережених якостях їхньої дитини, перспективних можливостях її розвитку і тільки після цього лише повідомляти про проблеми і труднощі. Таким чином, можна підтримати віру батьків у розвиток дитини та спонукати їх до плідної співпраці в подальшому;

- урахування стану, думки, досвіду батьків - при доборі змісту, форм і методів роботи з сім'ями олігофренопедагогу слід враховувати: здоров'я батьків, їх психологічний стан; їх моральні установки, досвід, ставлення до проблем дитини; сімейні стосунки; уміння членів сім'ї розв'язувати проблеми; приналежність до певного соціального класу;

- повага до особистості батька і матері - у стосунках з батьками має домінувати повага, урахування їхніх турбот, які повинні виявлятися у розмовах з батьками та у збереженні відомих олігофренопедагогу сімейних таємниць.

Використання цих принципів олігофренопедагогом в роботі з батьками, значно покращить комунікацію між ними та допоможе забезпечити ефективну навчально-виховну і корекційно-розвивальну роботу як на занятті, так і поза його межами.

Перш ніж приступити до роботи із дитиною та її сім'єю олігофренопедагог має здійснити діагностичну діяльність у процесі вивчення конкретної родини, що виховує дитину з порушеннями інтелектуального розвитку. В ході такої діагностичної діяльності корекційний педагог має використовувати такі методи:

- 1) вивчення та аналіз документації: вивчення медичної картки дитини, її особової справи та індивідуальної картки розвитку, характеристики. Ці відомості дозволять зробити висновок про склад сім'ї, причини порушень у

розвитку дитини, ступінь її інтелектуального і психофізичного розвитку, умови життя родини;

2) спостереження: за стосунками дітей з батьками, реакцією батьків на одержані від олігофренопедагога поради, рекомендації, домашні завдання, позитивні й негативні сторони у розвитку дитини;

3) бесіда з батьками: про ставлення батьків та інших членів сім'ї до порушення дитини, умови виховання дитини в сім'ї. Потрібно переконати батьків, що дитина відрізняється від нас і зовні, і внутрішньо. Вона не хвора, вона просто інша. У неї інша мова, інша система сприйняття, відмінні від більшості цінності та мотиви;

4) анкетування батьків. Першою слід використовувати таку анкету, яка дозволить одержати найбільш повні відомості про дитину, а у подальшому - ті, які забезпечать інформацією про сім'ю в цілому, інтереси та труднощі дитини тощо. Саме результати анкетування дають змогу спланувати роботу з дитиною та її сім'єю з урахуванням індивідуальних особливостей сімейних стосунків. Письмово батькам пропонують дати відповідь на запитання, які стосуються виконання домашніх навчальних завдань, орієнтації у проблемах дитини, її інтересах, бажань і можливостей приділяти увагу дитині;

5) налагодження он-лайн роботи у групі психолого-педагогічного супроводу інклюзивного навчання дитини з інтелектуальними порушеннями або он-лайн консультування батьків в індивідуальному або груповому форматі у зв'язку з необхідністю дотримання карантинних вимог в умовах пандемії коронавірусу.

**Висновки.** Для досягнення поставлених цілей олігофренопедагогу потрібно будувати свою роботу, враховуючи, що однією з головних особливостей професійної діяльності фахівця є саме робота з батьками дітей з інтелектуальними порушеннями, які не менше, ніж їхні діти, потребують реабілітації, абілітації, адаптації в життєвій ситуації, але їх потрібно до цього готувати, створюючи спеціальні програми, тому що саме від батьків, особливо на ранніх етапах розвитку дитини, залежать її здоров'я, фізична і психічна підготовленість, соціалізація та інтеграція в суспільство. Найголовніше пам'ятати про спільну мету щодо послаблення та корекції порушення розвитку дитини, яких можна досягти при злагодженій роботі фахівців з батьками.

Подальшого дослідження потребують питання налагодження співпраці з батьками дітей з особливими освітніми потребами в умовах карантинних вимог шляхом он-лайн індивідуальних та групових консультацій, організації відповідних груп у соціальних мережах.

# ОСНОВНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ РУМУНІЇ

Грин А.-М. Г.

Науковий керівник: доц. Кляп М.І.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** інклюзивна освіта, інклюзивне освітнє середовище, діти із соціально вразливих груп.

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

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

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

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

**Результати дослідження.** Процес упровадження інклюзивної освіти в Румунії розпочався в кінці 1980-х рр. Інтегроване навчання було засноване на принципах боротьби з дискримінацією, прийняття рівності, соціальної справедливості та основних прав людини. В цій країні поняття інклюзії має свій певний аспект, влучним для пояснення є вислів Катерини Вармаш, професора, доктора наук у галузі психології та логопедії: «Коли мова йде про інклюзивну освіту ми передусім думаємо про дітей з особливими освітніми потребами, але це є помилкою, бо інклюзія має усувати будь яку форму розподілу дітей. Деякі діти потребують підтримки, тому що мають певні особливості, стилі навчання та ритми розвитку, що відрізняють їх від інших». Тож можемо сказати, що притаманна для України інклюзивна освіта є лише складовим компонентом

інклюзії в Румунії. В цій країні інклюзивна освіта спрямована також на подолання дискримінації представників певних національних меншин та соціальних груп, надання рівних умов всім дітям, не зважаючи на їхній соціальний статус, створення можливостей для розвитку осіб з особливими освітніми потребами.

Складові компоненти інклюзії в Румунії:

У Інклюзивне навчання для дітей з малозабезпечених сімей;

У Інклюзивне навчання для ромів;

У Інклюзивне навчання для осіб з особливими освітніми потребами.

Для інклюзивного навчання дітей з малозабезпечених сімей, особливо для тих, що живуть у гірських регіонах і не мають змогу відвідувати школу, був спеціально створений проект «Pa<sup>e</sup>III educatie înc<sup>I</sup>Aa de caii<sup>e</sup>», що перекладається як високоякісна інклюзивна освіта. Проект має на меті підвищити відсоток дітей, які регулярно відвідують школу; знизити рівень неосвіченості; змінити менталітет населення та залучити до освітнього процесу батьків вихованців.

Шляхи реалізації: упровадження в закладі освіти більш ефективних методів навчання та забезпечення дидактичним матеріалом; підвищення самооцінки та освітніх прагнень дітей; налагодження зв'язку між батьками та педагогічним колективом; формування у населення позитивного ставлення до отримання освіти та пояснення її важливості у подальшому житті.

Цей проект отримує регулярну щорічну інвестицію у розмірі 84 євро на кожну дитину. До нього залучаються волонтери, які проводять майстер-класи для вчителів і дітей.

Для реалізації інклюзивного навчання ромів було прийнято низку законів та створено певні проекти фінансування. Один з законів - «Стратегія щодо ромів» був прийнятий 25 квітня 2001 року та доповнений рішенням уряду №522/19 від квітня 2006 р. Відповідно до цього закону мета стратегії полягає в тому, щоб значно покращити становище ромів, сприяти заходам соціальної інтеграції. Зазначений документ також стосується освіти для ромів. «Стратегія щодо ромів» включає шість основних галузевих областей, одна з яких присвячена захисту дітей, освіти та культури.

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

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

з особами з ООП та з інвалідністю.

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

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

Спеціальна освіта впроваджена на всіх освітніх рівнях, а саме в дошкільних закладах, початковій школі, середній загальноосвітній школі, ліцеї, професійно-технічних училищах, школах мистецтва, коледжах, щоденних освітніх центрах, що надають педагогічну підтримку. В школах, де навчаються вихованці з ООП, які відносяться до національних меншин, освітній процес здійснюється їхньою рідною мовою. Стосовно самого процесу і форм інтеграції, то він нічим не відрізняється від України. Але на думку румунських фахівців така інтеграція - це скоріш фізичне, а не реальне інтегрування. Адже брак спеціалістів, повністю не скореговане ставлення населення до таких людей, гальмує цей процес. Щоб перейти на новіший рівень інклюзивного навчання, було реалізовано наступні проекти:

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

У Проект "Громадська діяльність";

У Національна програма "Разом, в одній школі".

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

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

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

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

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

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

## ОКРЕМІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО ПИТАНЬ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Крись М. Є.

Науковий керівник: доц. Брич В.В.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, студентська молодь, обстеження, інфекції, що передаються статевим шляхом.

**Вступ.** Проблема формування збереження та зміцнення здоров'я молоді останні роки набула актуальності. Особливе занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я, яке є невід'ємною складовою частиною здоров'я нації в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства. Виникає необхідність формування культури безпечної статевої поведінки та збереження репродуктивного здоров'я студентської молоді.

**Мета дослідження:** вивчити та проаналізувати окремі аспекти ставлення студентів ДВНЗ «УжНУ» до збереження репродуктивного здоров'я.

**Матеріали та методи дослідження.** При виконанні роботи було використано соціологічний та статичний методи. Для опитування була спеціально розроблена анкета. В дослідженні взяли участь 208 студентів ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

**Результати.** В ході дослідження встановлено, що на момент анкетування статевим життям вже жили  $69,2 \pm 6,3\%$  респондентів. Визначено, що тільки  $27,1 \pm 6,0\%$  опитаних студентів зазначили, що систематично проходять обстеження у лікарів (гінеколога, уролога, венеролога), третина респондентів ( $33,6 \pm 6,4\%$ ) вказали, що роблять це при необхідності, а  $39,3 \pm 6,6\%$  молодих людей жодного разу не відвідували ще таких фахівців. Отримані результати можуть бути пов'язані з регулярністю статевого життя опитаних студентів. При цьому наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) обстежувались  $20,5 \pm 5,5\%$  опитаних студентів. В результаті аналізу відповідей визначено, що наявність папіломавірусу людини обстежувались  $4,6 \pm 3,3\%$  студенток, а  $23,4 \pm 5,8\%$  всіх респондентів навіть не знали, що такий вірус існує. Слід зазначити, що тільки  $40,2 \pm 6,7\%$  опитаних студентів зазначили, що їм відомо про можливість захиститись від інфікування онкогенним папіломавірусом людини за допомогою щеплення, інші  $59,8 \pm 6,7\%$  вказали, що не знали цього. Серед опитаних дівчат з метою раннього виявлення непластичних процесів  $7,9 \pm 4,3\%$  респондентом

щороку роблять цитологічне обстеження шийки матки,  $18,4 \pm 6,2\%$  робили один раз.

**Висновок.** В результаті дослідження встановлено низький рівень відвідування лікарів з метою контролю за репродуктивним здоров'ям та обстежень на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом. Все це може сприяти порушенню формування репродуктивного здоров'я молоді та потребує розробки профілактичних заходів з метою запобігання розвитку порушень здоров'я в майбутньому.

## ДИТЯЧИЙ ВУЛИЧНИЙ ТРАВМАТИЗМ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Глинка Є Є.

Науковий керівник: доц. Брич В.В.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** травматизм, діти, громадське здоров'я

**Вступ:** Дитячий травматизм - це актуальна медико-соціальна проблема сучасності. Щорічно збільшується кількість травмованих дітей у світі та Україні. Вуличний дитячий травматизм має особливе значення для громадського здоров'я, оскільки спричиняється поганою організацією вуличного руху, неякісним покриттям та освітленням вулиць, незадовільним їх станом, недотриманням правил дорожнього руху пішоходами та водіями, особливо на прибудинкових територіях. Найбільший рівень вуличного травматизму реєструється в період зимових та літніх канікул, коли діти мають більше вільного часу і проводять його на вулиці, часто без нагляду дорослих.

**Мета дослідження:** вивчити структуру дитячого травматизму та виокремити значення вуличного травматизму серед осіб до 18 років у Закарпатській області.

**Матеріали та методи:** Використовувалися методи: системного аналізу та медико-статистичний. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності Закарпатській області за 2015-2017 рр.

**Результати дослідження:** Проблема дитячого травматизму є однією зі значних проблем здоров'я дітей України та Закарпатської області. Встановлена позитивна динаміка рівнів дитячого травматизму серед дітей віком 0-14 років у Закарпатській області в 2015-2017 роках: показники знизилися від 356,9 на 10000 відповідного населення у 2015 році до 350,1 у 2016 році і аж до 331,9 на 10000 відповідного населення у 2017 році. Але при цьому рівні травматизму серед дітей віком 15-17 років у регіоні у 2 рази більше і характеризуються коливаннями: спочатку рівень збільшився з 728,2 до 739,9 на 10000 відповідного населення, а потім зменшився до 693,4 на 10000 підліткового населення. Окремо було проаналізовано регіональні показники дитячого вуличного травматизму Закарпатської області. Визначено, що у структурі травматизму серед дітей віком 0-14 років вуличний травматизм у 2015-2017 роках складав частку у межах 15,3-16,9% (55,6-56,2 на 10000 відповідного населення), серед дітей віком 15-17 років - частку в межах 12,2-12,9% (89,294,2 на 10000 відповідного населення). Отже, при

зростанні рівнів загального та вуличного дитячого травматизму у підлітковому віці, частка вуличного травматизму з віком зменшується.

**Висновки.** Дитячий травматизм - актуальна проблема громадського здоров'я на регіональному рівні, оскільки встановлено, що показники як загального, так і вуличного дитячого травматизму в Закарпатській області коливаються і збільшуються з віком. Все це веде до збільшення наслідків травматизму, порушення здоров'я у працездатному віці, погіршення якості життя, і потребує розробки заходів щодо покращення ситуації та профілактики виникнення дитячого травматизму з залученням дітей різного віку та їх батьків.

## **РОЛЬ БАТЬКІВ У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ**

**Беца А.М.**

Науковий керівник: доц. Кляп М.І.,

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** інклюзивна освіта, психолого-педагогічний супровід, діти з особливими освітніми потребами, батьки дітей з особливими освітніми потребами.

**Вступ.** Освіта - невід'ємне право людини. Особливе місце в ній займають діти з особливими освітніми потребами (надалі діти з ООП), що мають психофізичні порушення розвитку. Маючи рівні права на освіту, розвиток, участь у житті суспільства за законодавством, в реальному житті, діти з ООП нерідко позбавлені можливості реалізувати ці можливості. Одним з основних принципів міжнародних стандартів є право дітей з ООП на інтеграцію в суспільство, основою якої є забезпечення таким дітям доступу до якісної освіти.

**Актуальність проблеми** досліджуваної нами теми, пов'язана насамперед з тим, що чисельність дітей, які потребують корекційного навчання, неухильно зростає. На сьогодні кількість дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, в Україні постійно збільшується, але при цьому відсоток дітей зазначеної категорії, які охоплені інклюзивною освітою, зростає дуже повільно. Таким чином, більшість дітей з особливостями розвитку навчаються в умовах спеціальних навчальних закладів або не отримують освіти взагалі. Тому пошук підходів до активізації розвитку інклюзивної освіти є важливим державним питанням. Фахівці-педагоги та працівники відповідних служб повинні створити умови і надати допомогу в психологічній та соціальній адаптації дітям з ООП, підготовці їх до повноцінного життя в суспільстві. Адже навчання таких дітей спільно з їхніми здоровими однолітками сприяє їх соціалізації, а також є корисним і для здорових дітей, оскільки вони вчаться розуміти проблеми інших і стають добрішими.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Аналіз психолого- педагогічної літератури свідчить, що питання ролі батьків у психолого- педагогічному супроводі дітей з ООП постійно перебувають у центрі уваги науковців (А. Колупаєва, С. Миронова, В. Синьов, А. Шевчук, Д. Шульженко та інші).

Незважаючи на значну кількість наукових праць, питання ролі батьків в організації психолого-педагогічного супроводу навчання дітей із порушеннями розвитку в інклюзивній освіті залишаються актуальними й тепер, особливо в умовах реалізації дистанційного навчання та дотримання карантинних вимог.

**Мета** дослідження полягає у висвітленні сутності ролі батьків у психолого-педагогічному супроводі інклюзивного навчання дитини з ООП в умовах освітнього процесу, визначенні нових аспектів значимості ролі батьків в умовах дистанційного навчання.

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

**Результати досліджень.** Однією з суттєвих переваг інклюзивної освіти є те, що об'єктом уваги стає не порушення дитини, а її цілісна особистість. Дитина розглядається не лише через призму порушень у психофізичному розвитку, враховуються її можливості, потреби, досягнення; зосереджується увага на можливостях і сильних сторонах особистості дитини.

Запровадження ефективної інклюзивної освіти потребує забезпечення низки умов в навчальних закладах, зокрема, організація психолого-педагогічного супроводу навчання учнів з ООП командою фахівців: представник адміністрації закладу, вчителі, асистенти вчителів, корекційні педагоги (за нозологіями), медичний персонал, соціальні педагоги, психологи та батьки дитини.

Психолого-педагогічний супровід дитини з особливими освітніми потребами в інклюзивному закладі - це взаємоузгоджена комплексна діяльність мультидисциплінарної команди фахівців і батьків дитини, спрямована на створення необхідних умов, що сприяють розвитку особистості дитини, засвоєнню нею знань, умінь та навичок; забезпечення успішної реабілітації та адаптації в освітнє середовище, її самореалізації та інтеграції в соціум. Психолого-педагогічний супровід як комплексна система заходів передбачається в індивідуальній програмі розвитку і включає надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг відповідно до особливих потреб дитини.

Метою психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в закладах освіти є вивчення особистісного потенціалу, розвитку когнітивної сфери, сформованості мотивації до навчання, особливостей емоційно-вольової сфери та індивідуально-характерологічних особливостей на основі спостереження, створення умов для творчого, інтелектуального та особистісного розвитку дитини з ООП через залучення до цих питань всіх учасників освітнього процесу. Метою діяльності команди є реалізація запланованих дій щодо корекції та послаблення особливостей розвитку дитини з ООП шляхом спілкування та навчання, її соціалізація та адаптація, а в майбутньому професійна орієнтація.

Ефективність роботи команди психолого-педагогічного супроводу та успішність розвитку дитини із особливими освітніми потребами безпосередньо залежить від порозуміння між членами команди та зосередження на загальній меті. Батьки дитини з ООП є постійними учасниками команди супроводу та мають право обирати форму навчання і заклад освіти для своєї дитини, виражати свою думку щодо подальшого розвитку та напрямів корекційно-розвивальної роботи,

вони погоджують індивідуальну програму розвитку своєї дитини.

Значимість участі батьків дитини з ООП у команді психолого-педагогічного супроводу її інклюзивного навчання важко переоцінити. У розвинених країнах, які мають чималий досвід з цього питання, однією з умов включення дитини в інклюзивне навчання є здатність батьків свідомо сприймати стан дитини, уміти співпрацювати з педагогами, виступаючи їхніми активними помічниками. Для цього батьки повинні бути добре обізнаними з перевагами і недоліками різних форм навчання для того, щоб зробити свідомий вибір і компетентно брати участь у навчанні і розвитку дитини.

У нашій країні курс на широке запровадження інклюзивного навчання уже виявляє випадки ігнорування органами управління освіти побажань батьків щодо інших форм навчання дитини (наприклад, школи для дітей з глухотою) та наполягання на необхідності навчати її умовах інклюзії. Такі тенденції слугуватимуть дискредитації нової форми навчання дітей з ООП, бо справді немає єдиного способу навчання для окремої дитини, кожна з яких є унікальною за своїми потребами і можливостями. Усе це повинні знати батьки і навчитися скористатися інклюзивним навчанням своєї дитини так, щоб воно було їй на користь. Саме тому різні форми освітньої роботи, навчання батьків взаємодіяти з педагогами, а разом з тим їх ставлення до обставин, зумовлених народженням у їх сім'ї дитини з ООП, повинні займати важливе місце у роботі як інклюзивно-ресурсних центрів, так і кожної окремої школи.

Роль батьків дітей з ООП у організації інклюзивного навчання їх дітей зростає у зв'язку з пандемією коронавірусу та запровадженням дистанційного навчання. Матеріал на он-лайн заняттях має бути адаптованим для особливих освітніх потреб кожної конкретної дитини, забезпечувати це має асистент вчителя, а сприяти систематичному он-лайн навчанню можуть тільки батьки. Вони ж будуть інформувати членів команди фахівців про зміни у поведінці своєї дитини, успішності засвоєння навчального матеріалу або виникнення певних труднощів. За сприяння батьків будуть здійснюватися й корекційні заняття з дитиною з ООП на он-лайн платформах. Тому обізнаність батьків з питань дистанційного навчання, їх мотивованість до забезпечення такої діяльності є вагомими факторами підвищення результативності роботи в умовах необхідності дотримання карантинних вимог.

**Висновки.** Забезпечення психолого-педагогічного супроводу навчання дітей з ООП є невід'ємною частиною розвитку сучасної освіти. В його основі лежить індивідуальний підхід до кожної дитини з порушеннями розвитку. Питання впровадження інклюзивної освіти є не лише актуальним, а й таким, що може бути реально розв'язане засобами освітнього процесу. Та найбільш важливим компонентом у команді психолого-педагогічного супроводу є батьки. Адже вони знають дитину від народження та найбільше обізнані у специфіці розвитку власної дитини, мають з нею унікальний емоційний контакт. Батьки повністю відповідальні за майбутнє дитини і супроводжують її впродовж усього життя.

# ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ ОЖИРІННЯ СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Дуб М.М.

Науковий керівник: к. екон. н. Бутусов О. Д.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** ожиріння, поширеність, захворюваність, жінки.

**Вступ.** У сучасному світі ожиріння є поширеною соціально значущою проблемою. За оцінками експертів ВООЗ, близько 300 мільйонів жителів нашої планети потерпають від ожиріння, причому поширеність ожиріння серед жінок у 1,7 разів вища, ніж серед чоловіків, і частота цього захворювання продовжує зростати. Ожиріння відіграє значну роль у розвитку багатьох важких супутніх неінфекційних хвороб викликаючи тим самим несприятливий вплив на якість життя і всі сфери діяльності людини, часто приводячи до втрати працездатності та інвалідності. Прогресуючий перебіг, висока медико-соціальна значущість захворювань, пов'язаних із ожирінням свідчать про необхідність організації безперервного систематизованого процесу виявлення та обліку осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням, а також пошуку ефективних заходів профілактики, що має суттєве практичне і соціальне значення для збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління країни.

**Мета дослідження:** проаналізувати показники захворюваності та поширеності на ожиріння серед дорослого жіночого населення України та Закарпатської області за період 2015-2017 рр.

**Матеріали та методи дослідження:** системний, статистичний та порівняльний аналіз.

**Результати дослідження.** В результаті аналізу показників встановлено, що в Україні середній показник поширеності ожиріння серед дорослого жіночого населення в період з 2015-2017 років 1579,4 на 100 тис. відповідного населення. В той же період в Закарпатській області цей показник становив 3268,5 на 100 тис. відповідного населення, що у 2,1 разів більше від загальноукраїнського показника. Чітко спостерігається й тенденція до постійного зростання захворюваності на ожиріння серед дорослого жіночого населення в Закарпатській області. Зокрема, показник захворюваності становив 396,6 у 2015 р., 401,3 у 2016 р., 418,9 у 2017 р. на 100 тис. відповідного населення, що у 2,6 разів перевищували показники України.

Можливою причиною зростання захворюваності на ожиріння серед жіночого населення в області стало розширення доступності інформації щодо негативного впливу ожиріння на розвиток хронічних неінфекційних захворювань, що спонукало дорослих жінок до частіших звернень до закладів охорони здоров'я з метою отримання медичних послуг.

**Висновки.** Отримані результати проведеного аналізу дозволяють стверджувати, що в Закарпатській області останні роки спостерігається значне переважання поширеності та захворюваності на ожиріння серед дорослого жіночого населення за період 2015-2017 рр. в порівнянні з Україною.

# ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ОКРЕМИХ СКЛАДОВИХ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТАМИ РІЗНИХ ОСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ

Дудаш Г.В.

Науковий керівник: доц. Брич В.В.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** мобільні додатки, здоровий спосіб життя, студентська молодь.

**Вступ.** Розширення інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) у нашому суспільстві призвело до численних позитивних елементів, включаючи нові засоби спілкування, роботу, навчання та розваги, у просторі та часі. Перегляд Інтернету, використання соціальних мереж, відеоігор та мобільних телефонів призвели до кардинальної зміни способу життя, особливо серед молоді, відомих також як цифрові користувачі, які активно використовують ці пристрої.

**Мета дослідження:** дослідити та проаналізувати використання спеціальних мобільних додатків для контролю дотримання здорового способу життя студентами різних освітніх закладів.

**Матеріали та методи дослідження.** В процесі дослідження використані соціологічний (за розробленою анкетною) та статистичний методи. В дослідженні взяли участь 338 студентів різних факультетів ДВНЗ «Ужгородський національний університет» та 1563 студенти закладів професійно-технічної освіти Закарпатської області.

**Результати дослідження.** Визначено рівні використання опитаними студентами мобільних додатків для підрахунку спожитих калорій та здійснених кроків (крокоміри). Про регулярне користування додатками-програмами для підрахунку спожитих калорій відповіли майже однакові частки респондентів з ДВНЗ «УжНУ» та закладів професійно-технічної освіти -  $9,8 \pm 3,2\%$  та  $9,7 \pm 1,5\%$  відповідно. Студенти обох груп дослідження вказали, що не користуються такими програмами -  $59,5 \pm 5,3\%$  студентів ДВНЗ «УжНУ» та  $66,0 \pm 2,3\%$  студентів закладів професійно-технічної освіти. Однак, про намір використовувати такі додатки в майбутньому вказали майже в 2 рази більше студенти ДВНЗ «УжНУ» ( $12,7 \pm 3,5\%$ ), ніж представники професійно-технічних училищ ( $6,5 \pm 1,2\%$ ). Про використання мобільних додатків-крокомірів зазначили більша кількість учасників дослідження. При аналізі відповідей встановлено, що студенти ДВНЗ «УжНУ» ( $48,8 \pm 5,3\%$ ) більше, ніж студенти професійно-технічних училищ ( $31,3 \pm 3,3\%$ ) користуються цим додатком. Не використовують он-лайн крокоміри  $26,9 \pm 4,7\%$  студентів ДВНЗ УжНУ та  $48,7 \pm 2,5\%$  студентів закладів професійно-технічних училищ.

**Висновки.** Встановлено, що студенти, які здобувають вищу освіту, більше схильні і зацікавлені до використання спеціальних мобільних додатків для контролю окремих складових здорового способу життя, ніж студенти, які здобувають професійно-технічну освіту.

# РАННЄ ВТРУЧАННЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Шовшка Н.М.

Науковий керівник доц. Кляп М.І.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** раннє втручання, корекція порушень психофізичного розвитку, ранній вік.

**Постановка проблеми.** Активний розвиток системи роботи з дітьми з особливостями психофізичного розвитку на сучасному етапі гостро ставить питання можливостей раннього втручання та ранньої діагностики можливих відхилень. За даними Державної служби статистики України кількість дітей з порушеннями розвитку, що потребують корекційного втручання, у 2019 році становила понад 30 % із загальної кількості дітей з інвалідністю (до 18 років). Відповідно, зі збільшенням кількості дітей, що потребують корекційної допомоги, зростає і важливість раннього втручання, адже комплексна допомога у ранньому віці дитини дозволяє попередити та послабити певні психофізичні відхилення у розвитку, що, в свою чергу, зменшуватиме кількість дітей, які в майбутньому потребуватимуть особливих умов навчання.

Сучасне толерантне суспільство, що зобов'язане відповідно до законодавства забезпечувати рівні права для всіх верств населення, ставить перед собою завдання уникнути можливих загроз та сприяти своєчасній корекції порушень розвитку, що можуть негативно вплинути на життєдіяльність індивіда. Саме рання діагностика може стати вирішальним фактором у вирішенні поставленої суспільством мети, адже дає можливість надати ефективну допомогу з послаблення або подолання порушень розвитку.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Питання функціонування системи раннього втручання та діагностики розглядається багатьма дослідниками. Питання ранньої діагностики порушувалися у наукових працях Л. Виготського, О. Гвоздева, В. Тарасун, дослідники С. Хоменко, О. Роговська, К. Линник та Г. Кукуруза та інші розглядали важливість ранньої корекції, її вплив на розвиток особистості дитини, а також аналізували систему раннього втручання, що існує зараз в Україні.

**Мета дослідження.** Розкрити роль раннього втручання як ефективного засобу корекції порушень у дітей з особливостями психофізичного розвитку.

**Матеріали та методи.** Використано теоретичні матеріали наукових досліджень та інформацію публіцистичних джерел, законодавча база, статистичні дані, застосовані методи аналізу, синтезу, порівняння, абстрагування.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Проблеми ранньої діагностики та раннього втручання у процесі розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку є актуальною та важливою, адже вони є ефективними засобами, які дають можливість здійснювати заходи з компенсації певної вади, попередити виникнення вторинних та супутніх відхилень. Своєчасне виявлення порушення та його корекція саме у ранньому віці є важливим аспектом для подальшого ефективного його корегування. Саме вік до трьох років є важливим етапом у

формуванні здорової повноцінної особи. Особистість та організм дитини у період до 3 років активно росте і розвивається, у дитини розвиваються та формуються сфера пізнавальної діяльності, моторика, вищі психічні функції, що робить цей вік не тільки важливим, а й вразливим до різних негативних впливів на дитину.

Поняття «раннє втручання» у науковій літературі розкривається як системна послуга, що поєднує медичну, психологічну, соціальну та педагогічну складові, яка надається мультидисциплінарною командою фахівців дітям раннього віку (від народження до 3 років включно) з обмеженнями життєдіяльності або ризиком виникнення таких обмежень та їхнім сім'ям і спрямовується на раннє виявлення та профілактику порушень розвитку дітей, підтримку їхніх батьків.

Г. Кукуруза вказує низку принципів, на яких будується система раннього втручання, що дають можливість ефективніше реалізовувати дану систему. Це:

- сімейноцентрованість - співпраця з родиною вихованця; у технології раннього втручання батьки є членами команди і приймають активну участь у процесі корекції. Головним завданням цього принципу є посилення спроможності батьків розвивати та виховувати свою дитину, за допомогою їх спостережень та знань про дитину активізується процес корекції;

- міждисциплінарність та командність - принцип, що дає можливість ефективно та різносторонньо підходити до вирішення проблеми завдяки співпраці колективу фахівців;

- функціональний підхід полягає у опорі на наявні можливості дитини та визначення того, у чому є «сильні сторони» дитини або в чому вона має обмеження, для активнішого і ефективнішого залучення дитини до процесу;

- реалізація програм раннього втручання в природньому середовищі з використанням повсякденних рутин - принцип, що базується на практикуванні нових навичок у межах життєвих ситуацій, які не відображають для дитини реальної життєвої проблеми та сприяє розвитку та розширенню різноманітних можливостей дитини.

За низкою принципів у ході роботи системи раннього втручання формується трьохсторонній підхід, учасниками якого є дитина, фахівці та батьки. Сформований колектив спільними зусиллями підвищує активність процесу корекції порушення і збільшує шанси компенсувати психічні та фізичні відхилення у розвитку маляти.

Ефективність системи раннього втручання підвищує холістичний (комплексний) підхід, що змінює центральний об'єкт у процесі корекції порушень дитини з особливостями психофізичного розвитку. Холістичний підхід передбачає при роботі з дитиною, яка має порушення розвитку, звертати увагу перш за все не на проблему як об'єкт для медичних маніпуляцій, а на особистість як цілісну особу. Це дає змогу успішно проводити корекційну роботу з дитиною через індивідуальний підхід до особистості і ефективно впливати на її психофізичний розвиток.

Алгоритм надання послуги раннього втручання передбачає певну послідовність етапів: виявлення дітей з порушеннями розвитку; побудову індивідуальної програми раннього втручання; виконання цієї програми та оцінку її ефективності; вихід з послуги раннього втручання та перехід в інші програми або

заклади.

У процесі надання послуг раннього втручання важливим є дотримання таких аспектів:

- міжвідомчість та міждисциплінарність, що передбачає залучення фахівців різних відомств та різних галузей знань для надання сімейноцентрованої, комплексної послуги для визначеної категорії сімей з дітьми;
- професійність, тобто надання послуги висококваліфікованими фахівцями, які пройшли спеціальний курс підготовки та підтвердили свою компетенцію;
- уніфікованість і стандартизація якості - це надання послуги визначеній категорії сімей з дітьми відповідно до особливостей і потреб кожної дитини та її сім'ї однаково якісно незалежно від місця отримання послуги;
- територіальна доступність - це надання послуги в доступній близькості до місця проживання сім'ї; створення мобільних бригад для консультування сім'ї за місцем проживання;
- використання успішного досвіду, постійне вивчення і запровадження вітчизняного та зарубіжного досвіду в галузях медицини, психології, педагогічних та соціогуманітарних наук в інтересах кожної дитини.

Система раннього втручання завдяки комплексному підходу є послугою, що дає змогу уникнути тиску на дитину. Колективна співпраця та єдина мета команди - розвиток повноцінної особистості створює для дитини найбільш комфортні умови для подальшого корекційного впливу з урахуванням її індивідуальних особливостей.

**Висновки.** Раннє втручання є ефективною моделлю ранньої корекційної допомоги, що надає диференційовану систему послуг, які є поєднанням медичної, психологічної, соціальної та педагогічної підтримки дитини з порушенням чи ризиком його виникнення та її сім'ї. Завдяки сімейноконцентрованому та міждисциплінарному підходу дана система корекції здійснює різносторонній вплив на формування особистості дитини раннього віку, яка у відповідності до своєї вікової групи є сприятливою до корекційного впливу.

Система раннього втручання є засобом корекційного впливу, завдяки якому дитина має змогу розвиватися як повноцінна здорова особистість у подальшому житті. Такий підхід дозволяє знизити невтішну статистику кількості дітей з обмеженими можливостями, які потребують спеціальних освітніх послуг. Завдяки розвитку системи раннього втручання ефективність системи корекційних послуг зростає, адже це дає змогу своєчасно надавати необхідну допомогу тим, хто її потребує. Впровадження цієї програми сприятиме вирішенню проблем дорослих і дітей в умовах сім'ї, формуванню у батьків (особливо у молодих і «проблемних») навичок усвідомленого підходу до здоров'я й розвитку дитини, залучення їх до розробки та надання послуг із поліпшення якості життя дитини.

# ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНІ ЗАХОДИ У ПРОФІЛАКТИЦІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Каліцун В. Р.

Науковий керівник: доц. Брич В.В.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** оздоровчо-рекреаційні заходи, синдром емоційного вигорання, медичні працівники.

**Вступ.** Проблема синдрому емоційного вигорання медичних працівників є однією з найвагоміших і набуває особливої актуальності у період пандемії коронавірусної інфекції та нововведень внаслідок реформування системи охорони здоров'я. Все це створює додаткове навантаження на медичних працівників, є причиною порушень здоров'я, призводить до зниження якості роботи, втрати інтересу до неї і навіть до зміни роду діяльності. Саме тому особливої уваги потребує профілактика синдрому емоційного вигорання та підбір доступних, легких у використанні та в той же час ефективних оздоровчо- рекреаційних заходів.

**Мета дослідження.** Вивчити можливість використання оздоровчо-рекреаційних заходів для профілактики синдрому емоційного вигорання медичних працівників.

**Матеріал і методи дослідження:** в роботі використані методи структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний. Методичною основою дослідження став системний підхід і системний аналіз.

**Результати дослідження:** В результаті аналізу літератури встановлено, що для запобігання розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників необхідно перш за все дотримуватися вимог з охорони праці та забезпечення професійної безпеки; проводити навчання медичного персоналу з питань психогієни, методик релаксації; реалізовувати заходи, спрямовані на оздоровлення медичного персоналу: створення кімнат відпочинку, психологічного розвантаження, формування груп здоров'я. Психологічна література, в свою чергу, рекомендує заходи покращення стресостійкості, фізичні вправи, адекватний сон, дотримання раціонального режиму праці і відпочинку, використання технік м'язової релаксації, заняття спортом. При цьому всі заходи слід розділяти на групові, які повинні забезпечуватися переважно адміністрацією закладу охорони здоров'я, та індивідуальні, що виконуватимуться безпосередньо самими медичними працівниками. До індивідуальних заходів рекомендовано віднести дотримання здорового способу життя, включаючи прогулянки на свіжому повітрі протягом 40-60 хв за 2 години до сну, 8-годинний нічний сон та раціональне харчування. Крім того рекомендовано застосовувати оздоровчо-рекреаційні та фізіотерапевтичні заходи: ароматерапію, музикотерапію, бальнеотерапію, масажі, окремі водні процедури (контрастний душ, плавання, тощо), які вже довели свою ефективність у профілактиці емоційного вигорання.

**Висновки.** Для запобігання емоційного вигорання у медичних працівників слід формувати профілактичні програми з використанням ефективних та доступних оздоровчо-рекреаційних заходів.

# НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Кузьма В.І.

Науковий керівник доц. Мальцева О. Б.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** особи похилого віку, не госпітальна пневмонія, методи реабілітації.

**Вступ.** Проблема відновлення стану здоров'я людини після перенесеної пневмонії залишається однією з актуальних в сучасній пульмонології та терапії загалом. Ця патологія займає 30-40 % від усіх захворювань легенів і за останні десятиріччя соціальне значення досліджень цієї патології збільшилось через те, що вона приводить до економічних збитків та спричинює значні періоди непрацездатності [1, 2, 3].

Перебіг не госпітальної пневмонії (НП) у осіб похилого віку має свої особливості, увага до зазначеної групи населення має бути особливою. Ось чому з грудня 1997 року, відповідно до указу президента України, впроваджується програма "Здоров'я людей похилого віку", відповідно до якої визначено конкретні шляхи покращання медичного обслуговування та соціальної допомоги людям похилого віку, а 1 жовтня визначено Міжнародним днем людей похилого віку. Старіння має бути комфортним [5, 6].

Загалом існуючі види терапії хвороб органів дихання, методики фізичної реабілітації (ФР) для осіб похилого віку, що перенесли не госпітальну пневмонію, спрямовані на зменшення симптомів захворювання, відновлення функції дихання та побутової працездатності, соціальної діяльності та суспільно корисної праці. Розробка методик ФР хвороб бронхо-легеневої системи серед осіб похилого віку набула значної гостроти і є однією з найбільш актуальних в сучасній пульмонології [7, 8].

**Мета дослідження.** Підвищити використання нетрадиційних методик реабілітації для осіб похилого віку, що перенесли негоспітальну пневмонію.

**Матеріали та методи.** Використання клінічних, лабораторних та інструментальних методів; загальний аналіз крові та сечі, рентгенографія або рентгеноскопія органів грудної клітки, спірографія, пневмотахометрія, вимірювання дихальної екскурсії грудної клітки, дихальні проби. Об'єкт дослідження - комплекс методик ФР для осіб похилого віку, що перенесли негоспітальну пневмонію; предмет дослідження - ефективність комплексу методик ФР для осіб похилого віку, що перенесли негоспітальну пневмонію.

Реабілітаційні заходи, спрямовані на відновлення стану здоров'я осіб похилого віку, що перенесли негоспітальну пневмонію, особливого значення

набувають на етапі амбулаторного лікування, коли хворий може повноцінно проводити оздоровчі заходи - вони забезпечують ліквідацію залишкових проявів запалення, сприяють функціональному відновленню хворого. Основними завданнями при використанні комплексу методик ФР для осіб похилого віку, що перенесли НП, були: 1) сприяння розсмоктуванню вогнищ запалення; 2) покращення репаративних процесів; 3) відновлення вентиляції легенів та дренажної функції бронхів; 4) посилення кровообігу та лімфообігу в легенях з метою розсмоктування ексудату та попередження ускладнень; 5) попередження утворення спайок в порожнині плеври, посилення трофічних процесів в легеневій тканині; 6) підвищення захисних сил організму; 7) психологічна установка на повне видужання.

Основне значення відновлення морфофункціональних показників стану здоров'я осіб похилого віку відводиться немедикаментозним, нетрадиційним методам: фітотерапія (ФТ), лікувальна фізична культура (ЛФК), працетерапія дієтичне харчування. Система реабілітаційних заходів сприяла нормалізації ушкоджених запальним процесом органів та систем.

Програма реабілітації для осіб похилого віку, що перенесли не госпітальну пневмонію, була розроблена на кафедрі основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ УжНУ та на базі Некомерційного комунального підприємства «Ужгородська міська поліклініка» Ужгородської міської ради, м. Ужгород, Україна.

Для вирішення завдань дослідження були обстежені 21 хворий на не госпітальну пневмонію. Всі пацієнти проходили відновлення в амбулаторних умовах. Діагноз пневмонії встановлювали на підставі аналізу даних клінічних, лабораторних та рентгенологічних методів дослідження відповідно до діючих рекомендацій МОЗ України. Стан всіх відібраних хворих на пневмонію: фаза розсмоктування запального процесу; нормалізація температури тіла; припинення (останні дні прийому) прийому антибактеріальних препаратів.

**Результати дослідження.** При поступленні на лікування всі хворі - 21 (100 %) пацієнт, відмічали відчуття важкості дихання, важкості в грудній клітці (незалежно від фази дихання), Окрім того, хворі скаржились на вологий кашель, який супроводжувався виділенням харкотиння, найчастіше в ранкові години. Відходження жовто-білого в'язкого харкотиння в незначній кількості. Задишка при незначних фізичних навантаженнях була відмічена у всіх хворих, задишка у спокої - у 3 (15 %) хворих. При об'єктивному обстеженні у більшості, 18 (85%) хворих, на фоні жорсткого дихання в легенях (аускультативно) вислуховувались: помірні крепітації на стороні ураження - у 3 (15 %) хворих, поодинокі крепітації - у 18 (85 %) хворих; вологі поодинокі розсіяні середньопухирцеві та дрібнопухирцеві хрипи у всіх 21 (100 %) хворих.

Протягом курсу реабілітації уже в кінці першого тижня лікування пацієнти відмічали покращення самопочуття, а саме: ранкове кашикання стало м'якшим, харкотиння почало відходити легше, зменшилась його в'язкість. Після відходження харкотиння дихання стало більш легким, вільним. Слід відмітити, що найбільш інтенсивне очищення просвіту бронхіального дерева спостерігалось через 10-15 хв. після виконання фізичних вправ, на фоні щоденного прийому відварів фітопрепаратів. У випадках, коли пацієнти перед сном здійснювали пішохідні прогулянки, які доповнювали вправи ЛФК, було відмічено також і покращення сну.

В кінці курсу реабілітації при допомозі засобів фізичної реабілітації у хворих похилого віку, що перенесли не госпітальну пневмонію, вологе кашикання, важкість дихання, задишка у спокої, масивні хрипи - щезли повністю. Важкість в грудній клітці зникла у 18 (85 %) хворих, а задишка при фізичних навантаженнях - у 16 (76 %) хворих. Аускультативно - вологі поодинокі розсіяні хрипи щезли у 17 (80 %) хворих. У 4 (20 %) хворих в кінці курсу ФР спостерігався незначний вологий кашель з відходженням світлого, не в'язкого харкотиння у невеликій кількості, а при об'єктивному обстеженні у цих же пацієнтів над легенями вислуховувались поодинокі, вологі, розсіяні, мігруючого характеру хрипи (зникали при виконанні вправ після відкашлювання).

Аналіз функціональних проб до початку оздоровлення виявив у всіх 21 (100 %) пацієнтів наявність помірних рестриктивних та обструктивних порушень, порушень вентиляції загалом: зниження ЖЄЛ до  $81,2 \pm 3,5$  % та екскурсії легенів до  $1,5 \pm 0,1$  см; скорочення проби Генча до  $16,3 \pm 0,5$  сек. та проби Штанге до  $23,3 \pm 1,0$  сек.

В кінці курсу ФР відмічено значне покращення показників легеневої вентиляції у всіх пацієнтів. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили 17 (80 %) хворих.

**Висновки** з проведеного дослідження. В результаті досліджень ефективності нетрадиційних методів відновлення в комплексі фізичної реабілітації для осіб похилого віку, що перенесли негоспітальну пневмонію, було встановлено значне покращення самопочуття пацієнтів: харкотиння почало відходити легше, дихання стало більш легким, вільним (особливо через 10-15 хв. після виконання фізичних вправ, на фоні щоденного прийому відварів фітопрепаратів. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили 17 (80 %) хворих на пневмонію.

# ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАХОДИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

Коваль Р.В.

Науковий керівник: доц. Сабадос М.І.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** ерготерапія, інсульт, відновлення.

**Вступ.** Судинні захворювання головного мозку, до яких в першу чергу відноситься інсульт, стають останніми роками однією з найважливіших медико-соціальних проблем, оскільки завдають величезного економічного збитку суспільству, будучи причиною тривалої інвалідизації і смертності. Щороку в Україні трапляється близько 150 тис інсультів і понад 100 тис людей помирають від інсульту та інших порушень кровотоку в мозку. Більшість людей, які вижили після інсульту, протягом усього життя страждають від його фізичних, когнітивних, психічних та соціально-економічних наслідків, що зумовлює величезний тягар цієї хвороби для сімей, громад та держави.

Ерготерапевтичні заходи у реабілітації - це лікування фізичних або психічних порушень шляхом використання специфічно обраної діяльності, за допомогою якої людина може досягти максимального рівня функціонування в усіх аспектах життя. Крім того, істотною частиною роботи ерготерапевтами є аналіз порушень повсякденної діяльності (активності та участі), аналіз факторів середовища. [1]

Для України ерготерапія - досить новий метод лікування, проте у світі вона відома понад півстоліття. Застосування ерготерапії надає патогенетичний вплив на відновлення порушених рухових функцій.

Проблема ерготерапії після інсульту висвітлювалася та вивчалась і в науковій, і в медичній та психологічній літературі. В основному це були зарубіжні дослідження (Edmans J., Gillen G., Graff M., Paskaleva R., Milcheva H., Svestkova O., Svecena K., Formankova P. etc.).

**Мета роботи.** Розглянути основні застосування ерготерапевтичних заходів у реабілітації хворих з перенесеним інсультом.

**Методи дослідження.** Наукові доробки вчених про використання ерготерапевтичних заходів у реабілітації хворих після інсульту, методи наукового дослідження - аналіз спеціальної та науково-методичної літератури.

**Результати дослідження.** Дослідження означеної проблеми проводилось на теоретичному і практичному рівнях. Теоретичний рівень дав змогу визначити основні підходи ерготерапії у реабілітації хворих після інсульту.

Перенесений інсульт часто супроводжується втратою тієї чи іншої функції або їх у комплексі. В цілому, після інсульту спостерігаються:

- загальні порушення, до яких відносяться: афазія, апраксія мови, слабкість у руці/кисті, руці/нозі, когнітивні порушення, дизартрія, дисфагія, слабкість в обличчі, порушення ходи, рівноваги і координації, порушення сприйняття, в тому

числі, дисфункція зорового сприйняття, втрата чутливості, порушення функції верхньої кінцівки, проблеми зору тощо;

• обмеження активності: самообслуговування (приймання душу, одягання і догляд за собою, прийом їжі та пиття), спілкування, обмеження діяльності(наприклад, повернення до роботи), психологічні (наприклад, прийняття рішень), сексуальна функція, туалет, пересування, нетримання сечі і/або фекалій, хода і мобільність тощо [3] .

В залежності від завдань реабілітації при інсульті виділяють наступні напрямки ерготерапії: - сенсомоторна функціональна терапія; - трудотерапія; - ADL-тренінг: -когнітивний тренінг; -підбір і виготовлення необхідних пацієнтам допоміжних засобів. [4]

Для тренування, компенсації чи вдосконалення нових навичок після перенесеного інсульту в арсеналі ерготерапії є багато засобів, серед яких Г авалко І.В. [2] у своїй роботі виділяє наступні реабілітаційні втручання:

1. Позиціонування — це викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення, оскільки нерухомість хворого в гострому періоді інсульту є однією з причин багатьох ускладнень, таких як відлежани, тромбоз глибоких вен, пневмонія, депресія тощо .

2. Дихальні втручання — це маніпуляції та фізичні вправи з акцентом на дихання, метою яких є покращення вентиляції легень, виведення секретії та підвищення рухливості грудної клітки, що запобігає дихальним порушенням та зменшує їх.

3. Тренування мобільності — це заняття, що націлені на тренування навиків переміщення в ліжку (повертання на бік, сідання) та ходьби як по прямій поверхні, так і через перешкоди чи по сходах. Тренування може також включати навчання правильного використання допоміжних пристроїв для ходьби, наприклад, рами чи палиці.

4. Вправи на покращення координації й утримання рівноваги5. Відновлення амплітуди рухів відбувається шляхом виконання активних чи пасивних вправ чи інших методик, щоб допомогти зменшити тонус м'язів (спастичність) і відновити діапазон руху.

6. Силowe тренування передбачає використання вправ, які допоможуть покращити м'язову силу й координацію.

7. Заняття на дрібну моторику включає заняття, спрямовані на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції з предметами). Важливо, щоб пацієнт робив ту діяльність, яку виконує вдома: розвішує речі на прищепки, відкорковує пляшку, вишиває тощо.

8. Сенсорне тренування — це різноманітний вплив на всі органи відчуття, спрямований на відновлення сприйняття схеми тіла, чутливості ураженої

половини тіла та зменшення наслідків синдрому ігнорування (неглекту).

10. «Дзеркальна терапія». Принцип даної технології полягає у виконанні хворим здоровою кінцівкою спеціального комплексу рухових і сенсорних вправ за допомогою спеціального пристрою, що формує у пацієнта штучний зоровий зворотний зв'язок і створюється ілюзія роботи паретичної кінцівки.

11. Ортезування.

12. Мобілізація лопатки включає пасивні та активні вправи для стабілізації та відновлення рухливості плечового поясу та профілактики чи зменшення сублюксації плеча та інші.

Також, останнім часом велику увагу приділяють ADL-тренінгу. Він спрямований на вироблення навичок побутового самообслуговування, таких як: особиста сфера (одягання, гігієна тіла, їжа, питво); сфера побутової практичної діяльності (ведення домашнього господарства) індивідуальне забезпечення технічними та допоміжними засобами (комунікативні допоміжні засоби); вирішення ситуацій побутової обстановки (візит додому, консультація, навчання в домашніх умовах, забезпечення допоміжними засобами); консультація та навчання сім'ї.

На наше глибоке переконання, досягти успіху у реабілітації хворих після інсульту можна за допомогою ерготерапії, при цьому враховуючи, що підбір заходів повинен здійснюватись з відповідністю до індивідуальних можливостей та головних потреб пацієнтів, які перенесли інсульт. При складанні індивідуального плану, спрямованого на відновлення пріоритетної активності (діяльності), ерготерапевт повинен визначити те, що має сенс для даного пацієнта в даний момент.

**Висновки.** З'ясовано основні напрямки застосування ерготерапії, як методу фізичної реабілітації та адаптації до повсякденного життя пацієнта. Звернено увагу на основні ерготерапевтичні заходи, що використовуються для хворих після перенесеного інсульту. Встановлено, що роль ерготерапії у відновленні втрачених функцій та адаптації до життя пацієнта відіграє ключову роль, ефективність якої в подальшому ми плануємо дослідити.

## **ПРОЯВИ М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНОГО БОЛЮ У ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК НАСЛІДОК ПРОФЕСІЙНОЇ ГІПОКІНЕЗІЇ**

**Чік В.М.**

Науковий керівник: **доц. Брич В.В.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** м'язово-скелетний біль, офісні працівники, професійна гіпокінезія.

**Вступ.** Однією з найпоширеніших скарг у офісних працівників є м'язово-скелетний біль. Це пов'язано з їх професійною гіпокінезією через тривале

перебування в одноманітному, частіше всього сидячому положенні. Актуальність цієї проблеми також посилюється високим рівнем непрацездатності серед працівників внаслідок патологій, які розвиваються на фоні обмеженої рухової активності та вимушених умов праці. Особливо важливим дослідження цього питання та розробки заходів профілактики болю виявилось в період пандемії СОУГО-19, коли не тільки офісним працівникам, але й школярам, студентам та фахівцям різних галузей і сфер доводиться працювати в дистанційному режимі з обмеженням фізичної активності.

**Мета дослідження:** дослідити вплив професійної гіпокінезії на виникнення м'язово-скелетного болю у офісних працівників.

**Матеріали та методи.** Для проведення дослідження використані наступні методи: соціологічний - анкетування на основі спеціально розробленої анкети; статистичний - для математичної обробки отриманих даних. В соціологічному дослідженні взяли участь 36 офісних працівників.

**Результати досліджень.** Визначено, що 97,2% опитаних респондентів проводять в сидячому положенні більше 3 години протягом робочого дня: 30,6% - 4-6 годин, 44,4% - 7-8 годин, а 22,2% - навіть більше 9 годин. При цьому тільки 36,1% опитаних офісних працівників зазначили, що шлях до та з роботи долають пішки, інші використовують для цього громадський транспорт чи власний транспортний засіб. Більшість учасників дослідження (91,7%) зазначили, що їх турбують м'язово-скелетні болі, які вони пов'язують з роботою. Встановлено, що вказані болі респонденти відчували в основному під час роботи (57,6%) та ввечері, після роботи (57,6%), в меншій мірі - під час сну (24,2%), а 12,1% офісних працівників вказали, що болі відчують протягом всього дня. Слід відмітити, що учасники дослідження переважно вказують та такі локалізації болю: шийний відділ хребта (63,6%), поперековий відділ хребта (57,6%) та нижні кінцівки (36,4%). Більше половини опитаних офісних працівників розцінюють вказаний біль як тривало ниючий (54,5%) або ж відмічають відчуття оніміння (51,5%). Середнє значення інтенсивності болю, який вказали учасники дослідження, -  $4,9 \pm 1,5$  за 10-бальною шкалою.

**Висновки.** В результаті проведеного дослідження ми можемо зробити висновок, що для офісних працівників характерні професійна гіпокінезія та значні прояви м'язово-скелетного болю різної локалізації, тривалості та інтенсивності. Все це зумовлює необхідність розробки та включення в робочий процес та повсякденне життя фізичних вправ для запобігання негативним наслідкам вимушеної гіпокінезії.

## **ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ**

**Шітєв Н. О.**

Науковий керівник: **доц. Мелега К. П.**  
*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** студенти, здоровий спосіб життя, культура здоров'я,

здоров'я збереження

**Вступ.** Розв'язання проблемних питань, пов'язаних зі способом життя студентів та формуванням культури здоров'я набуває дедалі більшої актуальності у наш час. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) спосіб життя виявляє значний вплив на здоров'я людини, що становить 50% і більше. За даними різних дослідників, основними передумовами теперішнього погіршення стану здоров'я студентів, пов'язаного зі способом життя, можна вважати: соціально-економічні та епідеміологічні чинники (пандемія СОУГО-19), нераціональне харчування, низьку рухову активність (багато часу проводять за комп'ютером у зв'язку з дистанційним навчанням, змушені дотримуватись карантинних обмежень у зв'язку з пандемією СОУГО-19), розповсюдженість шкідливих звичок (тютюнопаління, алкоголь, психоактивні речовини тощо), відсутність у студентській молоді розуміння пріоритету здоров'я та мотивації до ведення здорового способу життя (ЗСЖ) тощо. На думку О.І. Міхєєнко О. І. (2015) спосіб життя можна розглядати як показник рівня сформованості загальної культури особистості й культури здоров'я, зокрема, як ступінь усвідомленості людиною важливості дотримання певних правил і норм здоров'язбереження. У зв'язку з цим актуальними є дослідження, спрямовані на кількісну оцінку способу життя студентів, виявлення проблем здорового способу життя та розробку шляхів їх подолання.

**Мета дослідження** - визначити рівень сформованості та проблеми окремих складових здорового способу життя студентів молодших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання, окреслити шляхи їх подолання.

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяли участь 40 студентів молодших курсів денної форми навчання факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ», серед яких: 22 (55%) юнаків і 18 (45%) дівчат. Середній вік студентів -  $18,2 \pm 0,14$  років. Для оцінки способу життя студентів була використана анкета, розроблена на кафедрі основ медицини ФЗФВ. Анкета містить 10 блоків запитань, які торкаються різних аспектів здоров'я та способу життя конкретної особи. 40 запитань анкети використовуються для підрахунку балів за 8 шкалами, що сумуються у один загальний показник - індекс здорового способу життя (ІЗСЖ). 8 шкал анкети, за якими проводиться кількісна оцінка ІЗСЖ, відображають основні складові здорового способу життя: 1) харчування; 2) сон; 3) фізична активність; 4) дозвілля; 5) режим дня; 6) контроль стресу; 7) соціальна активність; 8) відсутність шкідливих звичок. Кожна шкала містить 5 запитань, відповіді на які респондент обирає самостійно з урахуванням частоти прояву показника. При обробці результатів кожне запитання шкали оцінюється від 0 до 2 балів, бали додаються. Таким чином, максимальна кількість балів за кожною шкалою - 10 балів, максимальна кількість балів, що відображає ІЗСЖ за 8 шкалами - 80 балів. Чим більшу кількість балів набирає респондент як за окремою шкалою, так і загалом, тим більше його спосіб життя можна вважати здоровим. Оцінка показника ІЗСЖ: 1) високий - 80-65 балів, свідчить про здоровий спосіб життя; 2) середній - 64-40 балів, свідчить про наблизений до здорового спосіб життя; 3) низький - менше 40 балів, свідчить про те, що спосіб життя не можна вважати здоровим. Статистична обробка результатів

проведена за допомогою методів математичної статистики пакету програм Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** На основі аналізу отриманих результатів було встановлено, що загальний показник ІЗСЖ у студентів молодших курсів, юнаків та дівчат, вірогідно не відрізняється і становить у середньому  $42,3 \pm 1,48$  балів у юнаків та  $44,6 \pm 1,23$  балів у дівчат ( $p > 0,05$ ), та може оцінюватися як наближений до здорового спосіб життя. Не встановлено вірогідних відмінностей між показниками окремих складових способу життя серед юнаків та дівчат. Слід відмітити, що не виявлено жодного студента з високим показником ІЗСЖ. Достатньо високі показники у більшості студентів реєструвались лише за шкалою «Відсутність шкідливих звичок» (у середньому  $7,3 \pm 0,52$  балів серед юнаків, та  $7,7 \pm 0,44$  балів серед дівчат ( $p > 0,05$ )), що свідчить про відносно низький рівень поширеності шкідливих звичок серед респондентів, і є позитивним моментом. При детальному аналізі окремих складових можна виявити низку проблем дотримання ЗСЖ студентами молодших курсів.

Найбільш проблемні моменти виявлено за шкалою «Харчування» у юнаків (показник шкали нижче 5,0 балів - у середньому  $4,6 \pm 0,36$  балів) та за шкалою «Режим дня» у студентів обох статей (у середньому  $4,3 \pm 0,27$  балів у юнаків та  $4,8 \pm 0,26$  балів у дівчат ( $p > 0,05$ )). Щодо харчування, то лише близько % студентів вказували, що харчуються регулярно, включаючи сніданок, причому серед юнаків таких було 40,9%, серед дівчат 55,5%. Для дівчат характерна наявність значної кількості овочів та фруктів у раціоні, регулярне вживання кисломолочних продуктів, тоді як подібних правил дотримуються лише 1/3 юнаків. Однак, близько 50% студентів обох статей кілька разів у тиждень споживають жирну їжу типу «фаст-фуду», любляють солодощі, що може мати негативний вплив на здоров'я і це безперечно потрібно виправити. Слід звернути увагу на такі шкідливі звички, як вживання солодких газованих напоїв серед 18,2% юнаків і 11,1% дівчат, надмірне вживання кави, чаю, енергетичних напоїв (близько 30% юнаків та дівчат), що вказує на необхідність посилення роз'яснювальної роботи щодо їх шкідливого впливу на здоров'я.

Аналізуючи відповіді студентів на запитання анкети за шкалою «Режим дня», можна відмітити, що переважна більшість студентів відмічали навчальні перевантаження. Серед юнаків 40,9% працюють понаднормово постійно (щодня або більшість днів тижня), серед дівчат - 38,9%. Можливо, велике навчальне навантаження студентів пов'язане з організацією навчального процесу за дистанційною формою навчання в період карантину, коли на самостійне вивчення відводиться від 50% до 70% навчального матеріалу. Очевидно, через надмірну зайнятість, переважній більшості студентів доводиться скорочувати сон. Лише 40,9% юнаків та 44,4% мають достатній повноцінний сон 7-8 годин на добу, однак значна частина опитаних вказує на тривалість сну менше 6 год або більше 9 год. Слід відмітити, що багато студентів-юнаків досить часто вказували на недостатність сну, відчуття стомленості зранку, що є небезпечним фактором ризику для здоров'я і потребує застосування заходів для регулювання сну. Відомо, що порушення сну веде за собою ряд ускладнень нервової, імунної та серцево-судинної системи. Робочий день з ранкової зарядки починають лише 27,3%

юнаків та 55,5% дівчат, загартовуючі процедури використовують дуже мало студентів (постійно лише 9,1% юнаків і 22,3% дівчат). Також 59% юнаків 33,3% дівчат відмічають наявність стресу у повсякденному житті, однак ніяких додаткових засобів для зменшення психоемоційного навантаження майже не використовують, що також є фактором ризику.

За шкалою «Фізична активність» відмічено знижену рухову активність студентів. Встановлено, що помірні аеробні навантаження такі, як швидка ходьба, біг підтюпцем, їзда на велосипеді тощо не менше 30 хв щодня виконують лише 27,2% юнаків і 22,2% дівчат, більшість займаються аеробними вправами помірної інтенсивності не частіше 2-3 разів у тиждень. Отже, більшість студентів не повністю виконує рекомендації щодо виконання необхідної щоденної дози помірних аеробних навантажень, що може бути пов'язано з введенням карантинних обмежень у період карантину. Звертає увагу, що більшість студентів обох статей віддають перевагу пасивним формам дозвілля, найчастіше це сидіння за комп'ютером (соціальні мережі, комп'ютерні ігри тощо). Активний відпочинок проводять лише 31,8% юнаків та 27,8% дівчат. Як відомо, тривале сидіння за комп'ютером, цифрове "залипання" в гаджетах загрожує розвитком гіподинамії та пов'язаних з нею проблем зі здоров'ям.

Таким чином, хоча значна частина опитаних студентів молодших курсів ФЗФВ намагається дотримуватися засад ЗСЖ, залишається актуальною розробка освітніх програм та рекреаційних заходів, впровадження здоров'язберігаючих технологій з метою подолання негативних тенденцій у способі життя студентської молоді. Важливо покращити раціон харчування на основі дотримання принципів здорового харчування, рекомендованих ВООЗ, оптимізувати режим дня і відпочинку, обов'язково ввести у режим дня ранкову зарядку, загартовування, фізкультурні паузи для попередження й зниження стомлення в процесі праці, щоденно проводити пішохідні прогулянки на відкритому повітрі для підвищення рухової активності, зменшення психоемоційного напруження, використовувати музикотерапію (музичні композиції), спрямовані на загальну релаксацію, зменшення розумового та психоемоційного напруження, стресових розладів, нормалізацію сну.

**Висновки.** На основі проведеного анкетування у більшості студентів молодших курсів індекс здорового способу життя (ІЗСЖ) виявився на рівні середнього, що загалом є позитивним показником, і відображає свідоме ставлення більшості студентів до способу життя, який вони ведуть. Найбільшими проблемами здорового способу життя визначено недоліки в харчуванні, особливо у юнаків (нерегулярне харчування, низький рівень споживання фруктів та овочів, кисломолочних продуктів); споживання фастфуду, солодоців значною часткою студентів, нераціональний режим дня і відпочинку, нестача сну, відсутність ранкової зарядки та загартовуючих процедур, недостатня рухова активність, перевага пасивних форм дозвілля, «залипання» у соціальних мережах, недостатнє використання засобів для контролю стресу у повсякденному житті, що обумовлює необхідність розробки оздоровчих заходів для корекції виявлених порушень способу життя.

# КОМАНДНА РОБОТА У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Станко Е.Я.

Науковий керівник: доц. Кляп М.І.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** психолого-педагогічний супровід, інклюзивне навчання, командна робота, дитина з особливими освітніми потребами.

**Вступ.** В умовах модернізації сучасної освіти відповідно до концепції «Нова українська школа», введення нових стандартів, прагнення спрямувати свідомість підростаючого покоління на духовно-моральні орієнтири актуалізується ідея гуманізації та рівних освітніх можливостей. Особливо зростає актуальність зазначених ідей при імплементації світових трендів щодо інклюзивної освіти для дітей з особливими освітніми потребами. Ці тенденції знайшли своє відображення у Законах України «Про освіту» (2017 р.) та «Про повну загальну середню освіту» (2020 р.), ряді нормативних документів, зокрема у наказі МОН України від 08.06.2018 р. №609 «Про затвердження Примірною положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти».

Проблема соціалізації дітей з особливими освітніми потребами (далі - діти з ООП) з кожним роком сприяє виникненню нових підходів у роботі закладів освіти задля реалізації можливостей та прав дітей з порушеннями психофізичного розвитку, в тому числі при навчанні в закладах загальної середньої освіти, бо така дитина потребує додаткової підтримки в освітньому процесі від як від фахівців-дефектологів, так і від педагогів школи.

Проблема налагодження співпраці у команді психолого-педагогічного супроводу інклюзивного навчання дитини з ООП досліджена у працях науковців В. Бондаря, О. Гаврилова, Е. Давілавичюте, А. Колупаєвої, С. Миронової, В. Синьова, О. Таранченко та ін. Дослідники аналізують принципи організації командної роботи, роль кожного з фахівців-членів команди, а також необхідність залучення батьків дитини з ООП як рівноправних учасників команди. Потребують вивчення нові підходи в організації роботи команди психолого-педагогічного супроводу, пов'язані з роботою закладів освіти в умовах карантину.

**Мета дослідження** - висвітлити основні засади функціонування та завдання команди психолого-педагогічного супроводу в процесі інклюзивного навчання дитини з ООП, окреслити можливості налагодження командної співпраці при необхідності дотримання карантинних вимог.

**Матеріали та методи:** вивчення та аналіз нормативних документів та науково-методичної літератури, узагальнення та систематизація інформації науково-педагогічних досліджень.

**Результати досліджень:** Відповідно до законодавства України кожна дитина має право на якісну освіту поблизу місця проживання, тому діти з ООП мають отримувати відповідну підтримку під час здобуття освіти у закладах загальної

середньої освіти з інклюзивними класами або в період дошкільного виховання в інклюзивних групах. Ефективність навчання і виховання дитини з ООП в інклюзивних класах/групах залежить від можливості залучення фахівців різного профілю з метою послаблення та корекції порушень психофізичного розвитку, розробки та реалізації індивідуальної програми розвитку (ІПР) дитини. Задля розв'язання проблем інтеграції дитини із психофізичними порушеннями в середовище масової школи на базі закладу освіти має функціонувати команда психолого-педагогічного супроводу, персональний склад якої затверджується наказом керівника. Під поняттям психолого- педагогічний супровід ми розуміємо систему діагностичних, навчальних і розвиваючих заходів для учнів з ООП, а також організаційних підходів для налагодження співпраці батьків дітей, адміністрації та педагогів, спрямованих на створення оптимальних умов ефективного розвитку інклюзивної практики в школі. Тобто, іншими словами - це система комплексних заходів з організації освітнього процесу і розвитку дитини з ООП, яка передбачена ІПР кожного «особливого» школяра.

Організація діяльності командної роботи має розпочинатись з формування складу команди психолого-педагогічного супроводу, до якої входять: директор або заступник директора з навчально-виховної роботи, вчитель початкових класів, вчителі, асистент вчителя, практичний психолог, соціальний педагог, вчитель-дефектолог (з урахуванням освітніх потреб дитини з ООП), вчитель-реабілітолог та батьки або законні представники дитини з ООП. Окрім цього, можуть бути залучені до роботи команди такі фахівці як медичний працівник закладу освіти, лікар, асистент дитини, спеціалісти системи соціального захисту населення, служби у справах дітей тощо. Засідання членів мають проводитись не менше трьох разів в рік, рішення яких оформляється протоколами. Кожен з учасників командної роботи психолого- педагогічного супроводу має дотримуватися виконання основних функцій своєї посади.

Команда психолого-педагогічного супроводу займається виконанням наступних завдань:

- збір інформації про індивідуальні особливості розвитку дитини, її труднощі;

- розробка індивідуальної програми розвитку на основі комплексної оцінки визначення особливих освітніх потреб дитини, наданої фахівцями інклюзивно-ресурсного центру;

- визначення напрямків роботи у психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових сферах в межах навчального закладу;

- розроблення індивідуального навчального плану роботи дитини;

- проведення консультативної роботи з батьками, які виховують дитину з ООП;

- надання методичної підтримки педагогічним працівникам з питань інклюзивного навчання та проведення інформаційно-просвітницької роботи у закладі освіти.

Робота психолого-педагогічного супроводу базується на принципах толерантності до дитини з ООП, дотримання інтересів дитини з ООП, недопущення дискримінації та порушення її прав; конфіденційності та

дотримання етичних норм. Безумовно, обов'язкова активна співпраця з батьками дитини з ООП та залучення їх як до роботи команди психолого-педагогічного супроводу, так і до освітнього процесу дитини в цілому. При роботі має функціонувати командний підхід задля комплексного супроводу дитини при навчанні.

Результативність співпраці у команді психолого-педагогічного супроводу сприяє формуванню ряду характеристик: спільність завдань, взаємодоповнююча діяльність, спільна відповідальність, особистісна неформальна взаємодія, стосунки, що ґрунтуються на довірі.

Аналіз науково-педагогічної літератури свідчить, що команда психолого-педагогічного супроводу дитини з ООП в умовах інклюзивного навчання має рівневу структуру: команда на рівні класу (дитина, вчитель, асистент вчителя, батьки); шкільна команда (інші члени команди з числа працівників школи); команда підтримки (фахівці, які є необхідними для надання корекційних послуг дитині з ООП, які не є працівниками школи).

Особливі організаційні заходи потрібно застосовувати для організації супроводу навчання дитини з ООП в період карантину, бо учень отримує інформацію шляхом он-лайн навчання тільки за підтримки батьків. Потрібна вагома робота асистента вчителя, щоб адаптувати он-лайн матеріали з урахуванням особливих освітніх потреб дитини, та налагодження за сприяння батьків он-лайн корекційних занять з відповідними фахівцями. Механізми такої віддаленої роботи ще потрібно напрацьовувати.

**Висновки.** Запорукою успішної інтеграції дитини з ООП в звичайному шкільному (дошкільному) середовищі в повній мірі залежить від взаємодії дитини з командною роботою психолого-педагогічного супроводу. Команда супроводу має виконувати поставлені завдання, функції, дотримуватися принципів і діяти комплексно - адже без врахування цього фактору не вдасться досягнути бажаного результату. Заклад освіти повинен і може у повній мірі реалізувати принцип особистісно зорієнтованого навчання дитини з ООП, що розширює можливості соціалізації такої дитини. Співпраця в команді при супроводі інклюзивного навчання забезпечує єдність і цілісність усіх зусиль, необхідних для досягнення основної цілі - інтеграції кожної дитини в освітній простір.

Подальшого дослідження потребують питання здійснення психолого-педагогічного супроводу навчання дитини з ООП в умовах карантину через онлайн ресурси.

## **РОЗВИТОК ДІАЛОГІЧНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

**Шніцер Х. В.**

Науковий керівник: **доц. Стеблюк С. В.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** діти з інтелектуальними порушеннями, діалогічне мовлення, інклюзивне навчання, корекційно-розвиткові вправи.

**Вступ.** Навчання дітей з особливими освітніми потребами є актуальною

проблемою сьогодення. Пріоритетним напрямом роботи у закладах освіти є сприяння їх пізнавальному, соціальному, емоційному розвитку, формування комунікативних умінь. Концепцією Нової української школи передбачено формування ключових компетентностей, серед яких «спілкування державною (і рідною у разі відмінності) мовами. Це вміння усно і письмово висловлювати й тлумачити поняття, думки, почуття, факти та погляди (через слухання, говоріння, читання, письмо, застосування мультимедійних засобів). Здатність реагувати мовними засобами на повний спектр соціальних і культурних явищ - у навчанні, на роботі, вдома, у вільний час. Усвідомлення ролі ефективного спілкування» [4]. Для дітей з особливими освітніми потребами, наголошується в цьому документі, буде запроваджено індивідуальні програми розвитку, зокрема корекційно-реабілітаційні заходи, психолого-педагогічний супровід і необхідні засоби навчання.

Реалізація компетентнісного підходу стає ключовою парадигмою, позаяк формує в особистості здатність до комунікації в різних мовленнєвих ситуаціях, розвиває морально-етичні якості. Виходячи із цього, ми акцентуємо увагу на розвиткові монологічного та діалогічного мовлення.

Питання розвитку мовлення дітей із психофізичними порушеннями у центрі дослідження низки науковців: Н. Бахмат, О. Боряк, Н. Голуб, С. Коноплястої, І. Мартиненко, С. Миронової, І. Омельченко, О. Проскурняк, Т. Сак та ін. Зокрема, О. Боряк у ході проведеного аналізу спеціальної психолого-педагогічної літератури було узагальнено та виділено групи механізмів виникнення порушень мовленнєвої діяльності при інтелектуальних порушеннях: психологічні (органічне порушення загальнофункціональних механізмів мовлення: мислення, пам'яті, уваги, уяви, уявлення, сприймання тощо); нейропсихологічні, нейрофізіологічні (порушення загальної нейродинаміки (недостатність внутрішнього гальмування, нестійкість зв'язків та патологічна інертність психічних процесів); когнітивні (негативний вплив інтелектуальних порушень на своєрідність мовлення в різних аспектах: на організацію смислових операцій продукування мовленнєвих висловлювань, на рівень мовної семантики, на можливість засвоєння формально-мовних засобів...[1, с.12]. Авторкою обґрунтовано реалізацію комплексної диференційованої системи формування й корекції мовленнєвої діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями легкого і помірного ступеня.

С. Мироною, Н. Бахмат [3, с.3] висвітлено особливості монологічного мовлення учнів з інтелектуальними порушеннями: ускладнений перехід до самостійного висловлювання; власне мовлення є недостатньо розгорнутим, фрагментарним; монолог часто складається з логічно необ'єднаних частин; наявна бідність словникового запасу, недиференційоване розуміння і використання знайомих слів; порушена побудова зв'язного висловлювання.

Таким чином, розвиток зв'язного мовлення в учнів є питання актуальним, активно вивчається, проте подальшого дослідження потребує проблема розвитку діалогічного мовлення у дітей з особливими освітніми потребами.

**Мета дослідження:** розкрити особливості формування діалогічного

мовлення у дітей з інтелектуальними порушеннями.

**Матеріали та методи.** Наукові доробки вчених, аналіз, синтез, спостереження за мовленням учнів, узагальнення.

**Результати досліджень.** У першу чергу, з'ясуємо зміст ключового слова «діалогічне мовлення». Діалогічне мовлення - форма мовлення, з безпосереднім обміном висловлюваннями між двома або декількома особами за умови стислості висловлювання, широкого використання немовленнєвих засобів спілкування (міміка, жести), інтонації. Діалогічна компетенція передбачає сформованість діалогічних умінь, що забезпечують конструктивне спілкування з оточуючими людьми [2, с. 29-30].

Робота з формування діалогічного мовлення повинна бути комплексною, спрямованою на активізацію пізнавальної й мовленнєвої мотивації, розвиток емоційної сфери. Належна увага при цьому повинна приділятися спонуканню учнів до спілкування, до обміну думками, враженнями, на основі удосконалення умінь учнів ставити запитання, відповідати на них, вислуховувати пояснення, вказівки, поради.

Спостереження за мовленнєвою діяльністю дітей з інтелектуальними порушеннями, показало, що вони прагнуть до діалогу з однолітками, проте відчують труднощі у добірці слів, побудові реплік. Отже, одне із важливих завдань педагога, асистента вчителя полягає у збагаченні активного словника школяра. Окрім цього, наголошуємо на формуванні в здобувачів освіти українського мовленнєвого етикету, що вкрай важливо для соціалізації особистості. Сьогодні в педагогічній науці пропонуються методи, прийоми, що спрямовані на розвиток діалогічного мовлення у школярів.

Ураховуємо думку Е. Палихати [5], що формуванню діалогічних умінь слугують різні засоби, які можна назвати допоміжними опорами. Їх роль полягає у допомозі дітям продукувати діалогічні репліки. Такі засоби, виступають допоміжними опорами при формуванні діалогічного мовлення й поділяються на: вербальні, візуальні, вербально-візуальні, аудіовальні, аудіовізуальні, природні ситуації. До вербальних допоміжних опор належать: словесно описані штучні ситуації, початкові діалогічні репліки, усні та письмові тексти, теми діалогічних висловлювань. За допомогою візуальних допоміжних опор, учні будують діалоги у тому випадку, коли вчитель скеровує їх творчість певними завданнями, типу «подивіться на ілюстрації, і за картинками побудуйте діалог».

Формування діалогічного мовлення в учнів з інтелектуальними порушеннями вимагають добірки особливих корекційно-розвиткових вправ. Вони можуть бути словесні, візуальні, інсценізовані; парні з імітацією, парні у процесі виконання завдань, групові (інтерактивна вправа «мікрофон»). Пропонуємо окремі із завдань на побудову діалогу, що можуть застосовуватися в класі з інклюзивним навчанням.

Імітаційні. Педагог задає питання і відповідає ж на нього (зразок побудови діалогу).

На основі прослуханого пропонується, як приклад, голосовий чат із записом ситуації в школі, на вулиці (вартує записати одне із оповідань В. Сухомлинського морально-етичної тематики). Ситуації, які безпосередньо впливають на дитину,

вчинки окремих осіб, їх поведінка, зворушливі події слугують для неї опорним матеріалом, який дає можливість схвалити їх чи засудити за допомогою проведення діалогу.

Імпровізований діалог на основі ілюстрацій до казки. Школяреві пропонується малюнок до сюжету казки, його завданням є скласти розмову між казковими героями.

Читання тексту в особах. Підручники «Українська мова та читання» різних авторів для Нової української школи містять оповідання, казки, що є зразком монологічного й діалогічного мовлення. Читання в особах сприятиме розвиткові діалогічних умінь.

«Мікрофон». Учня пропонується питання для дискусії (доступний для дітей з інтелектуальними порушеннями) і за допомогою мікрофону вони висловлюють власну думку.

Моделювання ситуацій («У крамниці», «У їдальні» та ін.). На основі малюнків чи гри під керівництвом учителя, асистента учителя школярі передають ймовірну ситуацію.

Інтерв'ювання. За зразком педагога учні будують інтерв'ю. Тематика повинна бути захоплюючою для дитини - про тваринку, батьків, друзів тощо.

Лепбуки. Лепбуки для дітей з особливими потребами виготовляє вчитель, асистент учителя. Це багатофункціональна розкладна папка, що складається з міні-книг та кишеньок, у яких розміщують ілюстровані навчально-розвивальні завдання. Дитина обирає одне із них і виконує. Це один із кроків до організації самостійної роботи учня.

Ігри. Дидактичні, рольові ігри дають можливість «зануритися» в певну навчальну проблему й розв'язати її. Наприклад, гра «Розмова по телефону» на уроці навчання грамоти в першому класі формує в учнів не тільки діалогічні уміння, а й культуру усного мовлення. У процесі діалогічного мовлення слід звертати увагу за дотриманням формул мовленнєвого етикету: добрий день, добридень, здрастуй, привіт, дякую та інші.

**Висновки.** Формування діалогічних умінь у дітей здійснюється системно на всіх уроках, особливо у процесі вивчення української мови та читання. В класі з інклюзивним навчанням слід дібрати такі завдання, які об'єднали б учнів. Дитина з особливими освітніми проблемами є частиною колективу і прагне до співпраці з однолітками. Нами запропоновано окремі із завдань на побудову діалогу.

## **СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ КАРАНТИНУ**

**Герцумс В.В.**

Науковий керівник: **ст. викладач Дуткевич-Іванська Ю.В.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** синдром емоційного вигорання, студенти.

**Вступ:** у зв'язку із великою емоційною напруженістю професійної

діяльності та навчання, відповідальністю і складністю цих періодів в житті людини, збільшується ризик розвитку синдрому емоційного вигорання. Проблема емоційного вигорання має більш прикладне значення, хоча інтерес дослідників зріс порівняно недавно. Як правило, вона досліджується в проблемному полі організаційної психології, як специфічна професійна ситуація, що виникає на різних етапах трудової діяльності та навчання. Але в останні кілька років дослідників привертає все більше саме «вигорання» серед студентської молоді. Так, за даними С. Р. Джекобса і Д. Додда, 40% студентів у світі мають ту чи іншу ступінь емоційного вигорання.

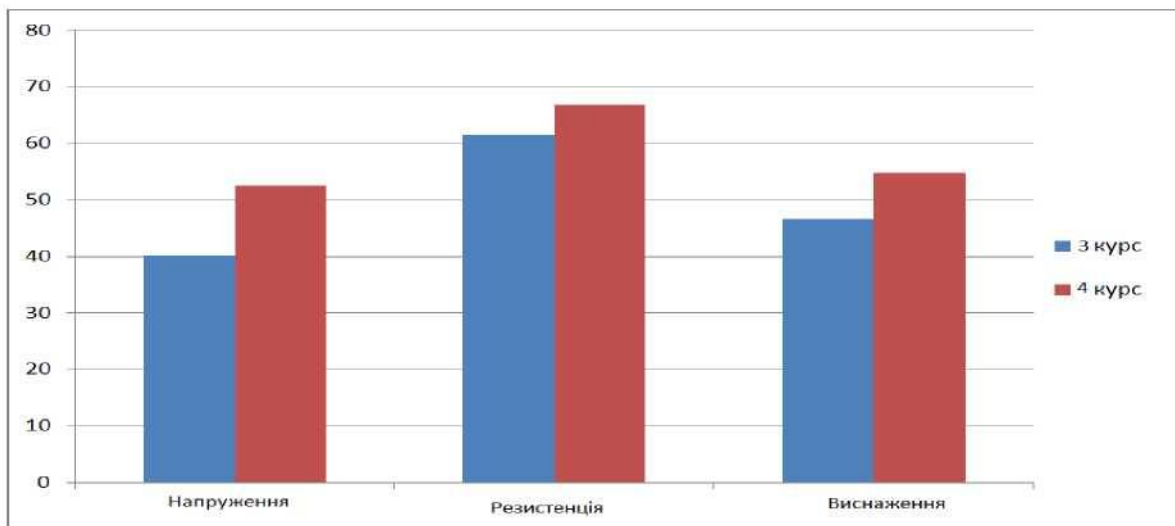
Увага до синдрому емоційного вигорання зумовлена й тим, що він впливає на все життя особистості, призводить до втрати здоров'я, психологічних проблем та деструктивних особистісних змін. На сьогоднішній день проблема емоційного вигорання займає значне місце як у вітчизняній так і зарубіжній психології. Науковці намагаються віднайти результативні та дієві способи його профілактики. Водночас профілактика емоційного вигорання недостатньо вивчена і потребує постійної уваги та розробки дієвих психологічних заходів та рекомендацій.

**Мета дослідження:** за допомогою аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури здійснити теоретичне та практичне дослідження аспектів виникнення феномену емоційного вигорання серед студентської молоді, основних його причин розвитку та розробити рекомендації стосовно профілактики та попередження даного синдрому.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, метод анкетування, методи математичної статистики.

Для дослідження була використана методика діагностики рівня емоційного вигорання за В.В. Бойко, в якій 84 твердження, орієнтовані на робочі умови, що спроектовані на навчальні ситуації для студентів. У дослідженні взяли участь студенти третього ( $n = 31$ ) і четвертого ( $n = 31$ ) курсів денної та заочної форм навчання, спеціальності 017 «Фізична культура і спорт» - всього 62 студента.

**Результати дослідження:** представлені на Рис. 1, де наведено середні значення за фазами емоційного вигорання студентів. Дані по третьому і четвертому курсах дещо відрізняються, але при порівнянні показників по К критерію Стьюдента значних відмінностей не виявлено.



**Рис.1. Середні значення показників емоційного вигорання студентів 3 і 4 курсів денної та заочної форм навчання  $p < 0,05$ )**

У таблиці 1 представлені показники за рівнем емоційного вигорання студентів третього і четвертого курсів денної та заочної форм навчання (%). Таблиця 1

Фази емоційного	Фаза напруги		Фаза резистенції		Фаза виснаження	
	3	4	3 курс	4	3	4
Фаза не сформована %	45,2	32,3	12,9	6,5	45,2	16,1
Фаза формується %	35,5	35,5	32,3	32,3	32,3	38,7
Фаза сформована %	<b>19,4</b>	<b>32,3</b>	<b>54,8</b>	<b>61,3</b>	<b>22,6</b>	<b>45,2</b>

Фаза напруги сформована у 19,4% третьокурсників і у 32,3% четвертокурсників, фаза резистенції - відповідно 54,8% і 61,3% і фаза виснаження - 22,6% і 45,2%.

**Висновки:** на основі теоретичного аналізу літератури, можна зробити висновок, що «Синдром емоційного вигорання - складний психофізіологічний феномен, який визначається як емоційне, розумове й фізичне виснаження через тривалість емоційного перевантаження». Емоційне вигорання - це реакція на довготривалі стреси. Таким чином, емоційне вигорання являє собою комплекс психічних переживань, що відбивається на працездатності та фізичному самопочутті. Нервові напруження служать провісником і «пусковим» механізмом у формуванні емоційного вигорання. Таким чином, емоційне вигорання - це вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь на вибрані психотравмуючі впливи. Емоційне вигорання є формою професійної деформації

особистості, розвивається поетапно і для кожного етапу характерні певні ознаки.

Основними методами профілактики емоційного вигорання є:

1. Правильне харчування та активний спосіб життя, регулярні заняття фізичною культурою.
2. Робити для себе перерви від оточуючих факторів. Необхідно встановити час, коли Ви повністю можете побути наодинці. Відпочити від навчання, роботи та соціальних мереж.
3. Використання методів профілактики стресу. Якщо Ви відчуваєте початок формування вигорання, постарайтеся запобігти стресу, використовуючи методи медитації, робити перерви в навчанні чи роботі, записувати свої думки в щоденник, займатися улюбленим хобі та іншими справами, які не мають нічого спільного з навчанням чи роботою.

Отримані результати дослідження рівня емоційного вигорання студентів диктують необхідність подальших досліджень в даному напрямку і посилення психологічної складової професійної підготовки майбутніх спеціалістів. Для цього вони повинні вміти відслідковувати свій психологічний стан, тобто здійснювати рефлексію, застосовувати методи психосаморегуляції.

## **МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ У ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ**

**Молнар О. В.,**

Науковий керівник: **Стеблюк С. В.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** діти з особливими освітніми потребами, інклюзивне навчання, розлади аутистичного спектру, методи навчання.

**Вступ.** Концепція інклюзивного навчання є важливою в сучасній моделі здобуття освіти дітьми з особливими потребами та передбачає індивідуальний підхід, орієнтацію на їх можливості й інтереси. Сьогодні закладами освіти впроваджуються інноваційні методи та прийоми навчання, налагоджується співпраця й командний підхід до вирішення проблеми, враховуються перспективи майбутнього розвитку особистості.

Питання сутності та специфіки інклюзивної освіти, методологічних основ її впровадження у освітній процес закладів освіти є предметом вивчення низки науковців: Н. Андрійчук, Т. Бондар, Е. Данілавичюте, А. Колупаєвої, С. Литовченко, О. Мартинчук, І. Недозим, Т. Скрипник, О. Таранченко, В. Тарасун, О. Федоренко та ін. Зокрема, А. Колупаєвою та О. Таранченко висвітлено технології навчання дітей в інклюзивному класі; методичні прийоми, що уможливають забезпечення навчальних потреб учнів в інклюзивних умовах закладу загальної середньої освіти. Авторами наголошується на необхідності «організувати середовище та навчальні матеріали, що підтримуватимуть усі здібності учня, водночас не викликать залежності чи зниження очікувань; організувати навчання в соціальному оточенні, що дає учням можливість

взаємодіяти, практикувати набуті знання та оцінювати навчальні результати.... У процесі такої діяльності учням має надаватися адекватна підтримка (ресурси: людські, матеріальні та ін.), що є частиною соціальної взаємодії та інструментом полегшення навчання» [1, с. 39]. У посібнику «Школа для кожного» [4] розкрито практичні аспекти щодо роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, вказується на важливість співпраці батьків, вчителів та фахівців.

Таким чином, науковцями акцентується увага на необхідності упровадження в освітньому процесі нових підходів, які сприяли б інтеграції осіб з особливими потребами у суспільство. У нашому дослідженні зацентруємо увагу на специфіці навчання, виховання та розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

**Мета дослідження:** розкрити особливості навчання дітей з розладами аутистичного спектру в умовах інклюзивного навчання.

**Матеріали та методи.** Дослідження науковців з проблеми; спостереження, аналіз, узагальнення.

**Результати досліджень.** У процесі вивчення означеного питання нами з'ясовано, що проявами розладів аутистичного спектру є: слабкість емоційного реагування на близьких людей, соціальної взаємодії; недостатній розвиток комунікативних умінь; прагнення до збереження незмінності оточуючого середовища, страх нового; стереотипність й одноманітність у поведінці, що виявляється у бажанні дитини дотримуватись звичних умов життя. Ураховуючи це, корекційно-розвиткова робота, зокрема у початковій школі, повинна бути спрямована на формування навичок спілкування, взаємодії між дитиною з розладами аутистичного спектру та іншими дітьми.

З метою побудови ефективної освітньої траєкторії учнів означеної категорії дотримуємось позиції [3, с. 6] щодо врахування особливостей їх психічної організації: «сприймання довкілля - наявність певних стійких домінант серед розмаїття зорових, слухових чи тактильних стимулів; незвичність системи сигналів для комунікації з іншими, власна мова; схоплення інформації від людини без прямого погляду на неї завдяки периферійному зору; тонке відчуття емоційного стану іншої людини, розуміння того, з ким і як можна поводитися; кмітливість, переважання невербального інтелекту; прагнення до чіткої визначеності, порядку й завершеності, здатність зрозуміти чітко визначені алгоритми, правила і постійно дотримуватись їх; високорозвинена механічна пам'ять; уміння орієнтуватися за візуальними стимулами - малюнками, піктограмами, графіками тощо; здатність зацікавитися чимось незвичним; розвинений музичний слух; уміння чітко орієнтуватись у просторі й часі».

Провідна роль у навчанні та розвитку учнів належить педагогу, асистенту вчителя, який допомагає в організації освітнього процесу, сприяє соціалізації дитини та набуття нею самостійності. Розкриємо окремі методичні рекомендації щодо навчання учнів з розладами аутистичного спектру в інклюзивному класі.

1. З'ясування стратегії освітнього процесу. Адаптація дасть можливість засвоїти ті обсяги знань, що визначені Типовими освітніми програмами; модифікація забезпечить спрощення змісту предмету і, як результат, рівня знань та навичок.

2. Розробка Індивідуальної програми розвитку з урахуванням визначених цілей і завдань кожного учасника мультидисциплінарної команди супроводу.

3. Застосування різних методик поведінкового, фізичного та соціального напрямів [2, с.22]. Серед методів І. Недозим рекомендує когнітивно-поведінкову терапію, метод окремих блоків, метод NET (навчання у природному середовищі), підказки (жестом, повна вербальна, часткова вербальна, позиційна) та інші.

4. Добірка методів та прийомів навчання за Новою українською школою. Слід зазначити, що навчання у початковій школі відбувається за двома циклами: адаптаційно-ігровим та основним. Серед методів навчання пропонуємо «семантичну павутинку», «шість цеглинок» (робота з конструктором Лего), «кластер», «пиктограми», серед прийомів: імітації, показу артикуляції, аналогії та інші.

5. Залучення дітей до ігрової діяльності (дидактичні та рольові ігри, інсценізація епізодів знайомих казок тощо). Як приклад, на уроках української мови слід застосовувати дидактичні ігри на засвоєння мовних понять; на уроках читання - нестандартні його види: читання «на буксир», «хвилею», «день і ніч» та ін.

6. Створення мовленнєвих ситуацій з опорою на сюжетні малюнки, що дасть можливість адаптуватися у соціумі («Переходжу дорогу», «Розмовляю з товаришем», «Купляю зошит» та інші).

7. Використання можливостей арт-терапевтичних засобів (малювання, ліплення, колаж) як способу зняття напруження, зменшення страхів, агресії.

8. Чергування видів діяльності на уроках, добірка динамічних пауз та фізкультхвилинок (музичні, з елементами танцю, словесні) відповідно до специфіки інклюзивного класу.

9. Організація структурованого навчання з опорою на візуальні підтримки, що вказують на послідовність виконання дій, завдань; індивідуальних позначень алгоритму роботи за допомогою символів (кольору, цифр, стрічки тощо). Різні їх види дають можливість дитині зорієнтуватись у подіях дня, перерви, уроку, окремого завдання. Модифікації підлягає оформлення розкладу, який можна представити у вигляді папки з кишеньками, де в певній послідовності розміщено малюнки, фотографії, пиктограми, надписи.

10. Залучення дитини до роботи в осередках навчальної кімнати: відпочинку на килимі, дитячої бібліотечки, художньо-творчої діяльності та ін.

Особливо акцентуємо увагу на розробку соціальних історій, що добираються індивідуально для конкретної дитини і мають включати епізоди, які вона цінує або якими цікавиться. Коли у дитини з розладами аутистичного спектру розвивається навичка, описана в соціальній історії, можна поступово зменшувати її використання. До прикладу, речення для соціальної історії.

*Коли я не слухаю інших людей.*

Дуже важливо дивитися на людей і припиняти робити те, що я роблю, коли вони хочуть мені щось сказати. Іноді дорослі говорять мені дуже важливі речі, які я повинен знати. Якщо я не дивлюся і не слухаю, то можу пропустити щось важливе, і дорослі можуть розсердитися. Я знаю, що це погано - продовжувати

робити те, що роблю, коли дорослі хочуть, щоб я слухав. Я буду слухати дорослих, коли вони говорять зі мною [2, с. 57].

Нами розроблено соціальні історії на тему: «Якщо я розмовляю по телефону,...», «Коли мене мама попросила,...», «Якщо я у гостях,...».

**Висновки.** Таким чином, методичні аспекти навчання дітей з розладами аутистичного спектру передбачають необхідність створення спеціальних умов їх шкільного навчання, застосування різних методик, методів та прийомів.

## **СПІЛЬНА РОБОТА УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА, БАТЬКІВ ТА ВИХОВАТЕЛЯ З КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ-ДОШКІЛЬНЯТ**

**М. С. Марголич**

Науковий керівник – **М. І. Кляп**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** дитина-дошкільник з мовленнєвими порушеннями, спільна робота педагогів з батьками, батьки дітей з мовленнєвими порушеннями.

**Вступ.** Однією із найактуальніших проблем ХХІ століття є зростання кількості дітей з порушеннями мовлення. На сьогодні велика увага приділяється проблемі ранньої діагностики, диференціації, подоланню і профілактики мовленнєвих порушень дітей. Результатом пошуку форм, засобів профілактики та корекції мовленнєвих порушень у дітей в умовах масових закладів дошкільної освіти стало функціонування логопедичних груп, де за участі вчителя-логопеда здійснюється організація роботи з дітьми з метою подолання мовленнєвих порушень. Вивчення фахівцями особливостей розвитку дитини спрямоване на забезпечення корекційного процесу й у сімейному вихованні дитини з мовленнєвими порушеннями, використання вагової ролі родини дитини з метою урахування її особливостей у системі комплексного корекційного впливу на неї.

Питаннями сімейного виховання дітей із порушеннями мовлення займалися Г. Волкова, Ю. Гаркуша, Г. Гуровець, С. Григорян, Н. Ришова, Л. Ефименкова, Н. Крилова, В. Лубовський, Е. Мастюкова, Е. Міронова, А. Московкіна, Н. Новоторцева, Л. Носкова, В. Селіверстов, Т. Філічева, Г. Чиркіна та ін. Ці вчені вважають, що організація правильного сімейного виховання таких дітей є однією з умов створення для них розвивального середовища. На їх думку, найважливішими передумовами для підвищення ефективності корекційної роботи з дитиною є формування в батьків мотивованого ставлення до корекційної роботи, підвищення їх логопедичної обізнаності та їх активне включення в цей процес.

Одночасно з цим аналіз психолого-педагогічної та лінгводидактичної літератури свідчить про недостатню розробленість питання спільної роботи вчителя-логопеда, батьків та вихователя дошкільної групи з корекції мовленнєвих порушень у дітей, що зумовлює актуальність цього дослідження.

**Мета дослідження** – на основі аналізу спеціальної психолого-педагогічної літератури вивчити та описати зміст, завдання і форми співпраці вчителя-логопеда дошкільного закладу з вихователем групи і батьками дітей з порушеннями мовлення з урахуванням специфіки актуальних життєвих обставин.

**Методи дослідження:** теоретичні - методи аналізу, узагальнення, синтезу,

систематизації наукових даних; вивчення та аналіз психолого-педагогічної літератури.

**Результати досліджень.** Протягом останніх років педагоги приділяють багато уваги проблемі психолого-педагогічної обізнаності батьків та значущості ролі батьківського виховання в процесі розвитку дитини.

Дослідниця О. Вершиніна зауважує, що в процесі логопедичної роботи батьки відіграють значну роль у пришвидшенні подолання мовленнєвих порушень, позитивно впливають на цей процес, а саме: регулярне, щоденне виконання з дитиною домашніх завдань вчителя-логопеда дозволяє значно скоротити час проведення корекційної роботи.

Науковиця М. Храмова вважає, що просвітницька робота із батьками з проблем порушення мовлення дітей та їх корекції є одним з найважливіших напрямків діяльності вчителів-логопедів. Метою роботи логопеда з родиною, що виховує дитину з порушенням мовленнєвого розвитку є: надання кваліфікованої підтримки батькам; допомога близьким дорослим в створенні комфортного сімейного середовища для повноцінного розвитку дитини; створення умов для активної участі батьків у вихованні і навчанні дитини; сприяння формуванню адекватних взаємини між дорослими та їхніми дітьми

Аналіз літературних джерел дозволяє констатувати, що на сучасному етапі основними завданнями процесу взаємодії закладу дошкільної освіти з батьками, а саме учителя-логопеда і батьків, є:

- з'ясування ступеня інформованості батьків про власну дитину, її здоров'я, стан мовленнєвого розвитку, наявні чи можливі відхилення від його норми, про досягнення і діяльність дитини у закладі;
- спонукання батьків спостерігати за розвитком мовлення у дитини;
- роз'яснити основні завдання та шляхи реалізації спільної роботи вчителя-логопеда з батьками;
- навчання батьків приділяти велику увагу створенню сприятливого мовленнєвого середовища, дотримуватись чіткості та ясності в розмові з дитиною. Важливо, щоб батьки встановлювали і підтримували єдині вимоги з вчителем-логопедом щодо мовленнєвого розвитку дитини;
- формування у батьків навички спостерігати за дитиною і робити адекватні правильні висновки;
- систематизувати теоретичні знання та практичні навички батьків, спрямовані на ефективне та успішне подолання мовленнєвих порушень дошкільників;
- дослідження ставлення батьків до проблеми співпраці в процесі роботи з вчителем-логопедом та вихователем групи;
- підвищення психолого-педагогічної компетентності батьків дітей, що мають порушення мовлення. Важливим є підвищити обізнаність батьків з питань корекційної педагогіки та методів логовпливу, а також формувати у батьків звичку звертатися до вчителя-логопеда чи вихователя стосовно питань, які їх турбують (корекція, навчання, розвиток дитина та виховання);

- встановити партнерські стосунки з родиною кожного вихованця, створити атмосферу спільності інтересів і емоційної взаємодтримки;
- допомогти батькам виробити впевнений і спокійний стиль виховання, щоб створити для дитини відчуття комфорту і захищеності у родині.

Відповідно до цього в сучасних закладах дошкільної освіти постійний взаємозв'язок вихователів, логопедів з батьками реалізується за допомогою колективної, індивідуальної, наочної форм роботи.

Колективна робота проводиться в кількох видах: батьківські збори, практичні заняття, консультації, конференції, фронтальні відкриті заняття, виставка посібників, відеотека, бібліотека ігор та вправ, свята на мовленнєву тематику, дні відкритих дверей.

Індивідуальна форма роботи проводиться в таких видах: індивідуальні бесіди, індивідуальні практикуми, перегляд індивідуальних занять, записки-рекомендації, зошит для домашніх завдань, анкетування, домашня бібліотечка.

Наочна форма роботи проводиться у таких видах: дошка оголошень, папка-пересувка, щоденники, екран звуковимови, інформаційні листи, газета для батьків, мовленнєвий куточок, домашні завдання, домашня ігротека. Така форма роботи реалізується за допомогою використання різноманітних ілюстрацій, демонстрацій практичної діяльності, виставкових матеріалів. Їхньою метою є стимулювання активності батьків та вихователів.

На сучасному етапі в умовах карантинних заходів актуальним є налагодження співпраці логопеда та вихователя з родиною дитини з мовленнєвими порушеннями через соціальні мережі та групи, створені в Інтернеті, та засоби електронної комунікації. Логопед може не тільки проводити індивідуальні або підгрупові заняття з дітьми он-лайн, залучаючи на допомогу батьків, але й надавати батькам консультації щодо проведення логопедичних вправ з дитиною, посилання на відповідні відео з YouTube тощо.

**Висновки.** Значимість співпраці вчителя-логопеда з батьками у процесі корекції мовлення дітей важко переоцінити, адже завдяки їм цей процес здійснюється набагато швидше і ефективніше. Метою поширення логопедичних знань є підвищення обізнаності батьків у попередженні та корекції мовленнєвих порушень дітей, систематизація наявних у них знань, озброєння практичними прийомами роботи з дітьми, налагодження зворотного зв'язку між батьками та логопедом, врахування їхніх пропозицій і бажань. У процесі поширення психолого-педагогічних та логопедичних знань, вчитель-логопед закладу дошкільної освіти виступає вихователем дітей і партнером батьків. Проаналізувавши всі форми співпраці батьків з вчителями-логопедами та вихователями, не можна говорити, що одна з них є найбільш ефективною. Всі ці форми за можливості потрібно використовувати в гармонійному поєднанні, включаючи комп'ютерні технології та можливості Інтернету. Лише тоді можна говорити про ефективність співпраці педагогів з батьками, а також про успішну роботу батьків і дітей поза закладом дошкільної освіти.

# ЗАСОБИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ У РІЗНИХ ВИДАХ ЄДИНОБОРСТВ ІЗ ТРАВМАМИ ОПОРНО - РУХОВОГО АПАРАТУ

Роман М.М.

Науковий керівник: доц. Чернов В.Д.

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** реабілітація, опорно-руховий апарат, травма, спортсмени, спортивні єдиноборства.

**Вступ.** Підраховано, що майже 70% спортсменів, які займаються різними видами єдиноборств, хоча б один раз у спортивній кар'єрі стикаються з травмами опорно-рухового апарату. Зниження травматизму і факторів ризику при заняттях різними видами єдиноборств є важливим завданням для їх подальшого розвитку. Ця проблема має й медико-соціальний характер, оскільки травми можуть стати причиною стійких функціональних порушень в організмі. Якщо ж травма все-таки сталася, на перший план виходить відновлення функціонального стану спортсмена в ході лікування та реабілітації. Сучасні методи й засоби комплексної, зокрема фізичної реабілітації після стаціонарного лікування ушкоджень і посттравматичних хвороб сприяють оптимізації адаптаційно-компенсаторних процесів в організмі хворих, а пізніше активно підтримують на належному рівні роботу функціональних систем організму.

**Мета дослідження:** визначити та охарактеризувати засоби комплексної реабілітації спортсменів у різних видах єдиноборств із травмами опорно- рухового апарату.

**Матеріали та методи:** аналіз навчальної та науково-методичної літератури.

**Результати досліджень.** Процес відновлення спортсмена після травми ОРА в єдиноборствах передбачає застосування комплексної реабілітації. Застосування таких засобів у спортивній практиці базується на деяких загальних методичних положеннях: 1) загальна продуктивність їх застосування залежить від характеру та обсягів тренувальних навантажень; 2) тривале застосування одних і тих же засобів знижує результати їх дії; 3) комплексне застосування різнопланових заходів, навпаки, посилює дію кожного з них і загальний ефект. Також при застосуванні засобів лікар або реабілітолог керується такими рекомендаціями: 1) після виконання вправ, що характеризуються значними за обсягом та інтенсивністю навантаженнями, раціонально застосовувати засоби переважно загального впливу (наприклад, сауна в поєднанні з масажем і водними процедурами); 2) якщо навантаження припадають значною мірою на окремі групи м'язів (наприклад, верхньої або нижньої кінцівки), ефективним є застосування локальних впливів (наприклад, точковий або вібромасаж) у поєднанні з локальними фізіотерапевтичними процедурами.

У процесі комплексного відновлення спортсменів після травм ОРА в єдиноборствах застосовуються такі засоби комплексної реабілітації: 1) засоби психокорекції або психологічної реабілітації; 2) засоби лікувальної фізичної культури (ЛФК); 3) фізіотерапевтичні процедури; 4) засоби мануальної терапії; 5) засоби спортивного масажу; 6) засоби забезпечення раціонального спортивного

харчування.

**Психокорекція або психологічна реабілітація.** Психологічні фактори справляють значний вплив на багато сторін лікувально-відновлювального процесу після травм ОРА. Основні завдання психологічної реабілітації такі:

- 1) прискорення процесу психологічної реадaptaції до життєвих і спортивних обставин, що змінилися внаслідок травми чи посттравматичної хвороби;
- 2) профілактика і лікування негативних психологічних змін, які становлять серйозні перешкоди на шляху повноцінного відновлення спортсмена.

**Лікувальна фізична культура.** Загалом ЛФК в системі відновлювального лікування та фізичної реабілітації спортсмена після травми ОРА в єдиноборствах використовується з двома основними цілями і у двох напрямках: 1) відновлення порушених унаслідок травми рухових функцій або внутрішніх органів (цей напрям домінує на етапі медичної реабілітації); 2) повернення, збереження і підтримання належного рівня тренуваності організму спортсмена (цей напрям домінує на етапі спортивної реабілітації і пізніше). ЛФК застосовується в таких **основних формах**: 1) ранкової гімнастики; 2) лікувальної гімнастики, спрямованої на відновлення втраченої функції ушкодженого органу; 3) спеціальних занять тренувального характеру.

**Фізіотерапія.** Сфера фізіотерапії - це сфера впливу на організм людини фізичних факторів - природних або штучно викликаних - з метою профілактики і лікування захворювань і патологічних станів. Найбільш ефективні у процесі комплексної реабілітації спортсменів-єдиноборців із травмами ОРА методи фізіотерапії: кріотерапія, парафінові аплікації, діадинамотерапія, індуктотерапія, магнітна терапія.

**Мануальна терапія.** Це система ручних діагностичних і лікувальних прийомів, спрямованих на корекцію ортопедичної патології, порушень, викликаних травмою, посттравматичними ускладненнями хребта, суглобів, м'язового і зв'язочного апарату. В комплексі з іншими лікувально-відновлювальними заходами мануальна терапія прискорює зняття больового синдрому, нормалізацію статодинамічних функцій хребта і суглобів кінцівок, реконструювання спортивної працездатності.

**Спортивний масаж.** Це система спеціально підібраних масажних прийомів, що сприяють збереженню м'язового тону, підготовці організму до значних фізичних навантажень, зняттю втоми, швидшому відновленню загальної та спеціальної працездатності. Масаж не може бути показаний для всіх спортсменів однаково. Перед призначенням масажу необхідно з'ясувати, чи не властиві спортсмену-єдиноборцю виражені фактори ризику, пов'язані із вродженими особливостями тканин ОРА. Важливу інформативну роль відіграють також дані про вплив фізичних навантажень на ті чи інші тканини, органи і системи організму у виді спортивного єдиноборства, в якому спеціалізується спортсмен. Масаж особливо показаний за наявності симптомів гострого чи хронічного стомлення, загального хворобливого стану. **Забезпечення раціонального спортивного харчування.** Заняття будь-якими складнокоординаційними видами спорту пред'являють особливі вимоги до раціону. Загальною метою цього для

спортсменів, котрі займаються єдиноборствами, є створення максимально працездатного тіла у процесі регулярних, нерідко виснажливих тренувань. Останнім часом при реабілітації спортсмена після травм важливе значення надається відмові від сильнодіючих медичних препаратів на користь раціональної системи харчування, яка передбачає застосування натуральних харчових добавок і субстратних продуктів. При цьому дотримуються такі рівні забезпечення спортивного харчування: 1) очищення організму; 2) раціональне харчування і раціональний режим підтримання водно-сольового балансу; 3) субстратне харчування (вживання субстратних харчових добавок); 4) спеціалізовані (біологічно активні) харчові добавки.

**Висновки.** У роботі визначено та охарактеризовано засоби комплексної реабілітації спортсменів у різних видах єдиноборств із травмами ОРА. Це засоби психокорекції або психологічної реабілітації, ЛФК, яке спрямоване на поступове відновлення втраченої функції ушкодженого органу в трьох періодах - іммобілізаційному, постіммобілізаційному та періоді повної функціональної реабілітації; фізіотерапевтичних процедур, зокрема процедур кріотерапії, парафінових аплікацій, діадинамотерапії, індуктотерапії та магнітної терапії; засоби мануальної терапії; засоби спортивного масажу, що поділяються на засоби підготовчого та основного (на ураженій ділянці) масажу; а також засоби забезпечення раціонального спортивного харчування.

## **ПРОФЕСІЙНІ ЗДАТНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ВИРІШУВАТИ КОНФЛІКТИ ТА СУПЕРЕЧКИ В УЧНІВСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

**Дудаш О.Я.**

**Науковий керівник: к. пед. н., доцент Товт В.А.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** вчитель фізичної культури, професійні здатності, конфлікти і суперечки.

**Вступ.** Результативність навчально-виховного процесу школярів закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО) у великій мірі залежить від педагогічної майстерності вчителя, складовими якої є його особистісні професійні здатності, які наразі визначені Професійними стандартами за відповідними вчительськими професіями [1]. Слід зазначити, що у вказаному нормативному документі відсутня здатність вчителя вирішувати конфлікти та суперечки, які зазвичай виникають в учнівському середовищі [3]. На думку фахівців, відсутність належного рівня підготовки у розв'язанні конфліктів та суперечок в учнівському середовищі є суттєвою проблемою, яка не дозволяє в повній мірі реалізувати вчителю завдання уроку [4]. Вважається, що вказана складова педагогічної майстерності вчителя поки що досліджена не в повній мірі. Однак доведено, що вона значно впливає на результати освітнього процесу [2]. Аналіз наукових публікацій за цією проблематикою та особисті дослідження дозволили зробити висновок, що в практиці роботи вчителів фізичної культури конфлікти і суперечки в учнівському середовищі часто виникають під час використання змагального та ігрового

методів навчання в умовах моделювання конкурентної боротьби за першість [5].

**Мета дослідження.** Вивчення частоти та характеру конфліктів і суперечок, що виникають на уроках фізичної культури і під час проведення шкільних спортивних заходів, та визначення типових способів залагодження конфліктів і суперечок вчителями фізичної культури ЗЗСО.

**Організація та методи дослідження.** Дослідження проводилися на базі трьох ЗЗСО м. Ужгорода. До досліджень залучалися вчителі фізичної культури та учні старших класів. Використано такі методи дослідження: аналізу та узагальнення; педагогічного спостереження; опитування та анкетування; порівняльного аналізу; математичної статистики.

**Результати дослідження.** На першому етапі досліджень проводилося анонімне анкетування учнів старших класів ЗЗСО, яке показало:

1) конфлікти та суперечки зазвичай створюються одними і тими ж учнями і проявляються частіше у формі неадекватної поведінки, а саме: постійних прирікань, вживання некоректних виразів, відвертого невиконання завдань вчителя, ігнорування зауважень та вимог, бійок, приниження слабших, умисне пошкодження майна, ін.

2) конфлікти та суперечки в учнівському середовищі виникають частіше під час проведення спортивних змагань і рідше під час уроків фізичної культури, однак вірогідної різниці між кількістю випадків, що мали місце під час уроків та спортивних змагань не виявлено;

3) найбільш частими причинами конфліктів та суперечок в учнівському середовищі є різне трактування підходів до оцінювання результатів виконання рухових завдань.

Педагогічне спостереження в межах нашого дослідження проводилися на уроках фізичної культури та в процесі проведення шкільних спортивних заходів з учнями старших класів трьох ЗЗСО м. Ужгорода. Під час спостережень виявлено, що загальна кількість конфліктів та суперечок, а також тривалість часу, витрачена на їх вирішення, у різних вчителів була різною. Порівняльний аналіз результатів дослідження показав, що частина вчителів реагувала на конфлікти та суперечки між учнями досить емоційно, жорстко та однотипно. Час на вирішення конфліктів та суперечок у цієї групи вчителів був найменшим. Однак кількість подібних випадків була найбільшою. Інша частина вчителів діяла більш виважено, використовуючи різні підходи вирішення суперечки в залежності від ситуації. Час на вирішення конфліктів та суперечок у цієї групи вчителів був довшим. А кількість випадків - середньою. Третя частина вчителів при виникненні конфлікту чи суперечки одразу зупиняла гру (змагання), пояснювала учням їх помилки та дозволяла продовжити гру чи змагання після того, як конфлікт повністю було залагоджено, а суперники потисли один одному руки. Час на вирішення конфліктів та суперечок у цієї групи вчителів був найдовшим. Однак кількість подібних випадків була найменшою. І що важливо, з часом у цієї групи вчителів кількість конфліктів та суперечок серед учнів мала тенденцію до зменшення.

На другому етапі дослідження проведено анкетування вчителів фізичної культури чоловічої та жіночої статі. Анкетування проводилося з метою визначення способів вирішення конфліктів та суперечок, які виникають серед

учнів під час уроків фізичної культури та шкільних спортивних заходів. Виявлено, що вчителям жіночої статі в умовах залагодження конфліктів та суперечок є більш звичною поведінка компромісу та уникнення. В той час, як вчителям чоловічої статі є більш притаманною поведінка суперництва та співпраці з учнями. Також вчителі з незначним стажем роботи проявляли більшу схильність до поведінки суперництва, а у вчителів з значним стажем роботи переважала поведінка компромісу.

**Висновки.** Таким чином, дослідженнями підтверджено припущення про те, що на ефективність залагодження конфліктів і суперечок в учнівському середовищі впливає спосіб їх вирішення та особистісні якості вчителя фізичної культури. Результативність залагодження конфліктів підвищується, якщо вчитель при виникненні конфлікту чи суперечки одразу зупиняє гру (змагання), пояснює учням їх помилки та продовжує гру чи змагання тільки після того, як конфлікт повністю вичерпано, а суперники потисли один одному руки. У вчителів, які дотримувалися вказаного алгоритму дій, показник кількості конфліктів і суперечок з часом зменшувався.

## **ВПЛИВ ЗАНЯТТЯ ОЗДОРОВЧОЮ АЕРОБІКОЮ НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ**

**Машталер С.С.**

Науковий керівник: **к. пед. н., доцент Маріонда І.І.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** оздоровча аеробіка, фізична працездатність, перший зрілий вік.

**Вступ.** Розвиток нових видів рухової активності в сфері оздоровчої фізичної культури набуває неабиякої актуальності серед сучасної молоді різного віку. Особливу увагу привертають фізкультурно-оздоровчі заняття з музичним супроводом. Один з найбільш популярних видів оздоровчих занять, особливо серед жінок - аеробіка.

Головним завдання фізкультурно-оздоровчих занять у першому зрілому віці є збереження і зміцнення здоров'я, підтримка оптимальної життєдіяльності та високої працездатності впродовж основного періоду трудової діяльності [4]. Неабияк це стосується жінок, які несуть високий соціальний обов'язок - дітородіння. Тож їм слід дотримуватися активного способу життя, що стане запорукою народження здорових дітей та формування здорового покоління в цілому.

Але, як свідчать науковці [1], в більшості людей відсутня мотивація до систематичних занять фізичними вправами, профілактичного й оздоровчого характеру. Тож необхідно розширювати арсенал засобів для залучення осіб першого зрілого віку до систематичних занять фізичними вправами.

Можемо припустити, що знання про вплив різних видів рухової активності на системи організму, в певній мірі, можуть дати поштовх жінкам до початку відвідування занять.

Тож вважаємо актуальною тему дослідження «Вплив заняття оздоровчою

аеробікою на фізичну працездатність жінок першого зрілого віку».

**Метою дослідження** було визначити зміни функціонування систем організму жінок першого зрілого віку під впливом занять оздоровчою аеробікою.

**Завдання дослідження:** вивчити літературу з даного питання та визначити вплив занять оздоровчими видами аеробіки на фізичну працездатність жінок першого періоду зрілого віку.

**Методи дослідження.** У процесі дослідження використано аналіз, систематизацію й узагальнення науково-методичної та спеціальної літератури, даних медичної статистики та Інтернет-джерел.

**Виклад основного матеріалу.** Аналіз літературних джерел дозволив встановити, що найбільш популярним видом рухової активності серед жінок першого періоду зрілого віку є оздоровча аеробіка та фітнес [4].

Узагальнюючи дані спеціальної літератури з питань організації фізкультурно-оздоровчих занять із жінками першого зрілого віку, Т. Кутек [4] вказує на оздоровчі заняття з аеробіки як на найбільш збалансовану програму фізкультурної діяльності, спрямовану на досягнення й підтримання оптимального фізичного стану людини в умовах сучасної цивілізації. Натомість показники фізичного стану - необхідна вихідна інформація під час програмування занять із жінками оздоровчою аеробікою.

У результаті систематичних занять фізичними вправами відбуваються такі зміни в системі дихання, які сприяють збільшенню споживання організмом кисню при м'язовій роботі [7].

Регулярні заняття оздоровчою аеробікою призводять до розростання в м'язах кровоносних судин (це підвищує постачання м'язів киснем і поживними речовинами), а також до збільшення концентрації в м'язових клітинах різних ферментів, за допомогою яких виробляється енергія. Тренування м'язів головним чином полягає в потовщенні м'язових волокон. М'язова маса нарощується за рахунок збільшення товщини м'язових волокон. Потовщення м'язових волокон супроводжується синтезом елементів, які скорочуються - міофібрил. Робота міофібрил цілком залежить від енергетичного стану клітки, тобто від кількості поживних речовин, кисню, вітамінів і мінералів [2]. Вправи з оздоровчої аеробіки підвищують швидкість м'язових скорочень, їх еластичність і розтягнення.

За результатами порівняльного аналізу окремих показників фізичного стану жінок зрілого віку під впливом оздоровчих програм із фітнесу та аквааеробіки, В. Осіпов [6] робить висновок, що програма оздоровчого тренування з використанням засобів аквааеробіки привела до зростання абсолютних і відносних показників фізичної працездатності та аеробних можливостей учасниць експерименту, порівняно з фітнес-тренуванням на суші. Отримані результати пояснюються полегшенням умов роботи серця за рахунок горизонтального положення тіла, яке приймає людина під час виконання вправ у воді, та полегшенням припливу крові до серця завдяки тиску води.

Для тих, хто займається оздоровчою аеробікою, зона підвищеної уваги - хребет. Це пояснюється тим, що у 90% людей фізичний дискомфорт, який вони відчувають протягом життя, пов'язаний саме з цим органом. Від здорового стану хребта багато в чому залежить і фізичне здоров'я людини в цілому [2]. Також під

дією фізичного навантаження зв'язки та сухожилля стають щільнішими і більш міцними.

Також, при постійних і регулярних заняттях оздоровчою аеробікою, пілатесом та ін. можна досягти позитивних результатів у зміцненні м'язів живота, спини, сили рук, покращити свою гнучкість та психоемоційний стан. Також покращується рухливість суглобів і координація рухів, кровообіг і дихання. Людина, яка займається постійно, рухається легко, її постава правильна і красива, вона більш упевнена у собі [5].

Оздоровчий вплив засобів аеробіки, на думку фахівців [1, 3], також зумовлений активізацією найважливіших функціональних систем організму, високою енергетичною вартістю виконуваної роботи та наявністю стійкого гартувального ефекту.

Показники фізичного стану жінок першого зрілого віку коливаються в широкому інтервалі нерідко виходять за межі тих рівнів, що забезпечують оптимальне функціонування систем організму. Характер вікової динаміки досліджуваних показників продемонстрував рівномірне їх погіршення протягом усього періоду. Показники фізичного стану також виявляють значну детермінованість від індивідуально-типологічних особливостей, які зовні виражаються через будову тіла жінок. Збільшення тотальних розмірів тіла супроводжується зниженням їх рівня фізичного стану.

Заняття аеробікою вірогідно сприяє покращенню фізичного стану протягом усього періоду зрілого віку. При цьому потенціал удосконалення показників фізичного стану жінок обмежений резервами організму, які, в свою чергу, обумовлені індивідуально-типологічними та віковими особливостями.

**Висновки.** Таким чином, за даними аналізу науково-методичної літератури, можна сказати, що у період першого зрілого віку у жінок заняття різними видами рухової активності позитивно впливають на здоров'я та самопочуття.

Заняття оздоровчою аеробікою є найбільш популярними серед жінок першого періоду зрілого віку, і є виправданими, так як покращують функціональні показники організму жінок.

## **МОТИВАЦІЯ ДІВЧАТ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

**Манзулич Л.М.**

Науковий керівник: **к. н. з фіз. вих. та спорту, доцент Семаль Н.В.**

*ДВНЗ « Ужгородський національний університет », Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** мотивація, старший шкільний вік, фізична культура, дистанційне навчання.

**Вступ.** Психологічною особливістю учнів старшого шкільного віку є висока чутливість до сприйняття своєї зовнішності, порівняння своїх фізичних даних з однолітками. Дівчата недооцінюють свої сили, невпевнені в собі, стають більш емоційними та чутливими. Це зумовлює наступний факт : дівчата є менш активними на уроках з фізичного виховання, спостерігається тенденція до зниження мотивації до занять фізичною культурою в цілому, особливо в умовах

дистанційного навчання.

В даному дослідженні ми розглянули проблему мотивації до занять з фізичного виховання як фактору впливу на рухову активність дівчат старших класів в умовах дистанційного навчання і шляхи її вирішення.

**Мета дослідження** - змотивувати дівчат старшого шкільного віку до занять з фізичного виховання в умовах дистанційного навчання шляхом застосування елементів фітнес-програм.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення літературних джерел, анкетування, спостереження, метод математичної статистики.

**Результати дослідження.** Проведене нами анкетування учениць 10-11 класів ЗОШ №19 дало змогу з'ясувати, що більшість дівчат дотримується правил ведення здорового способу життя в умовах дистанційного навчання, а саме - 57,2% опитуваних. Значна частина - 53% - відзначають, що залишаються пасивними, виконують не всі вправи на самостійних заняттях. Отже, дівчата недостатньо оцінюють роль рухової активності в системі здорового способу життя.

Аналізуючи дані анкетування, нами було з'ясовано наступне: для більшості дівчат старших класів провідним мотивом занять фізичною культурою в умовах дистанційного навчання є бажання удосконалити форму тіла (43%). Однак, 63,7% відзначають, що самостійні заняття їм не подобаються. Серед причин основною визначилася не цікавість вправ (39,5%). Традиційних елементів занять з фізичного виховання виявилось недостатньо, щоб вмотивувати учениць займатися вдома самостійно. Актуальною є необхідність введення інновацій в структуру заняття. Дослідження показало, що переважна більшість учениць - 39,1%, - вважає за потрібне введення вправ, спрямованих саме на корекцію фігури. Врахування індивідуальних мотивів є дієвим способом позитивного впливу на мотиваційний компонент діяльності.

Тераробіка є ефективним засобом корекційного впливу на фігуру, отже є доцільним елементом у структурі заняття з фізичного виховання для дівчат. Використання елементів тераробіки позитивно вплинуло на мотивацію учениць 10-11 класів, про що свідчать дані повторного анкетування. Дівчата відзначили, що заняття з тераробіки подобаються їм більше ніж стандартні, а також помітили корекційний ефект - антропометричні заміри обхвату рук, талії та стегон показали зменшення об'ємів на декілька см.

**Висновки.** Дівчата є менш активними на заняттях з фізичного виховання в умовах дистанційного навчання. Велику стимулюючу дію на мотивацію до занять справляє виконання завдань творчого характеру, пов'язаних з елементами пошуку нових засобів і методичних прийомів. Аеробіка є ефективною в підвищенні емоційності, регулюванні вегетативних функцій організму.

Проведене нами дослідження свідчить, що для більшості учениць мотивом занять фізичними вправами є корекція фігури, саме тому, на нашу думку, використання елементів тераробіки на дистанційних заняттях з фізичного виховання є доцільним і ефективним засобом позитивного впливу на мотиваційний компонент діяльності і, як наслідок, підвищення рівня рухової активності дівчат. Отже, дане нововведення є ефективним і перспективним

засобом вирішення досліджуваної проблеми.

## **ЗНАЧЕННЯ ГРИ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ЛЮДИНИ**

**Кофель Г.М.**

Науковий керівник: **к. н. з фіз. вих. та спорту, доцент Бондарчук Н.Я.**  
*ДВНЗ « Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** фізичне виховання, рухливі та спортивно-оздоровчі ігри, доросле населення.

**Вступ.** Фахівці виділяють чимало оздоровчих напрямів фізичного виховання, що розвиваються в рамках оздоровчо-рекреаційної фізичної культури. Однак рухливим іграм у цьому контексті приділяється недостатньо уваги. І це при тому, що ігри з давніх-давен були невід'ємною частиною життя людства, використовувалися з метою виховання й фізичного розвитку людей, а ігрову діяльність цілком закономірно характеризують як таку, що обумовлена самою природою людини. Враховуючи наведене вище, дослідження значення гри у фізичному вихованні людини є актуальним і має практичне значення.

**Мета дослідження:** дослідити значення рухливих та спортивно-оздоровчих ігор у фізичному вихованні людини.

**Матеріали та методи:** аналіз літературних джерел, антропометричні методи (зріст, маса тіла, обводи талії та грудної клітини), фізіологічні методи (ЧСС, ЖЄЛ, АТ систолічний, АТ діастолічний), педагогічний експеримент, методи математичної статистики.

**Результати досліджень.** Домінуючим принципом фізичного виховання дорослого населення є принцип оздоровчої спрямованості. Під фізичним вихованням розуміють систему соціально-педагогічних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я та загартування організму, гармонійний розвиток форм, функцій і фізичних можливостей людини, формування життєво важливих рухових навичок і вмінь. Ігри у фізичній культурі поділяються на рухливі та спортивні. Специфіка рухливої гри як різновиду ігрової діяльності полягає в тому, що в ній чітко виражена роль рухів; для неї характерні активні творчі рухові дії, мотивовані визначеним сюжетом і обмежені правилами, спрямованими на подолання різноманітних труднощів на шляху досягнення мети гри. У спортивні ігри грають за офіційно затвердженими правилами, вони вимагають відповідного інвентарю та кваліфікованого суддівства. Спортивні ігри за спрощеними правилами, що носять оздоровчий характер, ми називаємо спортивно-оздоровчими. Зміст рухливих та спортивно-оздоровчих ігор складають сюжет, правила та рухові дії. Вони виконують передусім оздоровчі та виховні завдання. Величезним є значення ігор у розвитку фізичних якостей людини, передусім швидко-силових, спритності, гнучкості, спеціальної витривалості до роботи перемінної потужності, причому особливо важливо, що різні фізичні якості розвиваються в комплексі. Ігри включають у роботу різні групи м'язів, змушують використовувати масу тіла в якості протидії, сприяють розвитку рівноваги, координації рухів.

За допомогою педагогічного експерименту ми намагалися з'ясувати практичне значення гри у фізичному вихованні дорослої людини. Для цього

ставилося завдання виявити вплив регулярних занять іграми на динаміку змін антропометричних показників досліджуваних осіб та підвищення рівня функціонального стану їхнього організму. Педагогічний експеримент дав наступні результати. Згідно з ними, за 4 місяці регулярної участі в ігрових заняттях зафіксовано таку динаміку змін середніх значень антропометричних показників досліджуваних: середній показник маси тіла зменшився у чоловіків на 2,09%, у жінок - на 3,29%; середній показник обводу талії зменшився відповідно на 1,68% та на 3,16%. Середнє значення показника обводу грудної клітини у чоловіків зросло на 0,53%. Спостерігалися позитивні зрушення й у динаміці змін середніх значень показників функціонального стану учасників експерименту. Так, середній показник ЧСС знизився у чоловіків на 2,18%, у жінок - на 2,71%; середні показники АТ систолічного та діастолічного знизилися у чоловіків на 1,95% та на 2,42%, у жінок - відповідно на 2,31% та 2,74%. Зафіксовано збільшення середнього показника ЖЄЛ - у чоловіків на 1,9%, у жінок - на 3,14%.

Отримані результати дозволяють зробити **висновок** про те, що участь у рухливих та спортивно-оздоровчих іграх позитивно впливає на фізичний та функціональний стан дорослих осіб першого і другого зрілого віку незалежно від статі. Отже, такі ігри здатні відігравати велике значення у фізичному вихованні людини.

## **РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ НА УРОКАХ ФІЗКУЛЬТУРИ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ**

**Ковач Е.І.**

Науковий керівник: **к. пед. н. Хома Т.В.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

**Ключові слова:** компетентність, компетенція, інтерактивні методи, бінарні уроки.

**Вступ.** У сучасних умовах модернізації освітньої галузі в Україні ключовим питанням залишається підвищення якості підготовки здобувачів освіти. Одним із пріоритетних напрямів визначено компетентнісний підхід, що базується на оволодінні компетентностями, формуванні інтелектуальної креативної особистості, здатної успішно реалізуватись у різних сферах діяльності. У Законі України «Про освіту» поняття «компетентність» трактується як «динамічна комбінація знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей, що визначає здатність особи успішно соціалізуватися, провадити професійну та/або подальшу навчальну діяльність» [4]. Дотичним до означеного терміну є поняття «компетенція», що визначається як «1. Добра обізнаність із чим-небудь. 2. Коло повноважень якої-небудь організації, установи або особи» [1].

Означені поняття не є ідентичними, позаяк компетенція охоплює сукупність взаємопов'язаних якостей особистості - знань, умінь, навичок і способів діяльності, що розглядаються стосовно певного кола предметів і процесів, необхідних для якісної продуктивної діяльності, натомість компетентність - володіння компетенціями.

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...» [4]. З-поміж ключових компетентностей виокремлено

«громадянські та соціальні компетентності, пов'язані з ідеями демократії, справедливості, рівності, прав людини, добробуту та здорового способу життя, з усвідомленням рівних прав і можливостей» [4].

Формування ключових компетентностей відбувається у взаємозв'язку й вимагає нового підходу до організації освітнього процесу, у закладах загальної середньої освіти зокрема. Урізноманітнення методів, прийомів, форм роботи активізує як мисленнєву, так і рухову діяльність учнів, саме тому проблема реалізації компетентнісного підходу на уроках фізкультури є актуальною.

Означене питання у центрі наукових розвідок низки дослідників (О. Шалар, С. Моїсеєв, В. Гузар, І. Омеляненко та інші).

Відтак, С. Моїсеєв компетентнісний підхід розглядає як «систематичну роботу педагога, спрямовану на розвиток у здобувачів освіти предметних, загальногалузевих і ключових компетентностей, які у своїй єдності дозволяють учням ефективно вирішувати проблеми у сфері збереження, підтримання та відновлення здоров'я людини» [2, с. 31]. Аналізуючи зміст навчальних програм, автор доходить висновку, що учителям фізичної культури слід «спрямовувати свої уроки не тільки на фізичну підготовленість, а й на розвиток особистості, на індивідуальне сприймання навчального матеріалу, відходу від жорсткої регламентації занять, підвищення їхньої емоційної насиченості, максимальної різноманітності форм, методів і засобів фізичного виховання, широкого використання інноваційних здоров'язбережувальних технологій» [2, с. 31]. Ключовим, на думку С. Моїсеєва, мають стати рухливі й народні ігри та естафети, які «для учнів, за умови правильної організації та проведення, є прекрасною школою та лабораторією думки, взаємоповаги, взаємопідтримки, творчості, ініціативності та здоров'я» [там же, с. 37].

Дослідження І. Омеляненко присвячені проблемі формування компетентностей учнів основної школи на уроках фізкультури. Однією з ефективних умов автор вбачає реалізацію міжпредметних зв'язків, які «розглядаються розробниками навчальної програми як вимога до сучасного уроку фізкультури, а її дотримання сприятиме формуванню уявлень школярів про цілісний світ, забезпечуватиме набуття ними прикладних навичок» [3, с. 90].

Таким чином, сьогодні активізувалися дослідження з проблеми упровадження компетентнісного підходу на уроках фізкультури у закладах загальної середньої освіти

**Мета дослідження:** з'ясувати шляхи реалізації компетентнісного підходу на уроках фізкультури у закладах загальної середньої освіти.

**Матеріали та методи.** У процесі вивчення означеної проблеми опрацьовано законодавчу, навчально-методичну та фахову літературу, довідкове видання; серед методів наукового дослідження використано аналіз, синтез, спостереження,

бесіда, узагальнення.

**Результати дослідження.** Реалізація компетентнісного підходу на уроках фізкультури досліджувалась нами у процесі практичного навчання під час проведення уроків фізкультури, спостереження за навчальною діяльністю учнів. Бесіда з учителями фізкультури дала можливість з'ясувати, що учні початкових класів надають перевагу рухливим іграм, фізичним вправам, що базуються на сюжетах прочитаних казок. Натомість для учнів основної та старшої школи важливими є ігри, естафети на розвиток швидкісно-силових здібностей та засвоєння тактико-технічних навиків спортивних ігор, що вивчаються (волейбол, баскетбол, футбол тощо).

Одним із шляхів реалізації компетентнісного підходу на уроках фізкультури у закладах загальної середньої освіти вбачаємо урізноманітнення методів навчання. Відтак, для учнів початкової школи пропонуємо сформуванню низку компетентнісно орієнтованих завдань, серед яких - інтелектуальні рухливі ігри. Наведемо приклади.

«Сигнал світлофора». Учитель показує сигнальні кольори: зелений - розпочинаються стрибки, жовтий - ходьба навприсядки, червоний - зупинка.

«Домашній улюбленець на тренуванні» Передбачає виконання комплексу вправ для розминки з улюбленими м'якими іграшками (легкі випади в сторону та підйоми рук з іграшкою, нахили по діагоналі з доторканням іграшкою до носка, присідання - іграшку поставити перед собою, а потім знову підняти).

«Математична фізкультура». Учні за сигналом учителя утворюють геометричну фігуру. Такі завдання формують мотивацію школярів до занять фізкультурою і спортом, сприяють забезпеченню гармонійного фізичного розвитку, підвищенню функціональних можливостей організму, вдосконаленню життєво необхідних рухових умінь та навичок, забезпечують міжпредметні зв'язки.

Для учнів старших класів уроки фізкультури пропонується проводити з орієнтацією на певний вид спорту.

«Ігрова розминка». Загальнорозвивальні вправи подаються в ігрових формах із футбольними, баскетбольними, волейбольними м'ячами (але не передбачають гри в футбол, баскетбол чи волейбол).

«Вправний жонглер». Це вправи з підкиданням і жонглюванням тенісних м'ячиків. Такі завдання формують правильну поставу, сприяють розвитку уважності, спритності. Завдання можна ускладнювати: підкинути м'ячик, плеснувши в долоні спереду чи ззаду; подати руку товаришеві тощо. Окрім того, доречно застосувати метод «контрастних» та «зближених» завдань, психомоторний метод, що впливають на рухову активність, розвивають уміння спілкуватися в різних ситуаціях.

Важливим, на наш погляд, є урізноманітнення форм навчання, серед яких - проведення бінарних уроків. Уроки фізкультури в початковій школі пропонуємо поєднувати з предметами «Я досліджую світ», «Природознавство», що формують розуміння в учнів зв'язків у природі й суспільстві, станом довкілля й діяльністю людини, впливу поведінки на здоров'я та безпеку, створюють умови для самовираження.

Бінарний урок з фізкультури та географії доречно проводити для учнів основної школи. Ознайомлення з плаванням як видом спорту вивчається разом із темою про океани, проблемою впливу людини на природу материків та океанів. Таке поєднання формує в учнів соціальну активність, відповідальність, екологічну свідомість, готовність брати участь у вирішенні питань збереження довкілля і розвитку суспільства. У процесі викладання фізкультури у старших класах розглядаємо бінарний урок фізкультури та історії - підготовка короткотривалого проекту «Спортивні ігри країн світу», що передбачає ознайомлення з історичними аспектами виникнення гри, виконання її елементів тощо.

Таким чином, реалізація компетентнісного підходу вимагає якісно нових змін в організації освітнього процесу, поєднання традиційних й інноваційних методів, форм навчання.