

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
(м. Суми, Україна)
Центр професійного розвитку педагогічних працівників Сумської міської ради
(м. Суми, Україна)
ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України»
(м. Київ, Україна)
Гомельський державний університет імені Франциска Скорини
(м. Гомель, Республіка Білорусь)
Північно національний університет (м. Інчуань, провінція Нінся, Китай)
Інститут біологічних наук, Зеленогурський університет (м. Зелена Гура, Польща)
ДОУ «Таджицький державний медичний університет
ім. Абуалі ібні Сіно» (м. Душанбе, Республіка Таджикистан)
Кишинівський державний педагогічний університет імені І. Creanga
(м. Кишинів, Молдова)
Школа професійної освіти Університету Еге Турецької республіки
(м. Анкара, Турецька Республіка)

«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

**МАТЕРІАЛИ ХІ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ «ОСВІТА І ЗДОРОВ'Я»**

15-16 квітня 2021 року

ТОМ 1 (5)

Суми – 2021

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка
(протокол № 9 від 29.04.2021)*

Редакційна колегія:

Лянной Юрій Олегович – доктор педагогічних наук, професор
Лянной Михайло Олегович – кандидат педагогічних наук, доцент
Калиниченко Ірина Олександрівна – доктор медичних наук, професор
Латіна Ганна Олександрівна – кандидат біологічних наук, доцент
Заїкіна Ганна Леонідівна – кандидат психологічних наук, доцент
Скиба Ольга Олександрівна – кандидат біологічних наук, доцент
Тонкопей Юлія Леонідівна – к.н. з фіз. вих. та спорту, доцент
Колесник Анна Сергіївна – викладач
Щапова Аліна Юріївна – викладач
Гулей Ольга Володимирівна – старший викладач

Рецензенти:

Гозак С.В. доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України»
Томенко О.А. доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор, завідувач кафедри теорії і методики фізичної культури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка

A11 **Актуальні проблеми громадського здоров'я:** матеріали XI міжнародної науково-практичної конференції «Освіта і здоров'я» / відповід. ред. І. О. Калиниченко, наук. ред. М. О. Лянной. Т.1. – Суми : ФОП Цьома С. П., 2021 – 132 с.

Збірник складається з наукових статей провідних науковців, досвідчених практиків, науковців-початківців, які працюють у напрямаках теоретико-методологічних аспектів розвитку шкільної освіти та сфери здоров'язбережувального виховання і навчання. Розкрито особливості роботи дошкільних закладів, закладів загальної середньої, професійної та вищої освіти на сучасному етапі розвитку суспільства.

Матеріали конференції будуть корисними для фахівців галузі педагогіки, вихователів закладів дошкільної освіти, викладачів початкових та старших класів, вчителів початкових та старших класів та усіх, хто цікавиться сучасними проблемами розвитку здоров'язбережувального виховання, здоров'я учасників педагогічного процесу та ведення здорового способу життя.

УДК 371.7(477.52)(063)

ББК 74.200.545я43

© Колектив авторів, 2021

© ФОП Цьома С.П., 2021

ЗМІСТ

Вітальне слово ректора Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка професора Ю.О.Лянного

Калиниченко І. О., Голобродько Н. В., Рикун А.

РОЛЬ І МІСЦЕ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ
ЗДОРОВ'Я У ФОРМУВАННІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Божок С.В., Зайченко О.В.

ФОРМУВАННЯ В УЧНІВ МОЛОДШОЇ ШКОЛИ ІСПАНОМОВНОЇ
ЛІНГВАСОЦІОКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЗАСОБОМ
АВТЕНТИЧНОГО МУЛЬТФІЛЬМУ

Борак В.П., Романюк Л.Б.

СОЦІАЛЬНОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Гозак С.В., Станкевич Т.В., Єлізарова О.Т., Парац А.М.

ГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО
НАВЧАННЯ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ПЕШОГО ЛОКДАУНУ ПІД
ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 В УКРАЇНІ

Заїкіна Г.Л., Клесник В.І.

ПРОБЛЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ «ШКІЛ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю» У
НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Замятіна Р.В., Горєла Т.М., Латіна Г.О.

ОЦІНКА ХАРЧОВОГО СТАТУСУ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ
ВПРОВАДЖЕННЯ ОСВІТНЬОЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ
ТЕХНОЛОГІЇ ЗА НАПРЯМОМ НАВЧАННЯ ЗБАЛАНСОВАНОМУ
ХАРЧУВАННЮ В ЗАКЛАДІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Заставний А.А.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ

Кабанова О.Є., Арзанов В.І.

ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

Калиниченко Д.О., Калиниченко О.О., Оберлянд А.К.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО
СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ 15 - 17 РОКІВ

Калиниченко І.О., Латіна Г.О., Вакал В.О.

СТАН ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНОВІРУСНОЇ
ХВОРОБИ (COVID-19)

Колесник А. С., Демідова Л. А., Воловод К. О.

ВПЛИВ ЧИТАННЯ І ПИСЬМА НА ХАРАКТЕР ВАРІАБЕЛЬНОСТІ
СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ 5-6 РОКІВ

Костян Л. О.

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ЗАКЛАДАХ
ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Кравець Н.Я, Шевчик Л.О.

ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНІ
ЗАСОБИ ЗАХИСТУ

Лохоня І.М.

ФІЗИЧНЕ, ПСИХІЧНЕ, СОЦІАЛЬНЕ І ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я
ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ, МОЛОДІ

Никифоров А. М., Крамаренко Ю. Г.

ДО ПИТАННЯ ПРО МОЖЛИВОСТІ АРТ-ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З
МОЛОДШИМИ ШКОЛЯРАМИ

Никифоров А. М.

ФОРМУВАННЯ СВІДОМОГО СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО
ПЕДАГОГІЧНО-ТВОРЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАСОБАМИ
ХУДОЖНЬОГО ТКАЦТВА

Олійник Н.М.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ЦІННІСНА ОРІЄНТАЦІЯ У
ФОРМУВАННІ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Романюк Л.Б.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА COVID-19 СЕРЕД СТУДЕНТІВ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО
НАВЧАННЯ

Сабаніна Л.Є., Бондаренко О.Є.

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ ЯК
ВАЖЛИВА СКЛАДОВА МОЛОДІЖНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ

Сєдих С. В.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОГО УРОКУ

Стоєва Т. В., Джагіашвілі О. В., Рижикова Т. І., Ларіонов О. П.,

Портнова О. О., Соболева К. Б.

КУЛЬТУРА ХАРЧУВАННЯ ТА ХАРЧОВІ ПРІОРИТЕТИ:
СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Терновенко В. І., Вакал В. О., Тонкопей Ю. Л.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОЗДОРОВЧО-ФІЗКУЛЬТУРНОЇ РОБОТИ В
УМОВАХ НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ

Терновенко Т. В., Тонкопей Ю. Л.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА
ВНУТРІШНЮ ПАТОЛОГІЮ В КОНТЕКСТІ ГЕНДЕРНИХ
ВІДМІННОСТЕЙ (НА ПРИКЛАДІ РЕГІОНІВ)

Тієчко Н. В.

ІГРОВИЙ САМОМАСАЖ ЯК ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИЙ
ФАКТОР УРОБОТІ З ДІТЬМИ

Ткачук Н.І., Романюк Л.Б., Борак В.П., Малярчук А.Р.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У
СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ

Трунова С.В., Тиравська Ю.В., Бондарчук О.М.

ДОЦІЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ЕНЕРГЕТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ В
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ
СТЕНОКАРДІЄЮ

Усик Л.М., Скиба О.О.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ЗАКЛАДАХ
ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ

Усова О.М.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОРИГУЮЧОЇ ГІМНАСТИКИ
НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ПОЧАТКОВИХ КЛАСАХ

Шмалей С. В., Фін Л.Є

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРНОЇ СТРУКТУРИ
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ МОРСЬКОЇ
ГАЛУЗІ

Шовкопляс В.Г.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ:
НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
ВИКОРИСТАННЯ

Щапова А. Ю., Гусак Є. О.

ПОШИРЕНІСТЬ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК У ДІТЕЙ 15-17 РОКІВ З
РІЗНИМ РІВНЕМ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ



Шановні учасники XI Міжнародної науково- практичної конференції «Освіта і здоров'я»!

Вітаю учасників, гостей та організаторів з відкриттям XI Міжнародної науково-практичної конференції «Освіта і здоров'я», що відбувається в одному із найстаріших вищих навчальних закладів Сумщини! Цей захід щороку збирає фахівців, відданих справі виховання підростаючого покоління та галузі охорони здоров'я.

У загальнодержавній програмі «Здоров'я - 2020: український вимір» зазначено, що одним з ключових аспектів національної безпеки є здоров'я, як непересічна цінність для життя кожної людини. На жаль останні десятиліття характеризуються значним поширенням хронічних неінфекційних захворювань, факторами ризиків яких є біомедичні, соціально-економічні, середовищні та поведінкові чинники.

Загальновідомо, що серед чинників негативних тенденцій у стані здоров'я дітей та молоді пріоритетне місце посідають спосіб життя, умови життєдіяльності та навчання.

Одночасно віковий період, що охоплює час перебування у закладах освіти, характеризується впливом цілого комплексу соціальних чинників. Складна взаємодія біологічних факторів і факторів середовища формує стан здоров'я підростаючого покоління, складовими якого є рівень фізичного, розумового, функціонального розвитку, стан нейроендокринних процесів, імунний захист та адаптаційно-приспосувальні реакції, що знаходяться під впливом факторів навколишнього середовища та умов життєдіяльності.

Останнім часом ситуація зі здоров'ям дітей наблизилась до критичної: підвищується рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань окремих органів і систем.

У сучасних умовах стан здоров'я дітей має неабияке значення, оскільки саме від стану здоров'я підростаючого покоління залежить розвиток суспільства у майбутньому. Результати різноманітних досліджень свідчать про наявну тенденцію погіршення показників здоров'я дітей та підлітків в Україні. Спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, зростає число дітей з інвалідністю, викликає чималу стурбованість і той факт, що збільшується кількість дітей із розладами психіки та поведінки, відповідно зменшується група здорових дітей.

За останні роки у галузі охорони здоров'я накопичена значна інформація про зниження рівня здоров'я у дитячій та молодіжній популяції. Епідеміологічними дослідженнями встановлено, що кількість учнів, які на момент вступу до школи визнані здоровими, за період навчання зменшується з 86,59% до 10,0% - 25,81%, причому 52,69% учнів мають функціональні відхилення.

Не можна залишити поза увагою стан здоров'я педагогічних працівників. Відомо, що за останні роки у системі освіти відбулося зростання інформаційного навантаження, ускладнення навчальних програм та збільшення відповідальності вчителів за кінцевий результат своєї роботи.

Тому тільки спільні зусилля фахівців різних галузей дозволять вирішити проблему збереження і зміцнення здоров'я учасників освітнього процесу.

Науково-практична конференція, в якій Ви берете участь, започаткована кафедрою громадського здоров'я та медико - біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. Такий підхід кафедри до актуалізації питання здоров'язбереження у освітянській галузі не випадковий. Кафедра є однією з найстаріших кафедр університету. Історія кафедри починається з 1968 р., коли на базі Сумського педагогічного інституту було відкрито курс цивільної оборони, з підготовкою медичних сестер запасу.

Нині кафедра МБОФК забезпечує медико - біологічну підготовку студентів різних інститутів та факультетів і різних спеціальностей Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка.

На кафедрі працюють вісім викладачів, з них: доктор медичних наук, професор (Калиниченко І. О.), два кандидата біологічних наук (доценти Латіна Г. О., Скиба О. О.), кандидат психологічних наук (доцент Заїкіна Г. Л.), кандидат наук з фізичного виховання і спорту (доцент Тонкопей Ю. Л.), викладачі Колесник А. С., Щапова А. Ю. та лаборанти Дяченко С. В, Оберлянд А.К.

Протягом останніх років у колі наукових інтересів кафедри знаходяться питання збереження і зміцнення здоров'я дітей, підлітків і молоді. Крім того, особливого значення мають наукові розробки, що стосуються фізіолого - гігієнічних аспектів професійної діяльності педагогічних працівників закладів дошкільної та загальної середньої освіти.

На конференції розглядаються актуальні питання сьогодення, зокрема:

- фізичне, психічне, соціальне і духовне здоров'я дітей, підлітків та молоді;

- донозологічна діагностика як засіб оцінки та прогнозування індивідуального та популяційного здоров'я;
- гігієнічні аспекти організації освітнього процесу в закладах освіти;
- медико-біологічні та психолого-педагогічні аспекти фізичного виховання дітей та молоді;
- сучасні підходи до створення здоров'язбережувального середовища у закладах освіти;
- гігієнічні та психолого-педагогічні засади формування здорового способу життя.

Вважаю, що головна мета проведення десятої науково-практичної конференції, у якій Ви берете участь, полягає у вивченні напрацювань та обміну досвідом практичної, науково – дослідної і методичної роботи у галузях освіти, охорони здоров'я, встановлення наукових та дружніх зв'язків, проведення спільних наукових досліджень, підготовки спільних наукових праць, публікацій, впровадження результатів наукової та методичної роботи у практику.

На мою думку, це чудова нагода для спеціалістів і науковців з різних регіонів, не тільки обмінятися досвідом, новими напрацюваннями, досягненнями, відкриттями, але і ознайомитися із сучасною базою Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, лабораторією гігієни навчальної діяльності та вікової фізіології кафедри медико - біологічних основ фізичної культури, де виконана більша кількість наукових досліджень у галузі гігієни дитинства на Сумщині.

Маю надію, що ця конференція стане вагомим внеском у розвиток пріоритетних для України галузей освіти та охорони здоров'я і дозволить підвищити рівень професіоналізму фахівців.

Щиро бажаю учасникам та організаторам Конференції плідної роботи, конструктивного діалогу та нових вагомих здобутків. Сподіваємося, що Ви отримаєте професійне задоволення від результатів роботи Конференції, задоволення від нашої гостинності й організації зустрічі у Сумському державному педагогічному університеті імені А. С. Макаренка.

З глибокою повагою,
Ректор Сумського державного
педагогічного університету
імені А. С. Макаренка
професор

Ю.О. Лянной

РОЛЬ І МІСЦЕ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я У ФОРМУВАННІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Калиниченко І. О.¹, Голобродько Н. В.², Рикун А.¹

¹ - Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка

² - Центр професійного розвитку педагогічних працівників

Сумської міської ради

м. Суми, Україна

Анотація. Метою дослідження було узагальнити нормативно-правові документи щодо державного управління охороною здоров'я у формуванні громадського здоров'я. Удосконалення управління у сфері охорони громадського здоров'я передбачає керування системою медичної допомоги та формування свідомого ставлення до власного здоров'я.

Ключові слова: громадське здоров'я, медична допомога, управління

Abstract. The purpose of the study was to summarize the legal documents on public health management in the formation of public health. Improving public health management involves managing the health care system and forming a conscious attitude towards one's own health.

Keywords: public health, health care, management

Вступ. Завдання збереження і зміцнення здоров'я населення є найбільш важливим питанням соціальної політики держави. На сьогодні система охорони здоров'я України перебуває в активному періоді впровадження реформи, здійснюється формування нормативно-правових документів.

За потребою часу, удосконалення управління у сфері охорони громадського здоров'я знаходиться у площині керування системою медичної допомоги та формування свідомого ставлення до власного здоров'я. На сьогодні управління здоров'ям розглядається як частина соціально-економічного керування у суспільстві, як складова управління соціальними ризиками.

Метою дослідження було узагальнити нормативно-правові документи щодо державного управління охороною здоров'я у формуванні громадського здоров'я.

Результати дослідження. У проекті Стратегії сталого розвитку України до 2030 року та Національному плані дій до 2020 року щодо впровадження Стратегії, операційною ціллю 4.1 визначено необхідність забезпечити охорону громадського здоров'я та сприяти благополуччю для всіх у будь-якому віці та запровадити на національному рівні значимий принцип «Охорона здоров'я – в усіх політиках держави» [1]. Завданнями державного рівня є

впровадження методології оцінки медико-екологічних ризиків, забезпечення показників очікуваної тривалості життя до рівня країн Європейського Союзу [2].

Відомо, що сталий розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від стану громадського здоров'я, її демографічної перспективи. Згідно із сучасними принципами формування ефективної соціально-економічної стратегії, здоров'я населення розглядається як один із основних пріоритетів економічного, соціального, політичного і екологічного напрямів державної політики [3, 4]. Основний Закон України утворює зобов'язання держави у визнанні найвищої соціальної цінності – життя та здоров'я людини (ст. 3, 49) [4]. У Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір» зазначено, що медико-демографічна ситуація, що склалась останнім часом в Україні, ставить під загрозу майбутнє країни і зумовлює посилення уваги до стану здоров'я дітей, підлітків і молоді [5].

Розбудова системи громадського здоров'я на сьогодні ґрунтується на політиці і підходах ВООЗ, що позиціонує громадське здоров'я «як мистецтво та науку про запобігання захворюванням, подовження життя та промоцію здоров'я через організовані зусилля суспільства». Сьогодні на часі у сфері публічного управління охороною громадського здоров'я є вдосконалення підходів до оцінки і прогнозу ризику для здоров'я населення, особливо це стосується здоров'я дитячого контингенту, що визначає багатогранність проблеми і міжгалузевий її характер.

Виходячи із аналізу світових тенденцій, публічне управління громадським здоров'ям необхідно трактувати як комплекс відповідних заходів державної інфраструктури за такими напрямками: підтримка і розробка відповідних стратегій і створення інституційної структури для галузі охорони здоров'я, пропаганда ефективного впровадження здоров'язбережувальних заходів у соціальну, економічну та екологічну політику; впровадження програм зміцнення здоров'я і розвитку охорони громадського здоров'я; створення моніторингових механізмів для спостереження за станом здоров'я населення і середовищем життєдіяльності, проведення досліджень у системі «навколишнє середовище - здоров'я населення», сприяти формуванню навичок здорового способу життя та зменшення екологічних, соціальних та поведінкових факторів ризику для здоров'я населення [6].

У «Європейському плані дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» (ЄДП) визначено пріоритетне завдання, що полягає у розробці, здійсненні, моніторингу, оцінюванні дій зі зміцнення потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а серед десяти оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ)

чільне місце посідає функція моніторингу та реагування на небезпеки для здоров'я. Означена ОФГЗ передбачає забезпечення готовності до управління надзвичайними ситуаціями, у тому числі складання відповідних планів дій; розробка систем для збору даних, профілактики та контролю захворюваності; застосування комплексного та орієнтованого на співпрацю підходу по відношенню до різних державних органів, які беруть участь в управлінні [7].

У новій концепції стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, запропонованій ВООЗ, значно розширені раніше існуючі концепції публічного управління охороною здоров'я із підвищенням питомої ваги відповідальності усього суспільства, держава та розширення міжгалузевої взаємодії.

Основи Європейської політики у XXI столітті «Здоров'я–2020» визначають ряд пріоритетних областей, серед яких проблема неінфекційних та інфекційних хвороб, а також створення середовища, що підтримує здоров'я. Вказаний пріоритет включає підвищення інформаційного забезпечення та епіднагляду, забезпечення виконання міжнародних медико-санітарних правил, поліпшення обміну інформації, при необхідності проведення сумісного епіднагляду та прийняття заходів щодо боротьби з хворобами у співпраці з органами громадського здоров'я, Можливість людей зберігати власне здоров'я тісно пов'язана з умовами, в яких вони народжуються, зростають, працюють і старіють. Важливе при цьому значення має систематична оцінка впливу на здоров'я, пов'язаного зі стрімкими змінами навколишнього середовища, за результатами якої слід проводити відповідні заходи [8].

Незважаючи на те, що Україна витрачає значну частину ВВП на послуги у системі охорони здоров'я, рівень ВВП на душу населення в Україні є нижчим, ніж у більшості європейських країн [5]. Така ситуація була зумовлена глибинними недоліками, накопиченими у національній системі охорони здоров'я по причині відсутності модернізації, ігнорування потреб населення та неефективної роботи системи.

Публічне управління у галузі охорони здоров'я, у широкому сенсі, передбачає формування пацієнтоцентричної системи, що складається із власне населення країни, медичних працівників та державних установ і здатна забезпечити ефективне охоплення відповідними послугами галузі охорони здоров'я усього населення країни [5].

Висновок. Таким чином нормативно-правова база щодо публічного управління у сфері охорони громадського здоров'я стосуються оцінки ефективності комунікативної діяльності в публічному адмініструванні громадського здоров'я, механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони

здоров'я, механізмів державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України, проблем державного регулювання контролю якості медичної допомоги в Україні.

Література

1. Стратегія сталого розвитку України до 2030 року. URL : <http://C:/Users/User/Downloads/UNDP Strategy v06-optimized.pdf>
2. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе // Европейская серия по достижению здоровья для всех. ВОЗ: Евробюро, 1999. №6. С. 310.
3. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020». URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
4. Конституція України. К. : Алерта, 2011. 96 с.
5. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір». URL : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=244717787>.
6. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст // *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 24 - 31.
7. Концепція розвитку системи громадського здоров'я // *Україна. Здоров'я нації*. 2017. 33 (44). С. 15 – 23.
8. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). 52 с.

ФОРМУВАННЯ В УЧНІВ МОЛОДШОЇ ШКОЛИ ІСПАНОМОВНОЇ ЛІНГВАСОЦІОКУЛЬТУРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЗАСОБОМ АВТЕНТИЧНОГО МУЛЬТФІЛЬМУ

Божок С.В., Зайченко О.В.

Київський національний лінгвістичний університет
м. Київ, Україна

Автентичний мультфільм слугує ефективним сучасним засобом формування у школярів іспаномовної лінгвосоціокультурної компетентності, крім того під час перегляду мультфільму відбувається практика та застосування набутих раніше навичок. Учні дізнаються нові факти про країну виучуваної мови, ознайомлюються з її культурою, історією та традиціями тощо (в залежності від теми автентичного мультфільму).

Відповідно до нового Державного стандарту початкової загальної освіти, основною метою навчання іноземних мов у початковій школі є формування іншомовних умінь молодших школярів. Завдяки успішній реалізації цієї мети закладаються основи іншомовної комунікативної компетентності, дитина має змогу комфортно адаптуватися у іншомовному середовищі. Проте через відсутність природної

мотивації дитини до вивчення іноземної мови цей процес є надзвичайно проблемним. Відтак учитель повинен вміти використовувати і вдало підбирати сучасні методи, прийоми та засоби навчання, які б сприяли формуванню основних джерел активності школярів – мотивації, бажання та інтересу до вивчення мови, тобто впливати на їхню емоційно-чуттєву сферу. Але під час добору навчального матеріалу важливо знати і враховувати індивідуальні особливості учнів, їх загальнокультурний досвід. Оскільки мислення, пам'ять та увага учнів цього віку є інтенсивними та ефективними, навчальна інформація повинна подаватися у відповідній формі, з використанням наочності. Завдяки цьому учні будуть легко її запам'ятовувати у достатньому обсязі. Саме тому доцільним є використання мультфільмів на уроках іспанської мови.

Іншомовна комунікативна компетентність передбачає вироблення в учнів здатності до оволодіння різними видами компетенцій – мовної, мовленнєвої, дискурсивної, соціокультурної, полікультурної, лінгвокраїнознавчої та країнознавчої [1, с. 8]. Саме вони складають зміст навчання іноземної мови і становлять інтегровану якість особистості.

Головна роль належить мовній компетентності. Адже саме вона є опорою, що дозволяє здійснювати мовленнєву діяльність правильно. У результаті ознайомлення учні вчаться правильно користуватися мовою.

Мовна компетенція передбачає оволодіння певним обсягом мовних знань і відповідних навичок; включає мовні (фонетичні, граматичні, лексичні) знання та відповідні навички. До мовної компетенції можна віднести формування фонетичних навичок (ритміко-інтонаційні та слухо-вимовні), лексичних навичок (репродуктивні, рецептивні, навички обґрунтованої здогадки, користування різними видами словників), граматичних навичок (репродуктивні – навички говоріння, письма та рецептивні – навички аудіювання та читання) [1, с. 40].

Ефективним та сучасним засобом розвитку мовної компетенції у молодших школярів ми вважаємо саме мультфільм. Традиційно мультфільми націлені на дитячу аудиторію, що входить до основного кола їх інтересів, та викликає позитивні та яскраві образи та емоції, що сприяє кращому засвоєнню інформації. Крім того, мультфільми належать до зорово-слухових засобів навчання, які мають надзвичайно важливе значення для впливу на молодших школярів.

Зорово-слухові засоби навчання розраховані на одночасне зорове і слухове сприймання навчального матеріалу. До них належать відеофонограми (навчальні відеокурси, кінофрагменти, відеофільми, мультиплікаційні фільми, комп'ютерні програми), побудовані на типових ситуаціях спілкування у країні, мова якої

вивчається, що допомагає створити іншомовну культурну атмосферу на уроці [1, с. 66].

Використання мультфільмів на уроках іспанської мови допомагає реалізувати принципи наочності та активності, значно сприяє оптимізації навчального процесу, адже процес засвоєння знань починається з емоційного сприйняття та зацікавлює учнів.

Кожна країна має свою специфіку, яка характерна тільки для них, що відповідає духовним, етичним та моральним нормам. Головним засобом відображення цієї картини є мова. Історичний розвиток певної країни, традиції, звичаї, культура її народу та реалії є суттю лінгвосоціокультурної компетенції.

Лінгвосоціокультурна компетенція – це здатність здійснювати вибір мовних форм та використовувати їх відповідно до ситуації, це сукупність знань про країну; мова якої вивчається, її звичаї, правила поведінки, норми етикету, а також здатність користуватися такими знаннями у процесі спілкування з носіями мови; це здатність вступати в комунікативні стосунки з іншими людьми, орієнтуватися соціальної ситуації і керувати нею.

Метою формування лінгвосоціокультурної компетенції є формування правильної та ситуативно доречної мовленнєвої поведінки учня в умовах міжкультурної комунікації. Учень повинен мати не тільки добре розвинену мовну (фонетичну, лексичну, граматичну) та мовленнєву (говоріння, аудіювання, читання, письмо) компетентності, а й мати достатню базу соціокультурних знань, розумітися на іншомовних реаліях, порівнювати та зіставляти їх із власною культурою, вміти аналізувати та мислити критично, знаходити зв'язки між явищами.

Отже, формуючи лінгвосоціокультурну компетенцію доречно творчо поєднувати різні засоби і методи, використовувати різні види вправ, і приділяти належну увагу різним видам мовленнєвої діяльності.

Література:

1. Котенко О. В. Методика навчання іноземних мов у початковій школі: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. В. Котенко, А. В. Соломаха [та ін.]. – К. : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2013. – 356 с.

СОЦІАЛЬНОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Борак В.П., Романюк Л.Б.

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського.
м. Тернопіль, Україна

Нині актуальними є питання оптимізації навчальної діяльності школярів з урахуванням гігієнічного та фізіологічного аспектів. Навчання в основній школі розглядається як виховання найбільш адекватних форм поведінки в умовах мікросоціального середовища, а також зміни стану психічної сфери школяра. Аналіз літератури вказує на актуальність вивчення стану і процесів формування здоров'я дитячого населення. Не проводилося досліджень щодо комплексного аналізу впливу соціальних та гігієнічних факторів на дітей шкільного віку у родині. Не встановлено вплив стану здоров'я на розумову працездатність учнів. Не розроблено гігієнічних рекомендацій з поліпшення адаптації і стану здоров'я дітей шкільного віку в умовах комплексної дії несприятливих чинників родинного та шкільного середовища.

Різні середовища, з якими діти стикаються щодня, у тому числі домашнє середовище, шкільні або сімейні відносини можуть мати позитивний або негативний вплив на здоров'я дитини. Все важливішим для соціального розвитку стає помешкання дитини, де діти формують свої мережі і подальші соціальні навички [1, 2]. Значну частину часу діти проводять у школах, де формується певне освітнє середовище. Діти, задоволені школою, почувалися щасливими і мали краще психічне здоров'я порівняно з дітьми з менш позитивним ставленням до школи, а з негативним найчастіше проявлялося нездоровою поведінкою і зниженням психічного здоров'я [3].

Вплив сім'ї на дітей у багатьох аспектах, у тому числі як вони діють і спілкуються, дуже великий. У дитинстві система батьки-дитина добре функціонує і корелює зі станом психічного здоров'я дітей [4], тобто є соціальним капіталом сім'ї. Існує три виміри капіталу у сім'ї: економічний, людський і соціальний. Якщо економічний і людський капітали необхідні для прогресу дитини, то соціальний є найвагомішим, бо стимулюються і розвиваються взаємозв'язки між дитиною і батьками. Соціальний капітал не існує в ізольованих одиницях, тобто якщо один член сім'ї вибуває, усі учасники будуть потерпілими. Дослідження показують, що розлучення батьків - ризик для психологічного розвитку дитини. Зміни фінансового благополуччя родини теж впливають на соціальні взаємини [4].

Дослідження умов сімейного оточення сучасних підлітків, які мешкають у великому місті, засвідчило, що у більшості родин існують певні проблеми: недостатня увага до особистості підлітка, особливо

батька, і низький рівень участі у формуванні навичок здоров'я та адекватної поведінки; незадовільні показники стану здоров'я батьків і його низька суб'єктивна оцінка; недостатній рівень медичної активності матері, батька до власного здоров'я та здоров'я підлітка; значна поширеність шкідливих звичок (вживання алкоголю, паління)[5,6]. Проблемна ситуація виховання дітей здоровими і соціально благополучними у таких сім'ях обумовлена відсутністю того психологічного мікроклімату, який має створюватись обома батьками. У родинях без батька діти більш схильні до розладів психіки та поведінки. Водночас діти у повній родині, де сімейна ситуація оцінювалася самими батьками як конфліктна, теж мали більшу схильність до розладів психіки та поведінки. Психологічний мікроклімат у сім'ї також впливає на показники варіабельності серцевого ритму – підвищується індекс централізації, у дітей, де мікроклімат спокійний, він нижчий, де є конфліктні стани – вищий. Рівень доходів у родині також має вплив на збалансованість регуляції серцевого ритму дітей.

Несприятливі фактори оточуючого середовища діють не ізольовано, а разом з біологічними чинниками. Наявність у батьків вегетосудинної дистонії, гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, надлишкової ваги служило фактором ризику виникнення у дітей захворювань сечостатевої, ендокринної систем та збільшення маси тіла.

Збалансоване харчування є важливим чинником формування здоров'я дитини, її здатності ефективно адаптуватися до оточуючого середовища. Споживання м'яса, риби, особливо фруктів, значною мірою впливав на рівень патологічної ураженості школярів. Школярі, які менше споживали овочів, частіше мали захворювання ока та додаткового апарату: $(236,0 \pm 33,8)\%$ – у школярів, які споживали овочі щодня, $(420,0 \pm 70,5)\%$ – у школярів, які споживали їх 3-4 рази на тиждень та менше. Одним з головних факторів нормальної життєдіяльності школяра є сон. Повноцінним вважається такий сон, що має достатню тривалість для даного віку. За даними анкетування, оптимальна тривалість нічного сну була у $(78,7 \pm 3,7)\%$ хлопчиків та у $(63,0 \pm 4,4)\%$ дівчаток ($p < 0,01$).

Встановлено вплив перебування на свіжому повітрі на успішність навчання. Вищу успішність мали учні, які перебували на вулиці менше однієї години або 2-3 години, меншу – ті, що гуляють понад 4 години на день (менше 1 години – середній рівень успішності – $(6,3 \pm 0,5)$ балів, 2-3 години – $(5,6 \pm 0,1)$ балів, понад 4 години – $(5,1 \pm 0,1)$ балів). Це свідчить про високу ціну початкової успішності в умовах незадовільної організації навчальної діяльності. Оптимальна фізична активність є принципово важливим фактором здорового способу життя, що розширює межі адаптаційних можливостей організму

дитини, структурує загальну діяльність. Активні форми відпочинку були характерними для учнів першого класу, незалежно від статі, але однією з переважних форм відпочинку школярів був телевізор. Діти, в яких переважає активний відпочинок (прогулянки, активні ігри), мають нижчий рівень адаптації та успішності. Діти з пасивним відпочинком (телевізор, читання книжок) мають середній рівень шкільної адаптації та вищий за інших рівень успішності. Учні зі змішаним видом відпочинку мають вищий за інших рівень шкільної адаптації. Несприятливим соціальним чинником оточуючого середовища для розвитку дітей є паління та вживання алкоголю батьками.

Висновки. Ефективність навчальної діяльності дітей, їхня соціально-психологічна адаптація оцінювалися залежно від соціально-гігієнічних і соціально-біологічних факторів.. На захворюваність та біологічну адаптацію дітей впливали дещо інші біологічні та соціальні чинники – соціальний статус та психологічний мікроклімат, матеріальний стан родини, умови проживання дітей, наявність професійних шкідливостей та захворювань у батьків, шкідливі звички. У ході дослідження встановлено, що на здоров'я та шкільну адаптацію дітей впливають різні соціальні та біологічні чинники, які є фактором ризику виникнення хвороб у дітей та призводять до зниження соціально-психологічної, біологічної адаптації та успішності навчання.

Література:

1. Елисеєва Е.В. Клинические, социальногигиенические и организационные аспекты инвалидности детей : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СанктПетербург, 2004. 23 с.
2. Даниленко Г.М., Подрігало Л.В., Пашкевич С.А. Вплив соціально-гігієнічних та соціально-психологічних факторів внутрішньошкільного середовища на функціональний стан учнів початкової школи. Вестник гигиены и эпидемиологии. 2008. Т. 12. № 1. С. 54-60.
3. Chapple S. Child Well-Being and Sole-Parent Family Structure in the OECD: An Analysis. OECD Social Employment and Migration Working Papers № 82. Paris: OECD, 2009. 72 p.
4. Coleman J.S. Social Capital in the Creation of Human Capital. American Journal of Sociology. 1988. Vol. 94. P. 95-120. <https://doi.o>.
5. Salami S.O., Alawode E.A. Influence of single-parenting on the academic achievement of adolescents in secondary schools: Implications for counseling. Ibadan: Department of Guidance and Counseling University of Ibadan; 2000. URL : https://www.academia.edu/20294426/Project_2.
6. Черюканов А.В., Витрищак А.А. Сравнительный анализ качества жизни детей и подростков по оценкам самих несовершеннолетних и их родителей. Педиатрия. 2007. Т. 8. С. 526-537. URL : <http://www.medline.ru/public/art/tom8/art048pdf.phtml>.

ГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ПЕШОГО ЛОКДАУНУ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 В УКРАЇНІ

Гозак С.В., Станкевич Т.В., Єлізарова О.Т., Парац А.М.
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»
м. Київ, Україна

Введення карантинних обмежувальних заходів під час пандемії COVID-19 внесло кардинальні зміни в усі сфери життя, включаючи сферу освіти. Запровадження вимушеного дистанційного навчання стало викликом для всіх учасників навчального процесу. Невпинно збільшується кількість публікацій, присвячених різним аспектам і напрямам дистанційного навчання [1-3]. Втім, актуальним є гігієнічна оцінка фактичних дистанційних форм організації навчального процесу для школярів під час карантину та визначення найбільш здоров'язбережувальних варіантів навчання, що є важливим завданням профілактичної медицини на сьогодні.

Мета дослідження. Характеризувати форми дистанційної навчальної діяльності дітей шкільного віку під час карантинних заходів, пов'язаних з пандемією COVID-19.

Методи дослідження. Було проведено опитування батьків школярів 1-11 класів на он-лайн платформі <https://www.surveymonkey.com> за допомогою спеціально розробленої анкети за умови підписання інформованої згоди. До аналізу прийнято 920 повністю заповнених анкет (497 хлопців та 432 дівчини) з 68 населених пунктів усіх регіонів України. Анкета складалась з 6 блоків і містила 79 запитань, у даній публікації представлено аналіз інформації блоку «Дистанційне навчання». Для статистичного аналізу були використані кореляційний аналіз з розрахунком ρ у Спірмена (r), двофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) з наступною апостеріорною оцінкою відмінностей середніх за критерієм Бонфероні, таблиці спряженості з визначенням критерію χ^2 із застосуванням програми STATISTICA 8.0.

Результати. У міській місцевості проживало 802 респонденти (87,2 %), у сільській – 118 (14,7 %). За віковими групами і за статтю отримані градації однорідні у всіх групах міської та сільської місцевості ($p > 0,1$).

На національному рівні з 6 квітня 2020 року для учнів 5-11 класів, а з 28 квітня для учнів 1-4 класів стартував проект «Всеукраїнська школа онлайн» – уроки, які за чітким розкладом транслювали українські телеканали та канал YouTube Міністерства освіти і науки (<https://mon.gov.ua/ua/tag/vseukrayinska-shkola-onlajn>). Окрім цього на рівнях класу та школи були можливі інші форми дистанційного навчання: онлайн уроки вчителя з класом на доступних платформах, наприклад ZOOM; офлайн уроки (попередньо записані уроки або відеоролики без можливості безпосереднього спілкування учнів з вчителем і класом); завдання учням для самостійного опанування, які

переважно надавались вчителем у месенджерах типу Viber, соціальних мережах або іншим способом.

За проектом «Всеукраїнська школа онлайн» навчалось понад третина школярів (34,7 %), статистично достовірних відмінностей між частками учнів з міської та сільської місцевості не визначено ($p > 0,1$).

Заняття у другому форматі: «онлайн уроки вчителя з класом» проводились частіше у міських навчальних закладах, особливо в найбільших містах – $(60,4 \pm 2,1)\%$ учнів. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між кількістю жителів у населеному пункті та часткою дітей, що займались у форматі «онлайн уроки вчителя з класом» ($r = 0,32$; $p < 0,001$). Даний формат надає можливість безпосереднього спілкування зі своїм вчителем та класом, що позитивно впливає на психоемоційний стан дітей [4].

Третій формат «дистанційне навчання офлайн» більш характерний для міст з кількістю населення 100-499 тис. жителів – $(63,2 \pm 7,8)\%$ учнів. Всього за цим форматом займались 45,4% опитаних учнів.

36,0% учнів займались за четвертим форматом навчання у формі завдань у месенджерах та соціальних мережах. Найбільша частка учнів, що навчались за цим варіантом $(53,5 \pm 5,9)\%$, спостерігається серед жителів сільської місцевості. Вважаємо цей формат навчання найменш здоров'язбережувальним, таке самостійне опанування навчальних дисциплін може призводити до швидкого стомлення, зниження зацікавленості та виникнення в подальшому психоемоційних проблем у дітей [4].

Окрім цих нових форматів дистанційного навчання, запроваджених на період карантину, існує також і постійний формат дистанційного індивідуального навчання (безперервне дистанційне навчання, домашня, позашкільна освіта). 8,3% батьків відмітили, що їх діти займаються за цим варіантом. Обов'язковою умовою при організації такого навчання є дотримання гігієнічних вимог щодо умов і організації навчального процесу усіма його учасниками.

Під час карантину вчителі і діти використовували як один формат навчання, так і комбінували декілька. Зі збільшенням віку учнів діапазон форм навчання розширювався ($r = 0,24$; $p < 0,001$).

Батьки 2,0% школярів зазначили, що їх діти не навчались взагалі.

Встановлено, що середня тривалість навчання у учнів становила $(3,7 \pm 1,6)$ годин на добу з максимальним значенням 7 годин. Тривалість навчання збільшувалась з 1 по 11 клас від 3,4 до 3,8 годин/добу у хлопців та з 3,2 до 4,5 годин/добу у дівчат з відмінністю між віковими групами $F = 5,6$ при $p < 0,001$. При цьому апостеріорна перевірка показала, що суттєві відмінності є тільки між тривалістю навчання учнів 10-11 та 1-4 класів ($p < 0,05$).

Проведення дисперсійного аналізу показало відмінності середньої тривалості навчання на добу під час звичайного навчального процесу та під час дистанційного навчання ($F=73,8$; $p<0,001$). Суттєве зниження тривалості навчання серед дітей 5-9 класів під час карантину може вказувати на перевищення навчального навантаження для цієї вікової групи у звичному навчальному процесі, про що ми повідомляли у наших попередніх роботах [5].

Під час дистанційного навчання, як і до карантину, зі збільшенням віку діти більш пасивно проводять перерви між уроками ($r=0,23$; $p<0,001$). Тривалість виконання домашніх завдань залежала від віку та статі школярів ($F=9,4$; $p<0,001$). 4,2% опитаних учнів взагалі не виконували домашнє завдання.

Обов'язковим компонентом навчального процесу є фізична виховання (ФВ). Під час дистанційного навчання тільки ($63,6\pm 1,6$)% респондентів відмітили, що в їхніх навчальних закладах були організовані заняття ФВ в той чи іншій формі. Найбільш поширеним форматом ФВ під час карантину були відеоролики з ФВ на YouTube. Цей формат характерний для ($35,6\pm 2,0$)% учнів з тих, що взагалі отримували рекомендації щодо ФВ. Заняття фізкультурою онлайн з вчителем були найменш доступною формою ФВ (охоплено ($14,9\pm 1,5$)% учнів). У сільській місцевості така форма проведення уроків фізкультури взагалі не практикувалась. Рекомендації у вигляді посилань на комплекси фізичних вправ в мережі Інтернет зазначають ($21,5\pm 1,7$)% дітей. Для 28,0% учнів організація ФВ під час карантину була обмежена лише усними або письмовими рекомендаціями вчителя фізкультури, причому інколи це зводилось до поради переглянути або певний футбольний матч, або певні спортивні змагання.

Вважаємо, що блок фізичного виховання учнів під час дистанційного навчання має розглядатись як потужний засіб збереження їх фізичного і психічного здоров'я і потребує творчого підходу для підтримання мотивації дітей займатись фізичними вправами. Позитивним прикладом є проект «Руханка» в рамках «Всеукраїнської школи онлайн». Так, 59,2% школярів незалежно від місця проживання ($\chi^2=1,7$; $p>0,8$) виконувало фізичні вправи у цьому форматі. Слід відмітити, що Руханкою цікавились і 54,4% школярів, які не займались у форматі «Всеукраїнської школи онлайн». Це свідчить про зацікавленість дітей фізичними вправами у вигляді відеороликів, особливо емоційно забарвлених, що доцільно використовувати для підвищення рухової активності не лише в період карантину, а й під час будь-якого навчального процесу, до того ж в їх створенні потрібно враховувати вік і стать дітей [6].

Актуальним подальшим дослідженням є визначення впливу різних форм дистанційного навчання на здоров'я учнів, що планується зробити в наступних роботах.

Висновки.

Дистанційне навчання під час першого локдауну, пов'язаного з пандемією COVID-19, мало певну варіабельність форм і їх комбінацій, що може бути обумовлено відсутністю досвіду у всіх учасників навчального процесу. Найбільшу кількість позитивних переваг має формат «онлайн навчання з вчителем і класом».

Лише для 63,6% учнів були надані рекомендації щодо занять фізкультурою під час дистанційного навчання, хоча це найдоступніший засіб для збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я дітей, а також для підтримання високого рівня їх розумової працездатності. Вважаємо, що для підвищення мотивації дітей до фізичних вправ необхідно більш широко використовувати сучасні комунікаційні технології та інформаційні ресурси.

Література:

1. Дистанційне навчання: виклики, результати та перспективи. Порадник. З досвіду роботи освітян міста Києва : навч.-метод. посіб. / Упоряд.: Воротникова І.П., Чайковська Н.В. – К. : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2020. – 456 с.
2. Scherban T.D., Hoblyk V.V.. Distance (online) education in the conditions of extreme situation (on the example of self-isolation: March–May 2020): scientific publication. Mukachevo: ED MSU, 2020 – 160 p.
3. Соломаха К.В., Гаркавий С.І. Проблеми та перспективи дистанційної освіти в Україні. *Довкілля і здоров'я*. 2020, Вересень 3(96):60-64. doi.:10.32402/dovkil2020.03.060
4. Гозак С.В., Елизарова Е.Т., Парац А.Н., Дюба Н.М., Станкевич Т.В., Лебединець Н.В. Особливості дистанційного навчання школярів 1-11 класів під час пандемії COVID-19. *В І С Н И К Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. № 1(11)/2020. С. 27-33. doi:10.17721/BSP.2020.1(11).5
5. Полька Н.С., Гозак С.В., Елізарова О.Т., Парац А.М., Станкевич Т.В., Калиниченко І.О., Заїкіна Г.П., Латіна Г.О. Розумова працездатність, навчальне навантаження та спосіб життя сучасних школярів: гігієнічні аспекти : монографія. За заг. ред. Н.С. Польки, С.В. Гозак. Київ : Медінформ, 2018. 214 с.
6. Полька Н.С., Гозак С.В., Елізарова О.Т. Оптимізація фізичного виховання у загальноосвітніх навчальних закладах. *Довкілля та здоров'я*. 2013. № 2. С.12-17.

ПРОБЛЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ «ШКІЛ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю» У НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Заїкіна Г. Л.¹, Колесник В.І.²

¹Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка

²КЗ «Комплексна дитячо-юнацька спортивна школа №1»

м. Суми, Україна

Вступ. Відомо, що найважливішими стратегічними завданнями будь якої держави є всебічний розвиток дитини, становлення її фізичного, психічного та духовного здоров'я, формування у дітей відповідального ставлення до нього як найвищої індивідуальної та суспільної цінності. Ці стратегічні завдання визначені передусім актуальністю проблеми здоров'я, національною програмою «Діти України», Національною доктриною розвитку освіти, програмою «Здоров'я нації» тощо. Ці завдання знайшли відображення в Конституції України, Законах України «Про освіту», «Про дошкільну освіту», Концепції національної безпеки України, у Базовому компоненті дошкільної освіти.

Отже, стратегічна мета – пошук шляхів удосконалення процесу збереження, зміцнення та формування здоров'я юного покоління у цілому і кожної особистості зокрема стоїть не лише перед сферою охорони здоров'я, а й перед усім педагогічним загалом.

Слід відмітити, що дошкільний вік є вирішальним у формуванні фундаменту фізичного і психічного здоров'я, адже саме в цей період йде інтенсивний розвиток органів і функціональних систем організму, закладаються основні риси особистості, формується характер на основі типу вищої нервової діяльності. Крім того, існує необхідність наголосити на негативній динаміці змін стану здоров'я дітей дошкільного віку, а також достатньо високого відсотку дітей 6 років, які недостатньо готові до навчання у закладі загальної середньої освіти з точки зору як психофізичного так і соціального здоров'я.

Тому питання необхідності створення шкіл сприяння здоров'ю на базі навчальних закладів дошкільної освіти залишається гострим і актуальним.

Мета – обґрунтувати необхідність організації «школи сприяння здоров'ю» на базі навчального закладу дошкільної освіти.

Методи дослідження: систематизація та узагальнення досвіду науковців, у тому числі власного досвіду, з проблеми організації «шкіл сприяння здоров'ю».

Результати дослідження. Школа сприяння здоров'ю (ШСЗ) – це дошкільний навчальний заклад або навчально-виховний комплекс, де надається пріоритет здоров'ю в усіх напрямках навчально-виховної роботи, виховний процес у якому здійснюється у відповідності до

психофізіологічних, фізичних, статевих, типологічних, вікових особливостей дошкільників [1, 5, 14].

На етапі розробки проекту ШСЗ керівництво закладу повинно здійснити аналіз завдань, які будуть вирішуватися комплексним шляхом, наприклад: забезпечення психофізичного благополуччя вихованців; формування свідомого ставлення до власного здоров'я, здоров'я близьких, природних ресурсів рідного краю тощо; об'єднання зусиль співробітників і батьків для здоров'язберезувальної спільної діяльності; підвищення функціонально-резервних та адаптаційних можливостей організму дітей; збагачення рухового досвіду дітей і розвиток їх психофізичних якостей; навчання дітей регуляції свого психологічного стану, вмінню попереджати небезпечні ситуації і правильній поведінці під час їх виникнення; залучення науковців до співпраці, використання науково-обґрунтованих методик оцінки психофізичного стану, психофізіологічних функцій і процесів, психологічної, психофізіологічної корекції різних станів тощо.

Актуальним під час розробки ШСЗ є підбір інноваційних науково обґрунтованих програм з пріоритетом вибору максимально здоров'язберігаючих освітніх методик і технологій, координацією діяльності всіх педагогів та спеціалістів закладу дошкільної освіти (ДНЗ) з метою розробки індивідуального маршруту виховання, оздоровлення з урахуванням здоров'я вихованців, індивідуальних здібностей, інтересів, перспектив розвитку тощо [1, 2, 5, 7].

Крім того, під час створення ШСЗ в умовах ДНЗ необхідно враховувати дошкільні фактори ризику та здоров'яформуючий потенціал закладу дошкільної освіти (рис. 1).

Аналіз наукових джерел дозволив серед провідних факторів ризику внутрішньодошкільного середовища виділити і систематизувати наступні: стресова педагогічна тактика, значна наповнюваність груп, напруженість роботи вихователя, не чітке виконання фізіологічних і гігієнічних вимог до організації виховного процесу, недостатня наукова обізнаність педагога у питаннях вікової фізіології та психофізіології, охорони і зміцнення здоров'я, недостатня обізнаність батьків у питаннях збереження здоров'я дітей, невідповідність параметрів мікроклімату вимогам «зони комфорту», недоліки в організації фізичного виховання, відсутність системності формування цінності здоров'я і здорового способу життя тощо [3, 6, 8, 12, 13].

Враховуючи вище сказане, пропонуємо базову модель школи сприяння здоров'ю у ДНЗ, яка представлена на рисунку 2:



Рис. 1. Здоров'яформуючий потенціал закладу дошкільної освіти

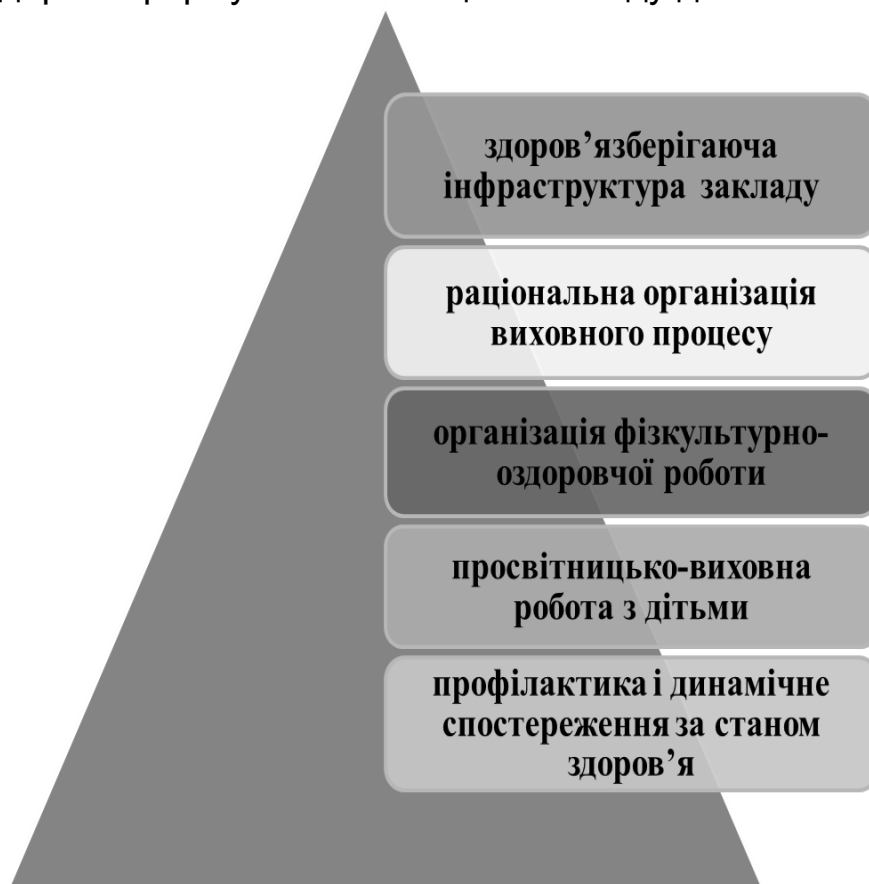


Рис. 2. Базова модель школи сприяння здоров'ю

Перший блок – здоров'язберігаюча інфраструктура закладу – включає: стан і утримання будівлі та приміщень відповідно гігієнічних вимог; оснащеність спортивних залів, спортивних майданчиків необхідним обладнанням і інвентарем; наявність і необхідне оснащення медичного кабінету; наявність і необхідне оснащення їдальні; організація якісного харчування; необхідний і кваліфікований склад спеціалістів, які забезпечують роботу з дітьми (медичні працівники, вчителі фізичної культури, психологи, логопеди) [4, 6, 10, 12].

Другий блок передбачає раціональну організацію виховного процесу і включає: дотримання гігієнічних норм і вимог до організації і обсягу навантаження дітей; використання методів і методик навчання, які адекватні віковим можливостям і особливостям дошкільників; впровадження будь-яких інновацій у виховний процес тільки під контролем спеціалістів; дотримання усіх вимог до використання технічних засобів навчання і виховання (комп'ютер, аудіо-візуальні засоби); раціональну організацію занять з фізичної культури тощо [8, 9, 14, 15].

Третій блок – організація фізкультурно-оздоровчої роботи передбачає: ефективну роботу з дітьми усіх груп здоров'я (на заняттях з фізичної культури, у секціях); організацію занять ЛФК; організацію динамічних перерв, фізкультхвилинок на заняттях; організацію роботи спортивних секцій; проведення спортивно-оздоровчих заходів [3, 6, 9].

Пропонуємо орієнтовний перелік фізкультурно-оздоровчих заходів в рамках школи сприяння здоров'ю: спеціальні фізичні вправи, фізичний самозахист, вітамінна терапія, фізичні вправи протягом дня, спеціальні та гартувальні процедури, психокорекція, олімпійські свята, танцювально-ритмічна гімнастика, національні фізичні заняття, фольклорні фізичні заняття, психологічне розвантаження (у спеціально створених кімнатах – «живі куточки», арт-майстерні тощо).

Складовими четвертого блоку можуть бути наступні: введення до системи роботи ДНЗ програм, які спрямовані на формування цінності здоров'я і здорового способу життя; бесіди, ігри, розповіді, свята з проблем збереження і зміцнення здоров'я, безпеки у різних сферах життєдіяльності; проведення "Днів здоров'я", конкурсів, свят тощо; створення ради з проблем здоров'я (адміністрація, вихователі, батьківський комітет, науковці).

Серед заходів п'ятого блоку – профілактика і динамічне спостереження за станом здоров'я можна виділити: використання рекомендованих і затверджених методів профілактики захворювань (профілактика порушень постави, профілактика порушень зору тощо); аналіз і обговорення на педрадах стану здоров'я дітей; ведення карти

здоров'я (групи) закладу; залучення медичних працівників до реалізації усіх компонентів роботи щодо збереження і зміцнення здоров'я дітей, підвищення освітнього рівня педагогів і батьків [13, 15].

Висновки. Отже, головне у роботі дошкільного закладу – турбота про здоров'я дітей, адже здоровий малюк легше сприймає виховні впливи, швидше набуває необхідних умінь та навичок, краще пристосовується до змін навколишньої дійсності. Проблема здоров'я дітей є важелем виховної роботи, що здійснюється батьками та педагогами, а стратегічною метою є виховання і розвиток життєрадісної особистості, збагаченої знаннями про себе, готової до творчої діяльності, поведінка якої відповідає загальнолюдським нормам моралі. А знання, розуміння і втілення в практику основ здорового способу життя – це три ключових моменти, від яких залежатиме повноцінність і тривалість життя кожної особистості, цілого покоління та всіх наступних поколінь людей.

Література:

1. Бережна Т. Школа сприяння здоров'ю. Мода чи веління часу? /Т. Бережна // Директор школи. – 2006. – № 47. – С. 22.
2. Ващенко О. Як створити школу сприяння здоров'ю / О. Ващенко, С. Свириденко. – К. : Шкільний світ, 2008. – 128 с.
3. Волинець Ю. Луцька гімназія № 4 – Школа сприяння здоров'ю /Ю. Волинець // Здоров'я та фізична культура. – 2009. – № 34. – С. 3.
4. Волкова І. Здоров'я школярів – взаємодія лікарів, педагогів, психологів / І. Волкова // Практика управління закладом освіти. – 2009. – № 12. – С. 5.
5. Іванов О. Школа сприяння здоров'ю / О. Р. Іванов // Управління школою. – 2010. – № 2. – С. 2.
6. Кириченко В. Розроблення і реалізація здоров'яформуючої політики навчального закладу : міжсекторальний підхід / В. Кириченко // Практика управління закладом освіти. – 2009. – № 12. – С. 7.
7. Лузан В. Школа сприяння здоров'ю / В. Лузан // Директор школи. – 2008. – № 11. – С. 17.
8. Овчарова А. Управління сучасною Школою сприяння здоров'ю /А. В. Овчарова // Управління школою. – 2009. – № 31. – С. 2.
9. Пащенко В. Моделі організації шкіл сприяння здоров'ю / В. Пащенко // Управління освітою. – 2009. – № 20. – С. 24.
10. Робота підсистеми школи сприяння здоров'ю : [З досвіду роботи Липецької ЗОШ I-III ст., Косовський р-н, Одеська обл.] // Школа. – 2010. – № 2. – С. 10.
11. Сергієнко В. Запровадження в навчальний процес моделі Школи культури здоров'я / В. Сергієнко // Практика управління закладом освіти. – 2009. – № 12. – С. 23.
12. Тішакова Л. Система оздоровчої роботи в дошкільному навчальному закладі / Л. Тішакова, І. Колованова // Практика управління закладом освіти. – 2009. – № 12. – С. 29.
13. Шульга С. Оздоровчі технології (школа сприяння здоров'ю) /С. Шульга // Директор школи. – 2008. – № 9. – С. 17.
14. Черненко Н. Школа сприяння здоров'ю від «А» до «Я» / Н. Черненко // Здоров'я та фізична культура. – 2008. – № 9. – С. 3.

ОЦІНКА ХАРЧОВОГО СТАТУСУ ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСВІТНЬОЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ЗА НАПРЯМОМ НАВЧАННЯ ЗБАЛАНСОВАНОМУ ХАРЧУВАННЮ В ЗАКЛАДІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Зам'ятіна Р.В., Горєла Т.М.¹, Латіна Г.О.²

¹КУ Сумська загальноосвітня школа I-III ступенів №15 імені Д. Турбіна

²Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка
м. Суми, Україна

Вступ. Під терміном «харчовий статус» (ХС) рекомендують розуміти стан здоров'я населення, що визначається харчуванням у певних конкретних умовах праці та побуту. Нікіфорова Я. В. визначає ХС, як стан здоров'я, що утворився на тлі конституціональних особливостей організму під впливом фактичного харчування [1]. Також, харчовий статус розглядається як інтегральний показник загального функціонального стану дитини, генетично детермінованих особливостей обміну речовин і дії факторів навколишнього середовища [1].

Мета усіх здоров'язбережувальних технологій – сформувані в учнів необхідні знання, вміння та навички здорового способу життя, навчити їх використовувати отримані знання у повсякденному житті [3].

Однією із складових здорового способу життя, якої може навчитися дитина у закладі освіти, є збалансоване харчування. На жаль, за даними сучасних досліджень харчування дорослого населення характеризується низьким споживанням майже усіх основних продуктів з високою біологічною цінністю (м'ясо та м'ясопродукти, риба та рибопродукти, молоко та молокопродукти, фрукти, овочі тощо) на тлі надмірного споживання хлібобулочних, кондитерських виробів, цукру та простих вуглеводів, жирових продуктів, картоплі, макаронних виробів [3]. З вищезазначеного слідує що харчування дорослих може віддзеркалювати недостатню інформованість щодо принципів збалансованого харчування.

Тому, робота створених «Шкіл сприяння здоров'ю» повинна одним із пріоритетних напрямів, поряд із оптимізацією рухової активності, боротьбою із шкідливими звичками, створенням позитивного психоемоційного середовища, повинна включати комплексну систему навчання збалансованому харчуванню.

Мета дослідження – оцінити ефективність впровадження освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання

збалансованому харчуванню в закладі загальної середньої освіти за рівнем харчового статусу у динаміці років.

Методи та організація дослідження. Для оцінки харчового статусу нами обрано індекс маси тіла (ІМТ). Результати антропометричних досліджень (довжина тіла (ДТ), маса тіла (МТ)) оцінено за стандартною методикою обрахунку ІМТ та розподілено на три групи: знижений харчовий статус ХС, підвищений ХС та оптимальний. Визначення трьох груп дослідження проводилось відповідно до вікових норм ІМТ які представлені у таблиці 1 [4].

Таблиця 1

Рівні харчового статусу за індексом маси тіла (кг/м²)

Вік, роки	Харчовий статус		
	знижений	оптимальний	підвищений
12	менше 15,81	15,81-21,21	більше 21,21
13	менше 16,22	16,22-21,78	більше 21,78
14	менше 16,27	16,27-21,56	більше 21,56
15	менше 17,23	17,23-22,15	більше 22,15
16	менше 17,76	17,76-22,11	більше 22,11

Група дослідження включала 478 підлітків 12-16 років м. Суми, оцінка ІМТ, яких проведена протягом 2010-2019 років. У 2010 році обстежено 37 підлітків, у 2011 році – 98 підлітків, у 2012 році – 109 підлітків, у 2014 році – 148 підлітків, у 2019 році – 86 підлітків.

Дослідження проводилося з дотриманням принципів добровільності, з гарантією захисту прав і свобод людини, недоторканості його фізичної та психічної цілісності, з дотриманням принципів справедливості і рівності, з попереднім детальним інформуванням волонтерів про суть дослідження. Математична обробка здійснювалась на персональному комп'ютері з використанням стандартного статистичного пакету STATISTICA 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті оцінки рівня ХС за 2010-2019 роки встановлено перевагу оптимального ХС (62,13%) над підвищеним (28,87%) та зниженим його рівнем.

Як представлено на рисунку 1, з роками спостерігається зростання оптимального рівня ХС на 19,21%. Частка зниженого ХС протягом періоду дослідження коливається в межах 2% і зростає від 2010 до 2019 року до 5,44%. Частка підвищеного рівня ХС підлітків знизилась на 24,64% від початку впровадження заходів освітньої

здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню.

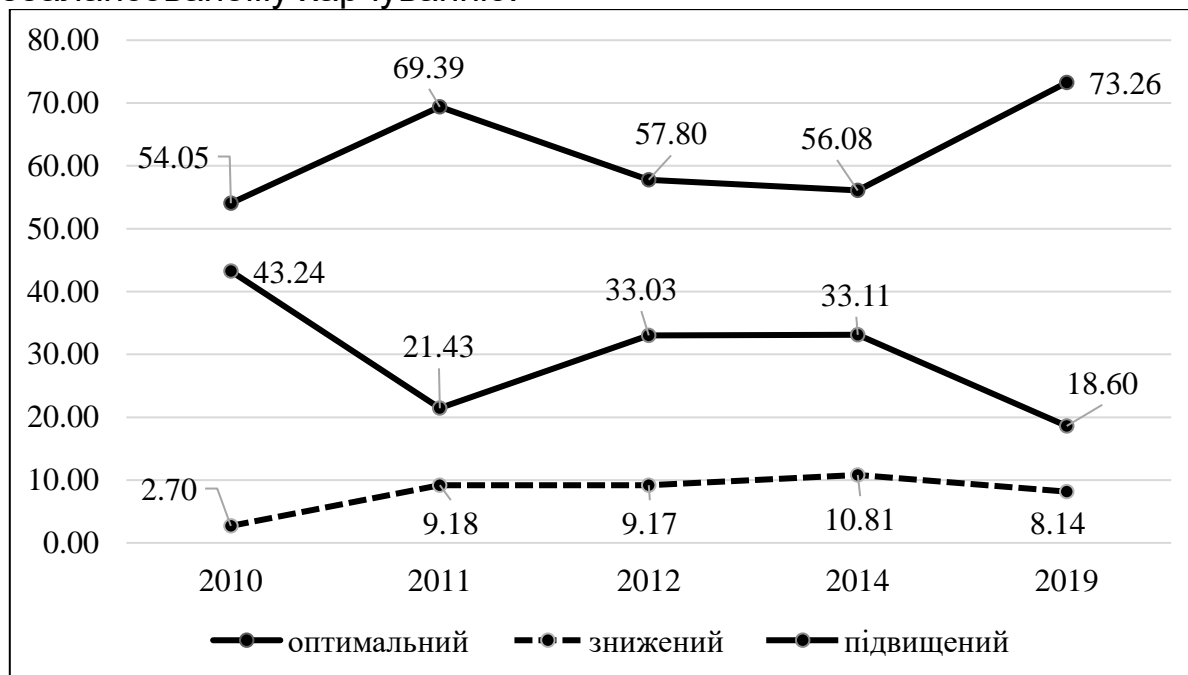


Рис. 1. Динаміка рівнів харчового статусу протягом 2010-2019 рр. у підлітків 12-16 років.

Розглянемо основні закономірності зміни харчового статусу підлітків за роками. Так, як представлено на рисунку 1, у 2010 році харчовий статус підлітків формувався за рахунок оптимального та підвищеного його рівня. Це свідчить про порушення співвідношення маси тіла та зросту підлітків у бік зростання маси. Зростання маси тіла підлітків може свідчити про порушення рухової активності та харчування. У 2011 році ХС підлітків відповідав оптимальному рівню, що відповідає року впровадження додаткових заходів здоров'язбереження у середній школі. У подальші роки ХС підлітків характеризується домінуванням оптимального рівня. Підтверджує ефективність впровадженої освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню підтримка ХС на оптимальному рівні і у 2019 році (73,26%).

Висновки. В результаті оцінки рівня ХС за 2010-2019 роки встановлено перевагу оптимального ХС (62,13%) над підвищеним (28,87%) та зниженим його рівнем. З роками спостерігається зростання оптимального рівня ХС на 19,21%, що підтверджує ефективність впровадженої освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню.

Література:

1. Нікіфорова Я. В. Взаємозв'язок харчової поведінки з метаболічними чинниками ризику. *Сучасна гастроентерологія*. 2015. № 3 (83). С. 113 – 121.

2. Курилюк Ю.І. Соціально-педагогічне забезпечення здоров'язберігаючої діяльності учнів загальноосвітньої школи. *Молодий вчений*. 2018. № 3.3 (55.3). С. 93 – 96.

3. Фізичний розвиток дітей різних регіонів України. Випуск 2 (міські дошкільники) / За ред. чл.-кор. АМН України, д. мед. н., проф. Сердюка А.М. – К.: КІМО „Деркул”, 2003. С. 216-230.

4. Методика оцінки ефективності освітньої здоров'язбережувальної технології за напрямом навчання збалансованому харчуванню учнів закладів загальної середньої освіти / Калиниченко І. О., Латіна Г. О., Зам'ятіна Р. В., Горела Т. В., Суми: ФОП Цьома С.П., 2020. – 24 с.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ

Заставний А.А.

КУ Сумська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №6 СМР
м. Суми, Україна

Зауважимо, що теоретичні засади застосування сучасних педагогічних технологій у навчальному процесі розкриті у працях безлічі науковців-дослідників, а саме: В. Беспалька, І. Богданової, Б. Ліхачова, С. Пальчевського, І. Підласого, О. Пехоти, О. Падалки, О. Пометун, Г. Селевка і багатьох інших учених. Проблеми розробки і впровадження інноваційних технологій підіймаються в працях Ш. Амонашвілі, І. Бежа, Н. Бібік, А. Границької, Дж. Дьюї, В. Кіппатрика, М. Лисенкова, О. Савченко, І. Унт, А. Хуторського, В. Шадрікова, В. Шаталова та ін. Особливості впровадження інноваційних технологій у навчально-виховний процес початкової школи розглядали Г. Альтшуллер, О. Біда, І. Волков, П. Ерднієв, С. Куганов, Л. Тарасов, І. Якиманська.

Окремі аспекти вживання інноваційних технологій в сучасній школі при викладанні шкільних предметів, розвитку творчого потенціалу, життєвих і спеціальних компетенцій учнів були висвітлені в останніх наукових публікаціях Ю. Ботузова, С. Даофен, І. Мартинова, І. Турчин тощо.

Отже, сучасна українська школа, нині нова українська школа – це ключова реформа Міністерства освіти і науки України. Головна мета Міністерства освіти і науки – це створити школу, у якій буде приємно навчатись та яка даватиме учням не тільки знання, як це відбувалося ще рік назад, а й вміння застосовувати їх у житті [3].

Головна мета школи – це підвищення якості освіти. Чинниками, котрі забезпечують якість початкової ланки загальної середньої освіти наступні [4]:

–повне та своєчасне охоплення навчанням усіх дітей молодшого шкільного віку;

–осучаснення та оздоровлення освітнього середовища;

- використання досягнень дошкільного періоду;
- впровадження методик особистісно і компетентнісно-зорієнтованого навчання;
- виховання і розвиток молодшого віку.

–учителю початкової школи варто орієнтуватися на головні компоненти Концепції Нової української школи: новий зміст освіти, заснований на формуванні компетентностей, потрібних для успішної самореалізації в суспільстві; на потреби учня в освітньому процесі, дитино центризм; наскрізний процес виховання, котрий формує цінності; на педагогіку, що ґрунтується на партнерстві між учнем, учителем і батьками [4].

Хочемо відмітити, що актуальними для реалізації ідей Нової української школи є: орієнтація на інтереси та досвід учнів, активність учнів у навчальному процесі, створення навчального середовища, яке б перетворило навчання на яскравий елемент життя дитини; практична спрямованість навчальної діяльності, взаємозв'язок особистого розвитку дитини з її практичним досвідом; відмова від орієнтації навчально-виховного процесу на середнього школяра і обов'язкове врахування інтересів кожної дитини; виховання вільної незалежної особистості; забезпечення свободи і права дитини в усіх проявах її діяльності, врахування її вікових та індивідуальних особливостей, забезпечення морально-психологічного комфорту дитини [4].

Відповідно до вимог Концепції Нової української школи одним з ефективних шляхів оновлення змісту і методів навчання в сучасній школі є інтеграція, яка реалізується на засадах тематичного та діяльнісного підходів. З оптимальних моделей інтеграції у початковій школі є інтеграція навколо соціокультурної теми/проблеми під час тематичних днів/тижнів. Створення єдиного для навчальних предметів тематичного простору дозволяє уникнути дублювання інформації у змісті різних навчальних дисциплін та, водночас, розглянути аналогічний матеріал одночасно з різних боків, за допомогою різних дидактичних засобів.

Втілюючи в життя ідеї педагогіки партнерства, вчителю слід використовувати в своїй роботі не тільки стандартні методи організації навчально-виховного процесу, але в більшій мірі виявляти ініціативу і будувати навчання і виховання таким чином, щоб дитина була постійно залучена до спільної діяльності. Будова освітнього процесу на принципах наступності, перспективності, врахування індивідуальних особливостей забезпечує всебічний гармонійний розвиток дитини [1].

Щодо інноваційних технологій нової сучасної української школи, то тут варто зазначити про те, що сьогодні інноваційні технології поривно ввійшли в шкільне життя як вчителів, так і учнів. Як вище

нами було зазначено, в Україні продовжується реформування системи освіти. І одним із знарядь становлення нової освіти є інноваційна діяльність, котра простягається у внесенні якісно нових елементів у навчально-виховний процес. Пропонуються нові технології, другий педагогічний менталітет [2].

Технологія навчання – це передбачення управління дидактичним процесом, що містить організацію діяльності і контроль за цією діяльністю [1].

Інноваційні технології – це група соціальних технологій, орієнтованих на здійснення найважливішої функції суспільства – підготовку підростаючих поколінь до включення в суспільне життя, нормальному функціонуванню в суспільстві [5].

Сьогодні різні автори називають різноманітні інноваційні технології сучасної школи, котрі належать до особистісно-орієнтованих, загальноприйнята класифікація поки що відсутня. У сучасній школі серед технологій, котрі орієнтовані на особистість учня, виділяються наступні технології, а саме: ігрові технології, групові технології, технології розвивального навчання, комп'ютерні (інформаційні) технології та технології формування творчої особистості.

Інноваційні технології – це група соціальних технологій, орієнтованих на здійснення найважливішої функції суспільства – підготовку підростаючих поколінь до включення в суспільне життя, нормального функціонування в суспільстві. Дослідниками виділено наступні групи інноваційних технологій, а саме [5]:

- педагогічні технології на основі особистісної орієнтації педагогічного процесу;

- педагогічні технології на основі активізації та інтенсифікації діяльності учнів;

- педагогічні технології на основі ефективності управління і організації навчального процесу;

- педагогічні технології на основі дидактичного удосконалення та реконструювання матеріалу;

- частково-предметні педагогічні технології; альтернативні технології;

- природо-відповідні технології;

- технологія розвивального навчання;

- педагогічна технологія авторських шкіл [5].

Основна відмінність між різними інноваційними технологіями полягає у наборі форм, методів та засобів навчання. Обираючи ту чи іншу технологію, слід керуватися не лише власними уподобаннями та особистим баченням, але й враховувати особливості того чи іншого освітнього середовища, здійснювати глибокий та всебічний аналіз наявної реальної ситуації.

Наприклад, за офіційними даними, 93 школи середньої освіти України активно використовують для організації освітнього процесу інформаційний сервіс «SMARTKIDS», розроблений видавництвом «Розумники». «Неофіційно ж цим сервісом, який вміщує 13 тисяч інтерактивних завдань з різних галузей пізнання, вже скористались більше 300 шкіл».

Інноваційними технологіями є платформа MOZAIK tamozaBook – інноваційний ПЗ для інтерактивної панелі чи дошки, котрі схвально зустрінуті педагогами та нині почали активно впроваджуватися в Україні. MozaBook урізноманітнює інструментарій для сучасного учителя за рахунок численних ілюстраційних, анімаційних та творчих презентаційних можливостей. Видовищні інтерактивні елементи і вбудовані додатки призначені для розвитку навичок, проведення дослідів і ілюстрування, пробуджують зацікавленість учнів і допомагають їм в більш легкому засвоєнні навчального матеріалу. Також, унікальний прилад, котрий став би в нагоді кожній сучасній школі – це повноцінна цифрова, міні-лабораторія Лабдиск, здатна швидко та дуже точно вимірювати температуру, вологість, освітлення, рівень шуму тощо [2].

З вищевикладеного, ми дійшли висновків, що для того, щоб зробити освіту сучасною, не обов'язково руйнувати її фундамент, достатньо лише його модернізувати у відповідності до нового часу. Обов'язково, як можна якісніше використовувати інноваційні технології в сучасній школі зі школярами.

Література:

1. Бібік Н.М. Нова українська школа: poradnik для вчителя. К. : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.
2. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології: посібник. – Київ : Академвидав, 2017. 352 с.
3. Литвинов А.С. Педагогічний провайдинг інновацій в освіті: навчальний посібник. Суми : Університетська книга, 2018. 265 с.
4. Нова українська школа: практика реалізації Концепції. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://dixi.education/new-ukrainian-school/>
5. Пометун О., Пироженко Л. Сучасний урок: інтерактивні технології навчання. К. : А.С.К., 2004. 192 с.

ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

Кабанова О.Є., Арзанов В.І.

Відокремлений структурний підрозділ
«Класичний фаховий коледж Сумського державного університету»
м. Суми, Україна

Усі три аспекти здоров'я — фізичний, психологічний і соціальний — тісно взаємопов'язані. Тому важливо зберігати рівновагу і дбати про всі аспекти благополуччя.

Фізичне здоров'я (благополуччя) характеризує рівень розвитку і функціональні можливості органів і систем людського організму.

Базовими показниками фізичного здоров'я є робота серця, стан імунної системи і здатність організму засвоювати кисень. Ознаки фізичного здоров'я: чиста гладка шкіра, здорові зуби, блискуче, міцне волосся, рухливі суглоби, пружні м'язи, здорове серце, відчуття бадьорості протягом дня, висока працездатність.

Фізичне здоров'я забезпечує енергію для повсякденного життя, полегшує адаптацію до навколишнього середовища (наприклад, до погодних умов), допомагає виживати в екстремальних ситуаціях. Воно підвищує наші шанси захиститися від інфекцій і уникати травм, а також швидко одужувати, якщо захворів. Для підтримки фізичного здоров'я важливо повноцінно відпочивати, мати нормальну вагу тіла, піклуватися про свою фізичну форму, особисту гігієну, а також проходити регулярний медичний огляд і лікуватися в разі потреби. Також важливо уникати шкідливого впливу на організм тютюну, алкоголю, інших психоактивних і токсичних речовин.

Ознаками фізичного нездоров'я можуть бути: порушення сну, відсутність апетиту, нездатність витримувати фізичні навантаження, порушення травлення, зіпсовані зуби, нездорова шкіра, підвищена стомлюваність, загальна слабкість.

Наше психологічне благополуччя залежить від того, що ми думаємо про себе, як долаємо стреси, засвоюємо інформацію і приймаємо рішення. Найважливішим критерієм психологічного благополуччя є відчуття психологічної рівноваги, яку пов'язують із гармонійною організацією психіки та її можливістю адаптуватися до стресів.

Психологічно врівноважені люди більше насолоджуються життям і легше долають виклики і проблеми. Вони навіть інакше ставляться до них.

Психологічно врівноважені люди усвідомлюють свої почуття і вміють висловити їх у найкращий спосіб. Вони здатні прийняти мудре рішення, керуючись моральними цінностями і відповідальністю.

Ознаки психологічного благополуччя	Ознаки порушення психологічної рівноваги
адекватне сприйняття дійсності	викривлене сприйняття дійсності
здатність засвоювати знання, логічно мислити	погіршення пам'яті, уваги, інших інтелектуальних здібностей
здатність аналізувати проблеми і приймати зважені рішення	хаотичність, категоричність мислення
цілеспрямованість, активність, незалежність	нерішучість, залежність від чужої думки
здатність дотримуватися соціальних норм і правил	схильність до порушення правил, моральних норм, законів
розвинене почуття відповідальності за себе (своє життя і здоров'я)	уникання відповідальності, наявність шкідливих звичок
критичне мислення	підвищена навіюваність
здатність адекватно оцінювати себе, самоповага	занижена самооцінка, утрата віри в себе, свої можливості
природність поведінки, вихованість, чемність	демонстративність, грубість, пихатість
здатність співчувати, доброзичливість	емоційна черствість, ворожість, агресивність
вміння пробачати і забувати образи	злостивість
володіння собою	імпульсивність, різноманітні фобії
оптимізм	тривожність, зневіра

Здоров'я населення оцінюють за трьома показниками. Перший — показник дитячої смертності. Другий — кількість робочих днів, пропущених через хворобу. Третій — середня тривалість життя. Вплив медицини на ці показники, за оцінками ВООЗ, не перевищує 10 %. Решта залежить від спадковості (20 %), стану довкілля (19 %), а найбільше (51 %) — від нашого способу життя.

Соціальне середовище — це насамперед родина, друзі, інші люди, з якими ви щодня спілкуєтеся. Сприятливе оточення — важливий чинник підтримання психологічної рівноваги.

Невід'ємною складовою життя підлітків є спілкування з однолітками (друзями, приятелями, однокласниками). Ті, хто дбає про своє здоров'я, можуть позитивно впливати і на здоров'я своїх друзів. А ті, хто поводить ризиковано (курить, вживає алкоголь, порушує закон), нерідко психологічно тиснуть на своїх друзів, спекулюючи на їхній потребі належати до групи.

Соціальне середовище людини не обмежується її найближчим оточенням. На здоров'я впливають і такі соціальні чинники, як культура та засоби масової інформації. Особливості національної кухні, народні традиції, релігія — усе це елементи культури, які можуть впливати на здоров'я.

Людина є здоровою лише при наявності нормальних матеріальних, духовних умов, а також відносини між людьми, між людиною й суспільними інституціями у різних сферах

життєдіяльності. Разом з тим, створені людьми умови й відносини не можуть суперечити природним закономірностям, бо в іншому випадку, це призведе до погіршення здоров'я. матеріальні надбання і людські відносини обов'язково мають узгодження з законами природи, суспільства.

Спосіб життя. Здоров'я і благополуччя залежать передусім від нас самих. Кожному під силу правильно харчуватися, покращувати фізичну форму, керувати стресами, не курити, не вживати алкоголь чи інші психоактивні речовини. Кожен здатен подбати про своє довкілля, гармонійні стосунки з оточенням, особистісний розвиток і наповненість життя глибоким сенсом.

Якщо ми нічого не робимо для свого здоров'я, переживаємо багато стресів, маємо шкідливі звички і схильність до невиправданих ризиків, рівень і резерви здоров'я знижуються.

А коли підтримуємо добру фізичну форму, живемо в гармонії зі своїм внутрішнім світом і світом навколишнім, протистоїмо негативному впливу оточення, то зазвичай досягаємо високого рівня благополуччя.

Література:

1. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни / Пер. с англ. М. Д. Гроздовой и др. — М.: Мир, 1997. — 368 с. Режим доступа: <https://search.rsl.ru/ru/record/01001783786>
2. Гладышев Ю. В., Гладышева Н. Г. Валеология: Учебно-методический комплекс. — Новосибирск: НГУЭУ, 2008. — 108 с. — Режим доступа: <http://valeologija.ru/knigi/valeologiya-uchebnij-kompleks-gladisheva>.
3. Воронцова Т. В., Пономаренко В. С. Основы здоров'я. Підручник для 7 класу загальноосвітніх закладів.
4. Здоровий спосіб життя [Електронний ресурс]: курс уроков. — Режим доступа: <http://4brain.ru/zozh/pitanie.php>. — Тема с экрана.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ 15 - 17 РОКІВ

Калиниченко Д.О.¹, Калиниченко О.О.², Оберлянд А.К.¹

¹-Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка

²-Військово – медична служба управління СБУ в Сумській області
м. Суми, Україна

Анотація. У ході дослідження було виконано оцінку фізичного розвитку та функціонального стану серцево-судинної системи дітей 15 - 17 років. Встановлено, що значна частка учнів основної медичної групи має низький рівень функціонального стану серцево-судинної системи. Серед дитячого контингенту збільшується кількість дітей з

дисгармонійним фізичним розвитком, спостерігається формування хронічної патології, психоневрологічних порушень.

Ключові слова: діти, підлітки, здоров'я, фізичний розвиток

Abstract. The study assessed the physical development and functional status of the cardiovascular system of children 15-17 years. It was found that a significant proportion of students in the main medical group has a low level of functional status of the cardiovascular system. Among the children's contingent the number of children with disharmonious physical development increases, the formation of chronic pathology, psychoneurological disorders is observed.

Keywords: children, adolescents, health, physical development

Вступ. Протягом останніх десятиліть спостерігаються стійкі тенденції погіршення стану здоров'я дітей і підлітків, що підтверджується не тільки даними офіційної статистичної звітності, але і результатами наукових досліджень. Відзначаються несприятливі зміни у стані здоров'я даного контингенту, що характеризуються зростанням поширеності функціональних розладів та хронічних захворювань, погіршенням показників фізичного розвитку (ФР) дітей і підлітків шкільного віку [1,2].

Загальновідомо, що школа є місцем активної діяльності учнів протягом одинадцяти років найбільш інтенсивного періоду розвитку. Сучасні освітні інноваційні програми характеризуються високою складністю, значним обсягом і високим темпом вивчення навчального матеріалу [1, 2]. При цьому учень потрапляє у середовище із значним потоком інформації, обмеженою руховою активністю, завдяки чому постійно витримує значне функціональне напруження [3, 4].

Однак не може не турбувати тривожна тенденція щодо значного погіршення фізичної підготовленості і рівня здоров'я дітей. Недостатня оздоровча ефективність фізичного виховання сприяє зростанню захворюваності, збільшує витрати у системі охорони здоров'я, соціальні виплати и обмежує придатність молоді до військової служби.

Метою дослідження було оцінити фізичний розвиток та функціональний стан серцево-судинної системи дітей 15 - 17 років.

Методи та організація дослідження.

Викопійовані дані комплексних медичних оглядів 309 учнів закладів загальної середньої освіти м. Сум віком 14-17 років (з них 100 хлопців і 209 дівчат). Соматометричні показники оцінювали відповідно до регіональних стандартів фізичного розвитку (ФР) [5]. Для оцінки функціонального стану серцево-судинної системи використано результати проведення проби Руф'є під час комплексних медичних оглядів, що проводилася за загальновідомою методикою з реєстрацією частоти серцевих скорочень (ЧСС) у спокої і у період

відновлення. Використано розподіл показника індексу Руф'є (IP) на п'ять рівнів: високий, вище середнього, середній, нижче середнього, низький [6].

Результати дослідження і їх обговорення. Аналіз результатів комплексного медичного огляду дозволив розподілити підлітків за групами здоров'я і медичними групами для занять фізичною культурою (ФК). Встановлено, що тільки $29,68 \pm 2,59\%$ учнів – практично здорові (група Д₁), $36,77 \pm 2,74\%$ від усіх оглянутих мають функціональні відхилення (група Д₂), $33,55 \pm 2,69\%$ - хронічні захворювання (група Д₃). Причому найбільша питома вага групи здоров'я Д₃ встановлена у 17-річних школярів ($50,02 \pm 2,23\%$), що свідчить про перехід функціональних порушень, які були у молодшому віці, у хронічні захворювання. Функціональні відхилення (група здоров'я Д₂) переважають серед підлітків 16-ти років ($36,45 \pm 2,18\%$) за рахунок більшої кількості юнаків у цій групі ($60,82 \pm 5,14\%$).

Для занять фізичною культурою учні розподілені на три групи за станом здоров'я. Переважна більшість підлітків ($70,77 \pm 2,58\%$) належить до основної медичної групи. Питома вага учнів, які мали на момент огляду незначні відхилення у стані здоров'я і затримку фізичного розвитку, становила $11,4 \pm 1,81\%$ від усіх обстежених. Значні відхилення у стані здоров'я постійного або тимчасового характеру виявлено у $13,46 \pm 2,08\%$ учнів, їх віднесено до спеціальної медичної групи. Повністю звільнено від занять фізичною культурою $4,37 \pm 1,16\%$ школярів. Приводом для звільнення від занять ФК були хвороби серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату, наслідки черепно-мозкових травм, складні порушення зору.

Зважаючи на те, що ФР є одним з критеріїв оцінки рівня здоров'я, проведено аналіз розподілу учнів на групи за гармонійністю ФР. Серед усіх обстежених переважає група з гармонійним ФР ($59,87 \pm 2,78\%$), над когортами учнів з дисгармонійним ФР із надлишком маси ($28,68 \pm 2,57\%$, $p < 0,05$) і недостатньою масою ($11,46 \pm 1,81\%$, $p < 0,05$). Зокрема серед осіб з надлишковою масою переважають дівчата ($31,73 \pm 3,22\%$), над аналогічною групою юнаків ($22,64 \pm 4,18\%$), ($p > 0,05$).

Найбільш інформативним критерієм енергопотенціалу організму є функціональний стан серцево-судинної системи. Використання IP дозволило оцінити реакцію киснево-транспортної системи організму школярів. У цілому IP становив $9,78 \pm 4,59$ у.о., що характеризує середній рівень функціонального стану (РФС). Високий і вище середнього РФС мають $42,64 \pm 3,46\%$ підлітків, середній – $40,69 \pm 3,43\%$, питома вага групи підлітків з нижчесереднім і низьким РФС становить $16,67 \pm 2,61\%$ від усього контингенту. Серед осіб з низьким РФС переважають юнаки ($57,14 \pm 5,9\%$). Вікові відмінності

полягають у тому, що найбільша кількість осіб з нижчесереднім РФС зареєстрована у 15-ти річному віці ($16,95 \pm 4,8\%$), що у 2,7 раза більше, ніж серед підлітків 17-ти років. Низький РФС виявлено тільки у 16-ти річних підлітків ($5,17 \pm 2,9\%$), та серед 17-ти річних школярів, у яких питома вага цієї групи досягає $12,5 \pm 3,1\%$. Встановлена вікова динаміка РФС є наслідком зниження функціональних можливостей ССС, а як наслідок – зниження фізичної працездатності молоді. Варто відмітити, що 21,84% школярів групи здоров'я Д₁ мають низький і нижче середнього РФС. Якщо зважити на те, що ці підлітки переважно складають основну медичну групу, то зрозуміло, що функціональний стан серцево-судинної системи учнів, які підлягають тестуванню відповідно до програми загальноосвітньої школи, має різний рівень.

Вивчаючи РФС відповідно до гармонійності ФР підлітків не виявлено вірогідних відмінностей досліджуваного показника у групах з гармонійним і дисгармонійним фізичним розвитком.

Висновки. Протягом останніх років відбувається особливо різке погіршення здоров'я дитячого населення, що пояснюється сукупністю еколого-соціальних чинників. Значна частка учнів основної медичної групи має низький рівень функціонального стану серцево-судинної системи. Серед дитячого контингенту зокрема збільшується кількість дітей з дисгармонійним фізичним розвитком, спостерігається формування хронічної патології, психоневрологічних порушень, що визначає необхідність актуалізувати здоров'язбережувальний потенціал навчальних закладів, серед компонентів якого провідним є фізичне виховання дітей.

Література:

- 1.Полька Н. С., Бердник О. В. Сучасні підходи до оцінки стану здоров'я в гігієні дитинства (огляд літератури та власних досліджень) // Журнал Національної академії медичних наук України 2031., т.19 (№2). С. 226 - 235.
- 2.Полька Н. С., Гозак С. В., Єлізарова О.Т., Станкевич Т. В., Парац А. М. Новітній підхід до оцінювання здоров'я підлітків у гігієнічних дослідженнях // Журнал НАМН України. 2019. №25 (3). С. 337 – 339.
- 3.Кучма В.Р., Милушкина О.Ю., Скоблина Н.А. и др. Морфофункциональное развитие современных школьников. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2018. 352 с.
4. Кучма В.Р., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Кучма Н.Ю. Гигиена детей и подростков в современной школьной медицине // Гигиена и санитария. 2017; 96(11). С. 1024 - 1028. <https://doi.org/10.47470/0016-9900-2017-96-11-1024-1028>
- 5.Фізичний розвиток дітей різних регіонів України. Випуск 2 (міські дошкільники) \ Під ред. чл.-кор. АМН України, д. мед. н., проф. Сердюка А.М. – К.: КІМО „Деркул”. – 2003. – С. 216-230.
6. Оцінка адаптаційних і функціонально-резервних можливостей організму дітей шкільного віку : методичні рекомендації / Уклад.: Л. В. Квашніна, Н. С. Полька, І. О. Калиниченко, Ю. А. Маковкіна. – Київ : ДУ „Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України“, 2010. – 18 с.

СТАН ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНОВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)

Калиниченко І.О., Латіна Г.О., Вакал В.О.

Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка
м. Суми, Україна

Вступ. Результатом складної взаємодії організаційних чинників трудового процесу, особливостей професійної діяльності, робочих ситуацій, комунікацій, особистісних характеристик, балансу між роботою та особистим життям є професійне вигорання (ПВ) у педагогічних працівників [1, 7, 8]. В сучасних умовах трансформації трудового процесу педагогічних працівників, зумовлених пандемією коронавірусної хвороби (COVID-19), серед означених факторів впливу на емоційний стан вчителів слід розглядати цифрову трансформацію, як складову інтелектуальної складової напруженості праці, так і роботу за комп'ютером, як складову важкості праці [2].

За результатами тестування рівня ПВ педагогів задовго до роботи в умовах пандемії спостерігалось часткова сформованість його симптомокомплексів [3]. На сьогодні, реєструються поодинокі результати дослідження стану ПВ в умовах он-лайн режимі трудового процесу. Так, дослідження Сергеева І. А., Букатич А. А., Наумової А. В., проведенні з метою оцінки емоційного вигорання у студентів, що навчаються в режимі он-лайн, свідчать про середній рівень його розвитку з проявом психоемоційного спустошення та деперсоналізації [4].

За результатами дослідження впливу дистанційного навчання на емоційний стан вчителів групою науковців Жукова О. Ф., Черкесова Е. В., Алексеева М. Н., встановлено, що професійне вигорання в умовах пандемії характеризується проявами стадій резистентності та напруження на стадії формування [5]. Встановлені особливості дозволяють визначити не тільки корекційні, але і профілактичні заходи в умовах професійної діяльності педагогічних працівників.

Таким чином, наявні результати дослідження особливостей розвитку ПВ у педагогічних працівників попередніх років та в умовах пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19) вимагають проведення порівняльного аналізу стану ПВ в залежності від умов трудового процесу.

Актуальність проведення дослідження підтверджується рекомендаціями з відновлення роботи закладів загальної середньої освіти у травні 2020 року освіти ЮНЕСКО, Міжнародної організації праці та цільовою групою «Вчителі для освіти — 2030», які передбачають створення умов щодо емоційного благополуччя вчителів [6]. Крім того, проведені дослідження щодо розвитку

професійного вигорання в умовах трансформації трудового процесу педагогічних працівників, є необхідними для формування професійних компетентностей відповідно професійного стандарту вчителя.

Мета дослідження – оцінити рівень професійного вигорання у педагогічних працівників закладів освіти в умовах пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19) на підставі порівняльного аналізу.

Методи та організація дослідження. Рівень професійного вигорання оцінено за методикою В.В. Бойка «Діагностика рівня емоційного вигорання. Визначення ПВ відбувалося за дванадцятьма симптомами, що включаються у три симптомокомплекси: напруження, резистентності, виснаження. Оцінка професійного вигорання проводилась за якісною та кількісною характеристиками. Якісна характеристика включала визначення рівня сформованості ПВ. Кількісна характеристика ПВ дозволила визначити високий, середній та низький рівень ПВ. Анкетування проводилось у форматі інтернет-опитування за допомогою Google форми.

Дослідження проведено у два етапи: у лютому місяці 2020 та 2021 року. У цілому опитано 275 педагогічних працівників м. Суми. На першому етапі дослідження взяли участь 190 педагогічних працівників, які працювали у звичних умовах трудового процесу до пандемії. Другий етап охопив опитуванням 85 педагогічних працівників в умовах пандемії. Дослідження проводилося з дотриманням принципів добровільності, з гарантією захисту прав і свобод людини, недоторканості його фізичної та психічної цілісності, з дотриманням принципів справедливості і рівності, з попереднім детальним інформуванням волонтерів про суть дослідження. Математична обробка здійснювалась на персональному комп'ютері з використанням стандартного статистичного пакету STATISTICA 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Умови оцінки ПВ педагогічних працівників передбачають визначення етапи початку формування ПВ та його завершення. З метою визначення когорти педагогічних працівників, як з першими ознаками сформованості ПВ, так і з повним формуванням ПВ, нами проведено розподіл результату інтегральної оцінки ПВ. Так, усі педагогічні працівники з низьким рівнем ПВ були віднесені до групи з відсутністю ПВ. Педагогічні працівники з середнім та високим рівнем віднесені до групи з наявними ознаками ПВ.

В результаті проведеного перерозподілу нами визначено значну перевагу у 1,5 рази групи педагогічних працівників з ПВ ($41,45 \pm 1,28\%$) у порівнянні з групою без ПВ ($58,55 \pm 1,28\%$, $p \leq 0,01$). Під час порівняльного аналізу за роками дослідження встановлено перевагу групи педагогічних працівників з ознаками ПВ не залежно від умов праці. Як представлено у таблиці 1, група педагогічних працівників з

часткою наявних ознак ПВ не залежно від умов трудового процесу вірогідно вища за частку з відсутніми ознаками ПВ.

Так, під час праці до пандемії, у 2020 році, частка педагогічних працівників з наявними ознаками ПВ ($60\pm 2,58\%$) на 20% вища за частку з відсутніми ознаками ПВ ($40\pm 2,58\%$, $t=5,48$, $p\leq 0,01$). В умовах пандемії серед педагогічних працівників встановлено перевагу частки педагогічних працівників з ознаками ПВ на 10,59% і як представлено у таблиці 1, становить $55,29\pm 2,68\%$ у порівнянні з часткою з відсутніми ознаками ПВ ($44,77\pm 2,62$, $t=2,86$, $p\leq 0,05$).

Таблиця 1

Оцінка груп з різними проявами професійним вигоранням

Групи педагогічних працівників	Умови праці	
	до пандемії	під час пандемії
відсутні ознаки професійне вигорання $n=114$	$40\pm 2,58$	$44,77\pm 2,62$
наявні ознаки професійне вигорання $n=161$	$60\pm 2,58^*$ $t=5,48$	$55,29\pm 2,68^{**}$ $t=2,86$

Примітка:

* – $p\leq 0,01$ – вірогідна відмінність групами педагогічних працівників з наявними та відсутніми ознаками ПВ;

** – $p\leq 0,05$ – вірогідна відмінність групами педагогічних працівників з наявними та відсутніми ознаками ПВ.

Таким чином, нами не встановлено зв'язку між змінами умов праці та проявами професійного вигорання і потребує проведення більш глибокого аналізу складових ПВ. Проведемо порівняльний аналіз рівнів сформованості в залежності від пандемії. До початку пандемії низький рівень ПВ реєструвався у $40\pm 2,58\%$ педагогічних працівників. Середній рівень ПВ встановлено у $40,53\pm 2,59\%$ педагогічних працівників, тоді як, високий рівень ПВ реєструється у $19,47\pm 2,09\%$. Представлена структура рівнів ПВ свідчить про вірогідну перевагу низького на $20,53\%$ та середнього рівня на $21,06\%$ над високим рівнем ($p\leq 0,01$), як представлено у рисунку 1.

Структура рівнів ПВ під час пандемії складається з однакових часток низького ($44,71\pm 2,62\%$) та середнього рівнів ($44,71\pm 2,62\%$), які вірогідно переважають частку високого рівня ($10,59\pm 1,62\%$, $p\leq 0,01$). З огляду на отримані дані, слід відзначити відсутність різниці між роками дослідження у низькому та середньому рівнях, що свідчить про відсутність впливу організаційних чинників оф-лайн, он-лайн трудового процесу на ПВ і потребує розгляду інших чинників впливу.

Однак, вірогідна відмінність установлена у високому рівні ПВ. До пандемії високий рівень ПВ реєструвався у більшій групі педагогічних працівників, яка на $8,88\%$ більша за групу з високим рівнем ПВ під час пандемії.

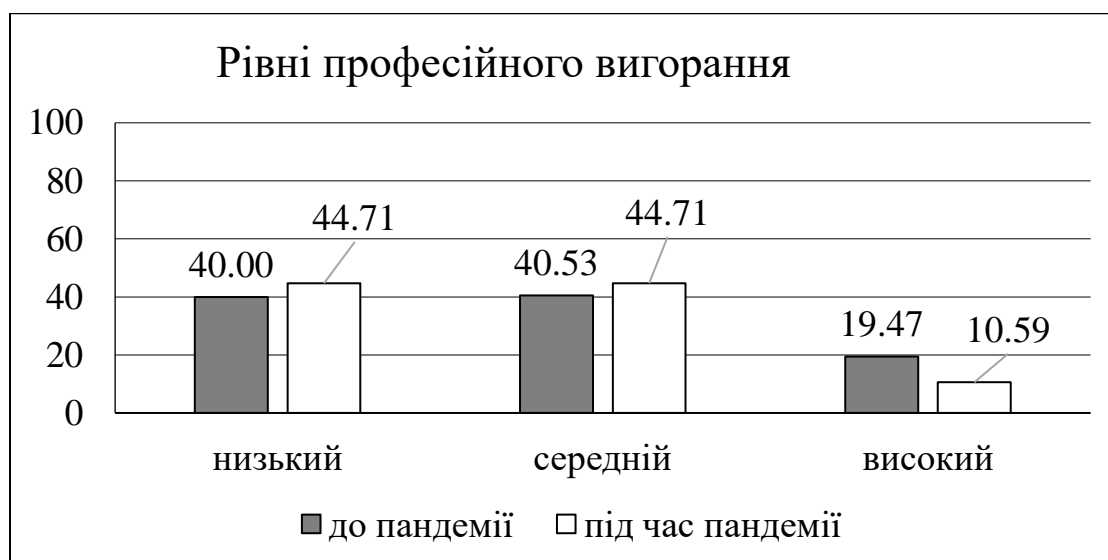


Рис. 1. Рівні професійного вигорання і різних умовах праці педагогічних працівників.

Можливо припустити, що відсутність зростання рівня професійного вигорання під час пандемії і також, зниження частки високого рівня може свідчити про трансформацію предмету умов праці з системи «людина – людина» до системи «людина – знакова система – людина» або «людина – техніка – людина». Тобто, зникає притаманний професійному вигоранню фактор міжособистісної взаємодії та тривале перебування в емоційно перевантажених ситуаціях спілкування.

Отримані результати дослідження вимагають на постійній основі для підтримки професійних компетентностей рекомендувати педагогам застосовувати зовнішні (соціальні) ресурси протидії, виховувати якості, які запобігають розвитку вигорання та користуватись експрес-прийоми для зняття емоційного напруження.

Висновки:

1. Результати дослідження свідчать про збереження частки професійного вигорання у педагогічних працівників не залежно від наявності пандемії (58,55%) у порівнянні з часткою групи з відсутніми ознаками.

2. В залежності від умов трудового процесу встановлено відсутність відмінностей у проявах низького та середнього рівнів професійного вигорання.

3. Високий рівень професійного вигорання до пандемії (19,47±2,09%) на 8,88% вищий за рівень в умовах пандемії (10,59±1,62%).

Література:

1. Прокопенко І. А. Професійне вигорання педагогів як психолого-педагогічна проблема. *Наукові записки кафедри педагогіки*. 2019. Вип. 45. С. 59 – 64. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzkr_2019_45_9.

2. Латіна Г.О. Цифрова трансформація умов праці вчителя. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: мат. ІХ Всеукраїнської заоч. наук.-практ. конф. (15.12.2020 року). Суми: ФОП Цьома С.П., 2020. С. 188 – 192.

3. Латіна Г.О., Антомонов М.Ю., Калиниченко І.О. Оцінка професійного вигорання у вчителів загальноосвітніх навчальних закладів. Український журнал медицини праці. 2007. №2(10). С. 41 – 46.
4. Сергеева И.А., Букатич А.А., Наумова А.В. Проявление симптомов эмоционального выгорания у студентов в условиях дистанционного обучения. *Международный журнал гуманитарных и естественных наук*. 2020. №12-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/proyavlenie-simptomov-emotsionalnogo-vygoraniya-u-studentov-v-usloviyah-distantsionnogo-obucheniya>
5. Жуков О.Ф. Черкесова Е.В. Алексеева М.Н. Влияние условий дистанционного обучения на эмоциональное и физическое состояние учителя. *Современные проблемы науки и образования*. 2021. № 2. <https://doi.org/10.17513/spno.30610>
6. UNESCO (2020). Supporting teachers in back-to-school efforts. Guidance for policy-makers. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373479?fbclid=IwAR1AT--JAAOq5lJrC9Oaf3ri3hhFhDf9yxc47pf-pQfvhwMXLQidPR1naqc>
7. Teles R, Valle A, Rodríguez S, Piñeiro I, Regueiro B. Perceived Stress and Indicators of Burnout in Teachers at Portuguese Higher Education Institutions (HEI). *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*. 2020; 17(9):3248. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093248>
8. Hlađo P, Dosedlová J, Harvánková K, Novotný P, Gottfried J, Rečka K, Petrovová M, Pokorný B, Štorová I. Work Ability among Upper-Secondary School Teachers: Examining the Role of Burnout, Sense of Coherence, and Work-Related and Lifestyle Factors. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*. 2020; 17(24):9185. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249185>

ВПЛИВ ЧИТАННЯ І ПИСЬМА НА ХАРАКТЕР ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ 5-6 РОКІВ

Колесник А. С., Демідова Л. А., Воловод К. О.

Сумський державний педагогічний університет імені А. С Макаренка
м. Суми, Україна

Анотація. У статті проаналізовано результати оцінки адаптативних резервів організму під час когнітивного навантаження (читання та письма). Встановлено, що серед обстежених дітей 5-ти та 6-ти річного віку під час когнітивного навантаження відбувається прояв симпатикотонії. Під час письма відбувається активація симпатичної ланки вегетативної нервово системи порівняно з читанням.

Abstract. The article analyzes the results of the assessment of the body's adaptive reserves during cognitive load (reading and writing). It was found that among the examined children aged 5 and 6 years during cognitive load there is a manifestation of sympathicotonia. During writing, the sympathetic part of the autonomic nervous system is activated compared to reading.

Вступ. Проблема адаптації дітей до школи є важливою темою для фахівців багатьох напрямків науки (педагогіки, охорони здоров'я, психології, гігієни тощо). Особливо відповідальним вважається період входження дітей у навчальний процес.

М. В. Максимова (1994), Р. В. Овчарова (1996), М. М. Безруких (2000), Н. В. Нижегородцева (2010), В. Д. Шадриков (1996), М. Р. Битянова (1994), Е. И. Афанасьєва (2000), Н. Л. Васильєва (1998), Т. В. Костяк (2008) та багато інших науковців під шкільною адаптацією розуміють активне пристосування дитини до нового соціального середовища та пов'язана із змінами на фізіологічному, психофізіологічному, соціально-психологічному рівнях.

Відомо, що успішне входження у навчальний процес залежить від стану здоров'я дитини. Психологічна адаптація до школи характеризується адекватністю поведінки (відсутність надмірного збудження, агресії, загальмованості), налагодження відносин з учителем та однолітками, оволодіння практичними навичками навчальної діяльності. Необхідною умовою успішної адаптації є відповідність навчального середовища функціональним та віковим можливостям дітей.

Ефективність адаптації оцінюється із урахуванням її психофізіологічної і соціально-психологічної ціни, яка визначається, на думку Р.М. Баєвського [3], енергетичними та інформаційними витратами. Ціною адаптаційного процесу, зазвичай, вважається ступінь напруги регуляторних систем, що необхідна для забезпечення адаптаційної діяльності людини [10].

Через зміни, що виникають у системі «людина-середовище», що призводять до порушення адекватності їх відносин, процес адаптації реалізується у всіх випадках, оскільки людина і середовище перебувають не в статичній, а в динамічній рівновазі, їх співвідношення змінюється постійно, також постійно здійснюється і процес адаптації [12]. Перманентний перебіг адаптації відбувається під час вікового розвитку дитини в умовах постійних змін у системі «людина-середовище». Під час адаптації до навчальної діяльності одночасно діє ряд впливів, як суб'єктивного, так і об'єктивного характеру, до числа яких можна віднести зміст і організацію самої навчальної діяльності.

Однією з провідних когнітивних функцій у дітей старшого дошкільного віку, що розглядається як показник готовності до школи, є формування зорового сприйняття, яке забезпечує взаємодію дитини із зовнішнім середовищем і його орієнтацію у просторі [5].

Зорове сприйняття характеризує сформованість інтегративної функції зорового і просторового сприйняття, що є основою формування навичок письма і читання, і тісно пов'язано зі зрілістю кори головного мозку і регуляторних структур мозку [8]. Зорово-

моторна координація є однією зі складових графо-моторних навичок, необхідних для формування письма [11].

Значна кількість публікацій науковців присвячена проблемі адаптації дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, у яких приділяють значну увагу питанню психосоматичних порушень і пов'язаним із ними особливостям функціонування серцево-судинної системи [6, 13].

Серед сучасних методологічних підходів до оцінки стану серцево-судинної системи та організму у цілому належить аналізу варіабельності серцевого ритму (BCP). Важливу роль в оцінці BCP належить виявлення віково-статевих особливостей. На сьогодні міжнародним співтовариством кардіологів рекомендовані стандарти виміру, фізіологічної інтерпретації та клінічного використання BCP на які слід орієнтуватися під час проведення кардіоритмологічного дослідження [14].

Моніторинг психофізіологічного стану дітей із використанням показників BCP суттєво сприятиме розробці здоров'язберезувальних технологій навчання у закладах освіти, що і визначає актуальність дослідження.

Мета дослідження: оцінити вплив читання і письма на характер варіабельності серцевого ритму у дітей 5-6 років.

Методи дослідження: Спостереження здійснювалося за дітьми 5-6 років підготовчих груп дошкільних навчальних закладів міста Суми ($n=192$). Оскільки важливою складовою навчально-пізнавальної діяльності у дошкільному віці є розвиток читання та письма, то на погіршення вегетативних функцій може вплинути несформованість моторно-рухових, зорово-слухових, мовно-слухових та зорово-графічних компонентів.

Для дослідження стану серцево-судинної системи використовувався метод фазаграфії, який було реалізовано за допомогою пристрою «Фазаграф», призначений для реєстрації та аналізу електрокардіосигналу у фазовому просторі для оцінювання амплітудних та швидкісних параметрів будь-яких елементів електрокардіосигналу [9].

Для характеристики вегетативного забезпечення функціонального стану організму було проведено аналіз спектральних (LF, HF, LF/HF) та статистичних (SDNN, RMSSD) показників. Безперервну реєстрацію електрокардіограми проводили за методикою Р. М. Баєвського. Запис було проведено у фонових умовах (сидячи, протягом 5 хв.), до та під час когнітивного навантаження (читання та письма) [1, 2, 4].

Роботу з дітьми було проведено відповідно до біотичних норм з дотриманням принципів Гельсінської декларації (Всесвітня медична асамблея, 1964) та не порушуючи режиму у закладах освіти.

Результати дослідження. Під час аналізу вікових особливостей параметрів LF (зони низьких частот) та HF (зони високих частот), які характеризують симпатичний та парасимпатичний вплив на серцевий ритм, не було встановлено статистичної достовірності між дітьми 5-6 років. Отримані дані дозволили визначити тенденцію закономірного збільшення значення LF при істотному збільшенні HF під час розумового навантаження, який вказує на збільшення активності вазомоторного центру та вказує на зниження парасимпатичного впливу на серце з боку n. vagus та зсув балансу вегетативної регуляції серцевого ритму у бік симпатикотонії.

Проаналізовано стандартне відхилення (SDNN), що є одним з основних показників BCP і характеризує стан механізмів регуляції. У цілому у дітей час письма ($133,11 \pm 6,00$) порівняно з відповідним показником BCP, що реєструвався під час читання ($150,58 \pm 5,74$; $t=2,10$; $p<0,05$) відповідно, спостерігається зниження середнього квадратичного відхилення, що обумовлено значною напругою регуляторних систем під час виконання письмового завдання, а саме включенням у процес регуляції вищих рівнів управління, які впливають на пригнічення автономного контуру. Відповідно, це може бути пов'язано із більшим ударним об'ємом серця під час читання, що супроводжується більшою рефлексорною активністю парасимпатичного відділу ВНС.

Показник RMSSD, що характеризує активність автономного контуру регуляції серцевого ритму, що під час читання ($214,02 \pm 12,66$) є більшим порівняно з відповідним показником BCP, що реєструвався під час письма ($179,27 \pm 8,65$; $t=2,27$; $p<0,05$) у дітей та вказує на активність ланки парасимпатичної регуляції.

Результати спектральних показників варіабельності серцевого ритму дозволили встановити відсутність вірогідних коливань у відповідь на когнітивне навантаження, як під час читання, так і під час письма. Лише симпато-вагальний індекс (LF/HF), що характеризує співвідношення або баланс симпатичних або парасимпатичних впливів на ритм серця під час письма є меншим ($0,67 \pm 0,03$) за аналогічний показник BCP під час читання ($0,69 \pm 0,04$; $t=1,8$; $p>0,05$), порівняно зі станом спокою, що свідчить про перевагу центрального контуру регуляції та характеризується посиленням тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Висновки. За даними проведеного дослідження встановлено, що серед обстежених дітей 5-ти та 6-ти річного віку під час когнітивного навантаження відбувається прояв симпатикотонії. Під час письма відбувається активація симпатичної ланки вегетативної нервової системи порівняно з читанням. Отже попередження зсуву спектральних та статистичних показників під час когнітивного

навантаження на донозологічному етапі є головним критерієм щодо формування успішної адаптації під час навчального навантаження.

Література:

1. Баевский Р. М. Анализ вариабельности сердечного ритма: история и философия, теория и практика. Клиническая информатика и телемедицина 2004;1: С. 54–64.
2. Баевский Р. М., Кириллов О. И., Крещкин С. З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стресс. М. : Наука, 1984. 221 с.
3. Баевский Р. М. К проблеме оценки степени напряжения регуляторных систем организма. Адаптация и проблемы общей патологии. Новосибирск: СГУ, 1974. С. 88–111.
4. Баевский Р. М., Иванов Г. Г., Чирейкин Л. В. и соавт. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (методические рекомендации). Вестник аритмологии, 2001; 24: С. 65–87.
5. Безруких М. М., Хрянин А. В. Психофизиологические и нейрофизиологические особенности организации зрительно-пространственной деятельности у праворуких и леворуких детей 6-7 лет. Физиология человека. 2000. Т. 26. №1. С. 14–20.
6. Безруких М. М., Сонькин В. Д., Фарбер Д. А. Возрастная физиология (физиология развития ребенка) М.: Высшая школа, 2002. 416 с.
7. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
8. Бетелева Т. Г. Онтогенез структурно-функциональной организации воспринимающей системы мозга. Л: Наука, 1990. С. 65.
9. Основы фазаграфии [Текст] : [монография] / Л. С. Файнзильберг ; Междунар. науч.-учеб. центр информ. технологий и систем НАН Украины и МОН Украины. Киев : Освита України, 2017. 263 с.
10. Компьютерная программа для психоневрологического тестирования (NS тест 2003): а.с. № 2007610943 / Марокко Д. А., Попова Т. В., Корюкалов Ю. И. заявл.23.12.06; опубл.1.03.07, Реестр программ для ЭВМ РФ.
11. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб.пособие для студ. высш. учеб. Заведений. М.: Издательский центр Академия, 2003. 384 с.
12. Медведев В. И. О проблеме адаптации. Компоненты адаптационного процесса. Л.: Наука 1984. С. 3–16.
13. Сердюковская Г. Н, Бережков Л. Ф, Белевская В. Н. Изучение состояния здоровья детей и подростков и факторы, его определяющие. Информационный бюллетень ГКСЭН РФ и РРИАЦ. М., 1998. № 9.
14. Task force of the European society of cardiology and the North American society of pacing and electrophysiology. Heart rate variability — standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. CIRCULATION, 1996. vol. 93, iss. 5, pp. 1043–1065.

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Костян Л. О.

Заклад дошкільної освіти (ясла-садок) 1 «Ромашка» Сумської міської ради
м. Суми, Україна

Вступ. Організація освітнього процесу у закладах дошкільної освіти здійснюється відповідно до Закону України «Про дошкільну освіту» і спрямована на реалізацію основних завдань виховання і розвитку дітей, основним із яких є збереження й зміцнення їхнього здоров'я.

В умовах реформаційних змін у сучасній Україні, ефективність роботи закладу дошкільної освіти вимірюється не тільки якістю освіти, але й безпекою та захищеністю дітей, піклуванням про їх стан здоров'я. У сучасному суспільстві виникають нові, все більш високі вимоги до дитини – до рівня її розвитку. Беззаперечно, що успішна дитина – це, в першу чергу, здорова дитина. Охорону здоров'я дітей можна назвати пріоритетним напрямком діяльності всього суспільства, оскільки, лише здорові діти здатні належним чином розвиватись, засвоювати отримані знання і в майбутньому займатися продуктивною професійною діяльністю. Створення здоров'язбережувального середовища, на разі, інваріантна складова освітнього процесу у кожному закладі дошкільної освіти.

Мета дослідження: окреслити методичні аспекти створення здоров'язбережувального середовища сучасного закладу дошкільної освіти.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети застосовано такі методи: теоретичний аналіз наукових джерел щодо сутності і структури здоров'язбережувального середовища у закладах дошкільної освіти; спостереження освітнього процесу у закладах дошкільної освіти; ретроспективний аналіз власної педагогічної практики; бесіди із батьками.

Результати дослідження. Аналізуючи науковий доробок сучасних фахівців у галузі дошкільної освіти, можна визначити *здоров'язбережувальне середовище* як гнучку, розвивальну, не гнітючу дитину систему, основу якої становить емоційно-комфортне середовище перебування і сприятливий режим організації життєдіяльності дітей [2], [4], [6, с. 153] та ін.

Здоров'язбережувальне освітнє середовище, на думку низки науковців [1], [3], [5], та ін. – це:

÷ умови перебування дитини в освітньому закладі (відсутність стресу, адекватність вимог, адекватність методик навчання і виховання);

÷ раціональна організація освітнього процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей і гігієнічних вимог, тощо);

÷ відповідність навчального і фізичного навантаження віковим можливостям дитини;

÷ необхідний, достатній і раціонально організований руховий режим.

Пріоритетного значення в освітньому процесі закладу дошкільної освіти (ясла-садок) 1 «Ромашка» Сумської міської ради, що містить 10 вікових груп дітей, на базі якого проводилось наше дослідження, набули питання удосконалення системи виховання дітей раннього віку та перегляд підходів до підготовки дітей старшого дошкільного віку (5–6 річних) до навчання в школі. Основним напрямком роботи з дітьми раннього віку (до 3 років) є забезпечення їх емоційного комфорту під час перебування у закладі, створення сприятливих умов для їх психічного і фізичного розвитку. Особлива увага надається розвитку сенсорних почуттів.

Педагогами та керівництвом закладу використовуються всі педагогічні можливості закладу для повноцінного фізичного розвитку дітей, підвищення рівня функціональних можливостей організму, покращення показників фізичного розвитку, пом'якшення впливу негативних факторів навколишнього середовища. Отже, створюються умови здоров'язберезувального середовища. Зазначена діяльність реалізується за наступними напрямками:

- зміцнення здоров'я дітей;
- фізичний розвиток дітей;
- формування потреб у руховій активності;
- профілактика простудних захворювань, порушень опорно-рухового апарату;
- придбання навичок правильного дихання, елементарного масажу;
- формування основ здорового способу життя;
- освіта батьків щодо оздоровлення дітей.

Слід зазначити, що пріоритетним засобом у створенні здоров'язберезувального середовища для всіх вікових груп є фізичне виховання. Оскільки, результативність фізичного виховання залежить від правильної організації режиму дня, рухового, санітарно-гігієнічного режимів, всіх форм роботи з дітьми та інших чинників, руховий режим впродовж дня, тижня визначається комплексно, відповідно до віку дітей. Орієнтовна тривалість щоденної рухової активності дітей встановлена в таких межах: раннього віку – до 2–3 годин; молодшого дошкільного віку – до 3–4 годин; старшого дошкільного віку – до 4–5 годин.

Оптимізація рухового режиму забезпечується шляхом проведення різноманітних рухливих, спортивних ігор, занять із фізичної культури, організації дитячого туризму, самостійної рухової діяльності, тощо. Особливого значення надається оволодінню дітьми системою доступних знань про дотримання здорового способу життя, основ безпеки життєдіяльності, тощо.

Фізичне виховання у закладі здійснюється у наступних формах:

- традиційні заняття із фізичної культури;
- проведення гартувальних процедур у режимі дня;
- заняття з фізичної культури з використанням нестандартного фізкультурного обладнання;
- фізкультурні заняття із застосуванням нетрадиційних методик;
- використання логоритмічних вправ;
- проведення ранкової гімнастики;
- проведення тонізуючої гімнастики після сну;
- проведення пальчикової, дихальної гімнастики;
- проведення фізкультхвилинок, ігрових годин; динамічних пауз, які проводяться вихователем під час освітніх занять, 2–5 хв., у міру стомлюваності дітей.
- проведення релаксаційних заходів;
- проведення для батьків: батьківських зборів, пізнавальних бесід, спільних оздоровчих заходів.

Релаксацію проводять вихователі, інструктор фізичного виховання в будь-якому зручному приміщенні, для всіх вікових груп. Можна використовувати спокійну класичну музику, звуки природи.

Важливо використання різних видів гімнастики для розвитку та корекції моторних функцій, зняття психічної й м'язової напруги, профілактики порушень зору (артикуляційна і пальчикова гімнастика, дихальна, рухові розминки, вправи для релаксації, гімнастика пробудження, тощо).

Гімнастика пальчикова. Проводиться з молодшого віку індивідуально, або з підгрупою щодня вихователем або логопедом. Рекомендується всім дітям, особливо дітям із групи компенсуючого типу. Проводиться в будь-який зручний час, а також, під час освітніх занять.

Гімнастика дихальна. У різних формах фізкультурно-оздоровчої роботи, під час фізкультхвилинок, під час занять і після сну, під час гімнастики.

Гімнастика тонізуюча. Щодня після денного сну, 5–10 хв. Форма проведення різна: вправи на ліжечках, тонізуюче умивання; ходьба по ребристих дощечках, тощо.

Гартувальні процедури. Ходьба босоніж у поєднанні з повітряними ваннами проводиться після денного сну. Додатково

використовуються методи загартовування – вмивання холодною водою після денного сну.

Робота з батьками включає в себе консультації та бесіди з приводу профілактики хвороб, дотриманням особистої гігієни, користь додаткових прогулянок і занять фізичними вправами, а також, різноманітні спільні заходи.

Важливим є включення у педагогічний процес закладу спеціальних занять із аеробіки та використання сучасних методик розвитку і корекції психомоторних функцій.

Одним із важливих питань залишається виховання екологічної культури у дошкільників. Його розв'язання здійснюється у таких напрямках: формування реалістичних уявлень про явища природи, елементів екологічного світорозуміння, розвиток позитивного емоційно-ціннісного, дбайливого ставлення до природного довкілля, прищеплення практичних вмінь доцільного природокористування. Ознайомлюючи дітей із природою, враховуються кожен специфічні природно-географічні особливості нашого регіону. Вихователі надають дітям знання про природу, побут, культуру, етнічні традиції своєї місцевості.

Висновки. Зважаючи на результати нашого дослідження, можемо зробити висновок про те, що збереження і зміцнення здоров'я дітей є пріоритетними завданням функціонування закладів дошкільної освіти і можливе лише за умови створення здоров'язбережувального середовища в кожному конкретному закладі. Зусилля всіх фахівців дитячого садка повинні бути спрямовані на формування теоретичних і практичних основ здоров'я дітей різних вікових груп для подальшої успішної життєдіяльності.

Література:

1. Богініч О. Л. Сутність здоров'язберігаючого середовища у життєдіяльності дітей дошкільного віку / О. Л. Богініч // Вісник Прикарпатського університету. Педагогіка. Вип. XVII–XVIII. – Івано-Франківськ : ПНУ ім. В. Стефаніка, 2008. – С. 191–199.
2. Свиридчук О. В. Здоров'язбережувальне середовище як засіб становлення особистості // Андрагогічний вісник: Наукове електронне періодичне видання. – Випуск 5. – 2014. – С. 139–145.
3. Денисенко Н. Оздоровчі технології в освітньому процесі // Дошкільне виховання. 2004. – № 12. – С. 5–7.
4. Денисенко Н. Освітній процес має бути здоров'язбережувальним / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. – 2007. – № 7. – С. 8–10.
5. Жидкова І. В. Упровадження здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховний процес сучасного дошкільного навчального закладу. // Освіта впродовж життя. Таврійський вісник освіти – 2013. – №1 (41) С. 63–68.
6. Язловецький В. Здоров'язбереження особистості як педагогічна проблема / Язловецький В. // Валеологічна освіта в навчальних закладах України: стан, напрямки й перспективи розвитку. – Кіровоград: Поліграфічне підприємство «Ексклюзив-Систем», 2011. – 344 с.

ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНІ ЗАСОБИ ЗАХИСТУ

Кравець Н.Я., Шевчик Л.О.

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка
м. Тернопіль, Україна

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ), що вражають усі вікові групи населення, в етіологічній структурі найчастіше представлені вірусами. Серед яких слід виділити 9 груп – грип, парагрип, адено-, РС- (респіраторно-синцитіальний), пікорна-, корона-, рео-, ентеро- та герпесвіруси [2,4].

Перебіг епідемічного процесу ГРІ визначається біологічними, соціальними, природними факторами, на жаль, на сьогодні недостатньо вивченими. Вплив на нього ландшафтних, біоценотичних, кліматичних та інших чинників, відбувається через сприяння або протидію життєдіяльності респіраторних збудників.

Епідемічний процес при ГРІ, спричинених невірусними збудниками, значно складніший внаслідок не стільки великого етіологічного розмаїття, скільки – різного рівня контагіозності, меншої сприйнятливості людини, можливості збереження збудників не лише у людській популяції, а й серед тварин [3,4, 5].

Повітряний шлях передавання віруса, як збудника ГРІ, висока сприйнятливість населення практично до усіх них зумовлює основну епідеміологічну особливість – швидкість та широту розповсюдження.

Викликана вірусом SARS-CoV-2 епідемія COVID-19, обумовлена більш патогенною формою збудника порівняно з раніше виявленими. Вірус поширюється між людьми переважно через вдихання респіраторних крапель від кашлю або чхання, хоча може передаватися і через фоміти / у контактний спосіб. Інкубаційний період в середньому становить 5-6 днів (діапазон: від 1 до 14 днів). Точних відомостей, щодо тривалості контагіозного періоду не має, мова може йти про 24–48 годин до появи симптомів. Тож дотримання протиепідеміологічних та дезінфекційних заходів в освітніх установах вкрай важливе.

МОЗ України опублікувало рекомендації, щодо роботи освітніх закладів згідно наказу п. 17 постанови Кабінету Міністрів України від 22 липня 2020 року № 641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2».

Дотримання режиму є необхідною умовою забезпечення роботи освітніх закладів та безпечності перебування тут школярів і вчителів [1].

Для протидії поширенню вірусу SARS-CoV-2 у закладах освіти не слід ігнорувати ні фізичними, ні хімічними засобами. Одними з найдоступніших у застосуванні є фізичні чинники, зокрема, регулярне провітрювання класних кімнат під час перерв протягом 20 хв. При наявності УФ-випромінювачів, провітрювання можна замінити 15 хв опромінюванням один раз на добу.

Хімічні деззасоби, які застосовуються для знешкодження вірусу на різних поверхнях, повинні бути дозволені в Україні, безпечними для поверхонь на яких використовуються, не мати неприємного запаху та володіти пролонгованою дезінфікуючою дією. Зокрема, найпоширенішими антисептичними засобами для обробки шкіри рук є спиртовмісні препарати, які можуть використовуватися кілька разів на день в залежності від забруднення рук. Для обробки робочих поверхонь та обладнання рекомендовано застосовувати засоби на основі амонієвих чи хлоровмісних сполук. Дезінфекцію підлоги класних кімнат і коридорів слід проводити дезінфікуючими засобами з миючими, дезодоруючими властивостями та вираженою пролонгованою дією для використання 1 разу на добу [2].

Таким чином, основними засобами захисту проти вірусу SARS-CoV-2 є: наявність маски або респіратора, режим провітрювання, використання антисептиків та дезінфікуючих засобів.

Не менш важливою умовою протидії поширенню інших збудників ГРІ, що передаються повітряно-крапельним шляхом, залишається правильне носіння маски та час її використання. Не втрачає актуальності і дотримання гігієни рук, адже дрібні часточки аерозолі, де міститься патогенний мікроорганізм, під час розмови, чхання чи кашлю, потрапляють на різні поверхні та контамінують їх. Тож процедура миття рук з милом має тривати 20-40 с, при неможливості цього необхідно протягом 30 с обробити руки антисептиком до складу якого входить 60-80% спирт чи 2 % розчин хлоргексидину. Не слід ігнорувати застосуванням ефективних, у боротьбі із збудниками ГРІ, дезінфікуючих засобів. Важливо пам'ятати, що неправильне їх використання не дасть бажаного результату, а й може призвести до травмування та небезпечних наслідків.

Отже, дотримання простих правил та рекомендацій у навчальних закладах, щодо поширення вірусної інфекції, в тому числі й вірусу **SARS-CoV-2, забезпечить не лише стримування поширення його, але й інших збудників групи ГРІ.**

Література:

1. Навчання без масок для учнів початкової школи, гнучкий розклад, безпечні умови у закладах освіти- оприлюднено нові вимоги МОЗ щодо навчання під час карантину. - Оpubліковано 25 серпня 2020 року.

URL::<https://mon.gov.ua/ua/news/navchannya-bez-masok-dlya-uchniv-pochatkovoyi-shkoli-gnuchkij-rozklad-bezpechni-umovi-u-zakladah-osviti-oprilyudneno-novi-vimogi-moz-shodo-navchannya-pid-chas-karantinu>

2. Пам'ятка щодо дезінфекції в установі/закладі під час карантину щодо COVID-19. Опубліковано 30 березня 2020 року URL: <https://dn.gov.ua/ua/news/pamyatka-shchodo-dezinfekciyi-v-ustanovizakladi-pid-chas-karantinu-shchodo-covid-19>

3. Infection prevention and control in health care for confirmed or suspected cases of pandemic (H1N1) 2009 and influenza-like illnesses. 2009. URL:https://www.who.int/csr/resources/publications/cp150_2009_1612_ipc_interim_guidance_h1n1.pdf?ua=1

4. Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics (CG69). 2008. URL:<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuideline.pdf>

5. Seasonal influenza in adults and children – diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the infectious diseases society of America. / Scott A Harper, John S Bradley, Janet A Englund et al. *Clin Infect Dis*. 2009. Apr 15;48(8). P.1003-32. Doi: 10.1086/598513.

ФІЗИЧНЕ, ПСИХІЧНЕ, СОЦІАЛЬНЕ І ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ПІДЛІТКІВ, МОЛОДІ

Лохоня І.М.

Стецьківський заклад загальної середньої освіти I-III ступенів
Сумської міської ради
с. Стецьківка, Україна

Вступ. В умовах кризового сьогодення надзвичайно важливим постає питання фізичного, духовного та психосоціального здоров'я підростаючого покоління. Сприяння збереженню здорового генетичного фонду молоді є важливим пріоритетом державної політики задля формування всебічно розвиненої особистості, здатної відповідати сучасним викликам мінливого життя. Здоровий спосіб життя дітей, підлітків та молоді сприяє покращенню самопочуття, зміцнює організм, його резерви та реалізує потенційні можливості. У 2020 році світ зіштовхнувся з *COVID-19 – ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ, СПРИЧИНЕНИМ КОРОНАВІРУСОМ (SARS-CoV-2)*. Людство опинилося в нових умовах, що змусили людину дбайливо ставитися до власного здоров'я, переосмислити і переоцінити свій стиль життя. Тому проблема здоров'я загалом є надзвичайно актуальною і важливою, вирішуючи яку особистість здатна суттєво покращити якість і тривалість свого життя.

Мета дослідження: визначення теоретичних аспектів фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я, їх особливостей.

Методи дослідження: загальнонаукові методи – аналіз, узагальнення задля структурування та формування висновків

дослідження, а також термінологічний аналіз, що дозволяє охарактеризувати понятійний апарат дослідження.

Виклад основного матеріалу

Учений М. М. Амосов стверджував, що цінність здоров'я ґрунтується на тому, що воно є необхідною складовою продуктивної діяльності людини [2]. Розглядаючи питання здоров'я в контексті його формування в дітей та підлітків важливо розглядати його, зважаючи на сучасні освітні процеси, що спрямовані на збереження і примноження здоров'я дітей. Дане питання в контексті освіти вивчали вітчизняні учені: Н.М.Амосов, В.В.Колбанов, Ф.Р.Філатов О.С.Васильєва ті ін.

Поняття «здоров'я», «формування здорового способу життя», «духовного здоров'я», «психічного здоров'я», «соціального здоров'я» є предметом дослідження багатьох галузей вітчизняної та зарубіжної науки. ВООЗ (1948 р.) визначає здоров'я як стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад. Дане визначення поняття інтегрує в собі чотири важливі складові: фізичну, соціальну, психічну та духовну, які є базовими для загального стану здоров'я людини, зокрема молоді та підростаючого покоління.

Як зазначають учені Є. Абросимова та А. Ленге, основним критерієм психічного здоров'я є здатність жити у внутрішній гармонії, яка сприяє активізації внутрішньої свободи та відповідальності, розкриттю духовного потенціалу індивіда. Саме це сприятиме психологічному благополуччю особистості, її позитивному самовідчуттю в світі.

Соціальне здоров'я пов'язане з економічними чинниками, особливостями взаємовідносин індивіда з соціумом (інститутами соціалізації: заклад дошкільної освіти, заклад загальної середньої освіти, гурток позашкільця, ВНЗ, тощо). Усе це створює умови для соціальної захищеності людини, зокрема дітей, підлітків молоді, їх прийняття соціумом, що у свою чергу створює передумови для повноцінного розвитку.

Духовне здоров'я вчені визначають як прагнення особистості до збереження загальнолюдських цінностей, здатність її відчувати себе частиною навколишнього світу, бажання поліпшувати його та себе, дійти до гармонії як у внутрішньому контексті, так і зовнішньому, формувати відповідальне ставлення до свого життя.

У реальному житті чотири складові здоров'я мають інтегровану особливість, яка сприяє формуванню духовно збагаченої, соціально захищеної, фізично та психічно здорової людини. Тому в даному аспекті важливого значення набуває освітній процес, що сприяє розвитку ключових соціальних компетентностей вихованців, учнів, студентів, усвідомленого їх ставлення до власного здоров'я,

формуванню свідомості та культури здорового способу життя. Сьогодні на теренах нашої країни соціальна державна політика сприяє впровадженню відповідних програм культивування здоров'я та здорового способу життя, системи скринінгу стану здоров'я дітей, підлітків та молоді. Міністерство освіти і науки широко впроваджує у заклади освіти профілактичні, соціо-реабілітаційні та інші програми для молоді. Психологічна служба системи освіти України здійснює просвітницьку, консультаційну, профілактичну, корекційно-розвиткову роботу згідно рекомендацій МОН щодо формування та збереження здоров'я серед учасників освітнього процесу, що суттєво розширює коло поінформованості різновікового населення.

Сучасна освітня модель спрямована на засвоєння вихованцем, учнем, студентом знань щодо здорового способу життя. Сьогодні учень має широкий доступ до відповідних джерел, які сприяють формуванню здорового стилю життя, піклування про власне здоров'я.

Необхідно відмітити, що поняття «здоров'я» найкраще відображає свою суть в інтегрованому контексті фізичного, психічного, соціального та духовного складових. Особистісний аспект є важливим у формуванні здорового образу життя. Таким чином, розвиток свідомості і самосвідомості молоді сприятиме більшій усвідомленості та відповідальності за власне життя і здоров'я.

Результати дослідження

Здійснивши теоретичний аналіз понять фізичне, психічне, соціальне та духовне здоров'я у віковому аспекті, ми визначили, що загалом дослідники вказують на «цілісність» здоров'я, його чотирьох складових. Лише за умови повноцінного їх функціонування можливі актуалізація особистості, здатність до розвитку, успішного виконання намічених життєвих цілей, відчуття суб'єктивного щастя. Сьогодні задачу щодо формування «культури здоров'я» дітей, підлітків та молоді частково виконує освіта, упроваджуючи програми, які спрямовані на розширення світоглядних позицій щодо аспектів здоров'я, формування ціннісного ставлення свідомої особистості до власного здоров'я.

А тому найважливішим обов'язком кожної людини є уміння жити в гармонії з собою та світом, дотримування тих духовних принципів, що сприяють усвідомленому ставленню до власного здоров'я та здоров'я інших.

Висновки

Отже, сьогодні в мінливих умовах сьогодення питання здоров'я дітей, підлітків та молоді є пріоритетним завдання соціальної державної політики, яка активно впроваджує в систему освіти технології сприяння культивування здорового способу життя, моніторингу стану здоров'я молоді. Адже саме молодь є творчим потенціалом сильної, соціально і духовно благополучної країни.

Наразі питання фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я розглядається у віковому розрізі. Це дозволяє більш глибоко оцінити всі можливі області впливу на формування комплексного уявлення про здоров'я та здоровий спосіб життя задля успішної самоактуалізації та саморозвитку молоді, реалізації її потенційних можливостей, формуванню духовно збагаченої особистості, соціально-благополучної та в цілому щасливої.

Література:

1. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. / за ред.: І. Я. Коцана, Г.В. Ложкіна, М. І. Мушкевич. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
2. О. Чабан, В. Ящук, Я. Нестерович. Психічне здоров'я: підручник. Тернопіль: ТДМУ, 2008. 480 с.
3. Гончаренко М. С. Синергетичний світогляд сучасного стану розвитку світу і людини : монографія. Харків : ФОРМ Панов А. М., 2017. 104 с.
4. Визначення поняття «здоров'я» людини, його компоненти та передумови: веб-сайт URL: <http://www.educateua.com/wonivs-745-1.html> (дата звернення: 13.03.2021).
5. Євтух М. Б. Проблема соціального здоров'я в Україні. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. 2015. Вип. 124. С. 74-77. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2015_124_21 (дата звернення: 13.03.2021).

ДО ПИТАННЯ ПРО МОЖЛИВОСТІ АРТ-ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З МОЛОДШИМИ ШКОЛЯРАМИ

Никифоров А. М., Крамаренко Ю. Г.

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
м. Суми, Україна

Вступ. Мистецтво супроводжувало і підтримувало людину, починаючи з доісторичного часу, завжди активно використовувалося нею у ході ритуалів, магічних і цілющих практик, у якості ефективної форми освоєння і перетворення довкілля. Мистецтво також служило засобом відображення і організації внутрішнього світу людини, реалізації його духовності, досягнення сенсу існування. Одним із напрямів образотворчої діяльності сучасного суспільства є арт-терапія – як форма терапевтичної діяльності, що поєднала в собі мистецтво, медицину, психологію і педагогіку. Як самостійний напрям арт-терапія сформувалася у середині ХХ століття в США і Великобританії спочатку як спосіб діагностики психічнохворих пацієнтів, а згодом для профілактики та лікування.

Мета дослідження: розглянути та схарактеризувати можливості засобів арт-терапії у роботі з молодшими школярами.

Методи дослідження: *діахронний аналіз* – для визначення можливостей використання засобів арт-терапії для суб'єктів

мистецько-освітнього процесу; *наукової екстраполяції*, що дозволив окреслити перспективи творчого використання прогресивного досвіду застосування засобів арт-терапії у роботі з молодшими школярами.

Результати дослідження. У наш час найбільшого поширення арт-терапія набула в освітньо-виховній та корекційно-розвиваючій роботі з дітьми. Психолого-педагогічна практика підтверджує ефективність та позитивний вплив мистецтва в процесі виховання та навчання дитини засобами образотворчого мистецтва або арт-терапії. Саме напрям образотворчого мистецтва надає дитині можливість найбільш просто і природно висловити свій внутрішній стан, думки та уяву. Дитина відтворює світ своїми руками, висловлює своє бачення через свої можливості та відчуття [4]. Найчастіше глибокий слід в душі дитини залишає якась позитивна чи негативна подія, випадок. Вигадка та реальність комбінуються в уяві та відображаються в творчій роботі. Таким чином матеріалізується почуття дитини, внутрішнє проявляється у зовнішньому світі та стає об'єктом творіння. Часто мрії та страхи набагато легше намалювати, аніж пояснити [2].

Діти інтуїтивно відчувають колір. Радісні емоції найчастіше висловлюють яскравими кольорами, сумні – похмурими, тьмяними. Зустрічаються і такі випадки, коли дитина свою потребу у яскравих барвах знаходить на палітрі, у той час, коли життя її важке та складне. Таким чином вона реалізує потребу у красі. Спокійна і радісна дитина користується світлими відтінками, збуджена – часто використовує коричневі та червоні кольори, контрастна гама кольорів говорить про внутрішній дискомфорт творця. Важкі стани дитини проявляються не лише у малюнках та кольорових перевагах, але і у мовленні та моториці [1]. У подоланні психофізичних проблем дитині допоможе кваліфікований підхід із застосуванням методів образотворчості, найбільш доступним і ефективним з яких виступає арт-терапія.

Отже, образотворче мистецтво допомагає подолати кризу – депресію, агресію, вразливість, сором. Побувши годину в іншому уявному просторі, наповненому кольорами та яскравими враженнями, дитина розслабиться та відчує свою значущість. Занурення в уявний світ принесе дитині спокій та рівновагу. Під час занять з образотворчої грамоти часто відбувається процес самоствердження та самореалізації. Іноді в одних і тих же учнів виходять гарні композиції, іноді невдалі. Головне не акцентувати увагу на невдачах, а мотивувати учнів зосередитися на подальших успіхах.

Залишається фактом те, що в закладах освіти, де гідна увага приділяється хоча б одному з видів творчої діяльності, помітно підвищується емоційний тонус дітей, вони менше страждають від перевтомлення, менш схильні до шкільних неврозів, більш успішні та

інтелектуально активні [5]. Можна назвати таке явище арт-профілактикою, адже доцільніше попередити, аніж лікувати.

До того ж, чимало існує свідчень, в т. ч. педагогічних, богословських, експериментальних, що характеризують людину як творця від природи. Адже творчість – це відношення людини з собою та світом, це прояв її як особистості.

Доцільно підкреслити значення мистецтва і художньої творчості для душевного здоров'я людини, особливо дитини. Безперечно, весь навколишній світ, в якому існує людина інтерпретується засобами пластичних мистецтв, які дитина повинна освоювати з малечку. Маленькі творці працюють з формою та кольором щиро і природно, це базується на відчутті та інтуїції. Рідше цим може похвалитися доросла людина. Відтак, заняття малюванням дає можливість для розвитку гнучкого та пластичного мислення, фантазії, безпосередності у вираженні відчуттів. Молодші школярі легко можуть уявити себе на місці будь-якого персонажа малюнку та виразити своє ставлення до нього. Така дія відбувається невимушено і часто супроводжується бажанням та радістю. Це допомагає засобами арт-терапії підготувати дітей до глибоких переживань, якщо у цьому виникає потреба.

Актуальними стають питання розробки сучасних педагогічних технологій, побудованих на принципах арт-терапії. В останні роки лікарями, психологами, психотерапевтами все більше вивчається зв'язок між психічними та фізіологічними процесами, що призводять до прогресивних змін в організмі людини під впливом музики, кольору, позитивних емоцій тощо [8, с. 36].

На думку К. Ушинського: « (...) Дитя мислить формами, фарбами, звуками, відчуттями взагалі (...) оскільки все, що проникає в людський розум потрапляє туди шляхом відчуття, то перша стадія у розвитку розуму – це здібності розумові: перші наші вчителі філософії – це наші руки, ноги, очі» [5]. Так, дійсно, уся образотворча робота з дітьми будується на інтуїції, відчутті кольору, через порівняння, асоціації. Функціональною закономірністю образотворчої діяльності є перевага у ній емоційної реакції на дійсність, емоційне відображення світу. Саме почуття та думки в системі емоційних (чи художніх) образів формують цілісне відношення до навколишнього середовища та сприяють комунікативному розвитку дитини.

За словами Ж. Аугсбург, художня діяльність здатна створювати у дітей зацікавлення та відчуття насолоди, споріднене з тим, що відчуває у своїй творчості художник з тією різницею, що творець відчуває муки творчості, тоді як дитина частіше відчуває негативні емоції від результату виконаної роботи [6]. Відомо, що перші роки навчання – один із найважливіших етапів розвитку і становлення психіки дитини. Адже у молодших школярів можуть виникати

проблеми у комунікативній діяльності, у вербалізації почуттів. Однак, вони з радістю виражають свої думки через малюнок чи пластичну форму реалізації. Таким чином, арт-терапія постає найефективнішим доступним способом для дітей заявити про свої переживання та негаразди, а також для вчителя чи вихователя – виявити їх.

Аналіз психолого-педагогічних досліджень уможливив виокремити напрями позитивного впливу творчої діяльності на дитину [7, с. 46–47], а саме:

- необмежені можливості для самопізнання, самоствердження та самореалізації;

- створення дитиною продуктів художньої діяльності, що сприяє полегшенню встановлення комунікації з однолітками та дорослими;

- зацікавленість до об'єктів творчості з боку оточуючих, що дає можливість самоствердитися, підвищує самооцінку.

Вищезазначене є підґрунтям та дає можливість дитині швидше адаптуватися у новому соціальному середовищі через мистецтво та художню діяльність.

Висновки. Таким чином, підводячи підсумки дослідження можемо стверджувати, що корекційні можливості арт-терапії засобами образотворчого мистецтва у роботі з молодшими школярами – це можливість для дітей отримувати нові позитивні переживання, що своєю чергою сприяють розвитку креативних здібностей, естетичних потреб, активізації потенційних творчих можливостей дитини у практичній художній діяльності, що є реалізацією соціально-педагогічних функцій мистецтва.

Література:

1. Максименко Д. Різнокольорове дитинство: ігротерапія, казкотерапія, ізотерапія, музикотерапія. Київ: Професіонал, 2018. 192 с.
2. Орехова О. Цветовая диагностика эмоций ребенка. СПб.: Речь, 2002. 112 с.
3. Федій О. Естетотерапія. Київ: Центр навчальної літератури, 2007. 254 с.
4. Покатило А. Дети и цвет. *Искусство в школе*. 2003. № 6. С. 67–69.
5. Вознесенська О., Мова Л. Арт-терапія в роботі практичного психолога. Використання арт-технологій в освіті. Київ: Шкільний світ, 2007. 120 с.
6. Аугсбург Ж. Новая школа рисования. М.: Новое воспитание, 2004. 157 с.
7. Демьяненко Л. Психотерапевтическое воздействие художественного творчества. *Искусство в школе*. 1999. № 2. С. 45–47.
8. Труш Р. Арт-терапія або гармонія з собою. *Всеукраїнський освітньо-мистецький часопис «Артклас»*. 2013. № 3–4. С. 35–37.

ФОРМУВАННЯ СВІДОМОГО СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ПЕДАГОГІЧНО-ТВОРЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАСОБАМИ ХУДОЖНЬОГО ТКАЦТВА

Никифоров А. М.

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
м. Суми, Україна

Вступ. На сучасному етапі модернізації мистецької освіти в Україні глибоке вивчення і використання традиційної народної художньої спадщини в освітньому процесі – одне з актуальних і пріоритетних завдань. Саме тому, головну увагу в статті приділено розширенню змістової складової навчально-виховного процесу фахової підготовки студентів спеціальності 023-образотворче мистецтво, декоративне мистецтво, реставрація. Основну увагу автором загострено на використанні засобів художнього ткацтва, як одного із провідних видів традиційного мистецтва українців.

Мета дослідження – розглянути виховний потенціал декоративного мистецтва засобами художнього ткацтва задля ефективного формування свідомого ставлення майбутніх фахівців образотворчого й декоративного мистецтва до педагогічно-творчої діяльності.

Методи дослідження. Крім загально-наукових методів, провідними конкретно-науковими методами дослідження було обрано: *культурологічний*, що уможливив вивчення особливостей художнього ткацтва як складової декоративного мистецтва в системі художньої освіти України та *парадигмальний*, за допомогою якого було розглянуто теоретичні і методологічні основи навчання декоративного мистецтва в контексті сучасної наукової парадигми модернізації мистецької освіти в Україні.

Результати дослідження. Народна культура – є рушійною силою всієї культури етносу. Із очевидністю такого факту важливим буде по-новому поглянути на зникнення в горнілі комп'ютерно-ядерного майбутнього народних мистецтв, та й взагалі національних культур. Як відомо, будь-яке народне мистецтво, тобто мистецьке втілення менталітетного мислення народу, упродовж всього розвитку ніколи не було сталим, воно постійно змінювалося, набувало нових рис, а значить, і надалі, як невід'ємна частина народного буття поновлюватиметься, переходячи в, може, незвичні для сьогодення часу свої національні форми. А тому, з'являється впевненість, що і комп'ютеризація, технізація не в змозі ліквідувати народні мистецтва. Повне припинення існування народного мистецтва можливе лише за умови припинення існування самого народу.

Яскрава, сповнена самобутності і живих невичерпаних можливостей народна творчість України і ткацтво – один з традиційних видів народної творчості, невід'ємна частина сучасної культури українського народу. Технологія та художні прийоми ткацтва склались та удосконалювались століттями, зберігаючи до наших днів відгомін різних історичних епох. «Традиційна культура будь-якого народу таїть в собі зрізи його довгої історії, його родинних і культурних зв'язків з іншими народами» [2, 129].

Глибоке вивчення народної художньої спадщини – одне із найважливіших завдань навчального курсу, яким є декоративне мистецтво. Важливо популяризувати цей вид народного мистецтва шляхом вивчення на заняттях, проведенням конференцій, бесід, а також проведенням художніх виставок.

«Справедливо вважають декоративно-прикладне мистецтво серцевиною творчості народу. В традиціях, самому процесі творення й довершених виробках ткацтва, килимарства, вишивки, кераміки, художньої обробки дерева і металу, декоративного живопису відображені історія, краса та велич народу, втілені його матеріальні, духовні естетичні цінності. Сьогодні, коли вже занепало чимало мистецьких осередків особливо важливо відроджувати їх, прилучати до цієї спадщини молодь...» [4, 51].

Виховання, що ґрунтується на принципах етнопедагогіки, мусить панувати сьогодні в закладах освіти різних рівнів. Уроки з елементами народознавства мають великі потенційні можливості. Але ще більшу насолоду і радість, викликають вироби, власними руками.

Роботи майстрів нашого регіону відрізняються своїм колоритом, орнаментом та технологією. У процесі історичного і культурного розвитку на Сумщині сформувались характерні композиції, найбільш поширена кольорова гамма та техніки виконання. Сумщина особливо славилась ними. Деякі села і регіони мали свою техніку і культуру виконання в кожній з галузей народного мистецтва. Трудові вміння і навички виготовлення виробів, що призначались насамперед для повсякденних потреб, влаштування зручного і красивого побуту передавались з роду в рід. А отже, всі види народного мистецтва, ремесел і промислів постійно розвивались й відігравали важливу роль у вихованні підростаючих поколінь. Вироби народних умільців славились на весь світ.

Понад три століття успішно розвивається художнє ткацтво у нас на Сумщині, в м. Кролевець та м. Лебедин. «Практично в кожній хаті у XIII ст. був ткацький верстат. Крім простого ткацтва та тканин з вибивним узором, на Лебединщині виготовляли узорні тканини з орнаментом, утвореним комбінуванням переплетінь ниток основи і піткання»[4, 26].

Наше перше знайомство з даним видом декоративно-прикладного мистецтва відбулось в Сумському художньому музеї та краєзнавчому музеї. Більш докладно про цей вид мистецтва ми дізнались на заняттях з навчального курсу «Декоративно-прикладне мистецтво» в Сумському педагогічному університеті. Під керівництвом досвідченого педагога, заслуженого майстра народної творчості України О. В. Гулей, студенти вивчають історію побутування ткацтва, локальні відмінності цього виду народної творчості у різних регіонах України. Крім теоретичної підготовки

студенти досліджують техніки ручного ткацтва на практичних заняттях, знайомляться з усіма етапами виконання ткацького виробу, починаючи з сировини, необхідним обладнанням, елементарними прийомами. Художнє ткацтво – це виготовлення тканини на ткацькому верстаті або на спрощеній рамі. Ткацьке виробництво об'єднує підготовку сировини, прядіння ниток, фарбування пряжі, власне ткання, заключна обробка або оформлення виробу. Сировина для ткацтва:

рослинна (льон, коноплі, бавовна); тваринна (вовна, кокони шовкопряда); хімічна (штучні та синтетичні волокна); металеві нитки.

Ручне ткацтво вимагає високої дисципліни праці, терпіння, наполегливості витримки і уваги. Вважаємо, що художнє ткацтво заявляє про себе не як щось безособистісне, «колективне», а як яскравий вияв культури індивідуальностей. Важливо використовувати в роботах традиції народного мистецтва і розглядати їх не як застиглий канон, а як згусток образного мислення народу.

Для того щоб ланцюг духовності народу не перервався, кожне наступне покоління повинно виховуватися в народному дусі, на ідеях та засобах народознавства. Особливу роль відіграють засоби народознавства в естетичному вихованні. Традиційні художні ремесла і промисли – це своєрідна пам'ять народу, яка зберігає його духовний досвід та єднає минуле із сьогоденням і майбуттям.

Висновки. Потрібно виховувати творчу молодь, яка впевнено прокладає національний шлях у нашому мистецтві, організовувати індивідуальну підготовку педагогічних кадрів під керівництвом досвідчених митців-педагогів, і, на наше глибоке переконання починати знайомити і виховувати молоде покоління засобами народних ремесл свого регіону в закладах загальної освіти.

Література:

1. Боряк О. Народне ткацтво. *Пам'ятки України*. 1998. № 3–4. С. 103–109.
2. Бромлей Ю. Современные проблемы этнографии. Москва : Наука, 1998. 240 с.
3. Гаврилук А. Кролевецьке переборне ткацтво – елемент нематеріальної культурної спадщини : синергетична взаємодія владних структур в умовах децентралізації. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2017. № 2 (17). С. 153-159.
4. Гулей О. Художнє ткацтво ХІХ – початку ХХ століття в контексті актуалізації навчання декоративно-прикладного мистецтва в сучасному навчально-виховному процесі. *Теорія та методика навчання суспільних дисциплін : науково-педагогічний журнал*. 2018. № 1 (6). С. 26-30.
5. Гулей О. Використання елементів декоративно-прикладного мистецтва Північно-Східної України другої половини ХІХ – початку ХХ століття у формуванні художньої етнокультури студентів. *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка*. 2019. № 2 (40). С. 180–187.
6. Карась А. Кролевецьке ткацтво. Глухів : РВВ ГДПУ, 2008. 100 с.

7. Сєрих Л. Кролевецьке візерункове ткацтво. *Мистецтво в школі*. 2010. № 7 (19). С. 41–46.
8. Утка Л. Народні ремесла Лебединщини. Суми : Університетська книга, 2002. 100 с.

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ЦІННІСНА ОРІЄНТАЦІЯ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Олійник Н.М.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського
м. Тернопіль, Україна

Постановка проблеми. У сучасних умовах найбільш важливою складовою економічних відносин стає людина, а скоріше її здоров'я, інтелект, духовно-моральні якості. Здоров'я є інтегральною характеристикою особистості й визначає якість життя [1].

Здоров'я підростаючого покоління являється головною проблемою сучасного і майбутнього будь-якої країни. Молодь є найдорожчим репродуктивним, інтелектуальним, економічним, соціальним і культурним резервом держави. В цьому руслі проблема формування духовних потреб і навичок здорового способу життя як світоглядної орієнтації майбутніх фахівців в освітньому процесі ВНЗ набуває особливої значущості. Незважаючи на широкий спектр досліджень, проблеми формування духовних потреб і навичок здорового способу життя як світоглядної орієнтації майбутніх фахівців дотепер недостатньо вивчені як у теоретичному, так і у практичному аспектах [2].

Мета статті оцінити і проаналізувати складові здорового способу життя студентської молоді та на цій основі визначити підходи до впровадження здоров'язбережувальних технологій у навчальний процес студентів ВНЗ.

Методи дослідження. Аналіз сучасної наукової і методичної літератури, статистичних даних та індикаторів анонімного анкетування студентів другого курсу ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського.

Виклад основного матеріалу. Екологічна ситуація в Україні склалася так, що дослідники з розпачем свідчать: ледве 5 % населення може бути визнане об'єктивно здоровим. Отже, переважно об'єктивно нездоровою є й більшість молоді, яка, до того ж, вкрай некомпетентна у питаннях здорового способу життя. Як свідчать статистичні матеріали Міністерства охорони здоров'я України, спостерігається тенденція до зростання загальної захворюваності студентської молоді, збільшення поширеності неінфекційних хронічних захворювань. За даними вибірових досліджень здоровими

можна вважати не більше 15 % студентської молоді, 70 % студентів мають низький і нижче середнього рівні фізичного здоров'я, більше половини (52,6 %) з них мають морфофункціональні відхилення різного характеру, а у 36-40 % відзначаються хронічні неінфекційні захворювання [7]. Стабільно збільшується кількість студентів, які відносяться до спеціальної медичної групи. Багато з них страждають на серйозні хронічні захворювання, які ускладнюють процес адаптації до фізичних і розумових навантажень. Наркоманія, паління, алкоголізм, токсикоманія – часто це вбачається кращим дозвіллям серед певної частини юнаків та дівчат. Така тривожна, до того ж стійка тенденція фізичної деградації молоді змушує фахівців переглянути суть поняття «національна безпека» [6].

Як показують наукові дослідження, настанова на здоров'я і здоровий спосіб життя формується в результаті цілеспрямованого педагогічного впливу. Важливим етапом в життєдіяльності людини є період навчання у вузі, адже освітній процес відкриває широкі перспективи у напрямку формування світогляду молодшої людини. Тому залучення молодих людей до здорового способу життя в студентські роки – це головна умова їх фізичного, духовного та інтелектуального розвитку [3].

Проблема формування здорового способу життя підростаючого покоління до недавнього часу ідентифікувалася з фізичною культурою. Але, як показує час, у епоху стресів, неврозів, агресивності та байдужості однієї фізичної культури замало для того, щоб вирішити проблему здоров'я молоді, яка вважається сьогодні глобальною. Роботу з формування здорового способу життя слід розвивати та вдосконалювати відповідно до вимог, які поставило перед нами сьогодення. А для цього доцільно вивчати, переосмислювати перебудовувати різні ділянки культурно-освітньої роботи, впроваджувати вітчизняні новаторські ідеї, світовий досвід [4].

Завдання освіти полягає в тому, щоб допомогти молоді здійснити свідомий вибір суспільних цінностей і сформувати на їх основі стійку, індивідуальну систему орієнтацій, здатну забезпечити саморегуляцію й мотивацію поведінки та діяльності [3].

Складність вивчення даного феномену полягає у тому, що в основі поведінки, пов'язаної із здоров'ям, лежать найрізноманітніші, деколи конфліктні потреби. Проте існує низка традиційних показників, які характеризують ставлення індивіда до свого здоров'я, – це самооцінка здоров'я; медична інформованість; місце здоров'я в системі життєвих цінностей; наявність у індивіда звичок, пов'язаних з курінням, вживанням алкоголю й наркотиків; екологічні установки; наявність стресів тощо [5].

Цей принцип диференціації був закладений у групування індикаторів анонімного анкетування студентів другого курсу

Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського з урахуванням змісту кожної сфери.

За результатами анкетування та опитування студентів була виявлена відсутність розуміння окремих аспектів збереження здоров'я. Аналіз анкетування 134 студентів дозволив зробити наступні висновки:

- здоровими себе вважають 53 студенти (39,5 %);
- дотримуються правил здорового способу життя лише 38 студентів (28,3 %).

Одним з найважливіших показників здорового способу життя є обсяг фізичних навантажень. Окремою проблемою можна виділити вкрай низьку рухову активність студентів. Спеціальні дослідження показали, що ефективність розумової діяльності в умовах низької фізичної активності вже на другу добу знижується майже на 50 %, при цьому різко погіршується концентрація уваги, росте нервова напруга, швидко розвивається втома, апатія й байдужість до виконуваної роботи, людина стає дратівливою і запальною. А регулярні заняття фізичною культурою й спортом є тим універсальним засобом, який може допомогти кожному протистояти напруженому ритму життя, нервово-психічним перевантаженням, зокрема, при розумовій праці [5]. За результатами нашого дослідження фізичною культурою і спортом регулярно займаються лише 9 % студентів.

Показовим чинником здорового способу життя є структура (якісний склад) продуктів харчування, що вживаються у повсякденному раціоні. Уявлення про ці показники дають відповідні індикатори, структуровані за кількістю вживання продуктів та ступенем їх користі для організму. Студентській молоді складно дотримуватися правил раціонального харчування. Часто харчування здійснюється «на ходу», і складається, в основному, з продуктів, які містять занадто велику кількість вуглеводів і жирів, у раціоні практично відсутні білки. На питання чи харчуєтесь Ви регулярно, дотримуетесь режиму харчування, належної структури ствердно відповіли лише 25 % студентів.

Питома вага шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків) у комплексному впливі, що визначають спосіб життя, надзвичайно суттєва. Саме тому цей розділ опитування містив найбільшу кількість (10) індикаторів, які досить повно характеризують дану проблему (причини паління, кількісний зріз тих, хто палить, паління в оточенні, кількісні ознаки вживання алкоголю, психоактивних речовин, ступінь проінформованості та усвідомлення шкоди подібних звичок). За результатами дослідження добре проінформовані про негативний вплив шкідливих звичок на здоров'я – 82 % студентів і все ж палять цигарки – 66 % опитаних, в тому числі

жінки – 43 %. Періодично вживають спиртні напої – 90 %, з них часто вживають – 14 %, не вживають – 8 %.

Статистика поширення в Україні за останні роки захворювань, що передаються статевим шляхом, дані щодо погіршення репродуктивного здоров'я молоді потребують ретельного вивчення цих явищ у вітчизняному молодіжному середовищі. З огляду на це, наше опитування містило п'ять індикаторів, що характеризують основні аспекти проблеми. Результати на жаль не втішні. Лише 26 % опитуваних вважають себе достатньо проінформованими про ризики та запобігання захворюванням, що передаються статевим шляхом.

Висновки. 1. Проаналізовано складові здорового життя студентської молоді та проблему впровадження здоров'язбережувальних технологій у ВНЗ через реалізацію педагогічної стратегії, яка буде орієнтована на здоровий спосіб життя.

2. Визначено, що ВНЗ – особливий соціальний інститут, який має потенційні можливості за незначної інтенсифікації навчального процесу впроваджувати здоров'язбережувальні методики, а час навчання у вищій школі сприятливий і достатній за тривалістю період для формування у студентів стійкої мотивації до здорового способу життя.

Література:

1. Башавець Н. А. Здоров'язбережувальна компетентність майбутнього фахівця як основа його культури. Наука і освіта. 2013. № 12. С. 120 – 122.

2. Бойченко Т. Валеологія – мистецтво бути здоровим. Здоров'я та фізична культура. 2005. № 2. С. 1 – 4.

3. Желєзна Т. Структурно-компонентний склад та критеріальні характеристики рівнів здоров'язбережувальної компетентності вчителів основної школи. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2019. № 6. С. 251 – 266.

4. Міхеєва Л. Особливості формування здорового способу життя у молодого покоління Український науковий журнал. 2011. №3. С. 318. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www/social-science.com>.

5. Про фізичну культуру і спорт: Закон України. Режим доступу: <https://zakon.help/law/3808-XII/>.

6. Рибалко П. Ф. Сучасні технології збереження та відновлення здоров'я молоді в діяльності фахівця з фізичної культури. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. 2016. Вип. 136. Серія: Педагогічні науки. С. 181 – 184.

7. Чайковський Ю. Б., Хламанова Л. І. До диплома вища медична освіта в Україні: що можна змінити вже сьогодні? Медична освіта. 2015. №1. С. 125 – 128.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА COVID-19 СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Романюк Л.Б.

За даними Центру громадського здоров'я, станом на 20 лютого 2021 року в Україні зафіксовано 6295 нових підтверджених випадків коронавірусної хвороби COVID-19 (з них дітей – 429, медпрацівників – 223). Кількість активних хворих - 130 406 осіб. У закладах вищої освіти (ЗВО) взаємодія людей відбувається досить активно. Території цих закладів заповнені навчальними корпусами і гуртожитками, де студенти контактують між собою. ЗВО проводять безліч заходів для студентства та викладачів. Існує багато можливостей для поширення респіраторних захворювань, зокрема коронавірусної інфекції COVID-19 викликані вірусом SARS-CoV-2 [1, 2]. Виходячи з цих обставин, постановою Головного державного санітарного лікаря України від 22.08.2020 № 50 затверджено Протиепідемічні заходи у закладах освіти на період карантину у зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби. Також уряд продовжив дію загальнонаціонального карантину з обмеженнями «помаранчевої» зони до 28 лютого 2021 року. Навчаючись у дистанційному режимі, педагогічні колективи медичних ЗВО проводять спілкування зі студентами та персоналом з питань профілактики респіраторних захворювань за допомогою електронних листів, веб-сайтів, плакатів, соціальних мереж і текстових повідомлень.

Метою нашого дослідження було з'ясувати за допомогою дистанційного on-line анкетування студентів чи хворіли вони на коронавірусну інфекцію впродовж терміну карантину, коли знаходились на дистанційному навчанні у період з лютого 2020 до лютого 2021 року.

Під час дослідження було опрацьовано 66 студентських анкет. В анкетуванні взяли участь студенти II та III курсів медичного факультету. Їм запропоновано дати відповіді на такі запитання:

- Чи хворіли Ви в період з лютого 2020 по лютий 2021 на COVID-19 (діагноз повинен бути підтверджений ПЛР чи ІФА)?

- Якщо хворіли то вкажіть в якому місяці, скільки днів тривала хвороба, лікувались амбулаторно чи в умовах стаціонару?

- Чи проходили Ви дослідження на наявність антитіл проти COVID-19, після перенесеної хвороби?

- Чи хворіли на COVID-19 ваші близькі родичі, з якими Ви разом проживаєте?

При виборі питань, для складання анкети, ми керувались засадами анонімності та даними про виникнення та перебіг коронавірусної інфекції у осіб молодого віку. Результати дослідження оброблені за загальними правилами варіаційної статистики.

У результаті дослідження нами встановлено, що наші респонденти були у віці від 18 до 21 року, серед них вагомо переважали особи жіночої статі – 69,7 %, відповідно чоловіки склали 30,3 %. Такі показники можуть бути обумовлені гендерними особливостями на медичних факультетах вітчизняних ЗВО, оскільки професію лікаря традиційно частіше вибирають жінки. Тих, хто перенесли COVID-19, виявилось 22 (33.3%). Серед перехворілих дівчат було вдвічі більше ніж хлопців (15 - 68,2% та 31,8 %). Такі дані не відповідають результатам офіційної статистики, котрі вказують на відсутність гендерних особливостей при виникненні COVID-19, хоча на результати міг суттєво вплинути склад респондентів [3, 4, 5]. Перебіг коронавірусної інфекції у 86,4 % опитаних був легкий, оскільки вони перебували на амбулаторному лікуванні і лише у 3-х осіб (13,6 %) – середньої важкості, і вони ж приймали антибіотики. Опитані респонденти, що перебували на амбулаторному лікуванні отримували лише симптоматичну терапію. Помісячний аналіз захворюваності студентів виявив максимальну кількість випадків захворювання у жовтні 2020 року – 27,3 %, у вересні, листопаді та грудні кількість хворих була суттєво нижчою, відповідно – 9,1; 13,6 та 9,1 %. Кількість випадків COVID-19 за три місяці літа (з червня по серпень) становила загалом 13,6 %, що свідчить про значне зменшення захворюваності влітку. Початок 2021 року ознаменувався підвищенням захворюваності, зокрема у січні – 13,6 % та за 20 днів лютого – 13,6 % опитаних, що може бути підтвердженням настання другої хвилі епідемічного поширення коронавірусної хвороби.

У всіх опитаних, що перехворіли на COVID-19 діагноз був підтверджений методом ПЛР (полімеразно-ланцюгової реакції). Тривалість клінічних симптомів варіювала від 5-ти днів (18,2 %) до двох тижнів – 31,8 %. Однак в основному видужання наступало впродовж 7-10 днів (50,0 %). Дослідження на наявність антитіл після перенесеного захворювання проводилось у близько половини респондентів – 45,5 %.

Асоціюють виникнення захворювання із хворобою близьких родичів 10 (45,5 %) опитаних, у решти, в колі родини, випадків коронавірусної інфекції не відмічалось, що підтверджує високий ризик зараження при недотриманні правил карантину та самоізоляції під час захворювання.

Таким чином, проведене дослідження дає підстави стверджувати наступне:

- кожен третій студент-медик II-III курсу (33.3%), що перебували на дистанційному навчанні в період з лютого 2020 по лютий 2021 року перехворів на коронавірусну інфекцію;

- максимальна кількість випадків припала на осінь 2020 року (45,5 %) та на січень-лютий 2021 року – 27,2 %; у половини опитаних

хвороба перебігала у легкій формі та тривала до 10 днів; 86,4 % - лікувались амбулаторно, без прийому антибактеріальних засобів;

- дослідження на наявність антитіл після перенесеного захворювання проводилось у близько половини респондентів – 45,5 %;

- асоціюють виникнення захворювання із хворобою близьких родичів 10 (45,5 %) опитаних.

Зважаючи на продовження навчання у багатьох медичних ЗВО у дистанційному на змішаному режимі, небезпеку інфікування під час тісного контакту у колі однокурсників та по дорозі на заняття і назад та очевидну інформативність даного методу, ми плануємо розширити питання, котрі будуть включені у анкети та продовжувати подібні дослідження із залученням більшої кількості респондентів.

Література:

1. Worldometers: COVID-19 Coronavirus pandemic. Last updated: 21.05.2020. [Електроннийресурс].Accessmode: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. Комісаренко С. Світова коронавірусна криза // С. Комісаренко. – К.: ЛАТ&К, 2020. – 120 с.
3. COVID-19: епідеміологія, клініка, діагностика, лікування та профілактика / М.А. Андрейчин, Н.А. Ничик, Н.Г. Завіднюк, Я.І. Йосик та ін. // Інфекційні хвороби. – 2020. – 2 (100) – С. 41
4. The epidemiology and clinical nformation about COVID-19 / H. Ge, X. Wang, X. Yuan [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 2020. – Vol. 14. – P. 1-9. DOI: 10.1007/s10096-020-03874-z.
5. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report – 47. – 2020. – Access mode : <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200307-sitrep-47-covid-19>

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА МОЛОДІЖНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ

Сабаніна Л.Є., Бондаренко О.Є.

Відокремлений структурний підрозділ
«Класичний фаховий коледж Сумського державного університету»
м. Суми, Україна

Складові здорового способу життя (ЗСЖ) містять різноманітні елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я - фізичної, психічної, соціальної і духовної.

Для усвідомлення ЗСЖ важливі поінформованість і можливість доступу до спеціальних профілактичних процедур, що мають уповільнювати природний процес старіння, наявність належних екологічних умов, інших складових ЗСЖ, що стосуються переважно не тільки фізичного і психічного, а також соціального і духовного здоров'я.

Проблема формування здорового способу життя досить ретельно висвітлюється в багатьох соціально-філософських, педагогічних, соціологічних, медичних працях. Особливої актуалізації ця проблематика набула у другій половині ХХ століття як у світі в цілому, так й в Україні.

Наш підхід розглядає формування здорового способу життя молоді як важливу складову молодіжної та соціальної державної політики. Втім передбачає: по-перше - вивчення уявлень молоді про здоровий спосіб життя та розробку методів оцінки здоров'я індивіда; по-друге - формування свідомості та культури здорового способу життя; по-третє - розробку методик навчання молоді здоровому способу життя; по-четверте - впровадження соціальних програм культивування здорового способу життя та збереження здоров'я; по-п'яте, - розробку та впровадження системи скринінгу і моніторингу здорового способу життя молоді.

Ми акцентуємо увагу на формуванні здорового способу життя саме молоді, оскільки саме у молоді роки відбувається сприйняття певних норм та зразків поведінки, накопичення відповідних знань та вмінь, усвідомлення потреб та мотивів, визначення ціннісних орієнтацій, інтересів та уявлень.

Зваживши всі аспекти у межах цієї парадигми щодо здорового способу життя, слід зазначити важливість таких питань:

- чи має індивід знання про здоровий спосіб життя;
- чи існують можливості отримати ці знання;
- чи знає індивід, де отримати необхідні або додаткові знання;
- чи доступні ці джерела для кожного;

- чи достатній рівень його підготовки, щоб скористатися знаннями;
- порівняння свого життя із принципами здорового способу життя;
- самооцінка необхідності змін у своєму житті та усвідомлення цієї необхідності;
- оцінка наявності об'єктивних (що не залежать від індивіда) можливостей для здорового способу життя;
- оцінка наявних суб'єктивних (що залежать від індивіда) можливостей для здорового способу життя;
- оцінка спроможності змінити суб'єктивні можливості, що заважає цим змінам, чи прагне сам індивід до цих змін, які умови необхідні, щоб змінити.

По кожній з трьох зазначених вище категорій моделі якості життя є досить розроблені індикатори здорового способу життя:

1) задоволеність своїми даними: зовнішність; тіло; успішність або виконання службових обов'язків порівняно з іншими; своїм статусом у колективі (виробничий, друзів, однодумців тощо); своїм статусом у сім'ї; своїм сприйняттям світу.

2) задоволеність соціальним оточенням: сприйняття соціальних проблем; сім'я; сусіди; родичі; колеги; товариші у закладі освіти; рівень соціальної напруженості; політична ситуація; довіра до керівних органів; рівень безпеки.

3) задоволеність можливостями: рівень зарплатні; житло; предмети довготривалого користування; престижні речі; одяг; харчування; транспорт; освіта; робота; медичне обслуговування; культурні запити; заняття спортом; проведення вільного часу (наявність закладів, їх доступність за цінами); спілкування; отримання інформації; сексуальні стосунки; громадська активність.

Одним із найважливіших показників здорового способу життя є обсяг фізичних навантажень. Як безпосередні показники рухової активності, що впливають на визначення здорового способу життя (чи нездорового), використано індикатори про наявність (чи відсутність), характер і обсяг фізичних навантажень, які дають чіткі підстави для розподілу респондентів стосовно цього аспекту здорового способу життя.

Показовим чинником здорового способу життя є структура (якісний склад) продуктів харчування, що вживаються в повсякденному режимі. Уявлення про ці показники дають відповідні індикатори, структуровані за кількістю вживання продуктів в часі і ступенем їх користі для організму.

Питома вага шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків, інших хімічних речовин) у комплексі впливів, що визначають спосіб життя, надзвичайно суттєва. Саме тому цей аспект опитування містить велику кількість індикаторів, які досить повно

відбивають спектр проблеми - причини не паління, віковий і кількісний зріз тих, хто палить, паління в оточенні, віковий, кількісний і якісний ознаки вживання алкоголю, віковий і структурний аналіз наркотизації, ступінь поінформованості і усвідомлення шкоди подібних звичок.

Можливості реалізації здорового способу життя. Опитування з проблем здорового способу життя, звичайно, не може обминути питання, щодо можливостей його реалізації молоддю в існуючих умовах. Але складність вивчення полягає в тому, що питання можливості (неможливості) вести здоровий спосіб життя надзвичайно суб'єктивне, тому що воно перш за все детерміновано ступенем усвідомлення людиною важливості дій в цьому напрямі. Навіть при відсутності деяких об'єктивних умов (комфортне житло, належне харчування, достатній доход тощо) особи з високим рівнем свідомості стосовно здорового способу життя прагнуть діяти заради власного здоров'я. І навпаки, за достатньо об'єктивних умов нестача особистісних стимулів унеможливорює прагнення бути здоровим. З іншого боку, існує певний мінімум об'єктивних умов життя, який обумовлює можливості реалізації здорового способу життя. Певні уявлення щодо цієї можливості дають індикатори ступеня перманентного стресу і захворюваності - хвора або постійно психічно напружена людина обмежена в реалізації здорових дій.

Таким чином, все більше й більше вчителі стають відповідальними за здоров'я дітей. Тому, перед педагогами стоїть завдання формування позитивного ставлення в учнів до занять спортом, прогнозування схильностей учнів через спілкування з ними, ознайомлення з умовами життя дитини, з'ясування особливостей сімейного виховання.

Література:

1. Карпова І.Б., Корчинський В.Л., Зотов А.В. Фізична культура та формування здорового способу життя. Навч. посіб. – К., : КНЕУ, 2005. С. 4-6.
2. Пиріг Л.О. Медицина як інтегральна складова культури українського народу. Українознавство: стан, проблеми, перспективи розвитку. - К., : ВПЦ "Київ. ун-т", 1993. - С. 54-56.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОГО УРОКУ

Сєдих Сергій Вікторович

КУ Сумська загальноосвітня школа I-III ступенів № 13 ім. А.С. Мачуленка
м. Суми, Україна

У статті розглядається питання здоров'язбережувального аспекту сучасного уроку. Увага акцентується на питаннях збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління.

Ключові слова: здоров'я, сучасний урок, здобувачі освіти, здоров'язбережувальні аспекти.

Актуальність зазначеної проблеми зумовила необхідність розгляду питання про використання здоров'язбережувальних аспектів у сучасному уроці. Мета статті - розгляд проблеми організації навчального процесу закладу освіти в напрямі його здоров'язбереження.

Проблема навчання і виховання здорової дитини, створення сприятливих для здоров'я умов навчання вивчалася багатьма представниками педагогічної науки. Відповідні аспекти можна знайти в працях К. Гельвеція, А. Дістервега, Я.-А. Коменського, Й. Песталоцці, Ж.-Ж. Руссо, Л. Толстого. Серед класиків педагогіки, що приділяли увагу проблемі здоров'язбереження учнів, можна назвати П. Блонського, Л. Виготського, М. Пирогова, В. Сухомлинського, К. Ушинського. Проте вищезазначені дослідження не вичерпують усіх питань збереження і зміцнення здоров'я здобувачів освіти. На сьогодні недостатньо вивчено тематику місця і ролі уроку, як основної форми організації навчально-виховного процесу в збереженні здоров'я підростаючого покоління.

Сучасний заклад освіти виконує не тільки традиційні освітні функції, але й готує дітей до життя. І однією з актуальних проблем сьогодення є виховання особистості, здатної обирати здоровий спосіб життя, як пріоритетний для досягнення успіху в майбутньому. Виходячи з цього, одним із основних завдань закладу освіти є збереження духовного, фізичного, психічного здоров'я здобувачів освіти, формування в них відповідального ставлення до власного здоров'я.

Фізичне здоров'я – це стан, при якому здійснюється гармонійна робота всіх внутрішніх органів залежно від вікових особливостей та фізичної підготовки. Велике значення при формуванні здоров'язбережувальних компетентностей слід приділяти питанню рухової активності, тому що саме вона є необхідною й обґрунтованою умовою життя людини, що сприяє збереженню здоров'я, підтримує працездатність, забезпечує довголіття.

Психічне здоров'я – стан психічної сфери людини, який характеризується загальним душевним комфортом, забезпечує адекватну регуляцію поведінки й обумовлений потребами біологічного і соціального характеру [1].

Соціальне здоров'я – система цінностей, настанов і мотивів поведінки в соціальному середовищі. Дитина має адаптуватися до життя в соціумі, а педагог повинен допомогти їй в цьому: звернути увагу на зв'язок людини з довкіллям, формувати уявлення про поведінку людини в суспільному оточенні, уявлення про риси людини, які необхідні для щасливого життя, для збереження свого суспільного середовища та здоров'я, навчити тому, як правильно розв'язувати конфлікти, як вести себе в умовах тиску, дискримінації, а головне – привчити до співробітництва.

Духовне здоров'я – це здоров'я в системі загальнолюдських цінностей.

Найважливішим аспектом здоров'язбережувального уроку педагоги називають психологічний комфорт учнів і самого вчителя, атмосферу взаємодовіри, підтримки та успішності[2]. Головна вимога до здоров'язбережувального уроку - не менше 50 % часу діти повинні знаходитися у стані рухової активності («паузи здоров'я», рухові дидактичні ігри та різноманітні активні дії, пересування дітей по класу, фізкультхвилинки, фітнес-данс тощо). Фізкультпаузи несуть значний оздоровчий ефект, а також є заходами активного відпочинку і підтримки високої працездатності (у тому числі розумової) протягом доби. Багатьма дослідниками встановлено, що в результаті рухової діяльності поліпшується мозковий кровообіг, активізуються психічні процеси, поліпшується функціональний стан центральної нервової системи.

Урок не повинен бути одноманітним і монотонним, методи і прийоми мають бути підібрані таким чином, щоб сприяти активізації ініціативи та творчого самовираження, повинні мати місце оздоровчі моменти (фізкультхвилинки, гумор, похвала). Урок необхідно закінчувати спокійно, не затримувати учнів, не перевантажувати домашнім завданням [2]. З цього випливає, що для того щоб організувати урок з урахуванням здоров'язберігаючих технологій слід дотримуватися наступних принципів: правильно організувати урок, використовувати канали сприймання інформації, тобто подавати матеріал таким чином, щоб усі здобувачі освіти могли його краще і легше запам'ятати, розподіляти новий навчальний матеріал так, щоб учні краще могли його засвоїти, не зашкодивши власному здоров'ю, розподіляти інтенсивність розумової діяльності, що означає слідкувати за зниженням втоми дітей, відновлювати працездатність, що, своєю чергою, сприяє здоров'язбереженню [3].

Здоров'язберігаючі технології не є чимось невідомим, таємним, чудодійним. Грамотно складений розклад уроків, використання вчителями на уроках та на перервах прийомів рухової активності, нейтралізація стресів, організація гарячого харчування, зв'язок навчального матеріалу з життям, озброєння учнів валеологічними та екологічними знаннями – це повсякденна діяльність закладу освіти.

Отже, сучасний урок має бути здоров'язбережувальним, здоров'яформувальним, здоров'язміцнювальним, спрямованим на формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя, навчання культури здоров'я на засадах розвитку життєвих навичок. Кожному вчителю слід пам'ятати, що тільки здорова дитина здатна успішно опанувати навчальну програму без надмірної напруги. Вчить дітей жити без стресів, зміцнювати, зберігати своє і цінувати чуже здоров'я.

Література:

1. Антонік В. І. Анатомія, фізіологія дітей з основами гігієни та фізкультури. Бібліотека українських підручників [Електронний ресурс] / В. І. Антонік, І. П. Антонік, В. Є. Андріанов. - Режим доступу : [Http://libfree.com/113759246_meditsinaosoblivosti_anatomiyi_ta_fiziologiyi_dityachogo_organizmu.html#499](http://libfree.com/113759246_meditsinaosoblivosti_anatomiyi_ta_fiziologiyi_dityachogo_organizmu.html#499)

2. Всесвітня декларація виживання, захисту і розвитку дітей [Електронний ресурс]. - Режим доступу : [Http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_075](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_075)

3. Коваль Л. Здоров'язберігаюча організація навчально-виховного процесу як пріоритет нового педагогічного мислення майбутнього вчителя початкової школи [Електронний ресурс] / Л. Коваль. - Режим доступу : [Http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Shps/2007_22-23/Koval_2007.pdf](http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Shps/2007_22-23/Koval_2007.pdf)

КУЛЬТУРА ХАРЧУВАННЯ ТА ХАРЧОВІ ПРІОРИТЕТИ: СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

**Стоєва Т. В., Джагіашвілі О. В., Рижикова Т. І., Ларіонов О. П.,
Портнова О. О., Соболева К. Б.**

Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Сьогодні одним з найважливіших питань стає проблема збереження здоров'я нації, значним аспектом якої є здорове збалансоване харчування [1; 2; 3]. В умовах погіршення екологічної ситуації, зростання темпів життя, все більш ускладнюються вимоги до професійної та навчальної діяльності, що ставить питання здоров'я на одне з перших місць, тому що лише фізично та психічно здорова людина може задовольнити всім вимогам професійного та соціального середовища [3; 4]. Порушення харчування безпосередньо пов'язане з розвитком багатьох захворювань, зокрема серцево-судинної системи (атеросклероз, ішемічна хвороба серця,

гіпертонічна хвороба), шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, запальні захворювання кишечнику, печінки,), сечостатевої системи (сечокам'яна хвороба), порушення обміну речовин (цукровий діабет, ожиріння), зниження імунної резистентності та ін [2; 3; 4; 5].

Мета роботи – оцінити ставлення студентів-медиків до дотримання правильного режиму та якості харчування.

Матеріали та методи. У дослідженні прийняли участь 43 студенти 6 курсу (14 юнаків та 29 дівчат), основним методом дослідження обрано анкетна форма опитування. Запропонована анкета включала питання стосовно режиму харчування, його збалансованості та харчових переваг. Обробка матеріалу проводилася із використанням пакета програм Microsoft Office Excel.

Результати. При оцінці режиму харчування студентів були отримані наступні результати: кількість повноцінних прийомів їжі більш ніж у половини студентів ($67,4 \pm 7,1$) % дорівнює не менше 3-х разів на день, майже третина студентів у виборці ($27,9 \pm 6,8$) % повноцінно харчується 2 рази на день, при цьому у більшості респондентів преважують 1-2 перекуси – ($81,4 \pm 5,9$) %. Серед прийомів їжі, що пропускаються найчастішим став сніданок, його пропускають ($20,9 \pm 6,2$) % студентів, ($11,7 \pm 4,9$) % – не вечеряють. Безпосередньо перед сном вживають їжу ($30,2 \pm 7,0$) % опитаних.

Харчування в навчальний та канікулярний час відрізняється майже у половини студентів ($51,2 \pm 7,6$) %, що пояснюється браком часу для приготування, в зв'язку з цим в канікулярний період раціон студентів різноманітніше. Під час занять в їдальні харчуються ($25,6 \pm 6,7$) % студентів, переважно беруть із дому – ($41,9 \pm 7,5$) % взагалі не приймають їжу – ($16,3 \pm 5,6$) % опитаних. З огляду на ритм життя сучасного студента, дуже часто замість повноцінного харчування доводиться вживати їжу з категорії «фаст-фуд». Більша частина респондентів ($67,4 \pm 7,1$) % вказали, що вживають їжу швидкого приготування, але вкрай рідко. Майже третина опитаних ($32,6 \pm 7,1$) % вживає «фаст-фуд» один раз на тиждень. Крім того, частина студентів ($37,2 \pm 7,4$) % купує їжу у кіоску.

Далі нами було з'ясовано присутність в тижневому раціоні основних харчових інгредієнтів. За результатами опитування встановлено, що більше половини студентів ($60,5 \pm 7,5$) % включає в свій раціон свіжі овочі та фрукти майже щодня або як мінімум 3-4 рази на тиждень. Найбільш частими овочами були названі огірки, помідори, картопля та капуста. Поодинокі студенти в свій раціон включають редис, гарбуз, кабачки і бобові. Серед фруктів лідируючі позиції зайняли яблука, банани та цитрусові. Що стосується зелені, ($53,5 \pm 7,6$) % студентів вказали, що вживають її майже кожен день, решта – інколи.

Аналіз частоти вживання молочних продуктів показав, що зовсім не включають дану групу продуктів в раціон ($4,7 \pm 3,2$) % студентів; декілька разів на тиждень – ($65,1 \pm 7,3$) % опитаних; і щодня – ($30,2 \pm 7,0$) %. Серед названих молочних продуктів найпопулярнішими є молоко ($53,5 \pm 7,6$) %, кефір та сир.

За результатами анкетування було виявлено, що у ($6,9 \pm 3,9$) % студентів в тижневому раціоні майже повністю відсутні м'ясні страви. Щодня вживають м'ясні продукти тільки ($20,9 \pm 6,2$) % опитаних. Причому за популярністю на перших двох місцях опинилися свинина ($44,2 \pm 7,6$) % та яловичина ($39,5 \pm 7,5$) %. Досить часто – 3-4 рази на тиждень в раціоні студентів фігурує м'ясо птиці, а саме курка ($69,8 \pm 7,0$) %. Рибні страви більше половини студентів вживають лише 1-2 рази на місяць ($55,8 \pm 7,6$) %, третина опитаних ($34,9 \pm 7,3$) % – 2 рази на тиждень, а решта студентів ($9,3 \pm 4,4$) % вказала на відсутність в раціоні морепродуктів взагалі.

Варто зазначити, що в якості гарніру до других страв превалюють крупи ($90,7 \pm 4,4$) %, картопля зустрічається у – ($32,6 \pm 7,1$) % та макаронні вироби – ($23,3 \pm 6,4$) % відповідно. Стосовно термічної обробки продуктів, віддають перевагу варінню та гасінню ($74,4 \pm 6,7$) % опитаних.

Борошняні вироби у раціоні харчування студентів в різній формі (хліб, пиріжки, булочки т. д.) зустрічаються досить часто. Щоденну присутність цієї групи товарів відмітили ($41,9 \pm 7,5$) % респондентів, декілька разів на тиждень борошняні вироби зустрічаються у ($30,2 \pm 7,0$) % студентів, повністю виключили зі свого раціону борошняні вироби близько 7 % опитаних. Слід відмітити, що ($60,4 \pm 7,5$) % студентів віддають перевагу житньому хлібу з висівками і тільки ($30,2 \pm 7,0$) % – з борошна вищого ґатунку.

Що стосується солодоців, то більшість студентів ($58,1 \pm 7,5$) % вважають їх «носіями порожніх калорій», тому вживають в обмеженій кількості, проте ($41,9 \pm 7,5$) % респондентів відмітила присутність їх у харчуванні майже щодня. Серед напоїв у раціоні студентів лідируючі позиції займають чай та кава – ($86,0 \pm 5,3$) %.

Серед опитаних ($65,1 \pm 7,3$) % віддають перевагу домашньому харчуванню. Звертають увагу на інгредієнти у продуктах – ($53,5 \pm 7,6$) %, хімічний склад та енергетичну цінність – ($39,5 \pm 7,5$) % респондентів.

Середня самооцінка студентами свого раціону щодо здорового харчування склала 7,23 (за 10-ти бальною шкалою). Найнижча – 4, максимальна – 10. Основними причинами низьких оцінок стали надлишок легкозасвоюваних вуглеводів, вживання «фаст-фуду», нестача часу на підготовку та прийом їжі. Невдоволення своїм раціоном висловили ($25,6 \pm 6,7$) % студентів, при цьому основними бажаними змінами стали відмова від солодоців, збільшення кількості домашньої їжі, фруктів та інших корисних продуктів в раціоні.

Необхідно відмітити, що сучасних трендів харчування у вигляді спеціальних дієт (вегетаріанська, веганська, безмолочна та безглютенова) опитані студенти не дотримуються.

Таким чином, проведений аналіз показав, що більшість студентів-медиків намагається дотримуватися збалансованого раціону та режиму харчування, проте, привертає увагу недостатність білку, надлишкове вживання хлібобулочних виробів та солодоців. Зазначені невідповідності вимогам раціонального харчування можуть призвести до зростання захворюваності серед студентів. Велике навчальне навантаження, нічні чергування, постійні ситуації нестачі часу позначаються не тільки на раціоні, а й на проблемах зі здоров'ям, що робить проблему харчування ще більш актуальною. Тому необхідне активне залучення студентів до обговорення питань правильного та якісного харчування, при спілкуванні на заняттях більше часу приділяти сучасним аспектам нутриціології, що буде не лише підвищувати освітній рівень, але й сприяти профілактиці багатьох захворювань та допомагати адаптуватися до несприятливих факторів навколишнього середовища.

Література:

1. Аналіз харчових раціонів студентів-медиків на основі принципів раціонального харчування / І. Р. Тимофійчук, С. Б. Семененко, Т. П. Савчук, А. А. Піддубна, Л. Д. Борейко, В. В. Семененко. *Єдине здоров'я та проблеми харчування України*. 2019. № 1. С. 54-58.
2. Васильєва М. В., Либина І. І., Натарова А. А. Оцінка раціонального питания студентів як одна из важнейших составляющих здоровья. *Символ науки*. 2017. № 04-3. С. 134-135.
3. Єльцова Л. Б. Гігієнічна оцінка режиму харчування студентів-медиків та обґрунтування шляхів його корекції. *Проблеми харчування*. 2017. № 1. С. 17-21.
4. Основи харчування: підручник / М. І. Кручаниця, І. С. Миронюк, Н. В. Розумикова, В. В. Кручаниця, В. В. Брич, В. П. Кіш. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. 252 с.
5. Плужнікова Т. В., Радченко Н. Р. Роль харчування у життєдіяльності студентів на прикладі студентів перших курсів ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава. *Relevant issues of modern medicine: The experience of Poland and Ukraine*, October 20-21, 2017, Lublin, 2017. С. 160-162.

**ОРГАНІЗАЦІЯ ОЗДОРОВЧО-ФІЗКУЛЬТУРНОЇ РОБОТИ В УМОВАХ
НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ**

Терновенко В. І. ¹, Вакал В. О. ², Тонкопей Ю. Л. ²

¹ Конотопська спеціалізована школа I-III ступенів №9
Конотопської міської ради Сумської області
м. Конотоп, Україна

² Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
м. Суми, Україна

Вступ. Насьогодні важливим питанням освітнього середовища залишається зміцнення здоров'я і формування засад здорового способу життя дітей молодшого шкільного віку [1, 2].

Загальновідомо, що впродовж останніх десятиріч спостерігається тенденція до погіршення стану здоров'я дітей. За даними МОЗ України серед, першокласників частка практично здорових дітей становить 12%, а серед випускників шкіл – чисельність скорочується наполовину .

Уже до початку навчання у школі 54% дітей мають порушення функціонального стану різних систем організму; у кожній четвертій дитини в Україні спостерігається порушення постави; у 6 осіб з тисячі дитячого населення діагностується сколіоз. При цілеспрямованих оглядах дітей лікарями-ортопедами вже у молодшому шкільному віці різні види порушень постави спостерігаються майже у 75 - 80% дітей, а серед випускників загальноосвітніх навчальних закладів цей показник досягає 90% [1, 3].

Основною формою фізичного виховання у закладі освіти є обов'язкові для всіх учнів уроки фізичної культури. Зважаючи на ряд наукових досліджень, вони не забезпечують необхідного для організму дитини обсягу рухової активності, що складає 1,5–2 години на добу [2, 4].

У Концепції нової української школи окрему увагу приділено уроку фізичної культури у оздоровчо-профілактичному контексті із урахуванням індивідуальних особливостей учнів та принципу «зворотного зв'язку» учителя та батьків [2, 3].

Нову УКРАЇНСЬКУ ШКОЛУ ПРЕЗЕНТУЮТЬ ЯК ЗАПОРУКУ ЗМІЦНЕННЯ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я. Проте, незважаючи на наявність джерел інформації та розробок окремих авторів, недостатньо розкритим залишається питання використання оздоровчих засобів фізичного виховання для профілактики зниження функціонального стану організму дітей молодшого шкільного віку.

Мета дослідження – науково обґрунтувати використання оздоровчо-профілактичних засобів в умовах навчального закладу в молодших школярів у контексті уроку фізичної культури.

Організація дослідження. Під час дослідження використано бібліографічний метод аналізу наукової інформації, структурно-логічний, аналітичний метод та метод системного підходу.

Результати дослідження. У процесі аналізу змісту затверджених нормативно-правових документів і програм розвитку, навчання та виховання дітей встановлено, що поміж рекомендованих форм фізичного виховання та засобів простежується невідповідність у переліку планів фізкультурно-оздоровчої роботи (як за кількістю, так і за змістом); відсутня єдина система використання оздоровчо-профілактичних форм роботи з дітьми молодшого шкільного віку [2].

В умовах практичного втілення ідей нової української школи за основу взято «школу компетентностей», де передбачено формування завдань згідно індивідуальних здібностей та особливостей кожної дитини [1, 3].

Одним із ключових варіантів компетентностей є екологічна грамотність та здорове життя, що спрямоване на організацію та реалізацію здоров'язберезувального середовища для формування ціннісного ставлення до здоров'я упродовж усього періоду онтогенезу.

Зважаючи на зазначені положення чинного законодавства, у освітньому інтересі цільовою є розробка системи оздоровчо-профілактичної діяльності, що забезпечить розв'язання завдань превентивного фізичного виховання [5].

Упровадження організаційних форм оздоровчо-профілактичної роботи відбувається пропорційно протягом усього робочого дня, тижня, року. У першу половину дня включається ранкова гімнастика (10–12 хв), заняття з фізичної культури, фізкультурні хвилинки (2–3 хв) та фізкультурні паузи (8–10 хв), прогулянки з використанням фізичних вправ (30–40 хв), самостійну рухову діяльність (40–50 хв). Це складає 125–150 хв рухової активності дітей у першій половині дня.

У другій його частині застосовується гігієнічна гімнастика (8–10 хв), прогулянка з використанням фізичних вправ (60–80 хв), самостійна рухова діяльність (50–60 хв), що складає 118–150 хв. занять фізичними вправами.

Тривалість рухової активності молодших школярів у першій і другій половині дня може незначно коливатися. Утім, загалом при плануванні форм оздоровчо-профілактичної роботи з дітьми слід дотримуватися належної часової пропорційності [3].

У більшості дослідників робота з дітьми включає як організовану, так і самостійну рухову діяльність. Організована рухова діяльність забезпечується виконанням фізичних вправ під керівництвом тренера чи вчителя. До самостійної рухової діяльності належить довільна рухова активність, різні пересування у вільний час та у зв'язку з самообслуговуванням [2, 4].

Обсяг організованої рухової активності, детермінований програмою й методичними вимогами до форм фізичного виховання,

становить для дітей вказаної вікової групи не менше 2–2,5 год на добу з урахуванням їх раціонального розподілу в режимі школи. До того ж, на самостійну рухову активність відводиться не менше 2–2,5 годин на добу, що в сумі становить 4–5 год рухової активності на добу [2, 5].

У процесі визначення умов оздоровчо-профілактичної роботи з дітьми, крім кількісних показників (тривалість занять), слід урахувати принцип оптимальності фізичних навантажень, що передбачає оцінку їх параметрів згідно з функціональними можливостями дитячого організму [1, 5].

Реалізація цього принципу в експериментальній методиці превентивного фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку передбачає навантаження низької (120–139 уд./хв, зона оздоровчого тренування), середньої (140–159 уд./хв, зона максимального оздоровчого ефекту для розвитку аеробних можливостей) та високої (160–180 уд./хв) інтенсивності.

Тому кожна запропонована форма оздоровчо-профілактичної роботи забезпечується підтримуючим і розвиваючим оздоровчим ефектом, що сприяє підвищенню функціонального рівня усіх вегетативних систем організму дітей вказаних вікових груп [1, 6].

Забезпечення необхідної моторної щільності занять, що є різною залежно від конкретних завдань уроку, та дотримання рекомендованої інтенсивності фізичних вправ, дасть змогу досягти високої ефективності очікуваного результату. Тому інтенсивність навантажень на заняттях, повинна бути середньою й високою при моторній щільності 75–90 % [3, 5, 6].

Зважаючи на те, що у дітей з послабленим здоров'ям та низьким рівнем фізичного розвитку знижена сила м'язів нижніх кінцівок і тулуба, спостерігається надлишок ваги та прогресує ряд змін стану опорно-рухового апарату, прийнято вважати, що ранкова гімнастика, фізкультурні заняття, прогулянки й пішохідні переходи можуть організовуватися для розв'язання завдань профілактики складної патології з боку кістково-м'язової, дихальної, серцево-судинної систем організму [3, 5].

У свою чергу, більшість дослідників та практиків зазначають, що за допомогою оздоровчих засобів можна досягти корегувального ефекту в тому числі. Так Коржем Ю. М. у авторській методиці оздоровчо-корекційної гімнастики «Богатир» використано комплекс ігрових вправ, що розвивають не лише рухові якості але формують стереотип правильної постави із використанням казково-ігрових тренажерів [1, 3].

Отже, комплексне застосування організаційних форм фізичного виховання може сприяти підвищенню рівня динамічного здоров'я учнів (функціональних можливостей організму дитини).

Висновки

На фоні інтенсивного реформування системи освіти, актуальним питанням сьогодення є збереження і зміцнення здоров'я дитячого населення. Особлива увага приділяється дітям молодшого шкільного віку. Загальновідомо, що впродовж останніх десятиріч спостерігається тенденція до погіршення стану здоров'я дітей.

Таким чином, урок фізичної культури в умовах нової української школи закладає основи збереження здоров'я та розвитку всіх його складових, використовує комплексний підхід до формування розумових та фізичних якостей і навичок, удосконалює фізичну та психологічну підготовку до активної життєдіяльності, формує пріоритети оздоровчої спрямованості фізичних вправ та забезпечує загальний культурний розвиток молодшого школяра.

У основі оздоровчо-профілактичного компоненту є організація варіативної частини уроку за умови наявної спеціальної матеріально-технічної бази, кадрового забезпечення та вмотивованості дітей. Додаткового вирішення потребує питання про використання засобів фізичного виховання та фізкультурно-оздоровчої роботи для забезпечення розвитку фізичного, соціального і духовного здоров'я дітей із змінами у стані здоров'я.

Література:

1. Залучення учнів до здорового способу життя та популяризація варіативних модулів навчальної програми з фізичної культури через всеукраїнський проект «JuniorZ»: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (15–16 квітня 2019 р., м. Луцьк) / уклад.: О. Ю. Дикий. Луцьк: Волинський ІППО, 2019. 192 с.

2. Нова українська школа. URL: <http://mon.gov.ua/2016/12/05/konczepczziya.pdf>

3. Програма «Нова українська школа» у поступі до цінностей. Київ, 2018. 40 с. URL: <https://ipv.org.ua/2018/318/>

4. Антонова О. Є., Поліщук Н. М. Підготовка вчителя до розвитку здоров'язбережувальної компетентності учнів: монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. 248 с.

5. Physical Education and Sport at School in Europe: Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2013. 76 p.

6. Онишук С. О. Патріотичне виховання учнів на уроках фізичної культури засобами спортивно-масової роботи: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Психологія та педагогіка: методика та проблеми практичного застосування», (25–26 січня 2019 р.). Львів, 2019. С. 22–25

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ВНУТРІШНЮ ПАТОЛОГІЮ В КОНТЕКСТІ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ (НА ПРИКЛАДІ РЕГІОНІВ)

Терновенко Т. В.¹, Тонкопей Ю. Л.²

¹ Конотопський фаховий медичний коледж
м. Конотоп, Україна

² Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка

Вступ. У системі вагомих людських цінностей особливе місце посідає здоров'я для кожного індивідуума, так і для нації у цілому. Суспільство та держава відповідальні за здоров'я населення та є гарантами забезпечення вирішення соціальних питань у контексті удосконалення медичної допомоги і реалізації здорового способу життя [1, 2].

Аналіз захворюваності населення на певні нозології дає змогу окреслити сучасні особливості їх поширення, виявити регіональні відмінності, що є важливим для здійснення типізації регіонів за захворюваністю населення [2, 3].

На фоні негативного впливу екзогенних та ендогенних чинників середовища, соціально-економічних умов життя, рівня медичного обслуговування та фінансування медичних установ, регіональна диференціація медико-географічної ситуації захворюваності поступово посилюється в межах комплексних медико-географічних досліджень [4, 5].

Згідно медичної документації статистичної звітності, для України характерні такі негативні гендерні передумови для динаміки захворюваності населення: інтенсивний процес старіння населення, чисельний виїзд населення молодших вікових груп за кордон, в основному за рахунок осіб чоловічої статі та «соціальні хвороби» [5,6].

Наслідком зазначених фактів є деформована статево-вікова структура населення (на 1000 чоловіків старше 18 років припадає 1216 жінок) [3, 6]. Більшість сучасних наукових робіт присвячені визначенню швидкості темпів поширення хвороб, медико-географічній ситуації рівня захворюваності населення. Однак, такі дані потребують більш детального уточнення щодо типової регіональні диспропорції рівнів захворюваності та віково-статевих особливостей.

Мета дослідження проаналізувати характерні вікові та гендерні особливості частоти захворюваності на внутрішні патології в умовах деяких регіонів України.

Організація дослідження. Проведено аналіз результатів обліково-звітної та медико-статистичної документації матеріалів структурних підрозділів МОЗ України та Головного управління статистики у регіонах України і лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я Сумської, Чернігівської, Закарпатської областей у 2018 році.

Результати дослідження. У процесі аналізу показників захворюваності географічних віково-статеві відмінностей встановлено, що у північному регіоні (Сумська область) серед вікової групи 15 – 17 років спостерігалася тенденція переваги частки юнаків (Конотопський район юнаків – 51, 23%, а дівчат 48,77%; Сумський

район 50,41% та 49,59% відповідно); у Іршавському районі Закарпатської області частіше хворіють дівчата – 54,01% та 45,99% відповідно. Однак, у групах окремих нозологічних одиниць показники захворюваності суттєво різняться: ендокринна патологія переважала у дівчат в межах 61,45% в усіх регіонах. Слід зауважити, що хвороби значно поширені в Щорському районі Чернігівської області за рахунок частки 40,34% підлітків 15-17 років.

Патологія органів дихання була притаманна особам чоловічої статі східного регіону (53,01%), тоді як у Закарпатському регіоні - 53,04% на користь дівчат. Так в Сосницькому та Щорському районах Чернігівської області на вказану нозологію хворіють більше 90% молодих людей від загальної кількості.

Хвороби шлунково-кишкового тракту в середньому розділилися порівну серед юнаків та дівчат з незначними коливаннями в різних регіонах. Слід зауважити, що порівняно з попередньою групою хвороб, частота випадків даної патології менша в усіх районах.

Для достовірного визначення гендерних відмінностей захворюваності у вказаній групі було проаналізовано показники чисельності населення в цій віковій когорті. Згідно даних звітної медичної документації з'ясовано, що серед підлітків 15-17 років переважала населення чоловічої статі в межах 1,08-1,17. В цих же межах зберігається і співвідношення захворюваності серед дівчат та хлопців 1,04-1,08. Тобто можна зробити висновок, що підлітки хворіють однаково, незалежно від географічного розташування регіону та способу життя. Зрозуміло, що в підлітковому віці дія внутрішніх та зовнішніх чинників на представників обох статей однакова, і вони в рівній мірі схильні до розвитку хвороб.

Зовсім інші дані отримали у представників 18 років та старше. В усіх досліджуваних регіонах захворюваність на внутрішню патологію переважає серед жіночого населення. Так серцево-судинна патологія, що посідає ведуче місце серед причин смерті населення України, у жінок в даній віковій групі зустрічається в середньому в 61% випадків. Гіпертонічна хвороба в 55% випадків зустрічається у жінок в Білопільському районі Сумської області, решта показників 64-65% для всіх регіонів, тобто в 1,8 разів частіше у жінок ніж у чоловіків. Цікаві цифри отримали по захворюваності на інфаркт міокарда в Конотопському, Іршавському, Сколівському, Щорському районах – відсоток жіночого населення 30%, а в Білопільському, Сумському, Борзнянському – 48 % (майже порівну з чоловіками).

Дихальна патологія також переважала у жіночого населення в середньому в 61% випадків. Хвороби шлунково-кишкового тракту притаманні жінкам в середньому в 58% випадків, але в Чернігівській області менше (52%) ніж в Сумській (64%) та Закарпатській (58%). Та все ж такі серйозні захворювання як цироз печінки та виразкова

хвороба дійсно зустрічаються частіше у чоловіків в 2-3 рази, як і повідомляє медична література [1, 3, 6].

Аналогічна тенденція спостерігається щодо проблеми захворюваності населення на ендокринну патологію з перевагою жінок в середньому в 72 % від загальної захворюваності, причому максимально 78% в Іршавському районі, де абсолютні показники цієї патології досить високі.

Згідно із проаналізованих даних виявлено перевагу чисельності мешканців Конотопського району на 25,7 тис. більше ніж в Іршавському. Для регіонального аналізу частоти захворювання щодо абсолютної чисельності населення порівняно дані у Сумській та Закарпатській області (табл. 1).

Таблиця 1

Захворюваність населення за класами внутрішніх хвороб, за регіонами у 2018 році (абсолютна чисельність)

Хвороби	Конотопський район Сумської області	Іршавський район Закарпатської області
Усі хвороби	98 116	141 370
Ендокринна система	7 675	7 830
Зоб I-III ст.	2 107	4 122
Цукровий діабет	2 287	1 901
Хвороби системи кровообігу	34 487	55 751
Гіпертонічна хвороба	16 205	26 933
ІХС	11 171	21 019
Інфаркт міокарда	80	56
Хвороби органів дихання	10 027	20 724
Хвороби органів травлення	9 907	18 927
Цироз печінки	52	117

Таким чином, за меншії чисельності населення, захворюваність в Іршавському районі суттєво вища. Деякі з хвороб є суто епідемічними та специфічними для даної місцевості: як зоб I-III ст., котрий зустрічається удвічі частіше, ніж у мешканців Конотопського району які в більшості притаманні міському населенню: гіпертонія, ІХС, дихальна патологія та ін.

Висновки. Жінки старше 18 років хворіють частіше чоловіків незалежно від місця проживання як в західному регіоні так і в північно-східному, в середньому в 1,7 разів частіше, на фоні співвідношення статей в нашому регіоні – 1,24 та захворюваності серед них – 1,7, видно, що жінки все-таки дійсно «слабка стать».

Патологія органів дихання більше характерна для чоловіків східного регіону (53,01%). У Закарпатському регіоні навпаки - 53,04% на користь жінок. Серцево-судинні хвороби по дослідженим регіонам,

за рахунок гіпертонічної хвороби, у 61% випадків виявлялися у осіб жіночої статі.

Таким чином, захворюваність у Західних регіонах вища за рахунок населення старше 18 років із часткою осіб жіночої статі. При чому, екзогенні природні чинники як помірний клімат низькогір'я, низька екологічна забрудненість повітря не впливають на функціональний вегетативних систем жителів району у достатній мірі, тому ймовірно більш вагомий вплив має соціально-економічні умови життя.

Література:

1. Zdorovye-2020: osnovy yevropeyskoj politiki i strategiya dlya XXI veka. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2013.224 s.

2. Скиба О.О., Пшенична Л.В., Лянной М.О., Лянна О.В. Стан здоров'я дорослого населення України як проблема системи громадського здоров'я (регіональний аспект) Світ Медицини та Біології» №2(68), 2019 рік, 109-113 сторінки

3. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія. –К.: ДП «Прінт Сервіс», 2018. –136с.

4. Глобальні, структурні та індивідуальні детермінанти здоров'я: методичні рекомендації / підгот. Любінець О.В., Гржибовський Я.Л., Миронюк С. Львів, 2019. 27 с.

5. Чепелевська Л.А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті // Україна. Здоров'я нації. 2018. № 1. С. 48–52.

6. Чисельність населення Сумської області (щомісячна інформація) 2019 рік. Головне управління статистики у Сумській області http://sumy.ukrstat.gov.ua/?menu=99&article_id=11195

ІГРОВИЙ САМОМАСАЖ ЯК ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИЙ ФАКТОР У РОБОТІ З ДІТЬМИ

Тієчко Н.В.

Сумський дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) № 33 «Маринка»
м. Суми, Україна

У статті висвітлено особливості використання ігрових самомасажів у закладі дошкільної освіти, етапи та послідовність самомасажу, очікувані результати самомасажу мочалочками. Обґрунтовано систему заходів, що включає взаємозв'язок і взаємодію всіх факторів освітнього середовища, спрямованих на збереження здоров'я дитини на всіх етапах її навчання і розвитку.

Ключові слова: масаж, самомасаж, загартування, оздоровчі технології, погладження, розтирання, розминання, музичний супровід, віршований супровід.

Постановка проблеми. Кожного року набувають популярності оздоровчі технології, що використовують у профілактичних цілях. Природа подарувала дитині запас пристосувальних механізмів, але цим подарунком потрібно правильно користуватися. У дошкільників з'являється потреба піклуватися про власне здоров'я, бути здоровими та не хворіти, вести здоровий спосіб життя.

В дитинстві закладається фундамент гармонійного розвитку та здоров'я. В цей період дитина активно росте, формуються всі системи організму. Ранній вік дуже важливий, в цей час відбувається активний розвиток, формується постава, хода, стрибки, біг, вміння управляти своїм тілом, з'являються прояви характеру, такі, як наполегливість, спосіб самовираження, спосіб пізнання оточуючого світу. При цьому дитина отримує величезне задоволення від нових навичок та вмінь. Розвиваючи дитину інтелектуально, батьки дуже часто забувають про фізичний розвиток дитини. Вони часто ставляться до цього, як до другорядного. В результаті дитина погано рухається, погано бігає, не може залізти самостійно на драбину. Природна потреба в русі припадає на вік від одного року до чотирьох, а батьки часто-густо говорять «не бігай», «не галасуй», «не заважай» і т.д. Все це дуже відбивається на настрої дитини. Але на допомогу дитині і батькам приходять ранкова гімнастика, заняття з фізкультури та нетрадиційні підходи зміцнення здоров'я дитини в дитячих садочках.

Вихователі докладають багато зусиль для того, щоб дитина протягом дня задовольняла потребу в русі, заклала основи здорового способу життя та зміцнювала своє здоров'я нетрадиційними методами і прийомами, а саме ігровими самомасажми.

Мета статті: охарактеризувати актуальність використання, переваги ігрових самомасажів у роботі з дітьми, розкрити правила застосування, етапи, послідовність самомасажу, очікувані результати самомасажу мочалочками.

Виклад основного матеріалу. Що таке масаж? Масаж – це сукупність прийомів механічної і рефлексорної дії на тканини і органи, у вигляді розтирання, тиску, вібрації або погладження, що проводяться безпосередньо на поверхні тіла людини, як руками, так і спеціальними апаратами, через повітряне, водне чи інше середовище.

Перш ніж розпочинати процедури оздоровлення потрібно скласти певні правила. Такі правила були складені відомим академіком Г.Н. Спіранським:

- процедури самомасажу повинні викликати у дитини тільки задоволення, а не страх та неприємні почуття;

- проводити процедури самомасажу потрібно регулярно без перерв;

- тримати під контролем самопочуття, апетит та повноцінне збалансоване, вітамінізоване харчування;

- стежити за самопочуттям та настроєм.

Дуже важливо надати процесу фізичного виховання оздоровчої спрямованості. Заняття з фізичної культури, ранкова гімнастика та інші форми роботи мають бути наповнені різноманітними рухами в комплексі з традиційними та нетрадиційними оздоровчими технологіями. Вони допоможуть збагатити знання дітей про особисте здоров'я, сформулюють у них навички та уміння зберігати та відновлювати власне здоров'я.

Здоровий спосіб життя – це діяльність, спрямована на формування, збереження та зміцнення здоров'я людей як необхідної умови для прогресивного розвитку суспільства в усіх його напрямках.

Здоровий спосіб життя передбачає знання і дотримання режиму навчання та відпочинку, правил харчування й особистої гігієни, визначення й обов'язкове виконання фізичних вправ, які забезпечують оптимальний руховий режим, а також усвідомлення шкідливості вживання наркотиків, алкоголю, тютюну. При цьому велике значення має правильний вибір індивідуальних оздоровчих систем або їхнє поєднання та практичне використання з метою зміцнення здоров'я (самомасаж, загартовування, дихальні вправи, аутогенне тренування тощо).

Дотримання здорового способу життя впливає на формування, збереження та зміцнення здоров'я, сприяє інтелектуальному і духовному розвитку особистості, успішному навчанню.

Дошкільним вважається вік дитини від трьох до семи років. У цей період організм дитини росте та розвивається. Його рухова активність сильно зростає, а рухи дитини стають свідомими і більш вільними. Шкірний покрив стає значно товщим. Шкіра стає більш стійкою до різних впливів (переохолодження, кліматичних, механічних, хоча в цьому віці дитина переохолоджується частіше за дорослого). Причина полягає в тому, що площа поверхні шкіри у дитини дошкільного віку набагато більша за площу дорослої людини відносно до одного кілограма ваги тіла. Відповідно переохолодження відбувається частіше у дітей ніж у дорослих. Тому і хворіють дошкільнята частіше. Саме у цей період у батьків виникає велике питання, як зберегти здоров'я свого малюка? Саме тому дитину дошкільного віку треба загартовувати. Всі батьки хочуть, щоб їхні діти вирости здоровими та щасливими. Великий вплив на розвиток дитини сприяють фактори зовнішнього середовища, і батьки це усвідомлюють. У зв'язку з цим актуальність нашої роботи полягає в тому, щоб слабких дітей, які мають відхилення в фізичному розвитку,

можна зміцнити завдяки проведенню з ними систематичних занять з фізичної культури, а також самомасажу. Самомасаж спільно з гімнастикою надають зміцнюючий ефект на весь організм дитини і дуже добре розвиває всі органи та системи. Любов та увага дорослих, повноцінне та здорове харчування, свіже та чисте повітря, сонячне світло і тепло – завдяки цим факторам дитина буде здорова, як тілесно так і духовно.

Що таке самомасаж? Це – один із видів пасивної гімнастики, де використовують традиційні для масажу рухи: розтирання, погладжування, розминання. Його потрібно робити кожного дня. Самомасаж на перший погляд це простий і дуже доступний вид масажу, адже не завжди можна скористатися послугами професіонала. Самомасаж це незамінний засіб, щоб швидко відновити сили, зняти напруженість з окремих ділянок тіла.

Самомасаж для дітей дошкільного віку можна проводити згідно загальним вимогам до масажу. Головне, щоб він сприяв розслабленню дитячого організму після великих фізичних навантажень, яким піддається його організм протягом дня, так як у дошкільному віці дитина, як правило, дуже активна та рухлива.

Привчаючи дитину до здорового способу життя можна не тільки за допомогою фізичних вправ, але і за допомогою ігрового самомасажу. Діти з задоволенням роблять самомасаж в ігровій формі. Виконуючи самомасаж дитина може грати, фантазувати. Самомасаж розслаблює, знімає нервово- емоційну напруженість. Навчаючи дітей масажним рухам в ігровій формі, потрібно правильно пояснити алгоритм виконання всього комплексна вправ. Для того, щоб посіяти гарну звичку у дитини регулярно виконувати масаж, він має проходити в цікавій ігровій формі. Заняття має подобатися дитині та приносити задоволення від процесу.

Можна використовувати музичний супровід або віршовані форми. Ігровий масаж розвиває в дитини фантазію, діти з задоволенням уявляють собі легкого метелика, павучка чи змійку. Самомасаж сприяє сенсорному розвитку, просторовій уяві, під час ігрового самомасажу дитина сприймає і голосові інтонації, ритм, темп, допомагає розвитку пам'яті, швидкому запам'ятовуванню віршів та пісень. Ігровий самомасаж, як і фізичні вправи, роблять для профілактики, а не для лікування захворювань.

Оволодіти прийомами самомасажу може кожний вихователь. Цей самомасаж є одним із засобів прищеплення дитині здорового способу життя та один із видів загартування.

В дошкільних навчальних закладах завжди використовують традиційні і нетрадиційні методи зміцнення здоров'я дошкільнят. Тому зваживши усі «за» та «проти» я вирішила впровадити в групі зі

своїми дітками нетрадиційні підходи до зміцнення здоров'я, як ігровий самомасаж мочалочками.

Звичайний масаж має проводити спеціаліст, а технікою ігрового самомасажу може оволодіти, як дорослий, так і дитина. Цей масаж дає змогу емоційно розвантажитися і водночас побути казковим героєм, або лагідною комашкою. Єдине, що потрібно, це правильно пояснити дітям, як виконувати рухи. Процедура триває 5-7 хвилин та проводиться у другій половині дня після сну. Діти при цьому перебувають у майках та трусиках, босоніж. Розтирають себе мочалочками під віршований супровід.

Процес самомасажу складається з трьох етапів: погладжування; розтирання; погладжування.

Послідовність самомасажу: ліва та права ніжки; живіт; груди; шия; стегна; ліва та права ручки; лікті.

Не масажують місця, де розташовані лімфатичні вузли. Самомасаж протипоказаний на об'ємних родимках, родимих плямах, за наявності захворювання шкіри.

Самомасаж мочалочками сприяє злущуванню відмерлого шару шкіри, пом'якшує функцію потових та сальних залоз, пришвидшує кровотік у поверхових шкірних судинах. Енергійне розтирання – тонізує, м'яке – заспокоює. Самомасаж має бути плавним, врівноваженим, тиск на шкіру повинен викликати приємні відчуття.

Мочалочки зберігаються у окремих пакетиках (підписаних на кожну дитину) у закритому контейнері. Обробляються відповідно до санітарних вимог.

Очікувані результати самомасажу мочалочками:

- зниження захворюваності;
- позитивні зміни в розвитку дітей;
- пізнання себе через оточуючий світ;
- формування бажання піклуватися про своє здоров'я;
- ознайомлення з правилами здорового способу життя.

Висновки і перспективи дослідження. Все вищезазначене дозволяє говорити про надзвичайну актуальність та значущість ігрових самомасажів для здоров'я дітей. За допомогою систематичних занять зміцнюється здоров'я дітей, розумовий розвиток, а частохворіючі діти можуть покращити свої показники здоров'я. Тому дуже важливо, щоб заняття стали систематичними і увійшли до складу гарних звичок. Коли заняття стають системою діти виконують масаж майже самостійно, промовляючи віршований супровід без підказок вихователя. Самомасаж забезпечує не тільки сенсорний розвиток, а і розвиток дрібної моторики.

Література:

1. Богініч О. Л. Здоров'я та фізичний розвиток дитини : реалізація завдань освітньої лінії «Особистість дитини» / О. Л. Богініч // Дошкільне виховання. – 2006. – № 7. С. 15.

2. Бутенко В. Г. Оздоровчі технології в освітньому процесі сучасного дошкільного навчального закладу / В. Г. Бутенко, Л. В. Калашник, С. П. Цьома. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2014. 180 с.

3. Васильєва С. А. Система зміцнення здоров'я дітей у дошкільному закладі / С. А. Васильєва // Вихователь-методист дошкільного закладу. – 2009. – № 5. С. 31 – 33.

4. Тагліна О.В. Масаж на кожен день. – Харків, 2005.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ

Ткачук Н.І., Романюк Л.Б., Борак В.П., Малярчук А.Р.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Сучасна пандемія COVID-19 є найактуальнішою як медичною так і соціальною проблемою для багатьох країн світу. На сьогодні випадки захворюваності виявлено в 212 країнах та територіях, а кількість інфікованих перевищує 112 млн осіб у світі та 1,3 млн осіб в Україні, станом на 23. 02.2021 р. Вірус SARS-CoV-2 має надзвичайно високу тропність до трансмембранного клітинного рецептора – білка ACE2, який займає до 25 % структури клітинної мембрани епітеліальних клітин, перш за все альвеолярних. Досить великими є і вікові відмінності наявності та концентрації цього білка на поверхні клітин. Так, доведено, що його концентрація мінімальна у дітей молодшого віку і поступово підвищується, досягаючи максимуму у старшому віці – 14-19 років. Це вірогідно і пояснює низьку захворюваність дітей, а у разі виникнення хвороби вона здебільшого має легкий неускладнений перебіг і більш важкий її перебіг у осіб старшого віку [1]. Надзвичайно багато літературних джерел засвідчують, що важкість перебігу коронавірусної інфекції посилюється з віком і є багато досліджень з клінічної симптоматики COVID-19 у стаціонарних хворих, однак зміни, що виникають у пацієнтів на амбулаторному лікуванні вивчені недостатньо [1,3].

Метою нашої роботи було проаналізувати важкість та клінічну симптоматику COVID-19 у студентів-медиків, що перебували на амбулаторному лікуванні у період дистанційного навчання за допомогою анкетування. Отримані дані були опрацьовані за загальними правилами варіаційної статистики.

Під час дослідження проанкетовано 66 вітчизняних студентів II-III курсу медичного факультету. В анкету були внесені питання стосовно виникнення коронавірусної інфекції, важкості її перебігу та провідних симптомів, що мали місце під час хвороби, при чому перелік останніх не був вказаний у анкеті, а надана можливість

респондентам самим назвати симптоми, що у них були наявні під час COVID-19.

Анкетування проводилось у дистанційному on-line режимі.

Серед респондентів, тих, хто перехворіли на COVID-19, виявилось 22 особи (33.3%). У 86,4 % опитаних, перебіг коронавірусної інфекції відповідав легкому ступеню важкості і тільки у 3-х -13,6 % – середньої важкості і вони лікувались стаціонарно.

Клінічними симптомами хвороби, за визначенням ВООЗ, найчастіше відзначають: гарячку, слабкість і сухий кашель, біль при ковтанні, чханні; риніт; головний біль; прояви гіпоксії; біль у м'язах. До основних клінічних критеріїв COVID-19 належать кашель і задишка чи утруднене дихання. Також, як пра-вило, характерні гарячка, озноб, тремор, біль у м'язах (окремі хворі скаржаться, що «ніби м'язи відстають від кісток»), відчуття розбитості в усьому тілі. У частини пацієнтів можлива втрата нюху та смаку (аносмія та дисгевзія) [3,4]. Крім того, хворі можуть скаржитися на закладеність носа чи ринорею, кон'юнктивіт, шлунково-кишкові розлади – відсутність апетиту, зрідка на нудоту, блювання, пронос. Серед інших симптомів – біль у горлі, грудях, дезорієнтація, запаморочення, головний біль, кровохаркання, шкірні прояви. У більшості людей (80 %) цих симптомів немає, або проявляються у легкій формі і не потребують лікування, але потребують діагностування і застосування стосовно них протиепідемічних заходів [2]. Однак, діагностика коронавірусної інфекції неможлива лише на основі клінічних симптомів, тому у всіх наших респондентів, що хворіли на COVID-19, діагноз був підтверджений за допомогою ПЛР (полімеразно-ланцюгової реакції).

Наші респонденти найчастіше відмічали підвищення температури – 16 (72,3 %), втрату нюху і смаку – 12 (54,5 %). Значно рідше зустрічались головний біль та загальна втома – по 7 (31,8 %) випадків. На біль у горлі та в ділянці грудної клітки були скарги у 22,7 % студентів, що хворіли на COVID-19. Біль у м'язах турбував 18,1 % осіб, з такою ж частотою опитані відмічали наявність кашлю. У 2 (9,0 %) студентів лабораторно підтверджений діагноз коронавірусної інфекції перебігав безсимптомно. Досить багато літературних даних свідчать про те, що оцінити поширеність безсимптомних випадків у популяції досить складно, однак у Китаї про досимптомне інфікування повідомлялося на рівні 12,6 % випадків [5]. Дещо менший відсоток безсимптомного перебігу у студентів-медиків може бути обумовлений певною настороженістю їх стосовно розвитку коронавірусної інфекції та більш ретельним ставленням до свого здоров'я.

Підсумовуючи результати анкетування студентів медичного факультету слід зазначити, що кожен третій з них - 33.3% - перехворів на COVID-19. У 86,4 % опитаних, перебіг коронавірусної інфекції відповідав легкому ступеню важкості. Провідними симптомами, що

відмічали хворіючі студенти-медики були гарячка, втрата нюху та смаку, головний біль та загальна втома. У 9,0 % респондентів лабораторно підтверджена коронавірусна інфекція перебігала безсимптомно. Для кращої обізнаності студентів із причинами, епідеміологією, патогенезом та клінічними симптомами COVID-19 на кафедрі мікробіології, вірусології та імунології у навчальний план внесено лекцію на тему «Коронавіруси. SARS-Cov-2».

Література:

1. Andreychyn, M. A., Nychyk, N. A., Zavidniuk, N. H., Iosyk, I. I., Ischuk, I. S., & Ivakhiv, O. L. (2020). COVID-19: епідеміологія, клініка, діагностика, лікування та профілактика. *Інфекційні хвороби*, (2), 41–55. <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2020.2.11285>
2. Наказ МОЗ України від 13.03.2020 No 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19». – zakon.rada.gov.ua. – Електорний ресурс. – <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13032020--663-pro-optimizaciju-zahodiv-schodo-nedopuschennja-zanesennja-i-poshirennja-na-teritorii-ukraini-vipadkiv-covid-19>.
3. Zadorozhna V. I., & Vynnyk, N. P. (2020). КОРОНАВІРУС 2019-nCoV: НОВІ ВИКЛИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛЮДСТВУ. *Інфекційні хвороби*, (1), 5–15. <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2020.1.11091>
4. (2020) Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China / W. Guan, Z. Ni, Y. Hu [et al.] // medRxiv. – 2020. Electronic resource. Retrieved from: <https://doi.org/10.1101/2020.02.06.20020974>
5. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan / J. F.-W. Chan, K.-H. Kok, Z. Zhu [et al.] // *Emerging Microbes & Infections*. – 2020. – Vol. 9(1). – P. 221-236.

ДОЦІЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ЕНЕРГЕТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Трунова С.В., Тиравська Ю.В., Бондарчук О.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ: корекція енергетичної складової відіграє важливу роль в комплексному лікуванні хворих з нестабільною стенокардією (НС), оскільки це може сприяти покращенню мікроциркуляції та кровопостачання органів і систем, зокрема і в межах серцево-судинного басейну [1]. Активізація енергетичної складової дозволяє своєчасно покращити мікроциркуляцію, в тому числі в міокарді, що підвищує функціональну здатність серцево-судинної системи та фізичну активність хворих на тлі зменшення дозування медикаментів, що приймаються [2]. Крім того, корекція енергетичного балансу впливає на емоційну та психологічну складову здоров'я [3]. На жаль, сучасні рекомендації ведення хворих на НС не приділяють достатньої уваги фізіотерапевтичним методикам та прийомам, які можуть значно впливати на якість життя хворих [4], зокрема не враховується енергетична складова, що відіграє важливу роль для покращення стану серця та судин [5]. Це підкреслює надзвичайну актуальність корекції енергетичної складової у хворих з НС.

Мета дослідження: розробити різновиди рефлексотерапевтичних прийомів, включаючи енергетичні вправи і вибіркові форми арт-терапії, та вивчити їх вплив на особливості клінічного перебігу НС у комплексному лікуванні хворих зрілого та похилого віку.

Методи дослідження: обстежено 117 хворих з НС (середній вік $64,3 \pm 7,2$ роки), 54 чоловіки (46,1%) та 63 жінки (53,9%). Хворі були розподілені на 4 групи. До основної групи 1 (ОГ1) ввійшло 32 хворих зрілого віку (середній вік $54,3 \pm 4,1$ роки), 16 чоловіків (50,0%). Основна група 2 (ОГ2) складалася з 48 хворих похилого віку (середній вік $68,7 \pm 5,2$ роки), 22 чоловіки (45,8%). До контрольних груп КГ1 та КГ2 включено 19 хворих зрілого віку (середній вік $54,3 \pm 3,8$ роки), 8 чоловіків (42,1%), та 18 хворих похилого віку (середній вік $68,2 \pm 3,8$ років), 8 чоловіків (44,4%), відповідно. Одразу при поступленні всім пацієнтам проводилася реєстрація електрокардіограми (ЕКГ) спокою у 12-ти відведеннях, пульсоксиметрія, вимірювання артеріального тиску, частоти дихання (ЧД). Ехокардіографія проводилася на 1-2-й день після поступлення. Провідною скаргою всіх пацієнтів з нестабільною прогресуючою стенокардією, що були включені у дослідження, був біль ангінозного характеру за грудниною. На ЕКГ всіх пацієнтів реєструвалися зміни ішемічного характеру: депресія

сегмента ST у 61 пацієнта (52,1%), зменшення амплітуди або негативізація зубця T у 109 хворих (92,1%). Відповідні основні та контрольні групи співставні за віком ($p > 0,05$), статтю ($p > 0,05$), вищезгаданими змінами на ЕКГ (для обох ознак $p > 0,05$), показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску (САТ і ДАТ) (для обох $p > 0,05$), ЧД ($p > 0,05$), частотою серцевих скорочень (ЧСС) ($p > 0,05$), сатурацією кисню (SaO_2) ($p > 0,05$).

Всі пацієнти отримували базову терапію згідно протоколів ведення пацієнтів з НС, що включала антикоагулянтну терапію, подвійну антитромбоцитарну терапію (ацетилсаліцилова кислота і клопідогрель), статин, бета-адреноблокатор, інгібітор ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ), а пацієнти ОГ1 та ОГ2 впродовж часу перебування в умовах стаціонару додатково виконували запропоновані нами чотири вправи рефлексотерапії. Перша вправа полягає у виконанні парціальної програмованої кінезотерапії ключових кістково-м'язових сегментів організму шляхом поздовжніх та поперечних коливальних рухів до досягнення відчуття стану комфорту (без втоми). Вправа виконується у положенні лежачи на спині, руки вздовж тулуба, стопи на відстані довжини стопи. Коливальні рухи вправо-вліво виконуються на рахунок 17-19 двобічно у довільному темпі у послідовності від пальці ніг вздовж нижніх кінцівок, хребта до пальців рук та назад. Вправа 2 виконується теж в положенні лежачи на спині. Для виконання вправи пацієнтові слід уявляти та свідомо формувати колір сонячних променів, проводячи відчуття їх тепла по вищенаведеному напрямі вздовж ключових сегментів тіла. Хворий уявляє, що зігріває кожен сегмент сонячним світлом. Вправа 3 виконується сидячи на дивані чи стільці, стопи міцно притиснуті до підлоги. Нахилиючись вперед, слід тримати лікті міцно притиснутими до колін. Виконуються парціальні коливальні рухи починаючи з упору пальців стоп з переходом на п'ятки, на всю стопу, що супроводжується рухами вверх-вниз та вліво-вправо. Вправа 4 виконується з метою збереження і перерозподілу енергії. Для цього хворому слід лягти на спину, розслабитись, зігнути ноги в колінних суглобах та з'єднати стопи, а також зігнути руки в ліктьових суглобах та з'єднати кисті. Ця вправа виконується впродовж 2-5 хвилин. Між кожною з вправ слід робити перерву (відпочивати) 10-15 хвилин, концентруючись на позитивних думках. Після виконання чотирьох вправ рекомендовано залучити прийоми арт-терапії залежно від уподобань хворого (танець, малювання, музика, виготовлення речей з глини, пластиліну та ін.), що покращить когнітивні здатності пацієнта.

Запропоновані нами прийоми енергокінезотерапії шляхом парціальних ланцюгових кістково-м'язових рухів під контролем свідомості направлені на активацію, збереження та перерозподіл

енергетичної складової організму у хворих з НС, покращення когнітивних здібностей пацієнта і його психо-емоційного стану.

Загальна тривалість лікування пацієнтів в умовах стаціонару становила $20,7 \pm 0,6$ днів. Хворі ОГ1 та ОГ2 на тлі базової терапії щоденно впродовж 21 дня вранці через 1 годину після їжі виконували запропонований нами комплекс вправ.

Зміни стану пацієнта реєструвалися шляхом опитування скарг, контролю ЕКГ, рівнів САТ і ДАТ, ЧСС кожного тижня перебування у стаціонарі.

Аналіз статистичних даних проводився з використанням програми SPSS v.22. Дані представлені у вигляді $m \pm SD$ для кількісних даних та в абсолютних одиницях (відсотках) для якісних даних. Для порівняння кількісних даних застосовувалися критерії Манна-Уїтні (U) та Вілкоксона (T), а якісних даних - критерій χ^2 . Різниця вважалася статистично значущою при $p < 0,05$.

Результати дослідження: на тлі терапії всі пацієнти відмічали покращення стану, зникнення або зменшення інтенсивності больового синдрому, підвищення фізичної активності. У групі ОГ1 зафіксоване зниження САТ з $157,0 \pm 11,0$ мм рт.ст. до $127,0 \pm 6,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) в порівнянні з динамікою у КГ1 з $154,0 \pm 10,0$ мм рт.ст. до $132,0 \pm 7,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), а також з $162,0 \pm 9,0$ мм рт.ст. до $131,0 \pm 8,0$ мм рт.ст. у групі ОГ2 ($p < 0,05$) проти зниження з $159,0 \pm 10,0$ мм рт.ст. до $135,0 \pm 7,0$ мм рт.ст. у КГ2 ($p < 0,05$). Зафіксована позитивна динаміка ДАТ, зокрема зниження у групі ОГ1 з $98,0 \pm 6,0$ мм рт.ст. до $78,0 \pm 5,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) в порівнянні з динамікою у КГ1 з $96,0 \pm 5,0$ мм рт.ст. до $83,0 \pm 7,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), а також з $99,0 \pm 8,0$ мм рт.ст. до $79,0 \pm 6,0$ мм рт.ст. у групі ОГ2 ($p < 0,05$) проти зниження з $97,0 \pm 9,0$ мм рт.ст. до $80,0 \pm 7,0$ мм рт.ст. у групі КГ2 ($p < 0,05$). Зафіксоване зниження ЧСС у всіх досліджених групах, зокрема у групі ОГ1 з $102,0 \pm 8,0$ уд./хв. до $67,0 \pm 6,0$ уд./хв. ($p < 0,05$), у групі КГ1 – з $100,0 \pm 7,0$ уд./хв. до $69,0 \pm 5,0$ уд./хв. ($p < 0,05$), у групі ОГ2 – з $95,0 \pm 6,0$ уд./хв. до $65,0 \pm 5,0$ уд./хв. ($p < 0,05$), у групі КГ2 – з $99,0 \pm 8,0$ уд./хв. до $68,0 \pm 7,0$ уд./хв. ($p < 0,05$). При порівнянні амплітуди динаміки описаних параметрів у відповідних співставних групах не виявлено статистично значущої відмінності при аналізі трьох згаданих параметрів. Так, САТ знизився на 19,1% у ОГ1 проти 14,3% у КГ1 ($p > 0,05$) і на 19,2% у ОГ2 проти 15,1% у КГ2 ($p > 0,05$). ДАТ знизився на 20,4% у ОГ1 проти 13,5% у КГ1 ($p > 0,05$) і на 20,2% у ОГ2 проти 17,5% у КГ2 ($p > 0,05$). Зниження ЧСС зафіксоване на рівні 34,3% у ОГ1 проти 31,0% у групі КГ1 ($p > 0,05$), а також 31,5% у групі ОГ2 проти 31,6% ($p > 0,05$). Однак виявлено статистично значущі відмінності за клінічними показниками між групами порівняння. Зокрема, у групі ОГ1 на 10-ту добу терапії повної ремісії болю в ділянці серця досягнули 17 осіб (53,1%), що дозволило відмінити протибольові засоби (для порівняння у КГ1 – 7

осіб (36,8%), $p < 0,05$); а у 45,0% випадків - зменшити їх дозування вдвічі, а ще через 10 діб – не було потреби у прийомі антиангінальних препаратів. У ОГ2 через 12 діб доза антиангінальних препаратів була зменшена вдвічі, а на 20-й день – удвічі була знижена доза іАПФ та бета-адреноблокаторів, відмінено нітрати у 37 пацієнтів (77,1%). Можливість корегувати дозу в сторону її зниження чи відмінити препаратів групи нітратів, іАПФ, бета-адреноблокаторів у КГ2 не виникала.

Висновки: Доведено, що досліджені прийоми рефлексотерапії дозволяють покращити особливості клінічного перебігу НС, зокрема знизити дозування препаратів базової медикаментозної терапії, підвищити контрольованість симптоматики (больового синдрому). Отже, запропоновані прийоми рефлексотерапії, зокрема комплекс енергетичних вправ та індивідуальні види арт-терапії, доцільно застосовувати в комплексному лікуванні хворих з НС.

Література:

1. Luskin F. M. A review of mind/body therapies in the treatment of cardiovascular disease. Part 1: implications for the elderly / F. M. Luskin, K. A. Newell, W. L. Haskell // *Alternative Therapeutical Health Medicine*. – 1998. – №4 (3). – P. 46–61.
2. Levine G. N. Meditation and Cardiovascular Risk Reduction: A Scientific Statement From the American Heart Association / G. N. Levine, R. A. Lange, C. N. Bairey-Merz // *Journal of American Heart Association*. - 2017. - №6 (10). - e002218.
3. Love M. F. Mind-Body Interventions, Psychological Stressors, and Quality of Life in Stroke Survivors / M. F. Love, A. Sharrief // *Stroke*. – 2019. – 2 (50). – P. 434-440.
4. Collet J. P. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation / J. P. Collet, H. Thiele, E. Barbato // *European Heart Journal*. – 2020. – 8. - ehaa575.
5. Трунова С. В. Оптимізація діагностики ішемічних уражень міокарда у хворих на хронічні вісцеропатії з артеріальною гіпертензією в поєднанні з нейрометамерною патологією / С. В. Трунова, Т. Д. Никула, В. Ю. Кундін // *Науковий вісник національного мед. університету ім. О. О. Богомольця*. – 2009. – № 25 (спецвип.). – С. 296–303.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ЗАКЛАДАХ ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ

Усик Л.М.¹, Скиба О.О.²

¹ Конотопський фаховий медичний коледж
м. Конотоп, Україна

² Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка
м. Суми, Україна

Анотація: *Негативна тенденція до погіршення здоров'я молоді обумовлена певними чинниками, а саме: емоційним дискомфортом, спричиненим труднощами навчально-виховного процесу, перевантаженням програмним матеріалом, браком організації здорового дозвілля, відсутністю сформованої мотивації на здоровий спосіб життя. Така ситуація потребує впровадження у практику роботи закладів освіти здоров'язбережувальних технологій, які передбачають взаємозв'язок та взаємодію всіх факторів освітнього процесу, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я студентів.*

Ключові слова: *здоров'язбережувальне середовище, здоровий спосіб життя, здоров'я, заклад фахової передвищої освіти.*

Вступ. На сучасному етапі людина, її життя і здоров'я визначаються як найвищі людські цінності, бо саме вони є показником економічного і соціального благополуччя країни. Проте, на сьогодні, статистика стану здоров'я молоді є невтішною. За даними Міністерства охорони здоров'я України 90% усіх дітей мають відхилення в загальному стані здоров'я. З них 30% мають два та більше захворювань. Тому актуальною проблемою сьогодення є збереження здоров'я молоді та формування здорового способу життя як цінності уже в освітньому середовищі. Звідси випливає завдання закладів освіти – формування в студентів потреби зберігати та зміцнювати своє здоров'я через формування в них здоров'язбережувального освітнього середовища [1, 2].

У контексті зміцнення здоров'я важливе місце займають здоров'язбережувальні освітні технології, до яких належать всі педагогічні технології, які не шкодять здоров'ю студентів і виховують культуру здоров'я. Саме з навчального закладу розпочинається цей шлях – через навчально – виховний процес, де слід проводити цілеспрямовану роботу по формуванню в молоді валеологічної свідомості, навиків здорового способу життя.

В умовах реформи освіти в Україні здоров'я її громадян є одним з пріоритетних напрямків національного розвитку. Надзвичайно важливою проблемою є питання, що стосується майбутнього нашої

країни й полягає у збереженні та зміцненні здоров'я молодого покоління. Ефективність роботи закладів освіти повинна вимірюватися не тільки якістю освіти, а й безпекою та захищеністю студентів, піклуванням про їх стан здоров'я, поширенням інформації, пропагуванням здорового способу життя та викоріненням шкідливих звичок. Завдання закладів фахової передвищої освіти (ЗФПО), що реалізують важливу ідею створення здоров'язбережувальної освіти, складається із створення освітнього середовища, метою якого було б формування і розвиток у молоді культури здоров'я та важливої компетентності здоров'язбереження [3].

Мета дослідження – аналіз складових здоров'язбережувального середовища у закладах фахової передвищої освіти.

Результати дослідження. Здоров'язбережувальне освітнє середовище об'єднує сукупність певних умов і здоров'язбережувальних педагогічних технологій: гігієнічних, організаційних, медичних, еколого-реакційних, навчально-виховних фізкультурно-оздоровчих, які забезпечують, покращують та виховують культуру здоров'я сучасної молоді [1, 3].

Заклади фахової передвищої освіти повинні здійснювати кваліфіковану роботу про зміцнення й збереження фізичного та психічного здоров'я студентів. а також навчити їх піклуватися про своє власне здоров'я. Необхідною умовою для створення здоров'язбережувального середовища є формування у молоді турботи про своє здоров'я. Свідоме ставлення до життя, як до найвищого дару природи, пріоритетне відношення до стану здоров'я, як найважливішої людської цінності, підтримання здорового способу життя є основним фактором збереження та зміцнення здоров'я молодого покоління.

Створення здоров'язбережувального середовища у закладах фахової передвищої освіти спрямоване на покращення ефективної діяльності навчального закладу щодо збереження і зміцнення здоров'я всіх учасників освітнього процесу, підвищення ступеня психологічної захищеності й комфорту студентів та безпеки викладачів [5, 6].

До здоров'язбережувального середовища входять такі складові:

- зміст освіти. Ця основа включає стандарт освіти, навчальний план, педагогічні технології, методи та організаційні форми навчального процесу, системи знань студентів про збереження та покращення власного здоров'я;
- матеріально-технічне забезпечення. 1. Наявність медичного, гігієнічного, санітарно-технічного, фізкультурного обладнання й оснащення. 2. Проведення медичних профілактичних оглядів, оздоровчі заходи, моніторинг показників стану здоров'я студентів (групи здоров'я). 3. Проведення психолого-педагогічних тренінгів,

заходів щодо забезпечення психічного здоров'я та виявлення відхилень від норми;

- міжособистісні взаємини усіх суб'єктів освітнього процесу: студентів один з одним, студентів та викладачів, викладачів між своїми колегами.

Таким чином, тільки в тісній співпраці зі студентами, викладачами, класними керівниками, медичними працівниками. соціальним педагогом й практичним психологом можливо створити здоров'язбережувальне середовище у закладах освіти.

Питання збереження здоров'я та формування сприятливого здоров'язбережувального освітнього середовища у закладах освіти включають грамотно складений розклад занять, достатню тривалість перерви між парами, режим рухової активності – заняття фізичної культури (катання на коньках, лижах, ігри у волейбол, баскетбол, біг на стадіоні, в спортзалі), туристичні походи, день здоров'я, спортивні змагання тощо. Також важливими заходами є поширення інформації серед студентів та пропагування здорового способу життя [4, 6].

Важливе значення з метою підтримання психологічного мікроклімату в групах є робота практичного психолога та соціального працівника, які щомісячно моніторять їхній психологічний стан, особливо першокурсників в період адаптації до нових умов в коледжі: новий колектив студентів групи з різним вихованням, характером, темпераментом, інші викладачі, об'єктивні вимоги. інші підходи та методика викладання, критерії оцінювання знань на практичних заняттях та виставлення оцінок. Часто сумісне проживання студентів в гуртожитку в одній кімнаті спричиняє виникнення конфліктних ситуацій. Деякі студенти не готові самостійно подбати про себе та свій побут: приготувати їжу, помити посуд, прибрати за собою в кімнаті, на кухні, доглядати за одягом, взуттям, дотримуватися норм гігієни. В таких випадках для налагодження стосунків та утримання психологічної рівноваги. знадобиться допомога вихователя гуртожитку, класного керівника та батьків. Завдяки такій психологічній підтримці можна уникнути конфлікту або згладити його. Тільки кропітка робота учасників освітнього процесу, проведення бесід, роз'яснення правил поведінки допоможе встановити взаєморозуміння між співмешканцями та в подальшому уникнути конфліктних випадків.

Викладачі повинні виховувати у студентів стійку мотивацію до здоров'я та здорового способу життя. Ця діяльність може реалізуватися не тільки через програмний навчальний матеріал, а й через позакласні форми роботи [1].

Метою проведення виховних годин в групах є накопичення екологічних знань та запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб, що є дуже актуальним на сучасному етапі. Проведення санітарно-просвітницької роботи студентами-медиками в

школах та інших навчальних закладах міста може проходити під девізом «Рівний рівному». Такі виховні заходи сприймаються учнями надзвичайно зацікавлено, допомагають формувати культуру здоров'я у молодого покоління, сприяють дуже доступному сприйняттю та поширенню інформації серед ровесників. Ефективність позитивного впливу заходів на тему пропагування здорового способу життя, поширеність інфекційних захворювань в колективах та їх запобігання визначається систематичністю їх проведення.

Формування позитивного ставлення до власного здоров'я та позитивної мотивації на здоровий спосіб життя – це цілеспрямований процес сприяння молодих людей в усвідомленні ними здоров'я як найвищої життєвої цінності, переконання у потребі дбати про своє здоров'я шляхом дотримання правил здорового способу життя, включення у процес його індивідуальних можливостей та здібностей [5].

Формування мотивації студентів до здорового способу життя буде успішним за умов: активізації позитивного ставлення до здорового способу життя, розширення знань та набуття ними вмінь та навичок здорового способу життя, застосовування сучасних педагогічних та соціально-оздоровчих технологій у процесі формування в студентів компетентнісного та особистісно зорієнтованого ставлення до власного здоров'я. Адже саме за допомогою мотивування особистість нерідко виправдує свої дії та вчинки і приводить їх у відповідність до своїх особистісних норм. Чим повніше і точніше людина усвідомлює свої мотиви, тим міцніше її влада над власними вчинками. У формуванні якісно нового рівня самоусвідомлення та мотивації на збереження і зміцнення духовного, соціального, психічного, психологічного, морального та фізичного здоров'я мають брати участь не тільки викладачі, а й оточуючі його сфери – сім'я та суспільство.

Саме здоров'я, як цінність, зумовлює новий погляд педагогів, медиків, психологів на проведення освітнього процесу. Саме збереження здоров'я всіх учасників освітнього процесу має стати обов'язковим критерієм якості освіти в Україні. Ця актуальна проблема вимагає пошуку працівниками освітніх закладів нових ефективних шляхів вирішення цього питання.

Висновки. здоров'язбережувальні освітні технології – це системна робота закладу освіти, програмування цілей, конструювання змісту, форм, методів та засобів навчання й виховання, спрямованих на збереження та підвищення рівня індивідуального здоров'я молоді. І не так важливі методи та форми їх проведення, як важливий кінцевий результат.

Література:

1. Беззуб І. Сучасний стан та перспективи розвитку медичної освіти в Україні. Громадська думка про право творення. Інформаційно-аналітичний бюлетень на базі оперативних матеріалів. № 8 (133). 2017. С. 13-24.
2. Гриньова М. В. До питання про значення здоров'язберігаючого середовища у вищому навчальному закладі / М. В. Гриньова, І. А. Дудка // Наукові записки. Серія : Педагогічні науки / ред. кол. : В. В. Радул, 195 В. А. Кушнір та ін.; КДПУ ім. В. Винниченка. –Кіровоград, 2015. – Вип. 140. – С. 6–10.
3. Донченко В. І. До питання навчання студентів вищого медичного університету здоров'язбережувальним технологіям / В. І. Донченко // Вісник Черкаського університету. Серія: Педагогічні науки : зб. наук. пр. – Черкаси, 2015. – № 28 (361). – С. 55–60.
4. Ілясова Ю. С. Застосування ментальних карт та онлайн-вправ у вивченні клінічних дисциплін. Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні: матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю. Полтава, 2019. С. 87-91
5. Равчина Т. Організація освітнього процесу в системі фахової передвищої освіти у вимірі законодавчих змін / Т. Равчина, Г. Шемелюк // Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. 2019. Випуск 34. С. 198–208.
6. Яцишина, О. В. Здоров'язбережувальні технології у гуманітарній підготовці майбутніх лікарів [Текст] / О. В. Яцишина // Науковий вісник Ужгородського університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І.В. Козубовська. – Ужгород : Видавництво УжНУ «Говерла», 2015. – Вип. 35. – С. 197–199.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОРИГУЮЧОЇ ГІМНАСТИКИ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ПОЧАТКОВИХ КЛАСАХ.

Усова О.М.

Комунальна установа Сумська спеціалізована школа І-ІІІ ступенів № 17
м. Суми, Україна

Постановка проблеми – теоретичне обґрунтування особливостей використання коригуючої гімнастики на уроках фізичної культури у початковій школі. Гімнастика, як наукова дисципліна є частиною науки про фізичне виховання, яка вивчає закономірності фізичного розвитку і удосконалення людини за допомогою характерних для гімнастики засобів, методів і форм організації занять. У статті теоретично обґрунтовую значення коригуючої гімнастики для учнів початкових класів. Розкриваю методичні особливості коригуючої гімнастики для учнів початкових класів та їх роль у формуванні правильної постави. Пояснюю роль оздоровчої гімнастики для дітей, яка покликана прищепити звичку до фізичного навантаження, здатна зберегти дитину від проблем з хребтом і здоров'ям в цілому. Подаю комплекси вправ для формування правильної постави та профілактики плоскостопості. За даними Міністерства охорони здоров'я України, 50 % школярів мають функціональні порушення різних систем організму, а 42 % - хронічні

захворювання. До першого класу вступають лише 27 % здорових дітей. Залишається високим рівень загальної захворюваності дітей, який за остання роки зріс понад 20 % [1]. Наразі близько 90% школярів мають відхилення у стані фізичного та психічного здоров'я, загальна захворюваність серед учнів загальноосвітніх шкіл України сягає 64–71%. За період навчання в школі кількість учнів, яких зараховують до спеціальної медичної групи, зростає майже удвічі. Тоді як високий рівень фізичного здоров'я виявлено лише у 0,32 % юнаків і дівчат, вище середнього – у 4,18 %, середній – у 27 %, нижче середнього – у 27 %, а низький – у 41,48% [2]. Перед суспільством, батьками, всіма вчителями стоїть завдання – зберегти здоров'я дітей з використанням здоров'язберігаючих технологій.

Мета: проаналізувати особливості і значення коригуючої гімнастики на уроках фізичної культури у початковій школі. Особливого значення набуває урок фізичної культури у молодшій школі. Метою програми фізкультурної освітньої галузі, створеною на основі Державного стандарту початкової освіти, є формування в учня /учениці стійкої мотивації до занять фізичною культурою і спортом та життєво необхідних рухових умінь і навичок для збереження власного здоров'я, розширення функціональних можливостей організму [5]. Поділяю думку Л. Шуби, яка зауважує, що сучасна програма з фізичної культури реалізується тільки на 40 %. Отже, підвищення рівня здоров'я та цілеспрямований розвиток фізичних якостей дітей молодшого шкільного віку залежить від рівня кваліфікації та підготовленості вчителя з фізичної культури [6]. У психолого-педагогічній літературі проблемам збереження здоров'я, фізичній складовій здоров'я учнів, формуванню здорового способу життя молодших школярів засобами фізичної культури присвячено праці Л. Волкова, О. Дубогай, Т. Круцевич, О. Куца, Н.Москаленко, В. Папуша, Б. Шияна.

Особливості використання коригуючої гімнастики:

1. Різнобічний вплив на людину.
2. Широке застосування засобів.
3. Вибірковий вплив на окремі системи організму, окремі частини тіла і на окремі м'язові групи та суглоби.
4. Точне регулювання навантаження залежно від віку, статі, фізичної підготовленості та стану здоров'я дитини.
5. Застосування музичного супроводу під час занять [1].

Коригуюча гімнастика для дітей молодшого шкільного віку направлена на загальне зміцнення і розвиток організму школярів, формування правильної постави, виховання фізичних, моральних і вольових якостей.

Предметом навчання в галузі фізичного виховання у початковій школі є рухова активність із загальноосвітньою спрямованістю. Таким

чином, урок фізичної культури повинен задовольнити рухову активність дитини. Більшу частину фізичних вправ у початковій школі складають гімнастичні вправи. Як зазначають дослідники – будь-яка гімнастика є оздоровчою. Особливо важлива коригуюча гімнастика у початкових класах, як невід’ємна частина уроку фізичної культури. Під час виконання вправ дитина не тільки зміцнює своє тіло і дозволяє м’язам не втрачати тонусу і красивої статури, але й тренує свій імунітет, дозволяючи здоров’ю бути міцнішим. Ці умови забезпечує постійне виконання фізичних вправ або тренування.

Коригуюча гімнастика для дітей покликана прищепити звичку до фізичного навантаження, дотримання правильної постави у повсякденному житті, а значить, здатна вберегти дитину від проблем з хребтом і здоров’ям в цілому, причому не тільки в ранньому віці, але і в подальшому житті. Дефіцит рухів дитини 6-10 років, коли відбувається швидкий ріст і формування організму дитини та психологічний стрес (дошкільник стає школярем, відповідно змінюється провідний вид діяльності дитини – гра змінюється процесом навчання; відбуваються зміни у спілкуванні і відносинах з іншими людьми). Тривале сидіння школяра за партою, а нерідко й неправильна при цьому поза, супроводжується великим статичним навантаженням на певні групи м’язів, застоєм крові в органах малого тазу й нижніх кінцівок. Низький нахил над партою (столом) здавлює внутрішні органи, утруднює роботу серця, погіршує кровообіг і насичення киснем мозку. Тільки спрямовані фізичні вправи та коригувальна гімнастика здатні виправити й перебороти такі несприятливі впливи. Заняття коригуючою гімнастикою можна розглядати як спосіб зняття м’язової і психічної напруги, поліпшення соціальної адаптації дитини до нових умов існування. Молодший шкільний вік є сенситивним для розвитку майже всіх фізичних якостей. У цей період починає формуватися особистість і закладається фундамент морального поведження, і важливим завданням вчителя, педагога, спеціаліста є прилучення їх до здорового способу життя й підвищенню інтересу до фізичної культури.

Гімнастичні вправи коригувальної гімнастики у початковій школі спрямовані на формування правильної постави у дитини. Постава – звичне положення тіла при сидінні, стоянні, ходьбі та інших видах діяльності, яке людина займає без зайвого м’язового напруження. Правильна постава забезпечує оптимальне функціонування рухового апарату, формується кістками скелета, зокрема формою хребта, нервовою системою, тонузом м’язів, менше дихальною системою, загальним станом організму. У зв’язку зі зміною пропорцій тіла в різні вікові періоди стійке вертикальне положення тіла дитини досягається різним ступенем м’язових зусиль і різним взаємо-розташуванням

частин тіла [1]. Негативна динаміка деформацій постави при переході з першого класу до другого класу в середньому становить 9,4 % у хлопців і 9 % у дівчат; при переході з другого класу до третього класу – 6 % і 6,5 % у дівчат, з третього до четвертого – 8,6 % і 11,6 % відповідно. Так у віці 6-7 років дефекти постави, за такими даними, мали 18 % хлопців і 21 % дівчат, а у віці 9-10 років ті самі діти вже мали 42 % і 50 % відповідно. Навіть якщо кількість учнів, які мають порушення постави у першому класі незначна – 4-10 %, то до четвертого класу кількість порушень збільшується, як мінімум, до 30 % [4]. Формування постави дитини у початковій школі – фундамент здоров'я. Вчителям фізичної культури необхідно звертати особливу увагу на гімнастичні вправи, елементи коригуючої гімнастики та комплекси профілактики плоскостопості для формування правильної постави у дітей молодшого шкільного віку.

Пропоную орієнтовні комплекси вправ коригуючої гімнастики для формування правильної постави.

Комплекс вправ № 1.

1. В. п. Опіраючись у стіну спиною, потилицею, лопатками, сідницями і п'ятами. 1–2. Кроком правої в основну стійку (далі – о.с.). (Утримувати відчуте положення тіла і запам'ятати його) 3–4. Кроком лівої у В. п. 5–6. Кроком лівої в о.с. (утримувати В. п.). 7–8. Кроком правої у В. п. (повторити 4 рази).

2. В. п. – стійка руки за голову. 1. Стійка на правій, ліва назад на носок, руки вгору (вигнутись – вдих). 2. В. п. (видих). 3. Стійка на лівій, права назад на носок, руки вгору (вигнутись – вдих). 4. В. п. (видих) (повторити 4 рази). 3. В. п. – стійка, руки на пояс. 1–2. Вигнутись, лікті назад – вдих (лопатки притуляються одна до одної). 3–4. В. п. – видих (повторити 4 рази).

4. В. п. – стійка біля гімнастичної стінки, опіраючись спиною, потилицею, лопатками, сідницями і п'ятами. 1–2. Присід (видих). 3–4. В. п. (вдих) (повторити 4 рази).

5. В. п. – стійка руки в сторони. 1–2. Стійка, руки в замок за спиною (права рука зверху, ліва рука знизу). 3–4. В. п. 5–6. Стійка, руки в замок за спиною (ліва рука зверху, права рука знизу). 7–8. В. п. (повторити 2–4 рази).

6. В. п. – стійка ноги нарізно, палицю вгору. 1. Нахил вправо. 2. В. п. 3. Нахил вліво. 4. В. п. Дихання довільне (повторити 4 рази).

7. В. п. – лежачи на животі, палиця на стегнах, хватом зверху. 1–2. Вигнутися, палиця назад (вдих). 3–4. В. п. Видих (повторити 4 рази).

8. В. п. – упор лежачи на зігнутих руках. 1–2. Упор лежачи на стегнах. Вдих. 3–4. В. п. Видих (повторити 4 рази).

9. В. п. – стійка, з утриманням вантажу на голові (вагою 150–200 г). 1–16. Ходьба на місці.

10. Вправа на дихання. В. п. – о.с. 1–2. Руки через сторони вгору (повільний глибокий вдих через ніс («надуваемо кульку»). 3–4. Затримка подиху. 5. Стійка руки вгору назовні, долонями назовні («здути кульку», видихаючи повітря ротом порціями (ХА!). 6 Стійка, руки в сторони (ХА!). 7–8. В. п. (видихнути різко, опустивши руки через сторони вниз (ХА!). (Повторити 3– 4 рази).

Комплекс вправ № 2

1. В. п. – стійка палиця донизу. 1-2. Стійка на носках, палиця вгору (вдих). 3-4. В. п. Видих (повторити 4 рази).

2. В. п. – стійка ноги нарізно, палиця донизу, хватом зверху. 1–2. Палиця вертикально справа, права рука зверху. 3–4. В. п. 5–6. Палиця вертикально зліва, ліва рука зверху. 7–8. В. п. Дихання довільне (повторити 4 рази).

3. В. п. – стійка ноги нарізно, палиця вгору. 1. Нахил вигнувшись, палиця вперед (видих). 2. Палиця на плечі (вдих). 3. Палиця вперед (видих). 4. В. п. (вдих) (повторити 4 рази).

4. В. п. – стійка палиця вгору (вдих). 1. Випад правою вправо, палиця на плечі (видих). 2. В. п. (вдих). 3. Випад лівою вліво, палиця на плечі (видих). 4. В. п. (вдих) (повторити 4 рази).

5. В. п. – лежачи на спині, палиця вгору (вдих). 1. Змах правою, палиця вперед (видих). 2. В. п. (вдих). 3. Змах лівою, палиця вперед (видих) (повторити 4 рази).

6. В. п. – лежачи на спині. 1–2–3. Перекати в праву сторону. 4. В. п. 5–6–7. Перекати в ліву сторону. 8. В. п. (повторити 4 рази).

7. В. п. – стійка на колінах, палиця вперед. 1–2. Сід на правому стегні. 3–4. В. п. 5–6. Сід на лівому стегні. 7–8. В. п. (повторити 4 рази).

8. В. п. – лежачи на животі, палиця вгору. 1. Змах правою назад. 2. В. п. 3. Змах лівою назад. 4. В. п. (повторити 4 рази).

9. В. п. – стійка палиця донизу. 1. Стрибком у стійку ноги нарізно, палицю вперед. 2. Стрибком у стійку, палицю вгору. 3. Стрибком у стійку ноги нарізно, палицю вперед. 4. Стрибком у В. п. (повторити 4 рази).

10. Вправа на дихання. В. п. – стійка ноги нарізно, руки донизу в замок. 1. Стійка ноги нарізно, руки вгору в замок (вдих носом). 2. Руки в замок донизу (видих із звуком вимовити «У-Ух»). 3. Стійка ноги нарізно, руки вгору в замок (вдих носом). 4. В. п. (повторити 4 рази).

Велике значення для формування постави і профілактики плоскостопості мають вправи для м'язів стопи.

1. В. п. – о.с. 1. Стійка на носках, руки вперед. 2. В. п. 3. Стійка на носках, руки вгору. 4. В. п. – стійка руки перед собою, права зверху.

2. В. п. – о.с. 1. Крок правою на п'ятку. 2. Крок лівою на п'ятку. 3. Крок лівою назад. 4. Крок правою у В. п.

3. Ходьба з перекатами з п'ятки на носок, руки в сторони. (1-2 хвилини).

4. В. п. – о.с. 1–2–3–4. Ходьба з високим підніманням стегна. 5–6–7–8. Ходьба з високим підніманням стегна на носках.

5. В. п. – о.с. Палиця на підлозі. Поперемінний пережат палиці правою та лівою ногою.

Запропоновані комплекси вправ не є вичерпними. Унікальність коригуючої гімнастики полягає в практично необмеженій кількості засобів – різноманітних вправ, можливість змінювати їх зміст, обсяг і інтенсивність. Усі вправи коригуючої гімнастики мають оздоровчу спрямованість, виступають універсальним засобом гармонійного фізичного розвитку, забезпечення здорового способу життя, а також ефективно впливають на духовний й фізичний розвиток школяра лише у тому випадку, коли виконуються постійно. Основне завдання вчителів фізичної культури у початковій школі – дати глибокі знання з фізичних вправ, їх значення для здоров'я, навчити правильному виконанню і застосуванню у повсякденному житті, прищепити звичку до фізичного навантаження і активного довголіття.

Висновки. Коригуюча гімнастика – це система спеціально підібраних фізичних вправ і науково обґрунтованих методичних прийомів спрямованих на розв'язання завдань педагогічного та оздоровчого, гігієнічного характеру, всебічного фізичного розвитку, вдосконалення рухових здібностей, зміцнення здоров'я. Багатий арсенал гімнастичних вправ і їх характерні особливості дають змогу виховувати моральні риси людей: дисциплінованість, акуратність, наполегливість у роботі та інші. Чисельність і різноманітність вправ коригуючої гімнастики дають змогу індивідуально підходити до розв'язання поставлених завдань, вибірково впливати на окремі органи і системи, м'язові групи, розвивати руховий апарат і виховувати рухові здібності.

Література:

1. Бабич А. Н. Гімнастика в державній системі фізичного виховання [Електронний ресурс] / А. Н. Бабич. — Режим доступу: <http://mylifesport.ru/text.php?id=61>.

2. Дудко С. Г. Дидактичні засади формування здоров'язбережувального навчального середовища початкової школи: дис. канд. пед. наук: 13.00.09 Теорія навчання [Електронний ресурс] // Сергій Григорович Дудко. — К., 2015. — С. 16. — Режим доступу: http://www.tnpu.edu.ua/naukova-robota/documentsdownload/dis_Dudko%20S.H._1.pdf.

3. Менхин Ю. В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика / Ю. В. Менхин, А. В. Менхин. — Ростов на Дону: Феникс, 2002. — 384 с.

4. Михно Л. Дослідження проблеми поширеності порушень постави в дітей молодшого шкільного віку /Л. Михно // Молода спортивна наука України. — 2014. — Т. 3. — С. 133—138.

5. Нова українська школа. Типова освітня програма для закладів загальної середньої освіти (1-4 клас) / Р. Шиян // <http://osvita.ua/school/program/program-1-4/60408/2018>. — с.77.

6. Шуба Л. В. Вплив організації уроків з фізичної культури на здоров'я молодших школярів / Л. В. Шуба // Педагогіка, психологія та медикобіологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — 2011. — № 9. — С. 135.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРНОЇ СТРУКТУРИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ МОРСЬКОЇ ГАЛУЗІ

Шмалєй С. В., Фін Л.Є

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова
м. Київ, Україна

Вступ. Сучасна професійна діяльність – це ефективний й напружений процес, який зумовлює величезні психофізіологічні навантаження фахівців різних галузей та морської зокрема, що та детермінує дослідження психофізіологічних особливостей професійної діяльності[1,с.142;2,с.74].

Мета дослідження полягає в визначенні факторної структури психофізіологічного здоров'я фахівців морської галузі

Методи та методики: аналіз наукових джерел з проблеми дослідження; інтерв'ю; анкетування; психофізіологічні(оцінка простої зорово-моторні реакції; складної зорово-моторної реакції; швидкості переробки інформації; концентрація уваги; переключення уваги; орієнтації у просторі; орієнтації у замкнутому просторі; об'єму короточасної пам'яті; урівноваженості нервових процесів; аналіз амбулаторних карток (за згодою); методи варіаційного і факторного аналізу.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проведено на базі профільного діагностично-оздоровчого медичного центру (м. Київ) із залученням 40 фахівців морської галузі. Учасники експерименту були розподілені на 4 групи: здорові особи -А (5–10 років стажу)та Б (10–15 років стажу); практично здорові особи - В(5–10 років стажу) та Г (10–15 років стажу) Всі респонденти заповнювали спеціальні анкети, що включали оцінку умов праці та життєдіяльності в морі, складали професійний профіль і типові добові професіограми (за згодою).

Результати дослідження .Аналіз кореляційних зв'язків між психофізіологічними показниками дозволяє представити наступну факторну структуру психофізіологічного здоров'я:у випадку відсутності кореляційного зв'язку є розуміння суттєвої перебудови кореляційних відношень психофізіологічних функцій, що формують фахову діяльність, а виявлення негативних зв'язків свідчить про закономірну інверсію відношень[3,с.15].

Факторну структуру психофізіологічного здоров'я фахівців морської галузі відображено на рис. 1.

Психофізіологічні характеристики здорових осіб з 5–10 роками стажу (гр. А) представлені трьома незалежними факторами, що відображають 68% дисперсії показників. У той же час, факторна структура досвідченої групи Б (стаж 10-15 років) більш щільна, представлена двома факторами, що пояснюють 87% дисперсії отриманих показників. Така структурованість психофізіологічних показників фахівців із стажем 10-15 років вказує на більш високу адаптованість до виконання професійних завдань та економізацію затрат на виконання функцій внаслідок оптимізації режиму праці, алгоритму операцій та багаторічній професійній тренуваності. Факторна структура здорових фахівців (стаж 5-10 років) представлено трьома факторами (рис. 1). Перший з них (Ф 1 – гр. А) має описову потужність 33%; другий (Ф2 – гр. А.) – 21%, третій (Ф 3 – гр. А.) – 14%. Аналіз сутності складу факторів обґрунтовує наступні узагальнення: Ф1 – гр. А відображає пріоритетну якість професійної діяльності у галузі – точність локаційних рішень(фактор «локаційних виборів»). Другий фактор (Ф2 – гр. А) має у складі показники рівнів простих і складних зорово-моторних реакцій (фактор «оперативність і темпоритм»). Третій фактор (Ф3 – гр. А) відображає швидкість переробки інформації(фактор «подолання цейтноту»). Факторна структура психофізіологічного здоров'я здорових фахівців із стажем 10-15 років (гр. Б) розподіляється таким чином: Ф1—гр. Б включає показники концентрації уваги, врівноваженості нервових процесів, орієнтації у просторі, обсягу короткочасної пам'яті, переключення уваги (фактор «професіограма», 56% загальної дисперсії). Другий фактор (Ф2—гр. Б) пояснює 31% загальної дисперсії ,об'єднує значущі для професійної діяльності плавскладу психофізіологічні характеристики (проста зорова моторна реакція, орієнтація у замкнутому просторі, швидкість переробки інформації) відповідно позначений як фактор «антістресовий" .Даний фактор має визначальні і специфічні складові ,інтегрує компоненти інших факторів,

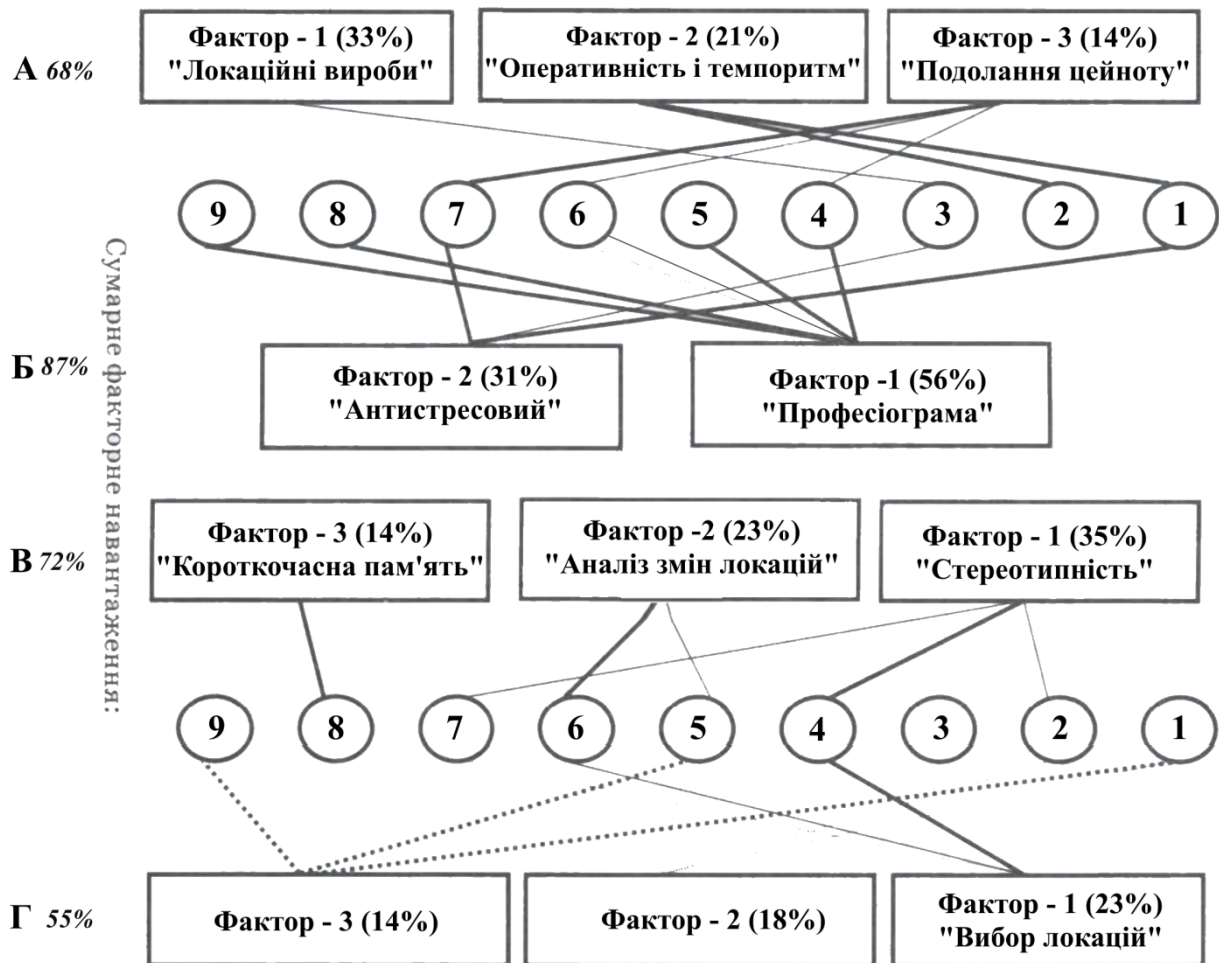


Рис. 1. Факторна структура психофізіологічного здоров'я фахівців морського складу різного стажу і стану здоров'я.

Примітки: 1 – прості зорово-моторні реакції; 2 – складні зорово-моторні реакції; 3 – швидкість переробки інформації; 4 – концентрація уваги; 5 – переключення уваги; 6 – орієнтація у просторі; 7 – орієнтація у замкнутому просторі; 8 – об'єм короткочасної пам'яті; 9 – урівноваженість нервових процесів.

А – група здорових осіб з 5–10 роками стажу; Б – група здорових осіб з 10–15 роками стажу; В – група практично здорових осіб з 5–10 роками стажу; Г – група практично здорових осіб з 10–15 роками стажу.

Жирні лінії – позитивний кореляційний зв'язок; тонкі лінії – негативний кореляційний зв'язок. Суцільна лінія – значущий кореляційний зв'язок; пунктирна лінія – слабкий зв'язок.

є узагальненим фактором адаптації до екстремальних умов. Структура факторів, що описують дисперсію показників психофізіологічного здоров'я у групі Б, свідчить про наявність у досвідчених фахівців сформованої системи розгалужених кореляційних зв'язків професійно значущих характеристик, що, без

сумніву, зумовлює ефективну професійну діяльність. Встановлено особливості факторної структури психофізіологічного здоров'я в групах практично здорових фахівців морської галузі ((III- гр. В та IV-гр. Г), які вказують на зменшення впливу стажу роботи та посилення дисбалансу відповідно до стану індивідуального здоров'я. Факторна модель показників психофізіологічного здоров'я групи В(практично здорові, із стажем 5-10 років) складається з трьох факторів, що мають потужність відповідно: Ф-1-35%; Ф-2- 23% ;Ф-3-14% .Перший фактор (Ф1—гр. В) практично здорових фахівців(35%) об'єднує показники концентрації уваги, складної зоромоторної реакції та орієнтації у замкнутому просторі(фактор «стереотипність»). Ф2—гр. В пояснює 23% загальної дисперсії, має визначальні складові переключення уваги та орієнтації у просторі, позначено як фактор «аналіз змін локацій» Важливо вказати ,що відсутня подібність з таким фактором у здорових фахівці з стажем 5-10 років. Отже, простежуються певні перебудови якостей у практично здорових фахівців, спираючись на які доцільно проводити оздоровчі та гігієнічні заходи. Потужність третього фактору (Ф 3—гр. В) складає 14%. Найбільш значущим його компонентом є обсяг короткочасної пам'яті (фактор «оперативної або короткочасної пам'яті»). Такий показник не входив до факторної моделі психофізіологічних функції здорових із стажем 5-10 років. Це свідчить, що для реалізації професійної діяльності практично здорових фахівців морської галузі необхідно задіяти неспецифічні додаткові механізми, Факторна структура психофізіологічних характеристик практично членів цієї групи складається з трьох факторів, що мають пояснюючу потужність відповідно 35%, 23% і 14%. Особливістю цієї факторної моделі є те, що зв'язки з високою кореляцією між психофізіологічними характеристиками виявлена лише у першого фактору, та й то частково.Тільки знизивши поріг значимості психофізіологічних характеристик до 0,5, можна побудувати зв'язки окремих факторів з їх складовими. Перший фактор (Ф1—гр. Г.) визначає 23% загальної дисперсії і два сильних зв'язки з показниками концентрації уваги і орієнтації у просторі, а також слабкий кореляційний зв'язок з характеристиками орієнтації у замкнутому просторі(фактор «вибору локації»), однак , якість і кількість зв'язків цього фактору досить суттєво відрізняються від подібних факторів Ф 1 — гр. А та Ф1— гр. .В . Отже, відбуваються трансформації кореляційних структур, що вказує на розширення та посилення додаткових механізмів для виконання професійної діяльності практично здоровими фахівцями. Інші фактори факторної моделі психофізіологічного здоров'я фахівців гр. Г (стаж 10-15 років) мають нижчі рівні зв'язків зі психофізіологічними складовими і не підлягають аналізу.

Висновки. У групах здорових фахівців тренування професійно важливих якостей зі зростанням стажу призводить до трансформації об'єднуючої їх кореляційної структури не тільки шляхом збільшення кількості зв'язків, але й шляхом зміни їхнього характеру (знаку). У групах практично здорових фахівців морської галузі тренування психофізіологічних функцій протягом тривалої роботи не може запобігти онтогенетичним змінам кореляційної структури психофізіологічного здоров'я, що зумовлює трансформації у напрямі зменшення кількості кореляційних зв'язків факторів з психофізіологічними показниками, зниженню рівня цих зв'язків і зміни їхнього знаку та рівневої структури. Таким чином, проведений аналіз свідчить, що характеристики стажу і стану здоров'я значною мірою впливають на факторну структуру психофізіологічного здоров'я фахівців морської галузі, що дозволяє обґрунтувати адекватні та ефективні особистісно-орієнтовані професійні відбори, превентивні огляди та реабілітаційні заходи, алгоритми охорони та гігієни праці.

Література:

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 2008. – 270 с.
2. Данилова Н.П. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний. – М.: МГУ, 2006. – 124 с.
3. Кальниш В.В. Психофізіологічні системні механізми формування працездатності операторів // Автореф. ... дис. д-ра біол. наук.- К., 1996, -32 с.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ: НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ

Шовкопляс В.Г.

Стецьківський ЗЗСО I-III ступенів Сумської міської ради
с. Стецьківка, Україна

Головне завдання учителя початкових класів Нової Української Школи- виховати новатора та громадянина, який уміє ухвалювати відповідальні рішення та дотримується прав людини. А ще – створити таке освітнє середовище, куди приємно ходити учням, де прислухаються до їхньої думки, вчать критично мислити, не бояться висловлювати власну думку та бути відповідальними громадянами. Сучасний освітній процес вимагає від учителя початкових класів нового підходу до своєї діяльності, новітніх форм, методів, технологій виховання, розвитку й навчання дітей. Сьогодні зміст освіти ускладнюється, акцентується увага на розвитку творчих та інтелектуальних здібностей дітей, корекції емоційно – вольової та рухової сфер, на зміну традиційним прийшли інтерактивні методи навчання й виховання, що передбачають активізацію пізнавального розвитку дитини. В цих умовах класоводу необхідно орієнтуватися в

розмаїтті освітніх інновацій, вміти правильно, доцільно та творчо їх використовувати. Адже у щоденній життєдіяльності дитини, коли вона проявляє свою ініціативу, самостійність, активність, використовує набутий досвід та взаємодіє з іншими людьми, відбувається становлення її як особистості.

Одним із принципів Державного Стандарту НУШ є принцип здоров'я та безпеки – формування здорово способу життя та створення безпечних умов для фізичного та психоемоційного розвитку. Реалізація цього принципу передбачає створення здоров'язберігаючого середовища, у якому дитині приємно і безпечно перебувати, що стимулює розвиток, забезпечує комфортні умови для формування здоров'я і є оптимальним для її зростання.

Проблема збереження здоров'я дітей із суто медичної переросла в глобальну соціальну проблему. У зв'язку з цим наукою та практикою активно розробляються здоров'язбережувальні технології, які за умови втілення в педагогічний процес сприятимуть збереженню здоров'я дитини. Впровадження здоров'язбережувальних технологій ефективно впливатиме на підвищення якості освіти через оновлення змісту і форм організації освітнього процесу ; поширенню освітніх послуг та збереженню фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я дитини в умовах сучасного навчального закладу.

Здоров'язбережувальна освітня технологія – це функціональна система організаційних засобів управління пізнавальною і практичною діяльністю дітей, яка науково та інструментально забезпечує збереження і зміцнення їх здоров'я. На сьогоднішній день існує тенденція до зростання кількості дітей з проблемами у соціально – емоційному та інтелектуальному розвитку. А початок навчання в школі супроводжується соціальними та психологічними змінами, які викликають певні труднощі в житті дитини. З'являється підвищена тривожність, шкільні страхи. Причинами появи високого рівня тривожності та страхів можуть бути як природні чинники розвитку психіки дитини, так і соціальні, що пов'язані з умовами соціалізації. Учитель початкових класів може сприяти зменшенню тривожності за допомогою арт-терапевтичних технологій.

За визначенням О. Сороки арт-терапевтична технологія – це освітня технологія, що містить сукупність дій з арт-терапевтичної діагностики, конструювання, реалізації та аналізу арт-терапевтичного процесу і забезпечення комфортних умов для розвитку учнів. Т. Кісельова вважає, що арт-терапію можна успішно адаптувати до педагогічної практики. Вчитель може застосовувати її для вирішення розвивальних, виховних, діагностичних, корекційних та інших завдань. Л. Лебєдєва вказує на широкі можливості арт-терапевтичних форм роботи, зокрема:

•виховні – використовуючи групові форми роботи, учитель може організувати взаємодію в дитячому колективі таким чином, щоб учні навчалися коректному спілкуванню, співчуттю, взаєморозумінню, взаємоповазі та взаємопідтримці, що в свою чергу, позитивно впливатиме на формування міцного, дружнього колективу, забезпечуватиме орієнтацію в системі моральних норм та сприятиме формуванню у дітей морально-етичних цінностей;

•корекційні – достатньо успішно коректується образ «Я», який раніше був деформованим, покращується самооцінка, зникають неадекватні форми поведінки, налагоджуються способи взаємодії з іншими людьми. Позитивні результати можуть бути досягнуті в роботі з деякими відхиленнями у розвитку емоційної та вольової сфер дитини, оскільки арт-терапевтичні техніки застосовуються для корекції тривожності, агресивності, страхів, сором'язливості та гіперактивності молодших школярів. Діти вчаться вербалізації емоційних переживань, відкритості у спілкуванні, спонтанності. Загалом відбувається особистісний та творчий розвиток дитини, отримується новий досвід, формуються вміння та навички емоційно-вольової саморегуляції;

•психотерапевтичні – «лікувального» ефекту можна досягнути завдяки тому, що у процесі творчої діяльності створюється атмосфера емоційної теплоти, доброзичливості, емпатійного спілкування, визнання цінності особистості іншої людини, її почуттів та переживань. Відчуття психологічного комфорту, захищеності, радості та успіху мобілізує цілющий потенціал емоцій;

•діагностичні – заняття дозволяють отримати унікальні відомості про індивідуальні особливості розвитку учнів, їх психічний та емоційний стан. Це коректний спосіб спостереження за дитиною під час навчальної та позакласної діяльності, що дає змогу краще дізнатися про її інтереси, цінності, побачити внутрішній світ, відчути її неповторність та особистісну своєрідність, виявити її проблеми. У процесі занять легко проявляється характер міжособистісних стосунків і реальне становище кожного учня у колективі;

•розвивальні – завдяки використанню різноманітних форм художньої експресії виникають умови, за яких кожна дитина переживає відчуття успіху, оскільки побічним результатом є задоволення, що виникає в результаті виявлення прихованих талантів. Це не лише розвиває художні здібності, але й підвищує самооцінку дітей, сприяє укріпленню віри у власні сили.

Арт-терапевтичні заняття у початковій школі можна проводити індивідуально, в парах, у маленькій групі або в цілому класі. Останній варіант є найкращим. В результаті спільної творчої діяльності відбувається формування міцного дружнього дитячого колективу.

Учитель початкових класів може використовувати такі вправи:

«Каракулі» - дітям пропонується намалювати будь-які лінії, будь-якого кольору, розміру, форми, використовуючи кольорові олівці, фломастери, фарби. Далі необхідно відшукати в лініях будь-яке зображення і виділити бажаним кольором. Дана вправа дозволяє розвивати в молодших школярів творче мислення, уяву, знімає психологічну напругу.

«Ляпання» - малювання пальцями, долонею, використовуючи фарби. Мазки наносяться хаотично, розмашисто або точково. Особлива увага відводиться тактильним відчуттям, які дитина відчуває під час контакту з фарбою. У процесі такого малювання діти стають розкутішими, бо їм дозволено те, що зазвичай забороняється, а саме бруднитися, бути неакуратними, грати з фарбами, їм дозволяється вийти собі за рамки дозволеного. Найчастіше таке малювання супроводжується сильним емоційним відгуком, причому він може бути як позитивним, так і негативним. Така вправа може коригувати стан тривожності, пригніченості, страху.

«Малювання природним матеріалом, крупною». Можна використовувати природний пісок, сухе листя, різну крупу. Дітям дуже подобаються тактильні відчуття при контакті з цими матеріалами.

На аркуш паперу треба попередньо нанести клей у вигляді певного малюнка, візерунка або хаотично. Потім цей малюнок засипати піском, крупною, сухим листям, розтертим долонями, подрібненим пінопластом, дрібно порізаними нитками або іншим матеріалом. Такі заняття добре сприяють розкриттю особистості, релаксації, адаптуванню в новому колективі, підвищують самооцінку.

«Монотипія» - вправа, яку виконують гуашевими фарбами на гладкій поверхні - склі, пластмасовій дошці, плівці, товстому глянцевому папері.

Фарба наноситься на матеріал, який не пропускає воду. Зверху накладається аркуш паперу і притискається до поверхні. Виходить відбиток у дзеркальному відображенні. Він може бути менш чітким порівняно з оригіналом, більш розпливчастим, можуть змішуватися різні фарби. Вправа дозволяє висловити емоції, настрої, просто отримати задоволення від власних художніх здібностей.

Запропоновані вправи можуть бути використані у навчально-виховному процесі початкової школи, оскільки вони являються найбільш дієвими та ефективними. Арт-терапевтичні технології допоможуть учителю позитивно впливати на стан особистості дитини, оскільки сприятимуть зниженню тривоги, зміцненню позитивного ставлення до себе, допоможуть самовираженню, розвитку почуттів та творчих здібностей. Вони гармонізують внутрішній світ дитини за допомогою залучення її до мистецтва. Арт-терапевтичні технології дадуть змогу дитині самостійно виражати свої почуття, потреби та мотивацію власної поведінки, діяльності і спілкування, необхідні для

повноцінного розвитку та пристосування до навколишнього середовища. Через малювання або інший вид творчої діяльності дитина може «виплеснути» негативні емоції та поділитися позитивними.

Література:

1. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапії: підходи, діагностика, система занять / Л. Д. Лебедева. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
2. Сорока О. В. Підготовка майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: теоретико – методичні основи / О. В. Сорока. – Тернопіль: Астон, 2015. – 350 с.
3. Вознесенська О. Особливості арт-терапії як методу / О. Вознесенська // Психолог. – 2005 - № 39. С. 5- 8.

ПОШИРЕНІСТЬ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК У ДІТЕЙ 15-17 РОКІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

Щапова А. Ю., Гусак Є. О.

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
м. Суми, Україна

Вступ. Відомо, що звичка є важливим аспектом життя людини. Корисні звички підвищують працездатність, сприяють фізичному і психічному розвитку дитини, зумовлюють її активне довголіття, чим раніше вони сформувалися, тим міцніше здоров'я дитини [1]. Звичка визначається як характерна форма поведінки людини, яка набуває, в певних умовах, характер потреби. Однак звички, які негативно впливають на здоров'я людини, його поведінку, є шкідливими і є основним фактором ризику погіршення здоров'я індивідуума [2].

За типологією і класифікацією А. І. Ложкіна (2013), особливу групу асоціальних проявів шкідливих звичок складають хімічні звички гедоністичної спрямованості, що включають тютюнопаління, алкоголізм, наркоманію і токсикоманію [3].

За результатами дослідження «Європейського опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотиків», що оприлюднило МОЗ України (1995–2011 рр.), досвід куріння мали 74,00% хлопців та 61,00% дівчат. Кожний шостий хлопець та кожна чотирнадцята дівчина за останні 30 днів викурявали більше шести цигарок на день; вперше спробували куріння у віці до 13 років – 36,00% учнівської молоді (47,00% хлопців та 27,00% дівчат), 15,00% хлопців та 8,00% дівчат почали курити щоденно ще до досягнення 15 років; однією із найвагоміших причин поширеності тютюнокуріння є доступність цигарок (51,00% хлопців та 44,00% дівчат вважали, що зможуть легко дістати цигарки у разі потреби). За результатами опитування, щодо вживання алкоголю 87,00% дітей віком 15-17 років вживали алкогольні напої хоча б раз у житті. Стан сп'яніння за останні

12 місяців відчували 40,00% учнів, 25,00% учнівської молоді мали досвід вживання заборонених наркотичних речовин [4, 5].

Зважаючи на вже оприлюднені дані багатьох опитувань, алкоголь, тютюн та наркотики є доволі доступними для підлітків та становлять реальну загрозу для суспільства у цілому. Тому аналіз поширеності шкідливих звичок, вивчення ставлення до них учнів та їхнього оточення слід розглядати як можливість подальшого впливу на свідомість молоді та подальший вибір стилю поведінки.

Мета дослідження: вивчити поширеність та ставлення до шкідливих звичок дітей 15-17 років з різним рівнем рухової активності.

Методи дослідження: Для дослідження вивчення ставлення дітей до шкідливих звичок було проведено соціологічне дослідження з використанням спеціально розробленої анкети щодо умов та способу життя дітей, підлітків і молоді. У дослідженні брали участь 200 дітей 15-17 років з різним рівнем рухової активності (РА). Рівні РА визначалися за особливостями позашкільної діяльності дітей, за пріоритетом відвідування спортивних секцій.

Результати дослідження: Аналіз даних показав, що негативну відповідь на запитання «Ти куриш?» дали $86,96 \pm 1,57\%$ дітей з високим рівнем РА та $27,27 \pm 1,16\%$ дітей з низьким рівнем РА ($p < 0,001$). Негативна відповідь на запитання: «Чи вживаєте ви алкоголь?» – частіше зустрічалася у дітей з високим рівнем РА $63,04 \pm 1,92\%$, ніж у дітей з низьким рівнем РА $24,68 \pm 1,07\%$ ($p < 0,001$) (табл. 1).

Щодо вживання наркотичних засобів, то отримані такі дані: $97,83 \pm 0,72\%$ дітей з високим рівнем РА та $75,32 \pm 1,87\%$ дітей з низьким рівнем РА ніколи не вживали наркотичні засоби ($p < 0,001$).

За даними анкетування, було виявлено, що найбільший відсоток дітей у цілому курять через звичку ($58,5 \pm 1,88\%$). При цьому звичку курити зазначають діти як з високим рівнем так і з низьким рівнем РА ($56,52 \pm 1,86\%$ та $59,09 \pm 1,89\%$ відповідно) ($p > 0,05$) (табл. 2). Значний відсоток куріння через поганий настрій спостерігається у $45,65 \pm 1,68\%$ дітей з високим рівнем РА, у дітей з низьким рівнем РА цей відсоток нижчий $33,12 \pm 1,35\%$ опитаних ($p < 0,001$).

Таблиця 1

Розподіл дітей за схильністю до шкідливих звичок (%)

Показник	Діти з високим рівнем РА $n=46$	Діти з низьким рівнем РА $n=154$	У цілому $n=200$
Не курять	$86,96 \pm 1,57^*$ $t=20,44$	$27,27 \pm 1,16^*$	$41,00 \pm 1,57$
Не вживають алкогольні напої	$63,04 \pm 1,92^{**}$ $t=12,54$	$24,68 \pm 1,07^{**}$	$33,50 \pm 1,37$
Не вживають наркотичні засоби	$97,83 \pm 0,72^{***}$ $t=5,33$	$75,32 \pm 1,87^{***}$	$80,50 \pm 1,78$

Примітка:

* - вірогідна різниця за показником куріння дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

** - вірогідна різниця за показником не вживання алкогольних напоїв дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

*** - вірогідна різниця за показником не вживання наркотичних засобів дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$).

Таблиця 2

Розподіл дітей за визначенням ймовірних причин куріння (%)

Показник	Діти з високим рівнем РА $n=46$	Діти з низьким рівнем РА $n=154$	У цілому $n=200$
Нудьга	$41,30 \pm 1,58^*$ $t=9,32$	$19,48 \pm 0,87^*$	$24,50 \pm 1,06$
Престиж	$26,09 \pm 1,12^{**}$ $t=9,42$	$12,34 \pm 0,58^{**}$	$15,50 \pm 0,71$
Настрій	$45,65 \pm 1,68^{***}$ $t=4,09$	$33,12 \pm 1,35^{***}$	$36,00 \pm 1,44$
Підсміх	$13,04 \pm 0,61^{****}$ $t=15,30$	$3,25 \pm 0,16^{****}$	$5,50 \pm 0,27$
Звичка	$56,52 \pm 1,86^\#$ $t=0,47$	$59,09 \pm 1,89^\#$	$58,50 \pm 1,88$

Примітка:

* - вірогідна різниця за показником нудьги у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

** - вірогідна різниця за показником престижності у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

*** - вірогідна різниця за показником поганого настрою у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

**** - вірогідна різниця за показником підсміху однолітків у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

^\# - вірогідна різниця за показником звички у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p > 0,05$).

Виявлено, що вживання алкоголю частіше трапляється під час святкування різноманітних свят. При цьому зазначена причина вживання алкогольних напоїв зустрічаються у $68,83 \pm 1,92\%$ дітей з низьким рівнем РА та у $54,35 \pm 1,84\%$ опитаних з високим рівнем РА ($p < 0,01$). Поганий настрій, як причина вживання алкогольних напоїв, зазначили $42,21 \pm 1,60\%$ дітей з низьким рівнем РА, та $34,78 \pm 1,40\%$ дітей з високим рівнем РА ($p > 0,05$), (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл дітей за визначенням ймовірних причин вживання алкогольних напоїв (%)

Показник	Діти з високим рівнем РА <i>n=46</i>	Діти з низьким рівнем РА <i>n=154</i>	У цілому <i>n=200</i>
Нудьга	34,78 ± 1,40* <i>t=10</i>	15,58 ± 0,72*	20,00 ± 0,89
Престиж	23,91 ± 1,04** <i>t=7,74</i>	12,99 ± 0,61**	15,50 ± 0,71
Підсміх	13,04 ± 0,61*** <i>t=10,43</i>	5,84 ± 0,28***	7,50 ± 0,36
Настрій	34,78 ± 1,40**** <i>t=1,88</i>	42,21 ± 1,60****	40,50 ± 1,56
Свято	54,35 ± 1,84# <i>t=2,62</i>	68,83 ± 1,92#	65,50 ± 1,92

Примітка:

* - вірогідна різниця за показником нудьги у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

** - вірогідна різниця за показником престижності у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

*** - вірогідна різниця за показником підсміху однолітків у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

**** - вірогідна різниця за показником поганого настрою у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p > 0,05$);

- вірогідна різниця за показником святкування у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,01$).

Як зазначили респонденти вживання наркотичних засобів частіше спостерігається через цікавість (27,50±1,17%). На означену причину вказали 63,04±1,92% дітей з високим рівнем РА та значно менше з низьким рівнем РА 16,88±0,77% опитаних ($p < 0,001$) (табл. 4). У той же час, значний відсоток вживання наркотичних засобів трапляється через поганий настрій (41,30±1,58% дітей з високим рівнем РА та 8,44±0,40% дітей з низьким рівнем РА) ($p < 0,001$). Іншими ймовірними причинами початку вживання наркотичних речовин вважають нудьгу та відчуття підкорення оточуючими.

Таблиця 4

Розподіл дітей за визначенням ймовірних причин вживання наркотичних засобів (%)

Показник	Діти з високим рівнем РА <i>n=46</i>	Діти з низьким рівнем РА <i>n=154</i>	У цілому <i>n=200</i>
Нудьга	36,96 ± 1,47* <i>t=19,41</i>	6,49 ± 0,31*	13,50 ± 0,63
Підкорення	23,91 ± 1,04** <i>t=20,91</i>	1,95 ± 0,10**	7,00 ± 0,34

Настрій	41,30 ± 1,58*** t=18,89	8,44 ± 0,40****	16,00 ± 0,73
Цікавість	63,04 ± 1,92**** t=18,39	16,88 ± 0,77****	27,50 ± 1,17

Примітка:

* - вірогідна різниця за показником нудьги у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

** - вірогідна різниця за показником підкорення у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

*** - вірогідна різниця за показником поганого настрою у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$);

**** - вірогідна різниця за показником цікавості у дітей з високим рівнем та низьким рівнем РА ($p < 0,001$).

Висновки. У ході дослідження було визначено, що переважна більшість опитуваних не вживають наркотичних засобів (80,50%), не курять (41,00%) та не вживають алкогольних напоїв (33,50%).

Відвідування спортивних секцій (що забезпечує підвищення рівня РА) позитивно впливає на схильність до шкідливих звичок. Зокрема діти з високим рівнем РА менше курять, вживають наркотичні засоби та алкогольні напої.

Література:

1. Яременко О. О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі вживання, залежність, ефективна профілактика. К. 2005. 193 с.

2. Антипов В. А., Евсеев С. П., Черкашин Д. В. Первичная профилактика распространения наркотизма и наркомании в молодежной среде: [монография]. Санкт-Петербург : ФГБУ СПбНИИФК, 2014. 262 с.

3. Ложкина, А. И. Типологизация и классификация асоциальных явлений современного общества. Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Тамбов : Грамота, 2013. № 4(30): в 3-х ч. Ч. 2. С. 108-112.

4. Хухліна О. С., Дудка І. В. Тютюнопаління та його шкідливі наслідки. Дайджест БДМУ. 2017. С. 9–12.

5. Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотиків [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.espad.org>.

Учасники конференції

Dhulfiqar Albarkaayi – аспірант Учреждения образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купала» (г. Гродно, Беларусь).

Антошкіна Тетяна Володимирівна – викладач мистецьких дисциплін Сумської дитячої художньої школи імені М.Г. Лисенка (м. Суми, Україна).

Анчева Ірина Анатоліївна – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету (м. Одеса, Україна).

Арзанов Віктор Іванович – викладач фізичного виховання виховання відокремленого структурного підрозділу «Класичний фаховий коледж Сумського державного університету» (м. Конотоп, Україна).

Бабенко Наталія Володимирівна – керівник народної майстерні художньої вишивки та бісероплетіння Сумського Палацу дітей та юнацтва, (м. Суми, Україна).

Божок Софія Валеріївна – студентка Київського національного лінгвістичного університету (м. Київ, Україна).

Бойченко Марина Анатоліївна – доктор педагогіки, доцент, доцент кафедри педагогіки Навчально-наукового інституту педагогіки і психології Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Бондаренко Олена Євгенівна – викладач фізичного виховання відокремленого структурного підрозділу «Класичний фаховий коледж Сумського державного університету» (м. Конотоп, Україна).

Бондарчук Олександр Миколайович – кандидат медичних наук, асистент Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ, Україна)

Борак Валентина Пилипіна – кандидат медичних наук Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль, Україна).

Борак Валентина Пилипіна – кандидат медичних наук, асистент Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль, Україна).

Вакал Валерія Олегівна – студентка Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Воловод Катерина Олександрівна – студентка Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

- Врублевский Евгений Павлович** – доктор педагогических наук, профессор кафедры теории и методики физической культуры Учреждения образования «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины» (г. Гомель, Беларусь), профессор кафедры наук о здоровье Зеленогурского университета (г. Зеленогура, Польша).
- Гозак Світлана Вікторівна** – доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України» (м. Київ, Україна).
- Голобородько Наталія Вікторівна** – консультант Центру професійного розвитку педагогічних працівників Сумської міської ради (м. Суми, Україна).
- Горєла Тетяна Миколаївна** – вчитель біології та основ здоров'я Комунальної установи Сумської загальноосвітньої школи I-III ступенів №15 імені Д. Турбіна (м. Суми, Україна).
- Гулей Ольга Володимирівна** – заслужений майстер народної творчості України, старший викладач кафедри ОТМ, музикознавства та культурології Навчально-наукового інституту культури і мистецтв Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).
- Гусак Євгенія Олексаандрівна** – студентка Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).
- Демідова Людмила Анатоліївна** – завідувач Сумського навчально-виховного комплексу «Загальноосвітня школа I ступеня – Дошкільний навчальний заклад №42» (м. Суми, Україна).
- Джагіашвілі Ольга Володимирівна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії № 2 Одеського національного медичного університету (м. Одеса, Україна).
- Докторович Галина Іванівна** – методист Навчально-методичний центр професійно-технічної освіти у Сумській області (м. Суми, Україна).
- Єлізарова Олена Тарасівна** – кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України» (м. Київ, Україна).
- Жара Ганна Іванівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка (м. Чернігів, Україна).
- Заболотний Іван Петрович** – професор кафедри хорового диригування, вокалу та методики музичного навчання Навчально-наукового інституту культури і мистецтв Сумського

державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Заїкіна Ганна Леонідівна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Зайченко Ольга Валеріївна – студентка Київського національного лінгвістичного університету (м. Київ, Україна).

Зам'ятіна Раїса Веніамінівна – директор Комунальної установи Сумської загальноосвітньої школи I-III ступенів №15 імені Д. Турбіна (м. Суми, Україна).

Заставний Антон Андрійович – вчитель фізичної культури Комунальної установи «Сумська загальноосвітня школа I-III ступенів №6» Сумської міської ради, (м. Суми, Україна).

Заступ Олександр Володимирович – викладач мистецьких дисциплін Сумської дитячої художньої школи імені М. Г. Лисенка, (м. Суми, Україна).

Кабанова Олена Євгенівна – викладач фізичного виховання відокремленого структурного підрозділу «Класичний фаховий коледж Сумського державного університету» (м. Конотоп, Україна).

Калиниченко Дмитро Олегович – викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Калиниченко Ірина Олександрівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, (м. Суми, Україна).

Калиниченко Олег Олегович – начальник Військово – медична служба управління СБУ в Сумській області (м. Суми, Україна).

Капран Оксана Володимирівна – старший викладач кафедри ОТМ, музикознавства та культурології Навчально-наукового інституту культури і мистецтв Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Колесник Анна Сергіївна – аспірант кафедри біології людини і тварин, викладач кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Колесник Вікторія Іванівна – магістрантка Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного

університету імені А. С. Макаренка, тренер-викладач з баскетболу КЗ «Комплексна дитячо-юнацька спортивна школа №1» (м. Суми, Україна).

Колеснік Анна Сергіївна – аспірант кафедри біології людини і тварин, викладач кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, (м. Суми, Україна).

Костян Лариса Олександрівна – вихователь вищої категорії закладу дошкільної освіти (ясла-садок) №1 «Ромашка» Сумської міської ради (м. Суми, Україна).

Кравець Наталія Ярославівна – кандидат біологічних наук, доцент Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль, Україна).

Крамаренко Юліана Геннадіївна – магістрантка кафедри ОТМ, музикознавства та культурології Навчально-наукового інституту культури і мистецтв Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Ларіонов Олександр Петрович – кандидат медичних наук, директор ДЗ «УМЦР МАТЕРІ ТА ДИТИНИ МОЗ УКРАЇНИ» (м. Одеса, Україна).

Латіна Ганна Олександрівна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Лебединець Наталія Іванівна – вчитель хімії, біології, екології, основ здоров'я Комунальної установи Сумська загальноосвітня школа I-III ступенів №8 Сумської міської ради (м. Суми, Україна).

Лохоня Іван Миколайович – учитель фізичної культури Стецьківського закладу загальної середньої освіти I-III ступенів Сумської міської ради (с. Стецьківка, Україна).

Лянной Михайло Олегович – директор Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії і методики фізичної культури (м. Суми, Україна).

Лянной Юрій Олегович – ректор Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, доктор педагогічних наук, професор (м. Суми, Україна).

Маландій Олена Іванівна – заступник директора та викладач спеціальних дисциплін Охтирської дитячої художньої школи імені Тараса Шевченка (м. Охтирка, Україна).

- Малярчук Анна Романівна** – кандидат біологічних наук, доцент Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль, Україна).
- Мельник Тетяна Юріївна** – викладач спеціальних дисциплін Сумської дитячої художньої школи імені М. Г. Лисенка, (м. Суми, Україна).
- Миршарофов Мирсафо Мирхакимович** – спеціаліст відділу підготовки медичних кадрів ДООУ «Таджицький державний медичний університет імені Абуалі ібні Сіно » (м. Душанбе, Республіка Таджикистан).
- Москаленко Наталія Анатоліївна** – керівник гуртка «З умінням і фантазією» Комунального закладу «Обласний центр позашкільної освіти та роботи з талановитою молоддю СМР», м. Суми, Україна).
- Москаленко Ольга Анатоліївна** – керівник гуртка народної студії образотворчого мистецтва «Світ фарб» Комунального закладу «Обласний центр позашкільної освіти та роботи з талановитою молоддю СМР», (м. Суми, Україна).
- Мотрук Тетяна Олександрівна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Навчально-наукового інституту педагогіки і психології Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).
- Никифоров Андрій Михайлович** – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри ОТМ, музикознавства та культурології Навчально-наукового інституту культури і мистецтв Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).
- Оберлянд Анастасія Костянтинівна** – студентка Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).
- Олійник Ніна Миколаївна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри мікробіології, вірусології та імунології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль, Україна).
- Осипенко Євген Владиславович** – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри теорії і методики фізичної культури, заступник декана факультету фізичної культури з наукової роботи закладу освіти «Гомельський державний університет імені Франциска Скорини» (м. Гомель, Республіка Білорусь).
- Панасенко Лариса Миколаївна** – заступник медичного директора з питань профілактики і боротьби зі СНІДом Комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради

«Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» (м. Суми, Україна).

Парац Алла Миколаївна – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України» (м. Київ, Україна).

Петренко Марина Борисівна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри хорового диригування, вокалу та методики музичного навчання Навчально-наукового інституту культури і мистецтв Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Подрігало Володимир Леонідович – доктор медичних наук, професор кафедри медичних дисциплін та охорони здоров'я Харківської державної академії фізичної культури (м. Харків, Україна).

Полька Надія Степанівна – член-кореспондент НАМНУ, доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України» (м. Київ, Україна).

Портнова Ольга Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії № 2 Одеського національного медичного університету (м. Одеса, Україна).

Прокопчук Ольга Олександрівна – студентка кафедри кафедри ОТМ, музикознавства та культурології Навчально-наукового інституту культури і мистецтв Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Раку Игорь – PhD hab, проректор з навчальної роботи, міжнародного співробітництва та європейської інтеграції Кишинівського державного педагогічного університету імені І. Creanga (м. Кишинів, Молдова).

Рижикова Тетяна Іванівна – директор КНП «Міська дитяча лікарня №2» Одеської міської ради (м. Одеса, Україна).

Рикун Анна Юріївна – магістрантка Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).

Рідний Олександр Миколайович – заслужений діяч мистецтв України, доцент кафедри скульптури, Харківська державна академія дизайну і мистецтв, (м. Харків, Україна)

Романюк Лідія Богданівна – кандидат медичних наук, доцент Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль, Україна).

Сабаніна Лілія Євгенівна – керівник фізичного виховання відокремленого структурного підрозділу «Класичний фаховий

- коледж Сумського державного університету» (м. Конотоп, Україна).
- Сєдих Сергій Вікторович** – вчитель фізичної культури КУ «Сумська загальноосвітня школа I-III ступенів № 13 імені А.С. Мачуленка» (м. Суми, Україна).
- Скиба Ольга Олександрівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри **громадського здоров'я** та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (м. Суми, Україна).
- Соболєва Кристина Борисівна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії № 2 Одеського національного медичного університету (м. Одеса, Україна).
- Станкевич Тетяна Валеріївна** – кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник лабораторії соціальних детермінант здоров'я дітей ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М.Марзєєва НАМН України» (м. Київ, Україна).
- Стоєва Тетяна Вікторівна** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії № 2 Одеського національного медичного університету (м. Одеса, Україна).
- Терновенко Володимир Іванович** – вчитель Конотопської спеціалізованої школи I- III ступенів №9, (м. Конотоп, Україна).
- Терновенко Тетяна Василівна** – викладач КЗСОР «Конотопський фаховий медичний коледж», (м. Конотоп, Україна).
- Тиравська Юлія Василівна** – аспірант Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ, Україна).
- Тищенко Яніна Геннадіївна** – директор та викладач спеціальних дисциплін Охтирської дитячої художньої школи імені Тараса Шевченка (м. Охтирка, Україна).
- Тієчко Наталія Василівна** – вихователь Сумського дошкільного навчального закладу (ясла-садок) № 33 «Маринка» м. Суми, Сумської області (м. Суми, Україна).
- Ткачова Надія Михайлівна** – завідувач дошкільного закладу освіти №8 «Космічний» м. Суми, Сумської області (м. Суми, Україна).
- Ткачук Наталія Іллівна** – кандидат медичних наук, доцент Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль, Україна).
- Тонкопей Юлія Леонідівна** – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, (м. Суми, Україна).
- Трунова Світлана Василівна** – доктор медичних наук, доцент Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ, Україна).

- Туркер Курназ оглу** – викладач Школи професійної освіти Університету Еге Турецької республіки (м. Анкара, Турецька Республіка).
- Усик Людмила Миколаївна** – викладач КЗСОП «Конотопський фаховий медичний коледж», (м. Конотоп, Україна).
- Усова Оксана Миколаївна** – вчитель Комунальної установи Сумська спеціалізована школа I-III ступенів № 17 (м. Суми, Україна).
- Фін Ліна Євгеніївна** – магістрантка спеціальності «Спеціальна освіта. Супдопедагогіка» Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (м. Київ, Україна).
- Хоршид Ахмед Хайдер Саад** – аспірант Учреждения образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купала» (г. Гродно, Беларусь).
- Цигура Галина Олексіївна** – кандидат сільськогосподарських наук, доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання, здоров'я і спорту, докторант Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка (м. Чернігів, Україна).
- Шевчик Любов Омелянівна** – кандидат біологічних наук, доцент Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка (м. Тернопіль, Україна).
- Шмалей Світлана Вікторівна** – доктор педагогічних наук, професор кафедри загально-технічних дисциплін та охорони праці Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (м. Київ, Україна).
- Шовкопляс Віра Григоріївна** – учитель початкових класів Стецьківського ЗЗСО I-III ступенів Сумської міської ради (с. Стецьківка, Україна).
- Шульчевська Світлана Єгорівна** – начальник відділу взаємодії з органами місцевого самоврядування, моніторингу та позапланового контролю закладів освіти управління Державної служби якості освіти у Сумській області (м. Суми, Україна).
- Щапова Аліна Юріївна** – аспірант кафедри біології людини і тварин, викладач кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, (м. Суми, Україна).
- Ярцова Любов Олександрівна** – викладач мистецьких дисциплін Сумської дитячої художньої школи імені М.Г. Лисенка (м. Суми, Україна).



Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка Навчально-науковий інститут фізичної культури



ЗАПРОШУЄ НА НАВЧАННЯ

- 014 СЕРЕДНЯ ОСВІТА (ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА)
- 016 СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА (ЛОГОПЕДІЯ)
- 017 ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ
- 227 ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ
- 242 ТУРИЗМ
- 229 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

Абітурієнте, знай! НН інститут фізичної культури має:

- багаторічні спортивні та наукові традиції; висококваліфікований професорсько-викладацький склад;
- одну із кращих в Україні матеріально-технічну базу для навчання, тренування та оздоровчо-рекреаційної діяльності;
- договори на проведення практик у провідних навчальних, спортивних, лікувально-реабілітаційних установах країни;
- магістратури з усіх спеціальностей;
- можливість наукової підготовки в аспірантурі;
- гуртожитки, яким забезпечуються всі першокурсники;
- студентів, випускників – відомих спортсменів, кавалерів державних нагород;
- доброзичливу, здорову спортивну атмосферу під час навчання та позанавчального студентського життя.

Спеціальності	Спеціалізації, кваліфікації	Сертифікати ЗНО	Освітній рівень
014 СЕРЕДНЯ ОСВІТА (ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА)	Вчитель фізичної культури, організатор спортивно-масової роботи Вчитель предмету «Захист України»	1. Українська мова 2. Біологія 3. Історія України або математика, або іноземна мова, або географія, або фізика, або хімія	Бакалавр (4 роки) Магістр (1.4 роки) Доктор філософії (4 роки)
016 СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА (Логопедія)	Логопед, учитель-дефектолог Учитель-вихователь спеціальних та інклюзивних закладів	1. Українська мова і література 2. Біологія 3. Історія України або математика, або іноземна мова, або географія, або фізика, або хімія	
017 ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ	Тренер-викладач з виду спорту	1. Українська мова 2. Біологія 3. Творчий конкурс	
227 ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ	Фізичний терапевт Ерготерапевт (фізичний реабілітолог)	1. Українська мова 2. Математика 3. Фізика або біологія, або хімія	
229 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я	Бакалавр з громадського здоров'я	1. Українська мова 2. Математика 3. Фізика або біологія, або хімія	
242 ТУРИЗМ (Туризм і гостинність)	Організатор бізнесу в індустрії туризму і гостинності та активного туризму	1. Українська мова і література 2. Іноземна мова 3. Історія України або математика, або біологія, або географія, або фізика, або хімія	



Адреса: 40002, м. Суми, вул. Роменська, 87. Тел. (0542) 685918.

Моб. тел. +38(050)7242808, +38(099)6175546 – дирекція ННІ фізичної культури. E-mail: monnifk@ukr.net
Детальну інформацію про діяльність ННІФК та кафедр можна знайти на сайті університету <https://www.sspu.edu.ua/>

Наші випускники є конкурентоспроможними та запитуваними на ринку праці

Наукове видання

«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

**МАТЕРІАЛИ XI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ «ОСВІТА І ЗДОРОВ'Я»**

Том 1 (5)

Відповідальний за випуск: *І. О. Калиниченко*

Комп'ютерне складання та верстання: *Оберлянд А. К., Г. О. Латіна*

Друкується в авторській редакції з оригінал-макетів
Редколегія не завжди поділяє погляди авторів статей
За достовірність викладених фактів відповідальність несе автор

Підписано до друку 27.02.2020 р.
Формат 60x84 1/16. Гарн. Arial. Папір офсетний.
Друк офсетний. Умовн. друк. арк. 10,00. Обл.-вид. арк. 10,11
Тираж 100 пр. Вид. № 21

Видавець і виготовлювач:
ФОП Цьома С.П. 40002, Суми, Роменська, 100.
Тел.: 066-293-34-29.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:
серія ДК, № 5050 від 23.02.2016