

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України  
Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди  
Природничий факультет  
Кафедра здоров'я людини та корекційної освіти

# ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я

Збірник наукових праць  
Всеукраїнської науково-практичної конференції,  
присвяченої Міжнародному Дню здоров'я  
7 квітня 2011 року

Харків-2011

УДК 371.7+376  
ББК 51.1(4УКР)0+74.580.053.34  
П24

**Редакційна колегія:**

*Головний редактор* – **Микитюк О. М.**, докт. пед. наук, професор, проректор з наукової роботи, зав. кафедри анатомії та фізіології людини ХНПУ імені Г.С. Сковороди

*Заступник головного редактора* – **Бойчук Ю.Д.**, докт. пед. наук, професор, зав. кафедри здоров'я людини та корекційної освіти ХНПУ імені Г.С. Сковороди

Рекомендовано Вченою Радою Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди  
(протокол № 1 від 18 лютого 2011 р.)

**П24 Педагогіка здоров'я:** збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції / За загальною редакцією проф. О.М. Микитюка. – Х.: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2011. – 356 с.

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

*Члени редколегії:*

**Синьов В. М.**, докт. пед. наук, професор, академік НАПН, директор Інституту корекційної педагогіки та психології НПУ імені М. П. Драгоманова

**Іонова О. М.**, докт. пед. наук, професор, зав. кафедри природничо-математичних наук ХНПУ імені Г. С. Сковороди

**Горащук В.П.**, докт. пед. наук, професор, зав. кафедри фізичної реабілітації та валеології ЛНУ імені Тараса Шевченка

**Гончаренко М.С.**, докт. біол. наук, професор, зав. кафедри валеології ХНУ імені В.Н. Каразіна, президент Української Асоціації валеологів

**Харченко Л. П.**, докт. біол. наук, професор, декан природничого факультету ХНПУ імені Г. С. Сковороди

**Страшко С. В.**, канд. біол. наук, професор, зав. кафедри медико-біологічних та валеологічних основ охорони життя і здоров'я НПУ імені М. П. Драгоманова

**Волкова І.В.**, зав. Центру формування здорового способу життя Харківської академії неперервної освіти

## Вельмишановні науковці!



Від щирого серця вітаю вас з участю у Всеукраїнській науково-практичній конференції “Педагогіка здоров’я”.

Здоров’я як категорія людського буття вважається в усьому світі найважливішим пріоритетом держави. Ставлення до здоров’я, усвідомлення його цінності є одним із елементів національної культури, критерієм благополуччя суспільства.

У сучасних умовах внаслідок негативної соціально-економічної, екологічної та медико-демографічної ситуації в Україні має місце масове розповсюдження соматичних, нервово-психічних порушень здоров’я, інфекційних захворювань, що набули соціального характеру, проблеми порушень соціально-психологічної адаптації, схильність до адиктивної та девіантної поведінки. Тому на особливу увагу заслуговує проблема відновлення, збереження та розвитку здоров’я дітей та молоді, бо саме ця частина населення обумовлює здоров’я та безпеку нації, постає як її головний трудовий резерв та інтелектуальний потенціал.

У зв’язку з цим особливо актуальною стає роль освіти у вирішеннях проблем забезпечення здоров’я підростаючого покоління. Сьогодні здоров’я є педагогічною категорією і зараз як ніколи необхідно спрямувати зусилля психолого-педагогічної науки на інтенсивний пошук ефективних моделей побудови здоров’язбережувального освітнього простору, створення сприятливого інклюзивного середовища для осіб з особливими освітніми потребами. Це дозволить оптимізувати фізичний і психологічний розвиток учнів і студентів в умовах навчально-виховного процесу, максимально забезпечити гармонійний розвиток їх особистості, реалізацію соціальних і найвищих духовних потреб, сформувати свідоме ставлення до власного здоров’я та активну життєву позицію щодо здорового способу життя, оволодіти високим рівнем валеологічної культури.

Я сподіваюся, що матеріали цього поважного форуму сприятимуть впровадженню отриманих наукових знань та досвіду здоров’язбереження в навчально-виховний процес дошкільних, загальноосвітніх та вищих навчальних закладів нашої держави.

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



## З М І С Т

### Розділ І. Психолого-педагогічні аспекти здоров'язбереження учасників освітнього процесу

<b>Микитюк О.М., Бойчук Ю.Д.</b> Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя та науково-методична система її формування.....	10
<b>Іонова О.М.</b> Розивток здоров'я особистості через освіту: досвід вальдорфської школи.....	13
<b>Кривич І.П., Страшко С.В., Палієнко К.В., Гусєва Г.М., Олайя-Верано В.В.</b> Стан психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	21
<b>Александрович Н.О.</b> Формування ціннісного ставлення майбутнього вчителя до природи на концептуальних засадах екоетики.....	24
<b>Бабаш А.Р.</b> Формування позитивного мислення як засіб збереження психічного здоров'я дітей підліткового віку.....	26
<b>Бєлікова Н. О.</b> Здоров'язбережувальні технології як провідний чинник у підготовці майбутніх фахівців з фізичної реабілітації.....	29
<b>Бєляєва П.В.</b> Отношение студентов Запорожского национального университета экономико-гуманитарного факультета в г. Мелитополь к занятиям по физическому воспитанию.....	33
<b>Бойчук Ю.Д., Максимова Ю.П.</b> Досвід формування санітарно-гігієнічної культури майбутніх учителів біології при вивченні паразитичних червів у курсі зоології безхребетних.....	36
<b>Вєрбєнець Т.П., Оніпченко О.І., Рассказова О.І., Рассказова П.І.</b> Розвиток альтернативних джерел енергії як шлях збереження здоров'я підростаючого покоління.....	39
<b>Воропаєва А.Г.</b> Необхідність формування здоров'язберігаючої компетентності учнів ПТНЗ.....	42
<b>Воскобойнікова Г.Л.</b> Валеологічна модель оздоровчої навчально-виховної роботи майбутнього вчителя початкової школи.....	45
<b>Гінзбург В.Г., Полішко Т.М., Полушкін П.М., Гальченко Д.В.</b> Психолого-педагогічні засади формування здорового способу життя.....	46
<b>Глухов І.Г.</b> Забезпечення права громадян України на безпечне для здоров'я навколишнє середовище.....	52
<b>Голік І.В.</b> Професійна готовність до діяльності вчителя з основ здорового способу життя.....	56
<b>Голуб Н.П., Голуб В.М.</b> Формування здорового способу життя при викладанні дисциплін біологічного спрямування.....	63
<b>Городинський С.І., Ібрагімова С.Ю.</b> Методи фізичного виховання як інструмент боротьби із алкогольною та наркотичною залежностями...	67
<b>Демінська Л.О.</b> Значення формування культури здоров'я студентської молоді.....	70
<b>Денисова О.М.</b> Формування здорового способу життя засобами фізичної культури.....	74
<b>Єжова О.О.</b> Методичні підходи до процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я учнів професійно-технічних навчальних закладів..	78

<b>Кабацька О.В.</b> Методичні підходи до формування культури здоров'я старшокласників.....	<b>81</b>
<b>Кабусь Н.Д.</b> Формування творчої особистості як умова збереження психічного здоров'я дітей, позбавлених батьківського піклування.....	<b>82</b>
<b>Кебкало Т.Г., Палієнко О.А., Єрічева Т.Ю., Годун Н.І., Багмет В.С.</b> З досвіду впровадження здоров'язбережувальних технологій в початковій школі.....	<b>85</b>
<b>Ковальова С.М., Кочетова О.М., Руднєва І.Д.</b> Створення здоров'язберігаючого середовища в закладі освіти як основа для збереження та зміцнення здоров'я учнів гімназії.....	<b>89</b>
<b>Коваль В.Є.</b> Синергетичний підхід до оздоровчої стратегії навчання і виховання учнів у Мереф'янському медичному ліцеї.....	<b>98</b>
<b>Комісова Т.Є., Голуб В.А.</b> Фізичний розвиток дітей середнього та старшого шкільного віку, що мешкають у місті Харків.....	<b>102</b>
<b>Коробко О.О., Ващенко О.В.</b> Психолого-педагогічні основи профілактики шкідливих звичок та соціально небезпечних захворювань...	<b>105</b>
<b>Коц В.П., Коц С.М.</b> Оцінка способу життя людей похилого та старечого віку.....	<b>113</b>
<b>Коцур Н.І., Годун Н.І.</b> Гігієнічні аспекти збереження здоров'я школярів в умовах упровадження педагогічних технологій.....	<b>116</b>
<b>Коцур Н.І., Гармаш Л.С., Товкун Л.П.</b> Динаміка стану здоров'я учнів на першому році навчання.....	<b>121</b>
<b>Кудін С.Ф., Савонова О.В.</b> Психолого-педагогічні аспекти збереження професійного здоров'я педагога.....	<b>124</b>
<b>Кузьмінов В.Н.</b> До питання підвищення ефективності антинаркотичних профілактичних програм.....	<b>127</b>
<b>Куліш О.В.</b> Загартовування учнів в оздоровчому таборі.....	<b>129</b>
<b>Лопатіна Г.О., Линдіна Є.Ю.</b> Використання здоров'язбережувальних технологій в умовах дошкільного навчального закладу.....	<b>132</b>
<b>Лук'янова Ю.С.</b> Готовність майбутнього інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих технологій.....	<b>141</b>
<b>Маруненко І.М.</b> Формування здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів.....	<b>145</b>
<b>Мельник Ю.Б.</b> Психологічна культура педагогічних працівників як передумова формування культури здоров'я молоді.....	<b>150</b>
<b>Міхєєнко О.І.</b> Свідоме та відповідальне ставлення до власного здоров'я як умова формування культури здоров'я.....	<b>153</b>
<b>Міщенко О.А.</b> Зв'язок лекторської майстерності викладача із якістю використання інтерактивних методів викладання.....	<b>159</b>
<b>Молчанюк О.В.</b> Сучасні підходи до визначення змісту і структури здорового способу життя молоді.....	<b>164</b>
<b>Мухіна О.Ю., Бойчук Ю.Д., Галій А.І.</b> Основні шляхи профілактики енетробіозу серед дітей у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах.....	<b>168</b>

<b>Неведомська Є.О.</b> ВІЛ/СНІД в Україні продовжує набирати обертів..	<b>170</b>
<b>Никифорова Л.А.</b> Здоров'я – значущий феномен існування суспільства.....	<b>176</b>
<b>Нужненко М.О., Рожко О.М.</b> Фізичні вправи як фактор формування здоров'я молоді.....	<b>179</b>
<b>Омері І.Д.</b> Девіантна поведінка як ознака проблемного соціального здоров'я підлітків та молоді України.....	<b>182</b>
<b>Пальчик О.О., Воронюк Н.В., Юсіфова Н.Б.</b> Фізкультхвилинки як обов'язковий оздоровчий елемент уроку в молодших класах.....	<b>185</b>
<b>Пальчик О.А., Кравченя А.А.</b> Здоровьесберегающее поведение студентов и эффективные способы его коррекции.....	<b>188</b>
<b>Пасько Т.В., Демчучена І.В.</b> Гендерний аналіз стану здоров'я молоді України.....	<b>192</b>
<b>Пахомова Л.В., Тадаєва А.В.</b> Роль гендерних стереотипів у процесі формування здорового способу життя молоді.....	<b>195</b>
<b>Пащенко Ю.М., Головіна А.С.</b> Адаптація як фактор формування міжособистісних відносин.....	<b>198</b>
<b>Пилипенко Є.О.</b> Самовиховання майбутнього вчителя як шлях до здоров'я.....	<b>201</b>
<b>Рябченко С.В.</b> Формування еколого-валеологічної культури як стратегії здоров'язбережувальної поведінки особистості у навколишньому середовищі.....	<b>204</b>
<b>Сандецький С.О.</b> Збереження здоров'я учнів ЗНЗ як необхідна умова їх допрофесійної підготовки.....	<b>207</b>
<b>Свєчнікова О.М., Святська Т.М.</b> Формування знань студентів про пестициди як негативні чинники здоров'я людини.....	<b>211</b>
<b>Середенко І.</b> Математический анализ физиологических характеристик спортсменов по ушу начальной подготовки.....	<b>213</b>
<b>Сладкова Л.М., Савицька І.В., Яковлєва Ю.М., Шевцова С.В., Дикленко Т.В., Чемерис О.Л.</b> Актуальні питання профілактичних та протиепідемічних заходів при внутрішньолікарняних інфекціях.....	<b>219</b>
<b>Супрун Д.М., Лящук О.С.</b> Організаційно-педагогічні аспекти формування здоров'язбережувальної діяльності курсантів вищих навчальних закладів системи Міністерства внутрішніх справ.....	<b>221</b>
<b>Тимошенко Ю.О.</b> Здоров'я та поведінкові реакції шкільної молоді (на прикладі м. Києва).....	<b>225</b>
<b>Туренко Н.М.</b> Проблема оздоровлення дітей на Слобожанщині в кінці ХІХ – на початку ХХ століття.....	<b>230</b>
<b>Тютюник В.В., Калугін В.Д., Сидоренко О.В.</b> Щодо оцінки небезпеки життю та здоров'ю населення України в умовах надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру.....	<b>233</b>
<b>Чернявська І.В.</b> Сучасні підходи до створення здоров'язбережувального освітнього середовища в навчальному закладі...	<b>236</b>

<b>Чустрак А.П., Кучеренко Г.В., Середенко И.А.</b> Сохранение здоровья детей средствами повышения статокинетической устойчивости...	<b>241</b>
<b>Шамардіна Г.М., Шуба Л.В.</b> Технологія вдосконалення рухових умінь та навичок у дітей початкової школи з використанням елементів тенісу.....	<b>245</b>
<b>Щербак І.М., Пашинський П.П.</b> Визначення тривожності та нервово-психічного напруження студентської молоді.....	<b>248</b>
<b>Якушко К.Г.</b> Внутрішнє мовлення як засіб збереження морального здоров'я молоді.....	<b>251</b>

## **Розділ II. Актуальні проблеми корекційної педагогіки**

<b>Варшамова Д.Р.</b> Результати експериментального дослідження проблеми формування пізнавально-пошукової діяльності дітей старшого дошкільного віку зі зниженим слухом.....	<b>253</b>
<b>Васильєва К.І.</b> Проблема формування готовності загальноосвітніх шкіл до інклюзивної освіти.....	<b>259</b>
<b>Голуб Н.М., Пантус В.М.</b> Особливості застосування методу арт-терапії в роботі з особами з інтелектуальними вадами.....	<b>265</b>
<b>Зайченко Г.Д.</b> Мовленнєво-педагогічний супровід дітей з порушеннями аутистичного спектру в умовах інклюзивної освіти.....	<b>268</b>
<b>Зінченко Л.О.</b> Особливості роботи з розвитку мовлення дітей з вадами зору.....	<b>271</b>
<b>Іванова Е.П., Юрченко Е.А.</b> Коррекционно-воспитательная работа с детьми раннего возраста с минимальной мозговой дисфункцией в условиях учебно-реабилитационного центра.....	<b>276</b>
<b>Ивашура Н.С., Ивашура М.И.</b> Семья и аутизм. Проблемы и пути решения.....	<b>279</b>
<b>Калініна Т.С.</b> Психологічні особливості та проблеми переходу учнів із ЗПР з молодшої до основної школи.....	<b>283</b>
<b>Квітка Н.О., Галій А.І.</b> Місце музичної терапії у вихованні дітей зі складними порушеннями психофізичного розвитку.....	<b>287</b>
<b>Козачек Н.О.</b> Рухливі ігри як засіб фізичного розвитку глухих дошкільників.....	<b>292</b>
<b>Макаренко І. В. Коміренко Ю.В.</b> Особливості формування діалогічного мовлення у дітей із загальним недорозвиненням мовлення...	<b>296</b>
<b>Макаренко І.В., Приходько Л.В.</b> Теоретичні основи вивчення формування прийменниково-відмінникових конструкцій у дітей із загальним недорозвитком мовлення.....	<b>301</b>
<b>Потамошнієва О.М.</b> Подолання синтаксичних порушень дітей з розумовою відсталістю.....	<b>304</b>
<b>Привалова Н.М., Танцура Л.М.</b> Загальні принципи та основні напрямки психологічної корекційної роботи з дітьми, які страждають на епілепсії, та їх родинами.....	<b>306</b>



<b>Проскурняк О.І.</b> Формування комунікативних навичок в процесі становлення соціального здоров'я учнів зі зниженим інтелектуальним розвитком.....	<b>311</b>
<b>Прохоренко Л.І.</b> Проблема мотиваційного компоненту саморегуляції у дітей з порушеним інтелектом.....	<b>314</b>
<b>Пушкаренко В.</b> Підготовка дитини з вадами слуху у родині до навчання в інклюзивному навчальному закладі.....	<b>318</b>
<b>Ревуцька О.В., Бредун Т.В.</b> Профілактика та корекція зубощелепних аномалій та мовленнєвих порушень.....	<b>320</b>
<b>Рібцун Ю.В.</b> Особливості артикуляційної моторики у дітей п'ятого року життя із ФФНМ.....	<b>328</b>
<b>Сінопальнікова Н.М.</b> Структура професійної підготовки вчителя-логопеда.....	<b>334</b>
<b>Стефанова К.</b> Особенности речевого развития детей дошкольного возраста с ДЦП.....	<b>337</b>
<b>Хребтова Н.П.</b> Порушення письма як причина шкільних труднощів та шкільної дезадаптації у молодших школярів.....	<b>340</b>
<b>Христова Т.Є., Казаков Є.О., Казакова С.М.</b> Особливості фізичної реабілітації при дисплазії суглобів у дітей 3-5 років на поліклінічному етапі.....	<b>344</b>

## **РОЗДІЛ І. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ**

**Микитюк О.М., Бойчук Ю.Д.**  
Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

### **ЕКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГІЧНА КУЛЬТУРА МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ ТА НАУКОВО-МЕТОДИЧНА СИСТЕМА ЇЇ ФОРМУВАННЯ**

Вирішення нагальних екологічних проблем довкілля та охорони здоров'я людини вимагає трансформації політичних, економічних, соціокультурних та освітніх пріоритетів у характері стосунків людини з природою [1]. Гуманітарно-освітню стратегію розв'язання цих проблем пов'язуємо з переосмисленням ролі й значущості вітчизняної системи освіти у становленні й розвитку еколого-валеологічної культури особистості, яка спрямована на забезпечення паритету суспільства та природи, гармонії людини й навколишнього середовища.

Здійснення цілісного комплексного дослідження теоретичних та практичних аспектів формування еколого-валеологічної культури людини знаходиться у площині розробки й утілення концепції переходу українського суспільства до сталого розвитку, що передбачає таку організацію господарської діяльності, яка не порушує біосферні процеси, має збалансований характер природокористування, не наносить шкоди здоров'ю людини.

Ураховуючи соціальну місію вчителя, центр суспільної уваги фокусується навколо професіоналізму та еколого-валеологічної культури саме його особистості. Еколого-валеологічна культура як один із важливих складників загальної і професійно-педагогічної культури майбутнього вчителя є мірою і засобом самоактуалізації та творчої самореалізації педагога. Водночас еколого-валеологічна культура виступає як інтегрована якість особистості, передумова ефективної еколого-валеологічної діяльності, показник професійної компетентності й мета професійного самовдосконалення. Еколого-валеологічна культура є узагальненою характеристикою рівня розвитку потреб і здібностей вчителя, інтенсивності їх виявлення в різноманітних видах діяльності, а отже, за своєю сутністю виражає духовний світ особистості.

Від рівня сформованості еколого-валеологічної культури вчителя буде залежати успішність здійснення соціально-природної адаптації зростаючого покоління, орієнтація школярів на ціннісне ставлення до здоров'я людини й природного середовища, на здоров'язбережувальну та екологічнобезпечну поведінку.

Нами розкрито методолого-теоретичні засади формування еколого-валеологічної культури, які ґрунтуються на системному, культурологічному,

інтегрованому, компетентнісному, гуманістичному, аксіологічному та особистісно-діяльнісному підходах, що дозволило визначити еколого-валеологічну культуру майбутнього вчителя як цілісне інтегроване особистісно-психологічне утворення, складний конгломерат еколого-валеологічних ціннісних орієнтацій, знань, умінь і якостей, які набули особистісного змісту в структурі його педагогічної свідомості та стали спонукальними мотивами професійної еколого-валеологічної діяльності [2; 3].

Доведено, що еколого-валеологічна культура - це інтегрована єдність мотиваційно-ціннісного, когнітивного, процесуально-діяльнісного та рефлексивно-оцінного структурних компонентів, динаміка розвитку яких залежить від цілеспрямованості й інтенсивності педагогічного впливу на кожний з них у процесі формування, створення відповідного психоемоційного фону, врахування індивідуальних особливостей і особистісних потреб, інтересів, прагнень та життєво-освітнього досвіду майбутніх учителів. Взаємозв'язок структурних компонентів і функцій еколого-валеологічної культури відображають різноманітні внутрішні та зовнішні зв'язки досліджуваного феномена як інтегрованого утворення.

Виділено основні функції еколого-валеологічної культури: гуманістично-аксіологічну, навчально-виховну, продуктивно-процесуальну, діагностично-корекційну. Кожна функція відбиває різноманітність вирішення майбутнім учителем методологічних, інноваційних, дослідницьких, дидактичних та інших педагогічних завдань.

Розроблена нами науково-методична система забезпечення формування еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя становить цілеспрямований керований навчально-виховний процес, що забезпечує розвиток позитивних настанов, ціннісних орієнтацій, професійно-особистісних якостей, сприяє усвідомленому вибору мотивів та цілей поведінки, розвитку еколого-валеологічних знань, умінь і навичок, здатності до самовдосконалення, професійно-творчої самореалізації, спрямована на обґрунтування концептуальних засад формування еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя в умовах його професійно-педагогічної підготовки. Завдання розробки моделі передбачають цілісний процес формування структурних компонентів еколого-валеологічної культури.

Обґрунтовано спеціальні принципи, що відбивають специфіку формування еколого-валеологічної культури, а саме: міждисциплінарності, інтеграції екологічного й валеологічного знання; урахування глобальних, національних і регіональних аспектів еколого-валеологічних проблем; єдності та гармонійного співіснування людини з природою.

Визначено умови, що впливають на ефективність процесу формування еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя: опора на життєвий і освітній досвід студента та набуття нового досвіду у процесі практичної діяльності, створення сприятливого освітнього середовища, стимулювання студента до самоосвіти. Дотримання цих взаємопов'язаних умов сприяє

формуванню оптимального освітнього середовища, яке забезпечує розвиток особистісних мотивів навчання студента, наближення його навчально-пізнавальної діяльності до характеру майбутньої діяльності, перехід студента на більш високий рівень здійснення еколого-валеологічної діяльності.

Науково-методична система включає комплекс засобів формування еколого-валеологічної культури, який передбачає внесення проектування змісту професійно-педагогічної підготовки студентів з урахуванням еколого-валеологічного складника, використання активних форм і методів аудиторної та позааудиторної навчально-пізнавальної діяльності студентів.

Уточнено критерії сформованості еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя, які виявляються у низці показників. Сукупність виявлених критеріїв дозволяє оцінити характер ставлення до еколого-валеологічних проблем, сформованість інтересу до оволодіння еколого-валеологічною культурою, розвиток професійно-особистісних якостей; повноту й характер засвоєних еколого-валеологічних знань; сформованість еколого-валеологічних умінь і навичок; розвиток здатності до рефлексії власної поведінки. Диференційовано рівні сформованості (продуктивний, достатній та елементарний) еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя, які дають узагальнену характеристику еколого-валеологічних знань, мотивів і поведінки особистості.

Розроблено технологію формування еколого-валеологічної культури, яка передбачає організацію процесу формування еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя на засадах гуманізації, співробітництва та співтворчості, індивідуалізації і диференціації, професійної спрямованості, самовдосконалення й саморозвитку, нерозривного взаємозв'язку з формуванням загальної та професійно-педагогічної культури майбутнього вчителя. Технологія передбачає такі етапи: підготовчий, що спрямований на внесення змін до змісту програм навчальних дисциплін, підготовку відповідного навчально-методичного супроводу; стимулювально-пізнавальний, який орієнтований на забезпечення пізнавального інтересу, мотивації до оволодіння еколого-валеологічною культурою, усвідомлення її значущості для майбутньої професійної діяльності; змістово-практичний, у процесі якого відбувалося розширення спектра еколого-валеологічних знань, формування комплексних еколого-валеологічних умінь і професійно-особистісних якостей та аналітико-результативний, який передбачав аналіз та оцінку отриманих результатів із метою їх корегування.

### Література

1. Микитюк О.М., Злотін О.З., Бровдій В.М. Екологія людини: Підручник для студ. вищ. навч. закл. – Харків: ХДПУ, “ОВС”, 2000. – 208 с.
2. Бойчук Ю. Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти. Монографія. - Суми: ВТД “Університетська книга”, 2008. - 357 с.

3. Бойчук Ю.Д. Теоретико-методичні основи формування еколого-валеологічної культури майбутнього вчителя: Автореф. дис. ... докт. пед. наук: 13.00.04. – Харків, 2010. – 44 с.

**Іонова О.М.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

## **РОЗВИТОК ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ЧЕРЕЗ ОСВІТУ: ДОСВІД ВАЛЬДОРФСЬКОЇ ШКОЛИ**

Одним із пріоритетних завдань сучасної школи є виховання здорового покоління, свідомого ставлення особистості до свого здоров'я та здоров'я інших людей. Разом із тим доводиться констатувати, що реальна шкільна практика поки ще не забезпечує збереження й покращення стану здоров'я учнів. Так, за статистичними даними, до 80-90 % дітей шкільного віку мають відхилення у здоров'ї; за період навчання з 1 по 9 класи кількість здорових дітей зменшується в 4 рази. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, значна частина захворювань дітей і молоді має так звану дидактогенну природу (недосконала організація навчального процесу, інформаційні перевантаження, домінування авторитарного стилю взаємодії вчителя зі школярами, переважання репродуктивного характеру викладання та ін.), тобто напряду викликана або спровокована школою.

Водночас у реальній освітній практиці питання забезпечення здоров'язбереження школярів вирішуються переважно через використання медично-гігієнічних заходів, а оздоровчий потенціал власне педагогічних підходів залишається реалізованим не повністю.

Наукове вивірене розв'язання проблеми формування здоров'я учнів через освіту спонукає науковців до ґрунтовного аналізу теорії та практики шкіл, педагогічна діяльність яких спрямована на збереження здоров'я учнів.

Одним із прикладів у світовій педагогіці організації навчально-виховного процесу на засадах здорового розвитку особистості є вальдорфська школа, яка на практиці вирішує завдання збереження й зміцнення дитячого здоров'я – фізичного, психічного, соціального, духовного.

З огляду на це метою статті є висвітлення результатів діяльності вальдорфської школи як здоров'язбережувальної освіти особистості.

Проведений науковий пошук засвідчує, що як у західних країнах, де вальдорфська школа має давні традиції, так і в Україні й Росії постійно проводяться дослідження, спрямовані на порівняння стану здоров'я учнів традиційних і вальдорфських шкіл.

Так, у рамках дослідження "Школа і здоров'я", що здійснювалося в 90-х рр. минулого століття університетами міст Білефельда та Хельсінкі (Фінляндія) для виявлення впливу шкільного навчання на психосоматичне здоров'я дітей, було обстежено декілька тисяч школярів вальдорфських і традиційних шкіл.

З'ясовано, що відсоток психічних захворювань у вальдорфських школах значно нижче, ніж у звичайних, причому у вальдорфських школах він знижується, а у традиційних – постійно збільшується. Те ж саме стосується й порушень фізичного здоров'я дітей, зокрема, частоти головних болів, порушень системи травлення тощо.

Рівень міжособистісного спілкування учнів вальдорфської школи досить високий. Діти люблять учитися, більш відповідально ставляться до того, що відбувається у класі, рівень їхньої дисципліни й самоорганізації більш високий. Випадки насилля серед дітей зустрічаються тут значно рідше [5].

Досить масштабні порівняльні дослідження здоров'я учнів були проведені протягом 2006 р. У цих дослідженнях брали участь 6630 дітей віком від 6 до 13 років (4606 учнів вальдорфських шкіл і 2024 учнів інших шкіл) п'яти західноєвропейських країн (Австрія, Голландія, Німеччина, Швейцарія, Швеція). Особливий інтерес дослідників був спрямований на виявлення захворювань на різні види інфекції, кожної алергії, що на сьогодні є досить поширеними серед дітей.

Проведені дослідження засвідчили, що учні вальдорфських шкіл мають значні кращі показники здоров'я, ніж учні традиційних шкіл. Так, вальдорфські школярі на 20-30 % рідше хворіють на поліноз і екзему, на 32-39 % – на алергію [10].

Дослідники А. Бюссінг, Т. Остермак, Ф. Якобі, П. Маттісен з'ясували, що й у дорослому віці у випускників вальдорфських шкіл значно рідше, ніж у цілому по Німеччині (за даними Інституту Роберта Коха), спостерігаються алергічні явища, артоз, гіпертонія та інші захворювання. Колишні вальдорфські учні характеризуються також здатністю витримувати значні навантаження, життєві труднощі й кризи [11].

Для визначення можливих причин таких результатів науковцями було проведено спостереження за образом життя дітей у родинах. Отримані дані засвідчили, що серед вальдорфських учнів 40 % ніколи не вживали антибіотики, 43 % – жарознижувальні засоби (зокрема парацетамол). Для учнів традиційних шкіл відповідні дані склали 15 % і 8 %. Лише чверть вальдорфських школярів порівняно з трьома чвертями учнів традиційних шкіл мали щеплення від таких дитячих хвороб, як кір, краснуха, свинка. Одна третина вальдорфських школярів перехворіла на кір порівняно з однією десятою учнів звичайних шкіл. Досить істотна різниця спостерігалася також і відносно харчування дітей: три чверті вальдорфських школярів харчувалися органічними, екологічно “чистими” продуктами (серед учнів традиційних шкіл – лише одна чверть) [2].

Дослідниками був зроблений висновок щодо виправданості антропософських поглядів на людину, відповідно до яких інфекційні захворювання, особливо “дитячі хвороби” в дитинстві, сприяють побудові міцної імунної системи. Саме тому батьки вальдорфських учнів стримано ставляться до щеплення, щоб не віднімати у дітей можливостей зміцнювати своє здоров'я через “дитячі хвороби”. Батьки також досить обмежено дають

своїм дітям антибіотики і жарознижуючі засоби. До того ж, не може не підтримувати власні життєві сили дитини екологічне харчування, якому надається дуже важливе значення у вальдорфській школі.

Досягнення вальдорфської педагогіки підтверджуються також міжнародними незалежними порівняльними педагогічними дослідженнями, які в різних країнах світу з'ясовують якість навчальних досягнень учнів, зокрема TIMSS (природничо-математична освіта) і PISA (читання і розуміння текстів), а також чисельними дослідженнями, що проводяться незалежними експертами у країнах, де вальдорфські школи існують протягом десятків років (Данія, Фінляндія, Швеція, Швейцарія і, звичайно, Німеччина) [3, 5, 8, 9, 13].

Так, В. Гіллер (Союз вальдорфських шкіл Німеччини) наголошує на тому, що такі дослідження в цілому підтвердили правильність вальдорфських підходів: низка вальдорфських принципів виявилися схожими з тими, за якими побудована система освіти у країнах, що показали найвищі результати навчальних досягнень учнів. Наприклад, у скандинавських країнах діти залишаються в одному класі протягом 9 років, у Швеції, Норвегії – 8 років, у Данії – до сьомого класу не виставляють оцінок. Достатньо пізня диференціація дітей за навчальними досягненнями – ось секрет успіху скандинавських країн, так же, як і вальдорфської школи, переконаний В. Гіллер [9].

За даними статистичних досліджень, досить великий відсоток випускників вальдорфських шкіл вступає до університетів. Так, у Німеччині кількість абітурієнтів – випускників вальдорфських шкіл, які успішно здали абітур (державні екзамени, що надають право на вступ до університету) на 20-30 % більше, ніж у середньому по країні, включаючи гімназії (така статистика стабільно тримається протягом десятиліть) [8, 9]. Тобто серед учнів, які вчилися протягом 12 років у вальдорфській школі на неселективній основі, відсоток тих, хто може вступити до вищої школи, значно більший, ніж у школах, які так чи інакше проводять відбір школярів (при цьому варто відзначити, що абітур у вальдорфській школі здається за державними вимогами і під строгим контролем державних органів освіти).

Статистичні дані щодо професійної орієнтації випускників вальдорфських шкіл, які проводяться в різних країнах департаментами освіти і науки, також свідчать про певну успішність вальдорфської освіти.

Так, випускники вальдорфських шкіл Німеччини на сьогодні найбільш ґрунтовно досліджені у праці Х. Барца і Д. Рандоля (2007 р.), які протягом 2003-2005 рр. провели дослідження 1124 колишніх вальдорфських учнів, які закінчили школу з 1939 по 1974 р. [11]. Науковцями випускники вальдорфських шкіл умовно були поділені на такі три групи: а) “культурно-орієнтовані” (31 %) – такі, що відрізняються своїми культурними й освітніми пріоритетами (музеї, театр, читання та ін.). Вони ж водночас найбільш цікавляться антропософською тематикою: 22 % з них вважають себе активними антропософами (принагідно відзначимо, що ця кількість антропософськи орієнтованих колишніх вальдорфських школярів не підтверджує існуючу серед педагогічної громадськості думку про те, що “вальдорфська школа виховує антропософів”);

б) “орієнтовані на стосунки” (33 %) – для них найбільш важливим є міжлюдське, емоційно-забарвлене спілкування з іншими людьми, “життя для інших”. Такі люди багато займаються практично-прикладною справою, намагаються все зробити своїми руками; в) гедоністи (36 %) – для них важливим є спорт, розваги, тілесні втіхи, насолода життям.

З’ясовано, що незалежно від виділених типів переважна більшість колишніх вальдорфських учнів здатні критично ставитись до речей і явищ навколишнього світу й розглядати їх у всеосяжних зв’язках. Для переважної кількості випускників вальдорфських шкіл критерій соціальної відповідальності має досить значний пріоритет. Х. Барц і Д. Рандоль пояснюють це соціальною спрямованістю вальдорфської школи, її спільними святами, концертами, спектаклями, завдяки чому учні можуть пережити сильні відчуття спільності з людьми, які оточують їх.

До 92 % колишніх вальдорфських школярів наголошують на тому, що їм дуже подобалося перебування у школі. Вони ідентифікують себе з колишнім навчальним закладом, позитивно оцінюють навчання у школі, особливо виділяють культурно-художній та практично-ремісничий цикли. Вальдорфські випускники переконані, що школа дала їм можливість отримати міцну базову освіту, набути ключові компетентності – такі, як позитивне ставлення до життя, основоположна довіра до власних сил, самостійність і вміння пристосовуватися до життєвих умов [11].

Схожі дані отримано в ході проведеного швейцарським незалежним інститутом (м. Кільхберг, 1999 р.) письмового опитування 1586 випускників вальдорфських шкіл Швейцарії, які в період 1990-1996 рр. закінчили навчання. Результати опитування дозволили зробити висновок, що вальдорфська освіта позитивно позначається на таких вельми актуальних для сучасного світу якостях, як самостійність, уміння взаємодіяти в колективі, творчість, комплексне (цілісне) мислення [7].

На запитання анкети, як самі колишні учні оцінюють свої шанси на ринку праці порівняно з учнями, що закінчили звичайну школу, 70 % опитуваних оцінили свої шанси як “однаково добрі”, 16 % – як “швидше кращі, ніж гірші”, 8 % – як “кращі”, 3 % оцінили свої шанси як “швидше гірші, ніж кращі”, 2,5 % – як “гірші”. 90 % опитуваних позитивно відповіли на питання щодо наявності в них професійних й особистісних цілей на наступні 3-5 років й чітко описали їх. Переважна більшість молодих людей назвали своєю найближчою метою завершення освіти й просування у професійній сфері [7].

Різні дослідження колишніх вальдорфських учнів констатують, що серед них досить високий відсоток таких, хто задоволений своєю професією, – до 75-85 %. За результатами опитування, більшості випускників вальдорфської школи вдалося зробити вдалий вибір професії й розвинути професійні перспективи. Позитивне оцінювання своїх шансів на ринку праці вказує на високий рівень упевненості в собі. Високою виявилася й оцінка власних здібностей та професіоналізму. Позитивно оцінили випускники й свою школу, відзначивши



серед здібностей, які вона в них виховала, у першу чергу креативність, уміння спілкуватися, самостійно приймати рішення.

Отже, не дивно, що, за даними ЮНЕСКО, серед випускників вальдорфських шкіл майже немає безробітних (і це відбувається в країнах, де кількість безробітних постійно збільшується), як немає злочинців, наркоманів, алкоголіків [4, с. 14].

Не менш значущим є й те, що випускники вальдорфських шкіл прагнуть до подальшої освіти: за даними Х. Барца і Д. Рандоля, академічну освіту отримали 46,8 %, інститути або вищі спеціальні школи закінчили 68,7 % колишніх вальдорфських учнів Німеччини [11].

Випускники вальдорфських шкіл також виявляють стремління займатися соціальними професіями. Так, за статистичними даними, отриманими в Німеччині [8], 28 % випускників вальдорфських шкіл працюють у освіті й соціальній сфері (причому професію вчителя обрали 14,6 %, що порівняно з іншим населенням зустрічається в 5 разів частіше [11]), 12 % – у медицині, 12 % – у мистецтві та лінгвістиці.

З усього розмаїття професій найчастіше обирають саме соціальну сферу (освіти, медицини, соціальна терапія та ін.) й вальдорфські випускники в інших країнах, зокрема Швейцарії [7]. Високий відсоток серед тих, хто обирає соціальну сферу, свідчить про те, що у професійній орієнтації для колишніх учнів вальдорфських шкіл велике значення мають соціальні й альтруїстичні мотиви. Правда, це лише статистика. На практиці ж колишніх вальдорфських школярів можна зустріти в самих різних сферах суспільного життя, де вони працюють ініціативно та з готовністю прийняття на себе відповідальності.

Так, справжню сенсацію в європейській педагогічній думці викликала видана Європейською Спільнотою праця Л. Гесслера “Освітній успіх у світлі освітніх біографій” [12]. Автор детально аналізує вальдорфський навчальний процес і біографії вальдорфських випускників. За Л. Гесслером, випускниками вальдорфських шкіл різних років були: Андреас Карлгрен (політик і член парламенту Швеції), доктор Олаф Фельдман (член федерального парламенту Німеччини), Карл Отто Пьоль (президент федерального банку Німеччини, 1980-1991 рр.), Йенс Столтенберг (колишній прем’єр-міністр Норвегії, зараз лідер лейбористської партії), Кен Шено (голова “Американ-Експрес”, визнаний у 2002 р. другим найбільш впливовим управлінцем у США), Михаель Енде (відомий у всьому світі письменник і автор бестселерів дитячої німецькомовної літератури), Фердинанд Олександр Порше (Німеччина), який створив у 1963 р. автомобіль “Порше 911” (у світі цей автомобіль визнають як “культ-машину”, “машину-мрію”, “конструкторське диво”, «короля спортивних машин»), а також багато інших.

Оскільки вибір школи належить не дітям, а батькам, то слід відмітити відомих батьків випускників вальдорфських шкіл – людей, які обрали для навчання своїх дітей саме вальдорфську школу.

Отже, вальдорфську освіту отримали: донька Сільвіо Берлусконі (прем’єр-міністра Італії), донька Михайла Баришнікова (американського

танцюриста й актора), син Жана Поля Бельмондо (французького актора), доньки Вольфганга Клемента (міністра економічних відносин, Німеччина), донька і онучка доктора Рудольфа Ляйдинга (колишнього спікера ради директорів компанії “Фольксваген”, Німеччина), діти Йонаса Гара Сторе (президента Червоного Хреста Норвегії, колишнього голови виконавчого органу світової організації здоров’я), діти Харрисона Форда (актора, який знімався в таких фільмах, як “Зоряні війни”, “Індіана Джонс”, “Президентський літак”, “Втікач” та ін., США), діти Джона Поля Джоунса (музиканта, басиста групи “Лед Дзеппелін”, Велика Британія), син Гельмута Коля (колишнього канцлера Німеччини) та багато інших.

Як зазначають Х. Барц і Д. Рандоль, вибір саме вальдорфської школи для навчання дітей 20 % батьків пояснюють незадоволенням державною школою, 11 % – свідомим наданням переваги на користь антропософськи орієнтованій освіти. Водночас переважна більшість батьків основним мотивом вибору вальдорфської школи для своїх дітей називає насамперед її привабливу педагогічну концепцію – індивідуальне сприяння розвитку особистості, відсутність бальних оцінок, художньо-практичну спрямованість освіти та ін. [11].

В останні роки почали з’являтися дослідження щодо вальдорфської педагогіки й у країнах колишнього СРСР. Так, у Росії психологами Московського державного університету імені М. Ломоносова (під керівництвом Н. Євсикової, 2000) досліджувалася динаміка психічного розвитку дітей російських вальдорфських закладів. Установлено, що, незважаючи на відсутність спеціального інтелектуального тренінгу й великого навчального навантаження не відбувається відставання інтелектуального розвитку, а за деякими показниками (зокрема, пам’ять) розвиток йде краще, ніж у дітей контрольних груп. Науковці Психологічного інституту РАО (під керівництвом Є. Смирнової, 2002) провели порівняльні дослідження морального розвитку дітей у російських вальдорфських і традиційних дитячих садках і отримали переконливі результати на користь вальдорфських садків [6].

Із 2000 р. у вальдорфських школах Росії розпочалися перші випуски учнів. Колишні вальдорфські школярі стали студентами престижних, зокрема московських, університетів (гуманітарних, соціально-економічних, технічних, мистецьких). Опитування випускників засвідчило, що вони із задоволенням і радістю згадують школу, яка відкрила їм життєві перспективи, прищепила вміння й навички спілкування, навчила самостійно думати та діяти.

В Україні перші дослідження, спрямовані на перевірку ефективності організації навчання й виховання школярів за принципами вальдорфської педагогіки, було проведено О. Іоновою (друга половина 1990-х рр.) [4].

Установлено, що вальдорфські підходи, сприяючи гуманізації навчального середовища, реалізації навчально-виховного спрямування на індивідуальність учня в умовах групової та фронтальної роботи з класом, постійному формуванню мислення, пам’яті, фантазії, культури почуттів, сили волі дитини, забезпечують успішність педагогічного процесу. Якщо рівень

освіти вальдорфських учнів, у основному, такий ж, як й у традиційній школі, то розвиненість особистісно-творчих (комунікативності, любові до прекрасного, працелюбності, допитливості, дисциплінованості, самостійності) здібностей значна вища.

За останні роки в рамках експерименту всеукраїнського рівня “Розвиток вальдорфської педагогіки в Україні” проведено низку психолого-педагогічних досліджень, спрямованих на порівняння результатів освіти учнів традиційних та вальдорфських шкіл. Так, проведення порівняльних “зрізів” знань учнів вальдорфських і традиційних шкіл засвідчило, що вальдорфські учні після закінчення початкового ступеня оволодівали системою знань на рівні, який не нижче рівня знань їхніх однолітків із традиційних шкіл.

Оцінюючи це як безперечно позитивний момент, водночас відмітимо, що вальдорфська освіта дозволяє поряд із міцними знаннями сформувати й здібності дітей. Певним підтвердженням цьому є результати досліджень, проведених у НВК “Школа вільного розвитку” (м. Харків). Ці дослідження здійснювалися в рамках Міжнародного порівняльного проекту з математичної освіти учнів (IPMA), який був запропонований університетом м. Екзетер (Велика Британія). Цей проект передбачав порівняння не стільки успішності математичної освіти, скільки виявлення ефективності самого процесу навчання математиці на основі довгострокового моніторингу розвитку мислення школярів, оволодіння ними математичними здібностями. Відповідні дослідження проводилися групою незалежних експертів за єдиними (для учнів певного віку) завданнями.

На підставі перших “зрізів” (2000/2001 навчальний рік) учні 1-го класу НВК “Школа вільного розвитку” за рейтингом були на 5-му місці серед школярів інших дев’яти шкіл, що брали участь у проекті. Через три роки (2002/2003 н.р.) ці ж діти – вже учні 3-го класу – за рейтингом вийшли на перше місце. Діти демонстрували розвиненість вербально-логічного й просторового мислення, а також творчих здібностей – краще виконували творчі математичні завдання.

У цілому проведення порівняльних психолого-педагогічних досліджень розвитку молодших учнів українських вальдорфських і традиційних шкіл дає підстави стверджувати, що порівняно з учнями традиційної школи вальдорфські школярі [1, с. 4-6]:

- мають більш високий рівень розвиненості мотиваційної та емоційної сфер. Про це свідчить те, що діти йдуть до школи й вчаться з радістю, мають позитивне неформальне ставлення до вчителя, розвинене почуття співпереживання й соціальності. Характеризуються активністю, стійкими пізнавальними інтересами, орієнтовані на самостійне здобуття нових знань;

- характеризуються адекватною й достатньо високою самооцінкою. Для більшості дітей притаманне позитивне ставлення до себе. Разом із тим вони самокритичні, прагнуть до самовдосконалення, особливо щодо моральних якостей та інтелектуальних здібностей;

- мають більш високий рівень розвитку пам'яті, який у процесі навчання зростає. Так, за результатами досліджень школярів Дніпропетровської вальдорфської школи, високий рівень розвитку короткочасної та довготривалої пам'яті в першому класі демонструють 38 % учнів, у другому – 40 %, у третьому – 47 %, у четвертому – 57 %;

- більшість школярів має розвинену творчу уяву, асоціативне мислення, сконцентровану увагу, а також характеризується низьким рівнем тривожності й агресії. Причому наприкінці навчального року рівень уваги збільшується, а рівень агресії й тривожності зменшується, що свідчить про хорошу адаптацію до школи та емоційну стабільність;

- добре володіють своїм тілом. За результатами медичних обстежень, у період авітамінозу та простудних захворювань пропуски занять через хворобу незначні.

Отже, навчання дітей у вальдорфській школі порівняно з традиційною школою позитивно впливає на інтелектуальну активність, індивідуальну ініціативність, творчість, самостійність рішень, душевну стабільність, соціальну компетентність, координованість тіла й рухів, а отже, сприяє здоровому розвитку дитини.

Узагальнення проведеного вище аналізу дає підстави зробити висновок про те, що не отримують підтвердження думки окремих дослідників про вальдорфську школу як лише “школу мистецтва” або “школу праці”, а тому найбільш придатну для хворих дітей; що у вальдорфській школі “добра атмосфера, але нічому не вчать”, тобто іншими словами, що вальдорфська педагогіка надає другорядного значення якості знань (В. Валентинова).

Не відповідає дійсності й твердження про те, що конкретна практика вальдорфської школи призводить, з одного боку, до формування в учнях почуття власної винятковості, а з іншого – до виникнення в дитині певних комплексів, ситуативної й особистісної тривожності (О. Черкасова).

Водночас проведене дослідження підтверджує висновки науковців (В. Гебель, Л. Гесслер, М. Глеклер, О. Іонова, О. Лукашенко, Т. Марті) про сутність вальдорфського педагогічного процесу як засобу здорового – духовно-душевно-фізичного – розвитку особистості.

З огляду на це вважаємо, що перспективним напрямом подальших досліджень є науково-методичне обґрунтування шляхів залучення вальдорфського здоровотвірного досвіду у вітчизняну школу для розв'язання завдань виховання здорового покоління.

### Література

1. Вальдорфська педагогіка в Україні. З повагою до дитини: 36. статей. – К.: Вид-во “Наїрі”, 2009. – 168 с.
2. Глеклер М., Лангхаммер С., Вихерт К. Воспитание и здоровье. Задача для педагогов, медиков и родителей / пер. с нем. М. Рикиной. – Дорнах: Гетеанум, 2006. – 250 с.
3. Знання и умения для жизни. О международном исследовании уровня развития учеников // Дитина. – 2002. – № 3. – С. 3.
4. Іонова О.М. Науково-педагогічні основи навчально-виховного процесу в сучасній школі за ідеями вальдорфської педагогіки: Автореф. дис... докт. пед. наук. – К., 2000. – 35 с.

5. Іонова О.М. Педагогіка Рудольфа Штайнера // Курс лекцій з порівняльної педагогіки. – Харків: ХНПУ, 2007. – С. 206-216.
6. Іонова О.М., Омельченко О.В. Проблема організації здоров'язберігаючого навчально-виховного процесу: вальдорфські підходи // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки: Зб. наук. пр. – К.-Запоріжжя: ЗОІППО, 2006. – Вип. 40. – С. 320-325.
7. Опитування колишніх учнів вальдорфських шкіл Швейцарії // Дитина. – 2001. – № 9-10. – С. 3.
8. Результаты вальдорфского движения // Альманах “Педагогика свободы”. – 1995. - № 3. – С. 27-31.
9. Учебные программы вальдорфских школ / под ред. В. К. Загвоздкина. – М.: Народное образование, 2005. – 528 с.
10. Allergic disease and sensitization in Steiner school children / Floistrup H., Swartz J., Bergstrom F. [ets] // Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2006. – Vol. 117. – Issue 1. – P.59-66.
11. Barz Heiner, Randoll Dirk (Hrsg.). Absolventen von Waldorfschulen. Eine empirische Studie zu Bildung und Lebensgestaltung. – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007. – 393 S.
12. Gessler L. Bildungserfolg im Spiegel von Bildungsbiographien. – Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris, 1988.
13. Marti Thomas. Wie kann schule die Gesundheit fördern? Erziehungskunst und Salutogenese. – Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben, 2005. – 352 S.
14. Waldorf Pedagogic: Exhibition Catalogue // 44-th UNESCO Education International Conference. – Geneva, 1994. – 87 p.

**Кривич І.П., Страшко С.В., Палієнко К.В.,  
Гусєва Г.М., Олайя-Верано В.В.**  
Національний педагогічний університет  
імені М.П.Драгоманова

## **СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ І ХВОРИХ НА СНІД**

Проблема ВІЛ-інфекції і СНІДу, що набула характеру пандемії у всьому світі є надзвичайно актуальною для України, оскільки наша країна займає одне з перших місць у світі за темпами зараження цією невиліковною хворобою. За офіційними даними МОЗ України на 1.09. 2010 року зареєстровано 174824 ВІЛ-інфікованих і 34734 хворих на СНІД [2]. При цьому найбільш вразливою є вікова група від 15 до 24 років. Відмічається також, що за останні чотири роки змінилася картина щодо шляхів зараження. Якщо в 2006 році 45% зараження ВІЛ було парентеральним, а 35% статевим шляхом, то 2010 навпаки: 45% ВІЛ інфікування відбувається через статевий контакт, значно розширюючи групу ризику ВІЛ-інфікування. Очевидно, що вирішення профілактично-просвітницьких питань з проблем ВІЛ/ СНІДу серед молоді є особливо актуальним і значущим. Щодо наслідків ВІЛ/СНІДу для психічного здоров'я

самих ВІЛ-інфікованих та їх оточення, то ці питання потребують подальшого вивчення і особливої уваги.

Численні дослідження показують, що психічні розлади при ВІЛ-інфекції різноманітні і обумовлені як впливом самого вірусу імунодефіциту людини, так і зовнішніми психологічними і соціальними чинниками, пов'язаними зі статусом ВІЛ-інфікованих.

Вже доведено, що вірус імунодефіциту людини вражає не тільки імунну систему, але є і нейротропним вірусом, що в значній мірі пояснює розвиток психогенних і неврологічних розладів у 50-60% хворих. Найчастіше ці розлади проявляються у підвищеній дратливості, почутті безпричинної тривоги, нездатності зосередити увагу, порушенні сну, швидкій стомлюваності, суїцидальній поведінці тощо. Значені симптоми можуть бути єдиним проявом ВІЛ/СНІДу, а можуть виступати у комбінації з ознаками, характерними для стадії первинних проявів хвороби [1; 3; 5].

Згідно інших даних у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на перший план виступають втрата мотивації до суспільної діяльності і порушення соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих [2; 5]

Деякі дослідження вказують на те, що психічні розлади можуть з'явитися задовго до ознак зниження імунітету. Вони вказують, що у багатьох ВІЛ-інфікованих може спостерігатися апатія, почуття ізоляції, самотності за кілька місяців, а іноді і років до маніфестації захворювання [2; 5].

Особливої уваги потребує психологічний стан людини, яка вперше дізналася про свою ВІЛ-позитивність. Основні психогенні реакції, що спостерігаються у період повідомлення про діагноз, це: страх, тривога, відчуття втрати, журба, почуття провини перед людьми, докори сумління щодо поведінки, роздратованість, агресивність, думки про самогубство [4]. Через деякий час після встановлення ВІЛ-інфікування виникає пригнічений емоційний стан, який результатом змін у соціальному оточенні хворого, руйнування дружніх і сімейних стосунків тощо [5].

До зовнішніх чинників впливу, що істотно змінюють психічний стан ВІЛ-інфікованих, слід віднести соціальну ізоляцію. Внаслідок ВІЛ-інфікування постають проблеми, що впливають на якісь життя. Стосунки в сім'ї можуть бути зруйнованими, ускладнюються міжособистісні взаємини. Дискримінаційні щодо ВІЛ-інфікованого дії за місцем роботи або навчання, обмеження у спілкуванні, негативне ставлення оточуючих – все це викликає психологічні реакції ВІЛ-інфікованих, призводить до розвитку реактивних психічних розладів і може обумовлювати здійснення ними асоціальних вчинків.

Крім соціальної ізоляції на психічний стан ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД значною мірою впливають і проблеми пов'язані з невиліковністю хвороби, обмеженням терміну життя і неможливістю перспективного його планування. Відсутність роботи і матеріальні труднощі тільки посилюють психологічну напругу і часто приводять до суїцидів [5].

Важкість захворювання, його безповоротність, часті больові відчуття та фізичні пошкодження також підвищують ризик суїциду. Суїцидальні думки у

цих хворих бувають досить часто, проте дослідники вважають, що суїцидальна поведінка реалізується, головним чином, у осіб з патохарактерологічними і психопатичними рисами. Відмічається, що алкоголізм і наркоманія ВІЛ-інфікованих значно обтяжують перебіг психічних захворювань і послаблюють соціальну адаптацію хворих.

Необхідно зазначити, що тип темпераменту, динаміка нервових процесів суттєво впливають на психологічний стан ВІЛ-інфікованих. Так, у інтровертів порівняно з екстравертами, психічні розлади виражені значно сильніше і терапія на них діє не так ефективно. Інтроверти гірше долають стресові ситуації особливо соціальні. Отже, провідною причиною психічної патології при ВІЛ-інфекції слід вважати реакцію особистості на сам факт захворювання, яка може проявитися як адаптивний варіант, так і паталогічний. В кожному разі усвідомлення факту наявності ВІЛ/СНІДу зумовлює у хворого психологічний стрес [4; 5]

Аналіз досліджень психологічного статусу ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД з використанням психологічних тестів і опитувальників виявив, що на першому місці у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД постають проблеми, пов'язані з хворобою і думками про тривалість їхнього життя. На другому за важливістю місці були робота і фінансові питання. Далі йшли питання самотності, соціальної ізоляції, зниження самооцінки, афективні порушення, такі, як депресія, тривога, емоційна збудливість. Кореляційний аналіз засвідчував, що соціальна підтримка позитивно корелює зі станом психічного статусу й суб'єктивною самооцінкою свого здоров'я ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД [1; 5].

Отже, можна зробити висновок, що психологічний стан ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД є обтяженим. Обумовлюється це впливом власне вірусу імунodefіциту людини на імунну і нервову систему і цілою низкою соціально-психологічних проблем, з якими стикаються ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД. Важливим і необхідним елементом зменшення психологічної напруги є, крім медичної реабілітації, соціальна допомога, дружня підтримка близьких і рідних, і також толерантне ставлення оточуючих до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

### Література

1. Люди и ВИЧ // Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. - К., 2001.-350 с.
2. Методичний посібник з профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІД у шкільному та молодіжному середовищі / За ред. Б. Лазаренко, І. Пінчук. – К., 2002. - 144 с.
3. Покровский В. В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М.: Медицина, 1996. – 246 с.
4. Пурік О. П. Ураження ВІЛ: результат чи початок життєвої кризи // Шкільний світ. – 2001. - № 11. – С. 5-8.
5. СПИД и ВИЧ-инфекция. Социально- психологические аспекты: Информация для профессионалов/ Пер. с англ. Н. А. Чайка. – СПб, 2000. – 296 с.

## **ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ ДО ПРИРОДИ НА КОНЦЕПТУАЛЬНИХ ЗАСАДАХ ЕКОЕТИКИ**

Нині все більше науковців починає розуміти, що для того, щоб відновити порушений баланс між суспільством і природою необхідно змінити спосіб життя людини, включивши в практику її життєдіяльності екологічні імперативи. Складність ситуації полягає в тому, що ці імперативи діють лише в суспільстві, якому притаманний відповідний світогляд і екологічна свідомість. Виховати цілісну особистість - це значить залучити підрастаючу людину до світу людських цінностей, виробити у неї ціннісні основи ставлення до дійсності. Однією із головних складових цього ставлення є ставлення до природи. Як першооснова всього живого і неживого на землі, як цінність, природа не має аналогів, бо виступає детермінантою всіх інших людських цінностей, їх умовою. Цінності природи мають доленосне значення для суспільства і всіх його членів. Між тим, як зазначає О. Сухомлинська, у градації цінностей екологічні цінності, цінності природи, навколишнього середовища, у якому ми живемо, займають мало не останнє місце. Вона наголошує про те, що "...дотепер ми взагалі не звертали на них увагу, щедро розкидаючи навколо себе руйнівні, нищівні продукти своєї діяльності і в особистісному плані, і в соціальному". І це в той час, коли всеохоплюючий і абсолютний характер цінностей природи апріорно вимагає від кожного послідовної і стійкої орієнтації на них. Тому проблема формування ціннісного ставлення дітей і молоді до природи розглядається психолого-педагогічною наукою як одна із найбільш пріоритетних. Специфіку екологічних орієнтирів людини щодо природи вчені (Ю. Бойчук, Л. Лук'янова, О. Плахотнік, Г. Тарасенко, С. Шмалей та інші) вбачають у їх універсальності, у тому, що вони охоплюють властивості природи з точки зору не тільки практичної, утилітарної цінності, але й пізнавальної, естетичної, моральної, економічної та здоров'язбережувальної.

У рамках такого підходу створюються умови для того, щоб об'єктивно існуючі цінності природи дійсно стали набутком дітей і молоді, щоб попри всі екологічні негаразди, економічні труднощі, кризові явища в сфері свідомості, гармонізувати стосунки у площині людина-природа, надати їм ціннісного характеру. .

Практика ціннісного ставлення до природи передбачає розгляд досліджуваної проблеми з позиції теорії ставлень. Ставлення є психологічним утворенням, що складається з пізнавального, емоціонального і поведінкового компонентів. Для формування ставлення потрібна єдність названих компонентів: знань, переживань і поведінки. Тільки за цих умов ми надаємо людині можливість увійти в світ природи, а не відчувати себе сторонньою



істотою. Що торкається першого компонента цієї тріади, екологічного тезауруса, то дієвість його багато в чому залежатиме від того, наскільки чітко і вичерпно у ньому будуть представлені практичні, моральні, естетичні та пізнавальні цінності природи.

Другий компонент - переживання і почуття як форми переживання - має пріоритетне значення у формуванні ставлень особистості. Саме переживання вже отриманого знання веде за собою певну дію у вигляді конкретного ставлення.

Отже, самих по собі знань і етичних норм поведінки ще недостатньо для того, щоб вони керували людиною. Тільки тоді, коли знання стають предметом стійких почуттів, вони перетворюються у реальні збуджувачі до діяльності. Переживання, як ієрархічне утворення, здатне визначити результат, модальність ставлень.

Активний компонент ставлення до Природи і оточуючої дійсності - це діяльність. Психологи класифікують ставлення як ціннісне у тому разі, коли воно перетворюється у внутрішню позицію особистості. Для педагога такий підхід означає, що в діяльності і через діяльність народжуються і вдосконалюються прогнозовані ставлення. У процесі діяльності закріплюються екологічні знання, перетворюючись на вміння і навички, розвивається почуттєва сфера особистості, формуються відповідні норми поведінки, потреба у ціннісному освоєнні природних багатств.

Ми вважаємо, що сформувати ціннісне ставлення до природи майбутнього вчителя можна на концептуальних засадах екоетики. Нами розроблена науково-методична система екоетичного виховання майбутнього вчителя. В ній реалізується ідея, що форми та засоби екоетичного виховання повинні бути спрямованими на формування емоційно-почуттєвої сфери студентів, мотивації щодо їх активної екологічної діяльності. При цьому відбувається актуалізація особистої причетності людини до того чи іншого природного об'єкту, ситуацій, обставин, у яких вона знаходиться; проекція особистих станів на природні об'єкти через ототожнення себе з ними (співпереживання), а також переживання особистих емоцій та почуттів з приводу стану природних об'єктів (співчуття); самоаналіз людиною своїх дій та вчинків з погляду їх екологічної доцільності. Це дозволяє реалізувати суттєве методологічне правило, згідно з яким один компонент системи певним чином впливає, стимулює розвиток іншого.

Зміст екоетичної освіти при такому підході не передається студентам безпосередньо, а нарощується в них в ході навчальної діяльності: при вивченні природних об'єктів з позиції їх суб'єктності, колективної комунікації, зіставлення отриманих результатів з культурно-історичними аналогами тощо. Зміст освіти, в даному випадку, трактується як засіб його власного самовиявлення, що повністю відповідає новітнім дидактичним підходам. В основу екоетичного виховання покладена ідея продуктивного засвоєння екоетичних проблем, коли студенти самовизначаються стосовно різних підходів до суб'єкту і здійснюють власну продуктивну діяльність.

Отже, в процесі навчання відбувається не лише розширення поінформованості стосовно сучасних досягнень екоетики, а засвоєння їх у власній діяльності, що базується на реалізації психоемоційних властивостей людини: співпереживанні, співчутті, радості, любові, відчутті гармонії. При цьому реалізується принципово новий шлях впливу на поведінку, який здійснюється за схемою: емоції → ставлення → знання → поведінка, та базується на формуванні суб'єктного ставлення до природи, і відбувається через емоційну оцінку та інтелектуалізацію емоцій для виходу на практичний рівень.

Показником результативності екоетичного виховання є сформованість екоетичної позиції майбутнього вчителя. Як професійно-особистісна характеристика вона відображає ставлення майбутнього вчителя до навколишнього природного середовища як біологічної основи здоров'я людини, джерела матеріального добробуту та естетичної насолоди. Екоетична позиція виявляється у системі ціннісних настанов, моральних вимог і заборон, які набули особистісного змісту у структурі професійно-педагогічної свідомості майбутнього вчителя та стали спонукальними мотивами для прийняття ним виважених відповідальних рішень на основі ґрунтовних екологічних знань, оволодіння арсеналом оптимальних засобів неруйнівної екологічної діяльності.

**Бабаш А.Р.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г. С. Сковороди

## **ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНОГО МИСЛЕННЯ ЯК ЗАСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

В умовах соціально-економічних та суспільних перетворень спостерігається тенденція до зростання негативних думок, негативного ставлення до життя, особливо серед підлітків, що призводить до зниження рівня психічного здоров'я особистості. Виникає значна кількість угруповань та субкультур, котрі пропагують занепадницький настрій, невдоволеність життям. Стимулює розвиток цих течій сучасна музика й телебачення. Для підлітка це може мати негативні наслідки, спричиняти психічні розлади, навіть призвести до спроби суїциду.

Особистість у цьому віці не є остаточно сформованою й легко піддається зовнішньому впливу соціуму, засобів масової інформації, ще не здатна повністю контролювати свої емоції та вчинки. Це вік юнацького максималізму, коли навіть маленька проблема стає нездоланною перешкодою.

У зв'язку з цим особливо актуальним є формування позитивного мислення, позитивного погляду на життя в підлітковому віці. Вирішенню цієї проблеми приділяють увагу багато науковців, зокрема А. Белкін, Д. Джампольскі,

Б. Кочубей, І. Кулагіна, Е. Ле Шан, Є. Новікова, Ю. Орлов, Я. Рейковський, Л. Фрідман, А. Фромм, О. Шмельова та ін.

Аналіз психолого-педагогічних джерел дозволяє стверджувати, що позитивне мислення є ставленням до життя, самого себе, подій, що відбулись і подій, які тільки мають статися. Це наші позитивні думки, слова і образи, які є джерелом особистісного зростання й успіху. Позитивне мислення є очікуванням щастя, радості, здоров'я, успішного завершення будь-якої ситуації та прийнятих рішень.

Психологи вважають, що без збереження і розвитку психічного і морального здоров'я учнів набуті знання втрачають свою цінність. Через це позитивне мислення сприяє як оздоровленню психіки дітей, так і оптимізації педагогічного процесу в цілому. Зокрема, А. Белкін зображує сутність психологічного успіху як переживання стану радості, задоволення від того, що результат, до якого особистість прагнула у своїй діяльності, збігся з очікуваннями чи перевершив їх. На основі цього формуються стійкі почуття задоволення, нові, сильніші мотиви діяльності, підвищення самооцінки і самоповаги [1]. Завдяки переживанню дитиною успіху у неї формуються елементи позитивного мислення. Якщо успіх стає стійким, починають відбуватися зміни, що вивільняють потенційні можливості особистості й несуть невичерпний заряд людської духовної енергії.

Відомий американський педагог, психолог та психотерапевт Еді Ле Шан [4] на підставі сорокарічного досвіду роботи з дітьми пропонує застосовувати певні правила та рекомендації з метою профілактики патогенного мислення у дітей. Автор вважає, що для цього особистість має:

1) любити себе (дитина має бути здатною цінувати себе – саме на цій основі вона зможе стати впливовою, реалізовувати свої можливості);

2) вміти інтерпретувати поведінку (особистість, яка відчуває настрій людей, розуміє різні види поведінки, не схильна засмучуватися, наприклад, у ситуаціях протистояння товаришів, зауважень вчителя та ін. Якщо свідомість дитини звільниться від розгубленості, образи, вона буде здатна повноцінно сприймати навколишню дійсність);

3) сприймати світ реалістичніше (дорослим слід не захищати будь-якими засобами дитину від складних соціальних проблем, а вміти на доступному рівні пояснити ситуацію, проаналізувати її причини та способи вирішення. Це підготує дитину до невизначеності, непостійності в реальному житті, допоможе уникнення інфантилізму);

4) не боятися невдач (школяреві необхідно допомогти зрозуміти, що навчання, як і життя – тривалий процес, де можуть бути успіхи й невдачі, єдиний спосіб для людини просуватися вперед – йти на ризик);

5) вміти довіряти дорослим (слід допомогти дитині зрозуміти, що існує багато ситуацій, якими вона не може керувати самостійно, а значить – потрібна допомога дорослих і її необхідно просити);

6) думати самому (сказати “ні” для дитини означає сказати „я існую”. Дорослих лякає і злить це усвідомлення самостійності особистості, в той час як

вони мають радіти з цього. Почуття власної унікальності та здатності до вибору – життєво важлива частина людського існування. Педагог має поважати особистість дитини, її погляди, прагнення та інтереси).

Поряд з порадами, рекомендаціями психологи розробляють спеціальні ігри, вправи для цілеспрямованого формування в дітей навичок позитивного мислення. Конкретні ігри та вправи доцільно підбирати відповідно до специфіки вікових психологічних особливостей дітей. З різноманіття методів особливе місце належить психогімнастиці, яка передбачає комплекс установок для оздоровлення мислення дітей, виховання внутрішньої рівноваги і поліпшення психічного здоров'я особистості. Метою цього комплексу є переорієнтація психіки дитини на саногенну основу, допомога дітям в усвідомленні, що вони завжди мають вибір – жити в злагоді чи конфліктувати з самим собою. Досвід, набутий у процесі занять, допоможе дитині відчути себе щасливою. Основними положеннями, на яких базується даний комплекс, є такі: кожен має можливість обрати, в якому стані бути: досягти внутрішньої рівноваги чи перебувати в стані конфлікту; всі люди об'єднані зв'язками людських взаємин в одне ціле; те, що ми сприймаємо за допомогою органів чуття, надає нам лише суб'єктивний і часто обмежений погляд на дійсність (наприклад, забарвлює в темні тони поганого настрою чи у світлі тони гарного настрою); позитивні думки породжують позитивну реальність та навпаки.

Застосування означеного комплексу сприяє формуванню внутрішньої рівноваги, почуття спільності з оточуючими й позбавленню відчуття страху, самотності, виходу зі стану конфлікту з самим собою. Займаючись саногенним вихованням дитини, дорослі повинні пам'ятати, що у шкільному віці можна закласти лише фундамент, на базі якого надалі особистість може виробляти життєво важливу якість – позитивне мислення.

У нашому дослідженні з метою формування позитивного мислення дітей підліткового віку ми використовували такий комплекс засобів: проведення бесіди на тему “Життя в різних кольорах”; тренінгу “Щастя поряд”; гри КВК “Ми позитивні, активні, щасливі”; концерту силами підлітків для учнів молодших класів „Хвиля позитиву”; циклу ігрових взаємодій з учнями, націлених на саногенне виховання (“Різні настрої”, “Допоможи товаришеві”, “Я не можу – я можу – я зумію”).

Реалізація означеного комплексу сприяла підвищенню рівня активності, життєрадісності, товариськості, зацікавленості, допитливості учнів, створенню позитивної емоційної атмосфери.

Результати проведеної роботи свідчать про ефективність запропонованих нами засобів формування позитивного мислення – в підлітків спостерігалось значне підвищення рівня самооцінки, комунікабельності, активності, зростання мотивації до саморозвитку і самовдосконалення, вони позитивно виявляють себе у творчій діяльності.

Отже, використання засобів формування позитивного мислення в підлітковому середовищі сприятиме зміцненню психічного, духовного здоров'я й позитивній соціалізації особистості в цілому.

### Література

1. Белкин А. С. Ситуация успеха. Как ее создать. – М. : Просвещение, 1991. – 176 с.
2. Васильева Т. Н. Саногенное мышление учащегося, учителя. – Калининград, 2000. – 248 с.
3. Джампольски Д. Как обрести внутреннее равновесие и оздоровить отношения с окружающими. – М : Просвещение, 1990. – 316 с.
4. Ле Шан Э. Когда ваш ребенок сводит вас с ума. – М., 1990. – 157 с.

**Бслікова Н.О.,**

Луцький інститут розвитку людини  
Університету “Україна”

## **ЗДОРОВ’ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ПРОВІДНИЙ ЧИННИК У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Загальносвітові тенденції, динамічний розвиток України на початку ХХІ століття та її стрімкий рух до загальноєвропейського освітнього простору обумовлюють високі вимоги до системи вищої професійної освіти, до якості підготовки майбутніх фахівців. Фактично, мова йде про створення ефективної моделі змісту освіти не просто фахівця з фізичної реабілітації, а професіонала нової формації з врахуванням загальних закономірностей становлення професійної діяльності і саморозвитку особистості, здатної перетворювати, моделювати і коректувати здоров’язбережувальний простір.

Знання, володіння і вміння застосовувати здоров’язбережувальні технології є важливою складовою професійної компетентності сучасного фахівця з фізичної реабілітації. Аналіз літератури з даного питання показав, що здоров’язбережувальні технології були предметом дослідження Т. Бичкової, М. Безруких, О. Бутакової, Є. Пужаєвої, М. Смирнова, І. Соколової, В. Сонькіна, І. Чупахи та ін. В той же час, нині гостро стоїть питання розв’язання проблеми готовності майбутнього фахівця з фізичної реабілітації до здоров’язбережувальної діяльності, провідним фактором якої є володіння здоров’язбережувальними технологіями.

Мета статті – розкрити роль здоров’язбережувальних технологій у професійній підготовці майбутніх фахівців з фізичної реабілітації.

Поняття “здоров’язбережувальні технології” з’явилося в освіті в останні 6-7 років, вони передбачають засвоєння теоретичних знань, формування пізнавальної діяльності з питань методики оздоровчого тренування, здоров’я та його кількісної оцінки за допомогою комп’ютерних технологій, що дозволяє прищепити навички фізичної культури, культури здоров’я, здорового способу життя.

На думку О. Московченко, здоров’язбережувальні технології – це сукупність наукових знань, засобів, методів і прийомів, що дозволяють оцінити

функціональні і психофізіологічні параметри здоров'я індивіда; на основі оцінки параметрів здоров'я підібрати адекватне тренувальне навантаження, що дозволяє підвищити функціональні можливості організму з метою переходу його на новий рівень функціонування для збереження і зміцнення творчого потенціалу, підвищення рівня працездатності і соціальної активності, вирішення завдань спортивної підготовленості [4, с. 21].

Як зазначає Т. Бойченко, сутність здоров'язбережувальних технологій полягає в проведенні відповідних психолого-педагогічних, реабілітаційних заходів з метою поліпшення якості життя особистості, формування більш високого рівня її здоров'я, навичок здорового способу життя, забезпечення професійної діяльності та її мінімальної фізіологічної "вартості" [1, с. 2].

На нашу думку, здоров'язбережувальні технології – це систематичне і послідовне втілення в практику форм, методів і заходів заздалегідь спроектованого оздоровчо-реабілітаційного процесу, який включає системний аналіз, наукове обґрунтування, відбір, використання і контроль медико-біологічних, психологічних і соціальних механізмів апробованих і нових систем оздоровчої фізичної культури.

Т. Карасьова виокремлює такі здоров'язбережувальні технології: *здоров'язбережувальні* – технології, що створюють безпечні умови для перебування та навчання у ВНЗ і вирішують завдання раціональної організації навчально-виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям студента; *оздоровчі* – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я студентів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, аромотерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія; *технології навчання здоров'ю* – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами; *виховання культури здоров'я* – виховання в студентів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я та здоров'я оточуючих [2, с. 70].

Є. Мітіна за характером діяльності здоров'язбережувальні технології класифікує на спеціальні (вузькоспеціалізовані) і комплексні (інтегровані). Серед спеціальних здоров'язбережувальних технологій виділяють: медичні (технології профілактики захворювань; корекції і реабілітації соматичного здоров'я; санітарно-гігієнічної діяльності); освітні, що сприяють здоров'ю (інформаційно-навчальні та виховні); соціальні (технології організації здорового і безпечного способу життя; профілактики і корекції девіантної поведінки); психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистісного і інтелектуального розвитку). До комплексних здоров'язбережувальних технологій відносять: технології комплексної профілактики захворювань, корекції і реабілітації здоров'я (фізкультурно-

оздоровчі і валеологічні); педагогічні технології, що сприяють здоров'ю; технології, що формують здоровий спосіб життя [3, с. 58].

Основними компонентами здоров'язбережувальних технологій, на думку Н. Недоспасової, виступають: *аксіологічний*, що виявляється в усвідомленні студентами вищої цінності здоров'я, переконаності в необхідності вести здоровий спосіб життя, який дозволяє якнайповніше здійснити намічені цілі, використовувати свої розумові і фізичні можливості; *гносеологічний*, пов'язаний з придбанням необхідних для процесу здоров'язбереження знань і умінь, пізнанням себе, своїх потенційних здібностей і можливостей, інтересом до питань власного здоров'я, до вивчення літератури з даного питання, різних методик по оздоровленню і зміцненню організму; *здоров'язбережувальний*, який включає систему цінностей і установок, які формують систему гігієнічних навиків і умінь, необхідних для нормального функціонування організму; *емоційно-вольовий*, який включає прояв психологічних механізмів — емоційних і вольових; *екологічний* - який враховує те, що людина як біологічний вид існує в природному середовищі, яке забезпечує людську особу певними біологічними, економічними і виробничими ресурсами; *фізкультурно-оздоровчий* компонент передбачає володіння способами діяльності, направленими на підвищення рухової активності, попередження гіподинамії, він направлений на засвоєння особистісно-важливих життєвих якостей, що підвищують загальну працездатність, а також навичок особистої і суспільної гігієни [5, с. 44].

Представлені компоненти здоров'язбережувальних технологій дозволяють виділити їх функціональні складові: *формуюча функція* - здійснюється на основі біологічних і соціальних закономірностей становлення особистості; *інформативно-комунікативна функція* забезпечує трансляцію досвіду ведення здорового способу життя, спадкоємність традицій, ціннісних орієнтацій, що формують дбайливе відношення до індивідуального здоров'я, цінності кожного людського життя; *адаптивна функція* сприяє формуванню у студентів спрямованості на здоров'ятворчість, здоровий спосіб життя, оптимізацію стану організму і підвищення стійкості до різного роду стресогенних чинників природного і соціального середовищ; *рефлексивна функція* полягає в переосмисленні попереднього особистісного досвіду в збереженні і примноженні здоров'я, що дозволяє порівняти реально досягнуті результати з перспективами; *інтеграційна функція* об'єднує народний досвід, різні наукові концепції і системи виховання, направляючи їх по шляху збереження здоров'я різних прошарків населення (рис. 1).

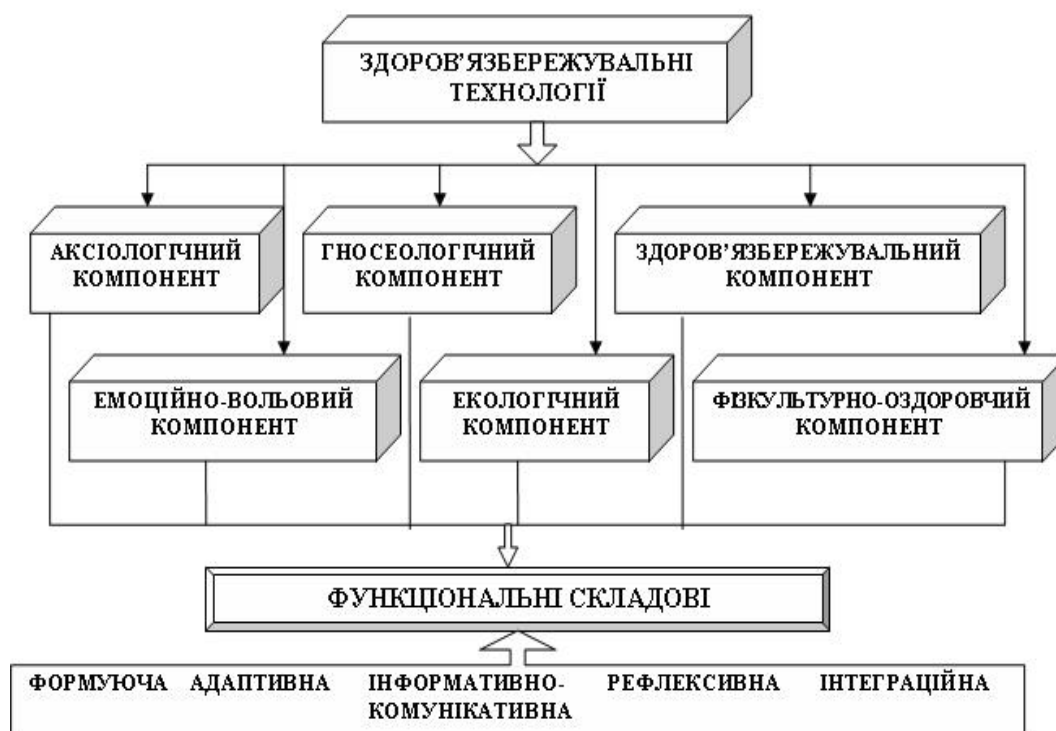


Рис. 1. Блок-схема структури здоров'язбережувальних технологій

В основу формування майбутнього фахівця з фізичної реабілітації і оцінювання ефективності застосовуваних ним здоров'язбережувальних технологій повинні бути покладені основні особистісні якості та характеристики студентів: здібності, від яких залежить якість засвоюваних знань й умінь; навчання, показниками якого є рівні результативності навчальної діяльності; мотиви, що стимулюють внутрішні механізми індивідуального розвитку й професійного зростання студента як майбутнього фахівця; рефлексія - усвідомлення студентом того, яким він є насправді, яким він сприймає інших, яким його бачать інші партнери по спілкуванню, сумісній діяльності, що є особливо актуальним в умовах рейтингового оцінювання академічних і особистісних досягнень студента.

Отже, поняття “здоров'язбережувальні технології” об'єднує в собі всі напрями діяльності фахівця з фізичної реабілітації щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я населення, тому володіння здоров'язбережувальними технологіями є необхідною та обов'язковою компонентою його професійної підготовки.

В перспективі планується дослідити організаційно-педагогічні аспекти формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації.

### Література

1. Бойченко Т. Валеологія – мистецтво бути здоровим // Здоров'я та фізична культура. - 2005. - № 2. - С. 1-4.
2. Карасева Т. В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих технологий // Начальная школа. - 2005. - № 11. - С. 75-78.



3. Митина Е. П. Здоровьесберегающие технологии сегодня и завтра // Начальная школа. - 2006. - № 6. - С. 56-59.
4. Московченко О.Н. Оптимизация физических нагрузок на основе индивидуальной диагностики адаптивного состояния у занимающихся физической культурой и спортом (с применением компьютерных технологий): Автореф. дисс.... докт. пед. наук: 13.00.04. – М., 2008. - 62 с.
5. Недоспасова Н. П. Использование здоровьесберегающих подходов при создании муниципальной образовательной сети предпрофильного образования // Валеология. - 2004. - № 4. - С. 43-44.

**Беляева П.В.**

Запорожский национальный университет

## **ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ЗАПОРОЖСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА ЭКОНОМИКО-ГУМАНИТАРНОГО ФАКУЛЬТЕТА В г. МЕТИТОПОЛЬ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ**

Согласно данных литературы одной из основных причин, которые влияют на состояние здоровья молодежи является образ жизни, в котором достаточно большую роль играет дефицит двигательной активности. Цель физического воспитания как учебной дисциплины в вузе не только решать образовательные, оздоровительные и воспитательные задачи, но и формировать ценностное отношение к своему здоровью, здоровому образу жизни и интересу к двигательной активности во всех многообразных формах и видах ее проявления [1,2].

Физическое воспитание в высших учебных заведениях проводится на протяжении всего периода обучения студентов и осуществляется в следующие формы: учебные занятия; самостоятельные занятия студентов физическими упражнениями и спортом; физические упражнения в режиме дня; массовые оздоровительные, физкультурные и спортивные мероприятия.

Эти формы взаимосвязаны, дополняют друг друга и представляют собой единый процесс физического совершенствования.

Учебные занятия (обязательные и факультативные) - основная форма физического воспитания в высших учебных заведениях. Они планируются в учебных планах по всем специальностям, их проведение обосновывается преподавателями кафедры физического воспитания на протяжении всего времени обучения студентов.

Содержание курса “Физическое воспитание” регламентируется государственной учебной программой для вузов. Учебный материал программы состоит из теоретического и практического разделов.

Самостоятельные занятия позволяют увеличить общее время занятий физическими упражнениями и в совокупности с учебными обеспечивают оптимальную непрерывность и эффективность физического воспитания.

Массовые физкультурные и спортивные мероприятия организуются в свободное от учебных занятий время, в выходные и праздничные дни. Эти мероприятия проводятся спортивным клубом на основе широкой инициативы и самостоятельности студентов [3; 4].

Для определения отношения студентов к занятиям по физическому воспитанию нами было проведено анкетирование в Запорожском национальном университете, экономико-гуманитарном факультете в городе Мелитополе. В анкетировании приняли участие 112 студентов 1-4 курсов (65 девушек и 47 юношей), средний возраст 19 лет. Анкета состояла из 18 вопросов.

При анализе результатов анкетирования нами было установлено, что необходимость в физическом воспитании при получении высшего образования испытывают 58% респондентов.

Вместе с тем, анализ результатов анкетирования показал, что студенты не в полной мере осознают цель занятий физическим воспитанием в ВУЗе. Так, 34% студентов считают, что целью физического воспитания в ВУЗе является их физическое совершенствование; 33% - воспитание физических качеств; 21% - что физическое воспитание направлено на профилактику заболеваний; 12% студентов затруднились назвать цель физического воспитания в университете; 64% студентов считают, что часть занятий по дисциплине “Физическое воспитание” должны быть обязательными, а часть факультативными.

Как выяснилось, в свободное время большинство опрошенных не занимаются в спортивных секциях – 83%, а 17% студентов состоят в различных спортивных секциях (бокс, футбол, пауэрлифтинг, аэробика), причем большая часть из них (11%) на платной основе.

На вопрос о собственном уровне здоровья студенты ответили следующим образом: 43% считают себя абсолютно здоровыми; 23% - уровень здоровья хороший; 25% - удовлетворительный; 9% студентов отмечают низкий уровень своего здоровья. Чаще всего причиной этого являются простудные заболевания.

76% респондентов считают необходимостью проводить занятия по физическому воспитанию один раз в неделю, 24% - два раза. Наилучшим местом для проведения занятий по физическому воспитанию студенты выбрали тренажерный зал (79%). Стадион не отвечает потребностям студентов. Удовлетворены организацией занятий по физическому воспитанию 79% студентов; 21% - считают, что организация занятий не отвечает их требованиям; 83% студентов считают нагрузку на занятиях по физическому воспитанию удовлетворительной и умеренной; 11% - недостаточной.

На поставленный вопрос о том: “какую бы форму занятий выбрали бы Вы вместо занятий физическим воспитанием” большинство студентов избрали секции спортивных игр – 34%, к самостоятельным занятиям склоняются 15% студентов; 25% студентов удовлетворены занятиями физическим воспитанием в университете; 17% - занятия по фитнесу; 9% - студентов затруднились ответить на данный вопрос.

Больше всего на занятиях по физическому воспитанию студентам нравится: соревнования и эстафеты (32%); активный отдых от умственной деятельности

(23%); веселое общение (21%); возможность поддерживать свое физическое состояние и бодрое настроение (14%); физическая нагрузка (6%). Не нравится студентам: отсутствие душевых комнат, что не позволяет придерживаться норм гигиены (38%); занятий, когда несколько групп занимаются одновременно (16%).

Как выяснилось, 28% студентов в настоящее время не употребляют алкогольных напитков вовсе; 43% употребляют 1 раз в неделю и реже; 9% - 2-3 раза в неделю; 2% чаще.

По мнению студентов (было приведено 10 пунктов ответов) преподаватель по физическому воспитанию должен быть здоровым – так ответили 48 студентов; атлетичным – 32 студента; сдержанным и лаконичным – 15 студентов; пунктуальным – 7 студентов.

Одним из главных вопросов был: “удовлетворены ли Вы постановкой физкультурно-массовой работы в университете?”, и большинство респондентов ответили позитивно – 68%; 12% - негативно относятся к построению физкультурно-массовой работы в университете и 20% респондентов удовлетворены частично.

Проведенное нами анкетирование позволило выявить: самостоятельные формы физического воспитания, к которым прибегают студенты в свободное от учебы время; отношение студенческой молодежи к физическому воспитанию в целом и к отдельным видам спорта; осознание студентами целей занятий по физическому воспитанию в ВУЗе; удовлетворенность организацией занятий по физическому воспитанию в университете.

Результаты анкетирования показали, что отношение студентов к занятиям по физическому воспитанию можно улучшить за счет условий развития материальной базы университета, совершенствования учебного процесса и содержания занятий, повышения эмоционального уровня занятий.

### **Литература**

1. Бугаев С.Г. Ценностные ориентации (на материале занятий по физической культуре): Дисс. ... канд. пед. наук. – Саратов, 2005. – 156 с.
2. Круцевич Т., Марченко О. Сформованість цінностей індивідуальної фізичної культури студентів різних відділень ВУЗу // Спортивний вісник Придніпров'я. – Дніпропетровськ: ДДІФКС, 2008. - № 3/4. – С. 103-107.
3. Куц О.С Кузнецова О.В. Фізична активність та розумова працездатність студентів // Молода спортивна наука України. – 2006. – Вип.10. – Т. 4. – С. 136-142.
4. Пирогова Е.А. Совершенствование физического состояния человека. – К.: Здоров'я, 1989. – 167 с.

## **ДОСВІД ФОРМУВАННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ БІОЛОГІЇ ПРИ ВИВЧЕННІ ПАРАЗИТИЧНИХ ЧЕРВІВ У КУРСІ ЗООЛОГІЇ БЕЗХРЕБЕТНИХ**

До важливих екологічних факторів, які впливають на здоров'я людини, належить її взаємодія з іншими живими організмами, зокрема з такими паразитичними тваринами як гельмінти.

Паразитування гельмінтів є небезпечним для здоров'я людини: продукти життєдіяльності, що виділяються ними в організм зараженої людини, значно змінюють її реактивність і сприяють розвитку алергічних захворювань. Крім того гельмінти спричиняють механічний вплив на судини і тканини, травмують їх, викликають розриви капілярів. У хворої людини знижується апетит, порушується робота кишечника.

Особливо страждають від гельмінтозів діти, оскільки їх організм менш стійкий, ніж дорослий, до шкідливого впливу паразитів. У дітей зменшується вага тіла, сповільнюється фізичний розвиток, порушується сон, підвищується слиновиділення. Гельмінти мають негативний вплив на розумові здібності дітей – вони стають розсіяними, подразливими, погіршується пам'ять, вони гірше засвоюють навчальний матеріал.

Найпоширенішими гельмінтозами в Україні є аскаридоз, трихоцефальоз, теніаринхоз, теніоз, гіменолепідоз. 67% усіх гельмінтозів становить ентеробіоз (більше 2 тис. заражених на 100 тис. населення). Інтенсивні осередки опісторхозу існують в Сумській, Полтавській, Чернігівській областях, де на обліку знаходиться близько 7 тис. хворих на опісторхоз. Ендемічні осередки анкілостомідозу є в Донбаському регіоні, ехінококозу – в Тернопільській, Одеській, Миколаївській, Дніпропетровській областях. Щорічно в Україні від гельмінтозів помирає близько 50 чоловік, 40% з яких складають хворі на ехінококоз.

Низький рівень санітарно-гігієнічної культури, погіршення екологічної та економічної ситуації в нашій країні, дорожнеча медичних послуг є однією з найголовніших причин широкого розповсюдження захворюваності населення на гельмінтози.

Давно відомо, що одним з найбільш основних і ефективних заходів у боротьбі з гельмінтозами є їх профілактика шляхом проведення санітарно-просвітницької роботи. Вона повинна передувати будь-яким заходам, спрямованим на боротьбу з гельмінтозами, і супроводжувати їх. Негативну роль відіграє хибна думка про те, що основне завдання з профілактики гельмінтозів повинні виконувати медичні працівники. Недооцінюється роль учителів біології з цієї роботи в шкільних закладах освіти.

Ураховуючи той факт, що найбільш уразливими до гельмінтної інвазії є діти, то особливої актуальності набуває проблема формування санітарно-гігієнічних уявлень, пов'язаних з гельмінтозами в майбутніх учителів біології. Вчитель біології, разом зі шкільною медичною службою, може на високому професійному рівні проводити роботу в школі з профілактики гельмінтозів, вести санітарно-просвітницьку роботу з батьками, технічним персоналом школи, працівниками шкільної кухні.

На кафедрі зоології ХНПУ імені Г.С. Сковороди накопичений значний досвід формування санітарно-гігієнічної культури майбутніх учителів біології в межах вивчення курсу “Зоологія безхребетних”.

В основу інтеграції фактичних знань, їх цілісності покладені ідеї еволюції, різнорівневої організації живої природи, взаємозв'язку в біологічних системах та їх взаємозв'язку з природним середовищем. Ці ідеї визначають структуру і зміст як усього курсу зоології безхребетних, так і змістового модуля, де вивчаються паразитичні черви.

При розробці програми і доборі змісту однаково важлива увага приділена розвитку як загальнобіологічних, еволюційних, зоологічних, так і еколого-валеологічних та санітарно-гігієнічних понять.

За програмою студенти ознайомлюються з усіма групами плоских і круглих паразитичних червів. Детально вивчаються найбільш поширені види, які є основними збудниками гельмінтозів людини на території України та Харківщини.

Вивчення основних груп гельмінтів проводиться за такою схемою: систематичне положення, особливості морфології, фізіології й екології, географічне розповсюдження, розмноження і життєвий цикл, патогенне значення, філогенія і походження паразитичного способу життя.

Паразитичні черви є одним з найбільш зручних прикладів для ознайомлення з біологічними основами паразитизму, специфічністю людського організму як середовища існування гельмінтів, паразитоценозом, походженням паразитизму як біологічного феномена, принципами взаємодії паразита і хазяїна, особливостями морфо-фізіологічної адаптації паразитів.

Вивчення паразитичних червів проводиться згідно з класифікацією, побудованою на біологічних, епідеміологічних і клінічних принципах. Відповідно до особливостей біології червів і поширення інвазії вивчаються геогельмінти, біогельмінти і контактні (контагіозні) гельмінти; просвітні і тканинні гельмінти.

При ознайомленні студентів з патогенним значенням гельмінтів розкриваються поняття про антропонозні і зоонозні гельмінтози, їх природну осередкованість, шляхи потрапляння паразитів в організм людини, особливості протікання життєвого циклу всередині організму, клінічні ознаки зараження, ускладнення, які можуть виникати при різних гельмінтозах, принципи та сучасні підходи до діагностики і лікування гельмінтозів, принципи боротьби і профілактики гельмінтозів.

На лабораторних заняттях для ознайомлення з морфологією паразитичних червів студенти працюють з вологими препаратами, мікропрепаратами, муляжами, демонстраційними таблицями, самостійно виконують розтин та вивчають анатомію окремих гельмінтів.

Провідним аспектом є формування у студентів уявлень про роль антропогенних факторів у формуванні природних осередків гельмінтозів та особливостей епізоотичних і епідемічних процесів, які в них відбуваються.

Аналізуючи фактори формування осередків гельмінтної інвазії, студенти усвідомлюють, що їх пізнання дає можливість прогнозувати епідемічну ситуацію і розробляти відповідні заходи профілактики гельмінтозів за різних форм діяльності по перетворенню природи та її господарському використанню. Антропогенна діяльність може бути причиною виникнення нових природних осередків гельмінтів при освоєнні нових необжитих територій.

Навчально-польова практика з зоології безхребетних дозволяє у природних умовах вивчати біологію проміжних хазяїнів багатьох гельмінтів – молюсків, двокрилих комах, що допомагає закріпленню чітких уявлень про життєві цикли окремих паразитів, міграцію їх в навколишньому середовищі.

Велике значення надається вивченню наукової спадщини Є. Н. Павловського, К. І. Скрябіна, В. О. Догеля, О. П. Маркевича та інших видатних учених-паразитологів. До ювілейних дат присвячуються студентські наукові читання, періодично випускаються наукові бюлетені, готуються наукові доповіді та наукові реферати.

Антропонозні і зоонозні гельмінти - постійні об'єкти курсових, дипломних та магістерських робіт. Науково-дослідна робота студентів з гельмінтами проводиться на базі медичних та ветеринарних установ і відкриває широкі можливості для глибокого вивчення окремих видів гельмінтів та захворювань, що ними викликаються. Студенти ознайомлюються з існуючими методиками та самостійно проводять виявлення гельмінтів у різних об'єктах навколишнього середовища, організмі людини та домашніх тварин. На основі статистичної документації медичних і ветеринарних установ студенти вивчають багаторічну динаміку захворюваності на окремі гельмінтози району свого проживання, виявляють причини захворюваності, розробляють схеми боротьби та проводять дегельмінтизацію ґрунту, води, домашніх тварин, поповнюють навчальну лабораторію зоології безхребетних новими вологими препаратами, виготовляють різні наочні посібники.

У методичній частині дипломних робіт наводяться авторські розробки щодо використання матеріалів роботи у шкільному курсі біології, позакласних формах навчання, які сприяють формуванню санітарно-гігієнічної компетентності школярів. Досить цікавими є розробки студентами робочих програм та методичних рекомендацій для проведення гуртків юних гельмінтологів.

Отримані студентами знання та навички з гельмінтології стають основою їх санітарно-гігієнічної культури, що дозволяє у майбутній педагогічній діяльності на високому професійному рівні проводити роботу з профілактики гельмінтозів серед шкільної молоді.

## **РОЗВИТОК АЛЬТЕРНАТИВНИХ ДЖЕРЕЛ ЕНЕРГІЇ ЯК ШЛЯХ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПІДРОСТАЮЧОГО ПОКОЛІННЯ**

На початку нового тисячоліття однією з болючих проблем в Україні є ситуація щодо стану здоров'я дітей. За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2002 р. поширеність захворювань у дітей віком 0-14 років становила 1699,1 на 1000 дітей; захворюваність відповідно – 1243,7. Відзначається зростання рівня хронізації дитячих захворювань, що призводить до інвалідизації значної частини населення. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України за 2002 р., 143 055 осіб – діти-інваліди віком до 16 років, що становить 163,6 на 10 тис. дітей відповідного віку. Зміна цих показників відбувається поступово, тому їх актуальність на момент написання статті залишається незмінною, що викликає загострення проблеми пошуку шляхів збереження та відновлення здоров'я дітей та підлітків в Україні.

Названа проблема неодноразово досліджувалася вченими, які намагалися обґрунтувати шляхи її вирішення. Так, питаннями збереження та зміцнення здоров'я особистості шляхом формування навичок здорового способу життя присвячені дослідження М. Амосова, Г. Апанасенко, В. Казначєєва, Ю. Лісичина, А. Сахна та інших вчених.

Досліджуючи причини такого стану здоров'я дітей, відзначимо, що на здоров'я сучасної людини здійснюють вплив численні чинники, дія яких у нашому суспільстві стає дедалі усе більш негативною, серед них: соціально-економічні (визначаються рівнем добробуту держави, умовами існування її громадян); екологічні (пов'язані з впливом довкілля на здоров'я людини); медико-генетичні (обумовлені кількістю генетичних та вроджених хвороб серед населення країни, рівнем медичного обслуговування). Вважаємо, що одним з важливих чинників, які значно впливають на здоров'я сучасної людини, є те, що її життєдіяльність припадає на часи розквіту енергоспоживання людства. Збільшується забруднення навколишнього середовища, порушення теплового балансу атмосфери поступово призводять до глобальних змін клімату, непередбачуваним впливам довкілля на здоров'я та навіть на генотип людини. Найгостріші екологічні проблеми (зміна клімату, кислотні опади, загальне забруднення середовища та інші) прямо або опосередковано пов'язані з виробництвом, або з використанням енергії. Енергетиці належить першість не лише в хімічному, але і в інших видах забруднення: тепловому, аерозольному, електромагнітному, радіоактивному. Тому не буде перебільшенням сказати, що від вирішення енергетичних проблем залежить можливість вирішення основних екологічних проблем, збереження здоров'я підрастаючого покоління.

Отже, актуальність проблеми розвитку джерел енергії, які б не здійснювали негативний вплив на оточуюче природне середовище та не шкодили б здоров'ю людей, є безперечною.

Мета даної статі – вивчення, аналіз та систематизація нових шляхів отримання практично корисних та безпечних для здоров'я людини форм енергії.

Виробництво енергії, що є необхідним засобом для існування і розвитку людства, чинить дію на природу і оточуюче людину довкілля. З одного боку, в побут і виробничу діяльність людини настільки міцно увійшла тепло- і електроенергія, що людина не мислить свого існування без неї. З іншого боку, з другій половині XX століття перед людством постала глобальна проблема забруднення довкілля продуктами згорання органічного палива.

Крім того, сьогодні ми стикаємося із ще однією енергетичною проблемою. Людству потрібна енергія, причому потреби в ній збільшуються з кожним роком. Разом з тим, запаси традиційних природних палив (нафти, вугілля, газу тощо) не безмежні. Не безмежні також запаси ядерного палива - урану, з якого можна отримувати в реакторах плутоній. Дефіцит енергії і обмеженість паливних ресурсів з усе наростаючою гостротою показують неминучість переходу до нетрадиційних, альтернативних джерел енергії. Вони екологічні, поновлювані, їх основою є енергія Сонця і Землі.

Таким чином, сучасний світ вимушений вирішувати проблеми пошуку альтернативних джерел енергії, що пояснюється, у цілому, такими причинами :

1. Глобально-екологічними - сьогодні загальновідомим є факт згубного впливу на довкілля традиційних енергодобуваючих технологій (зокрема ядерних і термоядерних), їх застосування неминуче веде до катастрофічної зміни клімату вже в перших десятиліттях XXI столітті.

2. Політичними - та країна, яка першою освоїть альтернативну енергетику, здатна претендувати на світову першість і фактично диктувати ціни на паливні ресурси.

3. Економічними - перехід на альтернативні технології в енергетиці дозволить зберегти паливні ресурси країни для переробки в хімічній і інших галузях промисловості. Крім того, вартість енергії, що виробляється багатьма альтернативними джерелами, вже сьогодні нижче за вартість енергії з традиційних джерел, та і терміни відшкодування витрат на будівництва альтернативних електростанцій істотно менші. Ціни на альтернативну енергію знижуються, на традиційну - постійно зростають.

4. Соціальними - чисельність і щільність населення постійно збільшуються. При цьому важко знайти райони будівництва АЕС, ГРЕС, де виробництво енергії було б рентабельне і безпечно для довкілля. Загальновідомі факти росту онкологічних і інших важких захворювань в районах розташування АЕС, великих ГРЕС, підприємств паливно-енергетичного комплексу, добре відома шкода, що наноситься гігантськими рівнинними ГЕС, - усе це збільшує соціальну напруженість.

5. Еволюційно-історичними - у зв'язку з обмеженістю паливних ресурсів на Землі, а також експоненціальним наростанням катастрофічних змін в атмосфері і біосфері планети існуюча традиційна енергетика представляється



тупиковою; для еволюційного розвитку суспільства необхідно негайно розпочати поступовий перехід на альтернативні джерела енергії.

До нових форм первинної енергії в першу чергу відносяться: сонячна і геотермальна енергія, приливна, атомна, енергія вітру і енергія хвиль. На відміну від корисних копалин ці форми енергії не обмежені геологічно накопиченими запасами (якщо атомну енергію розглядати разом з термоядерною). Це означає, що їх використання і споживання не веде до неминучого вичерпання запасів.

Основним екологічно чистим джерелом енергії є Сонце. Сьогодні використовується лише незначна частина сонячної енергії через те, що існуючі сонячні батареї мають порівняно низький коефіцієнт корисної дії, крім того їх виробництво має високу вартість. Проте, людству не слід відмовлятися від практично невичерпного джерела чистої енергії, за твердженнями фахівців, геліоенергетика могла б одна покрити усі потреби людства в енергії на тисячі років вперед. Але перед геліоенергетикою встає безліч труднощів, пов'язаних із спорудою, розміщенням і експлуатацією геліоенергоприладів на тисячах квадратних кілометрів земної поверхні. Тому загальна питома вага геліоенергетики у світовому виробництві була і залишиться досить скромною.

У пошуках альтернативних джерел енергії в багатьох країнах чимало уваги приділяють вітроенергетиці. Вітер служив людству протягом тисячоліть, забезпечуючи енергію для вітрильних суден, для розмелювання зерна і перекачування води. В даний час головне місце займає виробництво електроенергії. Уже сьогодні в Данії вітроенергетика покриває близько 2 % потреб країни в електроенергії. У США на декількох станціях працює близько 17 тисяч вітроагрегатів загальною потужністю до 1500 МВт. Вітроенергетичні пристрої випускаються не тільки в США і Данії, але і Великій Британії, Канаді, Японії та деяких інших країнах.

Для того, щоб будівництво вітроелектростанції виявилось економічно виправданим, необхідно, щоб середньорічна швидкість вітру в даному районі складала не менш 6 метрів за секунду. У нашій країні вітряки можна будувати на узбережжях Чорного і Азовського морів, у степових районах, а також у горах Криму і Карпат. У нинішню епоху високих цін на паливо можна вважати, що вітродвигуни виявляться конкурентноздатними по вартості і зможуть брати участь у задоволенні енергетичних потреб країни.

Гідроенергостанції - ще одне з джерел енергії, що претендують на екологічну чистоту. На початку XX століття великі і гірські річки світу притягнули до себе увагу, а к кінцю століття більшість з них була перегороджена каскадами гребель, що дають дешеву енергію. Проте, це призвело до величезного збитку для сільського господарства і природи взагалі: землі вище гребель підтоплювалися, нижче - падав рівень ґрунтових вод, втрачалися величезні простори землі, що йшли на дно гігантських водосховищ, уривалася природна течія річок, застоювалася вода у водосховищах, падали рибні запаси тощо. Мінуси ГЕС породили ідею "МІНІ-ГЕС", які можуть розташовуватися на невеликих річках або навіть струмках, їх

електрогенератори будуть працювати при невеликих перепадах води або рухатися лише силою течії.

Значно потужнішим джерелом водних потоків є приливи і відливи. Підраховано, що потенційно приливи і відливи можуть дати людству приблизно 70 млн. мільярдів кіловат-годин в рік. Для порівняння: це приблизно стільки ж енергії, скільки може дати використання в енергетичних цілях розвіданих запасів кам'яного і бурого вугілля, разом взятих. Проекти приливних гідроелектростанцій детально розроблені в інженерному відношенні, експериментально випробувані в декількох країнах. Продумана навіть стратегія оптимальної експлуатації приливної електростанції (ПЕС) : накопичувати воду у водосховищі за греблею під час приливів і витратити її на виробництво електроенергії, коли настає “пік споживання” в єдиних енергосистемах, послабляючи тим самим навантаження на інші електростанції.

У цілому, аналіз проблеми збереження здоров'я дітей та молоді шляхом використання альтернативних джерел енергії, показав, що вплив сучасних джерел енергії людства здійснює негативний вплив на екологічну ситуацію та здоров'я підростаючих поколінь. З іншого боку, використання традиційних природних палив (нафти, вугілля, газу тощо) не безмежне. Тому нині перед усіма вченими світу стоїть проблема знаходження і розробки нових альтернативних джерел енергії, до яких належать сонячна і геотермальна енергія, приливна, атомна, енергія вітру і енергія хвиль. Використання майже усіх альтернативних джерел енергії є можливим та доцільним в Україні, що дозволить поліпшити екологічну ситуацію в країні та зберегти здоров'я її населення.

#### **Література**

1. Дементьев Б. А. Ядерные энергетические реакторы: Учебн. для вузов. - М.: Энергоатомиздат, 1984. - 280 с.
2. Залогин Б. С., Косарев А. Н. Моря. – М.: Мысль, 1999. - 400 с.

**Воропаєва А.Г.**

Сумський державний педагогічний університет  
імені А.С.Макаренка

### **НЕОБХІДНІСТЬ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ УЧНІВ ПТНЗ**

Стан здоров'я підростаючого покоління є актуальною та важливою державною проблемою, що висвітлено у багатьох державних програмах та концепціях (“Освіта” (“Україна ХХІ століття”), “Діти України”, “Концепція неперервної валеологічної освіти”, “Концепція інтегративної українознавчої валеологічної освіти в Україні”, Закон України “Про охорону дитинства”).

Не зважаючи на це, проблема стану фізичного, психічного та соціального здоров'я підростаючого покоління набуває надзвичайної гостроти, а показники, що характеризують стан здоров'я молоді, набрали вкрай несприятливу тенденцію.

Аналіз наукових досліджень свідчить про наявність значної кількості теоретико-практичних наробок з питань здоров'я в різних напрямках: філософському, медико-біологічному, соціальному та психолого-педагогічному. Зокрема у вітчизняній педагогіці досліджуються питання культури здоров'я, формування здорового способу життя, екологічної освіти тощо. Дані проблеми розробляються в працях Т. Андрущенко, Г. Беленької, В. Бобрицької, Ю. Бойчука, О. Вакуленко, В. Горащука, С. Кириленко Л. Лук'янової, С. Шмалей, та інших. Але в основному дослідження стосуються дітей дошкільного віку, школярів та студентів. Водночас, дані проблеми стосовно учнівської молоді професійно-технічних навчальних закладів залишаються малодослідженими.

Завданням сучасної школи є виховання компетентної особистості, яка б володіла знаннями, високими моральними якостями і діяла адекватно у відповідних ситуаціях. Проте сучасні навчальні заклади недостатньо навчають учнів приймати рішення, використовувати інформаційні та комунікативні технології, бути компетентними у своїй діяльності. Зміст освіти сьогодні не завжди відповідає необхідним потребам суспільства на ринку праці та не спрямований на набуття необхідних компетентностей. Натомість впровадження такого підходу у освітню систему зустрічає серйозні ускладнення.

Метою нашої роботи є узагальнення сутності поняття “здоров'язберігаюча компетентність” та обґрунтування необхідності формування здоров'язберігаючої компетентності молодого покоління в умовах ПТНЗ.

Компетентнісно-орієнтована освіта є складною проблемою, яка на сьогодні недостатньо досліджена. Психолого-педагогічна література містить у собі різні підходи до розуміння і трактування терміну “компетентність”, а також виділено різноманітні складові компетентності. Серед ключових складових компетентностей виділяється і така, що належить до збереження і зміцнення здоров'я – “здоров'язберігаюча компетентність”. Цей термін розглядається педагогами та психологами як основа буття людини, де основним аспектом є усвідомлення важливості здоров'я та здорового способу життя особистості.

Багато науковців приділяли увагу вивченню проблеми компетентності здоров'язбереження, серед яких М. Агаджанян, В. Омеляненко, А. Маркова, Д. Воронін, В. Сергієнко, І. Зимняя, О. Оврачук, Н. Белікова, О. Микитюк.

Поняття “здоров'язберігаюча компетентність” можна сформулювати як певний рівень медико-валеологічної грамотності особистості, стан соціального благополуччя, ступінь розвитку творчих сил, фізичних, психічних і розумових здібностей людини, виражених в організації її життєдіяльності, у ставленні до самої себе, інших людей, до природи.

Стан оптимальної відповідності, гармонії між біологічним, психологічним і соціальним у житті й діяльності людини вважається основним критерієм

здоров'язберігаючої компетентності. Рівень соціального благополуччя відіграє важливу роль у збереженні й зміцненні здоров'я. Чим вищий рівень соціального благополуччя, тим менша можливість виникнення факторів, що призводять до захворювання.

С. Моськін вважає, що учні ПТНЗ є молоддю, яка проходить стадію професійного становлення на основі цілеспрямованого засвоєння навчальних, професійних і соціальних функцій. Основною психологічною рисою учнівської молоді є тісне переплетіння формування особистісної і професійної свідомості. У поєднанні зі специфікою підліткового віку це створює проблемне поєднання, перетворюючи учнівську молодь водночас у складного партнера по діалогу і в легку здобич для всілякого негативного впливу нашого часу [2].

Перехід професійної освіти від цілей навчання в їх класичному розумінні (знання, вміння, навички) до цілей, пов'язаних з формуванням особистісних характеристик, супроводжується помітним збільшенням ролі загальної культури в оцінці професійної зрілості людини. Професійна діяльність захоплює всього індивіда: його спосіб життя, умови побуту, форми спілкування, стає все більш культуровідповідною [3].

Науковці стверджують, що на сьогоднішній день, щоб бути здоровим, здорового способу життя вже недостатньо.

Хоча змушувати людину вести здоровий спосіб життя заборонено і неможливо, проте виховувати здоров'язберігаючу компетентність необхідно. Саме навчальний заклад, незалежно від його спрямованості є центром формування здоров'язберігаючої компетентності, валеологічного світогляду учнів та студентів – майбутніх фахівців, керівників виробництв, працівників науково-дослідних інститутів, педагогів. Людина з вищою освітою, яка має високий рівень здоров'язберігаючої компетентності, є пропагандистом здорового способу життя, власним прикладом доводячи дієвість здобутих знань і вмінь [1].

Не викликає сумніву той факт, що педагогам та майстрам професійно-технічних навчальних закладів необхідно орієнтуватися в основних психологічних проблемах учнів. Проблеми психологічного характеру мають досить широкий спектр характеристик та складових, проте деякі науковці об'єднують їх певною класифікацією та виділяють наступні складові. Одна з таких класифікацій має наступний вигляд: 1) втрата традиційних моральних цінностей і орієнтирів, примітивізація соціального мислення. Саме через це на фоні недостатнього рівня знань та культури сучасний учень ПТНЗ відрізняється надвисоким рівнем вимог і низьким оцінюванням праці; 2) роз'єднаність, внутрішня самотність, емоційна напруга від невпевненості у собі і в майбутньому, що призводить до втрати взаєморозуміння не тільки з батьками, а й з однолітками; 3) деперсоналізація підліткової свідомості, що нав'язується масовою пропагандою споживацького способу життя; 4) соціальна незахищеність і бідність.

При всій глибині зазначених праць у них не знайшли належного розкриття питання щодо: 1) теоретичного узагальнення поняття “здоров'язберігаюча

компетентність” учнів ПТНЗ у педагогічних дослідженнях; 2) оцінки компонентів здоров’язберігаючої компетентності учнів ПТНЗ; 3) відсутності психолого-педагогічних методів оптимізації здоров’язберігаючої компетентності учнів ПТНЗ, які на сьогодні є найголовнішим трудовим резервом країни.

Отже, постає необхідність пошуку педагогічних систем, які здатні забезпечити ефективне формування здоров’язберігаючої компетентності учнів в умовах професійно-технічної освіти, де відбувається становлення майбутнього кваліфікованого робітника, основи трудового потенціалу країни.

### **Література**

1. Воронін Д. Є. Формування здоров’язберігаючої компетентності студентів ВНЗ засобами фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теорія і методика виховання”/ Д. Є. Воронін. – Мелітополь, 2006. – 19 с.
2. Моськін С. І. Психологічне здоров’я як чинник професійного становлення учнів професійно-технічних навчальних закладів: [Електронний ресурс]: офіційний сайт МЦППВ, м. Кривий Ріг. – Режим доступу до сайту : <http://mcppv.at.ua/publ/2-1-0-34>
3. Окса М. М. Вивчення дисципліни загально педагогічної підготовки вчителя у педагогічних вузах України (1917 – 1991 р.р.) – К.: ТОВ “Міжнар. фін. агенція”, 1997. – 315 с.

**Воскобойнікова Г.Л.**

Бердянський державний педагогічний університет

## **ВАЛЕОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ ОЗДОРОВЧОЇ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ**

Однією з найскладніших комплексних проблем сучасної науки є зміцнення і збереження здоров’я підростаючого покоління, оскільки рівень здоров’я дітей визначає рівень здоров’я майбутнього суспільства і є якісним показником розвитку держави.

Валеологічна діяльність майбутнього учителя початкової школи охоплює весь спектр оздоровчої навчально-виховної роботи, спрямований на створення оздоровчого освітнього середовища для молодших школярів, а саме: 1) профілактику і корекцію порушень росту і розвитку молодших школярів протягом навчально-виховного процесу у початковій школі та у позаурочний час; 2) валеодіагностики стану фізичного та інтелектуального розвитку, рівня здоров’я молодших школярів; 3) дослідження параметрів особистісного здоров’я всіх учасників педагогічного процесу у початковій школі; 4) виявлення та виключення негативних факторів впливу на стан здоров’я молодших школярів під час навчання; 5) психолого-педагогічний супровід дітей, у яких виявлені порушення росту і розвитку; 6) впровадження у педагогічний процес методик валеологічної корекції порушень росту і розвитку молодших школярів; 8) валеологічний моніторинг захворюваності молодших

школярів протягом навчального року та упродовж навчання у початковій школі; 9) валеологічний моніторинг соціальних умов розвитку молодших школярів; 10) впровадження у педагогічний процес методик первинної профілактики захворюваності молодших школярів на підґрунті аналізу даних валеологічного моніторингу;

психолого-педагогічна профілактика відхилень поведінки, поширення шкідливих звичок та проявів девіантної поведінки; 11) формування позитивних мотивацій на здоровий спосіб життя у всіх учасників педагогічного процесу у початковій школі; 12) впровадження інноваційних оздоровчих психолого-педагогічних технологій навчання та виховання;

формування та удосконалення валеологічної культури педагогів, учнів і батьків; 13) формування ціннісного ставлення до особистого здоров'я і здоров'я всіх учасників педагогічного процесу.

Пігрунтам для гармонійного розвитку особистості є оптимальний для вікового розвитку рівень всіх складових здоров'я: соматичного, психічного, соціального, особистісного і морального, що забезпечується умовами природного і соціального довкілля. Початкова школа є центром соціокультурного середовища, у якому формується і розвивається особистість молодшого школяра, отже оздоровча навчально-виховна робота учителя початкової школи є визначальною компонентою психолого-педагогічного впливу, що сприяє оздоровленню всіх учасників педагогічного процесу.

З метою підвищення ефективності набуття медико-валеологічної компетентності в процесі професійної підготовки майбутніх учителів початкової школи нами розроблена і реалізована на етапі педагогічної практики валеологічна модель оздоровчої навчально-виховної роботи учителя початкової школи, яка включає вище визначені напрямки педагогічної діяльності а також програми: ранньої профілактики та валеологічної корекції порушень росту і розвитку молодших школярів; первинної профілактики захворювань молодших школярів; профілактики відхилень поведінки у дітей молодшого шкільного віку; формування саногенної поведінки у молодших школярів; програма інтерактивного тренінгового навчання “Валеологічний діалог з батьками у початковій школі”.

**Гінзбург В.Г., Полішко Т.М., Полушкін П.М., Гальченко Д.В.**

Дніпропетровський національний університет  
імені Олеся Гончара

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Сучасні концепції здорового способу життя в Україні є головними засадами у формуванні здорової особистості, тому для підтримки стану здоров'я на належному рівні передбачене визначення та досягнення таких

загальних завдань: розвиток санітарно-гігієнічних навичок та вмінь, пропаганда санітарно-гігієнічних та медичних знань.

Для реалізації поставленої мети та виконання завдань використовуються принципи: масовість, цілеспрямованість, науковий підхід, державний характер та ін. Передбачено, що загальними засобами для досягнення здорового способу життя є усне та друковане слово, навчальні посібники, практичні навички та вміння, наочні посібники, технічні засоби навчання.

Основне місце у навчанні здорового способу життя посідають розроблені численні програми, розраховані на певну етапність навчання. Відповідно до навчальної програми університету укладено скорочений варіант, розрахований на 36 годин, що передбачає тільки ознайомлення з загальними розділами дисципліни, поширення програми навчання передбачається за рахунок самостійного вивчення. У 2010 році нами розроблено посібник і оригінальний збірник на 250 навчальних тестових завдань. У державних типових програмах відмічається усунення таких основних понять, як “соціальне і персональне здоров’я”, із втратою пріоритетів і в соціальному, і в персональному плані. Про стан здоров’я замислюються у зв’язку із статистичними показниками тривалості життя, смертністю, захворюваннями, а також при спалахах епідемії [3, с. 291].

У програмах розвитку України передбачено відродження переважно національної культури, а проблемам здоров’я приділяється набагато менше уваги. Продовжується процес цивілізації, але цивілізації не звичайної, тому що за стандарти були взяті західні зразки такі як “культ сексу”, сексуальне виховання, думки про те, як треба “відтягнутися та відірватися”, “культ кайфу”, пропаганда суперегоїзму та насильства, паління та зловживання алкоголем, наркотиками – усе це не сприяє формуванню здорового способу життя. Для всіх держав, у тому числі для України, найрентабельнішими були та залишаються поширення виробництва та продажу алкоголю, виробів для паління, а в кримінальній сфері – виробництво та розповсюдження наркотиків, чому сприяє ілюзія боротьби.

Фізкультура (при раціональному використанні усіх даних здорової людини) – це міцний спосіб оздоровлення, але при цьому слід врахувати, що абсолютно здорових людей у світі та в Україні немає. Крім того наявність обов’язкової регіональної захворюваності не сприяє зміцненню здоров’я, тому можливе розглядання цієї проблеми тільки в розділі лікувальної фізкультури.

Вагома роль раціонального харчування. Традиційно в Україні використовують комплексне змішане харчування з достатньою кількістю білків, жирів та вуглеводів. Сьогочасний економічний стан спричинив зміни традиційного харчування (збільшення вуглеводів та зменшення білків) з відносним голодуванням людини. Крім того, підвищився комплексний вплив на організм різних факторів з ефектом кумуляції, переважно за рахунок диоксинів, нітратів, харчових домішок та інших речовин.

У цілому ситуація, що склалася в наш час, потребує поглибленого наукового аналізу та невідкладних заходів щодо розробки шляхів вирішення

цієї проблеми. Дана ситуація потребує перегляду основних концепцій здорового способу життя, створених в Європі, зміни загальних положень, наказів та методичних розробок, нових науково обґрунтованих програм оздоровлення нації.

Слід приділити увагу виникненню певного інтересу суспільства до раціональних методів формування здорового способу життя, а також питанням поліпшення екологічної ситуації на державному рівні. Серед найбільш дійових факторів, які безпосередньо впливають на стан здоров'я населення, виділяють: характер розподілу і використання матеріальних ресурсів сім'ї, її психологічний клімат і особливості внутрішньосімейних стосунків (між подружжям, батьками і дітьми), склад сім'ї (повна чи неповна), регламент роботи, режим, і порядок дня вдома, рівень загальної гігієнічної культури, характер харчування, фізична активність, мотивація до збереження здоров'я, установка на довге життя та ін. Визначення безпосередніх причин несприятливої динаміки здоров'я дозволяє активно впливати на цей процес. Такі фактори як взаємини між подружжям, конфліктні ситуації в сім'ї тощо впливають не лише на рішення жінок зберегти або перервати вагітність, але й на наслідки пологів. У неповних сім'ях (без батька) відсоток дітей, які часто хворіють, у 2-3 рази більший, ніж у повних сім'ях. У дітей і підлітків, які живуть в умовах психоемоційної напруженості сімейної атмосфери відзначається важчий перебіг хвороб. Зокрема, у них у 3 рази частіше зустрічається виразкова хвороба, в 2 рази – гастродуоденіти. Порушення режиму сну, харчування, фізичної активності різко позначаються на дітях уже в перші роки їх життя. Зокрема, у кожної 3-ї дитини, яка не привчена до режиму, виявляються часті гострі та хронічні захворювання [4, с. 31].

Здоровий спосіб життя об'єднує все, що сприяє виконанню людиною тих чи інших суспільних та побутових функцій в умовах, найбільш оптимальних для її здоров'я і розвитку. Здоровий спосіб життя свідчить про певну орієнтованість діяльності особи на зміцнення та розвиток індивідуального і суспільного здоров'я. Таким чином, здоровий спосіб життя пов'язаний з індивідуально-мотиваційною реалізацією людьми своїх соціальних, психологічних і фізичних можливостей. Величезне значення у формуванні здорового способу життя має створення оптимальних умов функціонування індивіда і суспільства.

Для формування здорового способу життя недостатньо сконцентрувати зусилля лише на подоланні факторів ризику розвитку різних захворювань, боротьбі з алкоголізмом, курінням, гіподинамією, нераціональним харчуванням, конфліктними ситуаціями, хоча це теж має велике значення. Здоровий спосіб життя — це основа первинної профілактики захворювань. Від того, наскільки вдасться сформувати і закріпити у свідомості індивіда і суспільства навички здорового способу життя, залежить реалізація потенціалу особистості.

Ніякі зусилля суспільства, направлені на збереження і зміцнення здоров'я населення, не дадуть результатів, якщо не буде сформоване активне ставлення



до свого здоров'я та здоров'я оточуючих. Досягнення цієї мети неможливе без всебічного гігієнічного виховання. Гігієнічне виховання значною мірою зумовлює становлення і розвиток моральних вимог і ціннісних орієнтацій особистості.

В останні роки з'явилися висловлювання про невідповідність між рівнем формального знання з різних аспектів здорового способу життя і його реалізацією в повсякденному житті. Однак проведені дослідження заперечують такий погляд [5, с. 24]. Виявлено, що 80% дітей 9-10-річного віку вже вживали алкоголь і першу чарку вони отримали з рук батьків або родичів, причому 5 із 10 опитаних дорослих вважають, що малі дози алкоголю не шкідливі для дітей. Отже, проблема підвищення якості санітарно-гігієнічних знань зберігає свою актуальність. Систематичність і відповідна вікова та освітня диференціація гігієнічного навчання і виховання повинні знайти своє відображення в різних формах і на різних етапах загальної та спеціальної освіти (в дошкільних закладах, школах, середніх спеціальних навчальних закладах та вузах), а також у засобах масової інформації. Ефективність гігієнічного виховання різко зростає, коли дається інформація з конкретних проблем (режим праці та відпочинку, особиста гігієна, раціональне харчування, фізична активність, статеве життя, планування сім'ї та ін.), і коли вона безпосередньо адресується до особистості, з урахуванням конкретної ситуації [5, с. 38].

Якщо розглядати здоровий спосіб життя як життєдіяльність, що забезпечує збереження та зміцнення здоров'я людини і створює можливість повноцінно жити і працювати, то слід визнати, що одним з важливих компонентів здорового способу життя є раціональна організація науки та праці. Статичне напруження м'язів у робочій позі, гіподинамія, нервово-психічне напруження, фізичні та хімічні фактори, що супроводжують навчальний процеси, — усе це має безпосереднє відношення до стану здоров'я людини.

Здоровий спосіб життя не сумісний зі шкідливими звичками. Ця несумісність визначається не лише прямим негативним впливом тютюну, алкоголю та наркотиків на організм, але й тим, що шкідливі звички перешкоджають утвердженню складових здорового способу життя — оптимальній організації відпочинку, фізичній активності тощо. В останні роки відзначається небезпечна тенденція до збільшення кількості людей, які палять, вживають алкоголь, наркотики, інші токсичні речовини. Статистика свідчить, що зараз у нашій країні серед молоді (до 30 років) лише 18% не вживають алкоголь. У віці після 30 років цей показник становить серед чоловіків 16%, серед жінок — 17%. Водночас доведено, що чоловіки, які систематично вживають алкоголь, хворіють у 3-4 рази частіше, ніж ті, хто ним не зловживає. Паління не лише негативно позначається на здоров'ї (різко підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань і злоякісних новоутворень), але й суттєво зменшує бюджет сім'ї того, хто палить. Значну небезпеку для здоров'я становить так зване пасивне паління (вдихання тютюнового диму в одному приміщенні з тими, хто палить) [5, с. 44].

Виділяють три основні групи факторів, що приводять до появи шкідливих звичок: соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особисті [4, с. 55]. До перших належить увесь комплекс звичаїв, традицій тощо. Навіть у порівняно благополучних сім'ях традиція вживати алкоголь у свята здатна закласти у дитини готовність у майбутньому реагувати на подібну ситуацію за алкогольним типом. Слід пам'ятати, що у підлітковому віці пробуджуються нові біологічні та соціальні інтереси. Якраз цей період найбільш небезпечний щодо вживання алкоголю в рамках групової діяльності як способу проведення відпочинку. Тому необхідно спрямовувати самоствердження молодого людини в соціально корисному напрямі (спорт, художня самодіяльність, клуби за інтересами, література, музика тощо).

В основі індивідуально-психологічних факторів формування звички лежить психотропний ефект. Особи, які не дотримуються морально-етичних норм та цінностей суспільства, ставлять себе в опозицію до нього і легко втягаються в пияцтво та інші форми антисоціальної поведінки.

Серед профілактичних заходів, які запобігають розвитку алкогольної залежності, варто виділити такі: утвердження ставлення до здоров'я як до найвищої цінності людини, орієнтація особистості на культурний розвиток, формування широкого кола інтересів, організація здорового відпочинку.

Установка на довге здорове життя – категорія суб'єктивна, але вона може стати важливим об'єктивним фактором здоров'я. Вона мобілізує резерви здоров'я, мотивує поведінку, орієнтовану на позитивні емоції, пов'язані головним чином з працею та творчістю. Цей процес супроводжується самонавіюванням, тобто утвердженням визначеної програми поведінки. При цьому у свідомості програмується уявлення про настання бажаного ефекту. “Вставайте вранці з думкою про те, що ви здорові, і засинайте з тією ж думкою” — так формулює цю тезу гатга-йога [1, с. 441].

Вивчення стану здоров'я населення дозволило встановити, що 47% випадків захворювань, близько 1/3 випадків передчасної смерті і 1/3 випадків порушень фізичного розвитку спричинені неправильним ставленням індивідууму (і його оточуючих) до свого здоров'я [2, с. 81].

Для зміцнення свого здоров'я використовують періодично: раціональне харчування – 34%; заняття фізкультурою – 38%. Регулярно це застосовують лише 12 і 8% відповідно. Основні рекомендації з питань здорового способу життя населення отримує від медичних робітників.

За даними анкетування засуджують паління, тому що воно зумовлює виникнення різних захворювань, – 73,3% опитаних. Однак тільки 37% опитаних стверджують, що їх увага до здоров'я достатня, 44% вважають, що хвороби виникають через байдуже ставлення до здоров'я [5, с. 61].

Цікавим є інтерес порівняння цих відомостей з матеріалами вчених інших країн. Англійські вчені проводили дослід з метою виявлення рівня знань у пацієнтів з питань збереження і зміцнення здоров'я [1, с. 295]. Серед факторів, які визначають здоровий спосіб життя, були названі: режим харчування – 81%;

фізичні вправи – 38%; відмова від паління – 42%; утримання від алкоголю – 24%.

Серед основних джерел санітарно-освітньої інформації опитані назвали: дільничного лікаря – 70%, робітників служби санітарної просвіти – 8%. Вчені вивчали на прикладі великої групи людей вплив способу життя на здоров'я і дійшли до висновку, що чоловіки в середньому можуть подовжити життя на 11 років, а жінки – на 7 років, якщо не будуть вживати алкоголь, регулярно харчуватись і спати 8 годин на добу. Практично здоровий чоловік у 45 років, дотримуючись цих простих правил, зможе прожити ще 33 роки. Виконуючи наведені вимоги на 70%, він буде жити ще 28 років, на 50% і менше – 21,6 років. Для жінки 45 років ці числа відповідно дорівнюють 35,8, 34 і 28,6 років [3, с. 167].

Здоровий спосіб життя – це гігієнічна поведінка, яка базується на науково обгрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, направлених на збереження і зміцнення здоров'я, досягнення активного довголіття.

Здоровий спосіб життя неможливий без суб'єктивного фактора, тобто без грамотного правильного ставлення самої людини до свого здоров'я і здоров'я оточуючих. Мова йде про ті цінні настанови, якими керується людина у своєму повсякденному житті, про те, як вона організовує свою працю, відпочинок, харчування, побут, взаємовідносини в сім'ї і на виробництві.

Щоб вести здоровий спосіб життя, кожний індивідуум повинен знати анатоמו-фізіологічні особливості свого організму, основи гігієни праці, побуту, відпочинку і взаємин між людьми, притаманних кожній віковій групі з урахуванням статі, і вміти їх адаптувати до себе з урахуванням типу його нервової системи.

Людина отримує від природи досконалий, дуже стійкий організм. Вона вперто випробовує його стійкість переїданням, алкоголем, наркотиками, але згубні наслідки стають очевидними не відразу. З іншого боку, повільно реалізуються зворотні зв'язки позитивних впливів на організм людини: ефект ранкової зарядки, занять фізичною культурою і загартування.

Повинні пройти роки і десятиліття, перш ніж людина зіткнеться зі своєю хворобою. А передбачити її появу часто заважає недостатній обсяг знань, загальної культури. Здоровими чи хворими можуть бути люди різного рівня культури. Важливо розуміти, що фізичне здоров'я, як і духовний рівень людини, є результатом її власної діяльності. Культуру з цього погляду можна визначити як будівництво себе: виявляється вона не лише у надбаних знаннях, але і в існуванні людини [2, с. 87].

Людина повинна розуміти, що корисно і що шкідливо для організму, знати, які величезні резерви фізичного і психічного здоров'я має організм, як їх зберегти, розвинути і використати, щоб на довгі роки продовжити активне і щасливе життя на користь собі й суспільству. Втрачаючи здоров'я, людина, тим самим наносить не виправдану шкоду собі й суспільству в цілому. Ось чому адекватне ставлення людей до свого здоров'я не можна вважати приватною справою кожного. Збереження і зміцнення здоров'я населення – це складне

соціально-політичне, культурно-виховне завдання. Відповідальність за здоров'я людини можна розділити на 3 рівні: відповідальність індивіда; відповідальність медичної науки і практики; відповідальність держави.

Ці три рівні повинні між собою взаємодіяти. Життя потребує переорієнтації суспільної свідомості зі споживчого ставлення до свого здоров'я і здоров'я оточуючих на творення, коли кожний громадянин цілеспрямовано хоче зберегти і зміцнити своє здоров'я.

Отже, кожна людина повинна відповідати перед собою і суспільством за своє здоров'я, за те, як використовує інформацію, що дає йому медицина. Відомо, що в більшості хвороб винна не природа, не суспільство, а сама людина. Найчастіше хворіють від ледарства і жадібності, а також від нерозумності, слід подолати психологічний бар'єр і свою лінь. Нічим не можна замінити постійні та значні власні зусилля. Головне – треба почати діяти, подолати інерцію минулих років.

#### **Література**

1. Андреев Ю. А. Три кита здоровья. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 336 с.
2. Белявская Н. Н. Здоровый способ жизни. – Дніпропетровськ, 1990. – 126 с.
3. Вікова фізіологія і шкільна гігієна: Посібник для студентів пед. інститутів / Під ред. Хріпкова А. Г. – М.: Освіта, 1990. – 319 с.
4. Єрошкіна Т. В. Санологія: Навчальний посібник. - Дніпропетровськ: РВВ ДНУ, 2008. – 68 с.
5. Полушкін П. М. За здоровий спосіб життя. / П. М. Полушкін, Д. В. Гальченко. – Навчальний посібник. - Дніпропетровськ РВВ ДНУ, 2006. – 72 с.

**Глухов І.Г.**

Херсонський державний університет

### **ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ГРОМАДЯН УКРАЇНИ НА БЕЗПЕЧНЕ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ**

За короткий історичний період людство дестабілізувало біосферу, наслідком чого є глобальна екологічна криза. В силу існуючих в біосфері внутрішніх зв'язків ця дестабілізація загрожує і самій людині (“ефект бумеранга”: “людина пригнічує сама себе через пригнічення природи”). За законами природи дестабілізація системи неминуха і повинна відбуватися в основному за рахунок людини і її техносфери, бо інший стан екосфери, який принципово відрізняється від доантропогенного, але придатний для життя людини, неможливий. Людина сама створила небезпечне для себе середовище [1].

Виділяють техногенну і екологічну небезпеку. *Екологічна небезпека* – це екологічні впливи, які можуть викликати зміни в навколишньому середовищі та, як наслідок, зміни умов існування людини. В глобальному масштабі природні джерела небезпеки незначні порівняно з антропогенними. Тому

особливого значення набуває забезпечення *екологічної безпеки* – стану захищеності суспільства і природи від екологічної (зокрема техногенної) небезпеки.

Безпека складної системи визначається не стільки суб'єктами захисту чи факторами зовнішньої захищеності, скільки внутрішніми властивостями – стійкістю, надійністю, здатністю до авторегуляції. Найбільшою мірою це стосується саме екологічної безпеки. Людина, суспільство, держава не можуть бути гарантами власної екологічної безпеки до тих пір, поки продовжують порушувати стійкість і біотичну регуляцію навколишнього природного середовища.

Інтегральними критеріями екологічної безпеки для біосфери в цілому є ступінь відповідності загального техногенного навантаження на територію її *екологічної техноємності* – граничної стійкості до ушкоджуючих техногенних впливів; для окремих екосистем головними критеріями безпеки є цілісність, збереження біорізноманітності й структури внутрішніх взаємозв'язків екосистеми; для індивідуумів критерієм екологічної безпеки є збереження здоров'я і нормальної життєдіяльності.

Здоров'я нації є одним з показників цивілізованості держави і відображає соціально-економічний стан суспільства та його сталий розвиток.

Критерії екологічної безпеки закріплені системою екологічних нормативів, серед яких центральне місце займають нормативи стосовно гранично допустимих концентрацій забруднюючих речовин у воді, повітрі, ґрунті, харчових продуктах, тваринних кормах, допустимих рівнів шкідливих фізичних впливів на навколишнє природне середовище. Впроваджено нормативні вимоги до обсягів викидів кожного типу стаціонарного джерела забруднення та транспортних засобів [1].

Дотримання нормативів і правил екологічної безпеки забезпечується державою за рахунок створення системи сучасного законодавства, ефективного адміністративного контролю, впровадження економічного механізму природокористування, формування еколого-правової культури громадян.

Найважливіший напрям екологічної концепції України – охорона середовища існування людини – тісно пов'язаний з ідеєю створення сприятливих екологічних умов для життєдіяльності, праці та відпочинку людини. Це ж є і головним завданням діяльності з охорони навколишнього середовища, яка включає комплекс міжнародних, державних та громадських заходів із забезпечення фізичних, хімічних і біологічних параметрів функціонування природних систем в необхідних, з точки зору здоров'я людини, межах [3].

Право громадян на сприятливе навколишнє середовище проголошено у *Декларації про державний суверенітет України*.

У *статті 3 Конституції України* зазначено, що “людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю”.

Екологічні права й обов'язки громадян України становлять систему юридично закріплених за громадянами прав та обов'язків в екологічній сфері. *Стаття 50 Конституції України* проголошує: “Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на їх поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена”. *Стаття 16 Конституції України* визначає як обов'язок держави забезпечення екологічної безпеки і підтримку екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків аварії на ЧАЕС, яка має планетарні масштаби і збереження генофонду українського народу.

Правовою основою екологічних прав та обов'язків громадян є припис Конституції України, в якому закріплено, що комплекс таких прав передбачено Законом України “Про охорону навколишнього природного середовища” (статті 9-12). Відповідно до цього закону громадяни України мають право на безпечне для життя і здоров'я довкілля, об'єднання в громадські природоохоронні формування, одержання у встановленому порядку повної й достовірної екологічної інформації тощо.

Сутність екологічних прав громадян полягає в юридичній можливості, спрямованій на задоволення потреб громадян у галузі використання природних ресурсів, охорони навколишнього природного середовища й забезпечення екологічної безпеки. Ці права характеризуються властивими їм особливостями: вони являють собою комплексну правову категорію; формування системи цих прав перебуває у стані становлення й розвитку, причому її підґрунтя – це докорінні, загальнолюдські й природні права людини. Обумовленість екологічних прав, які характеризуються приналежністю до конституційних прав людини, визначається її соціальною цінністю.

Серед екологічних прав громадян можна розрізняти ті, що реалізуються переважно на галузевому, а також на міжгалузевому рівнях. У першому випадку йдеться про право громадян на безпечне для життя і здоров'я довкілля, участь у проведенні громадської екологічної експертизи, здійснення загального й спеціального використання природних ресурсів, на одержання повної й достовірної інформації про стан навколишнього природного середовища та його вплив на здоров'я людей тощо. До другого різновиду екологічних прав належить право на отримання екологічної освіти, об'єднання в громадські природоохоронні формування, подання до суду позовів про відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю громадян, їхньому майну в результаті негативного впливу на навколишнє середовище.

Реалізація екологічних прав громадян забезпечена юридичними гарантіями, що становлять систему юридичних засобів забезпечення здійснення екологічних прав у сфері екологічної безпеки, раціонального природокористування й охорони навколишнього природного середовища.

Екологічні права громадян охороняються законом. Порушені права підлягають відновленню. Поновлення в правах здійснюється місцевими радами

згідно з їхньою компетенцією, а також судами. Форми захисту екологічних прав громадян різноманітні й застосовуються залежно від конкретних обставин [4].

Поряд із правами Закон України “Про охорону навколишнього природного середовища” покладає на громадян і певні обов’язки. Так, громадяни зобов’язані: берегти, охороняти й раціонально використовувати природні багатства; не порушувати екологічних прав інших суб’єктів; компенсувати нанесені ними збитки тощо. Серед обов’язків громадян у сфері екології розрізняються і спеціальні екологічні обов’язки, передбачені цим законом, системою екологічного законодавства, обумовлені правом природокористування, власності на природні ресурси, а також ті, що впливають із реалізації громадянами екологічно небезпечної діяльності.

Останні, у свою чергу, можуть підрозділятися на обов’язки майнового і немайнового характеру. Майновими обов’язками є, наприклад, внесення плати за забруднення довкілля і понадлімітне використання природних ресурсів, ефективне використання природних ресурсів, здійснення комплексу заходів щодо відтворення природних ресурсів тощо. До немайнових належать дотримання висновків державної екологічної експертизи, передача екологічно небезпечних об’єктів на екологічну експертизу тощо.

Кожний громадянин має право отримати екологічну інформацію про стихійні лиха; аварії та катастрофи, небезпечні природні явища; надзвичайні події, що загрожують безпеці громадян; стан здоров’я населення; якість харчових продуктів і предметів побуту; викиди, що стосуються навколишнього середовища; факти порушення прав людини, у тому числі екологічних [2].

Чинним законодавством встановлено, що узагальнена комплексна інформація про екологічну, радіаційну ситуацію і стан захворюваності населення повинна оприлюднюватися на території України за поданням Міністерства екології та природних ресурсів, Міністерства охорони здоров’я України через Укрінформ двічі на рік: за перше півріччя – до 15 вересня, за весь рік – до 1 квітня наступного року.

Відмова у наданні екологічної інформації, фальсифікація чи перекручення даних про стан навколишнього середовища, якість продуктів харчування, захворюваність населення, джерела забруднення, приховування випадків аварійного забруднення є порушенням екологічних прав громадян людини.

Найголовнішими законами, що визначають та регулюють право на отримання екологічної інформації є: Загальна Декларація прав людини, Конвенція про доступ до інформації, участь громадськості у прийнятті рішень і доступ до правосуддя з питань, що стосуються навколишнього середовища (Орхус, Данія, 1998 р.), Конституція України (стаття 50), Закон України “Про охорону навколишнього природного середовища” (стаття 68), Водний кодекс України (стаття 110), Закон України “Про охорону атмосферного повітря” (стаття 44), Кримінальний кодекс України (стаття 227-1), Закон України “Про державну таємницю” (стаття 8), Закон України “Про захист прав споживачів” (стаття 23), Закон України “Про інформацію” (стаття 47), Закон України “Про

використання ядерної енергії та радіаційну безпеку” (стаття 81), Закон України “Про поводження з радіоактивними відходами” (стаття 29), Закон України “Про пестициди і агрохімікати” (стаття 20).

### **Література**

1. Бойчук Ю. Д., Шульга М. В., Цалін Д. С., Дем’яненко В. І. Основи екології та екологічного права: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за заг. ред. Ю. Д. Бойчука і М. В. Шульги. - Суми: Університетська книга, 2004. - 352 с.
2. Морозовська Т. Трактуювання поняття “право на екологічну інформацію” // Віче. – 2010. - № 4. – С. 10-12.
3. Мухамедова Е. Право людини на безпечне життя і здоров’я довкілля // Право України. – 2010. - № 5. – С. 161-167.
4. Орлова В. Наукові проблеми визначення екологічної шкоди здоров’ю громадян і обґрунтування її відшкодування // Юридична Україна. – 2003. - № 11. – С. 49-50.

**Голік І.В.**

Центр Бізнес Технологій,  
м. Харків

## **ПРОФЕСІЙНА ГОТОВНІСТЬ ДО ДІЯЛЬНОСТІ ВЧИТЕЛЯ З ОСНОВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Формування, збереження і зміцнення здоров’я підростаючого покоління є обов’язковим компонентом системи національної освіти. Одне з найважливіших завдань сучасної школи — навчити дітей берегти і зміцнювати своє здоров’я, виховувати у них навички безпечної поведінки. Це завдання, в основному, реалізується шляхом вивчення окремого предмета “Основи здоров’я”, який поєднує елементи знань щодо збереження і захисту життя та зміцнення здоров’я.

Стан здоров’я сучасної людини залежить не тільки від зовнішніх умов, але, насамперед, і від власного ставлення до нього, від власної валеологічної поведінки. “Те, яке здоров’я має кожний із нас, багато в чому залежить від нашого поводження в минулому – від того, як ми дихали і рухалися, як ми харчувалися, яку віддавали перевагу думкам і відносинам. Сьогодні, зараз ми визначаємо наше здоров’я в майбутньому” [1]. Навчити дитину змалку берегти своє здоров’я, дотримуватись норм здорового способу життя – першочергове завдання педагогів.

Успіх вирішення питань такого навчання і виховання школярів залежить від професійної майстерності, ерудиції та культури вчителя. Зміни в змісті й структурі загальної середньої освіти мають глибинний характер і потребують розв’язання проблем підготовки вчителя, який усвідомлює свою соціальну відповідальність, постійно дбає про своє особистісне і професійне зростання, вміє досягти нових педагогічних цілей.

Вища освіта, розглядається як головний, провідний фактор соціального й економічного прогресу сучасного суспільства, підвищення валеологічної культури. Причина такої уваги полягає в розумінні того, що найважливішою цінністю й



основним капіталом нашого суспільства є людина, яка здатна до пошуку й засвоєння нових знань і вмінню приймати нестандартні рішення. Сучасний розвиток суспільства вимагає нової системи освіти –“інноваційного навчання”, що сформувало б у студентів, здатність до проєктивної детермінації майбутнього, почуття відповідальності за нього, віру в себе і свої професійні здібності. А особливо ці якості потрібні педагогам, які несуть нове унікальне знання.

В умовах зміни освітніх систем, нових соціально-економічних умов, професійна діяльність істотно ускладнюється, актуалізуючи внутрішні, психологічні ресурси особистості. Стійкість, стабільність і якість професійної діяльності обумовлюється *особливостями психологічної готовності* фахівця.

Сьогодні випускник вузу, потрапляючи в умови реальної педагогічної практики, виявляється в ситуації перманентної невизначеності. З одного боку – вимоги сучасної школи, які пропонують враховувати вихідний стан навченості і вихованості учнів, їхні особистісні характеристики. З іншого боку - відсутня практична готовність до розбудови професійної діяльності, яка б відповідала необхідним вимогам. Таким чином, у системі сучасної педагогічної освіти має місце протиріччя між потребою сучасної вищої школи у нових вчителів, які володіють сучасними освітніми технологіями, і відсутністю цілеспрямованого процесу формування у випускників вузу професійної готовності до їх застосування.

Аналіз і узагальнення наукових джерел дозволяє виділити, як мінімум, чотири напрями (підходу) до дослідження проблеми зміцнення здоров'я, розповсюдження валеологічних знань, організації валеологічної освіти: *медичний підхід* (В. Базарний, Г. Біліч, О. Бутова, Б. Мінаєв, В. Мурахов, Л. Назарова, К. Орехова, Б. Чумакова та ін.); *біосоціальний підхід* (О. Бахтін, І. Боев, Л. Губарева, В. Гуров, Н. Ларіонова, С. Сігіда та ін.); *екологічний підхід* (Ю. Бойчук, В. Латенков, А. Нікітін, А. Сидельковський та ін.); *психолого-педагогічний підхід* (А. Ахвердова, Н. Брехман, Г. Зайцев, Л. Коротаєва, Ю. Лісицин, В. Озеров, С. Попов, Г. Соловйов та ін.).

*Медичний підхід* пов'язаний з розглядом питань управління здоров'ям, складання паспортів соматичного здоров'я, розробкою інструментальних методів оцінки стану здоров'я, технологій медичної реабілітації, санітарно гігієнічних норм, профілактики хвороб.

*Біосоціальний підхід* акцентує увагу на негативних наслідках шкідливих звичок, впливу на організм асоціальних норм поведінки, ролі сім'ї в зміцненні здоров'я, організації системи медичного забезпечення.

*Екологічний підхід* розглядає характер взаємодії людини з навколишнім середовищем, її вплив на людину.

Здоров'я населення знаходиться в прямій залежності від валеологічної освіти, орієнтації на здоровий спосіб життя. Це особливо підвищує роль *психолого-педагогічного підходу* (О. Ахвердова, І. Боев, В. Озеров, І. Кон, Г. Соловйов, Т. Сергеева та ін.).

У вітчизняній і зарубіжній педагогіці є певний досвід дослідження проблеми професійної підготовки педагогів. Професійно творчій підготовці

майбутніх педагогів присвячені дослідження С. Новоселова, В. Біблер, В. Бичков, Г. Кнабе, В. Сластьоніна, Н. Тулькибаєвої, А. Усової, П. Чернецова, Н. Яковлевої і інших. У роботах М. Гриньової, Н. Коротаєва, Н. Полетаєва та інших розглядаються питання підготовки педагогів з ОБЖ та особливостей змісту цієї освіти і подальше його вдосконалення.

Проблема пошуку нових орієнтирів постає кожний раз, коли виявляється, що яка-небудь система відтворює морально застарілий продукт, що не відповідає сучасним вимогам. Саме в такому положенні сьогодні виявилася система підготовки педагогічних кадрів в освіті. Щоб бути ефективною в сучасних умовах бурхливого розвитку, така система повинна вчасно змінювати цільові настанови педагогічного навчання, його зміст і технології, співвідносячи його з тенденціями, що визначають розвиток практики сучасної вищої освіти, і в якомусь змісті навіть випереджають її.

Все це вимагає кардинальних змін у первинній і післядипломній професійній освіті вчителя.

Мета статті - здійснити науковий аналіз проблеми професійної підготовки майбутніх педагогів з основ здорового способу життя у вищих навчальних закладах, визначити роль активних методів навчання у формуванні готовності до професійної діяльності майбутніх вчителів та обґрунтувати комплексно-цільову програму “Формування структурного мотиваційного компонента професійної готовності”.

Професійна підготовка майбутніх вчителів з ОЗСЖ повинна бути спрямована на формування їх готовності до професійної діяльності. Досягнення цієї мети можливе за умови реалізації у навчальному процесі системи загально педагогічних і спеціальних принципів, що відносяться до цілей і змісту професійної підготовки, відображають комплексний підхід до такої підготовки, розкривають особливості вдосконалення викладацької діяльності і характеризують активні форми навчально-пізнавальної діяльності майбутніх вчителів з основ здорового способу життя. Вона має будуватися на діяльнісного підходу, який забезпечує не тільки всебічний розвиток майбутніх педагогів у здорового способу життя, а й формування їх практичної готовності до професійної діяльності. Тому така підготовка повинна розглядатися як цілісна система комплексного використання традиційних та нових активних засобів навчання за принципом взаємного доповнення.

Згідно з поставленими завданнями роботи та виявленими в ході дослідження проблемами була складена комплексно-цільова програма, спрямована на динаміку змін структурного мотиваційного компоненту професійної готовності майбутнього педагога-валеолога.

Одним з завдань, поставлених в програмі стало підвищення *практичної готовності* до розбудови професійної діяльності, яка б відповідала необхідним вимогам, тобто стимулювання студентів до оволодіння професійною компетентністю.

Другим завданням стало покращення мотиваційної сфери студентів як провідної якості професійного становлення.

Третім – формування позитивної динаміки змін мотиваційного компоненту професійної готовності майбутнього педагога з ОЗСЖ. Звичайно, метою даної програми не було доведення всіх студентів до високого рівня, це просто неможливо. Але, якщо мати на увазі сучасні вимоги до педагогів вищої школи, високі показники виразності мотивації досягнення у студентів не тільки можливі, а й бажані.

Ми визначили, що наявність активних форм навчання та використання методик стимулювання і мотивації позитивно впливає на становлення професійної готовності майбутнього фахівця валеологічного профілю, розвиває позитивне відношення до професійного саморозвитку, стимулює оволодіння професійною компетентністю. Тому у комплексно-цільову програму увійшли такі активні методи, як практичні семінари, самостійно підготовлені студентами за завданнями викладача, тренінги та рольова гра “Презентація фахівця”.

Максимальна ефективність програми досягається в тому випадку, коли вона входить у систему комплексних заходів для удосконалювання навчального процесу. Курс “Методика викладання основ здорового способу життя” має великі можливості для застосування в його межах запропонованих активних форм навчання (табл. 1.).

Таблиця 1. *Комплексно-цільова програма “Формування структурного мотиваційного компонента професійної готовності”*

Напря ми діяльн ості	Мета	Завдання	Зміст роботи	Строки
Діагнос тична робота	Дослідити мотиваційни й компонент професійної готовності майбутнього педагога- валеолога	1. Визначити вплив мотиваційного ком- поненту на станов- лення професійної готовності майбут- нього валеолога	1. Виявити структуру професійної готовності	жовтень
			2. Визначити структурну організацію студентського колективу та особливості мотивації його членів. – Тестування.	жовтень
		2. Вивчення особ- ливостей мотива- ційної сфери сту- дентів.	3. Провести аналіз за методикою вивчення мотивації навчання студентів у ВНЗ – анкетування та тестування.	листопад
		3. Аналіз психо- лого-педагогічних чинників, що впли- вають на станов- лення професійної готовності	4. Аналіз за допомогою методики вивчення мотивації навчання у ВНЗ Т. Ільїної	листопад
			5. Провести аналіз за допомогою тесту-опитувальнику для виміру мотивації афі-ліації.	листопад

			6. Провести аналіз за допомогою тесту-опитувальнику для виміру мотивації досягнення	листопад
Планування діяльності	1. Створення умов для успішного впровадження КЦП	1. Створення компетентної групи для проведення КЦП	1. Провести нараду для викладачів з метою ознайомлення із сутністю та завданнями КЦП	листопад
			2. Передбачити в плані роботи час на обговорення процесу впровадження КЦП	листопад
			3. Розподілення обов'язків між членами групи відповідальних за КЦП	листопад
	2. Планування та підготовка до заходів, необхідних для досягнення мети	2. Забезпечення фінансування програми	4. Обговорення з відповідальними по впровадженню КЦП форму звіту про виконану роботу	листопад
			5. Виділення коштів, необхідних для втілення КЦП	листопад
		3. Формування позитивної динаміки змін мотиваційного компоненту	6. Підготовка матеріалів для проведення постійно діючого семінару для студентів з проблеми формування мотиваційного компоненту.	листопад-грудень
	3. Планування та підготовка до заходів, необхідних для досягнення мети	4. Формування психолого-педагогічної придатності та підготовленості спеціаліста	7. Підготовка матеріалів для проведення семінару для викладачів “Проблеми психолого-педагогічної придатності та підготовленості спеціаліста”	листопад-грудень
		5. Формування у випускників вузу професійної готовності до застосування отриманим знань	8. Підготовка матеріалів до тренінгу – ділова гра “Презентація фахівця”	листопад-грудень

Організаційна робота	Формування позитивної динаміки змін мотиваційного компоненту	1. Створення умов для підвищення статусу студентів та набуття ними якостей свідомого та компетентного педагога	1. Визначення перспектив особистісного та професійного росту кожного з студентів. Самоаналіз факторів, що заважають мати високий рівень мотивації	жовтень-листопад
			2. Проведення постійно діючого семінару “Педагог як лідер”	листопад-березень
			3. Забезпечення оптимального зворотного зв'язку – регулярні опитування, анкетування студентів по актуальним для них темам, про їх потреби та їх задоволення	листопад-березень
			4. Робота над створенням позитивної мотиваційної сфери	листопад-березень
			5. Співпраця з неформальними лідерами студколективу	листопад-березень
			6. Орієнтація на об'єднання колективу у вирішенні загальних проблем	листопад
			7. Проведення консультацій для студентів з приводу їх професійних та особистісних потреб, які можуть реалізуватися в колективі	листопад-березень
		2. Створення умов для підвищення статусу студентів та набуття ними якостей свідомого та компетентного викладача	8. Визначення перспектив особистісного та професійного росту кожного з студколективу. Самоаналіз факторів, що заважають мати статус свідомого та компетентного викладача	жовтень-листопад
			9. Проведення тренінгу “Педагог як лідер”	грудень
			10. Проведення консультацій для студентів з приводу виникаючих проблем	листопад-квітень

			11.Забезпечення студентів необхідною методичною, психолого-педагогічною інформацією та літературою – доступ до спеціальної літератури, до інтернету	жовтень-квітень
			12.Проведення систематичного самоаналізу навчальної діяльності, що включає анкетування, обговорення на заняттях	жовтень-квітень
Контролююча діяльність			1. Аналіз результатів втілення КЦП	травень
			2.Розробити перспективний план роботи над означеною проблемою з огляду на аналіз результатів	травень

На наступних етапах роботи була проведена оцінка можливості досягнення запланованих цілей та результатів.

Трансформаційні процеси, що відбуваються на міжнародній арені, інтеграція України до європейської та світової спільноти, приєднання вітчизняної системи вищої освіти до Болонської декларації, орієнтація на Загальноєвропейські рекомендації з мовної освіти висувають високі вимоги до професійної підготовки майбутніх учителів з основ здорового способу життя.

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває проблема використання активних методів навчання, які забезпечують формування у майбутніх учителів ОЗСЖ культури творчого аналізу проблемної професійної ситуації, сприяють грамотному, педагогічно виваженому прийняттю рішень у нестандартних ситуаціях та оптимальну їх реалізацію. Активні методи навчання це ефективний шлях до підвищення мотивації до навчання, зацікавленості студентів, що означає підвищення якості освіти та покращення психолого-педагогічної готовності майбутнього фахівця до здійснення професійної діяльності.

Також, проведене дослідження дає змогу стверджувати, що ділова гра є одним з ефективних методів підготовки учителів з основ здорового способу життя. У процесі використання зазначеного методу навчання створюються умови для підготовки творчого й активного працівника, здатного бачити перспективу, формулювати проблему та самостійно її вирішувати. Дослідження не висвітлює всіх аспектів проблеми. Подальшого поглибленого вивчення потребує вивчення оптимальних умов поєднання активних форм навчання з іншими формами і методами в процесі підготовки майбутніх учителів з основ здорового способу життя.

### **Література**

1. Вербицкий А. Деловая игра как метод активного обучения // Современная высшая школа. – 1982. – № 3. – С. 32–39.
2. Гончаренко М.С. Валеологический словарь. — Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 1999. - 316 с.
3. Гончаренко М.С. Валеопедагогические основы духовности: Учебн. пособие. – Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2007. – 400с.
4. Козлова О. Деловые игры и их роль в повышении квалификации кадров. – М.: Знание, 1978. – 206 с.
5. Кондрашова Л.В. Процесс обучения в высшей школе. – Кривой Рог: КГПИ, 2001. – 187 с.
6. Ягупов В.В. Психолого-педагогічні основи особистісно орієнтованого навчання // Вісник КНУ ім. Тараса Шевченка. Серія : Військово-спеціальні науки. – 2000. – № 2. – С. 20–25.

**Голуб Н.П., Голуб В.М.**

Уманський державний педагогічний університет  
імені Павла Тичини

### **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІН БІОЛОГІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ**

Здоров'я – найбільша цінність людини, яка є необхідною умовою для повноцінного і щасливого життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, належного виконання основних соціальних функцій та реалізації власних життєвих завдань. Стан здоров'я населення є інтегральним показником суспільного розвитку, відображенням його соціального, екологічного, морального благополуччя та могутнім чинником впливу на економічний, культурний і науковий потенціал країни.

Незважаючи на зміни, які відбулися у соціально-економічній та політичній сферах, в Україні спостерігається стабільний процес погіршення стану здоров'я населення. Найбільш поширеними є психоневрологічні розлади, хронічні захворювання систем органів, порушення постави, надлишкова маса тіла, неспроможність фізичної активності. Спостерігається тенденція до “омолодження” серцево-судинних хвороб, захворювань опорно-рухового апарату, гуморальних порушень. Основними причинами погіршення стану здоров'я залишаються нестабільність у суспільстві, незадовільне матеріальне становище людей, негативний вплив чинників довкілля, не завжди доступна та якісна медична допомога, санітарно-гігієнічна безграмотність значної частини населення, відсутність пріоритету здоров'я та інтегративного підходу до формування здорового способу життя. Статистичні дослідження зарубіжних і вітчизняних науковців свідчать, що здоров'я людини більш як наполовину залежить від способу життя. Тому здоровий спосіб життя є головним чинником його збереження.

Проблемі соціального здоров'я присвячені праці багатьох учених різних галузей. Зокрема, роль біологічних і соціальних чинників у збереженні та зміцненні здоров'я розглядається у висловлюваннях Аристотеля й Авіценни та працях Гіппократа, О. Кудрявцева, Л. Сущенко, Л. Матрос, П. Калью. Філософські та медичні аспекти здоров'я розглядаються у наукових дослідженнях Ш. Амонашвілі, М. Амосова, І. Брехмана, П. Виноградова. Здоровий спосіб життя пропагується у працях А. Погребняка, Н. Десятниченка, А. Бойка, Ю. Андрєєва та інших. На нашу думку, ці праці не дають повного уявлення про особливості процесу формування здорового способу життя як передумови соціального становлення особистості. Тому проблема визначення шляхів і засобів формування здорового способу життя залишається досить актуальною.

Людина є складною біосоціальною системою. Її здоров'я можна розглядати в різних аспектах. Медичний аспект передбачає відсутність хвороб і їх симптомів, біохімічний – відсутність у людини органічних порушень. Біосоціальний аспект у поняття здоров'я включає біологічні та соціальні ознаки, які розглядаються в єдності, однак соціальним надається пріоритетне значення. Суспільне здоров'я визначається “станом динамічної рівноваги населення з навколишнім середовищем у конкретних соціально-економічних умовах” [2, с. 72].

Генотип людини визначає її реакцію на вплив довкілля. Він формується під впливом соціальних і природних умов. Взаємовідносини між здоров'ям людини та чинниками довкілля визначаються її індивідуальними особливостями (вік, схильність до хвороб, особливості харчування, фізичний стан, спосіб життя тощо). Провідним чинником збереження та зміцнення здоров'я людини є спосіб її життя, який охоплює трудову діяльність, відпочинок, задоволення матеріальних і духовних потреб, норми і правила поведінки. Здоровий спосіб життя передбачає загартування організму, раціональне харчування, дотримання правил особистої гігієни, впровадження оптимального режиму дня, рухову активність, відмову від шкідливих звичок, аутотренінг, прагнення до психофізіологічного вдосконалення.

При викладанні курсів “Основи екології”, “Основи соціоекології”, “Анатомія, фізіологія, генетика та патологія дітей з основами валеології”, “Анатомія та фізіологія органів слуху і мовлення” значна увага приділяється впливу природних і антропогенних чинників довкілля на здоров'я людини, профілактиці захворювань і формуванню здорового способу життя у студентів. З цією метою проводяться семінари, інтегровані заняття, конкурси, вікторини, конференції, використовуються різні форми узагальнюючих занять [1, с. 23]. Проведення нестандартних занять сприяє розвитку позитивних емоцій студентів, підтримує інтерес до біологічних наук та формує вміння творчо використовувати знання під час проходження педагогічної практики.

Більшу частину систематизованої та узагальненої інформації, яка підібрана на основі багаточисельних наукових джерел з генної інженерії, екологічної технології, метеорології, екології людини, медичної генетики, студенти



отримують під час лекційних занять. Такі системні знання забезпечують розуміння і засвоєння студентами закономірностей розвитку та існування живої природи, глибше розуміння місця і ролі в ній людини, формування правильних науково обґрунтованих принципів ставлення до природи, до свого здоров'я та здоров'я інших людей. Це має надзвичайно важливе значення для правильного розуміння соціоекологічних законів у цілому та конкретних явищ і фактів зокрема.

Значна увага приділяється проблемному викладу навчального матеріалу, який дозволяє з'ясувати причину, побачити наслідки цієї причини та запропонувати вихід із певної ситуації. Розв'язанню екологічних проблем з метою збереження здоров'я присвячено ряд практичних занять. Проблема постановка питань сприяє розвитку критичного мислення, оперуванню фактами, уточненню власних переконань та виробленню самостійної позиції.

Значна роль на практичних заняттях відводиться інтерактивним формам роботи. Завдання підбираються так, щоб навчити студентів порівнювати, аналізувати, систематизувати та узагальнювати вже набуті знання. Так, вивчаючи тему “Антропогенні впливи на атмосферу”, студенти в окремих малих групах встановлюють основні забруднювачі атмосфери, їхні джерела і масштаби викидів у різних регіонах України. Проаналізувавши їх, здійснюють порівняння за єдиним планом та встановлюють причинно-наслідкові зв'язки антропогенного впливу на стан атмосферного повітря. На основі цих даних формуються знання про стан антропогенного забруднення певного регіону, вплив шкідливих чинників на дихальну систему людини. На заняттях з анатомії й фізіології студенти, працюючи в групах “анатомів”, “фізиків”, “хіміків”, “фізіологів”, “істориків”, “літераторів”, “математиків”, вивчають будову, фізіологію та патологію органів дихальної системи, розглядають питання про вплив активного й пасивного паління на організм людини та значення здорового способу життя у профілактиці хвороб. Організація роботи в малих групах забезпечує активність кожного студента, формує його життєву позицію.

Інтерактивні технології колективного групового навчання дають змогу звернути увагу студентів на складні проблемні питання навчального матеріалу. Відповідаючи на запитання, студенти дають різні пропозиції щодо вирішення однієї й тієї ж проблеми. Такі технології дають можливість не тільки вільно висловлювати свої думки, а й стимулювати творчу активність студентів, що дозволяє протягом обмеженого відведеного часу зібрати якомога більше ідей щодо вирішення складних питань [1, с. 24].

Метод “Навчаючи – учусь” дозволяє передавати знання, отримані з додаткових джерел інформації, що, у свою чергу, підвищує інтерес до навчання та сприяє систематизації знань.

При використанні дискусійних технологій у навчанні важливе значення мають різні варіанти обміну думок між учасниками. Найчастіше дискусії проводять з питань правильного харчування, рухової активності, шкідливих звичок, використання косметичних засобів, загартування організму. Із

представленої інформації студенти відбирають найбільш вдалі аргументи та навчаються прислухатися до думок інших людей.

Важливою формою організації навчального процесу є самостійна робота студентів. На самостійне опрацювання виносяться питання, які стосуються екологічної ситуації в містах, областях, регіонах України та стану здоров'я населення. Використовуючи матеріали періодичної преси, радіомовлення, поліклінік, санітарно-епідеміологічних станцій, екологічних інспекцій, студенти готують реферати, повідомлення та листівки, які захищають під час аудиторних занять.

Активними формами виховання навичок здорового способу життя є туристичні походи, екскурсії, спортивні змагання і свята, ігри на місцевості. Застосування цих методів сприяє створенню позитивного емоційного фону для формування здорового способу життя. Ігрові вправи та рухливі ігри сприяють формуванню гігієнічних та спортивних навичок студентів.

Для пропаганди здорового способу життя важливе значення має власний приклад викладачів і кураторів академічних груп.

Під час організації навчального процесу перевага надається методам спостереження і дослідження довкілля, під час яких студенти дізнаються про несприятливі наслідки господарської діяльності людини, шкідливі техногенні впливи і вчать запобігати їм. У результаті формуються переконання у необхідності збереження стабільності умов навколишнього середовища для збереження свого здоров'я.

Набуті знання широко пропагуються студентами під час навчальних практик у дошкільних закладах і загальноосвітніх школах при викладанні курсу “Я і Україна”. Цьому сприяють заняття серед природи: “На екологічній стежині”, “Рідкісні рослини”, “Досліджую свої зв'язки з довкіллям” та інші. Під час екскурсій у природу загострюється увага на вразливості природних екосистем, зокрема їх біотичних компонентів та необхідності охорони як окремих представників живої природи, так і унікальних природних ландшафтів. Таким чином здійснюється не лише екологічне виховання, яке обмежується прищепленням любові до природи, а й формується екологічна свідомість. Остання дає змогу усвідомити пріоритетність таких цінностей як чиста вода і повітря, екологічно чисті продукти харчування для збереження здоров'я людини. Через систематичне проведення таких занять реалізується методологія сучасної освіти, основна ідея якої – істинність наших знань про дійсність пізнається лише у безпосередній взаємодії з довкіллям.

Важливе значення у підготовці студентів до роботи з дітьми з психічними розладами має використання наочності. Доцільно використовувати кольоровий ілюстративний матеріал, оскільки це впливає на фізичний, розумовий і психічний стан дитини. Працюючи з дітьми, схильними до меланхолії, апатії, депресії, використовують наочність червоного, жовтого і жовтогарячого кольорів. Для балансування емоцій використовують зелений колір.

При вивченні будови органів людини та їх систем використовується наочність, яка відображає здорові та патологічні органи, при цьому вказується причина патології та методи її профілактики.

Отже, при викладанні предметів біологічного циклу навчальна робота спрямована на пошук ефективних шляхів збереження здоров'я та формування здорового способу життя. Завдяки застосуванню інтеграційної системи методичних прийомів поетапно формується соціоекологічна свідомість і ціннісне ставлення студентів до свого здоров'я та здоров'я оточуючих.

### **Література**

1. Голуб Н. П., Голуб В. М. Інтеграція навчально-виховного процесу при викладанні природничих дисциплін / Сучасний соціокультурний простір: Матер. сьомої Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20-22 вересня 2010 року). – Частина 2. – К., 2010. – С. 23–24.
2. Шовкун Т. М., Остапчук В. В. Сутність медико-географічних досліджень здоров'я населення / Навколишнє середовище і здоров'я людини: Матер. наук.-практ. конф. (Кам'янець-Подільський, 18–20 листопада 2008 р.). – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2008. – С. 72–74.

**Городинський С.І.,**

Чернівецький національний університет  
імені Юрія Федьковича

**Ібрагімова С.Ю.,**

Буковинський державний медичний університет

## **МЕТОДИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ БОРОТЬБИ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ТА НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНОСТЯМИ**

У наш час алкогольна та наркотична залежності стали дуже розповсюдженими, що ставить здоров'я цілої української нації під загрозу. З першого погляду можна не побачити увесь глобальний розмах проблеми, проте цифри починають лякати та насторожувати.

Якщо говорити про наркозалежних українців, то соціологічні та інші дослідження дають такий діапазон споживачів ін'єкційних наркотиків: 230 тисяч – 360 тисяч осіб. Середній показник – 290 тисяч осіб. Про це в інтерв'ю Радіо Свобода розповів Юрій Кобища, фахівець ВООЗ. На офіційному обліку у наркодиспансерах перебуває нині 85 тисяч хворих, з них 97% – це ін'єкційні наркомани, звітує Владислав Табачников, директор науково-дослідного інституту соціальної й судової психіатрії та наркоманії. “Найбільша кількість залежних нараховується в Дніпропетровській області – 13446, у Донецькій – 10163, в Одеській 7550. У Києві – 9097. За офіційними даними, кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих серед наркоманів – 76 тисяч. Із них 47 тисяч, тобто більше 60%, – споживачі саме ін'єкційних наркотиків”.

Наркоманія – це не одне лихо українців. Слід не забувати про більш поширену хворобу – алкоголізм. Викликає занепокоєння те, що молодь

особливо піддається впливу алкогольних напоїв. Щороку через алкоголізм в Україні помирає понад 40 тисяч людей, за даними Національної ради з питань охорони здоров'я. Майже 40% українських підлітків 14 – 18 років регулярно вживають спиртні напої. Алкоголь є причиною передчасної смерті майже 30% українських чоловіків, такі цифри наводять у Всесвітній організації охорони здоров'я. На думку вітчизняних медиків, наразі в Україні нараховується 700 тисяч лише офіційно зареєстрованих алкоголіків.

Дивлячись на ці цифри, виникає питання: навіщо люди вживають наркотики та алкоголь? Деякі дорослі таким чином знімають стрес, борються з певними серйозними проблемами, проте навіщо це молодим, життєрадісним та здоровим людям? Скоріше за все, причиною є той стан, якого можна досягнути за допомогою цих речовин. Якщо це виявляється причиною, то педагоги у вищих навчальних закладах можуть допомогти юному поколінню з цим боротися, а особливо викладачі фізичного виховання та культури. Проте перед тим, як говорити про методи, слід розібратися у причині проблеми, а саме стані свідомості, який досягається завдяки споживанню наркотичних та інших речовин.

Усі ми вже давно чули про те, які “галюцинації” можуть виникати при сп'янінні чи прийомі наркотиків. Часто вони були предметом посміховиська чи жартів, проте насправді такі видіння не є простим набором певних картин. Ніщо у нашому мозку не з'являється просто так, кожна інформація має свої витоки. Часто це дані з підсвідомості людини. Такі стани дають людині можливість побачити та зрозуміти те, що у звичайному житті їй не доступно. Звернемося до психології та психіатрії для більш повного розуміння ситуації.

Станіслав Гроф, сучасний психолог та психіатр, вважав за необхідне виокремити певні стани свідомості, які назвав холотропними у 1992 році [2; с. 15]. Буквально ця назва означає “той, що звертається до цілісності” або “той, що рухається у напрямку до цілісності”. Повний зміст цієї назви розкривається у багатьох його роботах, в яких проведено глибоке дослідження психіки багатьох людей. Гроф вважає, що у щоденному житті людина ототожнює себе лише з маленькою часточкою того, ким вона є в дійсності, а в холотропному стані свідомості ці вузькі межі можна нівелювати. У таких станах свідомість якісно та глибоко видозмінюється, але ця зміна не є ослабленням чи пошкодженням, як при органічних порушеннях. Як правило, людина повністю орієнтується у просторі та часі, не губить зв'язок з дійсністю. У той же час свідомість наповнюється змістом інших вимірів так, що все це стає дуже яскравим. Таким чином, людина проживає одночасно дві абсолютно різні дійсності.

Холотропні стани характеризуються чуттєвими змінами у всіх сферах. Коли ми заплющуємо очі, наше зорове поле наповнюється образами, які черпаються з нашої особистої історії чи особистого і колективного підсвідомого. Можуть бути видіння та переживання, які малюють різноманітні види рослинного та тваринного світу, природи, космосу. Ці переживання можуть потягнути у царину архетипічних істот та у міфологічні області. Якщо ж розплющити очі, наше сприйняття навколишнього світу може стати

неправдивим перевтіленням живих проєкцій несвідомого матеріалу. Все це також може супроводжуватися широким набором переживань, які задіюють інші почуття: різноманітні звуки, запахи, смаки та фізичні відчуття. Емоції, що були викликані холотропними станами, охоплюють надзвичайно широкий спектр, який, як правило, простягається далеко за межі нашого щоденного досвіду. Вони набагато інтенсивніші та коливаються від почуття захвату від вознесіння, неземного блаженства до спокою, жаху, повного безвихіддя, вини чи інших емоційних страждань. Деякі крайні форми подібних станів відповідають райським чи небесним картинам аду.

Дуже цікавим аспектом холотропних станів є вплив на процеси мислення. Розум працює інакшим способом, який значно відрізняється від щоденного. Людина виявляється сповненою переконливих даних з різних предметів. Можуть з'явитися глибокі психологічні прозріння відносно минулого, наших несвідомих рухів, емоційних ускладнень та міжособових проблем. Людина переживає незвичайні відверті емоції відносно природи та космосу, які є набагато більшими, ніж ми можемо уявити. Прозріння у холотропних станах в основному стосуються філософських, метафізичних та духовних питань. Можна послідовно переживати психологічну смерть та відродження, а також широкий спектр трансперсональних явищ, таких, як почуття єднання з іншими людьми, з природою, із Всесвітом та Богом. Також виявляється те, що здається пам'яттю з іншого життя. Холотропні переживання такого роду – це базове джерело існування космологічних, міфологічних, філософських та релігійних систем, що описують духовну природу Космосу та всього існуючого. Вони і є ключем до розуміння обрядового та духовного життя людства, починаючи від шаманізму і закінчуючи світовими релігіями.

Холотропні стани відіграли вирішальну роль в ранній історії глибинної психології та психотерапії, коріння яких прослідковується у минулому з гіпнотичними сеансами з істеричними пацієнтами Жана-Мартена Шарко та гіпнотичними станами, виконаними Іпполітом Бернхеймом та Амбруазом Льебо. Ці знання використав Фрейд для доступу до підсвідомості своїх пацієнтів, проте потім він змінив свою техніку.

С. Гроф спільно з дружиною розробив метод холотропного дихання, який має здатність забезпечити легкий доступ до холотропного стану достатньо простими методами: поєднанням усвідомленого дихання, музики, яка підштовхує спогади, та цілеспрямованої роботи з тілом. Але, окрім цього, подібні стани можна досягти й іншими методами. Сучасні психофармакологічні засоби збагатили методичний інструментарій для досягнення холотропних станів свідомості новими відкриттями психоделічних речовин та препаратів. Це тетрагідроканнабіноли – активні речовини, виділені з гашишу та марихуани; мескалін, виокремлений з пейоту; псилоцибін та псилоцин – з мексиканських грибів, а також різні похідні від триптамін, які отримують з психоделічного нюхального зілля країн Карибського моря та Південної Америки. Сюди також належить і ЛСД та похідні амфетаміну. Для зміни свідомості існують також лабораторні техніки: сенсорна ізоляція (людину поміщають у темний

звукоізолюваний бак, наповнений водою температури людського тіла); клінічний моніторинг (за допомогою електронних сигналів зворотного зв'язку людина вводиться у холотропний стан); техніка позбавлення сновидінь та усвідомлених сновидінь.

Проте епізоди холотропних станів можуть виникати самі собою без жодних причин та мимоволі. На думку С. Грофа, такі стани можуть привести до емоційного та духовно-тілесного зцілення, позитивної зміни особистості. Саме такий досвід може стати позитивним лікуванням наркотичної та алкогольної залежності. Це часто і являється причиною вищевказаної залежності. Саме тому, якщо викладач може забезпечити молодій людині гармонійний фізичний розвиток та доступ до холотропного стану, то це може допомогти значно знизити кількість хворих із алкогольною та наркотичною залежностями. Подібний вплив несвідомої інформації на психічне здоров'я людини вже було частково розглянуто в наукових тезах [1, с. 86]. Несвідома інформація надзвичайно сильно впливає на свідомість та самопочуття, тому не можна на це не звертати уваги. Урахування цих аспектів та необхідні знання дозволять розробити комплексний індивідуальний підхід до кожної особистості окремо.

Зробити це легко. Достатньо на уроках фізичної культури та виховання робити релаксаційні вправи з елементами легкої медитації. Якщо є навички та знання з холотропного дихання, можна робити і це, але доступ до такої інформації платний та складний. Проте медитативні техніки доступні усім. Також вони допоможуть розслабитися та духовно зрости. У поєднанні з гармонійним фізичним розвитком, це дозволить зміцнити фізичне та духовне здоров'я. Саме тому у бойових мистецтвах належне місце відводиться роботі з енергією та медитацією. Така інформація дозволить розробити комплексний підхід до оздоровлення молоді.

#### **Література**

1. Городинський С. І. Підсвідомі мотиви психологічних проблем у фізичній культурі та спорті // Зб. матер. Всеукр. наук.-пр. конф. "Наукова свідомість – 2010". – Миколаїв: НУК, 2010. – С. 86.
2. Гроф С. Психология будущего. Уроки современных исследований сознания. – М., 2002. – 458 с.

**Демінська Л.О.**

Донецький державний інститут здоров'я,  
фізичного виховання і спорту

### **ЗНАЧЕННЯ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Перш ніж обговорювати проблеми формування культури здоров'я молоді, звернемося до понять *здоров'я, культура і культура здоров'я*.

Існує безліч визначень понять, що вивчаються нами. Ось одні з них:

**Здоров'я** - природний стан організму, що характеризується його врівноваженістю з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін; стан повного тілесного, душевного і соціального благополуччя, наявність у людини достатньої кількості енергії, ентузіазму і настрою для виконання і завершення справи [2].

**Здоров'я** як найважливіша властивість живого організму, стосовно людини, є мірою духовної культури, показників якості життя і в той же час результатом етичних принципів соціальної політики суспільства [3].

**Культура** - історично визначений рівень розвитку суспільства, творчих сил і здібностей людини, виражений в типах і формах організації життя і діяльності людей, а також в матеріальних і духовних цінностях, які вони створюють. У широкому сенсі слова *культура* відіграє важливу роль в розвитку людини, задовольняє її біологічні потреби, регулює суспільну поведінку, виконує роль соціальної інформації, перехідної від покоління до покоління [4].

Об'єднання двох понять дає нам визначення *культури здоров'я*.

**Культура здоров'я** - це частина загальної культури людини, обумовлена матеріальним і духовним середовищем життєдіяльності суспільства, яка виявляється в системі цінностей, знань, потреб, умінь і навичок по формуванню, збереженню і зміцненню її здоров'я.

Культура здоров'я - це новий напрям в педагогіці, який вивчає теорію і розробляє практику формування, збереження і зміцнення здоров'я людини, що є складовою частиною загальної культури особистості [1].

Проблема формування культури здоров'я студентів є актуальною, оскільки в процесі навчання у ВНЗ основна увага викладачів і студентів направлена на придбання знань, практичних навичок і на формування професійних якостей, а такі питання як здоров'я студентів і їх культурний рівень залишаються в тіні більш значущих освітніх завдань.

Проте, формування культури здоров'я студентської молоді є невід'ємною частиною процесу формування загальної культури студента, процесу формування його особистості, свідомого ставлення до свого здоров'я і майбутнього.

Культура студента формується впродовж всього періоду навчання у вищому навчальному закладі. Даний процес складний і багатогранний та, на нашу думку, залежить від системи цінностей і її ролі в житті студента. Саме система цінностей визначає значущість складових життя молоді людини.

Серед особистісних цінностей студентів можна виділити наступні: любов, дружба, навчання, взаєморозуміння з батьками, здоров'я, кар'єра, заміжжя (одруження). У більшості випадків, *здоров'я* займає одне з останніх місць в даному переліку і це стосовно вікових особливостей студентів, їх стану здоров'я і життєвого досвіду.

Проте, здоров'я має бути в центрі уваги як педагогів, так і самих студентів. Це пояснюється тим, що в поняття *здоров'я* входять не тільки *фізичне здоров'я*, але і *духовне здоров'я*, *психічне здоров'я*, *соціальне здоров'я* (а також інші

складові). Отже, формування культури студента об'єднує багато складових його здоров'я.

Упродовж свого навчання студенти повинні відчувати з боку педагогів, на собі увагу, турботу, виховання і навчання, які направлені на розвиток особистісних якостей студентів. Комплексна дія всіх заходів повинна сприяти формуванню таких якостей особистості, як: свідомість, відповідальність, пошана до себе та інших людей, готовність до активного суспільного життя, патріотизм, дбайливе відношення до природи тощо.

Важливу роль в процесі формування культури здоров'я студентів має вивчення ряду дисциплін, які містять в собі такі питання як: аксіологія (наука про систему цінностей), культура, фізична культура, здоров'я, здоровий спосіб життя, валеологія, безпека життєдіяльності, правильне харчування, соціологія, психологія, етика, естетика тощо.

Головна мета вивчення даних питань полягає в збереженні здоров'я студентів. Як показує аналіз способу життя студентської молоді, саме в роки навчання у ВНЗ вони в значній мірі відчують на собі негативну дію тих, хто їх оточує і тяготи студентського життя, а саме: неправильне і нерегулярне харчування, куріння, вживання алкоголю і наркотиків, безладні статеві зв'язки. У зв'язку з цим, перед педагогами повстає серйозне і відповідальне завдання по вихованню, навчанню і залученню студентів до здорового способу життя й свідомого ставлення до свого здоров'я, як до цінності яку потрібно берегти.

Рухова активність, рухомий спосіб життя повинні сприяти формуванню здорового тіла студентів і є засобом профілактики багатьох хвороб, що виникають унаслідок зниженої рухової активності. Для цієї мети необхідні заняття фізичною культурою, активне залучення студентів до спортивно-масових заходів і заходів оздоровчого характеру.

Заняття фізичною культурою сприяють оздоровленню студентів, оскільки виконують наступні функції: зміцнення здоров'я, розвиток м'язової системи, формування рухових якостей, розвиток фізичної працездатності, загартування організму.

Формуванню аспектів духовного здоров'я повинні сприяти культурні заходи, які направлені на розвиток творчих якостей особистості студентів, на виховання інтересу і розумінню культурних цінностей, творів мистецтв і національних культурних традицій. Процес формування духовного здоров'я найбільш тісно взаємопов'язаний з формуванням культури студента.

Культурні заходи, що проводяться в стінах ВНЗ повинні відповідати високим вимогам вищої школи і мають бути направлені на виховання культури особистості, формування етичних принципів, моралі та патріотизму.

Психічне здоров'я молоді багато в чому залежить від здоров'я фізичного, від рівня рухової активності, від правильного харчування і здорового способу життя. Проте, існують й інші чинники, здатні загрожувати психічному здоров'ю студентів. Часто, приділяючи велику увагу рівню навчальної успішності, педагоги не звертають уваги на ступінь стомлюваності студентів і на стан їх психофізіологічних функцій. Тоді як, надмірне розумове



навантаження приводить до перезбудження нервової системи, підвищеної дратівливості, швидкої стомлюваності, порушенню поведінки та інших негативних наслідків. У сукупності, порушення гігієни розумової праці може стати причиною виникнення стресового стану і порушення розумової працездатності.

Соціальне здоров'я передбачає формування у студентів активної життєвої позиції, вміння приймати правильні рішення, вміння вирішувати професійні завдання, бути гідним представником своєї альма-матер, бути соціально сформованою особистістю для створення сім'ї і виховання дітей, бути людиною соціально-адаптованою.

Серед видів діяльності ВНЗ можна виділити такі як: освітня, освітньо-виховна та організаційна. Кожен вид діяльності передбачає вносить свій внесок у формування культури здоров'я студентів, має свої особливості і для студентів набувають вигляду: лекцій; практичних занять; роботи в бібліотеці; виконання наукової роботи; конференцій; бесід; диспутів; екскурсій; відвідини театрів і концертних залів; творчих зустрічей; організації та участі в роботі виставок; організації студентських творчих колективів; походів; спортивних змагань; спортивних свят тощо.

Кожен захід має своє значення і характер проведення.

Розглядаючи основні складові *здоров'я людини* і *культури здоров'я*, можна зробити висновок, що всі види діяльності ВНЗ направлені на формування всесторонньо розвиненої культурної людини. Проте, провідна роль в процесі формування культури здоров'я належить самому студентові. Без його свідомої і активної участі дія педагогічних заходів буде поверхневою. Тільки при особистому прагненні студента до саморозвитку і вдосконалення можливе створення всесторонньо розвиненої і культурної особистості.

### Література

1. Горашук В.П. Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика) / В.П. Горашук. - Луганск: Альма-матер, 2003. - 376 с.
2. Коджаспирова Г.М., Коджаспиров А.Ю. Словарь по педагогике / Г.М. Коджаспирова, А.Ю. Коджаспиров. - М.: ИКЦ "МарТ"; Ростов н/Д: Издательский центр "МарТ", 2005. - С. 90.
3. Оздоровительная физическая культура: Учеб. для студентов вузов /А.Г. Фурманов, М.Б. Юспа. – Минск: Тесей, 2003. – С.23.
4. Тимушкин А.В. Физическая культура и здоровье: Учеб. пособие / А.В. Тимушкин, Н.Н. Чесноков, С.С. Чернов. – М.: СпортАкадемПресс, 2003. – С.3.

## **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

Термін “фізична культура” має декілька значень. Під ним розуміють “втілення в самій людині, результати використання матеріальних і духовних цінностей, які відносяться до фізичної культури в широкому розумінні, так як засвоєні людиною фізкультурні знання, уміння, навички, які досягнуті на основі використаних засобів фізичного виховання, показники розвитку і т.д.” [1, с. 22].

У цьому плані фізичну культуру школяра слід розглядати не тільки як заняття руховими вправами і процедурами загартування. Поняття “фізична культура” включає ще і широкий коло розумінь, які відносяться до занять про правильний режим раціонального харчування, дотримання правил гігієни, вироблення корисних звичок. Можна сказати, що фізична культура школяра - це принцип його ставлення до свого здоров'я, до розвитку і збереження можливостей свого організму. На основі цього принципу будується повсякденне життя учнів, у якому фізична культура є складовою частиною загальної культури.

Такі задачі фізичної культури закладені в шкільній навчальній програмі. В ній ставиться завдання виховувати навички культури поведінки, а також формувати у школярів поняття про те, що турбота людини про своє здоров'я, фізичний розвиток і підготовленість є не тільки його особистою справою, але і сприяє вивченню школярами теоретичних знань із фізичної культури, фізіології та гігієни. В них зберігаються основні положення про руховий режим, а також про особливості занять фізичними вправами, їх значення в формуванні життєво важливих рухових навичок у школярів і підготовки їх до праці і захисту Батьківщини, про правила загартовування і необхідність дотримання гігієнічних вимог, про корисні і шкідливі для здоров'я звички.

Принцип усебічного і гармонійного розвитку організму передбачає забезпечення планомірного й цілеспрямованого розвитку всіх його органів та систем і фізичних якостей людини.

Правильне фізичне виховання великою мірою сприяє повноцінному психічному розвитку дитини та вдосконаленню її рухових функцій.

Організм усебічно розвивається, якщо систематично зазнає дії різноманітних фізичних навантажень, зокрема фізичних вправ. Відомо, що в організмі є понад 630 м'язів і 230 суглобів. Їхнє нормальне функціонування передбачає інтенсивне і систематичне навантаження кожного з них. Однак у виконанні певної вправи бере участь лише обмежена кількість м'язів і суглобів. Тому для оптимального фізичного розвитку необхідно використовувати комплекс різноманітних вправ, які б забезпечували функціонування всіх м'язів і суглобів.

Чим більше м'язів бере участь у виконанні конкретної фізичної вправи, тим істотніші фізіологічні (в органах) і біохімічні (в клітинах) зрушення відбуваються в організмі, тим ефективніший їхній вплив на всебічний фізичний розвиток дитини [2, с.36 ].

Принцип оздоровчої спрямованості фізичної культури полягає в організації фізичного виховання, і зокрема занять фізичними вправами, таким чином, щоб вони сприяли профілактиці захворювань учнів, зміцненню їхнього здоров'я. У ході фізичного виховання слід забезпечувати таке поєднання роз'яснювальної, виховної роботи і різних форм практичних занять фізичними вправами, при якому фізична культура стає усвідомленим обов'язковим компонентом режиму для школяра. Згідно з "Положенням про фізичне виховання учнів загальноосвітньої школи", система занять школярів фізкультурою і спортом включає такі пов'язані між собою форми: уроки фізичної культури; фізкультурно-оздоровчі заходи протягом шкільного дня (гімнастика перед уроками, фізкультурні хвилинки під час уроків, ігри й фізичні вправи на перервах і в режимі продовженого дня); позакласна спортивно-масова робота (заняття в гуртках фізичної культури і спортивних секціях, спортивні змагання); позашкільна спортивно-масова робота та фізкультурно-оздоровчі заходи за місцем проживання учнів (заняття в спортивних школах); самостійні заняття учнів фізичними вправами вдома, на стадіонах [2, с. 37].

Систематичні заняття фізкультурою позитивно впливають на розвиток учнів в школі та сім'ї, спонукають їх дотримуватися правильного режиму і вимог гігієни.

Уроки фізичної культури є основною формою фізичного виховання учнів. Вони обов'язкові для всіх школярів (за винятком тих, хто за станом здоров'я віднесений до спеціальної медичної групи). Уроки повинні активно сприяти успішному здійсненню позакласної і позашкільної роботи з фізичного виховання, формуванню в учнів інтересу і звички до занять фізичними вправами в повсякденному житті. Необхідно підвищувати вплив уроків фізкультури на вдосконалення інших форм фізичного виховання. Відомо, що навіть при якісному проведенні уроків їх безпосередній вплив на фізичний розвиток учнів недостатній. Науковими дослідженнями встановлено, що урок фізкультури забезпечує в середньому лише 11% гігієнічної норми рухової активності школяра. У зв'язку з цим, необхідно збагачувати і правильно поєднувати різні форми фізичного виховання учнів і фізкультурно-оздоровчої роботи [3, с. 48-49].

Особливо велику увагу слід приділяти в школі оздоровчій роботі з ослабленими та хворими учнями. У позаурочний час з ними треба проводити спеціальні заняття з лікувальної фізкультури.

Спрямованість навчальної і позакласної роботи з фізичної культури на масове залучення учнів до систематичних занять фізичною культурою і спортом великою мірою сприяє зміцненню здоров'я вихованців школи, підвищенню рівня їхньої фізичної і розумової працездатності.

Гімнастика перед заняттями проводиться в школі за 20 хв. до початку уроків. Вона сприяє розв'язанню певних виховних і організаційних завдань. На відміну від ранкової зарядки, для гімнастики перед заняттями існують деякі обмеження (виконується в шкільній формі). Проте все це не знижує її властивості для розвитку фізичної культури школярів. Адже не секрет, що для більшості учнів загальноосвітніх шкіл ранкова гімнастика вдома не стала обов'язковою.

Лише за умови масового залучення дітей до повсякденного виконання ранкової зарядки відпаде необхідність у гімнастиці перед заняттями.

Фізкультхвилинки під час уроків сприяють підвищенню розумової й фізичної працездатності учнів. Видатний російський вчений-педагог К. Ушинський зазначав: "Дайте дитині трохи порухатися, і вона знову подарує вам 10 хвилин уваги, а десять хвилин жвавої уваги, якщо ви зуміли їх використати, дадуть вам більше, ніж цілий тиждень напівсонних занять" [3, с. 49].

У зв'язку з цим, учені рекомендують відводити на кожному уроці, особливо третьому і наступних, 1-2 хв. для проведення фізкультхвилинки. Перед її початком провітрюється класна кімната. Потім під керівництвом учителя учні виконують ряд фізичних вправ. Особлива увага приділяється тим вправам, які допомагають запобігти негативному впливу сидячого способу життя на фізичний розвиток дитини (порушенню постави і деформації будови тіла), сприяють більшому насиченню організму киснем [3, с. 49].

Організоване проведення ігор, змагань та фізичних вправ на великих перервах є важливим фізкультурно-оздоровчим засобом у режимі шкільного дня. Відомо, що ефективність відпочинку учнів і підготовки їх до навчання залежить від того, як вони проводять перерви.

Під час великих перерв рекомендується добирати фізичні вправи у відповідності з віковими можливостями школярів.

Перерви мають проводитися на свіжому повітрі і взимку. При цьому дітям слід постійно рухатись, а вправи виконувати більш інтенсивно. Бажано, щоб усі фізкультурно-оздоровчі засоби на великих перервах здійснювалися в ігровій, а якщо рівень підготовленості учнів приблизно однаковий, то і в змагальній формі. На перервах потрібно організовувати тільки вже засвоєні учнями ігри чи рухові дії.

Щоденне проведення в школі гімнастики перед заняттями, фізкультхвилинки і рухливих перерв сприяє підвищенню не тільки фізичної, а й розумової працездатності учнів [1, с. 24].

Позакласна оздоровча робота і спортивно-масова робота в школі. У позаурочний час у школі проводяться масові фізкультурно-оздоровчі і спортивні заходи. Ними передбачається: більш глибоке засвоєння учнями програмного матеріалу, що вивчається на уроках фізкультури; виконання невстигаючими учнями нормативних вимог програми з фізкультури та з державних тестів; організація систематичних занять з різних видів спорту за

інтересами учнів; проведення масових спортивних змагань з різних видів спорту, туризму.

Головна мета позакласної фізкультурно-спортивної роботи полягає в тому, щоб залучити кожного школяра до самостійного, щоденного виконання фізичних вправ на свіжому повітрі. У сучасних умовах учитель фізкультури навчає в середньому 200-300 учнів. Організовувати щоденну фізкультурно-масову роботу слід усіма педагогічними засобами, одним з яких є привчати учнів до самостійних занять фізичними вправами за місцем проживання.

Усі форми фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять, які проводяться в процесі навчальної і позакласної роботи, повинні відповідати головній вимозі - всемірно сприяти залученню кожного учня до щоденних самостійних занять фізкультурою і спортом.

Здоров'я людини також великою мірою залежить від обсягу її знань і практичних умінь у використанні оздоровчих сил природи (в тому числі й холоду) для зміцнення здоров'я й профілактики захворювань. Свідоме застосування загартовуючих процедур потребує від дитини певного рівня фізичної культури. Вона формується в учнів упродовж усіх років навчання в школі шляхом роз'яснювання, переконання, організації практичної діяльності на уроках та в позакласній роботі.

Дані досліджень учених та нагромаджений практичний досвід свідчать про те, що ефективність таких загартовуючих процедур, як обтирання, обливання водою, приймання душі, водні ванни в поєднанні з сонячними та повітряними ваннами дуже висока [3, с. 50].

Отже, із вищесказаного витікає, що формування у школярів здорового способу життя включає: виховання в учнів інтересу до занять фізичними вправами; озброєння їх знаннями з фізичної культури, фізіології та гігієни людини і вироблення на їхній основі переконань в необхідності систематично займатись фізкультурою; практичне навчання учнів кожен день самостійно займатись фізичними вправами в режимі шкільного й позашкільного часу.

### Література

1. Бальсевич В.К. Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни человека (методологический, экологический и организационный аспекты) // Теория и практика физической культуры. -1990. - №1. - С.22-26.
2. Полулях А. Формування здорового способу життя школярів засобами фізичного виховання в умовах ступеневої освіти // Фізичне виховання в школі. - 2002. - №4. - С. 35 - 38.
3. Цимбал Н.М. Методи зміцнення фізичного здоров'я - Тернопіль: "Навчальна книга - Богдан", 2000. – С. 48-50.

## **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В УЧНІВ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

Відомо, що здоров'я людини залежить, і не в останню чергу, від її ставлення до власного здоров'я. Під ціннісним ставленням до здоров'я ми розуміємо системне і динамічне утворення особистості на основі ціннісно-мотиваційної сфери і сукупності знань про здоров'я, яке відображається у свідомо обраному способу житті. Дослідження сформованості ціннісного ставлення до здоров'я серед школярів, учнів професійно-технічних навчальних закладів (ПТНЗ), студентів вищих навчальних закладів свідчить про те, що у віці 15-17 років спостерігається найбільш низький його рівень. Особливо це стосується учнівської молоді, яка навчається в ПТНЗ. Для системи профтехосвіти розроблена педагогічна система формування ціннісного ставлення до здоров'я. Вважаємо, що реалізація її моделі, яка складається з мети, засобів діагностики, оцінювання рівнів ціннісного ставлення до здоров'я, дієвості здоров'яспрямованої діяльності, педагогічних факторів і умов, результату, дозволить підвищити ефективність процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я (ЦСЗ) учнів ПТНЗ. Це, в свою чергу, сприятиме збереженню, зміцненню і формуванню здоров'я учнівської молоді.

Відбір та організація методичного забезпечення здоров'яспрямованої навчально-виховної діяльності здійснювалися на основі загальних педагогічних принципів, зокрема: принципу природовідповідності, принципу гуманізації, принципу культуровідповідності, принципу цілісності, принципу суб'єкт-суб'єктної взаємодії, принципу особистісної орієнтації, принципу превентивності, принципу неперервного загального та професійного розвитку особистості, принципу зв'язку виховання з життям і виробничою практикою.

Дані принципи лягли в основу конкретизації провідних положень щодо відбору змісту і методів процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я учнівської молоді. Зміст і методи процесу формування ЦСЗ мають сприяти і забезпечувати: особистісну зорієнтованість процесу, відповідність віковим і психологічним особливостям учнів, варіативність при застосуванні відповідно до потреб учнів і можливостей навчального закладу, добровільність участі учнів у роботі групи, співпрацю учнів і викладачів, ініціативність учнівського колективу, емоційність процесу, позитивні демократичні взаємовідносини між учнівським і викладацьким колективами та всередині кожного з них.

Досягти позитивного результату у формуванні ЦСЗ учнів у професійно-технічному навчальному закладі допомагають певні методичні заходи, що стосуються створення відповідних педагогічних умов для провідних факторів процесу формування ЦСЗ: освітнього середовища, діяльності педагогічного і

учнівського колективів. Використовуючи дані експертної оцінки, основна увага приділялася організації діяльності учнівського колективу через структури учнівського самоврядування. В експериментальних ПТНЗ були створені клуби “Здоров’я”, які ініціювали, організовували і брали активну участь в різноманітних здоров’яспрямованих позанавчальних заходах для груп, курсів, всього закладу. Дотримання традицій навчального закладу також сприяє формуванню ціннісного ставлення до здоров’я учнів. Позитивними моментами виступали і нові традиції закладу, які зароджувалися в процесі здоров’яспрямованої виховної діяльності, наприклад: проведення ранкової гімнастики, визначення кращого спортсмену (спортсменки) навчального закладу, проведення відкритих тренувань з окремих видів спорту із запрошенням провідних фахівців педагогічних університетів і коледжів тощо.

Діяльність педагогічного колективу спрямовувалася на методичну підготовку викладачів ПТНЗ до здоров’яспрямованої навчально-виховної діяльності, удосконалення педагогічної майстерності, методичне відпрацювання технологій, форм і методів процесу формування ціннісного ставлення до здоров’я та їх впровадження у навчально-виховний процес закладу; розробку і використання дієвого навчально-методичного забезпечення процесу формування ЦСЗ, організацію роботи учнівського самоврядування в напрямі формування ЦСЗ, підтримку ініціатив учнів, розвиток виховних традицій навчального закладу, спрямованих на збереження і зміцнення здоров’я учасників навчально-виховного процесу, застосування власного прикладу у дотриманні здорового способу життя, стимулювання, заохочення прояву навичок здорового способу життя учнями.

Створення здоров’яспрямованого освітнього середовища полягало в доповненні і акцентуванні змісту навчання і виховання на здоров’яспрямованих аспектах пізнавального, ціннісно-мотиваційного і діяльнісно-поведінкового компонентів ставлення до здоров’я. Вагомим внеском у здоров’яспрямовану діяльність закладу вважаємо введення в навчальні плани експериментальних ПТНЗ спецкурсу “Здоровий спосіб життя” (за навчальною програмою і методичним забезпеченням В. Оржеховської, О. Єжової, схваленими для використання в навчально-виховному процесі комісією з проблем виховання учнівської та студентської молоді науково-методичної ради з питань освіти Міністерства освіти і науки України [2, 3]). Щодо методів навчання і виховання у здоров’яспрямованій діяльності – перевага надається активним та інтерактивним методам.

Під педагогічними методами розуміємо “спосіб організації практичного й теоретичного освоєння дійсності, зумовлений закономірностями розглядуваного об’єкта” [1, с. 205]; під методами виховання – “сукупність найбільш загальних способів розв’язання виховних завдань і здійснення виховних взаємодій, способів взаємопов’язаної діяльності вихователів і вихованців, спрямованих на досягнення цілей виховання; сукупність специфічних способів і прийомів виховної роботи, які використовуються в процесі формування особистісних якостей учнів для розвитку їхньої свідомості,

мотиваційної сфери й потреб, для вироблення навичок і звичок поведінки і діяльності, а також корекції і вдосконалення” [1, с. 206]. Використання активних та інтерактивних методів навчання і виховання сприяє залученню всіх учнів до здоров’яспрямованої діяльності, формуванню всіх компонентів ціннісного ставлення до здоров’я. Постійна взаємодія учнів між собою, взаємодія учнів і викладача у процесі формування ЦСЗ дозволяє учням як самореалізовуватися, так і систематично виконувати самоаналіз стану власного здоров’я і впливу вчинків на своє здоров’я (рефлексію).

Орієнтуючись на погляди і напрацювання вітчизняних науковців, для вибору методів здоров’яспрямованої діяльності спиралися на класифікацію методів за ознакою проблемності: ситуативні, дискусійні, пошукові, лекційні, асоціативні, ігрові, проектні, рефлексивні. Також враховували поширену класифікацію методів виховання за їх функцією у формуванні особистості: методи формування свідомості (бесіда, лекція, дискусія, метод прикладу), методи формування суспільної поведінки (педагогічна вимога, громадська думка, вправління, привчання, доручення), методи стимулювання діяльності й поведінки (змагання, заохочення, покарання), методи контролю і аналізу ефективності виховання (педагогічне спостереження, бесіда, опитування, аналіз результатів діяльності). Використання даних класифікацій методів навчання і виховання допомогли більш точно визначитися із методами здоров’яспрямованої діяльності в навчальний та позанавчальний час для підвищення рівнів сформованості як окремих компонентів ЦСЗ (когнітивного, ціннісно-мотиваційного, діяльнісно-поведінкового) так і ЦСЗ в цілому. Значна увага приділялася використанню аудіовізуальних матеріалів при викладанні спецкурсу “Здоровий спосіб життя” та проведенні позанавчальних виховних заходів.

Найбільш дієвими методами в процесі формування компонентів ЦСЗ в учнів ПТНЗ за рівнем взаємодії виявилися інтерактивні; за ознакою проблемності – дискусійні, ігрові, рефлексивні.

Таким чином, для успішної реалізації моделі педагогічної системи формування ціннісного ставлення до здоров’я учнівської молоді професійно-технічних навчальних закладів необхідно задіяти різноманітні методи навчання і виховання, які забезпечують залучення всіх представників учнівської молоді до систематичної і комплексної здоров’яспрямованої діяльності в навчальний і позанавчальний час та сприяють їх самовираженню і рефлексії.

### Література

1. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / С. У. Гончаренко. – К.: Либідь, 1997. – 376 с.
2. Єжова О. О. Здоровий спосіб життя : навчальний посібник / О. О. Єжова. – Суми: Університетська книга, 2010. – 127 с.
3. Оржеховська В. М., Єжова О. О. Здоровий спосіб життя : навч.-метод. посіб. / В. М. Оржеховська, О. О. Єжова. – Суми: Видавництво СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. – 188 с.



## **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКІВ У ПОЗАКЛАСНІЙ РОБОТІ**

Пріоритетним освітнім напрямком в Україні на даному етапі є збереження та зміцнення здоров'я з розробкою детальних рекомендацій впровадження знань щодо охорони здоров'я в усі ланки освітніх закладів.

Нами проведено педагогічне дослідження щодо формування культури здоров'я старшокласників у позакласній роботі [1].

Установлено, що основними завданнями навчально-виховного процесу з формування культури здоров'я старшокласників можна вважати: розвиток уявлень про різноманіття оздоровчих систем у світовому полікультурному просторі; розуміння актуальності проблем національної й загальнолюдської культури здоров'я через процеси освіти й виховання; оволодіння достатнім рівнем знань з формування, збереження й зміцнення індивідуального здоров'я та здоров'я оточуючих людей; формування гуманістичних ціннісних орієнтацій; засвоєння необхідного обсягу оздоровчих технологій; розробка й виконання індивідуальної оздоровчої програми; ведення здорового способу життя; цілісне та діяльнісне ставлення до вирішення проблем з формування й збереження здоров'я.

У нашому дослідженні зазначено, що при формуванні культури здоров'я старшокласників у позакласній роботі необхідно враховувати особливості підліткового віку, який дозволяє молодій людині вийти на новий соціальний рівень свідомого ставлення до себе як до члена суспільства.

На основі системного підходу, концептуальних засад наукового моделювання і його застосування в педагогічних дослідженнях нами розроблено та конкретизовано методику формування культури здоров'я старшокласників у позакласній роботі. Її впровадження дозволяє забезпечити розвиток фізичних, психічних і духовних сил та здібностей особистості старшокласника до самовдосконалення, самооздоровлення і самореалізації у житті, цілісний і узгоджений розвиток його культури здоров'я.

Результатом упровадження розробленої методики стало формування у старшокласників потребнісно-мотиваційного, програмно-змістовного та діяльнісно-практичного компонентів культури здоров'я.

Розроблена сукупність критеріїв із показниками (особистісний, когнітивно-дієвий, рефлексивний) та рівнів (продуктивний, достатній, елементарний) сформованості культури здоров'я старшокласників у позакласній роботі дозволили визначити високу результативність впровадження запропонованої методики.

### **Література**

1. Кабацька О.В. Методика формування культури здоров'я старшокласників у позакласній роботі: Автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.02. – Х.: ХНУ ім. В.Н.Каразіна, 2011. – 20 с.

## **ФОРМУВАННЯ ТВОРЧОЇ ОСОБИСТОСТІ ЯК УМОВА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ПОЗБАВЛЕНИХ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ**

Серед багатьох проблем, з якими стикаються діти, позбавлені батьківського піклування, є проблема збереження психічного здоров'я особистості. Наслідком інституціоналізації – перебування дитини в інтернатному закладі – є цілий комплекс психічних розладів, серед яких: емоційна нестійкість, агресивність, байдужість до життя, жорстокість один до одного й навколишнього світу в цілому. Внаслідок відриву від сім'ї, неможливості задовольнити потребу у визнанні та любові в дитини формується занижена самооцінка, вона часто переживає почуття провини та відчаю, вважає себе непотрібною, що призводить до зростання тривожності, депресії, виникненню відчуття самотності й навіть спробам суїциду.

Крім того, в дитини, яка пережила гостру кризу – втратила життєво важливе сімейне оточення, яке може забезпечити фізичне, психічне, духовне й соціальне здоров'я особистості, – об'єктивно формується комплекс жертви: відмова від пошуку можливих шляхів виходу з кризової ситуації. Якщо людина стикається зі складною життєвою невдачею й переконується у власній нездатності впливати на події, даремності своїх зусиль, вона починає думати, що невдачі переслідуватимуть її завжди, в усіх сферах життєдіяльності й навіть не намагається шукати вихід. Виникає так званий синдром навченої безпорадності, зневіра у власних силах, оскільки особистість вважає, що зовнішні обставини не залежать від неї і вона нічого не може змінити, отже, не використовує всіх можливостей і ресурсів для вирішення як конкретної ситуації, так і проблеми в цілому.

Іншою важливою проблемою дітей, позбавлених батьківського піклування, є порушення психологічного часу особистості – усвідомлення й прийняття себе в минулому, сьогоденні й майбутньому. Зазвичай дитина, яка виховується в родині, пам'ятає своє минуле (любов і турботу батьків, позитивні події й досягнення), вбачає власне зростання в теперішньому й має плани на майбутнє, відчуваючи впевненість у собі та підтримці родини. Діти в інтернатних закладах не можуть порівнювати себе нинішніх із собою в минулому чи майбутньому – вони свідомо намагаються не згадувати минулого й переносять острах і безнадію в теперішнє і майбутнє, не завжди уявляючи, що їх майбутнє багато в чому залежить від них самих.

У зв'язку з цим основним завданням педагога є допомога дитині в подоланні негативного депресивного сприйняття світу й активізація потенціалу особистості на само реабілітацію – формування здатності до самостійного творчого здійснення власного життя. В цьому контексті дієвим може бути метод роботи з біографією – ознайомлення з конкретними прикладами життя

людей, які долали будь-які життєві труднощі на своєму шляху, не втрачаючи здатності до активних дій – шукали й реалізовували різні варіанти всупереч усім невдачам та розчаруванням, навіть негативним прогнозам (стан здоров'я, інвалідність та ін.), й досягати мети, їх девіз “Ніколи не здавайся!”. Такі приклади дозволяють дитині зрозуміти, що між позитивними діями й позитивними результатами наявний зв'язок, що допомагає вибудовувати власні позитивні цілі та життєві перспективи.

Завдання педагога при цьому – допомогти дитині обрати гідну мету, а також усвідомити й прийняти себе в усіх трьох вимірах – минулому, сьогоденні й майбутньому. Це потребує, насамперед, подолання негативного сприйняття власного життєвого досвіду, а також його прийняття, адже заперечення ситуації не дозволяє її вирішувати. Відомо, що прийняття – одна з найважливіших стратегій саморозвитку, воно дозволяє вивільнити власну енергію й потенціал для розвитку й зростання, а також зберігати в пам'яті позитивні події з минулого. Наступними кроками є визначення високої позитивної мети в майбутньому й здійснення конкретних зусиль для її досягнення (здобуття знань, набуття вмінь, розвиток необхідних здібностей та ін.). Причому така діяльність (постановка мети, розробка конкретного плану дій та його реалізація, рефлексія) має бути чітко усвідомленою, що дозволяє бачити власне просування крок за кроком до визначеної мети. Це допоможе подолати основну проблему дитини – сприйняття себе як жертви, сприятиме підвищенню самооцінки й надаватиме сили для подолання труднощів, оскільки дозволяє помічати й цінувати те, що дитина робить зараз для власного зростання.

Крім того, важливим є розвиток творчих якостей вихованців, адже творча особистість здатна знаходити безліч варіантів вирішення життєвих труднощів та обирати найкращий з них, найпридатніший у даний момент, й завжди усвідомлює, що її майбутнє залежить від неї самої. Вирішення означеної проблеми потребує організації цілеспрямованої діяльності з активізації й розвитку творчого потенціалу особистості, формування дитини як суб'єкта власної життєдіяльності. Справа в тому, що дитина в інтернатному закладі зазвичай перебуває в ролі об'єкта – вона ні на що й ні на кого не впливає, часто не бачить конкретних результатів власних дій, їх впливу на сьогоденне життя, що поступово формує пасивність. Вихід з такої ситуації – залучення дитини до активної творчої діяльності, яка дозволяє відчувати себе суб'єктом під час розробки та реалізації творчих проєктів.

Так, розкриттю величезних потенційних можливостей кожної особистості сприяє проведення творчих тренінгів: “Знайди себе”, “Мої досягнення в майбутньому”, “Мій рекорд у книзі рекордів Гінесса”, “Цінність і неповторність людського життя”, “Минуле, сьогодення й майбутнє. Ми обираємо своє життя”, “Мистецтво жити”, диспуту “В чому щастя?”, конкурсів гумору, малюнків “Зміни світ на краще”, “Мої мрії” та інших заходів, що сприяють пізнанню власних творчих можливостей, а також формуванню ціннісного ставлення до себе, власної діяльності та її результатів. Мета педагога – допомогти дитині повірити в себе, переконати кожного в його

унікальності й праві на щастя, навіть якщо все треба розпочинати з початку – власними зусиллями, наполегливістю і старанням, що дозволяє відродити в дитячому серці надію, впевненість й прагнення до кращого майбутнього.

Для розвитку творчих якостей особистості важливим є також звернення до мистецтва: організація свят, міні-постанов, інсценування казок, п'єс, драматичних творів, проведення конкурсів “Я вмію складати добрі казки”, “Євробачення”, фестивалів “Казкова галактика”, новорічних карнавалів, конкурсів детективів, фантастичних проектів, юних талантів та інших заходів, які дозволяють залучати дітей до світу культури й надають можливість стати її суб'єктом під час здійснення творчих проектів, участі в конкурсах і виставах, що дуже подобається дітям. Крім того, спільна творча діяльність згуртовує колектив, сприяє встановленню відносин взаємодопомоги та співпраці, створюючи умови для підвищення самооцінки дітей – лише почувавши себе впевнено, вони будуть здатні діяти задля поліпшення власного життя. Адже людину, котра перебуває у злагоді із собою та іншими, розуміють і підтримують, вона діє, самоорганізується й здатна до активної креативної діяльності з реалізації власного потенціалу.

Формуванню ціннісного ставлення до природи сприяє проведення творчих занять та теми: “В природі я люблю...”, “Світ прекрасний”, “Що я можу зробити для природи, щоб зберегти її красу”, “Стан навколишнього середовища в Україні, на планеті Земля. Що залежить від мене?”, створення проекту захисту бездомних тварин, організація конкурсу малюнків “Вернісаж весняних барв”, “Квітковий дивограй”, “Я і природа” та ін., що дозволяють усвідомлювати власну причетність до збереження життя на планеті й формують гуманістичну спрямованість особистості вихованців.

З метою розвитку ціннісного ставлення до суспільства й світу в цілому можлива реалізація творчих проектів “Мій слід в історії закладу”, “Майбутнє мого міста”, конкурсів на кращу презентацію своєї країни “Моя батьківщина – моя гордість”, написання міні-творів “Я і моя Україна”, створення конкурсних програм популяризації спорту в Україні, проведення обговорень “Шляхи розвитку олімпійського руху у світі. Калакагатія – краса тіла та духу”, творчих бесід “Щоб не загинути в морі зла, спішіть добро творити, діти”, “Заради чого варто жити і як треба жити. Наслідки негативного ставлення до світу”, “Що таке дружба”, “За себе відповідаю”, дискусії “Добро і зло. Я обираю добро, тому що ...” та ін.

Відзначимо, що долучення дітей до активної перетворювальної діяльності сприяє формуванню активного діяльнісного ставлення до себе, інших людей, природи, культури, світу в цілому й усвідомленню того, що життєві обставини можуть бути змінені завдяки власним зусиллям. До того ж наповнення змісту темами гуманістичного спрямування дозволяє формувати позитивні якості вихованців не через вплив, нав'язування певних норм та правил, а через взаємодію – актуалізацію, розкриття і розвиток внутрішнього творчого та духовного потенціалу дітей, надання можливості вільного вибору лінії власної поведінки й усвідомлення відповідальності за свій вибір.

Таким чином, творча діяльність перебудовує свідомість дитини – всилає оптимізм й дозволяє відчувати власну значущість і цінність, що сприяє психологічній реабілітації особистості, розкриттю її суб'єктного потенціалу, стимулює до пошуку внутрішньої цілісності, нових можливостей саморозвитку й самореалізації. Визначення ж позитивно орієнтованих життєвих перспектив й усвідомлення того, що їх досягнення багато в чому залежить від самої особистості – її креативних, інтелектуальних, вольових здібностей, наполегливості й цілеспрямованості, допоможе компенсувати несприятливу вихідну ситуацію й вийти на рівень соціального успіху.

**Кебкало Т.Г., Палієнко О.А.,  
Єрічева Т.Ю., Годун Н.І., Багмет В.С.**  
Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет  
імені Григорія Сковороди

### **З ДОСВІДУ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ**

Практика роботи школи і розвиток педагогічної науки в нашій країні показують, що вивчення навчального навантаження школярів стає особливо актуальним у процесі переходу школи на новий зміст освіти [3,5].

Збільшення об'єму і зростання складності навчальної інформації при відносно незмінному навчальному плані школи (час, що відводиться на вивчення окремих шкільних предметів) висувають проблему обґрунтування оптимального загального і навчального навантаження школярів в ряд найбільш важливих педагогічних проблем. На початковому етапі при створенні програм проблема оптимізації навчального навантаження вирішувалася шляхом суворого відбору навчального матеріалу. Багато питань на цьому етапі вирішувалися на основі експертних оцінок, аналізу досвіду викладання і тенденції розвитку даного навчального предмету, методики викладання.

Разом з тим, низка питань вимагають експериментального підтвердження, результати якого б могли бути критеріями при визначенні глибини вивчення навчального матеріалу та впливу навчання на фізіологічні показники ростучого організму школярів. До комплексного дослідження навчального навантаження школярів методично приступили, вже маючи відносно його педагогічних аспектів конкретні теоретичні розробки та експериментальні дані.

Головною метою нашого дослідження проведеного на базі Терезінського НВО “ЗОШ І-ІІІ ступенів – дитячий садок” є наступне: дослідивши фактори впливу сучасної школи на здоров'я дітей, застосувати схему збереження і формування здоров'я учнів через особистісно-орієнтований підхід до оздоровлення, освіти і виховання дітей початкових класів шляхом впровадження в навчальні плани комплексів фізичних вправ, рухових ігор та додаткових уроків фізичної культури.

Від правильної організації уроку, рівня його гігієнічної раціональності багато в чому залежить функціональний стан школярів у процесі навчальної діяльності, можливість тривало підтримувати розумову працездатність на високому рівні і попереджати передчасне виникнення стомлення [5, 4].

Фізіологічно обґрунтованою є тривалість уроку в 40 хвилин. Виняток становлять лише учні 1-х класів, для яких урок повинен тривати 35 хвилин відповідно низької стійкості їх уваги. Для 2-х класів учнів, рекомендується комбінувати урок з використанням останніх 10 хвилин для зняття стомлення (читання художньої літератури, настільні ігри, розучування комплексу фізичних вправ тощо). У останніх класах рекомендується проведення фізкультхвилин на 4-му уроці через 20 хвилин після його початку або з розвитком першої фази розумового стомлення у значної частини учнів класу (фази розумового неспокою). Така робота необхідна для підвищення розумової працездатності дітей і зняття у них м'язової статичної напруги. Спарені уроки не раціональні, за винятком тих випадків, коли проводяться лабораторні, контрольні роботи, уроки праці і заняття фізкультурою в зимовий час при виконанні програми з лижної підготовки.

Оцінка дотримання гігієнічних вимог проводилась за низкою регламентуючих позицій, з використанням хронометражу.

Недолік рухової активності - одна з найбільш поширених причин зниження адаптаційних ресурсів організму міських школярів [2, 3]. Перебування на уроках, приготування домашніх завдань, заняття за комп'ютером, відпочинок біля телевізора, читання книг, знаходження в транспорті - всі ці форми проведення вільного часу проходять в статичному стані. Організм людини в процесі еволюції не пристосувався до такої низької фізичної активності. Синдром гіподинамії є однією з умов багатьох недуг дорослих людей (серцево-судинна патологія, порушення опорно-рухового апарату, обміну речовин тощо), а тим більше – дітей і підлітків. Організму, що росте, необхідні адекватні фізичні навантаження, і лише одиничними уроками фізкультури і короткими прогулянками після уроків цей об'єм навантаження не заповнюється. У всіх випадках рухова активність дітей повинна бути організована так, щоб запобігати гіподинамії і в той же час не призводити до їх перевтоми.

Вимоги до уроку з позицій здоров'язбереження:

1. Обстановка і гігієнічні умови в класі (кабінеті): температура і свіжість повітря, раціональність освітлення класу і дошки, наявність або відсутність монотонних, неприємних звукових подразників тощо.

2. Кількість видів навчальної діяльності: опитування учнів, писання, читання, слухання, розповідь, розгляд наочності, відповіді на питання, рішення прикладів, завдань тощо. Норма: 4 - 7 видів за урок.

Одноманітність уроку сприяє стомленню школярів, як буває, наприклад, при виконанні контрольної роботи. Твір - більш творче завдання, і коефіцієнт стомлюваності при цьому дещо нижчий. Навпаки: часта низка змін однієї діяльності іншою потребуватиме додаткових адаптаційних зусиль учнів.

3. Середня тривалість і частота чергування різних видів навчальної діяльності - орієнтовна норма - 7-10 хвилин. Коментарі тут аналогічні.

4. Кількість видів викладання: словесний, наочний, аудіовізуальний, самостійна робота тощо. Норма: не менше трьох.

5. Чергування видів викладання. Норма: не пізніше ніж через 10-15 хвилин.

6. Наявність і вибір місця на уроці методів, що сприяють активізації ініціативи і творчого самовираження учнів, коли вони дійсно перетворюються з “споживачів знань” в суб’єктів дії з їх отримання і творення.

Це такі методи як: метод вільного вибору (вільна бесіда, вибір дії, вибір способу дії, вибір способу взаємодії, свобода творчості тощо); активні методи (учні в ролі вчителя, навчання дією, обговорення в групах, рольова гра, дискусія, семінар, учень як дослідник); методи, спрямовані на самопізнання і розвиток (інтелекту, емоцій, спілкування, уяви, самооцінки і взаємооцінювання).

7. Місце і тривалість застосування технічних засобів навчання (відповідно до гігієнічних норм), уміння вчителя використовувати їх як можливості ініціації дискусії, обговорення.

8. Поза учнів, чергування пози (чи спостерігає вчитель реально за посадкою учнів; чи чергуються пози відповідно до виду роботи).

9. Наявність, місце, зміст і тривалість оздоровчих моментів на уроці: фізкультхвилинки, динамічні паузи, хвилинки релаксації, дихальна гімнастика, гімнастика для очей, масаж активних точок; чи відповідають умови в класі для проведення таких норм роботи, особливо для дихальних вправ. Норма: на 15-20 хвилин по 1 хвилині з 3-х легких вправ із 3-4 повтореннями кожного.

10. Наявність в змістовній частині уроку питань, пов’язаних із здоров’ям і здоровим способом життя, демонстрація, дослідження цих зв’язків: формування відношення до людини і його здоров’я як до цінності; вироблення розуміння суті здорового способу життя; формування потреби до здорового способу життя; вироблення індивідуального; способу безпечної поведінки, співбесіда з учнями про можливі наслідки вибору поведінки тощо.

11. Наявність мотивації діяльності учнів на уроці. Зовнішня мотивація: оцінка, похвала, підтримка, момент змагання тощо. Стимуляція внутрішньої мотивації: прагнення більше дізнатися, радість від активності, інтерес до матеріалу учнями тощо.

12. Психологічний клімат на уроці. Взаємини на уроці: між учителем і учнями (комфорт - напруга, співпраця - авторитарність, індивідуальні - фронтальні, облік вікових особливостей: достатній - недостатній); між учнями (співпраця - суперництво, дружелюбність - ворожість, зацікавленість - байдужість, активність - пасивність).

13. Наявність на рівні емоційних розрядок: жарт, усмішка, гумор або повчальна картинка, приказка, відомий вислів (афоризм) з коментарем, невеликі вірші, музична хвилинка тощо.

14. В кінці уроку звернути увагу на щільність уроку, тобто кількість часу, витраченого школярами на навчальну роботу. Норма: не менше 60% і не більше 75 - 80%.

15. Момент настання стомлення учнів і зниження їх навчальної активності. Визначається в ході спостереження за збільшенням рухових і пасивних відвернень у дітей в процесі навчальної роботи. Норма: не раніше 25-30 хвилин в 1 класі, 30 хвилин в початковій школі, 35 хвилин в середній і старшій школі, 30 хвилин для класів компенсуючого навчання.

16. Темп закінчення уроку: швидкий темп, коли немає часу на опитування учнів, швидке, практично без коментарів записування домашнього завдання; спокійне завершення уроку, учні мають можливість поставити учителю питання, педагог коментує задане додому завдання, вчитель і учні прощаються; затримання учнів в класі після дзвінка (на перерві).

Не можна забувати і про те, що гігієнічні умови впливають на самого вчителя, стан його здоров'я. А це, у свою чергу, має вплив на стан здоров'я учнів [3]. Дотримання вказаних умов було обов'язковим упродовж навчального року з акцентом на збільшення рухової активності дітей досліджуваного класу.

У результаті дослідження були визначені наступні тенденції, які є і **висновками** досліджень:

1. Комплекс школа-дитячий сад створює можливість для успішної адаптації учнів до школи, оскільки відбувається плавний перехід від ігрової до навчальної діяльності, підтвердженням чого є показники в нашому дослідженні.

2. Уведення в навчальний план 1-го класу трьох уроків фізичної культури, уроку ритміки, використання рекомендованого активного рухового режиму учнів, використання елементів оздоровчої системи сприяє підвищенню рівня фізичної підготовленості учнів, швидкому розвитку витривалості, швидко-силових можливостей учнів. Фізичний розвиток відносно рівномірний.

3. Оцінка стану постави дітей показала, що постава дітей 7 років досить чутлива і схильна до впливу широкого спектру гігієнічних чинників, зокрема комплексу чинників шкільного середовища. Це необхідно брати до уваги і невинно піклуватися про правильну позу, поставу, ходу учнів.

4. Зіставлення сумарних показників соматичного розвитку учнів 1-х класів не виявило зниження росто-вагових показників з початку до кінця навчального року. Судячи з показників ваго-ростового індексу, не відмічено дефіциту маси тіла, а, отже, можна говорити про гігієнічні норми навколишнього середовища та відсутність стресових чинників, які могли б призвести до відставання фізичного розвитку.

### Література

1. Гнатюк О.В. Теоретичні основи дослідження категорії здоров'я у сучасній науці // Актуальні проблеми соціології, психології та педагогіки: Матер. Всеукр. наук.- практ. конф. "Тенденції розвитку психології в Україні: історія та сучасність". – К: Либідь, 2006. – С. 323-329.



3. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации // Матер. VII Всероссийского симпозиума “Эколого–физиологические проблемы адаптации” (26 – 28 апреля 1994 года). - М., 1994. - С. 390.

4. Науменко Ю.В. Здоров'язберігаюча діяльність школи // Педагогіка. - 2005.-№ 6. – С. 83-85.

5. Севрук А.І., Юніна Е.А. Проблема формування валеологічних уявлень у молодших школярів // Наукові записки Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. акад. С.Д. Максименка. – К.: Міленіум, 2006. – Вип. 27. – С. 145.

6. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 145 с.

**Ковальова С.М., Кочетова О.М., Руднєва І.Д.**  
Харківська гімназія № 43

## **СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА В ЗАКЛАДІ ОСВІТИ ЯК ОСНОВА ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ГІМНАЗІЇ**

Головна цінність суспільства – життя й здоров'я людини. Здоров'я – це те, без чого людина не може бути щасливою. Як відомо, здоров'я можна лише сформувати, здобути шляхом цілеспрямованої напруженої праці над собою і набуттям знань. Це - знання засад здорового способу життя, тобто порядку життєдіяльності, який би зберігав і, навіть, примножував здоров'я, а не руйнував його.

Діти – майбутнє кожної держави, перспектива її економічного, соціального та духовного розвитку.

Здоров'я завжди було головним чинником безпеки нації. Але саме на початку третього тисячоліття ця істина почала звучати, як дзвін на сполох. Завдання поліпшення здоров'я школярів не може бути вирішене лише зусиллями медиків. Здоров'я має бути одним із результатів освіти.

Серйозне занепокоєння суспільства, батьків, педагогів викликає стан здоров'я дітей, зумовлений несприятливим навколишнім середовищем, погіршенням санітарно-гігієнічних умов навчання та якості медичного обслуговування, поширенням шкідливих звичок серед учнівської молоді.

За даними Міністерства охорони здоров'я, серед дитячого населення за останнє десятиріччя істотно (в 1,5 – 3 рази) зросла частота хронічних захворювань, які призводять до інвалідності. Це хвороби нервової, ендокринної, серцево-судинної, шлунково-кишкової, кістково-м'язової систем. Серед першокласників тільки 5% - 9% практично здорових дітей. Кількість хронічно хворих збільшується за роки навчання в 2,5 рази.

На думку керівництва Міністерства освіти і науки України, виправити ситуацію можна комплексом заходів, серед яких належне місце посідають заходи системи загальної середньої освіти.

*По-перше*, це створення в навчальних закладах сприятливого середовища для збереження та зміцнення здоров'я учнів.

*Другою* потужною силою формування свідомого ставлення до свого здоров'я є зміст освіти.

Тому, основним і дуже важливим джерелом формування вмінь зберігати власне здоров'я - є навчальний процес. Навчаючись, молода людина, окрім знань із загальноосвітніх предметів, має набути навички здорового способу життя та забезпечити його високу якість.

Школа - це життєвий простір дитини, в якому вона знаходиться близько 70 % свого активного часу, тому саме школа повинна давати знання та вміння організувати життя, діагностувати, берегти та поліпшувати здоров'я дитини. При цьому, на думку Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), школа є впливовим середовищем, яке може формувати і підтримувати здоров'я. Розуміння питань здоров'я молоддю, на нашу думку, може бути значно посилене шляхом створення офіційних навчальних програм певного змісту. Фізичне середовище навчального закладу може використовуватися для того, щоб в його стінах можна було втілювати в життя конкретні дії з охорони і зміцнення здоров'я. З перспективної точки зору, школа впливає на уявлення, ставлення, діяльність та поведінку не лише учнів, але й вчителів, батьків, медичних працівників і громади.

Пошуки методів освіти і виховання, форм його організації щодо збереження та зміцнення здоров'я учасників навчально-виховного процесу можуть дати позитивні результати тільки при методичній, комплексній і узгодженій роботі батьків, педагогів, психологів, лікарів, соціологів.

Означена актуальність підтверджується основними Положеннями національної Доктрини розвитку освіти України, в якій підкреслюється, що одним із пріоритетних завдань сучасної освіти є навчання людини ставленню до власного здоров'я і здоров'я інших людей як до найвищих індивідуальних і суспільних цінностей. В роботах О. Балакіревої, І. Брехмана, О. Вакуленко, В. Оржеховської, О. Пилипенко, В. Шахненка, О. Яременко та інших розглянуті питання формування здорового способу життя дітей та молоді, переорієнтації психосоціальних стереотипів мислення та дій у їх ставленні до власного здоров'я, соціально-педагогічної профілактики девіантної поведінки [1 – 4]. Різними авторами визначено поняття “здоров'я”: стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань та фізичних вад ( ВООЗ ); “многомерный динамический признак, взаимосвязанный со средой обитания (природной и социальной)” (Г.Н. Сердюковская); “состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции” (Г.И. Царегородцев) [5].

Але нерозглянутими залишились питання розробки конкретних шляхів створення здоров'язберігаючого середовища в гімназії, де має місце поглиблене вивчення окремих дисциплін, що викликає додаткове навантаження учнів.

*Метою цього дослідження є виявлення впливу особливостей навчального середовища на здоров'я учнів гімназії і побудова на цій основі моделі сучасного навчального закладу – Школа сприяння здоров'ю, а також розробка власної концепції та програми діяльності для створення здоров'язбережувального середовища.*

В основу концепції покладено принципи психології, педагогіки, інтегровані педагогічні ідеї вільного виховання Л. Толстого, В. Соловйова, Р. Штейнера, ідеї гуманного підходу Яна Амоса Коменського, ідеї виховання через середовище В. Сухомлинського, ідеї колективного виховання А. Макаренка, що дало змогу розробити концептуальну модель гімназії, яка всебічно враховує сутність, зміст, організацію, а також умови і фактори продуктивного процесу навчання і виховання здорового способу життя.

В закладі створено координаційний центр, який спрямовує, узгоджує, контролює, аналізує діяльність 10 підрозділів.

1. *Соціально-психологічна служба* – це соціально-психологічний супровід НВП, який включає роботу з учнями (діагностика, корекція, розвивальна та просвітницька діяльність); роботу з вчителями (психолого-педагогічні консилиуми, участь в педагогічних радах, семінарах, тренінгах); роботу з батьками (консультаційна та просвітницька діяльність, корекція родинних стосунків); психолого-соціальний моніторинг ефективності та результативності моделі навчального закладу – Школи сприяння здоров'ю; моніторинг психічного та соціального розвитку учасників НВП; соціально-психологічну підтримку дітей-інвалідів, дітей з вадами психічного і фізичного розвитку, їх соціальну адаптацію.

2. *Навчально-виховна система збереження здоров'я* включає в себе організацію раціонального режиму праці та відпочинку дітей та молоді; організацію роботи щодо безпеки життєдіяльності та попередження травматизму під час навчально-виховного процесу в гімназії та в позаурочний час; профілактично-оздоровчу діяльність; участь у заходах культурно-моральної орієнтації; участь у роботі центрів самоврядування; патріотичне, громадянське виховання (система заходів); реалізація системи правового виховання; естетичне, екологічне, трудове виховання (система заходів); родинне виховання – діяльність щодо розуміння домінуючої ролі сім'ї у вихованні дитини.

3. *Науково-методична кафедра з проблеми формування особистості* передбачає діяльність з розробки та впровадження здоров'язбережувальних, здоров'язміцнюючих, здоров'яформуючих освітніх технологій; проведення дослідно-експериментальної роботи зі створення комплексної системи роботи гімназії щодо збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління; організації участі учнівської молоді в розробці та впровадженні валеоекологічних проектів у межах діяльності Малої Академії Наук;

забезпечення наукової та методичної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників гімназії з питань збереження та зміцнення здоров'я дітей та молоді, формування основ здорового способу життя; проведення методичних, науково-практичних конференцій, семінарів, тренінгів для різних категорій педагогічних працівників з питань збереження, зміцнення здоров'я дітей, учнівської молоді, формування основ здорового способу життя; моніторинг академічних досягнень; реалізація програми “Обдарована дитина”; співпраця з ВНЗ, позашкільними закладами.

4. *Служба взаємозв'язків з громадськістю* – співпраця з представниками органів внутрішніх справ, Московської районної в місті Харкові ради, центром соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, міського центру зайнятості, навчальних закладів – ШСЗ, дитячих садків, спортивних шкіл, лікувальних установ.

5. *Медична служба* включає зміцнення матеріально-технічної бази медичного кабінету гімназії сучасним обладнанням та медикаментами; удосконалення системи медико-профілактичних заходів із попередження захворювань учасників навчально-виховного процесу в умовах навчального закладу; проведення щорічних медичних оглядів учасників навчально-виховного процесу та забезпечення якості регулярної диспансеризації; моніторинг стану здоров'я учнів.

6. *Батьківський комітет* організовує просвітницьку діяльність серед батьків (семінари, лекції); профілактичну діяльність девіантної поведінки серед учнів та батьків; спільні позакласні заходи щодо пропаганди здорового способу життя.

7. *Кафедра ОБЖ* здійснює валеологічне виховання; проводить бесіди, години спілкування з БЖ; пропонує введення в варіативну частину навчального плану спеціальних предметів, факультативів, тренінгів з формування практичних навичок здорового способу життя та корекції шкідливих звичок у дітей і реалізує її.

8. *Господарча служба* відповідає за відповідність санітарно-епідеміологічним нормам, освітлення приміщень та повітряно-температурний режим в закладі.

9. *Кафедра фізичного виховання* відповідає за уроки фізичної культури; секції, гуртки спортивного напрямку; спортивні змагання, спортивні свята; Дні здоров'я; фізкультхвилинки; ранкову зарядку для учнів 1-4 класів; рухливі перерви.

10. *Учнівська Рада лідерів дитячо-юнацького об'єднання “Сузір'я – 43”* координує та спрямовує роботу центрів: навчально-пізнавального “Інтелектуал”, суспільно-корисної діяльності, спортивно-оздоровчого “Здоров'я”, творчого розвитку “Шанс”.

Всі суб'єкти діяльності ведуть роботу, спрямовану на формування здорової, здатної до самоактуалізації особистості. В її основі – аналіз попереднього досвіду нашої школи та інших закладів з виховання здорового способу життя і превентивного виховання, вивчення нових технологій,

діагностика та моніторинг розвитку і стану здоров'я усіх учасників навчально-виховного процесу.

*Основними педагогічними стратегіями*, які закладено у концепцію діяльності та розвитку гімназії № 43, є стратегії: індивідуально орієнтованого навчання; індивідуальної педагогічної підтримки; використання новітніх інформаційних технологій навчання; педагогіки співробітництва та колективної творчості; навчання в процесі роботи, спілкування.

Спираючись на зазначені вище визначення поняття “здоров'я”, сформульовано загальну стратегію створення здоров'язбережувального середовища: Школа сприяння здоров'ю – це навчально-виховний заклад, всі структури якого спрямовані на фізичний, психічний, духовний і соціальний розвиток особистості, вироблення у неї навичок охорони власного життя і здоров'я, виховання екологічної культури.

*Головна мета* нашого закладу як Школи сприяння здоров'ю полягає у створенні умов для самореалізації особистості, орієнтованої на ідеал здоров'я; вихованні свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших, як найвищої соціальної цінності.

*Провідними ідеями* вважаємо:

1. Ідею “комфортності” – дуже важливо, щоб у школі панувала атмосфера добра, взаєморозуміння, творчого співробітництва.
2. Ідею цінності категорії здоров'я.
3. Ідею наступності духовних та культурних традицій Слобожанщини.
4. Ідею гармонії особистості з природою.

Провідні ідеї, які визначають *зміст роботи* Школи сприяння здоров'ю, це – ціннісне ставлення до дитини; захист прав і свобод дитини; збереження фізичного і психічного здоров'я дитини; виховання здорового способу життя; усвідомлення культури здоров'я як складової світогляду національно свідомої особистості; надання дитині простору для саморозвитку.

*Основними принципами* діяльності гімназії як Школи сприяння здоров'ю є:

*Принцип науковості*, згідно з яким на основі сучасних наукових досягнень у біології, екології, фізіології, психології, фізичної культури та медицини визначаються норми здорового способу життя, розробляються технології вивчення людини її життя, здоров'я.

*Принцип гуманізації*, згідно з яким центром виховного процесу є особистість суб'єкта, його індивідуальність, розвиток, а також забезпечення умов для збереження та зміцнення його здоров'я.

*Принцип демократизації*, який передбачає встановлення суб'єкт-суб'єктних відносин між педагогом та учнем, що сприяє духовному зростанню останнього та забезпеченню психологічно комфортної обстановки.

*Принцип природовідповідності* реалізується шляхом вивчення закономірностей включення людини в систему природних процесів. Навчальна діяльність, як зазначили видатні педагоги Ж.-Ж. Руссо, Я. Коменський, К. Ушинський, повинна організовуватися відповідно до природи людини та її вікових особливостей.

*Принцип діяльнісного підходу*, відповідно до якого людина розглядається як така, що змінюється залежно від умов та характеру діяльності, зусиль, яких вона вимагає, ступеня використання психофізичних механізмів. Отже, перетворення людини визначається особливостями діяльності, яку вона здійснює.

*Принцип інтегративності* передбачає виховання учня протягом усіх вікових етапів шкільного життя.

*Принцип комплексності* забезпечує реалізацію концепції у поєднанні з діяльністю інших суб'єктів оздоровчо-профілактичної роботи;

*Принцип етичності*, який передбачає забезпечення моральних основ діяльності, відображення її гуманного характеру, опору на позитивний потенціал особистості, збереження конфіденційності;

*Принцип гармонізації* родинного і суспільного виховання реалізується через організацію педагогічного всеобучу батьків, об'єднання і координацію зусиль усіх суспільних інституцій.

Саме тому, педагогічний колектив гімназії обрав педагогічні та загальнолюдські гасла: “не зашкодь” (збереження психічного і фізичного здоров'я дитини); “надаючи знання, не забирай здоров'я” (дотримання правил педагогічної гігієни); “немає останнього часу роботи учителя, а є остання на сьогодні проблема дитини” (реалізація педагогічної підтримки); “здоров'я дитини – це ключ до здоров'я дорослої людини”.

Було розроблено Програму діяльності Школи сприяння здоров'ю на період з 2004 по 2010 р.р.

Відповідно до мети Програми *головними напрямками діяльності* є: організаційна діяльність, науково-методичний супровід процесу формування в підростаючого покоління основ здорового способу життя; аналітико-експертна діяльність.

У межах діяльності закладу як Школи сприяння здоров'ю передбачено широке коло додаткових можливостей задоволення освітніх потреб:

- школа розвитку майбутніх першокласників “Дошколярик” сприяє якнайповнішому розкриттю здібностей дитини, допомагає їй опанувати навички лічби, письма, читання;
- центр “Зернятко” сприяє всебічному розвитку природних обдарувань, нахилів та інтересів молодших школярів;
- центр “Інтелектуал” має на меті розвиток інтелекту, творчих та розумових здібностей учнів 5-9 класів, необхідних для становлення самобутньої особистості;
- наукове товариство старшокласників готує учнів до навчання у ВНЗ, дає можливість вдосконалити себе кожному, зануритися у пошукову, науково-дослідницьку діяльність; гімназисти мають можливість обирати тему дослідницької роботи та вчителя-консультанта, який допоможе їм у підготовці;
- виховний центр творчості “Шанс” (танцювальний ансамбль, театральна студія, хоровий колектив, товариство „Бібліограф”, студія образотворчого мистецтва) сприяє розвитку естетичних здібностей та емоційного інтелекту;

- центр “Здоров’я” (спортивні секції, туристично-краєзнавчий гурток, клуб “Майбутній воїн”) забезпечує і підтримує здоров’я учнівського та педагогічного колективів.

З 2005 року налагоджено співробітництво між педагогічним колективом гімназії та науковцями Інституту охорони здоров’я дітей та підлітків АМН України.

Розроблені та впроваджуються в навчально-виховний процес: програма “Крок до школи” з розвитку психологічної готовності до школи дітей 6-го року життя (під час підготовчих занять центру “Дошколярик”); програма роботи тренінгової групи корекційного впливу на підлітків з агресивною поведінкою.

З 2004 року впровадження профільного та допрофільного навчання відбувається з урахуванням результатів анкетування учнів, їх батьків та вчителів, а не лише з урахуванням наявності педагогічних кадрів та матеріально-технічного забезпечення закладу.

Впровадження поглибленого вивчення англійської мови в початковій школі, відкриття гімназичних класів сприяє розвитку індивідуальних здібностей та талантів учнів закладу.

Організовано роботу учнівської організації “Сузір’я-43”. Систему виховної роботи гімназії, основу якої складає саме робота органів учнівського самоврядування, відзначено у 2006 році управлінням освіти і науки Харківської обласної державної адміністрації (Грамота за I місце).

Завдяки співробітництву гімназії з клубом “Силует”, ДЮСШ № 13, 4 міським дитячим палацом культури збільшилась кількість гуртків, секцій, центрів, спрямованих на збереження та формування фізичного, психічного та духовного здоров’я дитини.

Проводиться аналіз динаміки стану здоров’я дітей за даними моніторингу здоров’я.

Упродовж останніх 3-х років проводиться соціально-психологічний моніторинг мікроклімату в школі та класах на основі аналізу даних соціометричних досліджень (психологічне анкетування)

З метою охоплення дітей змістовним дозвіллям, попередженням дезадаптації при переході з початкової до середньої ланки навчання, забезпечення дітей гарячим харчуванням, попередження наркотизації молодіжного середовища та бездоглядності, попередження підліткової злочинності збільшено кількість груп продовженого дня. Так, у 2009-2010 н. р. працювала 1 ГПД, а у 2010-2011 н. р. – 3 групи.

З 2003 року у нашому навчальному закладі активно реалізується програма “Сприяння просвітницькій роботі “Рівний - рівному» щодо здорового способу життя серед учнівської молоді”.

З 2005 року заклад працює в одну зміну. Переобладнано методичний кабінет, майстерні, створено малий спортивний зал, що дозволило збільшити кількість навчальних кабінетів.

Упродовж останніх років у варіативній частині робочого навчального плану передбачено для учнів 10 класів факультативний курс “Психологія особистості”.

Організуючі діяльність учнів на уроках, в позаурочний час, при проведенні виховних заходів педагоги нашої гімназії беруть до уваги такі складові особистості:

1. Когнітивну – (що я знаю про дану проблему?) вплив здійснюється через передачу цільовій групі достовірної правдивої інформації. Реалізація впливу відбувається через розробку адекватних шкільних заходів, програм, посібників, інших ресурсних матеріалів.

2. Емоційну – (як я реагую на інформацію про дану проблему?) вплив надається через емоційні форми подачі інформації, різноманіття навчального матеріалу, активне використання ресурсних матеріалів, навчання на конкретному досвіді, ситуаціях і прикладах з життя школярів або представників інших цільових груп.

3. Мотиваційну – (для чого мені необхідні знання, які я отримав?) вплив спрямований на внутрішню позицію школяра. Необхідно забезпечити надходження інформації в систему мотивації дитини. Створити умови і можливості для переоцінки, формування внутрішньої позиції та переконань щодо проблеми. Формування потреби бути здоровим. Головна умова – врахування вікових особливостей кожної цільової групи.

4. Духовно-ціннісну – (яке місце в системі моїх цінностей і переконань займає дана проблема?) вплив здійснюється на світоглядні позиції учня. Необхідно забезпечити дитину розумінням цілісності світу, необхідності жити за законами Всесвіту.

5. Поведінкову – (що я обираю? Як мій вибір підтверджується в щоденних ситуаціях?) вплив відбувається на рівні вибору школяра та його підкріплення в щоденних ситуаціях, який передбачає створення своєрідних “пунктів” підтримки у школі для проявів дієвості отриманих знань та сформованих мотивацій до здоров’я.

#### Висновки.

1. Організація діяльності Школи сприяння здоров’ю дозволяє здійснити зв’язок внутрішнього вибору школяра (перегляд цінностей, світоглядних позицій щодо здоров’я) та його зовнішніх проявів (поведінка, підтверджена в різних життєвих ситуаціях, набуття позитивного життєвого досвіду), що робить отримані знання дитини більш дієвими та потрібними в житті.

2. Для того, щоб приймати правильні рішення стосовно свого здоров’я людина має володіти добре збалансованими знаннями, інформацією та навичками збереження власного здоров’я. Освіта – це один із визначальних чинників здоров’я. Створення середовища, яке сприятиме розвитку пізнавальних інтересів та ознайомленню з навколишнім світом – одне з основних завдань гімназії.

3. Спільна діяльність психологів, учителів, учнів, батьків, впровадження програми “Сприяння просвітницькій роботі “Рівний – рівному” щодо здорового



способу життя серед учнівської молоді”, яка спрямована на підвищення знань, умінь, навичок здорового способу життя підлітків та має на меті попередження небезпечної поведінки, допомагає дітям докорінно змінити споживацький підхід до здоров’я й переорієнтувати їх на здоровий спосіб життя.

4. Науково-дослідна та експериментальна робота психологів і вчителів з питань збереження та зміцнення здоров’я дітей та молоді, формування основ здорового способу життя сприяє зростанню професійної компетентності, активному впровадженню здоров’язбережувальних технологій у практичну діяльність предметних методичних об’єднань, участі у науково-практичних конференціях та семінарах різних рівнів, співпраці педагогів з педагогічними видавництвами, ВНЗ.

5. Впровадження пропонованої моделі сучасного закладу – Школи сприяння здоров’ю – сприяє одержанню в результаті наступної моделі випускника школи: має свідомо сформовані навички здорового способу життя; оволодів базовим рівнем знань, що передбачений державним стандартом; навчився самостійно приймати рішення, дбає про зміцнення здоров’я; має власну національну гідність, внутрішню свободу, готовий до праці в ім’я України; поважає закон, знає права й обов’язки громадян України, глибоко усвідомлює взаємозв’язок між діями свободи, правами людини та її громадською відповідальністю; володіє культурою спілкування; відданий ідеалам Добра, Правди, Свободи; вміє свідомо й інтелектуально повноцінно використовувати вільний час з метою гармонійного саморозвитку, самовдосконалення, зміцнення здоров’я; має сформоване почуття відповідальності за природу як національну та загальнолюдську цінність, основу життя на Землі.

### Література

1. Формування здорового способу життя молоді: проблеми і перспективи /О. Яременко, О. Балакірева, О. Вакулєнко та ін. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2000. – 207 с.
2. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – М.: Просвещение, 1990. – 236 с.
3. Оржеховська В.М., Пилипенко О. І. Превентивна педагогіка: Науково-методичний посібник /АПНУ Інститут проблем виховання. – Ізмаїл: СМІЛ, 2006. - 283 с.
4. Шахненко В. І. Наукові основи формування здорового способу життя учнів // Проблеми освіти: Науково-методичний збірник. - Випуск 48. – С. 78-83.
5. Шахненко В. І. Формування основ здорового способу життя учнів початкової школи: Теорія і практика (дидактичний аспект). - Х., 2007. – 304 с.

## СИНЕРГЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ОЗДОРОВЧОЇ СТРАТЕГІЇ НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ УЧНІВ У МЕРЕ'ЯНСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ЛІЦЕЇ

Мереф'янський медичний ліцей – творча лабораторія, метою якої є максимальне використання фахових можливостей учителів для довузівської підготовки майбутніх спеціалістів у галузі охорони здоров'я та всебічного розвитку індивідуальних особливостей учнів, зміцнення їхнього фізичного, психічного, духовного, соціального здоров'я. Педагоги закладу впевнені, що сучасна людина опинилася перед необхідністю жити у складному, багатовимірному соціумі, брати участь у функціонуванні різних соціальних спільнот та залучатися водночас до різних видів діяльності. Таке завдання під силу компетентній особистості, здатній берегти, зміцнювати фізичне, соціальне, психічне, духовне здоров'я своє й оточуючих. Ця ідея знайшла відображення у Державних стандартах загальної середньої освіти, Критеріях оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти, програмах для загальноосвітніх навчальних закладів. На думку багатьох вчених, *здоро'язберігаюча компетентність* є комплексною характеристикою, яку складно обмежити, оскільки увесь досвід, яким володіє особистість, можна віднести до даної сфери. За Критеріями оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти, ця компетентність розглядається як здатність вести здоровий спосіб життя у фізичній, соціальній, психічній і духовній сферах. Керуючись резолюцією конференції Європейської мережі шкіл сприяння здоров'ю 1997 р., яка проголосила, що *кожна дитина та молода людина в Європі мають право та повинні мати змогу дістати освіту з питань охорони здоров'я в школі*, ми схильні вживати термін “*Валеологічна компетентність*”, який передбачає, окрім названого, науково обгрунтоване стійке бажання зберігати і зміцнювати фізичне, соціальне, психічне й духовне здоров'я. Тому з 2003 року заклад працює за моделлю Школи сприяння здоров'ю. Розв'язання науково-методичної проблеми “*Синергетичний підхід до оздоровчої стратегії навчання та виховання*” дозволив колективу чітко і правильно спланувати діяльність, організувати медико-педагогічний контроль за її виконанням, впровадити синергетичну інтеграцію дій педагогічного, учнівського, батьківського колективів з метою створення середовища, в якому формується свідома здорова особистість, орієнтована на життєвий успіх і готова до життєдіяльності в соціумі. Синергетика освіти потребує інтеграції різних галузей знань, навчальних курсів у глобальні проблеми сучасної цивілізації. Це продиктовано необхідністю змінювати психологію сучасної молоді людини, адаптувати до умов ринкової економіки її ділові здібності, орієнтувати на новий рівень спілкування і навчання в сучасних умовах життя. Застосування досягнень синергетики до реформування освітньої системи наближає нас до всебічно розвиненої особистості учня, адже ефективно

навчання відбувається лише за умови самонавчання і самоорганізації. У результаті учень набуває все нових і нових фахових компетентностей.

Для формування валеологічної компетентності учнів не достатньо програм предметів інваріантної складової навчального плану і широкої системи позакласної і виховної роботи з формування основ здорового способу життя. До такого висновку прийшли педагоги Мереф'янського медичного ліцею Харківської районної ради Харківської області, спираючись на досвід діяльності школи сприяння здоров'ю, яка існує на основі Статуту, Концепції, Програми діяльності. Моніторинг захворюваності учнів мав стійку тенденцію до збільшення числа захворювань серед учнів старших класів. Пошук причин спонукав звернутися до різного роду досліджень. Серед них – визначення рівня психологічної тривожності за методикою Кондаша, результати якої представлені на рис. 1. Вони засвідчили наявність в учнів тривожності високого рівня, породженої постійною невдоволеністю, емоційною нестійкістю, напруженістю, а в результаті порушенням у стані здоров'я і низьким рівнем працездатності.

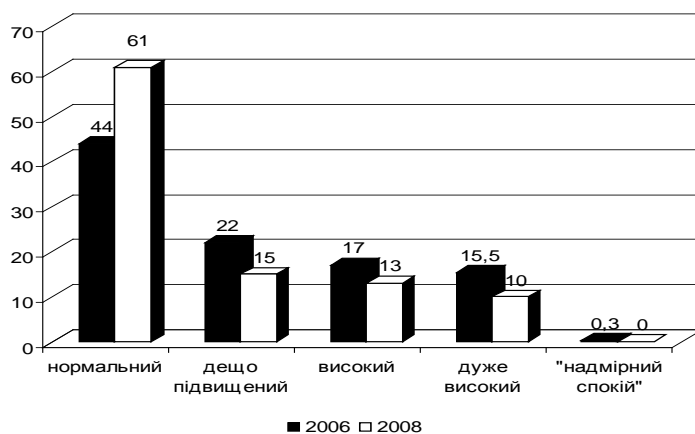


Рис. 1. Рівень психологічної тривожності учнів (за методикою Кондаша)

Оцінка сформованості гігієнічних навичок у школярів за методикою Г. Даниленка показала наявність незадовільного і поганого рівня (рис. 2).

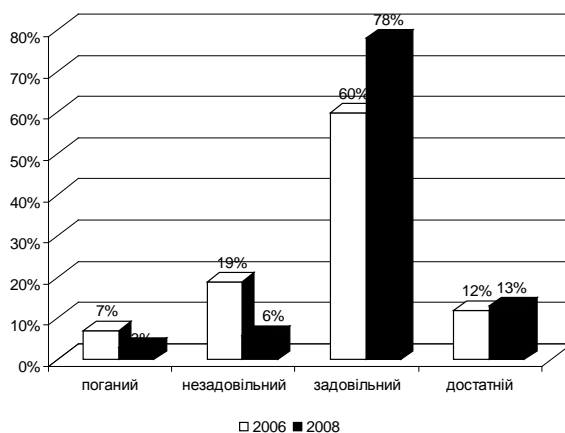


Рис. 2. Оцінка сформованості гігієнічних навичок у школярів

З метою усунення названих факторів негативного впливу існуючу концептуальну модель школи сприяння здоров'ю удосконалено з урахуванням *синергетичного підходу до формування валеологічно компетентної особистості учня* (рис. 3). Це визначає створення у ліцеї здоров'язбережувального освітнього простору, в якому педагоги, практичний психолог, фахівці медичної галузі, батьківська громада узгоджено вирішують пов'язані зі збереженням здоров'я завдання і беруть на себе відповідальність за результати. Такі функції виконує створена у ліцеї *кафедра здоров'я*. До її складу ввійшли представники педагогічного колективу, батьківської громади, медичних, наукових установ, органів місцевого самоврядування, закладів, що забезпечують охорону життя і здоров'я населення. Організовано наукову підтримку співробітників кафедри гігієни дітей шкільного віку Харківського інституту охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України, Мереф'янської центральної районної лікарні; Національної фармацевтичної академії України; коледжу Національної фармацевтичної академії України; Харківського національного медичного університету, коледжу медичного університету, Харківського коледжу медичного обладнання.

Діяльність кафедри спрямована на забезпечення здорового способу життя для всього шкільного контингенту шляхом створення середовища, яке сприяє зміцненню здоров'я, тобто здорового, безпечного соціального, психологічного, фізичного середовища навчально-виховного процесу.

У зв'язку з цим відповідно до вікових особливостей розвитку дітей у Мереф'янському медичному ліцеї - чотириступенева система організації навчально-виховного простору. З метою безболісної адаптації до навчання у школі для п'ятирічних дітей, які не відвідують дошкільні навчальні заклади, працює Школа раннього розвитку за авторською програмою заступника директора ліцею з навчально-виховної роботи О.Хлевицької "Від дитинства до школи". На базовому рівні у 1-4 класах психологічне відділення кафедри здоров'я починає комплексний моніторинг захворюваності учнів і дослідження їхніх індивідуальних психофізіологічних особливостей для врахування індивідуальних стилів та можливостей учнів при створенні середовища для вибору способів навчальної діяльності.

На базовому рівні у 1-4 класах психологічне відділення кафедри здоров'я починає комплексний моніторинг захворюваності учнів і дослідження їхніх індивідуальних психо-фізіологічних особливостей для врахування індивідуальних стилів та можливостей учнів при створенні середовища для вибору способів навчальної діяльності.

На вибірково-конструктивному рівні у 5-9 класах учні мають можливість поглибити знання про свій організм і його здоров'я на заняттях факультативів за програмами, адаптованими і створеними навчальним відділенням кафедри здоров'я: "Біологія і комп'ютер", "Ритміка для школярів" (авторська програма вчителя фізкультури О.Рубан);

"Вокальне виховання (Бережливе ставлення до голосу)" (авторська програма учителя музичного мистецтва Л.Колісник), "Пластична анатомія

живої природи” (авторська програма учителя образотворчого мистецтва І. Метлуха), “Хімія в побуті”, “Хімія і довкілля”, “Основи мікробіології і вірусології”. У комплексі з виховною і профілактичною роботою за ліцейними програмами “Здоровий мікроклімат”, “Хочу бути здоровим” це створює сприятливі умови для свідомого вибору учнями у майбутньому медичного профілю навчання. На професійно-творчому рівні у 10-11 класах організація профільної діяльності відбувається за рахунок введення до навчального плану таких спецкурсів: “Загальна гігієна з основами екології”, “Основи фармацевтичних знань”, “Основи медичних знань”, “Безпека харчування”, “Інформаційна культура”. Програми вказаних спецкурсів стали об’єктом експериментально-дослідної роботи “Формування валеологічної компетентності учнів шляхом викладання спецкурсів медичного профілю” у рамках теми “Система роботи педагогічних колективів і загальноосвітніх навчальних закладів І-ІІІ ступенів Харківської області щодо збереження і зміцнення здоров’я дошкільників та учнів”.



Рис. 3. Концептуальна модель Школи сприяння здоров'ю Мереф'янського медичного ліцею

На базі кафедри здоров'я створено *систему валеологічного супроводу* навчально-виховного процесу, який передбачає декілька напрямів: врахування профілю особистості учня; створення умов для рухової активності учнів; рефлексивність уроку; позитивна мотивація діяльності; збагачення навчальних програм валеологічним змістом.

Такі чинники позитивно впливають на процес формування валеологічної компетентності. Підтвердженням цьому є психолого-педагогічне дослідження “Самооцінка учня як компетентного випускника”, під час якої 79% 11-класників виокремили знання про збереження здоров'я пріоритетними для себе. У 2006 році цей показник складав 53%.

Мереф'янський медичний ліцей – базовий навчальний заклад з організації мережі шкіл сприяння здоров'ю Харківського району. Його заклад-супутник ДНЗ № 1 міста Мерефа знаходиться на етапі становлення і готовий до інноваційних змін. У ліцеї проводяться науково-практичні конференції, семінари, фестивалі для вчителів міста Мерефа, Харківського району та Харківської області. На десятій ювілейній виставці “Освіта України” матеріали Мереф'янського медичного ліцею з досвіду роботи за моделлю школи сприяння здоров'ю були оцінені почесним званням “Лідери освіти”. Педагогічні напрацювання з досвіду формування здорового способу життя учителів ліцею постійно друкуються в освітянській пресі. У 2008, 2009, 2010 роках лауреатами обласного конкурсу “Учитель року” ставали вчителі ліцею з досвідами впровадження оздоровчої стратегії у навчально-виховний процес. Робота педагогічного колективу отримала схвальні відгуки Мереф'янської міської ради, батьківської громади, Мереф'янської центральної районної лікарні та інших установ.

Результати проведеної роботи дають підстави стверджувати, що синергетичний підхід до оздоровчої стратегії навчання та виховання учнів є інноваційним засобом удосконалення освітнього процесу, здатним оптимально забезпечити формування валеологічної компетентності і свідомого бажання учнів вести здоровий спосіб життя.

**Комісова Т.Є., Голуб В.А.**  
Луганський національний університет  
імені Тараса Шевченка

## **ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ТА СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЩО МЕШКАЮТЬ У МІСТІ ХАРКІВ**

Фізичний розвиток (надалі ФР) – це комплекс морфофункціональних ознак організму людини детермінованих генетичними та середовищними факторами, що визначають рівень соматичного здоров'я індивіда та відповідність біологічного віку паспортному в момент обстеження [2]. Рівень ФР є одним з показників здоров'я дитини, але при проведенні профілактичних оглядів

школярів рівень ФР, його гармонійність не визначається і в основних показниках здоров'я населення не враховуються. Групова оцінка рівня ФР колективів взагалі не проводиться. Відомо, що постійних та єдиних стандартів антропометричних показників для всіх дітей бути не може, тому що вони змінюються в залежності від соціально-побутових умов життя людей, стану навколишнього середовища та ін., та повинні оновлюватись кожні 5–7 років [3].

Використовувались такі загальноприйняті методи вимірювання: антропометричні – зріст, вага, обхват грудної клітки (надалі – ОГК), фізіометричні – сила м'язів. Рівень ФР визначався за допомогою таблиць-шкал регресії, гармонійність ФР – за допомогою центильного методу оцінки. Статистична обробка результатів проводилась за Т-критерієм Стюдента. Дослідження проводилось на базі Харківської гімназії II-III ступенів № 47. Всього нами було обстежено 203 дитини (94 хлопчики та 109 дівчаток і дівчат).

На основі показників зросту, ваги та ОГК учнів середнього та старшого шкільного віку, які представлені в табл. 1 була визначена гармонійність ФР за допомогою центильного методу.

Таблиця 1.

Показники ФР дітей середнього та старшого шкільного віку

Вік, років	Зріст, см		Вага, кг		ОГК, см		Сила м'язів, кг	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
11	145,4 ±1,07	145,2 ±0,7	37,4 ±1,02	36,2 ±0,88	68,1 ±1,26	65,2 ±0,93	16,2 ±0,7	13,2 ±0,7
13	166,8 ±1,03	161,5 ±1,69	54,0 ±0,96	51,7 ±0,98	74,2 ±1,06	71,4 ±1,6	30,0 ±0,9	20,8 ±1,3
16	180,5 ±1,55	165,7 ±1,56	68,4 ±3,5	55,4 ±1,93	81,9 ±1,87	76,2 ±0,96	41,6 ±2,68	21,0 ±0,93

У більшості досліджуваних дітей (41%) був встановлений гармонійний ФР. Дисгармонійність та різка дисгармонійність у переважної більшості обстежуваних встановлена за рахунок вузького ОГК та низької ваги тіла відносно інших показників антропометрії. Узагальнені дані відносно гармонійності ФР наведено на рис. 1.

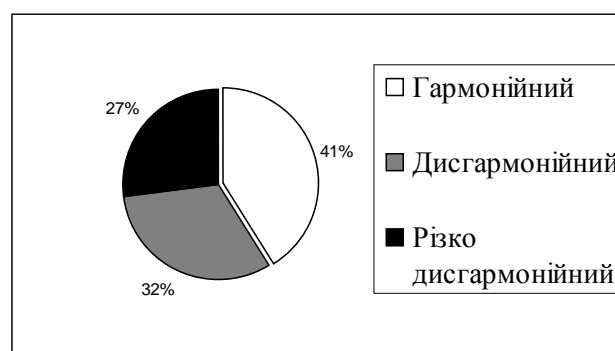


Рис. 1. Фізичний розвиток дітей середнього та старшого шкільного віку

При оцінці ФР за шкалою регресії було встановлено, що ФР дітей середнього та старшого шкільного віку, які проживають у місті, розподілений в кожній статеві-віковій групі згідно параметрам кривої нормального розподілу, а саме: більшість (68%) має “середній” ФР, 22 % – “вище середнього”, 7 % – “високий” та 3 % – “нижче середнього”.

Також нами була зроблена порівняльна характеристика ФР сучасних дітей з їх однолітками, що обстежувались п’ятдесят років тому (антропометричні показники їх ФР були отримані шляхом аналізу відповідних літературних джерел) [1]. Узагальнені дані наведені в табл. 2.

Таблиця 2.

Порівняльна характеристика антропометричних показників сучасних дітей з їх однолітками, що обстежувались п’ятдесят років тому в м. Харкові

Вік, років	Стать	Зріст, см		Вага, кг		ОГК, см	
		1960р.	2009р.	1960р.	2009р.	1960р.	2009р.
11	♂	143,0	145,4	36,5	37,4	68,5	68,1
	♀	143,4	145,2	37,5	36,2	68,5	65,2
13	♂	154,3	168,5	44,3	54,0	73,6	74,2
	♀	155,3	161,0	47,7	51,7	76,2	71,4
16	♂	170,9	180,0	62,7	68,0	85,7	81,9
	♀	161,2	165,7	56,4	55,4	81,4	76,2

Як ми бачимо з табл. 2, у дітей одинадцяти років антропометричні показники майже не відрізняються, а в деяких випадках співпадають. Сучасні хлопчики тринадцяти років за антропометричними показниками значно відрізняються від своїх однолітків, які жили п’ятдесят років тому, оскільки їх зріст та вага тіла більші, відповідно на 14 см та 10 кг. Але за показником ОГК хлопчики 13 років майже однакові. Антропометричні показники сучасних дівчат тринадцяти років також дещо вищі порівняно із показниками їх однолітків, які були виміряні в 1960 році. Так, показники зросту та ваги в середньому на 5 см та 5 кг є більшими.

Зріст сучасних хлопчиків шістнадцяти років значно вищий (на 10 см) порівняно з їх однолітками 1960-го року дослідження й вага тіла на 5 кг також є більшою. ОГК, навпаки, на 4 см є меншим у сучасних хлопчиків порівняно з їх однолітками, обстежених в 1960 році. Проте, дана обставина пояснюється закономірністю, відповідно до якої при збільшенні зросту ОГК знижується. Дівчата 16 років за антропометричними показниками не відрізняються лише за вагою тіла, яка є майже однаковою в обох досліджуваних групах. Зріст та ОГК певною мірою відрізняються у сучасних дівчат порівняно з їх однолітками, які обстежувались в 1960-му році. Так, їх зріст 5см є більшим, а вага є меншою на 5кг, зменшується й ОГК.



На підставі аналізу ФР учнів 1960 року обстеження та сучасних школярів можна зробити наступні висновки: фізичний розвиток сучасних дітей одинадцяти років і обстежених у 1960 році майже не відрізняється; можна припустити, що у сучасних дітей 13-ти та 16-ти років відбуваються акселераційні зміни порівняно з їх однолітками, що обстежувались 50 років тому.

#### **Література**

1. Оценочные таблицы физического развития и артериального давления детей школьного возраста г. Харькова. – Х., 1969. – 38 с.
2. Україна, здоров'я нації: Український інститут громадянського здоров'я // Експерт. - № 2. - 2007. – 60 с.
3. Яремко Є.О. Вовканич Л.С. Фізіологічні проблеми діагностики рівня соматичного здоров'я. – Львів, 2009. – 76 с.

**Коробко О.О., Ващенко О.В.**

Черкаський національний університет імені Б. Хмельницького

### **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК ТА СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Сьогодні проблема здоров'я людини належить до кола глобальних проблем людства. Статистичні дані свідчать про невпинне погіршення здоров'я української нації. Серед багатьох причин такого стану, на думку В. Бобрицької, В. Оржеховської та інших, є непоінформованість та ведення нездорового способу життя, при якому відмічається стрімке поширення шкідливих звичок у молодіжному середовищі, які відносяться до “соціальних захворювань”.

Під цим поняттям розуміється тютюнопаління, алкоголізм, вживання алкоголю, токсикоманія, наркозалежність, венеричні захворювання, ВІЛ-інфекція та СНІД, а також інші проблеми, які мають суспільний характер, і уражають не тільки окремих людей, а й цілі покоління, ставлячи під загрозу майбутнє нації та людства загалом.

Актуальність висвітлення цієї теми не викликає сумніву, оскільки з кожним роком все більше і більше людей є заручниками шкідливих звичок, стаючи спочатку просто в'язнем звичок, а згодом втрачаючи всі людські чесноти - звичка стає самим життям особи, руйнуючи при цьому долю людини й долю оточуючих.

Робота виконана під керівництвом кандидата педагогічних наук, доцента кафедри анатомії та фізіології людини і тварин Черкаського національного університету О.М. Бондаренко Мета роботи висвітлити рівень обізнаності молоді в даній проблемі, а також спробувати визначити найефективніші шляхи донесення інформації до суспільства з метою запобігання поширення шкідливих звичок у майбутньому.

Для досягнення поставленої мети використовувалися анкетування, проведення лекцій–діалогів та бесід в різних вікових групах. Наймолодшою віковою групою були школярі 7-х класів Фізико математичного ліцею м. Черкас, найстаршою – студенти I, II, III-го курсів навчально-наукового Інституту природничих наук Черкаського національного університету. Саме студенти-природники повинні значно краще орієнтуватися у питаннях впливу шкідливих звичок на організм людини, оскільки вони маю добру базу знань в галузі біології. На жаль такої тенденції не спостерігалось, то що ж можна говорити про студентів, які не мають достатньої базової біологічної освіти.

За рахунок різниці у віці ми змогли простежити динаміку поширення цієї проблеми серед різних вікових груп. Загальна кількість анкетованих 137 осіб, відповідно аудиторія 7-го класу становила 17 осіб, I-го курсу - 42 особи, II-го курсу - 33 особи, III-го курсу - 45 осіб. Також, проводячи лекції, бесіди з респондентами, ми змогли отримати загальну картину думок і переконань за певними аспектами даної проблеми вікових груп.

Питанням вивчення причин поширення і вживання алкоголю та тютюну у молодіжному середовищі присвятили свої дослідження І. Орлова, Р. Теперик та інші; проблема профілактики адиктивної поведінки - поведінки, що виникає в результаті зловживання різними речовинами (в тому числі алкоголю і тютюну), що змінюють психічний стан людини, є предметом дослідження М. Котової, І. Шльоміної та інших; вплив нездорового способу життя молоді на стан її здоров'я вивчається Л. Ключковою, Н. Бондарчук та іншими.

Під способом життя розуміється стійка типова форма життєдіяльності особистості і спільнот зокрема, їх входження в соціум, типові взаємодії індивіда з суспільством і групових стосунків з групами людьми тощо. Йдеться про звички, традиції, стереотипи поведінки, які визначають взаємозалежність між індивідом та його оточенням. Відносини особи з іншим особинами, які її оточують, яскраво виражено в молоді, відповідно саме цей клас був взятий нами до загального огляду і проведення статистичних вимірювань.

Виокремлюють різні види способу життя. При цьому основою можуть слугувати певні системи соціально-культурних цінностей, розуміння норм, коло спілкування, інтереси, потреби і способи їх задоволення та ін. Приміром, здоровий спосіб життя передбачає правильне харчування, дотримання правил і норм гігієни, наявність умов на роботі й удома, заняття спортом, мінімальна або повна відмова від вживання алкоголю, тютюну, а тим більше наркотичних речовин. Стосовно профілактичних заходів щодо здоров'я, то вони є основою гігієни й полягають у забезпеченні науково обґрунтованих вимог, дотримання яких сприяє нормальному функціонуванню організму [1].

На думку І. Орлової, серед основних причин виникнення шкідливих звичок у молоді виділяють: середовище спілкування, в якому вони знаходяться, виховання і контроль з боку батьків, відповідний контроль з боку держави, зокрема не контрольований продаж алкоголю, тютюну і розповсюдження наркотичних речовин. Розглянемо кожний фактор окремо.

Середовище спілкування – це один з найголовніших факторів, який формує свідомість і світогляд, відповідно допомагає зайняти свою соціальну нішу в житті. Зокрема, саме спілкування – основний метод не тільки передачі та обміну інформації, але й впливу на іншу особу. При спілкуванні осіб в групах часто ніхто не хоче відокремлюватись і відрізнитись один від одного, відповідно до цього, людина, яка проводить достатньо часу в групі людей, котрі палять, піддається психологічному тиску й сама може розпочати палити. Іноді у підлітків, котрі палять, спостерігається не зрозуміла річ, яка проявляється в тому, що вони свідомо змушують палити інших, ніби обґрунтовуючи це тим, що це стильно, модно, “круто”. На жаль, у великої кількості людей сформулювалось хибне уявлення про святкування різних свят, яке не можливе без вживання різних алкогольних речовин. Можна відзначити і те, що алкогольна залежність, а зокрема і “пивна”, знаходиться на перших місцях по загальному рейтингу залежностей в державі.

Виховання і контроль з боку батьків є важливим фактором, який допомагає, по-перше сформувати свідомість і важливу якість кожної особи, зокрема, протистояти впливу різних людей на провокації щодо вживання тютюну, алкоголю, наркотичних речовин тощо; в процесі виховання потрібно чітко роз’яснити дитині про шкідливість і можливі наслідки згубних звичок. Виховання батьків не повинно розпочинатись тільки після того моменту, коли дитина запитає: “що це?”, адже найголовніше у вихованні не тільки те, щоб повідомити, але й своєчасно застерегти від можливих наслідків. Батьківський контроль – це найголовніший контроль за станом своєї дитини. Для стабільнішого контролю батьки можуть віддати її в спортивну секцію, де постійно будуть повідомляти про стан здоров’я й відвідування занять дитиною.

Одним із найголовніших контролів над розповсюдженням шкідливих звичок є контроль з боку держави. Адже держава контролює продаж алкогольних і тютюнових виробів на ринку збуту, встановлюючи певні норми продажу і розповсюдження товару по Україні; проводячи контроль над рекламними роликами, допускаючи їх на телебачення.

Серед причин, що спонукають молодь курити та вживати алкогольні напої, можна виділити ще й такі: по-перше, наслідування (наприклад, за своїми батьками), по-друге, бажання виділитись, по-третє, цікавість, по-четверте, вплив різноманітних реклам, по-п’яте, всездозволеність і таке інше.

Основними наслідками впливу шкідливих звичок є виникнення залежності, що призводить до звикання, а відповідно й до збільшення дози вживання шкідливих речовини. При систематичному вживанні погіршується фізичний, емоційний та, відповідно, і психологічний стан залежної особи. Треба наголосити на тому, що всі шкідливі речовини – алкоголь, тютюн, наркотичні речовини, – діють тимчасово і вгамовують потребу в них лише на певний час. Зважаючи на такий вплив шкідливих речовин, потрібно звернути увагу саме на стан свого організму і свідомо зробити вибір на користь власного здоров’я.

Наш організм є цілісною саморегулюючою системою, яка утворена із органів, і вплив на неї будь-яких факторів може призвести до порушення

роботи як одного із органів, так і цілої низки органів, викликаючи дисбаланс у всій системі. Висвітлимо основні шкідливі звички та їх вплив на організм людини:

**Тютюнопаління** - призводить до таких хвороб як серцева недостатність, інсульти, бронхіти, емфіземи, різноманітні онкозахворювання. Найчастіше трапляється рак легенів, а також інших повітрянопровідних органів, а в деяких випадках і рак шлунку. Люди, які зловживають тютюнопалінням, частіше страждають на інфаркти порівняно з тими, що ведуть здоровий спосіб життя. Для жінок тютюнопаління - одна з причин безпліддя. За статистикою жінки, які палять, у 10 разів частіше залишаються безплідними. Так само паління впливає і на чоловічий організм, викликаючи імпотенцію. Вагітна, що палить, завдає найбільшої шкоди нормальному розвитку плоду. У молодому віці, коли організм тільки формується, це призводить до порушення росту, виділення гормонів та нікотинової кислоти в організмі, що призводить до відставання у фізичному та розумовому розвитку підлітка, через це у підлітків, які палять, спостерігається зменшення тону м'язів, гіпоксія тканин і органів, зменшення уваги та відставання від навчальної програми [4].

**Алкоголізм** - хвороба, при якій у людини з'являється потяг до спиртного. Початкова стадія - це звичайне випивання у колі друзів, яке переростає у звичку та закріплюється на рефлексорному рівні, переростаючи в побутовий алкоголізм. У цій стадії звичайні дози алкоголізму вже недостатні. При вживанні великих доз алкоголю спостерігається галюцинації, гострі психози, втрата пам'яті. В останній стадії алкоголізму різко знижується опірність до великих доз алкоголю. Хворі почувають себе погано, у них порушується кровообіг, з'являються гострі розлади серцево-судинної системи, печінкова недостатність. За зовнішнім виглядом вони нагадують хворих, яким властива психічна і соціальна деградація.

Спиртні напої подразнюють слизову оболонку шлунку. Шлунковий сік виділяється з невеликою кількістю ферментів і високою місткістю соляної кислоти. Спирт зневоднює клітини, викликає запалення і ущільнення тканин, при цьому засвоєння вітамінів утруднюється. Запалюється слизова оболонка шлунку, що призводить до гастриту, запалюється підшлункова залоза – панкреатит. Кров із алкоголем поступає до печінки. Порушується вуглеводний обмін. Це спричинює запалення печінки – гепатит і загальне отруєння організму. Заключним етапом хронічного алкогольного отруєння печінки є цироз. Алкоголь поступово руйнує секреторні і рухові функції травлення, в результаті чого виникає вітамінно-білкова недостатність.

Також алкоголь впливає на всі інші органи і системи органів, і призводить до їх руйнування. Людина перестає бути людиною, переходячи до асоціального способу життя, виникає деградація особистості [3].

**Наркоманія** – це важка хвороба психіки і всього організму, яка без лікування веде до деградації особистості, повної інвалідизації і передчасної смерті. Наркотичні речовини руйнують всі органи, але передусім вони згубно впливають на центральну нервову систему, яка є для них основною мішенню,

тому наркотики називають нейротропними отрутами. Наркотична речовина вільно проникає в мозок і насичує його тканину. Це спричиняє нейротоксичні явища: настають кисневе голодування і порушення провідникової регуляції між основними центрами нервової системи.

Великі дози наркотику спричиняють втрату чутливості, оскільки в нервових синапсах наркотик блокує вироблення медіатора, що й передає нервовий імпульс, згодом це переростає в параліч нервових закінчень, а також до загибелі нервових клітин мозку. Наркотики вражають насамперед найскладніший вищий відділ нервової системи – кору головного мозку. Спостерігається згасання всіх мозкових процесів. Якщо вживання наркотичної речовини відбувається у підлітковий період, це призводить до формування певної патологічної поведінки та певних специфічних порушень в мозковій діяльності, внаслідок чого людина, що вживає наркотичні речовини, втрачає сенс життя і переходить до існування.

Також наркотики небезпечні тим, що використовуючи синтетичні аналоги наркотичних речовин, процеси руйнування організму дуже швидкі, що призводить до повної деградації нервової, м'язової, кровоносної та кровотворної функцій організму [1].

Наслідком парентерального вживання наркотиків, ведення асоціального життя, стала проблема ВІЛ-інфекції та СНІДу. Це епідемія XX століття, хвороба, що не лікується і при всьому бажанні хворого він не зможе повернутись до нормального життя. Доведено, що концентрація вірусної РНК у головному мозку значно перевищує його вміст в інших тканинах. Найчастіше виникають наступні супутні хвороби - некротичний енцефаліт і абсцес головного мозку на фоні токсоплазмозу, цитомегаловірусний енцефаліт. У хворих має місце ураження мозкових судин, яке супроводжується чисельними геморагіями, які можуть призвести до мікроінсультів. Крім того, може уражатись периферична нервова система у вигляді невритів, радикулітів і нейроміозитів. Про розвиток церебральної форми свідчать частий або постійний головний біль, зміна поведінки, дезорієнтація, ослаблення пам'яті, апатія, поява різноманітної вогнищевої неврологічної симптоматики. У дітей відмічається затримка психомоторного розвитку з переходом у деменцію.

За рахунок того, що при розвитку цієї хвороби зникають опірні властивості організму, хворий помирає від супутніх хвороб, а не від самого вірусу, тому такі порушення можуть спостерігатися з будь-якою системою організму, яка згодом і призведе до летального наслідку.

Проводячи тестування у різних вікових групах, ми прийшли до невтішного висновку, що в кожній наступній віковій групі спостерігається збільшення кількості молодих людей, що мають шкідливі звички, хоча зважаючи на те, що з дорослішанням людина повинна отримувати досвід, який повинен убезпечити від певних помилок. На жаль, такої тенденції не спостерігається. Побудований графік на рис. 1 відображає загальну кількість осіб, які палять, що свідчить про збільшення їх чисельності.

Графік на рис. 2 демонструє аналогічну ситуацію щодо вживання алкоголю: з кожною наступною віковою групою спостерігається збільшення чисельності осіб, що вживають алкоголь. Інтерпретувавши дані двох графіків, можна констатувати, що така тенденція є неприпустимою, адже відбувається знищення генофонду нашої нації, ставлячи під загрозу здоров'я майбутніх поколінь і генерацій.

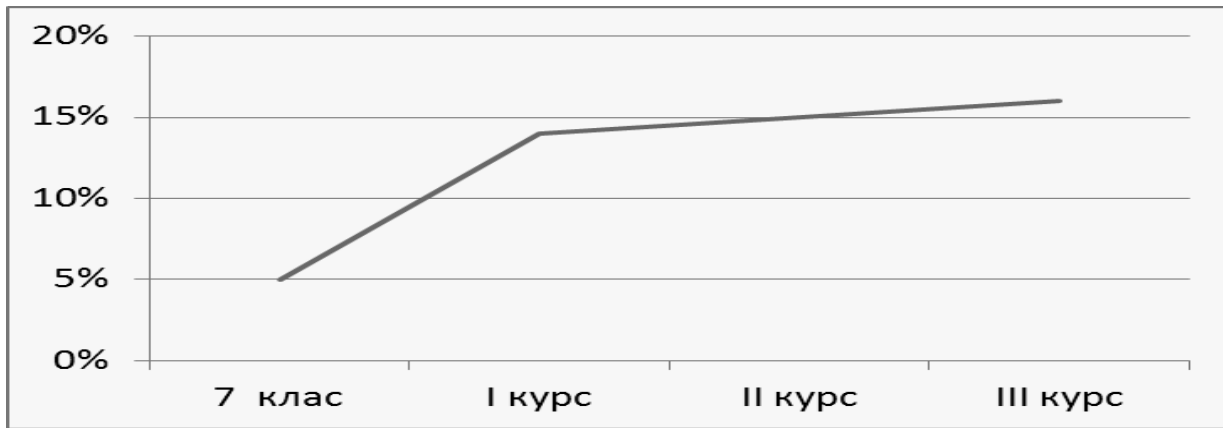


Рис. 1. Загальна кількість респондентів, що палять

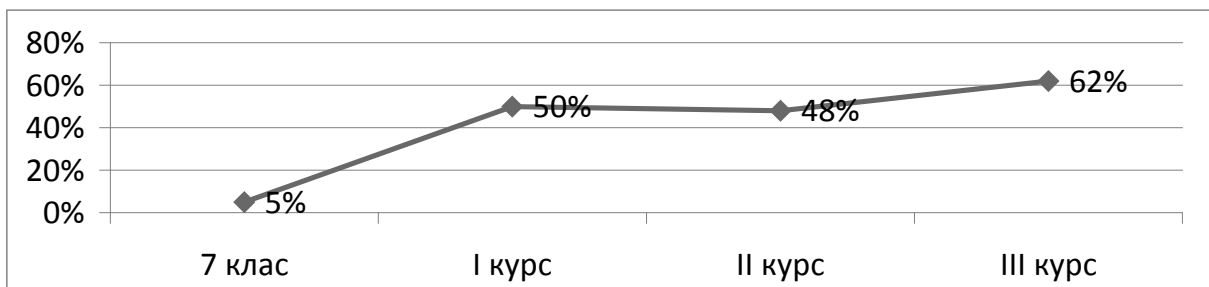


Рис. 2. Загальна кількість респондентів, що вживають алкоголь

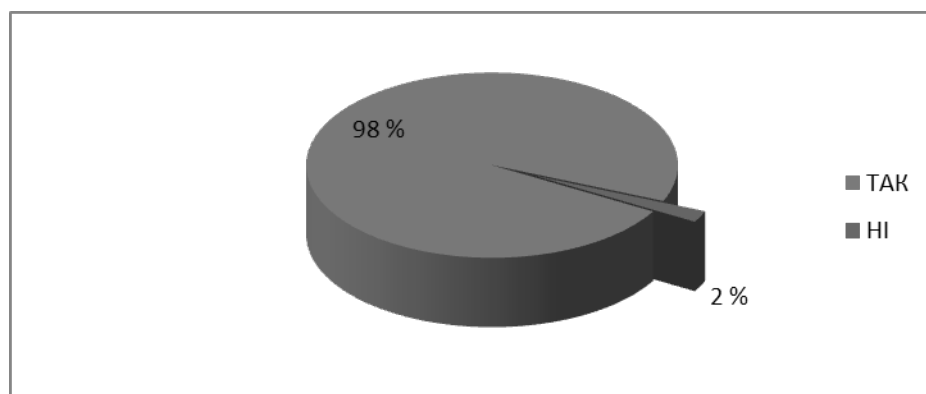


Рис. 3. Відповіді респондентів на питання:  
“Чи вважають проблемою сучасний стан здоров'я нації”

На рис. 3 висвітлюється статистичні дані опитування про глобальність проблеми здоров'я української нації. Практично всі опитувані відповіли стверджувально, але, на нашу думку, основною причиною небажання змінювати власний спосіб життя можна пояснити лінню, недостатньою силою волі та іншими причинами.

Подібну картину спостерігаємо на діаграмі (рис. 4 ), де висвітлюються причини низького рівня здоров'я українського суспільства.

Проаналізувавши дані дослідження, можна припустити, що найбільшою проблемою суспільства є дефіцит інформації. У нас досить активно піднімають проблему захворювання на СНІД, тому всі розуміють проблему поширення цього захворювання: в анкетах прослідковується 100 % розуміння цієї глобальної проблеми. У той же час, про шкоду тютюнопаління знання обмежені через те, що інформація про цю проблему закінчується банальним “Паління шкодить вашому здоров'ю” або “Паління призводить до захворювання на рак” і люди просто не розуміють, або не хочуть розуміти масштаби негативних наслідків т.тютюнопаління.

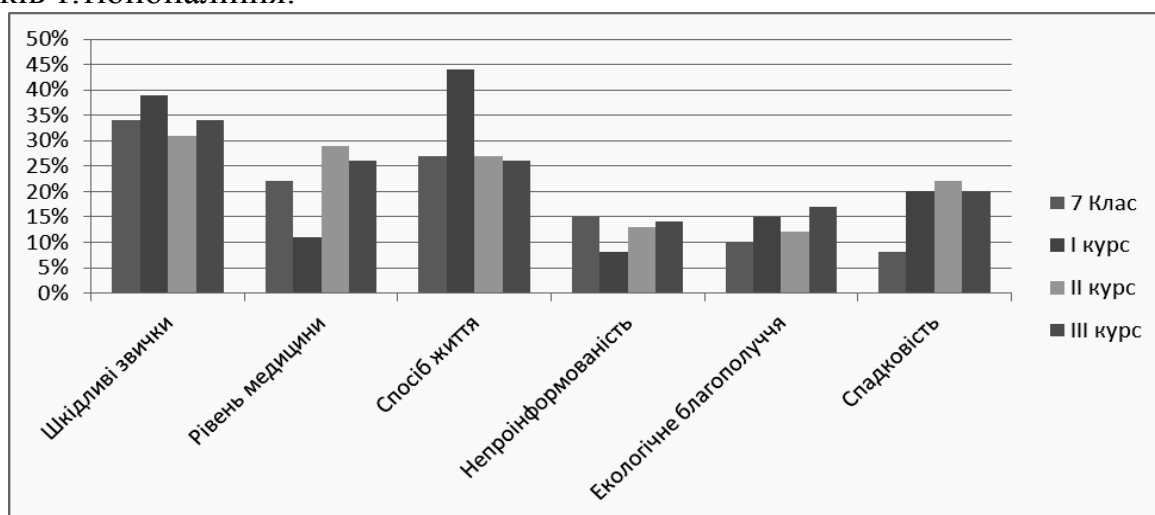


Рис. 4. Чинники низького рівня здоров'я у суспільстві

За даними нашого анкетування найчастіше починають палити із 15 років – 20% опитаних, із 16 років - 6%, а у 17 років - 15% опитуваних, це в загальній картині складає близько 15% від усіх анкетованих. Щодо алкоголю - то тут усе набагато гірше: 47 % систематично вживають алкоголь (в тому числі і слабоалкогольні напої), близько 20 % вживають рідко і лише 23 % не вживає алкоголь взагалі. До того ж вікові рамки, з яких починають вживати алкоголь, подібні до картини з тютюнопалінням.

Незважаючи на те, що всі опитувані знають небезпеку, яку може нести вживання алкоголю або тютюну, ніхто не назвав конкретні наслідки вживання цих речовин, крім уже знайомого усім раку та загальної шкоди здоров'ю. Тому основне “захворювання” суспільства - це дефіцит інформації.

В основі профілактики поширення соціальних захворювань, на наш погляд, має бути цілеспрямована робота в психолого-педагогічному плані, що передбачає різні методи: друк та розповсюдження листівок, проведення

відеолекторіїв, лекцій, виховних годин, психологічних тренінгів, створення та презентація соціальних реклам тощо.

На переконання Е. Бабаян, такі методи впливають на молодь наступними шляхами: організація відповідних установ “Здорове життя”; поширення профілактичної інформації (друкована продукція, засоби масової інформації, міжособистісні стосунки, інші форми соціальної роботи); формування умінь і навичок здорового способу життя; застереження і формування певних норм і моделей поведінки; ініціювання педагогічно-змістовної діяльності з профілактичної роботи; пропагандистські заходи до міжнародних свят, Всесвітніх днів без тютюну (програма ВООЗ), алкоголю, наркотиків; превентивна робота з проблем пияцтва, алкоголізму, вживання тютюну серед неповнолітніх і молоді [2].

Для використання певних методів психолого-педагогічного виховання потрібно дотримуватись так званих етапів:

**Перший етап** – координаційно-інформаційний – полягає у нагромадженні діагностико-прогностичних відомостей з проблеми, налагодження тісних стосунків з усіма суб’єктами профілактичної діяльності вживання шкідливих речовин.

**Другий етап** – загальноосвітній – відбиває динаміку поширення профілактичних знань (медичних, моральних, правових) серед низових ланок у навчальній і позашкільній діяльності.

**Третій етап** – спеціально-освітній – передбачає проведення цілеспрямованої освітньої роботи з підлітками, які вживають алкоголь, тютюн, наркотичні речовини з урахуванням їх обізнаності та психологічної подразливості до профілактичного втручання.

**Четвертий етап** – оздоровчо-корекційний – включає педагогічну діяльність щодо практичної переорієнтації поведінки підлітків, схильних до алкогольної, тютюнової і наркотичної залежностей.

**П’ятий етап** – адаптаційний – полягає у створенні умов для закріплення установок на дотримання здорового способу життя і норм правил поведінки [6].

На державному рівні усвідомлюють критичність та масштабність поширення шкідливих звичок серед молоді. Тому створюються різні програми, затверджуються закони, постанови (Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2003-2010 роки; Національна програма протидії зловживанню наркотичними засобами та їх незаконному обігу; Закон України “Про сприяння соціальному становленню і розвитку молоді в Україні”) та інші документи.

Провівши дослідження за допомогою анкетування, ми пришли до таких висновків: по-перше, більшість респондентів (учнів і студентів 1–3 курсів) мають шкідливі звички того чи іншого характеру. За результатами анкетування було встановлено, що 18 осіб палять, 65 - вживають алкоголь, 4 - вживали наркотики, 20 - не мають постійного статевого партнера і не використовують контрацептиви від загальної кількості респондентів; по-друге, найбільш



ефективними та своєчасними методами донесення інформації є друк та розповсюдження листівок, проведення відеолекторіїв, лекцій, виховних годин, психологічних тренінгів, створення та презентація соціальних реклам; по-третє, всі намагання держави поліпшити стан людей, які піддалися дії шкідливих звичок, не є достатньо ефективними, адже існує багато корупційних структур, які порушують законодавчі акти і вільно розповсюджують алкоголь, тютюн серед молоді.

Отже, в цій статті ми висвітлити стан обізнаності суспільства (зокрема учнівської і студентської молоді) щодо проблеми поширення шкідливих звичок, а також визначили найефективніші шляхи донесення інформації до суспільства, щоб дієвіше допомогти і запобігти поширенню шкідливих звичок у майбутньому та вберегти наступні покоління від несвідомого вибору в своєму житті.

### **Література**

2. <http://readbookz.com/book/174/5606.html>
3. Бабаян Э.А. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. - в 2-х т. - М.: Медицина, 1988. - Т.2. - С. 169-218.
4. Лисицын Ю.П., Сточик А.М. Алкоголизм // Краткая медицинская энциклопедия / Под ред. Б.В. Петровского. - М.: Медицина, 1989. - Т. 1. - С. 46-51.
5. Пархотик И.И. Как сохранить здоровье. – К.: Наукова думка, 1981. - С. 15-50.
6. Соціальна робота з дітьми та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи // За заг. редакцією Пінчук І.М., Толстоухової С.В.- К.: УДЦССМ, 2000. – Вип. 1. – 276 с.
7. Вінда О.В. , Коструб О.П. , Сомова І.Г. та ін. Формування навичок здорового способу життя у дітей і підлітків: За проектом “Діалог”: Навч.-метод. посібник. - К., 2003. – 284 с.

**Коц В.П., Коц С.М.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

## **ОЦІНКА СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

Продовжити життя і зберегти молодість люди мріяли за всіх часів. У онтогенезі старіння – явище нормальне, універсальне і являє собою “самознищення”, “самоліквідацію” організму з метою звільнити дорогу новим поколінням.

Вік довгожителів у книзі рекордів Гінесу перевершує 120-річну позначку. Взагалі випадки тривалості життя понад 100 років не одиничні, і число людей, що переступили віковий рубіж, в усьому світі продовжує збільшуватися.

Щоб віддалити старіння, необхідно знати точно її причини, для того, щоб нівелювати їх дію чи прийняти відповідних заходів. На даний час нараховується близько 300 теорій старіння [2; 4].

Аристотель вважав, що старіння викликається поступовою витратою “природженого тепла”. Гален вважав, що у літніх людей зменшується кількість крові, в наслідок чого зникає основне паливо, що підтримує полум’я життя. Лікар А.Де Лауренсон пише, що старіння являє собою безперервну боротьбу чотирьох видів соків і “природного жару”. Англійський лікар Е. Дарвін, дядько знаменитого біолога, висунув віталістичну гіпотезу, згідно якої старіння розглядається як необоротне стомлення клітин. На думку Хармана, універсальною причиною старіння є накопичення в клітинах токсинів у вигляді продуктів вільнорадикальних реакцій окислювання біомолекул. А. Богомолець вважав, що головним фактором старіння є порушення гармонії фізіологічних процесів організму [1; 2]. Незважаючи на всі спроби знайти причину старості, дотепер немає стрункої теорії, яка б вирішила проблему довголіття [3; 4]. Можливо, у майбутньому цей секрет природи буде відкритий.

Було проведено дослідження деяких аспектів способу життя волонтерів похилого та старечого віку

Опитування проводили у людей похилого (60-74 років) та старечого (за 75 років) віку, що мешкають у м. Харкові, с. Водяне, с.м.т Васищево, с.м.т. Бабаї у 2007 році. Всього у опитуванні прийняло участь 205 волонтерів.

Серед респондентів, що прийняли участь у опитуванні 76,1 % мають вік 60-70 років (перша група), а 23,9 % - за 75 років (друга група). Розподіл за статтю у першій групі був наступний – 68 % жінок і 32 % - чоловіки, а у групі старше 75 – 82% жінок і 18 % чоловіків.

На запитання “Чи хворієте ви на гіпертонію?” 45 % відповіли ствердно, а 40 % кажуть, що не звертали на це ніколи уваги, не вимірювали артеріальний тиск спеціально.

Захворювання ішемія серця виявилось у 2 опитованих (жінки).

На холецистит (в анамнезі) хворими виявилися 5 %. 31 % респондентів першої групи і 11 % другої на питання “Чи є у вас захворювання травного тракту?” відповіли позитивно. Як показали дані опитування волонтерів першої вікової групи, у 31% стаж роботи більше 35 років. Велика кількість із цих людей – робітники сільського господарства. У другій віковій категорії кількість таких людей 61%.

На питання “Скільки дітей маєте?” після підрахунків було отримано наступні результати відповідей – 34 % із усіх опитаних - 1 дитина, 42 % -2 дитини, 16 % -3, а 8 % - 4 дитини. У другій групі 32,7 % - мають 3 дитини, 20,4 % - 4 дитини. Отже, кількість респондентів із 3,4 дітьми серед 2 групи є чималою.

Виявляючи характер використання спиртних напоїв ми отримали такі цифри: дуже рідко - 7 % , по святах – 88 %, зловживають – 5%.

Серед 2 групи, тих хто зловживає спиртним не було.

На питання “Ви палите (палили)?” волонтери відповіли ствердно – 11%, негативно – 89 %. У другій групі цифри тих, хто палить були показові – всього 4%.

При аналізі результатів відповідей на питання “Яка у вас група крові?” виявилось, що у другій групі з групою крові I – 50 %, II -25%, III- 20%, IV – 3%. У групах переважають респонденти з першою групою крові.

Основний вид діяльності в минулому у першій групі опитуваних: 47% - важка фізична праця; 31 % - середня фізична; 22% - інтелектуальна праця. Що стосується другої групи респондентів, то 52 % важка фізична праця, 28% - середня фізична, 20% - інтелектуальна.

Отже, переважає відсоток тих, хто займався важкою фізичною працею.

Оцінюючи характер харчування у респондентів, результати було отримано наступні: перша група - багато сирих овочів та фруктів – 27 %, звичайна їжа - 47 %; не обмежуєте себе у смаженому – 24 %; обмежуєте себе у їжі – 11 %.

Друга група: багато сирих овочів та фруктів – 31 %, звичайна їжа - 52 %, не обмежуєте себе у смаженому – 3 %, обмежуєте себе у їжі – 30 %.

Дослідження, проведене у ФРН, показало, що рік безробіття може зменшити ймовірну тривалість життя людини, що втратила роботу, на п'ять років. Усім нам добре відомо, що відставка, вихід на пенсію нерідко буквально вбиває людей.

За спостереженням науковців з Медичного центра Університету Дюка, задоволеність роботою – більш важливий фактор довголіття, ніж фізичне здоров'я чи стримування від паління.

Умови життя не менш важливі для фізичного благополуччя. Так, люди, які одружені, виявляються довговічніше тих, хто коротає життя на самоті.

У довгожителів Кавказу, Вількабамби і Хунзи багато здорових звичаїв і звичок склалися історично. Достатньо сказати, що в їжу кавказців цукор включається рідко, сіль – помірковано, а тваринні жири, що містять холестерин споживаються нерегулярно. Їжа в основному складається зі свіжих продуктів, парного м'яса і молока; ці люди практично не знають, що таке переїдання.

Їжа жителів Вількабамби настільки ж проста; середня кількість уживаних калорій на людину вдвічі менше, ніж для більшості американців. Їжа мешканців Хунзи також бідна тваринними жирами, холестерином і калоріями.

Усі згадані народи живуть важким, суворим життям, але воно дозволяє їм зберігати фізичну активність. Селянину з Хунзи часом приходиться по декілька разів на день дертися нагору по трьохсотметровій стежці, щоб виконати потрібну роботу. А старі вількабамбанці продовжують пасти овець, полоти бур'яни, товкти зерно.

Дуже важливо і те, що спосіб життя в цих громадах, по суті, майже не міняється. За твердженням Сулі Бенета, почесного професора антропології в коледжі Хантера (Нью-Йорк) і автора книги “Як дожити до ста років: спосіб життя народів Кавказу”, їхній традиційний спосіб життя пов'язаний з помірністю, сталістю і наступністю взаємозв'язків і відносин. Тим самим конфлікти і стреси зведені до мінімуму. Вількабамбанці теж живуть винятково спокійним, позбавленим хвилювань життям, і в Хунзі панує настільки ж патріархальна атмосфера.

Отже, відсоток тих, що обмежує себе в їжі і в смаженому достатньо високий у другій групі. Виходячи із даних опитування можна вивести алгоритм довголіття із таких рекомендацій: мати більше дітей, не палити, не зловживати спиртним, обмежувати себе у їжі та їсти багато сирих овочів та фруктів, обмежувати себе у смаженому, працювати і займати активну життєву позицію.

Загалом, треба відмітити, подовження життя людини потребує комплексного впливу на фундаментальні механізми старіння.

### **Література**

1. Скулачев В. П. Феноптоз: запрограммированная смерть организма // Биохимия. -1999. - № 64. - С.1418-1426.
2. Смирнов А. В. Специфические эффекты и возможные механизмы действия экзогенных РНК // Успехи современной биологии. - 1988. - Вып. 1. - С. 20-36.
3. Старение: воспоминание о будущем. – Режим доступа : <http://www.themystery.narod.ru/DIFF/starenie.htm>.
4. Фролькис В. В. Биология старения – 40 лет спустя // Пробл. старения и долголетия. - 1998. - № 7. - С. 207-214.

**Коцур Н.І, Годун Н.І.**

Переяслав-Хмельницький державний  
педагогічний університет імені Григорія Сковороди

## **ГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ УПРОВАДЖЕННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ОСВІТНІХ ІННОВАЦІЙ**

Упровадження у сучасній школі різноманітних педагогічних технологій та освітніх інновацій актуалізували проблему охорони здоров'я школярів. Водночас вирішення нових завдань навчання не завжди супроводжується відповідною організацією охорони і збереження їх здоров'я. Саме тому дослідження впливу педагогічних технологій та освітніх інновацій на функціональний стан організму школярів є актуальним завданням вікової фізіології і шкільної гігієни.

Основу сучасних педагогічних технологій повинні складати регламентація навантаження, оптимізація внутрішньошкільного середовища, виховання активної спрямованості дітей на збереження та зміцнення індивідуального здоров'я. З метою попередження несприятливого впливу на організм дітей і підлітків чинників внутрішньошкільного середовища і особливостей навчального режиму впровадження педагогічних інновацій в практику потребує фізіолого-гігієнічного обґрунтування.

Результати гігієнічних досліджень останніх років свідчать про те, що як у загальноосвітніх навчальних закладах, так і в інноваційних закладах, організація навчально-виховного процесу та гігієнічні умови навчального

середовища не завжди відповідають потребам оптимального розвитку учнів та сприяють формуванню здоров'я.

Показники стану здоров'я за період навчання в загальноосвітньому закладі погіршуються, по закінченні школи учень отримує не лише атестат, але й діагноз. Сучасна школа та її “внутрішньошкільні” фактори відіграють у формуванні патології вагому роль. На жаль, при досить високих темпах модернізації та інтенсифікації навчальних програм й навчального навантаження, на низькому рівні залишається санітарно-технічний стан закладів. Недостатня увага приділяється усуненню потенційно небезпечних факторів ризику шкільного середовища, санітарно-гігієнічні умови навчання залишаються далекими від необхідних вимог [3, с.42].

Проблемі впливу навчального навантаження на функціональний стан організму й здоров'я дітей і підлітків в останні роки присвячено багато досліджень. Відомий учений-гігієніст А. Сердюк, аналізуючи динаміку показників стану здоров'я школярів м. Києва, відзначає зростання порушень гостроти зору й постави в 1,5 разів, поширеність хвороб кишково-шлункового тракту (ШКТ) - у 1,4 рази, хвороб центральної нервової системи (ЦНС) - в 1,7 разів, ендокринної системи - в 2,6 разів. Як наслідок, 52% школярів мають порушення в морфо-функціональному стані організму, 40% школярів страждають хронічними захворюваннями (ХЗ) і лише 10% можна вважати здоровими. У школах нового типу з перевищенням навчального навантаження відносно гігієнічно обґрунтованого рівня відсоток практично здорових дітей є ще нижчим - 2,3% [5, с.27].

Учені-гігієністи Н. Полька і А. Сердюк указують на відсутність в Україні системи спостереження за станом здоров'я школярів і факторами, які її формують. Відповідно першочерговим завданням сьогодення є створення моніторингу “навколишнє середовище - здоров'я дітей” [4, с.270].

Дослідження вчених-гігієністів останніх років (В. Бардов, В. Берзін, І. Даниленко, І. Кучма, І. Сергета, Н. Полька та інші) дали змогу обґрунтувати гігієнічні принципи збереження здоров'я школярів в умовах педагогічних технологій та освітніх інновацій, до яких належать: фізіолого-гігієнічна регламентація навчального навантаження; етапний моніторинг здоров'я школярів і чинників внутрішньо-шкільного середовища; використання скринінгових методик; забезпечення активного скеровування учнів на збереження власного здоров'я та розвиток здоров'яформуючого середовища у школі; психолого-педагогічна підтримка заходів з первинної профілактики порушень здоров'я, активізація медико-профілактичної роботи.

Виходячи із наведених принципів, нами були розроблені гігієнічні вимоги щодо здоров'язбережувальних педагогічних технологій та освітніх інновацій у сучасній школі.

До суттєвих гігієнічних вимог слід віднести врахування фізіологічних коливань працездатності при організації навчання, що надасть можливість забезпечити відповідність розкладу занять біоритмам працездатності,

підтримати працездатність учнів на оптимальному рівні впродовж тривалого часу.

Важливим критерієм педагогічної технології є максимальна індивідуалізація навчання, яка реалізується за рахунок засвоєння матеріалу на різних рівнях залежно від стану здоров'я, можливостей і здібностей, темпу роботи. Усе це дає учневі можливість постійно контролювати витрати своїх сил, працювати економно, в оптимальний для себе час, що підвищує результати навчання. У свою чергу, індивідуальний підхід — це педагогічний принцип, згідно з яким в процесі навчально-виховної роботи з групою вчителів взаємодіє з окремими учнями за індивідуальною моделлю, зважаючи на особливості кожного з них. Отже, індивідуалізація навчання — це організація навчального процесу, за якої вибір засобів, прийомів, темпу навчання зумовлюється індивідуальними особливостями учнів, а індивідуальний підхід забезпечується різними навчально-методичними, психолого-педагогічними та організаційними заходами.

З метою профілактики гіподинамії, зменшення питомої ваги статичного компоненту та підвищення рухової активності навчальний процес повинен будуватися на умовах сенсорної та психомоторної свободи. Необхідний ефект досягається за рахунок створення можливостей пересування по класу, використання фізкультхвилинок, зниження частки статичного компоненту, профілактики загального і зорового стомлення.

Упровадження нової структури навчального року надає змогу рівномірно розподіляти навчальне навантаження. Згідно з дослідженнями психофізіологів, школярі можуть підтримувати високий рівень працездатності не більше 5-6 тижнів навчання. Тому у більшості європейських країн після кожних 5 тижнів проводиться тиждень канікул. Такий досвід був поширений у Росії, доведено його здоров'язбережувальний ефект [2, с.23].

З метою впровадження індивідуально орієнтованої педагогіки проводиться зниження наповнюваності класів - не більше 20 осіб, а у початковій школі - не більше 15 осіб. Цим досягається можливість оптимізації умов навчання, збільшення площі на одного учня. Так, у школах Японії та США площа на одного учня у кабінетах складає 4 кв.м [2, с.18].

Створення умов для психологічного та фізичного розвантаження дає можливість знизити рівень шкільного стресу, підвищити функціональний стан школярів. Шляхи профілактики шкільного стресу нами умовно були поділені на два напрямки.

*Перший напрямок - створення стабільної сприятливої атмосфери, зменшення ризику виникнення стресових ситуацій.* Реалізація цього напрямку можлива за рахунок своєчасної діагностики і корекції готовності дітей до шкільного навчання; дотримання вікових регламентів навчальних навантажень; психофізіологічної оптимізації змісту початкових програм; проведення психогігієнічної експертизи педагогічних технологій та освітніх інновацій, надання їм здоров'язбережувальної спрямованості; особистісно-орієнтованої педагогіки, що враховує віково-статеві особливості дітей, стан здоров'я,

культивування атмосфери доброзичливості; методів контролю знань, що враховують віково-статеві особливості дітей, індивідуальний підхід, впровадження тестових форм; підвищення соціального статусу вчителя (оздоровчі програми, підвищення емоційної стійкості); дієвої психологічної допомоги учням і вчителям.

*Другий напрямок - підвищення функціональних можливостей організму школярів, стійкості їх до стресу.* Цей напрямок реалізується шляхом оздоровлення дітей і підлітків та підвищення їх функціональних резервів; підсилення ролі фізичного виховання у навчальному процесі; формування стійких стереотипів безпечної поведінки.

Одним із важливим критерієм здоров'яформувального впливу педагогічних технологій та освітніх інновацій є пропаганда здорового способу життя, що надає можливість виконати основні завдання загальної середньої освіти. Виходячи з того, що здоровий спосіб життя - це діяльність, найбільш характерна, типова для конкретних умов, спрямована на збереження, покращення і зміцнення здоров'я, реалізація цього критерію здійснюється у двох головних напрямках: створення й розвиток чинників здоров'я та подолання чинників ризику [1, с.330].

Результати наукових досліджень та спостереження гігієністів за реакцією учнів на навчальну діяльність при різних формах її організації дають змогу віднести до здоров'язбережувальних деякі поширені педагогічні технології та освітні інновації. До них належать: модель структури уроку Г. Левітаса, модульне навчання за методикою П. Третьякова, система розвиваючого навчання Д. Ельконіна-В. Давидова, п'ятиденний навчальний режим, вальдорфська методика навчання, семестрово-залікова форма навчання.

Так, зокрема, модель структури уроку, розроблена колективом авторів під керівництвом Г. Левітаса, характеризується чіткою побудовою, певною послідовністю і тривалістю компонентів, активним застосуванням різних засобів навчання, можливістю диференційованого навчання дітей із різними здібностями.

Система розвиваючого навчання Д. Ельконіна-В. Давидова характеризується варіативністю, врахуванням рівнів потреб, здібностей і можливостей особистості. Ця педагогічна технологія створює умови для роботи в індивідуальному темпі, формує необхідну мотивацію до самостійної навчально-пізнавальної діяльності. Водночас результати гігієнічних досліджень стверджують, що ця система характеризується розвитком сильного і вираженого стомлення протягом дня порівняно з традиційними формами навчання, відсутністю врахування знижених функціональних можливостей у дітей із порушеннями у стані здоров'я.

П'ятиденний навчальний режим може мати здоров'яформувальний ефект, коли навчальний план знижується до обсягу обов'язкового навчального навантаження, а з часу, що звільнився, формується резерв, який використовується не тільки для навчання, але й для оздоровлення. За такого режиму всередині занять вводиться динамічна пауза тривалістю 40 хв., яка дає

можливість суттєво підвищити рівень і стійкість працездатності учнів впродовж дня і навчального року, резистентність до гострих інфекцій.

Вальдорфська методика навчання передбачає проведення занять у вигляді навчальних циклів з “головним уроком”, відсутня бальна оцінка знань, збільшується частка художньо-естетичних і прикладних предметів, навчання розпочинається пізніше, характерною є висока рухова активність на заняттях. Семестрово-залікова форма навчання є такою формою педагогічних технологій, яка в цілому відповідає сучасній концепції модернізації загальної середньої освіти. Як основні здоров’язбережувальні компоненти можуть бути зазначені: менша кількість предметів, які викладаються впродовж навчального тижня (7-8), що зумовлює скорочення щоденної самостійної підготовки. Більша тривалість часу, який витрачається вчителем на пояснення і закріплення матеріалу, також створює суттєві передумови для скорочення самостійних занять і оптимізації позашкільного часу. За рахунок впровадження цієї технології протягом навчального тижня вивільняється 1,0-2,5 год. на заняття фізичним вихованням, що надає змогу проводити додатковий урок фізичної культури та підвищувати рухову активність у позаурочний час. З метою підвищення працездатності варіюють тижневе навантаження - найбільший його обсяг припадає на середину навчального року і найменший - на його кінець.

Отже, з метою попередження несприятливого впливу на стан здоров’я дітей і підлітків чинників внутрішньошкільного середовища і особливостей навчального режиму, впровадження інноваційних педагогічних технологій в практику загальноосвітніх навчальних закладів потребує попереднього їх фізіолого-гігієнічного обґрунтування. Основою здоров’язбережувальних педагогічних технологій повинна бути регламентація навчального навантаження з урахуванням біоритмів працездатності, оптимізація внутрішньошкільного середовища, виховання активної спрямованості дітей на формування, збереження та зміцнення індивідуального здоров’я.

### Література

1. Даниленко Г.М. Загальноосвітній навчальний заклад як система комплексного впливу на якість життя дитини // Гігієна населених місць: збірник наукових праць. — К., 2003. — Вип. 41. - С.330- 334.
2. Кларин М.В. Педагогическая технология в учебном процессе (Анализ зарубежного опыта). — М.:Знание, 1989. — 80 с.
3. Коцур Н.І. Гігієнічна оцінка стану здоров’я школярів у сучасних загальноосвітніх навчальних закладах // Матер. XVI всеукр. наук.-практ.конф. “Валеологічна освіта в навчальних закладах України: стан, напрямки й перспективи розвитку”. — Кіровоград: КДПУ, 2010. — С.42- 46.
4. Полька Н.С., Лебеденець Н.В. Спосіб життя учнів школи з семестрово-блочною системою викладання як критеріальний показник ефективності інноваційних освітніх технологій // Тези наук.-практ. конф. “Медико-екологічні та соціально-гігієнічні проблеми збереження здоров’я дітей в Україні”. — К., 2009. — С.270-273.
5. Сисоєнко Н.В. Стан здоров’я та особливості адаптації дітей різного віку до умов навчально-виховного середовища в загальноосвітніх закладах нового типу // Гігієна населених місць: збірник наукових праць. — К., 2002. — Вип. 39. - С.27.



## **ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ НА ПЕРШОМУ РОЦІ НАВЧАННЯ У ШКОЛІ**

Важливим етапом у житті дитини є вступ до школи. Наскільки успішним буде початок шкільного навчання залежить успішність учня в подальшому, а також його відношення до навчання, до школи. Школа, навчальна діяльність у колективі, спілкування дітей із учителем та один з одним – це вимоги, що відрізняються від тих вимог, що ставилися перед дитиною до школи. Навчальний процес вимагає від школяра найрізноманітніших адаптаційних змін особистості. Існуючий стан організації режиму навчально-виховного процесу в сучасній школі, інтенсифікація навчання, зростаючий об'єм інформації вимагають від школярів все більшого напруження фізіологічних систем організму, що зумовлює високе навантаження на адаптаційні механізми.

На даному етапі розвиток функціональних систем організму дитини та стан її здоров'я є вагомим фактором, що впливає на здатність адаптуватися до нових умов життя.

Водночас спеціалісти – лікарі, психологи, педагоги – вкрай збентежені станом здоров'я підростаючого покоління. Встановлена негативна динаміка формування стану здоров'я дітей. За період із 1991 по 2000 рік зросла захворюваність на хвороби крові, кровотворних органів, сечостатевої системи в 2,1 рази, кровообігу та кістково-м'язової системи в 1,9 рази. Збільшилась кількість дітей із розладами психіки та поведінки на 16,7 %. Серед розладів психіки переважають розлади особистості, неспокійні та невротичні розлади, пов'язані з стресом [3, с. 82].

Здорові діти з нормальним рівнем функцій і гармонійним фізичним та психічним розвитком краще переносять критичний період вступу до школи.

Наявність хронічних хвороб, особливо в стадії субкомпенсації можуть бути причиною розвитку шкільної дезадаптації та неуспішності. Відповідно, стан здоров'я та фізичний розвиток дитини можна віднести до показників готовності дитини до вступу в школу [1, с. 5].

У дітей з хронічними хворобами рівень працездатності значно нижчий у порівнянні зі здоровими, а функціональні зрушення зі сторони центральної нервової та серцево-судинної системи більш суттєві. За даним авторів (С. Громбах, Г. Сердюковська) у 88 % дітей, що віднесені до третьої групи здоров'я, адаптація до навчання відбувалась несприятливо. При цьому погіршення здоров'я супроводжувалось виникненням нервово-психічних порушень, при чому у половини дітей спостерігалось зниження показників вегето-судинної регуляції або зменшення гемоглобіну крові.

Отже, дуже важливо за рік до вступу до школи проводити медичний огляд дітей, що дозволяє визначити групу ризику неготовності до шкільного

навчання за станом здоров'я [4, с. 18]. До групи ризику відносять таких дітей: з відставанням у біологічному розвитку; з функціональними порушеннями (невротичні реакції, логоневрози, гіпертрофія мигдаликів, тощо), а також дітей, що часто хворіють; з хронічними хворобами.

Зважаючи на даний факт, своєчасна комплексна оцінка здоров'я з урахуванням факторів, що утруднюють адаптацію до школи, дозволяє виявити дітей, які потребують впровадження лікувально-оздоровчих заходів. Це дозволить покращити стан здоров'я дітей, що вступають до школи і, відповідно, полегшити їм пристосування до неї.

Особливе значення має визначення рівня фізичного розвитку дитини, його гармонійності. Фізичний розвиток - одна з об'єктивних характеристик здоров'я та показником, що чутливо реагує на дію факторів навколишнього середовища.

Нині прийняті такі критерії комплексної оцінки стану здоров'я: наявність або відсутність у момент обстеження хронічних захворювань; рівень функціонального стану основних систем організму; ступінь опірності організму несприятливим впливам зовнішнього середовища; рівень досягнутого фізичного і нервово-психічного розвитку та ступінь його гармонійності.

Наявність або відсутність захворювань визначається під час проведення систематичних планових медичних оглядів із участю лікарів-спеціалістів (окуліст, отоларинголог, невропатолог та ін.).

Функціональний стан органів та систем визначається клінічними методами з використанням в необхідних випадках функціональних проб.

Про ступінь опірності організму судять за кількістю гострих захворювань (у тому числі загострень хронічних захворювань) у попередньому році. До групи дітей, що часто хворіють відносять дітей, які протягом року хворіли 4 рази і більше.

Рівень гармонійності фізичного та нервово-психічного розвитку визначається шляхом порівняння індивідуальних показників із середніми показниками розвитку для даного віку та статі.

Відповідно до вказаних критеріїв розроблена схема розподілу дітей за групами здоров'я [2, с. 42].

Виділяють 5 груп здоров'я: *1 група* - здорові діти з нормальним розвитком та нормальним рівнем функцій; *2 група* - здорові діти, що мають функціональні та деякі морфологічні відхилення, а також знижену опірність до гострих та хронічних захворювань і, отже, часто та тривало хворіють; *3 група* - діти, які страждають хронічними захворюваннями у стані компенсації, зі збереженням функціональних можливостей організму; *4 група* - четверта група здоров'я - діти, які страждають хронічними захворюваннями у стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями організму; *5 група* - діти та підлітки, які страждають хронічними захворюваннями у стані декомпенсації, зі значно зниженими функціональними можливостями організму, інваліди I та II групи тощо.

Нами були обстежені 152 дітей, що вступили до першого класу загальноосвітніх шкіл м. Переяслава-Хмельницького. Обстеження проводилися 2 рази в рік – на початку навчального року та в кінці навчального року. Оцінку фізичного розвитку дітей і його гармонійність проводили за комплексною методикою В. Кардашенко, В. Властовського, Е. Стромської (1974).

Отримані дані вказали, що на неоднорідність стану здоров'я першокласників. При розподілі дітей за групами здоров'я з'ясувалося, що до першої групи було віднесено 33,6 % учнів до другої 41,4 %, а до третьої – 25%.

Аналіз фізичного розвитку показав, що більшість дітей відносять до групи дітей із середнім фізичним розвитком, що становлять 71,1 %. Проте звертає на себе увагу, що 23,7 % дітей віднесені до групи з низьким та нижче середнього рівнем фізичного розвитку. При визначенні гармонійності фізичного розвитку звертає на себе увагу наявність 48 дітей (31,6 %) з дисгармонійним фізичним розвитком. Звертає на себе увагу, що дисгармонійність за морфологічними ознаками пов'язана з зменшенням маси тіла. Дисгармонійність за функціональними ознаками пов'язана з низькими показниками життєвої ємкості легень у дітей.

На кінець навчального року відбувся перерозподіл дітей за групами здоров'я. Зменшився процент дітей, що мали першу групу здоров'я та з'явилися діти, що були віднесені до четвертої групи здоров'я. Більшість дітей першої групи не змінили свого стану (76,5 %), частина дітей у зв'язку з функціональними відхиленнями перейшла до другої групи (23,5 %). Частина дітей із другої групи здоров'я (7,9 %) перейшла до першої за рахунок зникнення функціональних зрушень, а у 28,6 % учнів з'явилися симптоми хвороби, в зв'язку з чим вони були віднесені до третьої групи. Звертає на себе увагу формування четвертої групи здоров'я, до якої потрапили діти з третьої групи здоров'я за рахунок погіршення основного захворювання, яке учні мали на початку навчального року. На кінець навчального року до четвертої групи здоров'я віднесені 10,5 % учнів.

Аналіз результатів дослідження фізичного розвитку показав, що у 9,3 % учнів він став кращим і чисельність учнів, що мають гармонійний фізичний розвиток зросла. Проте кількість учнів із дисгармонійним фізичним розвитком за рахунок функціональних показників залишилась без змін.

При аналізі пропусків занять виявили, що саме менше пропусків в учнів з першою групою здоров'я, а саме більше у школярів, віднесених до третьої групи здоров'я. Причому часто батьки залишали дітей удома в зв'язку з наявністю скарг на головний біль, болі в шлунку, на погане самопочуття і не зверталися до лікаря. Очевидно такі скарги викликані втому, яка призводить до функціональних відхилень, що нівелізуються одно-дводенним відпочинком. Стан здоров'я впливав і на успішність учнів. Успішність була гірша в учнів, що мали відхилення у стані здоров'я.

Аналіз успішності учнів показав, що серед учнів з першою групою здоров'я переважають діти, що навчаються на добре та відмінно. Таких учнів 62,7 %, а невстигаючих учнів серед них немає. На задовільно та добре

навчалися 37,3 % дітей. Серед учнів, що за станом здоров'я мають другу групу, на добре відмінно оцінені 58,8 %, але в даному контингенті вже є учні, що не встигають (9,5 %). Звертає на себе увагу такий відсоток учнів, які навчаються незадовільно (55,3 %) серед дітей із третьою групою здоров'я. а на добре та відмінно в цій групі навчається лише 36,8 % учнів.

Отже, розподіл за балами успішності дітей різних груп здоров'я вказує, що стан здоров'я є вагомим фактором впливу на успішність. Очевидно серед дітей третьої групи здоров'я загострення хвороб призводить до пропусків занять, що впливає на рівень знань. А діти другої групи здоров'я більш чутливі до впливу внутрішньо-шкільних факторів (режим навчання, розклад занять тощо) і у них швидше розвивається втома.

Таким чином, проведені дослідження показали, що стан здоров'я є важливим показником готовності дитини до школи і відповідно вагомим фактором впливу на процес адаптації дитини до навчання у школі.

### **Література**

1. Готовність дитини до навчання / упоряд. С. Максименко, К. Максименко, О. Главник. – К.: Мікрос-СВС, 2003. – С. 5-11.
2. Громбах С. М. О критериях оценки состояния здоровья детей и подростков // Вестник АМН СССР. - 1981. – № 12. – С. 42-46.
3. Підаєв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко В.Ф. Панорама охорони здоров'я населення України – К.: Здоров'я – С. 82-84.
4. Система активного формування здоров'я дітей та підлітків в умовах загальноосвітнього навчального закладу. Методичні рекомендації / Г. М. Даниленко, С. М. Цилюрик, Л. І. Пономарьова та ін. – Харків: Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України, 2002. – 24 с.

**Кудін С.Ф., Савонова О.В.**

Чернігівський національний педагогічний університет  
імені Т.Г. Шевченка

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПЕДАГОГА**

Адаптування вітчизняної освіти до динамічних змін на світовому ринку праці відповідно до потреб соціально-економічного розвитку суспільства в умовах зростання конкурентоспроможності людських ресурсів, вимагає від майбутніх фахівців, у тому числі і педагогів, постійного підвищення власної професійної компетентності, вироблення здатності до сприйняття та використання на практиці нових наукових ідей, формування новаторських здібностей, ініціативності тощо. Разом із цим, необхідною умовою розвитку професійної компетентності педагога, забезпечення соціальної стабільності, прогнозованості результатів діяльності, виступає збереження його здоров'я. Адже здоров'я є передумовою гармонійного розвитку особистості й досягнення

людиною професіоналізму і складає основу продуктивності усіх аспектів праці й загального благополуччя людини.

Нажаль, на практиці, професійна діяльність педагога пов'язана із високою мірою відповідальності за рішення, що приймаються, і їх наслідки (непорозуміння з учнями, та їх батьками, несправедливе ставленням з боку керівництва освітнього закладу); інформаційною невизначеністю; нерегламентованим режимом праці. Ці явища зазвичай супроводжуються стресами, гіподинамією, психічною напруженістю, стомленістю, інформаційними перевантаженнями, обмеженням позитивних емоційних контактів, дефіцитом самовираження. А якщо до цього додати ще скромну заробітну платню, погані житлові умови, матеріальні нестатки, то наслідки у вигляді невротичних розладів, різноманітних порушень у психічній сфері не змусять довго чекати. В результаті чого виникає емоційне виснаження фахівця, втрата творчого потенціалу, іншими словами – “емоційне вигорання”, “педагогічний криз” тощо [3]. А на їх фоні нерідко розвивається цілий спектр соматичних захворювань: гіпертонія, інфаркт міокарда, гастрит, виразкова хвороба шлунка, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, розлади ендокринної системи, судинні захворювання мозку тощо [2].

Проблему збереження професійного здоров'я педагога потрібно розглядати в контексті загальної концепції охорони здоров'я нації, розуміючи, що від здоров'я педагога у значній мірі залежить здоров'я його учнів – майбутнього країни. Про це свідчать результати численних досліджень, які показують, що різке погіршення здоров'я школярів у значній мірі визначається невротизованим середовищем, що створюється у тому числі й педагогами.

Сьогодні в наукових колах існує дві ідеології щодо визначення і забезпечення здоров'я: традиційна медична та психологічна. Медицина розглядає здоров'я з точки зору норми – міри вірогідності виникнення хвороби (порушення адаптивної функції організму), а психологія – з точки зору формування позитивних особистісних сил, що забезпечують його збереження (подолання дезадаптації в її традиційному розумінні) [1, 2].

Разом із цим, найбільш популярним серед науковців (В. Бехтерев, О. Лазурський, М. Басов, В. М'ясищев, Є. Левченко, О. Леонтьєв та ін.) є системний підхід щодо визначення здоров'я людини. Зокрема, розглядаючи особистість як біопсихосоціальну істоту, науковці виділяють три рівні в категорії “здоров'я”: біологічний або тілесний, природний фізичний стан; психологічний – як наслідок одушевленої діяльності, і соціальний (духовний) – як результат об'єктивних громадських стосунків.

Існуюча концепція збереження здоров'я (Н. Noack, Т. Abelin, 1987) побудована за принципом збалансованості стосунків особистості з оточенням, пов'язує здоров'я людини з її потенціалом – ресурсом, що використовується для подолання зовнішніх руйнівних чинників і реалізації внутрішніх мотивацій з метою загального поліпшення балансу з оточуючим середовищем. У зв'язку з цим особливий інтерес учених зосереджено на виявленні таких механізмів, які

б забезпечили безперервне пристосування (адаптацію) внутрішніх сил організму людини до умов існування в середовищі, що постійно змінюється.

Виходячи з уявлень про людину як ієрархічну систему пірамідального типу, що включає в якості підсистем: надсвідомість чи духовний елемент (вершина піраміди), психіку (інтелектуально-емоційна сфера) і тіло, першим реалізаційним етапом щодо збереження та зміцнення професійного здоров'я педагога повинно бути вирішення ним вищих індивідуальних завдань, які відносяться до області надсвідомості. Вищі рівні свідомості в сучасній науці прийнято називати надсвідомістю, а в загальнокультурному діапазоні – духовною сферою. Це надособистісний, чи трансперсональний рівень на якому досвід особистості вже утилізований та узагальнений. Вивчається він глибинною і трансперсональною психологією, у джерел якої стояли З. Фрейд, К. Юнг, С. Гроф та ін. Цей рівень відповідає за виробництво смислових орієнтацій, визначення сенсу життя, ставлення до інших і до себе, здійснює регулюючу функцію на рівні, що знаходяться нижче [1].

Керуючи своєю поведінкою з психічного рівня, педагог може вільно змінювати власні стильові характеристики, ефективно розвивати соціальні навички, що сприяють його соціально-психологічній адаптації до реальної ситуації. Все це, поза сумнівом, здійснює позитивний вплив на ефективність професійної діяльності педагога і його психічне самопочуття. Але, тільки вищий (духовний рівень) забезпечує можливість індивідуального вибору і автономного розвитку. Він стає провідним чинником розвитку зрілої особистості, якого не можуть забезпечити регуляторні механізми біологічного і психічного рівнів. Недостатня сформованість регуляторних механізмів вищого рівня призводить до того, що педагог залишається об'єктом зовнішніх дій, будучи нездатним перетворитися на суб'єкта власного життя. Порушення механізмів саморегуляції, деформація внутрішнього світу людини стають пролонгованою причиною багатьох соматичних і психосоматичних захворювань педагога.

У зв'язку із вищевикладеним, поняття “здоров'я” неможливо визначити без урахування основних сутнісних характеристик поняття “Людина”. Основний принцип антропологічного підходу до освітньої діяльності – “людина – міра усіх речей” – розкривається в пізнанні людиною світу, буття через власні досягнення. Філософи трактують сучасну кризу цивілізації як переломний період у розвитку людства. А в переломні моменти свого існування людина звертається до самої себе, прагне заново зрозуміти свою сутність і своє місце у цьому світі. Осмислення цих проблем стає основою для самореалізації, творчого самовираження, коли людина прагне відбутися як духовна індивідуальність. У форматі цієї мети людина проходить шлях психічної трансформації, розвиваючи відповідальність і альтруїзм.

Отже, відновлення професійного здоров'я педагога – це скоріше не лікування, а управління механізмами, що детермінують розвиток особистості та сприяють формуванню позитивного й відповідального ставлення до себе і навколишнього світу. Таким чином, професійне здоров'я педагога – це

особливий стан цілісності тілесно-душевно-духовної організації людини, який передбачає урівноважений розвиток інтелектуальної, морально-вольової, фізичної, емоційно-ціннісної сфер особистості педагога. Збереження професійного здоров'я педагога залежить від його здатності бути успішним у сучасному світі. Зокрема, вміння ефективно справлятися із стресами, запобігати виникненню конфліктів або вдало вирішувати у разі потреби; приймати відповідальні рішення; знаходити свою соціокультурну нішу; бути мобільним на ринку праці, що постійно змінюється; здатним не просто пристосуватися до зовнішніх умов існування, а й осмислено їх перебудувати.

Автори твердо переконані, що кожна людина може жити більш повним і щасливим життям, якщо навчиться усвідомленому управлінню своїм здоров'ям і люблячому, шанобливому ставленню до свого життя. Якщо людина любить себе, світ, людей, якщо вона внутрішньо вільна і наповнена енергією, знає для чого живе, – значить вона здорова.

#### **Література.**

1. Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Медицинская валеология. – К.: Здоров'я, 1998. – 248 с.
2. Бобрицька В. Як зберегти психічне здоров'я // Директор школи. – 2002. – № 15. – С. 8-10.
3. Мешко О.І., Мешко Г.М. Синдром “емоційного згорання” вчителя у контексті професійної діяльності шкільного психолога // Психолого-педагогічні засади професійного становлення особистості психолога. – Тернопіль, 2003. – Ч. 3. – С. 104-112.

**Кузьмінов В.Н.**

Інститут неврології психіатрії та наркології  
АМН України

### **ДО ПИТАННЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИНАРКОТИЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ**

Розповсюдженість зловживання психоактивними речовинами є загрозою для існування сучасного суспільства. Неефективність лікування синдрому залежності від психоактивних речовин загальновідома. Акцент на профілактичному напрямку в боротьбі з розповсюдженням наркоманії - традиційний для вітчизняної наркології. В останні роки профілактичною роботою займаються не тільки державні медичні установи, заклади освіти, правоохоронні органи але й релігійні організації, недержавні громадські організації. Різноманітність суб'єктів профілактичної роботи має позитивні наслідки. Але в деяких випадках при розробці програм вторинної, третинної профілактики (перш за все програм зменшення шкоди) не враховуються особливості залежності від психоактивних речовин як захворювання. Мають місце спроби модулювати поведінку хворого із синдромом залежності не

вважаючи наявності психічних порушень. Дані про ефективність деяких програм є суперечливими та викликають сумнів.

Важливою проблемою в профілактиці наркоманії (та інших залежностей від психоактивних речовин) є відсутність усвідомлення фахівцями змін ефекторно-вольової сфери хворих із залежністю від психоактивних речовин, системи мотивації та цінностей та інших ознак психічної залежності. Крім того для деяких видів залежності від психоактивних речовин (алкоголю, кустарно виготовляємих психостимуляторів тощо) є характерним розвиток психоорганічного синдрому. Формування психоорганічного синдрому перешкоджає протирецидивним заходам, внаслідок порушень когнітивних функцій, деформації ефекторно вольової сфери хворого. Факторами формування психоорганічного синдрому є інтоксикація психоактивними речовинами, соматоневрологічні захворювання, які пов'язані із токсичним фактором, а також і з соматоневрологічними захворюваннями, що не пов'язані зі зловживанням алкоголю, але достовірно частіше зустрічаються у хворих цієї категорії. Для всіх форм залежності є характерним порушення особистості, які суттєво заважають соціальній адаптації хворих.

Одним з предикторів ефективності лікування, вторинної та третинної профілактики є ставлення до хвороби. Найчастіше у хворих на наркоманію зустрічаються анозогнозичний, іпохондричний, егоцентричний, дисфоричний типи.

Дуже поширеним є анозогнозичний тип, для якого характерна відсутність сприйняття наркоманії як хвороби. Наприклад, при формальній згоді з наявністю хвороби у себе, хворі на опійну наркоманію вважають її проявом тільки неприємності, відчуття пов'язані зі абстинентним синдромом. В подальшому хворі, що мають досвід лікування, упродовж якого отримували психоактивні речовини, що мають адиктивний потенціал, легко визнають себе хворими. Але в більшості випадків мотивом лікування є не досягнення тверезого способу життя, а подальше отримання легальних психоактивних речовин (принцип субституції в лікуванні наркозалежних). Заміна одної психоактивної речовини на іншу в деяких випадках є капітуляцією перед хворобою. Найбільш відомим варіантом замісної терапії є метадонові програми. Ефективність в досягненні завдань, що на них покладають викликають сумніви. Тому що потреба в зміні свого психічного стану та досягнення ейфорії з часом штовхає хворих на пошук додаткових наркотичних речовин різних груп, формування полінаркоманії у залежних від опіоїдів, парентеральне введення препаратів, які мають вживатися виключно перорально. Це сприяє збільшенню загальної кількості в незаконному обігу наркотичних речовин.

Факторами, що впливають на ставлення до хвороби є: преморбідні риси особистості, тривалість зловживання психоактивними речовинами, наявність впливу наркотизації на загальний стан хворого, мікросоціальні, соціальні фактори, тип наркотичної (психотропної) речовини, яка переважно вживається хворим. Подолання анозогнозії та виробка адекватної реакції на хворобу - найважливіші фактори успішного лікування.



Необхідно відзначити, що не тільки хворі але й всі молоді люди краще сприяють інформацію джерелом якої є не лікарі, педагоги та батьки, а сучасні засоби інформації (наприклад, Інтернет), інші підлітки, які є неформальними лідерами в групі. Відомим фактом є розповсюдження інформації про психоактивні речовини через Інтернет, при цьому деякі препарати рекламуються як “ідеальні”, тобто такі, що не мають побічних дій та сприяють подоланню стресів і фізичного навантаження. Інтернет стає засобом сучасної торгівлі не тільки легальними товарами але й наркотиками з усіма ознаками ринкових відносин (рекламою, боротьбою за споживача, маркетинговими заходами).

Для підвищення ефективності профілактики розповсюдженості зловживання психоактивними речовинами та її наслідків потрібна злагоджена робота фахівців різного профілю: лікарів, психологів, педагогів, соціальних працівників тощо. Необхідне підвищення впливу державного регулювання профілактичної роботи. У профілактичній роботі треба застосовувати сучасні засоби масової інформації, залучати до профілактичної роботи представників молоді, зокрема, колишніх наркозалежних.

**Куліш О.В.**

Мелітопольський державний педагогічний університет  
імені Б. Хмельницького

## **ЗАГАРТУВАННЯ УЧНІВ В ОЗДОРОВЧОМУ ТАБОРІ**

Робота таборів спрямована насамперед на оздоровлення дітей та загартування як фізичних, так і морально-вольових якостей вихованців.

Одним з найефективніших засобів підвищення стійкості організму до впливу зовнішніх факторів є загартування. Організм одержує здатність протистояти несприятливим факторам.

Велике значення у збереженні та зміцненні здоров'я має природа.

Повітря – неодмінна умова життя. Найголовніша складова повітря – кисень. У нічні та ранкові години кисню у повітрі більше ніж у денні й вечірні. Найменше його о 3 годині дня, найбільше – о 2-4 годинах ночі. Перебування на свіжому повітрі, на лоні природи заспокоює людину, знімає надмірне збудження, покращує сон, тамує або зменшує головний біль.

Сонце – могутній оздоровчий, профілактичний і лікувальний чинник, якщо користуватися ним розумно, починаючи з короткочасного опромінювання і поступово подовжувати час перебування на сонці. І навпаки, сонце стає ворогом, що призводить до хвороб, якщо піддавати своє тіло надмірному опромінюванню. Потрапляючи на шкіру людини, частина сонячних променів відбивається, а частина проникає в тканини організму й там поглинається. Поглинута сонячна енергія внаслідок дії на різні структури частин організму (нервові закінчення, кров та ін.) викликає реакції в організмі. Особливо сильно

діє ультрафіолетове проміння. Воно активізує біохімічні обмінні процеси в тканинах і клітинах організму. Також ультрафіолетове проміння сприяє утворенню в організмі людини вітаміну Д, який регулює фосфорно-кальцієвий обмін.

Найбільш зручна й поширена форма опромінювання сонцем – приймання сонячних ванн, а точніше сонячно-повітряних. Починати слід з ванн розсіяної сонячної радіації (під кронами дерев, під тентами, в затінку). Після 2-3 таких процедур можна переходити до приймання сонячних ванн сумарної радіації, коли на тіло людини діють усі три види сонячного випромінювання: пряме, розсіяне і відбите.

Приймати сонячні ванни краще в ранкові години (з 8 до 11) або в другій половині дня (з 16 до 19), через 30-40 хвилин після легкого сніданку або через 1,5-2 години по обіді. Приймання сонячних ванн добре поєднувати з помірними фізичними вправами: ходьбою, грою в м'яча. Сонячні ванни треба починати приймати з мінімального дозування – 5 хвилин, поступово збільшуючи дозу на 2-3 хвилини протягом наступних 10 днів і доводячи до 30-50 хвилин.

Ознаки сприятливої дії сонячної радіації – це поліпшення загального самопочуття, настрою, сну, апетиту, приплив бадьорості, підвищення працездатності.

Вода – коштовний дар природи. Вона відіграє важливу роль у процесах обміну речовин, які становлять основу життя. Без води не можливе травлення, дихання, анаболізм та катаболізм, синтез білків, жирів, вуглеводів. Воду можна використовувати як внутрішній, так і зовнішній засіб. Її застосовують для обтирання, обмивання, загортання, приймання ванн тощо. Водні процедури можуть бути як загальними (впливати на все тіло), так і місцевими (діяти на ділянку тіла). Вони справляють механічний, термічний і хімічний вплив на організм.

Зовні вода діє на організм крізь шкіру. Вона впливає на чутливі нервові закінчення, розміщені в шкірі, а через них – центральну нервову систему, на розподіл крові, процеси теплообміну. Під дією холоду у першій фазі тривалістю 1-2 хвилини, шкіра блідне, судини звужуються, прискорюється серцебиття, підвищується артеріальний тиск. Потім настає фаза, коли судини розширюються, шкіра стає рожевою, теплою на дотик, сповільнюється частота серцевих скорочень, знижується артеріальний тиск. Якщо дія холоду надто тривала, починається третя фаза – венозного застою. Шкіра стає темно-червоною з синюшнім відтінком, холодною на дотик. Третьої фази допускати не можна. Під час прохолодних процедур дихання спочатку затримується, потім прискорюється і врешті (у 2 фазі) сповільнюється, стає глибоким, збільшується засвоєння організмом кисню. Холод стійко підвищує тонус м'язів, тренує терморегуляцію, тонізує, загартовує організм. Гартування водою слід продовжувати поступово і систематично.

Дуже зручна форма загартування, особливо влітку, - купання у природних відкритих водоймищах. Починаючи купання у відкритих водоймищах можна, залежно від попередньої загартованості, при температурі води 20 °С [2].

Під час роботи профільних оздоровчих таборів, педагоги Мелітопольського центру еколого-натуралістичної творчості учнівської молоді використовують різноманітні методи загартування вихованців.

Влітку кожного року на базі Мелітопольського центру еколого-натуралістичної творчості учнівської молоді працюють два оздоровчих табори: “Юннат” - табір денного перебування для дітей молодшого шкільного віку, та “Простір” - наметовий еколого-краєзнавчий, на узбережжі Молочного лиману та Азовського моря, для дітей середнього та старшого віку.

Робота табору “Юннат” кожного ранку розпочинається з ранкової гімнастики на свіжому повітрі й прийняття сонячно-повітряних ванн; закінчується гімнастика частковим обливанням тіла (рук, ніг, шиї). Перед тихою годиною також обов’язково проводиться часткове обмивання тіла. Багато часу діти проводять на свіжому повітрі: рухливі та екологічні ігри (“Тропа випробувань”, “Школа юного розвідника”, “Веселі старті”), екскурсії, спостереження у природі, пізнавальні, розважальні та спортивні заходи, корисна праця на навчально-дослідній ділянці.

Оцінка ефективності оздоровлення дітей в таборі проводиться на основі співвідношення даних двох медичних оглядів – на початку і в кінці табірної зміни. Аналізуються: фізичний розвиток дітей (за результатами антропометрії), функціональний стан дихальної системи, функціональний стан серцево-судинної системи, стан м’язової системи (за допомогою динамометра), рівень фізичної підготовленості, захворюваність під час перебування в таборі. Комплексний аналіз цих показників дає можливість оцінити, як ефективність оздоровлення кожної дитини, так і ефективність організації фізичного виховання, загартування, харчування, медичного обслуговування дитячого колективу.

В еколого-краєзнавчому наметовому таборі “Простір” багато уваги приділяється загартуванню вихованців. Підйом у таборі о 6 годині ранку, далі ранкова гімнастика із занурюванням у воду. Потім робота експедиційних загонів, під час якої вихованці відчують себе часткою природи і мають можливість використовувати знання та навички, придбані на заняттях гуртків та в школі. Тут загартовуються не тільки фізичні, але і морально-вольові якості дітей.

З 9 до 11 ранку і з 16 до 18 години вихованці приймають сонячно-повітряні ванни і купаються в морі. Під час всієї табірної зміни вихованці багато часу проводять на свіжому повітрі: працюють в експедиційних загонах, збирають лікарські трави, гербарії, займаються природоохоронною роботою, беруть участь у тренінгах, різноманітних спортивно-туристичних змаганнях (“Веселі старті”, “Робінзонада”).

Чудовим прийомом загартування, який використовується в таборі, є ходіння босоніж. При цьому тренуються м’язи стопи (попереджуючи плоскостопість), відбувається масаж підшви. Починати ходити босоніж треба спочатку по 1 хвилині, поступово збільшуючи тривалість до 8-10 хвилин.

Отже, загартування відіграє надзвичайно важливу роль у розвитку організму людини, формуванні, збереженні та зміцненні її здоров'я. Для того, щоб легше переносити різкі зміни погодних та кліматичних умов, які зараз відбуваються у зв'язку із забрудненням навколишнього середовища і порушенням екологічної рівноваги, необхідно займатися загартуванням. Насамперед – підвищувати стійкість організму до холоду, а також до сезонних, добових, періодичних чи раптових змін температури. При загартуванні тренуються терморегуляційні механізми організму, покращується теплообмін, функціональний стан нервової, серцево-судинної систем, нормалізується обмін речовин, зростають захисні сили організму, виникає несприятливість до простудних захворювань, сповільнюється процес старіння [1].

#### **Література**

1. Куліш О. В. Сучасні підходи до формування в школярів здорового способу життя // Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету. Педагогічні науки. – Бердянськ: БДПУ, 2006. - № 4. - С. 33-37.
2. Цимбал Н.М. Практикум з валеології. Методи зміцнення фізичного здоров'я. – Тернопіль: “Навчальна книга - Богдан”, 2000. – 168 с.

**Лопатіна Г.О., Линдіна Є.Ю.**

Бердянський державний педагогічний університет

### **ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

Турбота про здоров'я дітей останнім часом займає в усьому світі пріоритетні позиції, оскільки будь-якій країні потрібні особистості творчі, гармонійно розвинені, активні та здорові.

На сучасному етапі розвитку суспільства виявлена тенденція погіршення здоров'я дітей. Особливу тривогу викликає зростання кількості дітей, що мають порушення опорно-рухового апарату (порушення постави, плоскостопість, деформація грудної клітки і нижніх кінцівок та ін.), зору, мовлення, захворювання органів дихання (бронхіт, гостра та хронічна пневмонія, плеврит), алергічні захворювання (бронхіальна астма, кропивниця, набряк Квінке та ін.), серцево-судинні захворювання у дітей саме дошкільного віку.

Через стурбованість проблемами збереження здоров'я дітей все частіше стала лунає інформація про „здоров'язбережувальні технології”. Більшість науковців (В. Кучма, А. Мітяєва, М. Смірнов, М. Степанова, Л. Тихомірова) визначають використання здоров'язбережувальних технологій як головний напрям вирішення проблем збереження та зміцнення здоров'я дітей у сучасних умовах освітнього простору. І.А. Єрохіна визначає поняття “здоров'язбережувальні технології” в освіті як сукупність форм, засобів і методів, які спрямовані на досягнення оптимальних результатів в підтримці

фізичного, психічного, етичного і соціального благополуччя людини, у формуванні здорового способу життя [1, с.165]. О. Ковальова – як засіб організації і послідовних дій в ході навчально-виховного процесу, реалізації освітніх програм на основі усестороннього обліку індивідуального здоров'я учнів, особливостей їх вікового, психофізичного, духовно-етичного стану і розвитку [2, с.50]. В. Кучма і М. Степанова розуміють поняття „здоров'язбережувальні технології” як педагогічні технології навчання, що засновані на вікових особливостях пізнавальної діяльності дітей, варіативності методів і форм навчання, оптимальному поєднанні рухових і статичних навантажень [3, с.23]. М. Смірнов пропонує виділити декілька груп здоров'язбережувальних технологій, в яких використовується різний підхід до охорони здоров'я, а також і різні форми і методи роботи: медико-гігієнічні технології; фізкультурно-оздоровчі технології; екологічні здоров'язбережувальні технології; технології забезпечення безпеки життєдіяльності; здоров'язбережувальні освітні технології.

Аналіз класифікацій існуючих здоров'язберігаючих технологій дає можливість виокремити такі типи (О. Ващенко):

*здоров'язбережувальні* – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини;

*оздоровчі* – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, аромотерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія;

*технології навчання здоров'я* – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загально-навчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти;

*виховання культури здоров'я* – виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини.

Проаналізувавши літературу по даній проблемі ми прийшли до висновку, що на сьогоднішній день немає достатньо однозначного тлумачення поняття “здоров'язбережувальні технології”, саме тому, на нашу думку, актуальною є проблема збереження здоров'я дитини на основі здоров'яформуючої освіти.

Дошкільний вік – вирішальний етап у формуванні фундаменту фізичного і психічного здоров'я дитини, тому що у цей період відбувається інтенсивний розвиток органів і становлення функціональних систем всього організму. Саме

в дошкільному віці закладається фундамент здоров'я, зростання та розвиток дитячого організму, що вимагає дбайливого до нього ставлення. З огляду на це, життєдіяльність дитини в дошкільному закладі повинна бути спрямована на збереження і зміцнення здоров'я не тільки під час адаптації до дошкільного закладу, а постійно. Тож, особливої актуальності ця проблема набуває для дошкільних навчальних закладів, в яких усяка практична робота спрямована на зміцнення здоров'я дітей.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає поняття “здоров'я” як повне фізичне, психічне і соціальне благополуччя дитини. Адже чим активніше залучення дитини до світу рухів, тим багатшим і цікавішим її фізичний і розумовий розвиток, міцніше здоров'я.

Здоров'я дитини залежить від ряду факторів: біологічних, екологічних, соціальних, гігієнічних, а також від характеру педагогічного впливу. Проблема здоров'я та його збереження в сучасному суспільстві стоїть більш ніж гостро. Варто пам'ятати, що понад 70% часу дитина проводить у стінах дошкільного закладу. Це час, коли вона росте, розвивається, тому турбота про її здоров'я повинна посідати в дошкільному закладі першочергового значення.

Дитину можна назвати здоровою, якщо вона: у фізичному плані – вміє долати втому, а її самопочуття дозволяє діяти у оптимальному режимі; в інтелектуальному плані – демонструє гарні розумові здібності, допитливість, уяву, самонавчання; у моральному плані – чесна, самокритична, відверта; у соціальному плані – врівноважена, здатна дивуватися та захоплюватися.

Організм дитини найбільш чутливий до екзогенних факторів навколишнього середовища. З власного досвіду роботи знаємо, що існують деякі фактори ризику, які впливають на здоров'я дитини, це такі, як-от: стресова педагогічна тактика, недотримання фізіологічних і гігієнічних вимог до організації навчального процесу, відсутність системності роботи з формування цінності здоров'я, невідповідність методик і технологій навчання, недостатня обізнаність батьків у питанні збереження здоров'я дітей, недоліки системи фізичного виховання, неграмотність деяких педагогів у питаннях охорони і зміцнення здоров'я дітей, перевантаження, гіподинамія, тощо.

Для реалізації оздоровлення дітей потрібно створити усі необхідні умови, саме тому, для вирішення цієї проблеми, дошкільні заклади у своїй діяльності ставлять такі пріоритетні завдання: формування бази даних про здоров'я дітей; моніторинг стану здоров'я та психічного розвитку дітей від вступу до ДНЗ і до випуску до школи; створення оптимальних умов, що забезпечують охорону і зміцнення здоров'я дітей; впровадження здоров'язбережувальних технологій в усі види дитячої діяльності; взаємодія з батьками.

Формування здоров'я потрібно починати вирішувати з моменту народження дитини системно і спільно, а ця тема повинна зайняти гідне місце в бесідах з батьками та дітьми, в планах виховної роботи педагогів, в інформаційних стендах дошкільного закладу тощо.

Одним із головних завдань, що стоять перед вихователями, є виховання здорового підростаючого покоління. В умовах дошкільного закладу тільки при

злагодженій спільній роботі колективу та батьків можна досягти бажаного результату – виховати здорову, фізично міцну і гармонійно розвинену дитину.

У дитячому садку спеціалістам доречно використовувати як традиційні, так і нетрадиційні форми та методи роботи. На нашу думку, формами організації оздоровчої роботи є: самостійна діяльність дітей, рухливі ігри, ранкова гімнастика, дихальна та коригуюча гімнастика, гімнастика для очей, рухово-оздоровчі фізкультурні хвилинки, фізичні вправи після денного сну, комплекси вправ на розвиток дрібної моторики, фізичні вправи у поєднанні з загартовуючими процедурами, фізкультурні прогулянки (в парк, в ліс, до водойми), фізкультурні дозвілля, спортивні свята, Дні здоров'я, оздоровчі процедури у водному середовищі (басейн) тощо.

Представимо можливості використання здоров'язбережувальної технології в умовах дошкільного навчального закладу.

Пріоритетним методом збереження й зміцнення здоров'я дітей і підлітків є раціональне використання різноманітних засобів і форм фізичного виховання при оптимальній руховій активності, що відповідає науково обґрунтованим гігієнічним нормативам залежно від статі та віку. Найважливішим фактором, який сприяє розвитку, збереженню і зміцненню здоров'я дітей є щоденні провітрювання приміщення, дотримання температурного режиму в туалетному приміщенні, чистота в групі, багато світла, спокійний, доброзичливий тон вихователя, обов'язкові щоденні прогулянки вранці і ввечері, в будь-який час року за винятком холодних температур.

Створюючи умови для збереження, зміцнення, формування здоров'я дітей слід пам'ятати про розумне поєднання оздоровчих та освітніх завдань, що забезпечить розвиток дітей й не зашкодить їх здоров'ю, метою яких є формування у дитини мотивів самозбереження, виховання звички думати і дбати про своє здоров'я. Для досягнення поставленої мети потрібно формувати навички догляду за тілом, охорони особистого здоров'я та здоров'я оточуючих; створювати умови для загартовування; давати уявлення про функції тіла, вчити дітей поводитися з небезпечними для здоров'я речами, демонструвати значимість правильного ставлення до здоров'я.

Особливу увагу варто приділяти проведенню загартовуючих процедур, що сприяють зміцненню здоров'я та зниженню захворюваності. На початку навчального року потрібно поступово навчати дітей елементам вмивання у міру проходження адаптаційного періоду, ходінню босоніж, звиканню до повітряних та сонячних ванн після сну й під час фізкультурних занять. Не слід забувати про полоскання та спеціальні оздоровчі вправи для горла.

**“Ворона”.** Сіла ворона на паркан і вирішила розважити всіх своєю прекрасною піснею. То вгору підніме голову, то в бік поверне. І каркає так, що її всюди чути. Діти вимовляють протяжно звук “ка-а-а-а-ар” (5-6 разів). Так голосно каркала ворона, що охрипла і стала каркати беззвучно, із закритим ротом (5-6 разів).

**“Зміїний язичок”.** Уявімо, що довгий зміїний язик намагається висунутися якомога далі, намагаючись дістати до підборіддя (6 разів).

**“Позіхання”.** Сидячи, зручно розслабитися, опустити голову, широко розкрити рота. Незакривая його, вголос вимовити “о-о-хо-хо-о-о-о”, позіхати (5-6 разів).

**“Веселі плакальники”.** Імітація плачу, гучні схлипування, супроводжуваний різкими, переривчастими рухами плечей і шумним вдихом без видиху (30-40 с).

**“Смішинка”.** Потрапила смішинка до рота і неможливо від неї позбутися. Очі примружилися, губи радісно розсунулися, і почулися “хохотання” звуки “ха-ха-ха”, “хі-хі-хі”, “ги-ги-ги”, а, натиснувши на хохотальну крапку на кінчику носа і подивившись у дзеркало, можна сміятися так, наче перед вами найвеселіший в світі клоун.

Слід зауважити, що проведення роботи, спрямованої на розвиток комунікативних здібностей дітей, виховання впевненості у собі із застосуванням методів ігротерапії, казкотерапії, релаксації, логоритміки буде більш ефективним у поєднанні з методами здоров’язберезувальних технологій.

Для часто хворіючих дітей добре допомагає дихальна та артикуляційна гімнастика. Пропонуємо щоденно впродовж 5-7 хвилин займатися з дітьми артикуляційною гімнастикою.

**“Неслухняний язичок”.** Широкий язик покласти на нижню губу та промовляти „пя-пя-пя”, неначе похлопувати свій „неслухняний язичок” верхньою губою.

**“Трубочка”.** Висунути широкий язик. Бокові краї язика завернути угору. Подмукати в отриману трубочку. Виконувати в повільному темпі 10-15 разів.

**“Годинник”.** Висунути вузький язик. Тягнутися язиком поперемінно праворуч – ліворуч. Рухати язиком з куточка рота в повільному темпі під лічбу. Виконати 10-15 разів.

**“Конячка”.** Присмоктати язик до піднебіння, клацнути язиком. Клацати повільно, сильно. Розтягувати під’язикову зв’язку. Виконати 10-15 разів.

**“Смачне варення”.** Висунути широкий язик, облизати верхню губу та заховати язик у глибоку рота. Повторити 10-15 разів.

Увесь комплекс лікувально-оздоровчих заходів діти можуть отримувати у залі лікувальної фізкультури, в малому тренажерному залі, масажному кабінеті, кабінеті парафінолікування, фізіопроцедурному кабінеті, у спортивному залі та басейні. Доречі, використання басейну у вирішенні питань формування здорового способу життя сприяє підвищенню рухової активності дітей, різноманітності загартовуючих процедур, посиленню оздоровчої спрямованості навчального процесу, зняттю нервового напруження і зміцненню загального тону організму.

Загальновідомо, що плавання надає зміцнюючої дії на дитячий організм, а безопорне положення тулуба благотворно впливає на процес розслаблення. Важливим на нашу думку є і температурний вплив водного середовища. Тепла вода знімає стомлення м’язів, примушує дитину відчувати себе комфортно.

Таким чином, використання басейну в корекційно-виховній роботі дошкільного закладу є потужним емоційно-позитивним фактором, при якому



з'являється можливість поєднувати подачу навчального матеріалу з використанням здоров'язбережувальних технологій.

Недоліки сучасної практики фізичного виховання дітей дошкільного віку підтверджують дані статистики – близько 80% дітей мають відхилення у стані опорно-рухового апарату, а останнім часом значно зросла кількість дітей, які страждають на плоскостопість. У групі доцільно проводити вправи, що сприятимуть формуванню постави, профілактиці плоскостопості, розвитку органів дихання, розвитку опорно-рухового апарату і т.д. наведемо приклад вправ для формування та закріплення навичок правильної постави.

1) Прийняти правильну поставу, торкаючись стіни або гімнастичної стінки. Потилиця, лопатки, сідниці, литки ніг і п'яти мають торкатися стіни.

2) Стоячи біля гімнастичної стінки, прийняти правильну поставу, стати навшпиньки, утримуючись у цьому положенні 3—4 секунди. Повернутись у вихідне положення.

3) Прийняти правильну поставу, присісти, розводячи коліна в боки і зберігаючи пряме положення голови та хребта. Повільно піднятися, прийняти вихідне положення.

4) Сидячи на гімнастичній лаві біля стіни, прийняти правильну поставу (потилиця, лопатки й сідниці притиснуті до стінки).

Не слід також забувати про ходіння доріжками здоров'я, використання яких сприяє профілактиці плоскостопості у дітей.

Проблема погіршення зору у динаміці навчально-виховного процесу не є новою. Маючи бажання допомогти таким дітям, офтальмологи розробили багато підходів, але суттєва їх частина не може бути використана вихователями, оскільки вони не мають спеціальної медичної освіти. Ефективність засобів щодо збереження зору дітей залежить не тільки від лікарів, але й від нас, спеціалістів. Існують різні способи розслаблення м'язів очей.

Під час занять доцільним буде включення вправ на релаксацію для очей. Для дошкільників бажано кожній вправі надавати ігрового характеру. Цікавими, на нашу думку, буде виконання таких вправ:

**“Розслаблення”** - заплющити очі, розслабити всі частини тіла. Розслабте очі, уявіть, що у вас очі м'які, що всередині немає ніякого світла, що все там тільки м'яке та чорне. Усміхніться, думайте про усмішку і нехай вона проходить через закриті повіки. Розплющіть очі.

**“Кліпання очима”**. Моргати якомога частіше протягом дня.

**“Вправи на зміцнення зовнішніх м'язів очей”**. Рухати очима (не рухаючи головою) вгору, вниз, вправо, вліво, по діагоналі, по колу.

На занятті обов'язково потрібно приділити увагу кожній дитині, створити бадьорий, радісний настрій, викликати бажання зайнятися цікавою, корисною руховою діяльністю.

Основне призначення фізкультурних хвилинок, які проводяться під час занять, — підвищити працездатність, зняти втому, дати відпочинок організму, в першу чергу — нервовій системі та м'якулам. У запропонованих нижче

фізкультхвилинках діти стежать за рухами рук, імітують різні види рухів, вчаться орієнтуватись в просторі, що спонукає розвиток зорових функцій. Необхідною умовою є повна розкутість у рухах, вільне переміщення в груповій кімнаті. Ці фізкультхвилинки можна проводити у різних вікових групах.

### **“Каченята”**

Раз-два — всі пірнають,  
Три, чотири — виринають,  
П'ять, шість — на воді  
Кріпнуть крильця молоді,  
Сім, вісім — що є сили  
Всі до берега поплили,  
Дев'ять, десять — обтрусилась  
І за парти опустились.

### **“Гори Карпати”**

Раз-два — піднімається гора,  
Три, чотири — це круті гірські схили,  
П'ять, шість — це орли дивний танець завели,  
Сім, вісім — це смерічки похилилися до річки,  
Дев'ять, десять — це вода з водоспаду витіка.

### **“Буратіно”**

Буратіно потягнувся,  
Раз — нагнувся, два — нагнувся,  
Руки в сторону розвів —  
Мабуть, ключик загубив.  
А щоб ключик відшукати,  
Треба нам навшпиньки встати.

Фізкультхвилинки проводяться на всіх заняттях (крім музичних і фізкультурних) у міру настання стомлення дітей. Вправи для фізкультхвилинки добирають з урахуванням характеру і змісту заняття. Вони повинні створювати бадьорий настрій у дітей, але не перезбуджувати їх. Фізкультхвилинка триває 1-3 хвилини і, як правило, складається з 3-4 вправ.

Після сну обов'язково потрібно створити позитивний емоційний настрій, організувати активний відпочинок дітей. Ми пропонуємо проведення комплексу гімнастики після сну.

1. В.П.: лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Зігнути коліна, ноги підтягнути до грудей, обхопити коліна руками, повернутися в в.п.
2. І.П.: Лежачи на спині, руки в замок за голову, ноги зігнуті в колінах. Нахил колін вліво, в і.п., нахил колін вправо, в і.п.
3. І.П.: сидючи, ноги разом, руки в упорі ззаду. Зігнути ноги в колінах, підтягнути їх до грудей, зі звуком "ф-ф" - видих, в.п., вдих (через ніс).
4. І.П.: те ж, одна рука на животі, інша на грудях. Вдих через ніс, втягуючи живіт; видих через рот, надуваючи живіт.
5. І.П.: стоячи, ноги нарізно, руки вниз. Бавовна в долоні - видих; розвести долоні в сторони - вдих.

6. І.П.: о.с. Потягування: дістали до стелі, повернулися в і.п.

Ввечері дуже доречним буде проведення комплексів точкового масажу та дихальної гімнастики. Пропонуємо декілька комплексів.

1. З'єднати долоні і потерти ними одна об одну до нагріву.

2. Натискати вказівним пальцем точку під носом.

3. Вказівним і великим пальцем "ліпити" вуха.

4. Вдих через ліву ніздрю (права закрита вказівним пальцем), видих через праву ніздрю (при цьому ліва закрита).

5. Вдих через ніс і повільний видих через рот.

**"Дихайте тихо, спокійно і плавно"**. В.П.: стоячи, сидячи, лежачи (очі краще закрити). Зробити повільний вдих через ніс, пауза (хто скільки зможе), потім плавний видих через ніс (5-10 разів).

**"Подихайте однією ніздрею"**. В.П.: сидячи, стоячи, тулуб випрямлений, але не напружений. Праву ніздрю закрити вказівним пальцем правої руки. Лівою ніздрею зробити тихий тривалий вдих. Відкрити праву ніздрю, а ліву закрити вказівним пальцем лівої руки, через праву ніздрю зробити тихий видих (3-6 разів).

**"Повітряна куля"**. В.П.: лежачи на спині, тулуб розслаблений, очі закриті, долоні на животі. Зробити повільний плавний вдих без будь-яких зусиль; живіт повільно піднімається вгору і роздувається, як кругла куля. Зробити повільний плавний видих; живіт повільно втягується (4-10 разів).

**"Вітер"**. В.П.: лежачи, сидячи, стоячи, тулуб розслаблений. Зробити повний вдих, випинаючи живіт і грудну клітку; затримати дихання на 3-4 с.; крізь затиснуті губи з силою випустити повітря кількома уривчастими видихами.

**"Веселка, обійми мене"**. В.П.: стоячи або в русі. Зробити повний вдих носом з розведенням рук в сторони; затримати дихання на 3-4 с.; розтягуючи губи в усмішці, вимовляти звук "с", видихаючи повітря і втягуючи в себе живіт. Руки спочатку вперед, потім схрестити перед грудьми, як би обіймаючи плечі (3-4 рази).

**"Дихаємо тихо, спокійно і плавно"**. Повторити вправу 3-5 разів.

Здорова і розвинена дитина має добру опірність організму до шкідливих факторів середовища і стійкістю до стомлення. У дошкільному дитинстві закладається фундамент здоров'я дитини, відбувається її інтенсивне зростання і розвиток, формуються основні рухи, постава, а також необхідні навички та звички, виробляються риси характеру, без яких неможливий здоровий спосіб життя. Зростання кількості дитячих захворювань пов'язане не тільки з соціально-екологічною обстановкою, але і самим способом життя сім'ї дитини, багато в чому залежать від сімейних традицій і характеру рухового режиму.

Зважаючи на це, робота з батьками є важливою складовою всього педагогічного процесу, адже від співпраці багато чого залежить. З моменту прийняття дитини до дитячого садка фахівці повинні будувати спільну роботу, яка допоможе швидко і безболісно адаптуватися і влитися в дитячий колектив.

Для цього доцільно проводити з батьками бесіди на теми: “Ваша дитина йде в дитячий садок”, “Особливості виховання та навчання дітей дошкільного віку”, “Оздоровлення і загартовування дітей дошкільного віку” та багато інших; надавати необхідні консультації (індивідуальні та групові) з питань адаптації дітей до умов ДНЗ і на цікаві для батьків теми. Доцільно намагатися залучати батьків до участі в житті колективу й дитячого садка. Робота з сім’єю щодо організації спільної рухової активності батьків і дітей неможлива без участі батьків у фізкультурно-оздоровчих заходах дитячого садка.

Як показує практика, всі вище перераховані методи дуже допомагають у роботі з дітьми.

Однак, слід пам’ятати про те, що застосування різноманітних ефективних профілактичних, оздоровчих технологій та діагностичних методик у навчально-виховному процесі і постійне здійснення моніторингу стану здоров’я дітей є своєрідною запорукою створення здоров’язбережувального середовища, тобто середовища, в якому дитині приємно і безпечно знаходитися, що стимулює її розвиток, забезпечує комфортні умови для формування здоров’я і є оптимальним для її зростання.

За останні роки ця система у багатьох дошкільних закладах удосконалилася, збагатилася новими підходами, новими шляхами реалізації, елементами здоров’язбережувальних технологій. Науковці, дошкільні педагоги працюють над розробкою структури технологічного процесу, визначенням компонентів технології, їх взаємозв’язку, системи оцінок тощо.

Не слід забувати, що сьогодні важливо нам, дорослим, формувати й підтримувати цікавість до оздоровлення як самих себе, так і своїх дітей і тільки в тісному взаємозв’язку з вихованцями, батьками, медичними працівниками, практичними психологами, соціальними педагогами, усіма тими, хто зацікавлений у збереженні і зміцненні здоров’я дітей і молоді, педагоги спроможні створити здоров’язбережувальне освітнє середовище.

### Література

1. Ерохина И.А. Здоровьесберегающие технологии в профилактике наркозависимости подростков: дис. канд. пед. наук: 13.00.02. – Тамбов, 2005. – 272 с.
2. Ковалева О.И. Личностно ориентированное обучение студентов современных вузов как фактор сохранности здоровья: дис. канд. пед. наук: 13.00.08 / О.И.Ковалева. – Ставрополь, 2004. – 175 с.
3. Чупаха И.В. Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе: научно-практический сб. инновац. опыта. - М.: Илекса; Ставрополь: Сервисшкола, 2001. – 400 с.

## **ГОТОВНІСТЬ МАЙБУТНЬОГО ІНЖЕНЕРА-ПЕДАГОГА ДО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

На сучасному етапі розвитку педагогічної теорії та практики актуального характеру набувають питання підвищення рівня професійної підготовки інженерів-педагогів як майбутніх викладачів і вихователів учнів професійно-технічних навчальних закладів (ПТНЗ).

Одним з найважливіших завдань якісної освіти інженера-педагога є формування його готовності до використання здоров'язберігаючих технологій. Це зумовлено насамперед нагальною потребою збереження й зміцнення здоров'я учнів у процесі навчання й виховання.

Актуальність формування готовності інженерів-педагогів до використання здоров'язберігаючих технологій значно підсилюється незадовільним станом здоров'я випускників основної та старшої загальноосвітньої школи – потенційних учнів ПТНЗ. Так, за даними наукових джерел, майже 90% цієї категорії молоді мають відхилення у здоров'ї, більше 50% – незадовільну фізичну підготовку.

Не менш значущим є те, щоб інженер-педагог був здатний до запобігання негативних впливів навчально-виховного процесу, використання його оздоровчого потенціалу, а також слугував взірцем здорової життєдіяльності для своїх вихованців.

Аналіз психолого-педагогічних джерел [1; 3; 9, с. 14-16] засвідчує, що проблема готовності майбутніх педагогів до використання здоров'язберігаючих технологій у професійній діяльності вивчається в контексті таких основних напрямів дослідження: формування у майбутніх учителів здорового способу життя (В. Бобрицька, Т. Кириченко), валеологічної культури (Ю. Бойчук, Н. П'ясецька); підготовка педагогів до здійснення здоров'язбережувальної діяльності (О. Матафонова), до валеологічного виховання учнів (О. Авдєєва, О. Філіпп'єва), формування у школярів основ знань про здоров'я та безпеку життєдіяльності (Є. Чернишова).

За безумовної важливості цих досліджень проблема формування готовності інженерів-педагогів до використання здоров'язберігаючих технологій у професійній діяльності не знайшла спеціального вивчення у психолого-педагогічних джерелах.

З огляду на це **метою статті** є визначення сутності та структури готовності інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих технологій.

Проведений науковий аналіз праць (С. Вершловський, Ф. Гоноболін, І. Ісаєв, Н. Кузьміна, Ю. Кулюткін, В. Крутецький, Л. Макарова, В. Сластьонін та інші) [4; 5; 7; 10, с. 11-13], присвячених питанням готовності майбутнього педагога до педагогічної діяльності, дозволяє визначити *готовність майбутнього інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих*

*технологій* у професійній діяльності як інтегроване, стійке утворення особистості, що характеризує її теоретичну та практичну підготовленість до професійної роботи зі здійснення здоров'язбереження учнів.

Здоров'язбереження в педагогічному аспекті ми розуміємо як навчально-виховний процес, що передбачає створення безпечних і комфортних умов перебування вихованців в навчальному закладі, запобігання стресів і перевантажень, установа суб'єкт-суб'єктних взаємин учасників педагогічного процесу, забезпечення цілісного розвитку особистості й тим самим сприяє збереженню та зміцненню здоров'я учнів [8].

Готовність до використання здоров'язберігаючих технологій є одним з найважливіших і необхідних складників професійної готовності майбутнього інженера-педагога. Більш того, професійна готовність у відриві від готовності до використання здоров'язберігаючих технологій у сучасній освіті просто немислима.

Проведений науковий пошук доводить, що готовність майбутнього педагога до педагогічної діяльності виявляється в різних чинниках, зокрема таких: спрямованість до педагогічної діяльності (Ф. Гоноблін [5]); позитивне ставлення до праці, визначений рівень оволодіння професійно-педагогічними знаннями, вміннями, навичками, педагогічними здібностями (І. Ісаєв і В. Сластьонін [13]); здобуття й реалізація професійно-педагогічних завдань, умінь, навичок (І. Ісаєв і Л. Макарова [7]); розвиток педагогічних здібностей (С. Вершловський, Ф. Гоноболін, В. Крутецький, Н. Кузьміна, Ю. Кулюткін [4; 5; 10; 11]).

Разом з тим аналіз психолого-педагогічних джерел надає можливість зробити висновок, що дослідники наголошують на необхідності розкриття готовності майбутнього педагога до професійної діяльності як цілісної системи.

Так, В. Крутецький у структуру професійно-значущих якостей особистості, її вмінь включає чотири блоки (підструктури): світогляд особистості; позитивне ставлення до педагогічної діяльності; педагогічні здібності; професійно-педагогічні знання, вміння, навички [12].

А. Асмолов зазначає, що в готовності як результаті підготовки можна виділити декілька компонентів, а саме: мотиваційний (переконання, погляди, відносини, мотиваційні установки на певну поведінку); компонент, який включає в себе операційні установки; особистий компонент (відчуття, інтелект і воля); змістовий (система знань) процесуальний (система вмінь і навичок) [2].

І. Ісаєв і В. Сластьонін до структури готовності педагога до професійної діяльності відносять два основних блоки: теоретичний та практичний. Теоретична готовність – це готовність до теоретичної діяльності, що, у свою чергу, виявляється в узагальненому вмінні педагогічно мислити, тобто мати аналітичні, прогностичні, проєктивні та рефлексивні вміння. Зміст практичної готовності педагога виражається в зовнішніх (предметних) уміннях, тобто в діях, що можна спостерігати. До них відносяться такі вміння, як: організаторські (мобілізаційні, інформаційні, розвивальні, орієнтаційні),

комунікативні (перцептивні вміння, вміння педагогічного спілкування, вміння педагогічної техніки) та прикладні вміння [13].

Найбільш повно структуру готовності особистості до професійної діяльності визначено С. Максименком, який виокремлює такі аспекти готовності, як: операційний (володіння певним набором способів дії, знань, умінь і навичок, а також можливості набуття нового досвіду в межах певної діяльності); мотиваційний (система спонукальних якостей щодо певної діяльності – мотиви пізнання, досягнення, самореалізації та ін.); соціально-психологічний (рівень зрілості комунікативної сфери особистості, вміння здійснювати колективу розподілену діяльність, підтримувати стосунки в колективі, уникати деструктивних конфліктів та ін.); психофізіологічний (готовність систем організму діяти в цьому напрямі). Кожний стан готовності до діяльності визначається сполученням різних факторів, що визначають різні рівні, аспекти готовності. Залежно від змісту діяльності та умов її здійснення провідним може стати один із таких аспектів [6, с.137-138].

Отже, в узагальненому вигляді готовність майбутнього інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих технологій має включати як психологічний стан особистості, її якості (психологічна готовність), так і власне діяльність, що виражається у професійних знаннях (науково-теоретична готовність), уміннях і навичках (практична готовність).

З урахуванням результатів вище проведеного аналізу вважаємо, що основними складниками готовності майбутнього інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих технологій є:

- особистісно-мотиваційний (психологічний), що забезпечує професійну спрямованість педагога на використання здоров'язберігаючих технологій і передбачає: визнання людини й її здоров'я як найвищих цінностей, настанови на розуміння учня, співробітництво з учасниками педагогічного процесу (учнями, їхніми батьками, з колегами); свідоме ставлення до свого здоров'я, мотивація на здійснення здорового образу життя; сформованість сукупності особистісно значущих якостей (відповідальність, справедливість, урівноваженість, тактовність);

- когнітивний (науково-теоретичний) – сукупність загальних психолого-педагогічних і спеціальних знань про збереження й зміцнення здоров'я (сутність людського здоров'я, ознаки його вияву; основи формування здорового образу життя, забезпечення безпеки життєдіяльності; чинники, що впливають на стан здоров'я учнів у навчальній діяльності; підходи до організації педагогічного процесу здоров'язберігаючого характеру);

- процесуальний (практичний) – сукупність умінь, якість оволодіння якими дозволяють в умовах ПТНЗ належно виконувати дії, спрямовані на збереження здоров'я учнів під час навчання й виховання, а саме: проектувальні вміння – вміння з позиції збереження здоров'я учнів конкретизувати мету і зміст освіти й виховання, розробляти плани (теоретичного й виробничого навчання, поурочно-тематичний, уроків); відбирати зміст, засоби, форми, методи педагогічного процесу в їх оптимальному сполученні; планувати індивідуальну

роботу з учнями, спрямовану на подолання проблем у розвитку, здійснювати прогноз розвитку кожного учня; організаторські вміння – вміння організації та здійснення навчально-виховної роботи з урахуванням індивідуальних особливостей учнів та специфіки навчальної групи ПТНЗ; комунікативні вміння – вміння ведення діалогу з учнями, орієнтуючись на правила безконфліктного спілкування, особливості й емоційний настан іншої людини; рефлексивні вміння – здатність аналізувати й коригувати власну діяльність.

Таким чином, готовність майбутнього інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих технологій як важливий і необхідний складник професійної готовності інженера-педагога є інтегрованим, стійким утворенням особистості, що характеризує її теоретичну та практичну підготовленість до професійної роботи зі здійснення здоров'язбереження учнів.

Основними складниками готовності майбутнього інженера-педагога до використання здоров'язберігаючих технологій у професійній діяльності є: особистісно-мотиваційний, або психологічний (забезпечує професійну спрямованість педагога на використання здоров'язберігаючих технологій); когнітивний, або науково-теоретичний (сукупність загальних психолого-педагогічних і спеціальних знань про збереження й зміцнення здоров'я); процесуальний, або практичний (сукупність умінь – проектувальних, комунікативних, організаторських, рефлексивних, якість оволодіння якими дозволяють в умовах ПТНЗ належно виконувати дії, спрямовані на збереження здоров'я учнів під час навчання й виховання).

### Література

1. Адєєва О.В. Підготовка майбутніх учителів до валеологічного виховання учнів загальноосвітніх навчальних закладів: Автореф. дис... канд. пед. наук. – Одеса, 2009. – 20 с.
2. Асмолов А.Г. Деятельность и установка. – М.: Изд-во МГУ, 1979. – 151 с.
4. Бобрицька В.І. Формування здорового способу життя у майбутніх учителів: монографія. – Полтава: ТОВ "Поліграфічний центр "Скайтек", 2006. – 432 с.
5. Вершловский С.Г. Воспитание активной позиции личности. – Л.: Лениздат, 1981. – 143 с.
2. Гоноболин Ф.Н. Книга об учителе. – М.: Просвещение, 1965. – 260 с.
8. Енциклопедія освіти /АПН України; головний ред. В.Г. Кремень. – К.: Хрінком Інтер, 2008. – 1040 с.
9. Исаев И.Ф., Макарова Л.Н. Профессионализм преподавателя: культура, стиль, индивидуальность: учебное пособие. – М.-Белгород: Изд-во БГУ, 2001. – 196 с.
10. Іонова О.М., Лук'янова Ю.С. Здоров'язбереження особистості як психолого-педагогічна проблема // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. – Х.: Харківська державна академія дизайну і мистецтв. - 2009. – № 1. – С. 69-72.
11. Кириченко Т.Г. Формування здорового способу життя студентів педагогічного вузу в процесі фізичного виховання: Автореф. дис. канд. пед. наук. – К., 1998. – 16 с.
12. Кузьмина Н.В. Очерки психологии труда учителя: психологическая структура деятельности учителя и формирование его личности. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1967. – 183 с.
13. Кулюткин Ю.К., Крутецкий В.А., Сухобская Г.С. Психологическая природа деятельности педагога / Теоретическая направленность деятельности педагога. – Л., 1978. – С.7-10.
14. Крутецкий В.А. Вопросы психологии способностей: Сб. статей. – М.: Педагогика, 1973. – 216 с.



15. Педагогика: учебн. пособ. для студ. пед. учебн. завед.] / В. А. Сластенин, И.Ф.Исаев, А.И. Мищенко, Е.Н. Шиянов. – М.: Школа-Пресс, 1998. – 512 с.
16. П'ясецька Н.А. Формування валеологічної культури майбутніх учителів у вищих закладах освіти І-ІІ рівнів акредитації: Автореф. дис... канд. пед. наук. – К., 2004. – 20 с.
17. Філіпп'єва О.А. Підготовка майбутніх учителів початкових класів до валеологічного виховання учнів: Автореф. дис... канд. пед. наук. – Кіровоград, 2008. – 20 с.
18. Чернишова Є.Р. Підготовка вчителя до формування в учнів основ знань про здоров'я та безпеку життєдіяльності людини: Автореф. дис... канд. пед. наук. – К., 2004. – 19 с.

**Маруненко І.М.**

Інститут психології та соціальної педагогіки  
Київського університету імені Бориса Грінченка

## **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

Системний аналіз філософської соціально-педагогічної, психологічної, медичної, валеологічної літератури доводить, що в ХХІ ст. триває новий етап у науковому дослідженні феномену здоров'я.

Проблема здоров'я активно розроблялася такими відомими філософами, психологами – В. Казначєєвим, В. Климовою, В. Скуміним, Є. Спірним, І. Фроловим, В. Леві, А. Маслоу.

Медико-біологічним особливостям зміцнення здоров'я підростаючого покоління присвятили свої праці М. Амосов, Г. Апанасенко, І. Аршавський, Т. Данилюк, Л. Звиняковський, М. Саричев [2].

У працях О. Вакуленка, А. Скоробагатова розкриті соціально-педагогічні аспекти формування здорового способу життя; Н. Анетика, М. Кобринського, А. Турчака приділяється увага визначенню функціональних і структурних характеристик здорового способу життя; С. Лапаєнко з'ясовувала критерії та рівні сформованості здорового способу життя; Г. Власюк, Г. Голобородько, Г. Кривошеєвою вивчалися педагогічні умови формування здорового способу життя; О. Дубогай і С. Свириденко – основні засоби формування здорового способу життя; В. Бобрицькою викладені методологічні та методичні основи формування здорового способу життя у майбутніх учителів [1].

Здоров'я – це складний, системний за своєю функцією феномен, специфіка якого проявляється на фізичному, психологічному та соціальному рівнях розвитку.

Здоровий спосіб життя є необхідним елементом підготовки студентів вищих навчальних закладів, який враховує екологічний підхід до природи, змінює свідомість особистості: сприяє формуванню у неї відповідного ставлення до свого здоров'я та навколишнього середовища як необхідної умови для його збереження і зміцнення.

Проблемою залишається створення мотивації студентів до здорового способу життя, подолання шкідливих звичок, паління і вживання алкоголю, переїдання і гіподинамія та активізація їх під час засвоєння ними знань про самооздоровлення.

У процесі вивчення природничих дисциплін на кафедрі анатомії і фізіології людини Інституту психології та соціальної педагогіки Київського університету імені Бориса Грінченка формуються у студентів інтегративні знання про здоров'я людини, що дає можливість перерозподілити актуальні зв'язки компонентів знання про саму людину та її здоров'я; відбираються більш значущі професійні і особистісні змістові контексти, що змінюють погляд на проблеми універсальності природничо-наукових знань; виокремлюються чинники, які у процесі навчальної діяльності справляють негативний вплив на їх здоров'я.

У перший рік навчання спостерігаються найбільш виражені функціональні зрушення в організмі студентів, які супроводжуються ламанням старого і формуванням нового динамічного стереотипу й пов'язаною із цим нервово-психічною напругою. Пізніше вплив навчального навантаження стає менш вираженим, проте показники психічного та фізичного здоров'я погіршуються. Це свідчить про те, що певний рівень адаптації забезпечується при звичайній напрузі функціональних систем організму [3, с. 207].

Швидка втома і висока нервово-психічна напруга у студентів часто пов'язані з новими умовами навчання, проживання, темпу життя, організацією праці та відпочинку, що діючи в сукупності, посилює негативний вплив на психічне і фізичне здоров'я особистості.

Тому при вивченні природничих дисциплін “Анатомія і фізіологія людини”, “Вікова фізіологія і шкільна гігієна” висвітлюються особливості життєдіяльності організму у різні періоди онтогенезу, функції органів, систем органів і організму в цілому в міру його росту і розвитку; пропонуються студентам методи оцінювання, самоконтролю і відновлення розумової працездатності під час навчальних занять, що дає змогу запобігти погіршенню стану здоров'я, раціоналізувати стиль своєї життєдіяльності; використовуються методики, які дозволяють дати експрес оцінку рівня здоров'я людини, визначити ростово-ваговий індекс, життєву ємність легень, швидко-силові та інші якості; оцінювати діяльність серцево-судинної, дихальної систем у стані спокою та під час навантаження.

Відомо, що в процесі навчання, виховання одні психофізіологічні особливості можуть розвиватися і удосконалюватися, інші – досить стійкі і вимагають для свого покращення і розвитку значного часу, треті, як наприклад, типологічні властивості вищої нервової діяльності, темперамент та інші можуть зберігати індивідуальні риси і особливості протягом життя.

Тому при вивченні курсу “Психофізіологія” розглядаються такі проблеми як нейронні механізми відчуття, сприймання, пам'яті і навчання, мотивації і емоції, мислення і мови, свідомості і психічної діяльності. Під час проведення практичних занять, індивідуальної і навчально-дослідницької та самостійної

роботи студенти діагностують тип нервової системи, оцінюють працездатність головного мозку, визначають рухливість нервових процесів під час групового обстеження, вивчають співвідношення першої та другої сигнальної системи, визначають поріг слухової чутливості та функціональний стан зорового аналізатора, оцінюють працездатність людини при виконанні роботи, яка потребує уваги, досліджують різні види пам'яті, визначають риси характеру і темпераменту, активність вербального і наочно-образного мислення, досліджують екстраверсії / інтроверсії і нейротизм.

Проводячи практичні заняття, студенти діагностують функціональний стан організму, що дає змогу визначити ступінь напруження регуляторних систем і підібрати відповідну функціональному стану інтенсивність інтелектуального і фізичного навантаження.

Володіння методиками визначення об'єму і міцності запам'ятовування дає можливість майбутнім психологам адекватно оцінювати мнемічні властивості досліджуваних і рекомендувати їм різного роду мнемотехніки для розвитку пам'яті.

Параметри сприйняття і відчуття мають індивідуальні властивості детерміновані генотипом. У одних людей сприйняття світу відбувається за рахунок зорового аналізатора (візуали), у інших за рахунок слухового (аудіали), У третіх – за рахунок тактильного, смакового, нюхового аналізаторів (кінестетики). Знаючи особливості сприйняття майбутній психолог зможе підібрати найбільш ефективні методи психопрофілактики і психокорекції.

Знання властивостей нервової системи і темпераменту має важливе значення для оптимізації діяльності, індивідуального підходу до людини в процесі виконання учбової професійної діяльності, спілкування, корекції поведінки індивідуума.

Отже, використовуючи психофізіологічні корекційні методики студенти досягають найбільш ефективних результатів у навчальній діяльності, запобігають погіршенню стану здоров'я, раціоналізують стиль своєї діяльності.

У зміст природничих дисциплін, які викладаються студентам, включається інформація, яка дає змогу висвітлити традиційно теоретичні проблеми науки під кутом їх практичного застосування у життєдіяльності людини з тим, щоб уникнути проблем із здоров'ям; відповідні дисципліни доповнюються відомостями про заходи профілактики та вікові аспекти розвитку ускладнень у стані здоров'я.

Застосовуючи дидактичні засоби навчання створюються навчально-методичні комплекти, які відкривають нові можливості у реалізації технологічного підходу в особистісно орієнтованому навчанні, сприяють удосконаленню навчально-виховного процесу і підвищують його ефективність.

Під час інтеграції засобів навчання здійснюється дидактична спрямованість навчального процесу, що забезпечує орієнтацію в навчальному матеріалі і сприяє організації самостійної пізнавальної діяльності студентів.

Вивчаючи такі дисципліни як: “Вікова фізіологія і валеологія”, “Основи дефектології”, “Основи біології та генетики”, “Валеологія”, “Основи медичних

знань і охорони здоров'я" розглядаються наукові дослідження, які спрямовані на вивчення сучасного стану репродуктивного здоров'я, визначаються основні фактори ризику його порушень, розроблюються науково-обґрунтовані заходи профілактики.

При вивченні курсу "Основи дефектології" висвітлюються закономірності і особливості розвитку, виховання та навчання різних категорій дітей з вадами, у яких внаслідок фізичного або психічного дефекту порушується нормальний хід загального розвитку; розкриваються чинники виникнення аномалій розвитку дитини, вплив тератогенів на організм, фактори ризику, що ускладнюють перебіг вагітності та народження здорової дитини; роль спадковості та навколишнього середовища в генезі хвороб, наслідки впливу алкоголю, нікотину, наркотичних, лікарських і токсичних речовин на вагітну жінку.

При вивченні курсу "Основи біології та генетики" застосовують знання про біохімічні основи спадковості та мінливості, генетичні системні механізми онтогенезу, методи вивчення спадковості людини, вплив мутагенних факторів на спадковість людини.

Під час практичних занять, індивідуальної навчально-дослідницької та самостійної роботи студенти застосовують методи вивчення закономірностей передачі ознак із покоління в покоління; застосовують аналіз родоводів для визначення типу успадкування тієї чи іншої ознаки чи хвороби; складають прогноз для нащадків залежно від того як успадковується певне захворювання (моногенно, полігенно); пояснюють шкідливість впливу факторів ризику на здоров'я людини, прогнозують наслідки впливу людини на природні екосистеми.

При вивченні курсу "Валеологія" студенти засвоюють теоретичні основи науки про здоров'я, оволодівають комплексом оздоровчих умінь і навичок, механізмів організації життєдіяльності на принципах здорового способу життя. На практичних заняттях у студентів формується валеологічна свідомість, дбайливе ставлення до власного здоров'я як найвищої цінності і можливості реалізації потенційних можливостей особистості.

При вивченні курсу "Безпека життєдіяльності" розглядаються психофізіологічні та соціальні особливості життєдіяльності людини, природне середовище як критерій безпеки життєдіяльності, техногенне середовище і його небезпечні та шкідливі чинники.

При вивченні курсу "Основи медичних знань" студенти засвоюють знання про навички реанімації, діагностики раптових захворювань та патологічних станів; знання про техніку надання першої (долікарської) допомоги при травмах, кровотечах, утопленні, удушенні, ураженнях різними хімічними і фізичними факторами (електричним струмом, високою і низькою температурами, радіацією) та при отруєннях; розпізнають ознаки та опановують вміння надати першу допомогу при укусах змій, комах, собак та інших тварин; оволодівають технікою десмургії, транспортної іммобілізації та тимчасової зупинки кровотеч; освоюють навички вміло користуватись

доступними лікарськими препаратами, введення доступних лікарських препаратів в організм хворого при невідкладних станах (зовнішнє, ентеральне, парентеральне); засвоюють правила роботи при бактеріологічній небезпеці та правила роботи в умовах стихійного лиха чи екстремальних ситуацій.

При вивченні курсу “Екологія” у студентів формуються уявлення про основи екологічної науки, комплексні показники функціонування природних систем, методи збору, обробки та інтерпретації екологічної інформації; на основі ґрунтовного знання процесів природи вони опановують самостійний стиль екологічного мислення; вчаться аналізувати процеси, що відбуваються сьогодні в екосистемах різного рівня (від локальних екосистем до глобальної); оволодівають навичками використання методів екологічних досліджень: спостереження, прогнозування, моделювання, моніторинг; засвоюють знання про екологічні закони, принципи і правила, тобто засади оптимального функціонування екосистем під впливом діяльності людини.

За сприянням Міжнародної академії “Культури безпеки екології та здоров’я” на кафедрі анатомії і фізіології людини працює Міжнародний міжвузівський клуб “Здоров’я”, діяльність якого щомісяця забезпечує реалізацію державної політики у сфері профілактики туберкульозу, наркоманії, алкоголізму, ВІЛ/СНІДу; активізацію фізичної діяльності, збереження психічного здоров’я тощо, у вигляді проведення конференцій, семінарів із залученням фахівців певних галузей.

Отже, проведення систематичної роботи до мотивації здорового способу життя у процесі вивчення природничих дисциплін дає змогу розв’язати такі завдання як: оптимізація функціонального стану організму студентів, підвищення рівня їх здоров’я; профілактика захворювань і ускладнень через підвищення неспецифічних і специфічних факторів захисту організму; мобілізація духовних сил, формування свідомого ставлення до дійсності та власних можливостей; подолання психічних і фізичних перевантажень в аспекті збереження розвитку і зміцнення здоров’я; формування у студентів валеологічного світогляду та поведінки, які забезпечать свідоме і активне залучення кожного до процесу формування збереження, зміцнення, відновлення власного здоров’я.

### Література

1. Бобрицька В. І. Формування здорового способу життя у майбутніх учителів: Монографія. – Полтава: ТОВ Поліграфічний центр “Скайтек”, 2006. – 432 с.
2. Омельченко С. О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків: Монографія. – Луганськ: Альма-Матер, 2007. – 352 с.
3. Тимофієва М. П., Двіжона О.В. Психологія здоров’я: навч. посіб. – Чернівці: Книги-XXI, 2009. – 296 с.

## **ПСИХОЛОГІЧНА КУЛЬТУРА ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ПЕРЕДУМОВА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ**

Сучасні реалії педагогічної діяльності ставлять перед учителями ЗНЗ і викладачами ВНЗ підвищені вимоги щодо їхньої професійної компетентності, зокрема психологічної культури, актуалізують питання формування культури здоров'я дітей та молоді. Особливої гостроти набуває ця проблема в зв'язку з погіршенням здоров'я підростаючого покоління. Прояви негативних тенденцій у показниках здоров'я молоді викликають тривогу. За статистичними даними за останні роки у населення України зросла кількість хворих інфекційними, психоневрологічними захворюваннями тощо. У 2010 році середня тривалість життя українців стала меншою ніж у інших мешканців Європи на 11 років. Сьогодні Україна посіла перше місце в Європі з фізичного вимирання населення.

Така ситуація значною мірою зумовлена низкою факторів: складними соціально-економічними умовами життя сучасного суспільства (зниження життєвого рівня більшості сімей), забрудненням довкілля, недостатністю якісного медичного обслуговування, неповноцінним харчуванням, але перш за все, низьким рівнем культури здоров'я населення.

Сьогодні медицина переважно займається боротьбою з хворобами, тоді як профілактикою захворювань, формуванням здорового способу життя, культури здоров'я молоді змушені опікуватись педагогічні працівники. Це, безумовно, потребує створення спеціальних умов – здоров'язбережувального освітнього середовища в навчальному закладі, але, перед усім, постає проблема комплексної підготовки педагогів до цієї діяльності. Крім того, це вимагає розробки відповідних навчальних програм (спецкурсів, дисциплін) для студентської молоді та педагогічних працівників з метою підвищення їхньої фахової підготовки в цьому напрямі.

У рамках проведеного нами дослідження [4] розроблено програму курсу “Базиси культури здоров'я” для студентів ВНЗ [1]. Цю програму впроваджено в ХНПУ імені Г. С. Сковороди як спецкурс для підготовки студентів за фахом “соціальна педагогіка”. Проведено як теоретичні заняття (лекції та спеціалізовані семінари), так і організовано роботу студентів з проходження практики в ЗНЗ, під час якої вони мали змогу отримати практичний досвід щодо формування культури здоров'я в школярів. Реалізація програми забезпечила майбутніх педагогічних працівників базовими знаннями в цьому напрямі педагогічної діяльності, що підтверджується результатами анкетування та контрольними заходами з перевірки отриманих студентами знань і вмінь.

Важливим аспектом підготовки майбутніх педагогів у цьому напрямі є запровадження в означеному ВНЗ та інституті післядипломної освіти

педагогічних кадрів навчальної дисципліни “Основи психотехнологій” [3]. Метою курсу є посилення фахової підготовки студентів, психологічна освіта та формування психологічної культури майбутнього вчителя. Реалізація програми курсу сприяє доповненню, узагальненню та систематизації знань психологічного спрямування, здобутих у інших наукових галузях. Заняття розподілені на лекції, семінари, практичні та семінарсько-практичні, обов’язковою є індивідуальна робота, проводяться тренінгові заняття з розвитку професійної самосвідомості. Така диференціація форм навчання та інтеграція змісту програмового матеріалу забезпечує цілісність процесу.

Особлива роль при вивченні цих програм відведена розвиткові психологічної культури майбутнього педагогічного працівника. Звертаємо увагу, що мова йде не про психологічну освіту педагогічного працівника взагалі, яка сьогодні є загальновизнаною нормою, а про розвиток психологічної культури особистості.

Психологічна культура особистості – складова культури людини, включає систему знань і способів діяльності, які спрямовані на пізнання особистістю своєї сутності та соціального оточення.

Психологічна культура особистості забезпечує здатність до рефлексії, самоаналізу, самопізнання, соціальної перцепції тощо. Завдяки їй педагог здійснює осмислення цілей, які він ставить у освітній діяльності, свої дії та отримані результати. Відбувається усвідомлення внутрішньо-особистісних змін і, поряд з цим, того впливу, який він здійснює на школярів/студентів (суб’єкт-об’єктні відношення).

Отже, психологічна культура педагогічного працівника має розглядатися в особистому та професійному ракурсах. Зосередимося на другому. За останні роки психологічна та педагогічна науки значно збагатились методологічними підходами (особистісно-зорієнтованим, компетентнісним тощо), технологіями (навчання, виховання, розвитку тощо), методиками та різноманітним психолого-педагогічним інструментарієм (анкети, тести тощо). Проте, наявність багажу цих знань у педагогічного працівника не є гарантією високого рівня його професійної психологічної культури.

Перш за все зазначимо, що, на наш погляд, професійна психологічна культура педагога повинна ґрунтуватися на гуманістичній парадигмі освіти з використанням комплексу підходів (культурологічного, цілісного та ін.) до розвитку особистості.

Професійна психологічна культура педагога включає: наявність системи психологічних знань з загальної психології, вікової та педагогічної психології, соціальної психології, основ психотехнологій; активне використання способів педагогічної діяльності в навчанні, вихованні, розвитку, соціалізації тощо; уміння реалізовувати освітні функції: інформаційно-пізнавальну, мотиваційну, емоційну, захисну, комунікативну, світоглядну та ін.; здатність до рефлексії, самоаналізу, самопізнання, самовдосконалення.

У цій статті ми не прагнули навести повний перелік компонентів психологічної культури чи здійснити ґрунтовний аналіз цього складного

феномену, а лише зазначили основні постулати, на які спираємось. Відповідно до поставленої проблеми, звертаємо увагу, що психологічна культура є запорукою певного психологічного комфорту особистості та її психічного здоров'я. Розглянувши зв'язок між психологічною культурою та психічним здоров'ям [2], ми дійшли висновку, що ці дві складові являють собою єдине ціле, вони є необхідною та важливою передумовою формування культури здоров'я.

Культуру здоров'я розуміємо як складову культури людства, що включає сукупність знань філософського, педагогічного, психологічного, медичного спрямувань, збагачує духовне, соціальне, психічне, фізичне життя індивіда, сприяє формуванню особистого ставлення до здоров'я та життєдіяльності, осмисленню людиною парадигм буття.

Навчальні заклади є майже єдиним соціальним інститутом суспільства, які сьогодні формують цінності здорового способу життя та культури здоров'я в молоді, а також займаються підвищенням кваліфікації педагогічних працівників у питаннях збереження та зміцнення здоров'я, поліпшення умов соціокультурного середовища існування молоді.

Отже, психологічна культура є важливою складовою культури людини, яка сприяє формуванню культури здоров'я особистості, нормальному розвитку та функціонуванню всіх складових індивідуального здоров'я (фізичного, психічного, соціального, духовного). Розвиток психологічної культури має стати невід'ємною складовою підготовки майбутнього педагога, що дозволить йому компетентно виконувати покладені на нього професійні обов'язки, а також відповідати сучасним вимогам щодо збереження та зміцнення здоров'я молоді в освітньому закладі. Реалізація означених вище програм у комплексі, забезпечує як студента, так і педагогічного працівника основами психологічної культури, що, в свою чергу, є підґрунтям для формування культури здоров'я. Подальша робота в цьому напрямі буде спрямована на обґрунтування отриманих наукових результатів і практичних рекомендацій щодо покращення ситуації зі здоров'ям молоді.

### **Література**

1. Мельник Ю. Б. Базиси культури здоров'я: робоча прогр. курсу для студ. ВНЗ, слухачів інститутів післядипломної освіти, ФПК. – Х.: ХОГОКЗ, 2007. – 16 с.
2. Мельник Ю. Б. Концептуальні засади формування культури здоров'я особистості молодшого школяра: Монографія. – Х.: ХНПУ, 2011. – 244 с.
3. Мельник Ю. Б. Основи психотехнологій: прогр. та навч.-метод. матеріали до курсу для студ. вищих навч. закладів. – 3-е вид. (перероб. і доп.). – Х.: ХНПУ, 2011. – 64 с.
4. Мельник Ю. Б. Соціально-педагогічні засади формування культури здоров'я в учнів початкової школи: Дис. ...канд. пед. наук: 13.00.05. – Х., 2010. – 346 с.



## **СВІДОМЕ ТА ВІДПОВІДАЛЬНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

У останні десятиліття проблема здоров'я населення України постає як одна з найбільш гострих. Особливу стурбованість викликає стан здоров'я дітей та підлітків. Незадовільний стан здоров'я новонароджених значною мірою зумовлений станом здоров'я батьків, їх фізичною, психологічною, моральною і соціальною невідповідністю. За період навчання у школі кількість здорових дітей скорочується в 4–5 разів. Близько 25–30% дітей, які приходять до першого класу, мають вади у стані здоров'я, а серед випускників шкіл уже більш ніж 80% не можна назвати абсолютно здоровими. Збільшилася частота порушень постави в школярів, у багатьох дітей після закінчення школи діагностується по дві-три патології. Відсутність знань із культури здоров'я та/або нехтування здоров'ям призводить до того, що 40% школярів не знає, що таке здоровий спосіб життя, 85% не займаються фізичною культурою, близько 50% (переважно підлітки та старшокласники) вже спробували наркотики [3].

Стан здоров'я впливає і водночас обумовлює всі сторони і сфери життєдіяльності особистості з біологічного, духовного і соціального погляду. Усвідомлення тієї істини, що не маючи здоров'я, людина не зможе повноцінно реалізувати себе у будь-яких сферах життя дозволяє говорити про здоров'я як одну з найважливіших життєвих цінностей. Здоров'я є не лише особистісною, але й загальнолюдською цінністю. Люди, які вважають неетичним займатися питаннями збереження і зміцнення власного здоров'я, не усвідомлюють, що в майбутньому вони можуть стати важким тягарем для своїх близьких і суспільства в цілому. Крім того, в сучасних умовах ринкової економіки здоров'я є важливим економічним важелем і дуже дорого коштує. У високорозвинених країнах вже давно не в моді гладкий бізнесмен з цигаркою в роті та келихом спиртного за обідом. Паління стає задоволенням для бідних. Жорстка конкуренція сучасного ділового світу вимагає постійної напруженої фізичної й інтелектуальної праці. У таких умовах успіху досягають лише ті, хто тримає себе в гарній формі. Усе більше і більше ділових людей прагне цього [4].

Найбільш потужним фактором, що визначає здоров'я людини є спосіб життя. Здоровий спосіб життя – це багатостороннє поняття, головними компонентами якого є оптимальна рухова активність, раціональне харчування, контроль свого емоційного стану, відсутність шкідливих звичок, дотримання певного ритму сну і неспання, умови праці та відпочинку, вплив соціально-економічної та екологічної ситуації і багато інших чинників, які постійно

вивчаються й уточнюються дослідним шляхом паралельно з розвитком наук про людину.

Важливим інструментом зміцнення здоров'я, розширення функціональних можливостей, самовдосконалення людини є звички. Вироблені протягом тривалого часу звички стають важливим чинником формування способу життя. Так, гігієнічні навички і звички, набуті ще в дитинстві завдяки вихованню і тренуванню, стають нормою для людини впродовж усього її життя. Мотиви до дій, пов'язаних зі звичками, виникають автоматично, без участі свідомості.

Звичка – це форма поведінки людини, що створюється внаслідок багаторазового повторення різних життєвих ситуацій і стала потребою людини. Психофізіологічною основою звички є динамічний стереотип, тобто добре засвоєна й закріплена нервовими зв'язками програма дії. При формуванні динамічних стереотипів виконання всіх деталей дії потребує вольових зусиль, внесення коректив, активності мислення й задоволення. Уміння створювати правильні звички і неухильно їх дотримуватися є найважливішим чинником побудови здорового способу життя. Саме набуті звички формують як психічне, так і фізичне здоров'я, визначають долю людини. Боротися слід не з хворобою як такою, а зі звичками, які її спричинили. Про тісний взаємозв'язок між звичками, способом життя людини та хворобами було відомо здавна. Недаремно в стародавні часи культурній людині вважалось непристойним хворіти, оскільки це свідчило про недисциплінованість, слабкість волі, душевний хаос, неможливість або невміння керувати своєю свідомістю. Будь-яку хворобу легше попередити, ніж потім лікувати. Відоме прислів'я говорить: “Посієш вчинок – пожнеш звичку, посієш звичку – пожнеш характер, посієш характер – пожнеш долю”. У цьому сенсі можна сказати, що всі події, які відбуваються з людиною, є логічним наслідком її способу життя, який, у свою чергу, залежить від рівня культури та освіченості індивіда.

Однак заміна попередніх хибних звичок на корисні – надзвичайно непросте завдання, адже необхідно “стерти” в мозкових структурах старий стереотип поведінки, який формувався впродовж багатьох років, зміцнюючись і перетворюючись на потужну консервативну систему, і “накреслити” нові нервові зв'язки – основу нового стереотипу. Руйнування старого і створення нового стереотипу супроводжується тимчасовим ослабленням організму, оскільки старі зв'язки руйнуються, а нові ще не сформовані. Відбувається природний процес заміни одного стереотипу на інший, протягом якого формуються нові звички, потреби, спосіб мислення.

Як показав практичний досвід, нав'язування гігієнічних істин не сприяє дбайливому ставленню кожного до свого здоров'я, а іноді навіть навпаки – створює “імунітет байдужості”. Вважалось, що достатньо поінформувати про наслідки для здоров'я певного стилю поведінки, щоб сформувати відповідне ставлення учнів і таким чином змінити їхню поведінку в бажаному напрямку. Такий погляд виявився надто спрощеним, бо не враховував багатьох психологічних, соціальних та інших факторів, які впливають на поведінку людини, хоча інформація, звичайно, дійсно необхідна як основа для прийняття

рішення. Шкільні програми боротьби з курінням, створені виключно на когнітивній основі, занадто повчальні, нудні і майже не впливають на поширеність куріння серед підлітків, а іноді навіть провокують їх небажану поведінку. Хвороба – це надто віддалена перспектива, щоб хвилювати дітей, які часто ще не знають, що являє собою те чи інше захворювання, а неможливість відчувати особисто для себе загрозу найбільш серйозних недуг, пов'язаних із курінням, призвела до неефективності багатьох традиційних антитютюнових програм.

Поведінка завжди пов'язана з мотивацією, яка створюється саме в процесі виховання та розвитку особистості. Ідея оздоровчого спрямування діяльності реалізується, як правило, лише в тому випадку, якщо вона не суперечить іншими, більш значущим для індивіда факторам. Відомо, що підлітки, які твердо знають про шкідливий вплив наркотичних речовин, часто нездатні протидіяти тиску друзів, компанії і залучаються до наркоманії всупереч своїй волі, якщо не мотивовані настільки, щоб ефективно протидіяти тиску. Ключ до вирішення даної проблеми полягає у формуванні певних цінностей та вихованні відповідних мотивів здоров'я, а не в забороні та залякуванні. Наркотичні речовини – об'єктивна реальність. Можливість отримати повну правдиву інформацію – найперша і одна з головних умов антинаркотичної мотивації.

Дані психолого-педагогічних опитувань показують, що антиалкогольна пропаганда в молодіжній аудиторії з акцентом на ушкодженні внутрішніх органів при алкоголізмі та його віддалених наслідках, як правило, малоефективна. Причина цього полягає в тому, що на шкалі життєвих цінностей здоров'я у молоді займає невисоке місце завдяки відчуттю суб'єктивного фізичного благополуччя. Тому пропаганда здорового способу життя, зокрема протиалкогольна і протинаркотична, буде більш ефективною в разі орієнтування на позитивні цінності та ідеали, які мають значення для молодіжної аудиторії – такі, як повне розкриття здібностей, самореалізація особистості, сім'я, діти, статус громадянина тощо. Для молоді особливо важливо, щоб валеологічна освіта апелювала до здорових аспектів людського життя.

Сьогодні бурхливий розвиток фармакологічної індустрії та широка реклама ліків формує суспільну думку, що за гроші можна придбати все, у тому числі й здоров'я, не докладаючи при цьому особливих зусиль. Постійно надходить інформація про успіхи мікрохірургії, протезування, трансплантації тощо. Натомість перевірена багатовіковим досвідом народна мудрість говорить, що здоров'я за гроші не купиш. Таблетки, якими б чудодійними вони не були, здоров'я не додадуть. Щодня реклама завзято пропонує пігулки, які “позбавляють від болю”. Утім реклама не лише пропонує ті чи інші товари й послуги, а формує певний стереотип мислення, певний світогляд і спосіб поведінки. Ми ж навіть не замислюємося, що хвороба – це наслідок обраного нами способу взаємодії зі світом, то ж мабуть слід змінювати саме його, а не вживати ліки. Причина болю, як правило, тісно пов'язана зі способом життя

людини. Здоровий спосіб життя в поєднанні з використанням природних оздоровчих засобів здатен зробити те, що не під силу надсучасним медичним технологіям.

Використання засобів сучасної медицини може бути виправдане, коли йдеться про відновлення здоров'я у випадках критичного стану, реанімації, загострення хвороби, отруєння, травми тощо. У таких ситуаціях подальше життя та здоров'я людини часто залежать від майстерності лікаря. Справляючи потужний вплив, такі засоби максимально активізують організм на боротьбу за виживання. Проте подібна мобілізація повинна мати лише тимчасовий характер із подальшим відновленням функціонального потенціалу, приведенням власної біоенергетики в гармонійний стан, налаштуванням на саморегуляцію. Інакше ліки, підміняючи функції імунної системи, пригнічують і ослаблюють її. Ліки здебільшого діють лише на симптоми, знімаючи біль як наслідок розладу. Якщо людина і надалі веде звичний спосіб життя, не змінює своїх звичок (не змінюється як особистість), хвороба повертається. Подібна практика “лікування” робить людей залежними від аптеки і призводить до деградації людства.

Доречно з цього приводу навести думку видатного нашого співвітчизника М. Амосова, мудрого, досвідченого лікаря, який доклав багато зусиль для вивчення проблеми здоров'я та довголіття людини і дійшов таких висновків: “У більшості хвороб винна не природа, не суспільство, а тільки сама людина. Найчастіше вона хворіє від лінощів та жадібності, а іноді від нерозумності. Не покладайтесь на медицину. Вона непогано лікує багато захворювань, але не може зробити людину здоровою. Поки що вона не здатна навіть навчити людину, як стати здоровою. Більше того: бійтеся потрапити в полон до лікарів! Часом вони схильні перебільшувати слабкості людини та могутність своєї науки, створюють у людей уявні хвороби і видають векселі, які не можуть оплатити. Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, постійні та значні. Замінити їх не можна нічим”, – стверджує академік у своїх “Роздумах про здоров'я” [1, с. 2]. На власному прикладі М. Амосов довів, що людина здатна прожити довге, активне, насичене подіями життя.

Нинішній розвиток ринкової економіки створює сприятливі умови для розвитку малого бізнесу, поширення якісних товарів і послуг. За відповідні гроші кожен бажаючий може придбати якісні меблі, зробити євроремонт, полагодити автомобіль тощо. Однак більшість населення не усвідомлює, що людський організм не автомобіль, де можна замінити якусь деталь і продовжувати їздити ще багато років. Брак необхідних знань про здоров'я або невміння чи небажання застосовувати їх на практиці є вагомими причинами нездорової поведінки населення. Складається парадоксальна ситуація: під час придбання будь-якої, навіть найпростішої побутової техніки, надається інструкція з експлуатації з метою запобігання пошкоджень чи неефективної її роботи. Водночас маємо значний брак знань про те, як поводитися з таким надзвичайно складним і найважливішим інструментом, як людське тіло. Цим користуються спритні ділки, які завдяки своєму становищу перетворюють

сучасну медицину на придаток фармакологічної промисловості та прибутковий бізнес. У результаті багато представників медичної галузі дедалі більше втрачають зацікавленість в оздоровленні людей, практикують симптоматичне лікування і діють за принципом: чим більше хворих, тим краще. Адже, якщо більшість людей буде здоровою, хто ж купуватиме ліки і фінансуватиме медичні послуги?

Навчання в медичних закладах освіти формує в студентів переконання, що провідну роль у забезпеченні здоров'я населення відіграють різні методи лікування. Саме тому серед медичних працівників сформувався зневажливе ставлення до тих чинників, які визначають здоровий спосіб життя. Цьому сприяє і позиція державної політики у сфері охорони здоров'я, коли заробітна плата лікаря безпосередньо залежить від кількості часу, який він витрачає на прийом і/або кількості хворих, які прийшли на прийом. Такий підхід фактично стимулює зацікавленість медпрацівників у якнайбільшій кількості хворих і жодним чином не заохочує використання превентивних заходів, оздоровчих технологій, формування здорового способу життя. Натомість, наприклад, у Стародавньому Китаї стверджували, що тільки поганий лікар займається лікуванням. Традиційно китайці платили своєму лікареві, щоб він пильнував їх здоров'я, а якщо занедужували – припиняли платити, оскільки той не виконував свою роботу належним чином. Як наслідок, чисельність населення в Китаї нині сягнуло далеко за мільярд і продовжує зростати, а в Україні набирають обертів процеси депопуляції.

Однак було б несправедливим звинувачувати лише лікарів у ситуації, що склалася. Досить часто лікар змушений ліквідовувати наслідки безвідповідального, а іноді навіть злочинного ставлення людини як до власного здоров'я, так і здоров'я тих, хто її оточує. Багато людей хворіє не від того, що лікарі й медицина погані, а від того, що мало цінують життя і здоров'я, особливо коли вони є. Кожна людина від народження має певний запас здоров'я, який можна швидко використати, а потім витратити енергію і час у пошуках ліків і лікаря, а можна жити за законами природи і спрямовувати свої зусилля на вирішення інших життєвих завдань. Сучасна медицина лише відображає рівень нашої культури здоров'я. Відомо, що попит породжує пропозицію. Багато людей просто не готові взяти на себе відповідальність за своє здоров'я. Вони переконані: коли щось не гаразд із тілом, то шукати й усувати причину недуги – обов'язок лікаря. Така безвідповідальна позиція стала однією з головних причин невинної фізичної деградації та зниження рівня здоров'я населення. Відновити здоров'я без участі пацієнта практично неможливо.

Ефективність керування поведінкою визначається здатністю докладати внутрішніх зусиль, нехай невеликих, але щоденних. Будь-яке бажання, прагнення, переконання чи рішення, спрямовані на подолання хибних звичок, негативних рис характеру, залишають у нервовій системі свій відбиток лише тоді, коли вони практично реалізуються в певних діях і поведінці. Щоразу в такому протиставленні нервові зв'язки поступово міцнішають, укорінюються і,

нарешті, стають досить міцними, щоб протидіяти спокусі. Важливо використовувати кожен сприятливий момент, щоб діяти в потрібному напрямі. Від повторення вчинку виникає звичка, формується характер, твориться доля. Коротке, але влучне визначення життя дав французький письменник Марсель Пруст: “Життя – це зусилля у часі” [цит. за: 2, с. 5]. Якщо рішення не завершується конкретними діями, людина не тільки позбавляє себе можливості досягти конкретної мети. Спасувавши перед незначним зусиллям, людина створює в нервовій системі “внутрішні перешкоди” для здійснення таких дій у майбутньому, формує звичку до бездіяльності, стає млявою, нерішучою, безпомічною. Отже, цілеспрямованість власної діяльності є запорукою не тільки здоров’я, але й успішного вирішення життєвих завдань. Життя наповнюється змістом, а людина отримує шанс самореалізації, коли вона виявляє активність, починає діяти [2].

З погляду соціально-педагогічної сфери, кризовий стан суспільства, моральна та фізична його деградація зумовлюють необхідність формування культури здоров’я на основі нового напрямку в системі виховання та освіти – валеологічного. Поняття “культура здоров’я” в даному випадку слід трактувати як динамічний стереотип мислення, поведінки та діяльності, який сприяє збереженню і зміцненню здоров’я людини та визначає дбайливе ставлення до здоров’я оточуючих.

Проблему виховання свідомого і дбайливого ставлення до власного здоров’я необхідно вирішувати засобами освіти. Опанування валеологічних знань дає можливість кожній людині усвідомити власну відповідальність за формування, збереження, зміцнення особистого здоров’я, досягнення природного й соціального довголіття. Професійне викладання науки про здоров’я потребує пошуку і застосування нових шляхів, засобів, форм навчання. Для педагогічної практики особливої ваги набуває розроблений у психології принцип значущості. Те, що є особливо цікавим і важливим для людини, стає зрештою мотивом і метою діяльності. Якщо нове знання в процесі засвоєння не набуває особистісної цінності для учня, воно не буде засвоєне або буде засвоєне формально. Сталий прогрес можливий лише там, де дії стимулюються інтересом і пошуком. Людині з високою мотивацією для зміни поведінки достатньо поради чи додаткового знання, а спроби примусового нав’язування стереотипу поведінки часто призводять до протилежного результату. Важливо знайти переконливі, цікаві, яскраві слова, які торкалися б глибин людської душі, створюючи потужну мотивацію і спонукаючи до дії.

Найдорожчий скарб будь-якої держави – це людина, її життя, здоров’я, щастя, благополуччя. На сьогодні найбільше можна вплинути на рівень здоров’я і тривалість життя населення через інвестиції у сферу формування культури здорового способу життя. Розумне використання комплексу різноманітних природних засобів оздоровлення дозволить забезпечити повноцінне відновлення, збереження і примноження здоров’я людей, збагачення їх творчого і духовного потенціалу.

### **Література**

1. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – М. : ФиС, 1987. – 64 с.
2. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики: введение в психологию активности / Л. П. Гримак. – М. : Политиздат, 1989. – 319 с.
3. Міхеєнко О. І. Валеологія: Основи індивідуального здоров'я людини: навчальний посібник / О. І. Міхеєнко. – 2-ге вид., перероб. і допов. – Суми: Університетська книга, 2010. – 448 с.

**Міщенко О. А.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г. С. Сковороди

## **ЗВ'ЯЗОК ЛЕКТОРСЬКОЇ МАЙСТЕРНОСТІ ВИКЛАДАЧА ІЗ ЯКІСТЮ ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ ВИКЛАДАННЯ**

З огляду на сучасну тенденцію інтеграції вищої освіти України до загальноєвропейської моделі, серед пріоритетних питань її відповідності та розвитку, постає потреба використання інтерактивних методів викладання. Попре зниження домінуючої ролі викладача у сучасному освітньому процесі, за рахунок використання інноваційних технологій, слід підкреслити значення професійних навичок педагога (зокрема, комунікативних умінь) та його особистісних якостей.

У статті здійснена спроба проаналізувати теоретичні підходи до сутності поняття “інтерактивні методи” викладання у науково-педагогічній літературі, простеження ролі лекторських навичок педагога у їх успішній реалізації.

Аналіз широкого кола актуальних зарубіжних та вітчизняних досліджень у галузі розробки та використання даної групи методів, дозволяє розглядати їх сутність як взаємодію, співнавчання (навчання у співпраці, спілкуванні, співтворчості), суб'єктами якого постають як студенти так і сам педагог. За даними провідних дослідників у царині інтерактивних технологій О. Вербицького, О. Комар, Н. Купиної та інших, педагог виступає лише у ролі організатора і координатора інтерактивної взаємодії [1]. Відомо, що активними методами навчання вважаються ті, які стимулюють пізнавальну діяльність осіб, що отримують знання, в основі яких постає діалог, вільний обмін думками з педагогічних проблем. Показово, що різниця між активними та інтерактивними методами навчання полягає здебільшого у ролі викладача та у більш тісній взаємодії студентів, як із педагогом так і між собою. Проте, головним надбанням цих інноваційних технологій виступає можливість оволодіння знаннями через прикладні методики. Аналізуючи продуктивність засвоєння знань студентами через виконання різних форм роботи, доречно навести давнє китайське прислів'я: “Я чую і забуваю, я бачу і запам'ятовую, я роблю і розумію”. Впровадження інтерактивних методів, за даними О. Удовенка, забезпечує формування найбільш сприятливих умов для розвитку професійних

якостей майбутніх спеціалістів. Крім того, дані технології поліпшують засвоєння методів викладання, всебічно реалізують природний потенціал студентської молоді, сприяють вихованню особистості, здатної до самовдосконалення та критичного мислення[5].

Вивчення зарубіжних наукових джерел з питань інтерактивних методів освіти, дозволяє констатувати, що головні надбання у розробці даної стилістики навчання належить Девіду Колбу (David Kolb) та його чотирьохступінчастій емпіричній моделі процесу “навчання дією” та засвоєння людиною нової інформації (Experiential Learning Model). З огляду на проблематику нашого дослідження, слід розглянути дану модель, яка, у різних варіаціях, широко використовується в ході підготовки та проведення інтерактивних занять. Згідно даної теорії спеціаліста із психології навчання дорослих, формуванню розумових навичок притаманна певна поетапність: перший щабель - безпосередній досвід, другий - рефлексивне спостереження, в ході якого студент сприймає нову інформацію, наступний рівень - теоретичне узагальнення, коли людина вводить нові дані у систему вже існуючих знань та встановлює між ними зв'язки. Останньою слідує стадія експерименту та самостійного використання нових знань на практиці, після чого студенти можуть почати будувати власні плани застосування знань [4].

Стосовно збереження поетапності інтерактивного заняття та розподілу часу на кожен з них, автор пропонує такі дані: мотивація та оголошення нової теми - 10% часу від загальної тривалості заняття; закріплення (повторення) - 20% часу; вивчення нового матеріалу - 50% часу; оцінювання - 10% часу; підведення підсумків заняття (дебріфінг, рефлексія) - 10% часу від загальної тривалості. Безумовно, часовий розподіл за даною схемою можна вважати умовним, викладач має можливість, залежно від специфіки заняття, продовжувати або скорочувати ті чи інші етапи. Приймаючи умовно за основу цикл Д. Колба, можна побачити, що саме безпосередній досвід, отриманий внаслідок щоденної професійної діяльності, або на тренінгу, в процесі рольової гри чи при проходженні комп'ютерної навчальної симуляції, складає основу для подальшого навчання. Практичне використання отриманих теоретичних висновків, в свою чергу, спонукає до появи нових навчальних циклів. Дана тенденція доводить, що навчання дорослих (студентів, в умовах вищої школи) неможливе без інтерактивності, яка дає можливість навчатися власними активними діями, брати участь у процесі прийому-передачі знань, отримувати безпосередній досвід. Згідно із дослідженням С. Модестова, дана модель виступає лише варіацією класичної теорії поетапного формування розумових дій П. Гальперіна, дидактичних розробок Н. Талізінної, моделі педагогічної системи В. Безпалько. Таким чином, правомірно вважати, що узагальнення підходів та спрощення форми подання інформації в моделі Д. Колба, сприяло популяризації інтерактивних методів, як основи сучасної освітньо-тренінгової роботи із дорослими.

Оскільки, за інноваційними тенденціями, взаємодія викладача і студентів здійснюється у формі педагогічного спілкування, слід зазначити, що здатність



володіти всіма видами переконуючого слова залишається не лише суттєвою необхідною професійною навичкою, але й ефективним інструментарієм валеологічного впливу на молоду особистість. Згідно даних педагогічного енциклопедичного словника, мовленнєва майстерність викладача ґрунтується на загальних засадах риторики, тобто ораторському мистецтві, і має два основних спрямування: вивчення способів побудови художнього виразного мовлення та різноманітні форми мовленнєвого впливу на аудиторію. Серед досліджень педагогічної риторики, предметом якої постає оптимізація мовленнєвого спілкування викладача і студента, заслуговують на увагу: розробка принципів підвищення ефективності мовленнєвих умінь (Г. Капніна); виокремлення етичного аспекту (Г. Михальська); обґрунтування загального образу педагога-ритора (Ю. Рождественський); дослідження щодо важливості дотримання риторичного канону та аргументації (І. Борисова); аргументація стосовно значення володіння “мистецтвом полеміки” (А. Козаржевський); узагальнення “лекторських даних” (В. Лозова).

Використання інтерактивних методів навчання залежить від різних причин: мети заняття, досвідченості учасників і викладача, місця валеології у навчальній програмі (профільна, непрофільна дисципліна), наявності ТЗН, тощо. Сучасні педагогічні розвідки дозволяють виділити низку інтерактивних підходів, розглянемо та проаналізуємо деякі з них.

- Творчі завдання, індивідуальні навчально-дослідні завдання (ІНДЗ). Виступаючи важливим видом самовдосконалення, цей метод сприяє поглибленню знань та оволодінню практичними вміннями. Проте, їх найбільш розповсюджена форма - реферування поступається за продуктивністю, у порівнянні із підготовкою мультимедійної презентації, розробкою широкого плану з теми пропущеного заняття або аргументованим доббором додаткової літератури. Доречним, на нашу думку, є підбір теми ІНДЗ із урахуванням навчального профілю студентів. Наприклад, “Антропометричний підхід до розгляду “леонардівської людини””, “кольоротерапія, як метод зняття психоемоційного напруження” для студентів художньо-графічного факультету, тощо.
- Робота у малих групах, навчальні ігри (рольові, імітації, ділові, освітні), а саме, техніки “студент у ролі викладача”, “кожен вчить кожного”.
- Проективні техніки, “Один - вдвох - усі разом”, дискусія в стилі “телевізійного ток-шоу”, “Судового засідання”. Зазначимо, що цінність подібних технік у можливості задіяти повну аудиторну групу, при цьому зберігати валеологічний підхід до кожного із студентів. Так, вході розробки заняття “судовий процес над мережею Макдональдс”, було простежено рівень інформованості студентів-першокурсників щодо наслідків домінування “фастфуду” в культурі харчування сучасної молоді.
- Імітаційні ігрові та неігрові методи “Мозковий штурм”, “Лабіринт дій”, “Переговори та медитація”.
- Соціальні проекти та інші позааудиторні методи навчання (змагання, стіннівки, фільми, виставки).

- Інтерактивна лекція, лекція-бесіда (сократівська лекція), лекція-аналіз, дебати, симпозіум та інші.
- Робота із наочністю, відео- і аудіоматеріалами.
- Громадські ресурси (запрошення спеціаліста, екскурсії) які разом із позааудиторними методами (соціальні установи, сім'я-родина, молодіжні громадські організації тощо), виступаючи вагомим практичним інструментарієм викладання валеології, мають принципове значення для вищої школи у підготовці педагогів-предметників.

Отже, можна припустити, що вміле та креативне використання інтерактивних методів у викладанні валеології для студентів небіологічного профілю, поліпшить рівень їхньої професійної підготовки. Крім того, за рахунок впливу на цілісну особистість, сприятиме формуванню у майбутніх вчителів-предметників основ здоров'язбережувального підходу до життя.

За даними Л. Галіциної, Н. Купиної, для ефективного застосування інтерактивних методів, педагог має володіти певними особистісними якостями та вміти ретельно планувати свою роботу. В свою чергу, М. Бахтіна зазначила: „тільки в спілкуванні, у взаємодії людини з людиною розкривається “людина в людині”. Аналіз педагогічних словників дозволяє констатувати, що мовленнєві уміння педагога є складовою його педагогічної майстерності й лекторської зокрема. Спираючись на наукові розвідки В. Даля, Д. Ушакова, Ю. Рождественського та інших, вбачаємо правомірним ототожнення поняття “лекторська майстерність” з поняттями “лекторські уміння” або “лекторське мистецтво”. Аналіз літератури показав, що навчальний процес із використанням інтерактивних методів суттєво відрізняється від традиційного і постає авангардом у формуванні сучасної освітньої ланки. Проте, класичні методи (лекція та її інноваційні форми, такі як лекція-бесіда, сократівська лекція, лекція-аналіз, продовжують відігравати провідну роль у сучасній вищій освіті. У розрізі глобальних реорганізацій, направлених на заміну аудиторій з дошкою за спиною лектора на учбові мультимедійні конференц-зали, особистісні якості викладача, лектора, тренера, продовжують відігравати вагоме значення.

Отже, майстерне оволодіння рядом інтерактивних методів тісно пов'язане із загальною педагогічною компетентністю викладача та походить із його лекторської майстерності. Сутність поняття “лекторська майстерність” наведено у таблиці 1.

Категорії педагогічної риторики [3]	Уміння та характеристики лектора
Принципи педагогічної риторики: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ принцип кооперації</li> <li>➤ принцип етичності</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ вичерпність інформації, достовірність, відповідність мовлення обраній темі, стислість, ясність, послідовність, конкретність;</li> <li>➤ толерантність, доброзичливість, скромність, згода, ввічливість, відповідальність</li> </ul>

Етапи риторичного канону в педагогічній риторичі: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ інвенція</li> <li>➤ диспозиція</li> <li>➤ елокуція</li> <li>➤ запам'ятовування</li> <li>➤ виголошення</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ визначення теми, мети, основної думки лекції, аналізу предмету виступу, формування смислових моделей розгортання змістової частини мовлення;</li> <li>➤ відбір та розміщення матеріалу щодо приналежності мовлення до конкретного функціонально-змістовного типу та мовленнєвого жанру;</li> <li>➤ добір стилістики мовлення, знаходження доцільних та ефективних засобів виразності мовлення, використання риторичних прийомів, фігур і тропів;</li> <li>➤ тренування пам'яті за рахунок оволодіння відповідними техніками;</li> <li>➤ володіння голосом, дикцією, мовленнєвою культурою та культурою вимови, мовленнєвою та інтонаційною виразністю, жестово-мімічними засобами виразності;</li> </ul>
Аргументація	Визначення видів аргументів, знаходження способів їхнього вживання, винайдення та перевірка аргументів та контраргументів
Образ педагога-ритора (система особистісних якостей промовця)	Щирість, артистизм, впевненість, дружність, об'єктивність, зацікавленість, захопленість, ерудованість

Проведене дослідження дозволяє розглядати поняття “лекторська майстерність” як уміння лектора, що ґрунтуються на основних категоріях педагогічної риторики: принципах педагогічної риторики, етапах риторичного канону, аргументації та характеристиках, притаманних образу педагога-ритора.

Вході теоретичного аналізу, можна виділити певну спорідненість ряду конкретних вимог до лекційного та інтерактивних методів викладання. Спираючись на дослідження вітчизняного науковця В. Кременя, зазначимо серед них: високий науковий рівень, аргументованість, доказовість, логічність викладу, доступність, наочність, врахування психолого-педагогічних особливостей студентів, наступність, зв'язок теорії і практики, культура мови тощо [2]. Крім того, як лекційне так і інтерактивне заняття, у повному циклі підготовки та проведення, підпорядковуються етапам риторичного канону. Вимоги до підготовки та проведення інтерактивного заняття наведені у таблиці 2.

Підготовка до процесу навчання	Етапи риторичного канону	Контроль за ходом процесу навчання
Планування змісту і ходу заняття (завдання, час, засоби, ролі);	інвенція	Глибоке знання навчального матеріалу
Добір навчального матеріалу та його дозування;	диспозиція	Мотивування студентів до вивчення, добір педагогічних задач, запитань для набуття студентами досвіду;

Розробка шкали оцінювання Проведення опитування: ✓ якого набули досвіду? ✓ Чого навчилися? ✓ Хто із студентів виявив педагогічні якості (поради)	елокція	Підтримання уваги студентів, залучення до роботи в малих групах, парах.
--	---------	---

Проведене дослідження дозволяє дійти висновків, що інтерактивні методи викладання постають інноваційним способом роботи викладача в аудиторії, тренера в групі та педагога в будь-якому освітньому закладі. Плідна взаємодія викладача і студентів здійснюється у формі педагогічного спілкування, базуючись на моделі Д. Колба. Враховуючи спорідненість ряду вимог до лекційного та інтерактивного методів, доцільно вважати, що професійна мовленнєва компетенція викладача, майстерне володіння лекційним методом, дозволяють продуктивно та творчо працювати у режимі інтерактиву. Успішна реалізація лекційного та групи інтерактивних методів рівнозначно залежить від професійних та особистісних якостей викладача. Проте, інноваційні методи більш залежні від успішної розробки інтерактивного методичного комплексу дисципліни, ТЗН, форми навчання і контролю. Організація навчально-виховного процесу із використанням інтерактивних методів викладання особливо доцільна та має значні перспективи за умов реалізації кредитно-модульної системи. Проте, дані методи часто виступають лише варіацією та креативним підходом до ґрунтовно розроблених класичних методів викладання.

### Література

1. Комар О. Навчання школярів за інтерактивними методами // Рідна школа – 2006. - № 5. - С. 57-60.
2. Кремінь В. Енциклопедія освіти / За ред. В. Г. Кременя – К.: Юринком интер, 2008. - С. 447 – 448.
3. Михальская А. Педагогическая риторика: история и теория / Учеб. пособие. – М., 1998. – С. 171.
4. Торн К, Маккей Д. Полное руководство по тренингу. - М.: “ИНФРА-М”, 2002. - С. 13-15.
5. Удовенко О. Інтерактивні методи навчання // Управління школою. – 2004. - № 34 – С. 11-13.

**Молчанюк О.В.**

Харківський гуманітарно-педагогічний інститут

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІСТУ І СТРУКТУРИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

Здоров'я є інтегральною характеристикою особистості і визначає якість життя. Сьогодні в Україні фіксують високий рівень захворюваності населення, особливо серед дітей і підлітків. Тому збереження і зміцнення здоров'я дітей,

формування духовних потреб і навичок здорового способу життя (ЗСЖ) є пріоритетними напрямками розвитку суспільства.

За енциклопедичним визначенням здоров'я – це природний стан організму, що характеризується його врівноваженістю із навколишнім середовищем та відсутністю будь-яких хворобливих змін. Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (успадкованих та набутих) та соціальних факторів. Останні мають настільки важливе значення у підтриманні стану здоров'я або виникненні і розвитку хвороби, що у преамбулі до статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) записано: “Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів”.

Взагалі, поняття здоров'я є дещо умовним та об'єктивно встановлюється за сукупністю антропометричних, клінічних, біохімічних та фізіологічних показників, що визначаються із урахуванням статевих, вікових факторів, а також кліматичних та географічних умов [4].

Охорона здоров'я в усьому світі, в тому числі і в Україні, прагне розвивати, охороняти та зміцнювати людське здоров'я. Цьому сприяє профілактичний характер сучасної медицини, розповсюдженість кваліфікованого безкоштовного лікування, загальнодоступність медицини, широка мережа лікувально-профілактичних закладів (санаторіїв, профілакторіїв тощо). Особливе місце у системі охорони здоров'я належить фізичній культурі та спорту, а отже, і фізичному вихованню.

Фізична культура – частина загальної культури суспільства, одна з сфер соціальної діяльності, спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних здібностей людини. Основні показники стану фізичної культури в суспільстві – рівень здоров'я і фізичного розвитку людей, ступінь використання фізичної культури у сфері виховання та освіти, у виробництві, побуті, спортивні досягнення.

Фізичне виховання – це органічна частина загального процесу виховання, соціально-педагогічний процес, спрямований на зміцнення здоров'я, гармонійний розвиток форм і функцій людського організму. Основні засоби фізичного виховання – виконання фізичних вправ, загартування організму, гігієна праці та побуту [2, 5].

На відміну від охорони здоров'я, фізична культура не має чітко визначеної області дії, вона призначена для всебічного розвитку людського тіла і духу. Здоровий спосіб життя є не лише невід'ємною складовою частиною фізичного здоров'я людини, але й складовою найпроблематичнішою: те, чи дотримуватися засад здорового способу життя, чи ні – завжди залежить від більш чи менш свідомого вибору людини. Головними “ворогами” здорового способу життя можна назвати культурні забобони, деякі соціальні чинники (недостатня матеріальна забезпеченість тощо), а також так звані “шкідливі звички”, які мають одночасно психологічну, культурну і соціальну природу. Те, що погіршення здоров'я молоді – основного і найпродуктивнішого носія генофонду нації – може призвести до демографічної катастрофи, не може бути піддане сумніву.

Основні підходи до формування здорового способу життя та зміцнення здоров'я визначені Державною програмою “Діти України”, де наголошується, що здоров'я підростаючого покоління – це інтегративний показник суспільного розвитку, могутній фактор впливу на економічний і культурний потенціал країни. У науковій і методичній літературі здоровий спосіб життя визначається як комплекс оздоровчих заходів, що забезпечують гармонійний розвиток та зміцнення здоров'я [1, 3].

Науковцями встановлено, що стан здоров'я, у великій мірі, залежить від способу життя людини. У зв'язку з цим, у психолого-педагогічній та спеціальній літературі ведеться досить активна дискусія про визначення й обґрунтування такого способу життя, який би дав можливість максимально підвищити рівень здоров'я у дітей, молоді та дорослих. Це призвело до виникнення терміну “здоровий спосіб життя”.

Здоров'я – це не відсутність хвороби, а фізична, соціальна, психологічна гармонія людини, доброзичливе, спокійне відношення з людьми, з природою, з самим собою. Наука, і в першу чергу філософія, розробляє методологію та світоглядні аспекти глобальних проблем, та головне – вона вирішує задачі їх правильної постановки. Науковці по-різному формулюють глобальну проблему здоров'я людей; від часткової задачі ліквідації небезпечних інфекційних захворювань до алармістських (від фр. *alarme* – тривога, хвилювання) постановок, пов'язаних з “виживанням” людства на планеті.

Для оцінки здоров'я дітей і підлітків пропонується використовувати чотири критерії: 1) відповідність процесу росту й розвитку індивідуума біологічним законам і соціальним потребам суспільства; 2) досягнутий рівень фізичної працездатності, що відображає функціональні можливості організму; 3) наявність хронічних захворювань і фізичних вад (дефектів); 4) ступінь резистентності організму.

Визначення співвідношення процесів росту й розвитку віковим закономірностям і тим самим соціальним вимогам, які ставляться до дітей і підлітків, є досить складним і відповідальним процесом. Важливим показником, що відображає соціальне благополуччя дітей, є рівень фізичного і нервово-психічного розвитку.

В останній час, враховуючи індивідуальні особливості людей, введено термін “стиль здорового способу життя”, що обумовлений особистісно-мотиваційним втіленням своїх соціальних, психологічних і фізичних здібностей та можливостей [3]. Це поняття об'єднує такі компоненти діяльності: усвідомлення цілеспрямованого застосування для відпочинку різноманітних форм фізкультурної активності; цілеспрямоване навчання і виховання гігієнічних норм та навичок охорони здоров'я; навички використання природних факторів для зміцнення здоров'я і цивілізованого відношення до оточуючого середовища; створення і корекція нормальних психологічних умов на виробництві та в побуті; боротьба із шкідливими звичками; пропаганда і впровадження здорового способу життя серед молоді.

Ведення здорового способу життя прямо впливає на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я і опосередковано – на успіх у навчанні, сприяє інтелектуальному й духовному розвитку особистості. Він впливає на фізичний стан організму, сприяє гармонійному розвитку тіла людини та високому рівню функціонування систем організму. Людина, яка веде здоровий спосіб життя, вільніше долає психоемоційні труднощі, стресові ситуації. Здоровий спосіб життя позитивно впливає на духовну сторону здоров'я: на ціннісні орієнтири, оптимізм, моральні й вольові якості.

З позицій викладеного розуміння феномена здоров'я людини походить визначення поняття ЗСЖ: це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через діяльність з оздоровлення умов життя – праці, відпочинку, побуту.

Формуванню здорового способу життя в молоді, формуванню ціннісних орієнтацій підлітків на здоровий спосіб життя, організації здорового способу життя школярів, медико-біологічним та психолого-педагогічним основам здорового способу життя, принципам формування здорового способу життя студентської молоді присвячено значна кількість наукових праць.

У процесі наукового пошуку ми розглядаємо процес формування здорового способу життя молоді як важливу складову молодіжної та соціальної державної політики. Втім, вона 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.

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.

Отже, сьогодення вимагає акцентування уваги науковців 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.

### **Література**

1. Бальсевич В.К., Лубышева Л.И., Прогонюк Л.Н. Новые векторы модернизации систем массового физического воспитания детей и подростков в общеобразовательной школе // Теория и практика физической культуры. – 2003. - № 4. – С. 56 – 58.
2. Бойченко Т.Є. Інтегративний освітній курс валеології на світоглядно-методологічних засадах українознавства (назва умовна) // Видання на стадії друку. Рукопис, люб'язно наданий автором праці для бібліотеки УІСД, 1999. - 192 с.
3. Головаха Є.І., Паніна Н.В. Соціальне самопочуття населення України // Українське суспільство на порозі третього тисячоліття/ Під ред. М. О. Шульги. – К.: Ін-т соціології НАН України, 1999. – С. 398 – 409.
4. Горашук В.П. Основные понятия школьного курса “Основы валеологии” // Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. “Формування, збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління як обов'язковий компонент системи національної освіти”. – К.: ІЗМН, 1997. – С. 78-84.
5. Дубогай А.Д. Управлять здоровьем смолоду. – К.: Молодь, 1985. – 112 с.

**Мухіна О.Ю., Бойчук Ю.Д., Галій А.І.**  
Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

### **ОСНОВНІ ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ЕНТЕРОБІОЗУ СЕРЕД ДІТЕЙ В ДОШКІЛЬНИХ ТА ЗАГАЛЬНО-ОСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ**

Гельмінтози – широко розповсюджені паразитарні захворювання людини, які викликають паразитичні черви. Гострики є найпоширенішими гельмінтами. Частіше ними заражуються діти, оскільки у них менше розвинені гігієнічні навички. Дорослі теж нерідко хворіють, однак самі справляються з захворюванням, хоча інколи приховують його і стають джерелом зараження своїх дітей та близьких.

Іноді утворюються осередки ентеробіозу у дошкільних дитячих закладах – яслах, садках, комбінатах, у школах. Це пояснюється тісним контактом дітей, поганим дотримуванням гігієнічного режиму.

Паразитують гострики у нижньому відділі тонкого і у верхньому відділі товстого кишечника людини. Гострики прикріплюються до стінки кишки за допомогою бульбусу і везикули. Після дозрівання яєць збільшена черви відділяються від стінки й опускаються у нижні відділи товстої кишки. Вночі під час сну, коли анальний сфінктер розслаблений, гострики виповзають на шкіру періанальної ділянки і відкладають яйця. При температурі 35-37 °С і вологості 90 % яйця стають інвазійними за 4-6 годин. Повзання гостриків викликає свербіж. Людина розчухує сверблячу ділянку шкіри, яйця гостриків потрапляють під нігті і можуть бути занесеними до рота (аутоінвазія). Незважаючи на те, що тривалість життя гостриків близько місяця, людина може хворіти на ентеробіоз роками. Можлива також ретроінвазія – вихід личинок із дозрілих яєць у періанальній ділянці і міграція їх через відхідник у кишечник.



Гострики розповсюджені повсюдно, особливо, в тих дитячих колективах, де допускаються порушення санітарно-гігієнічних умов.

Головним фактором у розповсюдженні є той факт, що яйця швидко стають інвазійними і їм не потрібно проходити додаткові стадії розвитку.

При виявленні хворих обов'язково обстежують всіх членів родини. Комплекс заходів щодо боротьби з гостриками спрямований на виявлення й оздоровлення джерела інвазії – хворого на ентеробіоз – і попередження передачі збудника, тобто розрив механізму передачі паразита.

Виявлення інвазованих у плановому порядку стосується, насамперед, найбільш епідеміологічно значимих контингентів: діти дошкільних дитячих закладів, учні перших-четвертих класів, персонал дитячих дошкільних установ, що повинні обстежуватися один раз на рік. Обстеженню на ентеробіоз піддаються всі діти, які поступають на лікування в стаціонар будь-якого профілю. У поліклініках і дитячих консультаціях обстеження проводять за клінічними показниками.

У дитячих колективах, де при однократному обстеженні методом липкої стрічки або методом зіскобу з періанальних складок, виявляють більше 15% інвазованих гостриками, подальше обстеження не проводиться, тому що лікуванню підлягають всі діти. Обстежити на ентеробіоз у родинах треба всіх дітей липкою стрічкою або зіскрібком, а дорослих довірчим опитуванням про наявність ознак хвороби.

Для попередження розсіювання яєць гостриків у зовнішньому середовищі і реінвазії під час лікування у найближчі три дні після його закінчення необхідно: ретельно щодня проводити прибирання приміщень із використанням мильно-содового розчину з наступним кип'ятінням ганчірок; здійснювати нагляд за дотриманням дітьми правил особистої гігієни; натільна білизна змінюється щодня після сну; на ніч перед сном і зранку після сну обов'язково підмивати хворих; килимові доріжки, паласи, ворсисту тканину диванів, крісел – обробляти пилососом і пропрасовувати через вологу марлю гарячою праскою; іграшки, що піддаються миттю, мити гарячою (не менш 60<sup>0</sup>С) водою.

У родинах найбільш ефективні бесіди, у яких розповідають про вплив гостриків на організм інвазованого, про шляхи зараження й міри профілактики. Оцінка оздоровчих заходів в осередках спалаху ентеробіозу в дошкільних дитячих установах та школах проводиться силами лікарів санітарно-епідеміологічних станцій, які застосовують санітарно-гельмінтологічні міри – дослідження змивів і пилу з предметів побуту: посуду, меблів, килимів, постільної та натільної білизни, іграшок, нічних горщиків, підлоги, ручок дверей, а також з рук дітей та персоналу дитячого закладу.

Ентеробіоз – хвороба брудних рук, тому для його профілактики дітям необхідно прищеплювати навички особистої гігієни з раннього дитинства. Нігті пальців рук повинні бути коротко стрижені, варто постійно забороняти брати до рота пальці рук. Бажано проводити це на прикладі ігрових ситуацій, які запам'ятовуються дитиною, і потім стають звичкою.

Деякі фахівці вважають, що рівень інвазованості людей гостриками треба розглядати як показник санітарно-екологічного стану навколишнього середовища й культурного рівня населення.

**Неведомська Є.О.**

Київський університет імені Бориса Грінченка

## **ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ ПРОДОВЖУЄ НАБИРАТИ ОБЕРТІВ**

1995 року Всесвітня організація охорони здоров'я класифікувала Україну як країну з низьким рівнем поширення ВІЛ-інфекції/СНІД, а всього лише через десятиріччя країна потерпає від наймасштабнішої епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД в Європі (DeBell and Carter, 2005).

За даними UNAIDS про ВІЛ/СНІД в Україні: приблизно 440 000 людей, що живуть з ВІЛ. Число смертей в результаті СНІДу: 19 000 (2008 р.).

*Згідно з даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом в Україні кількість офіційно зареєстрованих становить 100 тисяч ВІЛ-інфікованих (2010 р.). З 1987 року в нашій країні від СНІДу померло понад 18 тис. осіб. Щодня від СНІДу в Україні помирає в середньому 7 людей.*

Не зважаючи на наведену сумну статистику, усвідомлення цієї проблеми ще не має загальноєвропейського політичного характеру та не привертає належної уваги громадськості. Проте проблема ВІЛ/СНІДу стає за своєю актуальністю не менш значущою, ніж проблеми екологічної та техногенної безпеки. Серед головних наслідків “європеїзації СНІДу” вже найближчим десятиріччям можуть бути такі кризові явища, як поглиблення тенденції до погіршення загального генофонду України, демографічної ситуації та здоров'я нації. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД у результаті проведеного 2006 року в Україні дослідження прогнозує, що в 2014 році число смертей від СНІДу становитиме третину всіх смертей серед чоловіків віком 15-49 років, і майже 60% всіх смертей серед жінок цієї вікової групи. Прогнозується також, що внаслідок епідемії ВІЛ/СНІДу в 2014 році середня тривалість життя чоловіків скоротиться на 2-4 роки (з 65,6 до 61,6-63,4 року). Відповідне скорочення тривалості життя для жінок оцінюється у 3-5 років (з 75,8 до 71,0-72,9 року). Проте, незважаючи на свої ж страхітливі прогнози, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД зазначає, що епідемія ВІЛ/інфекції/СНІДу в Україні все ще перебуває на стадії, коли своєчасні, дієві та результативні втручання можуть зупинити цей страшний процес, повернути його назад, зменшити наслідки та негативний вплив епідемії на соціально-економічний розвиток.

Що ж є перешкодою для ефективної боротьби ВІЛ-інфекцією? Здавалося б, на сьогодні зусиллями державних і недержавних організацій уже багато зроблено для подолання епідемії ВІЛ/СНІДу. В Україні питання ВІЛ/СНІДу не

обділено законодавчою увагою. У нашій країні існує розвинена нормативно-правова база щодо регулювання діяльності, направленої на запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу. Ще у 1991 році, чи не вперше на пострадянському просторі, було ухвалено Закон “Про запобігання захворювання на СНІД та соціальний захист населення”, зміни в цей документ було внесено у 1998 році, зокрема було зафіксовано важливі принципи усвідомленої добровільності тестування на ВІЛ. Що стосується запобігання поширенню епідемії, то було видано три укази Президента України, проголошено 2002 рік роком проти СНІДу. Проводяться молодіжні заходи на тему ВІЛ/СНІДу в дні, присвячені проблемі ВІЛ/СНІДу та наркоманії: 16 травня (День пам’яті померлих від СНІДу), 1 грудня (День боротьби зі СНІДом), 20 червня (День боротьби з наркоманією). Громадські організації проводять широку роботу серед споживачів ін’єкційних наркотиків. І хоча зроблено і робиться багато, реалії сьогодення засвідчують, що ВІЛ/СНІД в Україні продовжує набирати обертів. Головними чинниками розповсюдження ВІЛ серед молоді є вживання ін’єкційних наркотиків і незахищені статеві стосунки. Здавалося б, усе так просто: не вживати наркотики, захищати свій секс презервативом і зберігати відданість одному статевому партнеру (а в ідеалі - дошлюбну цнотливість і шлюбну вірність). Але насправді ми бачимо зовсім іншу картину: у свідомості багатьох молодих людей наркотики і секс - це синоніми понять “незалежність”, “ризик”, “сучасність”, “задоволення”, “самовираження”. “Це круто!” - каже сучасна молодь, за що й розплачується СНІДом і ланцюг епідемії розгортається далі: інфікований шприц з наркотиком іде по колу, інфікуються довірливі статеві партнери, народжуються ВІЛ-інфіковані діти.

З огляду на зазначене вище, спільні урядові та громадські зусилля сьогодні потрібно сконцентрувати на проведенні широкої просвітницько-пропагандистської роботи в освітніх закладах та ЗМІ. Однак постає питання: чи може пересічна людина внести свій вклад у цю проблему? Так, якщо вона буде інформована про природу цього захворювання, про причини поширення СНІДу тощо. Тому в даній статті ми ставимо *за мету* проінформувати учнів, їхніх батьків, учителів про чуму минулого і сьогодення - СНІД у вигляді запитань та відповідей на них [1, 2, 3, 4].

### **Що таке СНІД?**

СНІД - аббревіатура. Повна назва захворювання - синдром набутого імунodefіциту, викликаний вірусом імунodefіциту людини (українською ВІЛ, англійською HIV - *Human immunodeficiency virus*).

### **Історія СНІДу**

Уперше СНІД виявили в США влітку 1981 р. У кількох молодих гомосексуалістів з ослабленим імунітетом знайшли онкологічне захворювання - саркому Капоші, а також запалення легенів, яке було викликано не звичайною коковою мікрофлорою, а пневмоцистою, що найчастіше спостерігається в педіатричній практиці. Цей збудник хвороби, як правило, вражає легені в ослаблених, недоношених дітей. Нерозпізані випадки подібного захворювання траплялися і набагато раніше. Ретроспективно дослідивши аналізи захворювань

із незрозумілим зниженням захисних сил, дійшли висновку, що СНІД з'явився в Америці ще в середині 70-х років. В Африці, як згодом з'ясувалося, люди вмирали від СНІДу з давніх-давен.

### **Що таке ВІЛ?**

ВІЛ - це вірус імунодефіциту людини, відкритий тільки через 2 роки після виявлення перших хворих.

### **Відкриття ВІЛ**

ВІЛ відкрили 1983 року Барра-Синусіта та Люк Монтаньє. Велика заслуга у виявленні ВІЛу належить й іншим вірусологам Пастерівського інституту в Парижі, котрі працювали під керівництвом професора Люка Монтаньє. Неоцінений внесок у це відкриття зробив професор Роберт Галло з Національного Інституту раку (США).

### **Вірус... Що це?**

Віруси (лат. *virus* - отрута) - це паразитичні неклітинні системи, які здатні розмножуватися в живих клітинах. Початок вивченню вірусів поклав 1892 року ботанік Дмитро Йосипович Івановський, який вивчав тютюнову мозаїку - захворювання тютюну.

Вірус перебуває на нестійкій межі між життям і нежиттям, нездатний ні до чого, аж поки не з'явиться жива клітина. Тільки тоді вірус проникає крізь клітинну мембрану до ядра клітини і примушує клітину виробляти не те, що їй потрібно, а нові вірусні тільця. І тоді виснажена клітина, а іноді і весь організм, гинуть.

### **Які особливості ВІЛ?**

ВІЛ належить до ретровірусів. Що це означає? Більшість вірусів містить ДНК - дезоксирибонуклеїнову кислоту. Саме вона є субстратом спадковості в ядрі клітини. Досить вірусу внести свою дезінформацію у вигляді власної ДНК, як клітина покійно починає штампувати власних вбивць. Але ВІЛ не має ДНК. Як же цьому диверсантові вдається проникнути до центру управління клітини (ядра)? Ретровіруси так називаються тому, що в їхньому спадковому матеріалі (РНК) закодований фермент ревертаза. ВІЛ спочатку поселяється на периферії клітини, починає синтезувати фермент ревертази і на вірусній РНК синтезує повноцінну ДНК, яка потрапляє в ядро клітини і "процес пішов".

Віруси вибірні. Одні з них уражають клітини печінки, викликаючи вірусний гепатит, другі вражають лише клітини нервової системи - поліомієліт, треті проникають до слизової оболонки. Але вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) знайшов найуразливіше місце в організмі людини. Він уражає ті сили, які забезпечують життя в світі мікроорганізмів - клітини імунної системи. Беззахисний організм наражається на небезпеку навіть від тих мікробів, які в нормальному стані або не вражають його, або викликають незначне нездужання. Глистяні інвазії процвітають, токсоплазмоз викликає тяжкі пневмонії і розладнання центральної нервової системи, грибкові захворювання (аспергильоз, кандидоз, криптококоз, гістоплазмоз) наділяють обеззброєного СНІДом хворого розладом центральної нервової системи, вражають бронхи,

легені та стравохід. Досі малоактивні мікроби і віруси безкарно проникають у шкіру та слизисті, викликаючи дерматити і діарею, які тривають понад місяць. ВІЛ, як і всі ретровіруси, мінливіший, ніж інші віруси.

### **Звідки узявся ВІЛ?**

Вірусологи, які дотримуються традиційного погляду, вважають, що цей вірус з давніх-давен існував десь у глибині Центральної чи Західної Африки. Цивілізація відкрила глушину, немов черепашку, і новітні транспортні засоби розповсюдили вірус.

Інші вчені вважають, що збудник СНІДу сформувався впродовж останніх десятиліть.

Є підстави вважати, що спочатку ВІЛ виник у Центральній Африці. Доказом тому є те, що у Заїрі, досліджуючи зразок сироватки крові, замороженої ще у 1959 році, виявили у ній антитіла до вірусу імунodefіциту людини. Біологи вважають, що з давніх-давен існував лімфотропний вірус африканських зелених мавп. У 70% виявлено до нього антитіла! І нічого, живуть. Звикли. Пристосувались. Виходячи із загальнобіологічної точки зору, для вірусу не вигідно знищувати організм, в якому він паразитує. І лише біологічно юні, “дикі” види вірусів надзвичайно агресивні. Випадки міжвидових переходів вірусів дуже добре відомі. Так, ретровірус кицьок походить від ретровірусів мавп, а родоначальником ретровірусу лейкозу гібонів є ретровірус гризунів. Припущення дуже правдоподібне, якщо згадати про високу мінливість ретровірусів.

Отже, логічно припустити, що ВІЛ виник внаслідок природної еволюції.

### **Можливі шляхи зараження ВІЛ**

- Статеві стосунки: анальні та вагінальні.
- Ін'єкції крові та її препаратів.
- Через забруднені медичні інструменти.
- Забруднені голки шприців. Відомі випадки зараження СНІДом медиків, які травмувалися голками, зараженими ВІЛ.
- Зараження дитини матір'ю - внутрішньоутробно, при пологах, навіть при годуванні груддю.
- Можливе зараження не тільки при переливанні крові, але й при пересадці органів - донорськими нирками, кістковим мозком, рогівкою, серцевими клапанами, сухожиллями.
- Вірус може передаватися при татуїровці, проколах вух, голковколюванні, манікюрі, педикюрі та інших маніпуляціях.

Існують 3 моделі поширення ВІЛ, які спостерігаються в усьому світі:

**Модель I** поширена в Північній та Південній Америці, Західній Європі, Скандинавських країнах, Австралії та Новій Зеландії. У цих регіонах приблизно 90% заражених складають чоловіки-гомосексуалісти і наркомани, які вводять наркотики шляхом внутрішньовенних ін'єкцій.

**Модель II** характерна для Африки, країн Карібського басейну та деяких регіонів Південної Америки. Передача інфекції в цих регіонах відбувається в основному шляхом гетеросексуальних стосунків, тобто коли в сексуальні

стосунки вступають особи протилежної статі. При цьому чисельність інфікованих чоловіків та жінок приблизно однакова. Зараження під час гомосексуальних контактів та внаслідок внутрішньовенних ін'єкцій у наркоманів можуть бути зовсім відсутніми або незначними. Разом з тим у зв'язку з інфікованістю великої кількості жінок поширений перинатальний (тобто внутрішньоутробна передача ВІЛ дитині від матері-носія) шлях передачі ВІЛ-інфекції.

**Модель III** є типовою для країн Східної Європи, Північної Африки, Близького Сходу, Азії та країн Тихоокеанського басейну (за винятком Австралії та Нової Зеландії). У цих регіонах більшість заражених мали статеві стосунки з особами, котрі мешкали в країнах, де поширюється інфекція, за моделями I і II.

**Чи існує можливість зараження СНІДом через кровососних комах?**

ВІЛ може проникати всередину клітин комах. Але там, всередині, він не розмножується. Спрацьовує якийсь блокуючий механізм. Отже, приводу для побоювання поки ще немає.

**Чи існує можливість зараження СНІДом через зубну щітку, посуд і столові прибори, рушники, постільну білизну, при користуванні спільною ванною, обіймах і братерсько-сестринських поцілунках?**

Наука стверджує, що перерахованими шляхами хвороба не передається. Однак як запобігти навіть мінімальному ризикові зараження? Треба знати, що спільна дія високої температури й побутових миючих засобів, так само, як і звичайні запобіжні заходи, ефективно руйнують розбавлений водою вірус. Тому звичайне миття досить добре стерилізує одяг, столові прибори, посуд. Плями людської крові, який би мізерний ризик вони не становили, треба знезаразити гіпохлоритом (відбілювачем) і ретельно замити. Можливість передавання ВІЛ через слину не підтверджено, з цього випливає, що при зупинці дихання будь-якій людині можна робити штучне дихання за методом "рот у рот".

**Чи завжди проникнення вірусу у клітину призводить до синтезу нових вірусних часток?**

Вірус, що потрапив у клітину, на якийсь час зникає з поля зору електронного мікроскопа. ДНК вірусу або ДНК, синтезована за його РНК, вбудовується в ДНК клітини-хазяїна. З цього моменту починається реалізація одного з можливих варіантів перебігу вірусної інфекції. Вірусна ДНК може залишитися в ДНК клітини в неактивному стані і згодом передаватися при розмноженні клітини її нащадкам. Такий стан клітини називається носійством.

**Чи існують симптоми, що викликають підозру у лікарів про захворювання на СНІД ще до результатів аналізів?**

Існують, хоча й досить відносні. Через зниження захисних сил організму - клітинного імунodefіциту - пацієнт хворіє на такі недуги, які вражають тільки дуже ослаблених людей. Або ж у молодій людини виявляють захворювання, яке виникає тільки після 60-65 років (онкологічне захворювання - саркома Капоші).

**За допомогою чого можна достовірно виявити хворого на СНІД?**

Лише за допомогою лабораторних досліджень. На чому ж побудована лабораторна діагностика цього захворювання? Зовні віруси різних захворювань відрізняються один від одного. Отже, антитіла, що виробляються проти них,

теж різні. І хоча вірус СНІДу руйнує захисні сили, а отже і вироблення антитіл, все-таки вони є. Якби їх не було зовсім, людина вже за кілька годин загинула б.

Переважає більшість лабораторних досліджень, які визначають інфікування ВІЛ - це дослідження на виявлення специфічних антитіл до ВІЛ (антитіла - спеціальні захисні білки, що містяться в крові). Для того, щоб визначити, чи є в крові антитіла, потрібно подивитися, чи буде білок крові сполучатися з уже наявним у нас матеріалом, отриманим із ВІЛ. Антитіла мають надзвичайну специфіку і сполучаються тільки з тим вірусом, проти якого виділилися.

Крім визначення антитіл у крові на наявність ВІЛ чи визначення самого збудника, діагностують конкретні захворювання самого збудника. При захворюванні легенів застосовують кілька діагностичних методів: рентгенографія легенів, дослідження мокротиння, бронхоскопія.

### **У людини виявили антитіла до ВІЛ...**

Проблеми, які виникають із виявленням інфікованості ВІЛ, багато в чому нагадують проблеми хворих на рак, їхніх близьких і медперсоналу, який з ними спілкується.

Отримавши інформацію про те, що їхнє життя під загрозою, і хворі на рак, і вірусоносії переживають гостру душевну кризу.

Становище інфікованого ВІЛ психологічно набагато гірше, тому що хворому на рак усі оточуючі співчують, у той час як хворого на СНІД осуджують, зневажають, утискають.

Маючи справу з таким хворим, важливо з перших же днів протягти нитки, які поєднують його з оточуючим світом. Розповісти про допомогу, яку надають при схожій із цією патологією. Потім сконцентруватися на інших темах: безпечний секс, профілактика розповсюдження інфекції вдома, на роботі та під час відпочинку, зміцнення здоров'я (раціональне харчування, правильний розпорядок дня і сну тощо). Хворому на СНІД потрібна постійна моральна підтримка, адже самому важко подолати тривожні думки про майбутнє, неспокій перед випробуваннями, які на нього чекають.

### **Коли людина з ВІЛ найбільш заразна?**

ВІЛ розвивається в організмі людини роками. Така людина через незнання чи зловмисне може заразити не одну людину. Логічно припустити, що людина найбільше заразна тоді, коли вироблення антитіл у неї мінімальне або вони ще не встигли сформуватися. Експерименти показали, що вироблення захисних антитіл триває від трьох тижнів до трьох місяців. Висновок: саме в цей період хворий найбільш заразний. Друге підвищення ступеня заразності можливе в розпал захворювання, коли кількість вірусних тіл (титр) максимальна.

### **Яка тривалість життя хворого на СНІД?**

Хворого на СНІД, по суті, вбиває не сам вірус, а ті інфекції, яким він відчинив вхідні ворота. Якщо це запалення легенів, викликане пневмоцистою, то навіть при найдосконалішому лікуванні хворий навряд чи проживе більше року. При саркомі Капоші ця цифра сягає двох і більше років.

### **Чи є вакцини проти СНІДу?**

Питання про створення ефективної вакцини проти СНІДу стикається з проблемою підвищеної мінливості ВІЛ. Навіть у одного й того самого хворого виділяють не зовсім ідентичні віруси - серологічно неоднорідні штами. Питання створення вакцини ускладнюється тим, що існує принаймні два типи збудників - ВІЛ-1 і ВІЛ-2, - які суттєво відрізняються за генетичними та антигенними властивостями. Найбільший успіх у створенні вакцини обіцяє генно-інженерний підхід.

### **Чи є ліки від СНІДу?**

У галузі створення ефективних хімпрепаратів поки що похвалитися теж нема чим. Причин кілька: слабка антивірусна дія; токсикологічна дія на організм; ВІЛ високомінливий, і досить тільки створити препарат, який цілеспрямовано знищуватиме конкретний тип вірусу, як він видозміниться, виходячи з-під удару лікарів. На сьогодні в Україні вже стала доступною антиретровірусна терапія (АРВ-терапія), яка хоч і не виліковує від ВІЛ-інфекції, але значно покращує стан життя ВІЛ-інфікованих на стадії СНІДу.

### **Що є основною формою захисту від СНІДу?**

Основною формою захисту від СНІДу лишається профілактика захворювання.

### **Література**

1. Біологія. Підручник для 10 класу загальноосвітніх навчальних закладів /Данилова О.В., Шабанов Д.А., Брайон О.В., Данилов С.А. - Х.: Торсінг, 2001. - С. 192.
2. Заєць В.А. Азбука СНІДу. - К.: Молодь, 1998. - 95 с.
3. Кобець І.І., Кобища Ю.В., Папушина Т.В. Про СНІД.- К: Здоров'я, 1994. - 81 с.
4. Маруненко І.М., Неведомська Є.О., Бобрицька В.І. Анатомія і вікова фізіологія з основами шкільної гігієни: Курс лекцій для студ. небіол. спец. вищ. пед. навч. закл. - К.: Професіонал, 2006. - 480 с.

**Никифорова Л.А.**

Донецький національний університет  
економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського

## **ЗДОРОВ'Я – ЗНАЧУЩИЙ ФЕНОМЕН ІСНУВАННЯ СУСПІЛЬСТВА**

Кінець двадцятого початок двадцять першого століття можна охарактеризувати як епоху орієнтації на здоровий спосіб життя. І в цьому є певний смисл. Здоров'є громадян – це важливий показник соціальної активності людини. В той же час соціальна орієнтація людей на здоровий спосіб життя говорить про високу загальну культуру.

Виникає доречне питання. Чому здоров'я людини є таким важливим для суспільства, хоча, здається, що це особиста справа кожного? В історії людства здоров'я завжди було у центрі уваги як індивіда, так і суспільства, але в різні



історичні періоди і у різних народів здоров'я набувало відповідний соціальний сенс та значущість.

Сьогодні здоров'я людини є складовою здоров'я всієї нації, народу і є одним з основних критеріїв (рівень розвитку економіки, передові технології, військово-політична система) при з'ясовуванні життєздатності держави. Якщо держава прагне зайняти головні та сталі позиції в світовому просторі, вона буде приділяти значну увагу саме здоров'ю свого народу.

Сучасна філософська позиція стосовно здоров'я має важливе світоглядне та методологічне значення. Сьогодні поняття “здоров'я” набуває смислу людського існування, якісного вдалого життя, вибору та творчості самої людини, тобто людина шукає і знаходить свою справжню природу. Саме соціальна філософія має допомогти людині у пошуках, тому перед нею сформульовані наступні завдання: осмислення культури подолання перешкод на шляху до здоров'я; створення онтологій смислів та здорових способів життя; описати інтелектуальне різноманіття, сприятливих для тіла та духу режимів існування та практик піклування про себе.

Багато вчених та фахівців-практиків визнають необхідність “культурологічного” підходу до проблеми здоров'я на підставі введення поняття “культура здоров'я”. Хоча, все більше вчених вживають поняття “культура здоров'я”, вони, як правило, зовсім не розкривають його, або обмежуються некоректними формулюваннями, які не дозволяють повно охарактеризувати цей елемент культури суспільства та особистості. Існують спроби розробити єдину методику діагностики, але немає розробок з педагогічної технології її формування та розвитку.

Аналізуючи культуру здоров'я в літературі використовують теоретико-методологічний підхід в основі якого є визнання здоров'я як цінності. Культура здоров'я як позитивне ціннісне відношення до здоров'я припускає усвідомлення особистісної та соціальної значущості здоров'я, розглядання його як цінності в зв'язку з чим, людина береже та укріплює здоров'я, що в свою чергу, потребує відповідного образу життя.

Поняття “культура здоров'я” за змістом та структурою співвідноситься з поняттям “ставлення до здоров'я”, яке містить в собі систему індивідуальних вибіркових зв'язків особистості з різними явищами навколишнього середовища, які сприяють, чи навпаки погрожують здоров'ю людей, а також певну оцінку індивідом свого психічного та фізичного стану, як один з елементів поведінки з самозбереження.

В зв'язку з чим актуальна думка І. Канта, що філософія потрібна людям, щоб зрозуміти: “як жити, щоб жити довго і при цьому не хворіти?”.

Однією з визначальних рис життя сучасної цивілізації є зростаюче усвідомлення вирішального значення здорового способу життя. І це не випадковість, показники здоров'я народу і конкретної людини є складовою поняття “якісне життя”. Люди, які наслідують філософію здоров'я здійснюють позитивний вплив на соціальні процеси, формують здорове соціальне

середовище, легше можуть адаптуватись до змін, які відбуваються в суспільстві.

Молоде покоління через деякий час буде керувати своїм життям, державою, впливати на світові процеси, перетворювати навколишнє середовище, тому питання здоров'я стають все більш актуальними. Майбутнє залежить від освічених і здорових людей, основним надбанням будь-якої країни стає людський капітал. Виникає питання: що для молоді означає поняття “якісне життя” і які критерії входять до цього поняття?

Студенти складають велику частку молодих українців. Саме від їх світогляду і залежить бути нашій державі сильною чи займати останні місця у рейтингах країн третього світу. Для того щоб з'ясувати що сучасні студенти вкладають в поняття “якість життя” в Донецькому національному університеті економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського було проведено анкетування студентів. У дослідженні приймали участь студенти II-III курсів, за напрямками підготовки “Менеджмент” та “Маркетинг”. Всього в анкетуванні брали участь 276 студента. Після обробки даних, були з'ясовані наступні показники: майже 94,2 % респондентів головним показником вважають наявність здоров'я; 74% студентів наголосили на життя в сталих економічних умовах; наявність грошових коштів є показником для 87%; питаннями екології опікуються 63,5% опитуваних; на якісні продукти харчування вказали 79,4% респондентів; самореалізацію, вважають важливою 67% студентів; добрі стосунки з оточуючими, впливають на якість життя (56%); професійна кар'єра важлива для 71,3% опитуваних; створення щасливої сім'ї важливо для 83% студентів.

На основі отриманих даних, можна зробити наступні висновки. Студенти віддають перевагу здоров'ю та економічному достатку. Може це і звучить банально, але справедливим є прислів'я, яке відоме майже всім: “краще бути здоровим і багатим, ніж бідним і хворим”. Воно влучно відображає думку сучасних студентів. Може це тому, що ми навчаємось в університеті економіки і торгівлі?

Не є секретом і те, що здоров'я треба берегти з молодю, тому здоровий спосіб життя повинен стати життєвою філософією кожного, хто хоче жити якісно.

Здоров'я – це рівновага необхідності і довільності задоволення базових потреб людини. Поняття “здоров'я” містить в собі як фізичне так і психічне здоров'я людини. Незважаючи на економічну кризу студенти не втрачають “аромат життя” і вірять, що українська нація – це нація з хорошим майбутнім.

## **ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ**

Зниження рухової активності за рахунок штучного розвитку різних засобів транспорту та зв'язку, стреси, пасивність до виконання фізичних вправ, недосипання, перевтома, неправильне харчування та ненормований режим дня – все це на сьогодні призводить до порушень у здоров'ї сучасної молоді.

На сьогодні спостерігається значне зниження інтересу студентів до фізичних вправ. А тривале перебування за комп'ютером в одній і тій же позі, відпочинок переважно за читанням або переглядом телепередач, обмежують їх рухову активність.

Таке тривале зниження рухової активності призводить до виражених і стійких порушень, які поступово стають не зворотними. Такі як погіршення здатності м'язів скорочуватися, порушенню обміну речовин, розвитку атеросклерозу судин, виникненню різних хвороб: гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, судинних захворювань, порушень постави з ураженням кістково-м'язового апарату. Особливо ж малорухомість позначається на кровоносних судинах, серці та нервовій системі [4, с. 76].

Гіподинамія зумовлена сучасним способом життя, механізацією і автоматизацією виробництва. Через це і виникає необхідність у вишукуванні найбільш раціональних фізіологічних методах боротьби з недоліком рухової активності. Одним з таких засобів є фізичні вправи, які компенсують її нестачу.

Фізичне здоров'я розглядається як стан гармонії морфологічної структури тіла і функціонального стану систем організму [3, с. 87]. Зменшення фізичної активності і є однією з причин порушення цієї гармонії. Тому, все більшої актуальності набуває проблема формування у молоді позитивного відношення до виконання фізичних навантажень.

Для зміцнення фізичного здоров'я постійно треба застосовувати регулярні фізичні вправи (щоденна рухова активність, обов'язкове ходіння і біг, навантаження м'язової тканини, масаж як відновлення активного кровообігу), вживання натуральних продуктів, щоденне приймання вітамінів, зменшення кількості жирів і легкозасвоюваних вуглеводів, розвантажувально-дієтичні дні та періоди, регулярне і повноцінне харчування), почуття задоволення, радості і щастя.

Регулярне фізичне тренування, підвищений руховий режим молоді сприяє підвищенню функціональних можливостей їх організму. Рухова активність забезпечує необхідні і достатні показники фізичного розвитку і фізичної підготовленості, готовності до виконання основних соціальних функцій, високу працездатність, відносно низьку втомлюваність в процесі навчання, міцне здоров'я і низьку захворюваність в умовах навчання.

Систематичне застосування фізичних вправ покращують нервову регуляцію дихальної системи, вони сприяють підвищенню окисно-відновних процесів за рахунок більш повноцінної утилізації кисню. Це забезпечується збільшенням глибини дихання, виробленням більш повноцінного ритму його, використання допоміжних дихальних механізмів, насичення артеріальної крові киснем. Значно змінюється морфофункціональна характеристика дихальної системи: розвиваються дихальні м'язи, збільшується загальна ємність легень. Робота м'язів призводить до розширення судин і деякому зниженню артеріального тиску, що зменшує навантаження на серце і нормалізує його діяльність.

Найменший ризик розвитку захворювань та максимальне збільшення тривалості життя було у найбільш у фізично активної молоді, які щоденно витрачали близько 2000 кілокалорій [4, с. 107].

Здійснюється дія на центральну нервову систему. В результаті постійного продумування і повторення вправ виникає модель майбутньої дії, яка значно полегшує виконання наступних рухових дій.

При позитивних емоціях, які виникають під час занять фізкультурою, відбувається різне збудження симпатичної частини автономної нервової системи, покращується діяльність органів чуттів, підвищується тонус і працездатність центральної нервової системи [5, с. 126].

Механізм позитивної дії фізичних вправ на організм людей, які займаються фізичною культурою нейроендокринно-гуморальний. Нервова ланка цього механізму: покращення динаміки – основних нервових процесів кори півкуль великого мозку (збудження і гальмування); удосконалення умовно-рефлекторних зв'язків; утворення позитивного емоціонального на лаштування до фізичних вправ і збудження в центральній нервовій системі; утворення моделі рухової дії в центральній нервовій системі для виконання і удосконалення рухових актів.

Систематично виконувані фізичні вправи стимулюють умовно-рефлекторну діяльність, сприяють утворенню нових умовно-рефлекторних зв'язків між корою великого мозку, підкорковими утвореннями, внутрішніми органами і працюючими м'язами. Покращують динаміку основних нервових процесів – збудження і гальмування, збільшують їх рухомість, врівноваженість і силу, що здійснює вплив на діяльність основних систем організму, в тому числі і серцево-судинної [4, с. 34].

Механізм позитивної дії фізичної активності являється основою для реалізації занять фізкультурою в різному віці при умові вивчення пристосувальних можливостей організму за допомогою рішень методів дослідження.

Стимулюючий вплив рухової активності проявляється в підвищенні функціональних резервів, працездатності, сили, витривалості. Покращується самопочуття, появляється відчуття бадьорості, нормалізується сон, апетит.

При адаптації до фізичних навантажень покращується скоротлива здатність міокарда, знижується потреба кисні підвищується вміст глюкози,

білку і активність ферментів, необхідних для ефективної і тривалої роботи серця. Це призводить до економізації роботи серця і підвищенню енергетичних ресурсів.

Основні фізіологічні показники в стані спокою у тренованих, знаходиться на більш “економічному” рівні, а максимальні можливості при м’язовій роботі більш високі, ніж у не тренованих.

Регулярні заняття фізкультурою підвищують опір організму застудним та інфекційним захворюванням, сприяють фізичному і нервово-психічному розвантаженню людини, тобто підвищують витривалість, толерантність і адаптацію людини до негативних явищ навколишнього середовища [2, с. 116].

Фізичні навантаження являються гарним відпочинком після занять розумовою працею. На жаль, студенти не завжди беруть це до уваги.

Тому, метою нашої роботи було визначення фізичних здібностей студентів першого та другого курсів за допомогою анонімного тестування за Е. Лоро [1, с. 34].

Результати показали, що тільки 58% студентів першого курсу пристосовані до фізичної діяльності, 42% – треба виконувати підготовчі вправи та рекомендуються помірні фізичні навантаження.

Серед студентів другого курсу: 62% – пристосовані до фізичної діяльності, а 38% – мають потребу виконувати підготовчі вправи та помірні фізичні навантаження.

Фізична активність пов’язана не тільки з медичними, соціальними, економічними і виробничими аспектами життєдіяльності суспільства, але й з моральними, естетичними аспектами виховання молоді.

Отже, для того, щоб виховувати здорове покоління треба навчити молодь правильно поєднувати працю та відпочинок, раціонально харчуватися, загартовуватись, займатись фізичною культурою, що є потужними оздоровчими чинниками. Особливе значення має тут фізична активність, регулярна м’язова діяльність, що лежить у основі життєдіяльності всього організму.

#### Література

1. Аксенова Л.В. Семейная энциклопедия: Психологические тесты - Донецьк: ООО ПКФ “БАО”, 2004. – 528с.
2. Валеологія: навч. посіб. / Бобрицька В.І., Гриньова М.В. та ін. – Ч. 2.- Полтава: Скайтек, 2000. - С. 298.
3. Валеологія: навч. посіб. / Бобрицька В.І., Гриньова М.В. та ін. – Ч. 2.- Полтава: Скайтек, 2000. - С. – 146с.
4. Вареник Е.Н. Физкультурно-оздоровительные занятия с детьми. – М.: Издательство ТЦ “Сфера”, 2008. – 128 с.
5. Медико-біологічні основи валеології: навч. посіб. / Під ред. П.Д. Плахтія. – Кам’янець-Подільськ, 2000 – 408с.

## **ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА ЯК ОЗНАКА ПРОБЛЕМНОГО СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ**

Сучасна нестабільність суспільства, нехтування загальнолюдських цінностей і зниження рівня життя населення провокують девіантну поведінку, аномалії розвитку й, нерідко, деградацію та саморуйнування особистості. Це пов'язано з глибокими соціально-економічними і політичними змінами, що різко загострили соціальні проблеми, збільшило безпритульність, знедоленість, психологічні розлади великої кількості населення, особливо молоді та підлітків. Неузгодженість між очікуваним і реальністю підвищує напруженість у суспільстві і надає готовність людині змінити модель своєї поведінки, вийти за межі сформованої норми. Проблема девіантної поведінки та її корекції завжди була однією з найважливіших у педагогіці, психології, кримінології, але зараз, вона носить масовий характер та потребує особливої уваги.

Людина як особистість формується під впливом системи соціальних відносин, у яку вона включена; цей процес детермінується сукупністю соціальних норм, чинних на даний момент у суспільстві. Таким чином, соціальні норми є правилами суспільства щодо поведінки особистості, визначаючи характер, а також межі можливих і припустимих її проявів [2, с. 9].

Соціальні відхилення можуть мати для суспільства різні значення. Позитивні служать засобом прогресивного розвитку системи, підвищення рівня її організованості, подолання застарілих, консервативних чи реакційних стандартів поведінки. Це – соціальна творчість: наукова, технічна, художня, суспільно-політична. Негативні – дизфункціональні, дезорганізують систему, підриваючи часом її основи. Це – соціальна патологія: злочинність, алкоголізм, наркоманія, проституція, суїцид. Через таку девіантну поведінку проходять негативні витoki соціуму.

Молодь є найактивнішим психологічним суб'єктом і тому прояви соціально неприйнятної поведінки найвиразніше проявляється саме у них. У цьому віці, коли не сформований стійкий світогляд, молодь найбільше піддається зовнішньому впливу. Сприймаючи інтереси та погляди оточуючих, вони вбирають їх і в подальшому керуються ними. Характерною рисою девіантних підлітків є недостатня сформованість у них навичок спілкування, а саме замкнутість; нездатність одержувати інформацію в спілкуванні; нездатність використовувати зворотний зв'язок, тобто наявність труднощів при формулюванні запитання для одержання додаткової інформації; нездатність звернутися по допомогу і прийняти її; нездатність брати участь у спільній діяльності з іншими дітьми при виконанні спільного завдання. Такі характерні риси являють собою критерії наявності відхилень у комунікативній сфері або критерії девіантності.

Критеріями наявності відхилень підлітка можна вважати: ситуативний інтерес до інших людей; відсутність розуміння мотивів поведінки та емоційного стану іншої людини; нестійка самооцінка; ситуативне само сприйняття; підвищений рівень тривожності; нездатність передбачати наслідки власних дій; відсутність логічного узагальнення понять; нездатність розуміти логіку розвитку ситуації взаємодії, значення поведінки інших людей; нездатність розуміти невербальні реакції іншої людини; нездатність мислити абстрактними категоріями [5, с. 47].

Найсприятливішими умовами девіантної поведінки для таких підлітків є: відсутність установок на працю і навчання; відсутність самоконтролю, чутливість до сторонніх впливів, до гострих переживань, потяг до діяльності у неформальній підлітковій групі, неадекватна самооцінка. Типологічні риси особистості з девіантною поведінкою: слабка адаптація до нових ситуацій, конфліктів, підвищена тривожність, психічна незрілість, вживання наркотиків, алкоголю [5, с. 25].

Прояви девіантної поведінки, які найчастіше зустрічаються у підлітків:

1) Підліткова злочинність. Це - крадіжки, хуліганство, вимагання, у яких переважають корисливі мотиви, мотиви задоволення потреб, частково - помсти. Хуліганство, брутальність і агресивність підлітків виникають як своєрідна форма самозахисту від зазіхань на їхню особистість із боку батьків, учителів, співробітників міліції. Підлітки, схильні до скоєння насильницьких злочинів, мали або мають постійний приклад насильства й жорстокості відносно своєї особистості. Особливий характер носить мотивація психологічного захисту в групових майнових злочинах у дівчат. Тут діє заздрість до своїх забезпечених ровесниць, що мають престижні речі; красти спонукує прагнення виглядати не гірше інших, оскільки відставання від моди сприймається як трагедія, особиста соціальна ущербність.

Безперечним є той факт, що телебачення надає нам велику кількість зразків насильства. Спостереження зразків насильства по телебаченню: а) веде до посилення агресивності; б) підвищує поріг чутливості глядачів до насильства; в) формує неадекватні погляди на соціальну реальність. Прикладів відтворення злочинів, показаних по телебаченню, безліч.

2) Алкоголізм – це зловживання алкоголем. За даними опитування спиртні напої у восьмому класі вживали приблизно 75%, в дев'ятому - 80%, в десятому - 95% хлопчиків [3, с. 117]. Це, звичайно, не пияцтво, але чим раніше підліток долучається до алкоголю, тим сильніше й стійкіше буде його потреба в ньому.

3) Наркоманія – це хвороблива залежність людського організму від постійного прийому наркотичних засобів. Виникненню наркоманії сприяють: пре- і постнатальна патологія; затримка статевого дозрівання, що найчастіше пов'язана з конституціональною затримкою розвитку, має психологічні наслідки; виховання в неповній родині; постійна зайнятість одного з батьків; хворий - єдина дитина в родині; алкоголізм або наркоманія когось із близьких;

психічні захворювання, патологічний характер поведінки близьких родичів; раннє (до 12-13 років) вживання алкоголю або зловживання летючими наркотично діючими речовинами [1, с. 87].

4) Суїцид – є свідоме, самостійне позбавлення себе життя. Самогубство розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів. Суїцидальна поведінка – це різні форми людської активності, обумовлені прагненням позбавити себе життя і служать засобом вирішення особистісної кризи, що виникли при зіткненні особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб.

Можливість ненормативної поведінки обумовлена тим, що людська свідомість здатна виходити за межі будь-яких стереотипів і виробляти нові, раніше не існуючі варіанти поведінки. Ступінь соціальної “незручності” різних видів ненормативної поведінки різниться - від таких, що викликають осуд найближчого соціального оточення, до вчинення тяжких злочинів, покарання за які передбачається повна ізоляція особи від суспільства.

Тому своєчасна, якомога більш рання психологічна діагностика схильності молоді до ненормативної поведінки, розробка комплексу заходів психологічної допомоги особистості у зазначених випадках потребує сукупних зусиль теорії і практики. Усвідомлення неминучості відхилень в поведінці частини людей не виключає необхідності постійної боротьби суспільства з різними формами соціальної патології. Під соціальним контролем у широкому соціологічному змісті розуміється вся сукупність засобів і методів впливу суспільства на небажані форми поведінки з метою їх елімінування чи мінімізації [4, с. 201]. Адже, переважна кількість соціальних відхилень відіграє деструктивну роль у розвитку суспільства. Тому однією з головних завдань психологів є розпізнавати корисні культурні зразки в поведінці індивідів і груп і надавати допомогу в подоланні негативних девіацій.

### **Література**

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. вузов. - М., 2002. - 286 с.
2. Малькова М.О. Формування професійної готовності майбутніх соціальних педагогів до взаємодії з девіантними підлітками: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. 13.00.05. – соціальна педагогіка. - Луганськ, 2006. - 22 с.
3. Махов Ф.С. Подросток и свободное время. - Л., 1982. - 238 с.
4. Тетерский С.В. Введение в социальную работу: Учеб. пособие. - М.: Академический Проект, 2000. – 496 с.
5. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. - М.: Академический Проект; Трикта, 2005. - 336 с.



## **ФІЗКУЛЬТХВИЛИНКИ ЯК ОБОВ'ЯЗКОВИЙ ОЗДОРОВЧИЙ ЕЛЕМЕНТ УРОКУ В МОЛОДШИХ КЛАСАХ**

Потреба дітей в активному руховому режимі зумовлена біологічними законами розвитку. Без активних рухів, без фізичних вправ неможливі зростання й розвиток організму. Норма природної потреби в русі у дітей цього віку становить приблизно 1,5-2 години на добу. Коли ж дитина переступає поріг школи, різко зменшується її рухова активність протягом дня. Руховий режим з відносно довільного змінюється на обмежений, обумовлений строгими правилами поведінки [1, с.95].

Більшу частину доби дитина перебуває у статичному положенні, тобто сидить у школі під час уроків, удома, виконуючи домашні завдання, читаючи, переглядаючи телепередачі або граючись у комп'ютерні ігри. Статичне навантаження вступає у протиріччя з фізичним розвитком дитини, так як тривале сидіння за партою вимагає постійного напруження м'язів спини, шиї, кінцівок. Внаслідок цього виникає перевтома: знижується працездатність, проявляються негативні емоції, погіршується самопочуття, з'являється головний біль [2, с.78].

Видатний російський фізіолог І. Сеченов розробив учення про активний відпочинок і довів, що працездатність людини поновлюється швидше, якщо процес збудження на деякий час переключається на інші центри кори головного мозку [3, с.15]. Класик педагогіки К. Ушинський запропонував практичну реалізацію слів фізіолога: "Не важко, здається, примусити дітей в такт встати і сісти, повернутись туди й назад, піднести руки й опустити їх, вийти як слід з-за парт і знову сісти на них струнко, спритно, без гомону та штовханини; але коли б ці прості прийоми прищепилися у наших школах, то допомогли б зруйнувати ту важку, присипляючу атмосферу, яка здебільшого панує в них, і багато сприяли б не тільки збереженню здоров'я дітей, але свіжості й жвавості їх навчання. Дайте дитині трохи порухатися, і вона знову подарує вам десять хвилин уваги, а десять хвилин жвавої уваги, якщо ви зуміли їх використати, дадуть вам в результаті більше, ніж цілий тиждень напівсонних занять" [5, с.57-58].

Отже, фізкультхвилинки – ефективний засіб, який здатний повернути втомленій дитині працездатність, увагу, сприяти поліпшенню функціонування мозку, відновити тонус м'язів, які підтримують правильну поставу, зняти напругу з органів зору і слуху, з утомлених від письма пальців. Та слід пам'ятати, що фізкультурні хвилинки позитивно впливають на учнів тільки тоді, коли вони добре організовані і методично правильно проведені.

Варто зазначити основні вимоги до організації та проведення фізкультхвилинки: вправи мають бути добре знайомі дітям, простими за структурою, цікавими за змістом та зручними для виконання на обмеженій

площі; вправи мають відповідати віковим особливостям дітей; в першому класі необхідно проводити по дві фізкультхвилинки – на 10-й і 20-й хвилині кожного уроку; тривалість має бути в межах 2-3 хвилин, комплекс вправ складається з 3-4 вправ для основних груп м'язів з 6-8-разовим повторенням кожної [2, с.85].

Аналіз наукових досліджень і публікацій свідчить про те, що на даний момент питанню фізичного розвитку молодших школярів, а також їхньої перевагою приділено достатньо уваги, але не існує узагальнюючої класифікації фізкультурних хвилинки за формами та методами їх проведення.

Метою нашого дослідження була класифікація фізкультурних хвилинки для молодших школярів і розробка інноваційних форм їх проведення.

Фізичні вправи для молодших школярів ми класифікували за основними анатомо-фізіологічними системами організму: опорно-рухова система (фізичні вправи для розвитку м'язів шиї, кінцівок, спини та ін.; фізичні вправи на витривалість; фізичні вправи на гнучкість); серцево-судинна система (фізичні вправи для нормалізації роботи серця); дихальна система (вправи для зміцнення основних та додаткових дихальних м'язів); зорова сенсорна система (вправи для покращення кровообігу в тканинах очей та зміцнення їх м'язів).

Відповідно до даної класифікації, нами розроблені інноваційні форми проведення фізкультхвилинки, які порівнювались із традиційними (табл. 1).

Таблиця 1

### Фізичні вправи для молодших школярів

<i>Традиційні форми</i>	<i>Інноваційні форми</i>
<b>Опорно-рухова система</b>	
1. Вихідне положення – ноги на ширині плечей, руки зімкнені за головою. Наклонити голову вперед, повернутися у вихідне положення (6 сек).	Пісня “Морозець” Морозець-морозець, (нахили голови вліво-вправо)
2. Стоячи прямо, не напружуючись, опустити підборіддя на груди. Повертати голову вправо-вліво, нахилити вперед до торкання підборіддя грудної клітки та назад – до торкання головою спини. Робити повільно, 20 раз у кожен бік [4, с. 29]	Пощипав нам щічки (пальцями щипають щічки) Теплі валянки у нас, (потупати ногами) Шубки й рукавички. (обійняти себе і плеснути в долоні) Морозець-морозець, (нахили голови вліво-вправо) Плещемо в долоні, (плескати в долоні) У дівчаток і хлоп'ят (показати один на одного) Носики червоні. (торкаються носа і обертаються навколо себе)
<b>Дихальна система</b>	
Фізичні вправи для зміцнення дихальних м'язів.	Фізичні вправи для зміцнення дихальних м'язів та м'язів кінцівок та спини.
1. “Лагідний вітерець”. Учень повертає до себе долоню й лагідно видихає повітря.	Ігрова форма: 1. – Діти, а давайте згадаємо кульбабку. Хто бачив кульбабку? Вона росте на землі, тож давайте всі присядемо, начебто ми малесенькі кульбабки. Уявімо, що зараз квітка уже не яскраво жовтого кольору, а вся у парасольках. І ми хочемо, щоб ці

<p>2. Дитина повільно вдихає по-вітря і різко видихає його.</p> <p>3. Дитина набирає багато по-вітря – робить вдих. Потім повільно випускає повітря.</p>	<p>парасольки розлетілися. Отже, у нашій руці – квіточка. Давайте спробуємо подути на неї. Але дутимемо дуже лагідно, потихеньку, щоб парасольки не розлетілися. Парасольки не залишаються у кульбабці, а летять все вище і вище. Тож і ми потихеньку будемо підійматися разом з парасольками.</p> <p>2. – А як необхідно подути, щоб парасольки розлетілися? (Різко). Тож, давайте спробуємо. Знову всі разом присідаємо. Якогома більше повітря наберемо у легені, а тепер різко видихнемо його. Парасольки не залишаться у кульбабці, а різко полетять наверх, то і ми маємо різко підскочити наверх, так, як парасольки.</p> <p>3. – Тепер нам потрібно, щоб парасольки довше летіли у повітрі, тож повільно будемо випускати повітря й робитимемо це якомога довше.</p>
<b>Серцево-судинна система</b>	
<p>Фізичні вправи для нормалізації роботи серця і для зміцнення дихальних м'язів.</p> <p>Схема фізичних вправ: вдих → затримка дихання на вдиху → видих → затримка дихання на видиху → пауза</p>	<p>Фізичні вправи для нормалізації роботи серця і для зміцнення дихальних м'язів, а також вправи для зміцнення м'язів спини та кінцівок.</p> <p style="text-align: center;"><b>Гра "Метелик"</b></p> <p>Вчитель – ведучий, діти – метелики, що граються на галявині, „літають ” (руками), посміхаються. Коли вчитель надає команду: „Небезпека ”, діти мають „скласти крильця” і затримати дихання.</p>
<b>Зорова сенсорна система</b>	
<p>1. Швидко покліпати очима, заплющити очі та посидіти спокійно, повільно рахуючи до 5. Повторити 4-5 разів.</p> <p>2. Міцно заплющити очі. Порахувати до 3, відкрити очі та подивитися вдалечінь. Порахувати до 5. Повторити 4-5 разів.</p> <p>3. У середньому темпі зробити 3-4 кругових рухів очима в правий бік, стільки ж само – у лівий. Розслабивши очні м'язи, подивитися вдалечінь – на рахунок 1-6. Повторити 1-2 рази.</p> <p>Витягнути руку вперед. Подивитися на вказівний палець витягнутої руки на рахунок 1-4. Потім перенести погляд на рахунок 1-6. Повторити 4-5 разів [4, с. 43].</p>	<p>1. Вчитель просить дітей відійти від своїх місць до задньої стіни класу і подивитися на дошку. На ній 7-8 предметних малюнка. Учні уважно дивляться на дошку і намагаються запам'ятати малюнки. Закривають очі. Вчитель змінює щось на дошці (прибрати 1-2. малюнки, поміняти місцями або нічого не змінювати). Діти відкривають очі і уважно дивляться на дошку (погляд вдалечінь). Вчитель запитує одного учня про те, що змінилось. Один учень відповідає. Якщо усі згодні – швидко кліпають очима. Повторити 3-4 рази.</p> <p>2. Вчитель пропонує дітям згадати певну геометричну фігуру (коло, квадрат, трикутник, прямокутник тощо), демонструє його, акцентує увагу на особливості фігури (кількість кутів, їхнє розташування, співвідношення сторін тощо). Після цього діти мають намалювати певну (за вказівкою вчителя) фігуру поглядом. Вчитель також вказує, у який бік (ліворуч чи праворуч) необхідно починати.</p>

Перевагою інноваційних форм проведення фізкультхвилинок перед традиційними є поєднання фізичних вправ для різних груп м'язів, урізноманітнення навчального процесу, тобто використання їх як елементу загальноосвітнього уроку, які сприяють розвитку психічних процесів (уяви та мислення).

Отже, нами запропонована загальна класифікація фізичних хвилинок для молодших школярів за основними анатомо-фізіологічними системами організму, запропоновані інноваційні форми проведення фізичних хвилинок у пісенній та ігровій формах та показані переваги інноваційних форм перед традиційними.

### **Література**

1. Борисенко А.Ф., Цвек С.В. Руховий режим учнів початкових класів: Посіб. для вчителя. – К.: Рад. школа, 1989. – 192 с.
2. Козинко Н.А., Мацуревич В.П. Физическое воспитание в подготовительных классах. – К.: Рад. школа, 1989. – 152 с.
3. Коростелов Н.Б. Воспитание здорового школьника: пособ. для учителя. – М.: Просвещение, 1986.
4. Понер В.А., Понер А.П. Профилактика заболеваний на уроках физической культуры // Физическая культура в школе – 2008. - № 2. – С. 13-15.
5. Ушинський К.Д. Твори. - Т. 2. – К.: Рад. школа, 1954. – С. 57-58.

**Пальчик О.А., Кравченя А.А.**

Харьковский гуманитарно-педагогический институт

### **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ И ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ**

В наше время информационные процессы интенсифицировались. Объем новой информации возрастает ежегодно на 30%. За пять лет (1998-2002 гг.) человечеством было произведено и накоплено информации больше, чем за всю предшествующую историю. Основным органом, воспринимающим эту информацию, отвечающим за восприятие и анализ зрительных ощущений, является зрительный анализатор. Комплексная методика оценки функциональных показателей органа зрения абитуриентов одного из юридических вузов позволила охарактеризовать состояние рефракции и аккомодации: снижение остроты зрения, сдвиг рефракции в миопическую сторону, ослабление функции аккомодационного аппарата. Выявлены предпосылки для развития и прогрессирования миопии [4]. Таким образом, можно утверждать, что при увеличении нагрузки на зрительную сенсорную систему в юношеском возрасте наиболее частым нарушением в ее работе является миопия. Она может быть генетически обусловленной (в Европе число близоруких среди студентов достигает 15%, а в Японии – 85%) и развиваться под влиянием неблагоприятных условий внешней среды, особенно при длительной

работе на близком расстоянии. Это профессиональная и школьная миопия, особенно легко формирующаяся, когда развитие организма не завершено.

Заданиями нашего исследования было: 1 – определение соответствия времени, проведенного за компьютером, времени, затраченному на физкультпаузы, студентами специальности “Информатика”; 2 – анализ эффективности комплекса упражнений для улучшения кровоснабжения в тканях глаз и деятельности глазных мышц для этой группы студентов.

Социологические исследования отношения студентов к своему здоровью и образу жизни, проведенные в Нижегородской медицинской академии, показали, что большинство будущих медицинских работников не стремятся придерживаться здорового образа жизни [3]. Изучение здоровьесберегающего поведения учащихся старших классов общеобразовательных школ г. Жуковского Московской области свидетельствует про снижение авторитета физической культуры и спорта в жизни подростков. Происходит переориентация тенденций современной моды на стереотипы поведения с ограничением двигательной активности [1]. Исследования показывают, причинами этого является отсутствие изменений самочувствия опрошенных и субъективное завышение оценки истинного уровня здоровья [2]. Именно поэтому создание условий для формирования устойчивого здоровьесберегающего поведения может стать важнейшим резервом сохранения и укрепления здоровья подростков [1].

Доказано, что применение технологии сохранения зрения, включающей занятия по Аветисову–Мац, инфразвуковой пневмомассаж тканей глазного яблока (АВМО), транспупиллярную лазерстимуляцию (СПЕКЛ), цветотерапию, массаж области шеи, медикаментозную терапию, является эффективным способом торможения прогрессирования миопии: прогрессирование миопии отмечено только у 5% школьников, а быстрое прогрессирование – только у 3% [5].

Исследования, проведенные в Харьковском гуманитарно-педагогическом институте методом анкетирования, свидетельствуют о том, что среди студентов, каждый день работающих за компьютером, количество студентов, которые делают физкультпаузы, практически в два раза меньше (рис. 1).

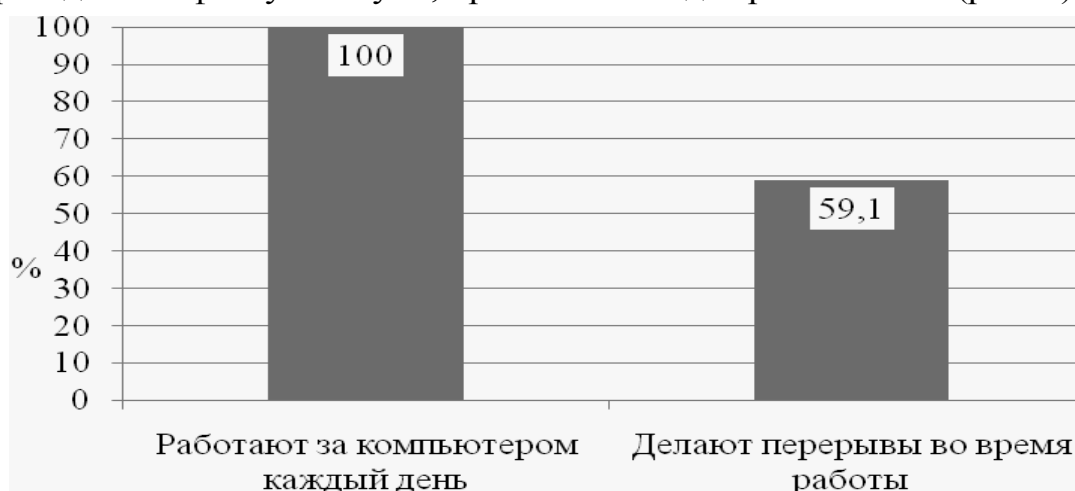


Рис. 1. Характеристика нагрузки на зрительный анализатор и необходимых перерывов в работе



Рис. 2. Продолжительность работы студентов за компьютером во время аудиторной, позааудиторной работы и в выходные дни (среднее)

Анализируя продолжительности времени, проведенного студентами за компьютером (рис. 2), и времени для физкультпауз и минут отдыха (рис. 3), можно сказать, что прослеживается четкая закономерность: чем продолжительнее время работа за компьютером, тем длиннее перерывы в работе.



Рис. 3. Продолжительность пауз отдыха во время работы за компьютером



Рис. 4. Характеристика предпочтения студентами физкультпауз для разных групп мышц

Данные рис. 4 свидетельствуют о том, что студенты, работающие за компьютером, отдают предпочтение физкультпаузам для глазных мышц.

Проведенные исследования позволили выявить несоответствие времени, проведенного за компьютером студентами специальности “Информатика”, и времени, затраченного на физкультпаузы, что подтверждает необходимость внедрения в учебный процесс новых способов здоровьесберегающего поведения.

Нами были проанализированы комплексы упражнений, задачей которых является воздействие на питание глаз путем, как улучшения общего кровотока, так и движения крови непосредственно в сосудах глазного яблока и циркуляции внутриглазной жидкости, с целью выявления наиболее эффективных среди них для студентов-информатиков. Нами были проанализированы следующие комплексы упражнений: методики Э. Аветисова, Ю. Розенблюма, К. Маца, Н. Лохтиной, У. Бейтса, физкультминутки для глаз, методика Н. Исаевой, массаж, самомассаж и точечный массаж, аутогенная тренировка (аутотренинг). Наиболее доступной для внедрения в учебный процесс является методика Н. Исаевой. Этот комплекс состоит из 5 упражнений, каждое из которых выполняется обеими глазами в течении 5 секунд, добавляя ежедневно по одной секунде, доводя это время до 1-2 минут.

Упражнение 1. Обеими глазами смотрите на кончик носа.

Упражнение 2. Смотрите вверх – на пространство между бровями.

Упражнение 3. Смотрите на левое плечо.

Упражнение 4. Смотрите на правое плечо.

Упражнение 5. Вращение обеими глазами по часовой стрелке, фиксируя взгляд на пространстве между бровями и кончике носа, затем тоже самое выполняется в противоположную сторону – против часовой стрелки; Упражнения повторяются 4-5 раз.

Для студентов-информатиков данный комплекс представлен в виде электронного текста, который высвечивается на экране компьютера через 40 минут после начала занятия. На его выполнение необходимо около 2 минут, упражнения являются простыми, поэтому очень хорошо вписываются в учебные занятия.

Таким образом, в результате проведенных нами исследований установлено, что лишь 59,1% студентов прерывают работу за компьютером для физкультминуток, что свидетельствует о недостаточности времени, которое студенты-информатики уделяют физкультпаузам, необходимым при высокой зрительной нагрузке. Установлено, что методика Н. Исаевой является наиболее эффективным комплексом упражнений во время учебных занятий в компьютерном классе и, соответственно, эффективным способом коррекции зрения студентов.

### Литература

1. Альбицкий В.Ю., Макеев Н.И. Здоровьесберегающее поведение подростков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 2. – С. 21–24.

2. Иванова И.В., Черная Н.Л. К вопросу об оценке здоровья школьников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 5. – С. 22–25.
3. Камаев И.А., Гурьянов М.С., Миронов С.В., Иванов А.А. Социологическое изучение здоровья и образа жизни студентов медицинской академии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 1. – С. 19–22.

**Пасько Т.В., Демчучена І.В.**  
Буковинський державний медичний університет

## ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УКРАЇНІ

Сучасний стан здоров'я української молоді набирає страшних масштабів. Дуже багато хворих, зростає кількість дітей, які займаються у спеціальних групах фізичною культурою. Окремим питанням стоїть вживання наркотиків, алкоголю, тютюну, початок раннього статевого життя, а також негативний вплив екологічних факторів навколишнього середовища. Задля наочності звернемося до статистичних даних.

При аналізі стану здоров'я підлітків виявляється негативна тенденція. Якщо до 1999 р. загальна захворюваність юнаків-підлітків перевищувала її у дівчат-підлітків, то у 1999 р. загальна захворюваність дівчат становила 8277,3 на 10 тис., а юнаків – 8135,0 відповідно. За даними МОЗ України захворюваність у дітей 0-17 років у 2009 році становила – 1393,9 на 1000 дітей; у 2003 р. – 1175,46. Зростання показника захворюваності відбулося за рахунок його росту у таких нозологіях: новоутворення, хвороби ендокринної системи, хвороби ока та придаткового апарату, хвороби вуха та сосковидного відростка, хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання хвороби органів травлення. При цьому близько половини опитаних практикували фізичну активність лише півгодини або годину на тиждень. 75% на перегляд телепередач витрачали щодня в будні 1-4 години, а 65-90% проводили за комп'ютером 0,5-3 години.

При цьому збільшення загальної захворюваності дівчат-підлітків упродовж останніх років відбулося за рахунок зростання хвороб, що суттєво впливають на репродуктивну функцію жінки. У табл. 1 наведено дані про динаміку захворюваності на деякі хвороби дівчат підліткового віку в Україні (кількість випадків на 10 тис. дівчат у віці 15-17 років)

Таблиця 1.

Захворювання	Роки			
	1991	1995	2000	2002
Всі захворювання	5269,2	6403,4	8370,7	8434,8
Хвороби серцево-судинної системи	39,1	46,0	72,0	80,0
Хвороби сечостатевої системи	189,5	447,4	780,4	836,6



Так, за даними соціологічного дослідження, проведеного у рамках виконання програми “Репродуктивне та статеве здоров’я підлітків в Україні” [3, с.92], українські діти неоднозначно ставляться до алкоголю. Так, більше половини (62%) дітей у віці 12- 14 років і понад 72% дітей і молоді у віці 15-20 років відповіли, що вживають алкоголь. Майже кожен п’ятий підліток почав вживати алкоголь ще у віці до 10 років.

За даними МОЗ України серед опитаних учнів віком 15-16 років 25% вживали алкоголь раніше 13 років, а серед тих, кому 11-12 років мали спробу алкоголю 40%. Були п’яними хоч раз в житті 20% шестикласників.

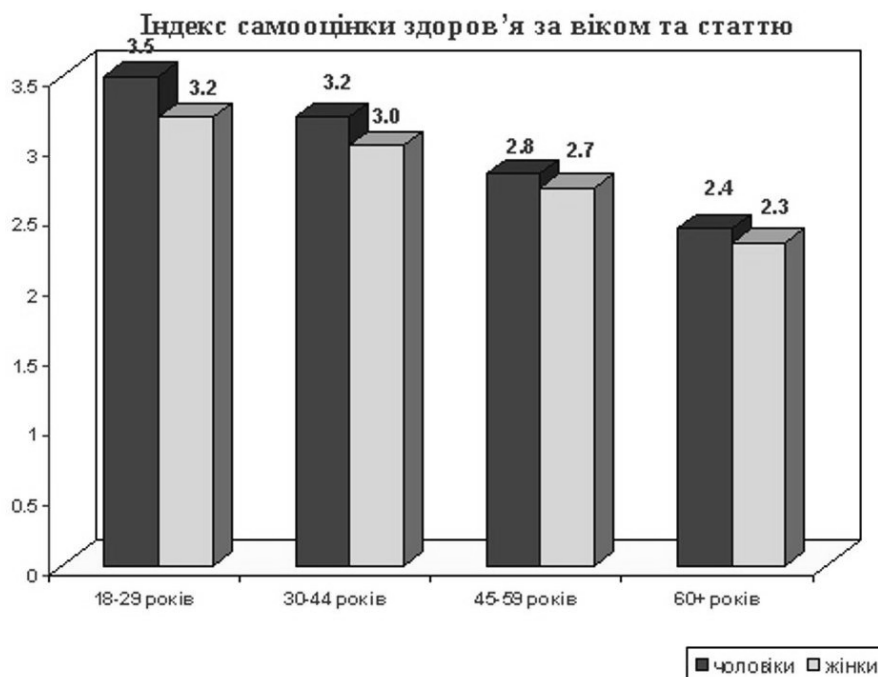
20-25% юнаків різного віку і різних закладів вперше закурювали в 11 років або раніше, а серед дівчат 25-40% вперше закурювали у 14-15 років.

Наркотики вживали 8-26% серед 13-16 річних учнів та студентів, при чому спробували їх близько 4% дітей вже в 12-14 років, а віком активної “дегустації” наркотиків є 15-17 років. Саме в цей період близько 60% дітей спробували їх дію на собі. Характерно, що до вживання алкоголю, наркотиків та іншого непотребу підлітків призводить цікавість (53,0%-63,0%).

Згідно зі статистичними даними ВООЗ вживання заборонених речовин зростає в усьому світі, а наркоманія та алкоголізм стають дедалі молодшими. Найбільш поширеними речовинами, які вживає молодь, є алкоголь, маріхуана, героїн та інші опіати, кокаїн, тютюн та амфетаміни. А синтетичні наркотики, такі, як екстазі та інші “клубні наркотики” поряд з алкоголем та штучними препаратами, що містяться в господарських товарах, які мають запах, становлять особливу небезпеку для підлітків [4, с.9-13].

Окрім цього, Київським міжнародним інститутом соціології проведено опитування, результати якого наведено у діаграмі 1.

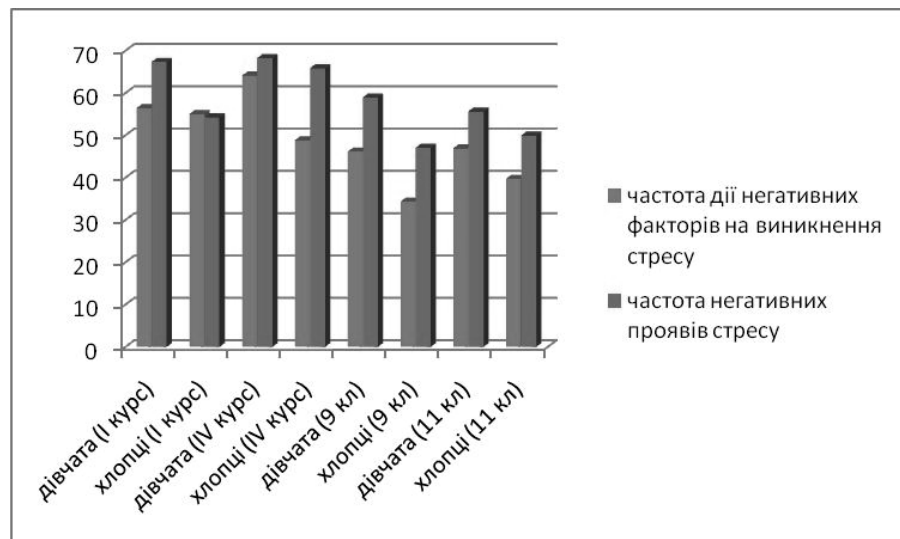
Діаграма 1.



Взагалі жінки оцінюють власний стан здоров'я більш негативно, порівняно з чоловіками: 32.6% оцінюють своє здоров'я як погане, тоді як для чоловіків цей відсоток складає 23.8. Відповідно, 27.5% чоловіків вважають своє здоров'я добрим, на відміну від 13.8% жінок, які обрали такий варіант відповіді [1, с.7]. Окрім цього, діаграма 2 [3] вказує на краще психічне здоров'я жінок та дівчат: вони краще переносять та менше проявляють стрес.

Діаграма 2.

#### Вікові та гендерні аспекти переживання стресу



Чому ж так? Звідки береться така гендерна диференціація при оцінці стану здоров'я чоловіків та жінок, хлопців та дівчат? Для більш повного розуміння звернемося до класифікації гендерних відмінностей, які належать до двох груп: 1) біологічні; 2) набуті [1, с.152].

Серед біологічних виділяють 2 підгрупи: а) фізіологічно обумовлені (теорія З. Фрейда); б) сексуально обумовлені (теорія Е. Фромма).

Серед набутих слід виокремити наступні підгрупи: а) історично обумовлені (теорія Л. Уорда); б) набуті з вихованням.

Саме біологічні відмінності і пояснюють таку диференціацію у стані здоров'я. Оскільки ідентифікація хлопчика визначається відокремленістю (від матері) та більшою незалежністю, то у дорослому житті хлопчик, на відміну від дівчинки, втрачає здатність до емпатії та ототожненню себе з іншими, а також стає більш егоїстичним. Згідно сексуально обумовлених відмінностей, чоловік щоразу повинний доводити свою належну потенційну здатність, отже він завжди переймається своїм авторитетом і боїться бути дискредитованим глузуванням з боку жінки. Із цих відмінностей впливає егоїстичність чоловіків та їхнє переймання власним авторитетом, зміцнення престижу. Саме тому спорт являється головним та дуже дієвим інструментом для досягнення вищевказаних цілей. Фізичне виховання, фізична культура та спорт допомагають хлопчикам, юнакам та чоловікам підтримувати свою самооцінку

на доволі високому рівні, авторитет та потенціал. Саме це і являється причиною більш високого рівня здоров'я порівняно із жінками.

Жінка має менше мотивації підтримувати свій стан здоров'я завдяки регулярним заняттям, адже домашня та звичайна робота часто не лишають часу. Різна психологія та здібності являються у цьому випадку ключовими причинами гендерної диференціації за станом здоров'я та самооцінкою. Це пояснює також стресостійкість та більший консерватизм жінок порівняно з чоловіками. Отож, гендерна ситуація у сфері здоров'я вказує на високу диференціацію згідно гендерних відмінностей.

### **Література**

1. Буслаєва О. Аналіз самооцінки стану здоров'я населення України / Доповідь на прес-конференції Київського міжнародного інституту соціології. – К., 2002. – 29 с.
2. Гриценко А. Теорії реальних гендерних відмінностей // Матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. “Жінка в науці та освіті: минуле, сучасність, майбутнє”. – К., 2005 - 398 с.
3. Мартинюк О. Вікові та гендерні аспекти переживання екзаменаційного стресу / Науковий блог НаУ “Острозька академія”. - квітень 2010.
4. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні (Ситуаційний аналіз).- К.: Фонд народонаселення ООН, ВООЗ, МОЗ України, Українська асоціація планування сім'ї, 1999.
5. Хиллебранд Д., Монтейро М. Употребление веществ, вызывающих зависимость, и его пагубность для общества // Наше здоровье.- 2001.- Т. 9.- № 1. Оценка функциональных показателей органа зрения абитуриентов военного института // Гигиена и санитария. – 2010. – №4. – С. 75–77.
6. Рогожина И.В. Из опыта работы кабинета охраны зрения в условиях школы // Российская педиатрическая офтальмология. – 2010. – № 4. – С. 11–13.

**Пахомова Л.В., Тадаєва А.В.**

Харківський гуманітарно-педагогічний інститут

## **РОЛЬ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ**

Зважаючи на необхідність збереження здоров'я української нації у складних умовах сьогодення, дослідження у сфері розробки і впровадження здоров'язберігаючих технологій посіли чільне місце у педагогічній науці.

Питання становлення культури здоров'я молоді знайшли відображення у працях таких дослідників, як В. Білогур, О. Зеленюк, Г. Іванова, С. Сичов та інших. Проблеми формування ціннісних орієнтацій студентської молоді стосовно здоров'я торкалися у своїх наукових дослідженнях такі автори, як Н. Антонова, Д. Воронін, Г. Кривошеєва, М. Півень, Р. Стасюк, О. Смакула та інші; формування у людини ціннісного ставлення до здоров'я розглядалися у працях Н. Агаджаняна, В. Ананьєва, О. Васильєвой, І. Гурвіча, Л. Кулікова, Д. Лоранського, Г. Никифорова, В. Родигіної та ін. Проблемам збереження та зміцнення здоров'я особистості шляхом формування навичок здорового

способу життя присвячені дослідження М. Амосова, Г. Апанасенко, В. Казначєєва, Ю. Лисицина, А. Сахна та інших вчених.

Аналіз наукових праць вчених дозволяє стверджувати, що безпосереднє вивчення впливу гендерних стереотипів на фізичне та соціальне здоров'я молоді не ставало предметом окремого наукового дослідження, хоча питання гендерної стереотипізації чітко висвітлено у роботах багатьох відомих науковців, зокрема таких як Л. Колберг, Е. Маккобі, К. Джеклін, А. Ерхард, С. Бем, Н. Смелзер, І. Кленіна, М. Арутюнян, М. Баскова, Н. Лавриненко, Т. Гурко та ін. Актуальність та недостатня вивченість зазначеного питання зумовили вибір теми нашого дослідження.

Мета даної статті полягає у розкритті впливу поширених гендерних стереотипів на психофізичне здоров'я сучасної молоді та визначенні ролі гендерної просвіти та інформування у процесі формування здорового способу життя.

Побудова демократичного суспільства вимагає створення у його межах умов для повноцінної самореалізації людей різних статей, незалежно від їх психофізичного стану. Уряд України здійснив низку кроків щодо встановлення гендерної рівності у державі. Так, 27 грудня 2006 року Кабінетом Міністрів України було прийнято постанову №1834 “Про затвердження Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві”, з метою виконання якої було затверджено ряд наказів, розпоряджень і постанов. Накреслені у державних документах положення покликані сприяти поширенню ідей гендерної рівності, встановленню гендерної справедливості, усуненню негативних статево-рольових стереотипів в українському суспільстві. У межах сформованої стратегії демографічного розвитку країни слід назвати Розпорядження Кабінету Міністрів України “Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми “Здорова нація” на 2009-2013 роки” № 731-р від 21.05.2008 р.

Але, незважаючи на всі позитивні зрушення останніх років, прогресивні перетворення в українському суспільстві відбуваються повільно, що пояснюється, насамперед, збереженням у суспільній свідомості застарілих, але усталених гендерних стереотипів – узагальнених уявлень про призначення, ролі, стосунки, поведінку чоловіків та жінок у суспільстві.

Вважаємо, що гендерні стереотипи є одним з важливих чинників, які значно впливають на здоров'я сучасної людини. У стереотипному образі чоловіка присутні якості, які в першу чергу корелюють із діяльністю й активністю: заповзятливість, прагнення до досягнення мети й до змагання, схильність до авантюризму, рішучість, наполегливість, відвага, самоконтроль, упевненість у своїх силах, нонконформізм, бажання бути оригінальним, уміння робити бізнес. Жінці ж, навпаки, приписуються такі якості як пасивність, нерішучість, обережність, турбота про дотримання норм, конформізм [1, с. 120-139].

Здавалося б, зазначені характеристики на перший погляд не мають негативного підґрунтя, але дані стереотипи тривалий час були провідними

еталонами у загальноосвітній системі та системі сімейного виховання та проявлялися згодом у відповідній поведінці хлопців і дівчат. Через бажання відповідати існуючим у суспільстві уявленням про справжніх чоловіків і жінок діти прагнуть якомога швидше засвоїти відповідні гендерні ролі, тому швидко переймають зовнішні прояви “чоловічості” та “жіночності”. Бажання підкреслити свою дорослість та індивідуальність, відповідати поширеним у референтній групі ідеалам, конформізм спонукають молодь палити, вживати алкоголь та наркотики, а Україна за тривалістю життя населення посідає чи не останнє місце в Європі. Кожна четверта молода людина ризикує не дожити до пенсійного віку, адже середню школу закінчують здоровими не більше 20% юнаків та дівчат.

Розкриваючи негативний аспект впливу гендерних стереотипів на особистість, насамперед підкреслимо їхню руйнівну дію на стан фізичного, психічного, соціального здоров'я молоді. Гендерні стереотипи не дають можливості молоді самореалізуватися у повному обсязі, утискають права людини і ведуть до поширення явища гендерної дискримінації. Стосовно жінок гендерна дискримінація проявляється найчастіше у обмеженні доступу до якісної освіти, працевлаштування, винагород і просування по службі. Тому вони вимушені миритися з поганими умовами праці, негнучкими робочими умовами, низькою заробітною платою і нести на собі тягар неадекватного розподілу сімейних обов'язків, що не може не позначитися на стані їхнього здоров'я. Чоловіки в силу дії гендерних стереотипів часто вимушені працювати у шкідливих і небезпечних умовах (будівництво, транспорт, армія, правоохоронні органи тощо), більш схильні до ризикованої поведінки і агресії, надмірного споживання алкоголю і тютюнопаління [2, с. 10-13].

Як наслідок, ми маємо вражаючу статистику девіацій у молодіжному середовищі, відхилень у гендерній самоідентифікації, невдалих шлюбів, поширення насильства, венеричних хвороб, ВІЛ-інфекції та СНІДУ і смертності в нашій країні від шкідливих звичок (тютюнопаління, токсикоманія, алкоголізм, наркоманія).

Отже, гендерні стереотипи мають величезний вплив на свідомість молоді та позначаються на способі їхнього життя. Тому із реалій сьогодення постає необхідність організації цілеспрямованого процесу гендерної просвіти та інформування молоді, метою якого є не тільки забезпечення гармонійних взаємовідносин між представниками чоловічої й жіночої статі, а також усунення впливу поширених гендерних стереотипів на особистість у процесі формування здорового способу життя підрастаючого покоління.

Одним із пріоритетних напрямків гендерної просвіти молоді ми вважаємо упровадження технології формування гендерної самосвідомості у навчально-виховний процес, що дозволить вирішити наступні завдання: широке ознайомлення молоді з інституційними цінностями, нормами і правилами міжстатевого спілкування (норми релігії, етносу, культури, законодавства, літературні образи-еталони тощо); формування адекватного розуміння дорослості: її змісту, дійсних ознак і проявів; формування тілесної

ідентичності, з якою тісно пов'язаний психосоматичний потенціал особистості; розкриття особливостей людської, як жіночої, так і чоловічої психології, спільного, а також відмінного у поведінці представників різної статі; формування у підлітків і молоді вірного уявлення про взаємини статей, що базуються засвоєнні системи загальнолюдських і національних моральних цінностей.

#### **Література**

1. Рябова Т.Б. Стереотипы и стереотипизация как проблема гендерных исследований // Личность. Культура. Общество. – 2003. - Т. 5.– Вып.1/2 (15-16). - С. 120-139.
2. На допомогу керівнику гендерного центру: інформаційно-довідкове видання. – Харків, 2010. – С. 10-13.

**Пашенко Ю. М., Головіна А.С.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

### **АДАПТАЦІЯ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН**

В умовах соціальної нестабільності кардинально змінюються умови взаємодії та характер взаємин студентів в групі. Від взаємодопомоги в колективі залежить ефективність навчання в групі, емоційний фон студентів.

У системі чинників, що впливають на адаптацію молоді на перше місце ставлять емоційне спілкування.

Особливістю емоцій і почуттів є те, що вони захоплюють особистість загалом. Здійснюючи майже блискавичну інтеграцію, тобто об'єднання в єдине ціле всіх функцій організму. Емоції сигналізують про корисні або шкідливі впливи на організм. Охоплюючи всі різновиди переживань – від сильних переживань до високих форм радості та соціального відчуття життя – емоції стають як позитивним чинником у життєдіяльності, підносячи активність організму, так і негативним, пригнічуючи всі його функції [4, с.48].

Довготривалі негативні емоції (страх, переживання невдачі, в результаті порушення міжособистісних стосунків в групі) можуть призводити до стресових станів, що в свою чергу негативно може позначитись на здоров'ї та навчанні студентів [5, с34].

Виникнення нових умов соціалізації молодого покоління, тверда конкуренція на ринку праці, високі вимоги до професійних й особистісних якостей людини викликають напругу й конкуренцію вже в студентському середовищі. Треба зберегти й примножити потенціал молоді, допомогти побачити шляхи реалізації в правильному напрямку, захистити від негативного впливу інформації, сприяти вибору у житті.

Явища дійсності, які, в остаточному підсумку, обумовлюють розвиток особистості, вимагають серйозного й глибокого вивчення. Педагогічний процес, який цілеспрямовано організований у ВНЗ в рамках студентських колективів, слугує фактором і засобами розвитку людини як майбутнього фахівця.

Усі види впливу на особистість здійснюються, як правило, через колектив. Вони діють спочатку на пізнавальну сферу особистості, поступово закріплюються у формі певного досвіду знань, вмінь, звичок. Ставлення людини до інших людей, до праці, до самого себе формує його особистість. Неформальний стиль життя – на сьогодні всі ці фактори несуть за собою досить негативний вплив на формування особистості та її адаптацію в колективі [3,с.48].

Адаптація – це зміни, що супроводжують на рівні психічної регуляції процес активного пристосування індивіда до умов життєдіяльності [1, с.12].

Істотне місце серед психологічних механізмів адаптації займає самооцінка. Завищена самооцінка провокує постановку мети вище реальних можливостей, зневагу необхідної “інформації”, зниження суб’єктивної можливості невдачі, мінімізацію зусиль для досягнення мети, що викликає сильне емоційне переживання невдачі; потреба в зберіганні рівня самооцінки призводить до захисного ігнорування невдач, пояснення їх зовнішніми причинами, що послабляє стимул до їх подолання.

Вивчаючи адаптацію, дослідники виявили показник “гармонічна активність”, до якого увійшли такі ознаки, як ініціативність, самостійність, цілеспрямованість, наполегливість, інтелектуальна продуктивність, уміння організувати свою роботу, впевненість у собі та ін.[1,с.56].

До другого показника, що інтерпретований дослідником як “високий рівень домагань”, увійшли лідерство, самооцінка, толерантність, комунікативні здібності, інтелектуальна продуктивність, соціальний статус.

Третій показник, що об’єднує ознаки, пов’язані з реакцією на фрустрацію, одержав назву “показник самокритичності” – для молоді, які адаптуються успішно, і “показник агресивності поведінки” – для молоді, які відчують труднощі при адаптації в колективі та при виконанні нового складного завдання. Сюди ми можемо віднести і труднощі, які відчують студенти перших курсів, прийшовши в новий колектив [1, с.57].

Особливе місце в структурі особистісних чинників психічної адаптації дослідники відводять мотивації досягнення успіху. Високий енергетичний потенціал надається найбільш важливому у діяльності, що потребує мобільності, швидкого входження в нові ситуації, освоєння нових навичок, дій в умовах, у яких кінцеві успіх чи невдача ще не визначилися і тісно пов’язані з індивідуальною активністю [1,с.34].

Енергетичний потенціал значною мірою забезпечується виразністю і структурою мотивації досягнення. Переважання мотивації досягнення успіху над мотивацією запобігання невдачі сприяє ефективній психічній адаптації і успішності діяльності.

Студенту, який вступає в нову, ще не засвоєну ним систему взаємовідносин, важко зрозуміти, виявити ті внутрішні приховані процеси, які відображають ступінь інтеграції колективу. Він контактує з окремими його членами, складає про кожного певну думку, проте не може одразу і цілковито розібратися в усій розмаїтості складних міжособистісних стосунків.

Молодь включається в систему внутрішньо-організаційних відносин, займаючи одночасно декілька позицій, кожній із яких відповідає сукупність вимог, норм, правил поведінки, які і визначають соціальну роль студента в колективі.

На формування колективних відносин впливає такий фактор, як соціально-психологічний клімат – це настрої групи, який визначається відносинами людей, які разом вчаться, працюють, живуть. Тому на сьогодні є дуже актуальним питання створення сприятливих умов в освітньому середовищі, при яких би сформувався соціально-психологічний клімат для адаптації особистості в групі.

Тому, виходом із ситуації, що склалася, багато вчених бачать у вивченні міжособистісних відносин у так званих групах ровесників (до яких відносяться студентські колективи), так як вони займають центральне місце в житті молоді, студентського мікросередовища, у цілеспрямованому формуванні, регулюванні й корекції взаємин молодих людей, у створенні сприятливого середовища для виховання молодого покоління, у вихованні комунікативної толерантності.

Метою нашої роботи було визначення міжособистісних відносин в групі студентів 1-го курсу ХНПУ імені Г.С.Сковороди за допомогою техніки соціометрії (за Дж. Морено).

Отримані результати показали, що в групі наявні 4 мікрогрупи, чітко визначена зірка, немає соціально-ізолюваних. Показник групової згуртованості дорівнює 0,5 що свідчить про середній рівень згуртованості групи.

У міжособистісних стосунках індивід може бути одночасно як суб'єктом, так і об'єктом впливу, пізнання, оцінки. Чинником реалізації стосунків виступає спілкування, яке є дуже важливою, невід'ємною сферою взаємин людей, самою життєдіяльністю індивідів, реалізацією всієї системи міжособистісних стосунків [2, с.28].

Студентський колектив є осередком формування міжособистісних відносин студентів. Це середовище на перших порах є більш сприятливим для саморозкриття і самореалізації, оскільки його новизна знімає деякі емоційні бар'єри, дещо нейтралізує складні установки поведінки, стимулює переоцінку цінностей, контроль за навчальною і трудовою дисципліною студентів.

Здатність молоді до взаємодії детермінується як суб'єктивними факторами її індивідуального розвитку, так і особливостями соціальних інститутів, до яких вона входить. Тому можна говорити про те, що стосунки, опосередковані значущою спільною діяльністю, дозволяють не тільки створити для себе образ партнера.

Отже, щоб уникнути дезадаптації та підвищити показник групової згуртованості, необхідно: створити сприятливий соціально-психологічний



клімат, належну роботу з боку керівника колективу, громадсько-активну позицію членів колективу.

### **Література**

1. Войтович Н. Відмінності шкільного та студентського колективів як аспект проблеми адаптації першокурсників до умов ВЗО // Психологічна адаптація студентів першого курсу до умов навчання у ВЗО: Зб. наук. ст. – Луцьк: Держ. ун-т імені Лесі Українки, 1999. – С. 57-65.
2. Обозов Н.Н. Психология межличностных отношений. – К.: Лыбидь. -1990.
3. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. 2-е изд., испр.– М.: Флинта: Наука, 2002.– 416с.
4. Вартанян Г.А., Петров Е.С. Эмоции и поведение. – Л., 2001.
5. Вилюнаев В.К. Психология эмоциональных явлений.– М., 2000. – 355 с.

**Пилипенко Є.О.**

Харківський національний університет  
імені В.Н. Каразіна

## **САМОВИХОВАННЯ МАЙБУТНЬОГО ВЧИТЕЛЯ ЯК ШЛЯХ ДО ЗДОРОВ'Я**

Трансформаційні процеси в освіті сьогодні проходять в контексті глобалізації та євроінтеграції України. Це засвідчується в Національній доктрині розвитку освіти, Законах України “Про освіту”, “Про вищу освіту”, Державній національній програмі “Освіта” (Україна ХХІ століття). У Програмі “Вчитель” зазначено, що освіта виступає пріоритетною сферою в соціально-економічному, духовному та культурному розвитку держави.

Вдалим, на нашу думку, є визначення О. Галкіна про глобалізм як тип осмислення нинішнього етапу руху до універсалізації людської спільноти і, відповідно, система цінностей життя. С. Савлук додає, що метою глобалізаційних процесів є формування дійсно єдиного світу, де панує етнічна толерантність, співпраця й співіснування народів, взаємодія різних культур і традицій [3, с.27].

Освіта сьогодні виконує стратегічно важливу суспільну функцію – передачу соціокультурного досвіду людства. На думку багатьох дослідників, забезпечення єдності культури і освіти є надійним шляхом виходу із кризового стану суспільства в цілому, освіти - зокрема.

Актуальною стає проблема підготовки фахівців, здатних до самовиховання та самовдосконалення впродовж всього життя (life-long learning), що є умовою забезпечення їх конкурентноспроможності на ринку праці.

Питання самовиховання особистості в історії людства не є новим. Можна сказати, що воно виникло одночасно з появою людини розумної. Поняття самовиховання людини є настільки багатогранним за свою природою, що дослідження його з позиції лише однієї науки неможливе.

Так, на запитання щодо сенсу самовиховання, його мети, відповідь дає філософія. Психофізіологічну природу самовдосконалення людини обґрунтовує психологія, розглядаючи людину як індивіда із певними задатками, розвиток яких впродовж життя викликає існування особистості людини – соціального індивіда (Б. Ананьєв, А. Леонтьєв).

У педагогічній науці питання визначення сутності, структури, мети, особливостей перебігу самовиховання ще не є достатньо дослідженими.

Одні науковці (А. Ковальов, Л. Рувинський, А. Арет, В. Сластьонін, С. Єлканов, Ю. Орлов та інші) визначають самовиховання як свідому роботу над собою з метою удосконалення або формування нових якостей особистості. А. Маркова, Т. Миронова, Б. Паригін, В. Саврасов, В. Шавір та інші розглядають самовиховання як розвиток професійно-ціннісного самовизначення особистості. С. Єлканов, Є Ісаєв, Ю. Львова, В. Маралов, Л. Рувинський, М. Станкін, Ю. Орлов та інші визначають самовиховання як засіб формування професійних здібностей вчителя. Інші дослідники розглядають самовиховання в призмі удосконалення психічних процесів особистості (В. Якобсон – самовиховання почуттів, Т. Агафонов, С. Хохлов – самовиховання волі, характеру тощо).

Підсумовуючи аналіз поглядів сучасних авторів стосовно явища самовиховання особистості, можна сказати, що самовиховання в загальному сенсі – це свідомий, цілеспрямований, соціально детермінований процес саморегуляції з метою удосконалення своєї особистості. В більш вузькому значенні вектор самовиховання визначається специфікою мети, цілі, яку ставить перед собою людина. Так, це може бути формування певних якостей (доброта, терпимість, організованість, самокритичність, відповідальність, сміливість, ініціативність, витримка та самовладання тощо) або удосконалення психічних процесів (пізнавальних – мислення, уваги, пам'яті, уяви, мовлення, сприймання; емоційно-мотиваційних – емоцій, почуттів, станів, мотивації, волі; особистісних – рис характеру, темпераменту, інтелекту тощо).

На фізіологічному рівні самовиховання є саморегуляцією вищої нервової діяльності, що виявляється в поєднанні умовних та безумовних рефлексів (І. Павлов). На психологічному рівні самовиховання є збалансуванням процесів збудження і гальмування. Уся психічна діяльність людини є проявами цих двох провідних процесів. Їх комбінації та взаємодії складають основу психічного розвитку індивіда.

Для професійного становлення майбутніх вчителів самовиховання має неабияке значення. Саме воно виступає інструментом саморегуляції їх навчальної діяльності, формування та розвитку професійно значущих особистісних якостей, формування індивідуального стилю професійної діяльності та умовою збереження фізичного та психічного здоров'я.

Л. Рувинський у свій час дослідив процес самовиховання на прикладі школярів різного віку. Він довів, що на кожному віковому етапі самовиховання має свою специфіку, яка виходить із закономірностей їх психічного розвитку. У підлітковому віці характерним рівнем самовиховання є рівень самоствердження

якостей, в юнацькому – самовдосконалення якостей. Досвід діяльності у зв'язку з новою віковою позицією, усвідомлення своїх реальних можливостей сприяють усвідомленню у юнацькому віці особистісного смислу самовиховання. Становлення світогляду, процес абстрагування якостей особистості від вчинків призводять до подальшого розвитку самовиховання, що підіймається на рівень удосконалення якостей, коли людина сприймає свою особистісну якість як спеціальний об'єкт виховання, усвідомлює свої вчинки як акти вдосконалення, виховання себе; самозвітується перед собою. Таким чином, майбутні педагоги усвідомлюють, що необхідна спеціальна систематична робота з удосконалення якостей, вони створюють власну програму вдосконалення якостей особистості [5, с.12-13].

Самовиховання виступає як “розширення” свідомості, що означає включення в область усвідомленого все більшої кількості життєвих функцій людини, її звичок та психічних станів. Свідомість розширюється з досвідом життя в суспільстві. Її сила проявляється в силі волі людини. Це реалізовується в умінні управляти образами, які виникають в уявленні, а саме: підкорення мислення - свідомості[4, с.57].

Так, для майбутніх педагогів самовиховання слугує засобом та умовою їх особистісного вдосконалення, фундаментом, який забезпечує формування готовності до професійної діяльності.

Професійне становлення вчителя представляє собою індивідуалізовану траєкторію зросту, подолання безлічі станів на шляху створення кар'єри [2, с.64].

Це “робота серця і нервів”, де вимагається щоденна і щохвилинна віддача душевних сил (В. Сухомлинський). За даними М. Педаєс, у процесі навчально-виховної роботи емоційність вчителя є важливим фактором впливу та взаємодії; від неї залежить успіх емоційного впливу, вона мобілізує учнів, стимулює їх до діяльності, активізує їх інтелектуальну активність.

В останні роки досить “популярним” серед професіоналів, які працюють з людьми, стало захворювання, яке отримало назву симптом “емоційного вигорання”. Це процес поступової втрати емоційної, когнітивної і фізичної енергії, що проявляється в емоційному, розумовому виснаженні, фізичній втомі, особистісній відчуженості та зниженні рівня виконання роботи [1, с.28].

Для зняття надмірної емоційної напруги у професійній діяльності велику роль відіграє систематична робота щодо підвищення рівня емоційної культури педагога, яка може бути досягнута завдяки самовиховній роботі.

Отже, проблема самовиховання студентів є надзвичайно актуальною сьогодні, оскільки робота з самовдосконалення виступає не лише фактором формування готовності до майбутньої професійної діяльності, але й інструментом збереження та укріплення фізичного та психічного здоров'я.

#### Література

1. Емоційна культура сучасного вчителя // Матер. регіонального наук.-практ. семінару за ред. проф. Терещука Г.В. – Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2007. - С. 28.

2. Ковалів Ж.В. Формування індивідуального стилю професійної діяльності майбутніх учителів гуманітарних дисциплін: Дис. ... канд. пед. наук. - Одеса, 2005. – 208 с.
3. Савлук С. Наслідки глобалізації для розбудови України // Журн. інтелектуальної освіти "Персонал". - № 4. – 2007. – С. 26-34.
4. Орлов Ю.М. Самопознание и самовоспитание характера: Беседы психолога со старшеклассниками: Кн. для учащихся. — М.: Просвещение, 1987. - 224 с.
5. Рувинский Л. И. Основы самовоспитания: Автореф. дис. ... докт. пед. наук. – М., 1971 – С. 12-13.

**Рябченко С.В.**

Чернігівський національний педагогічний університет  
імені Т.Г. Шевченка

### **ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ ЯК СТРАТЕГІЇ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ У НАВКОЛИШНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

Здоров'я – це перша і найважливіша потреба людини, яка є основою її буття, визначає здатність до праці, забезпечує гармонійний розвиток особистості. Воно є найважливішою передумовою пізнання навколишнього світу, самоствердження і щастя людини. Стан здоров'я підростаючого покоління – найважливіший показник добробуту суспільства і держави, який не лише відображає реальну ситуацію, але і дає прогноз на майбутнє. Фахівці вважають, що завдання підвищення якості освіти нерозривно пов'язане із вирішенням проблем охорони і зміцнення здоров'я учнівської та студентської молоді. Охорону здоров'я дітей, на сучасному етапі, варто визначити пріоритетним напрямом діяльності всього суспільства, оскільки лише здорові діти спроможні належним чином засвоювати отримані знання і в майбутньому зможуть займатися суспільно-корисною працею.

Офіційна медицина вважає, що 75% усіх хвороб людини закладається у дитячі роки. Педагоги в свою чергу визначають певні чинники, що негативно впливають на стан здоров'я учнів, це: недотримання гігієнічних вимог в організації освітнього процесу; перевантаженість навчальних програм; недосконалість навчальних програм і освітніх технологій, а також інтенсифікація навчального процесу; низький рівень рухової активності; недостатній рівень професійної компетентності педагогів в питаннях здоров'я і здорового способу життя; неправильне (нераціональне харчування); авторитарний стиль викладання; низький рівень еколого-валеологічної культури учнівської молоді; незадовільний стан здоров'я педагогів [1].

Саме тому проблема здорового способу життя є дуже актуальною і необхідною в системі освіти. Здоров'я як основа життєдіяльності людини становить складний та багаторівневий феномен, що охоплює фізіологічний, психологічний, соціальний та педагогічний компоненти. Останній свідчить про те, що значний вплив на процес розвитку гармонійної особистості має

здійснювати вчитель. Проте, незалежно від фахової підготовки, сучасний педагог повинен володіти і використовувати в навчальному процесі всі можливі здоров'язбережувальні освітні технології, в основу яких покладено ідею пріоритетності здоров'я суб'єктів педагогічного процесу як стержневого осердя особистості, що дозволяє забезпечити оптимальну життєдіяльність вихованців та педагога. Доктор педагогічних наук В. Вербицький наводить класифікацію здоров'язбережувальних освітніх технологій, які повинні використовувати педагоги відповідно до предмету та ситуації: медико-гігієнічні технології; фізкультурно-оздоровчі технології; екологічні здоров'язбережувальні технології; технології забезпечення безпеки життєдіяльності. Учитель біології, на нашу думку, повинен використовувати всі названі технології.

Знання про здоров'я та здоровий спосіб життя учні отримують на заняттях з "Валеології", "Основ здоров'я", "Основи медичних знань", "Біології". Проте, кожен учитель, зокрема і біології, повинен постійно слідкувати за наявністю сприятливих умов, позитивної емоційної атмосфери середовища, в якому формується особистість. Це стосується, як санітарно-гігієнічних принципів, так і психологічного клімату. В. Сухомлинський у своїх працях зазначав: "Я не боюся ще і ще раз повторити: турбота про здоров'я – це найважливіша праця вихователя. Від життєдіяльності, бадьорості дітей залежить їхнє духовне життя, світогляд, розумовий розвиток, міцність знань, віра у власні сили..." [2].

Важливою, навіть невід'ємною основою у формуванні здорової особистості відіграє екологічна освіта. За умов погіршення екологічної ситуації в країні, зниження життєвого рівня, відсутності стійких етичних орієнтирів, домінування споживацької психології, обмеженої миттєвою вигодою без довгострокового прогнозу, в атмосфері байдужості і потурання, безкарності за екологічні правопорушення, сформувати нове розуміння людини, особливо молоді, своїх обов'язків перед природою, вкрай непросто. Тому загальноосвітня школа покликана вже сьогодні проявити наполегливість у вихованні нового покоління, якому властиве особливе бачення навколишнього середовища і власної залежності від його стану. Важливим завданням екологічної освіти і виховання є утвердження в людини принципів взаємозалежностей і наслідків порушень норм і правил поведінки в природі: людина в результаті своєї діяльності порушує і забруднює навколишнє середовище і в цьому середовищі проживає: хворе довкілля негативно позначається на здоров'ї людини. Звідси логічний висновок: збережене довкілля – здорова нація, здорові нащадки. Ці постулати повинні виробитись у людини як правила життя і визначати принципи її поведінки у довкіллі [3]. Геніальний природодослідник В. Вернадський стверджував, що "серед сфер із якими людина стикається протягом усього свого життя, є сфера стосунків Людина і Природа: ставлення людини до своєї власної природи (до свого тіла) й ставлення людини до природи довкілля". Тому доцільно розглядати аспекти екологічної культури і здорового способу життя тільки у взаємозалежній єдності.

До ціннісних орієнтирів екологічної освіти і виховання належить усвідомлення своєї єдності з навколишнім середовищем, бережливе ставлення до всього живого на землі, розвиток здатності відчувати красу природи, дбайливе ставлення до природних ресурсів і національних багатств. В основі концепції неперервного екологічного виховання першочерговим завданням є розбудити й розвинути емоційні почуття дитини, а вже пізніше поєднати знання й почуття і внести до “конструкції” її особистості [4]. Як зазначав уже згадуваний нами В. Сухомлинський, “у дитини, яка вихована в умовах дефіциту спілкування з природою, розвивається емоційна глухота, агресивність ставлення як до людей так і до об’єктів природи” [2]. Тому важливим є формування емоційно-естетичного світу людини, де переважає почуття бережливого ставлення до всього живого.

Засади формування еколого-валеологічної культури учнів значною мірою реалізуються на уроках біології. Важливе місце в цьому плані займають також позакласна і позашкільна робота з біології, зокрема такі види занять, які пов’язані з безпосереднім контактом з конкретними природними об’єктами живої природи. До таких видів занять належить робота на навчально-дослідних ділянках, різноманітні екскурсії до лісу, парку, міських оранжерей, чи просто ознайомлення з насадженнями біля школи. Такі види занять є - *оздоровчими*: рухова активність під час екскурсій, додаткова організована ігрова діяльність, праця на навчально-дослідних ділянках, догляд за рослинами; *пізнавальним*: оцінка стану навколишнього середовища, виявлення джерел згубної дії на природу без господарської діяльності людини та вплив наслідків цієї діяльності на організм людини, вивчення дикорослої, декоративної та інтродукованої лікарської флори її властивостей та вплив на людський організм, ознайомлення з фітонцидними рослинами та їх оздоровчу дію на живі організми та атмосферу загалом, вивчення отруйних властивостей деяких рослин. *Розвивається* певна поведінка людини в природі, слідування певним санітарно-гігієнічним правилам, які переходять у звичку, розвивається емоційно-чуттєва сфера особистості, естетичні відчуття та як наслідок – бажання берегти й примножувати природні багатства, дбайливе ставлення до навколишнього середовища, свого організму та людства в загалом [5].

Як зазначалось, найважливішу роль у формотворчих процесах дитини, як психологічних, так і фізіологічних відіграє вчитель біології, а саме: який вид занять він обере, на що саме буде акцентувати увагу дитини, як організує навчальний процес, наскільки сам компетентний в питаннях екології та охорони здоров’я, який рівень еколого-валеологічної культури має. Тому, проблемі реалізації ідей формування еколого-валеологічної культури молоді людини, особливо в сучасному суспільстві, повинно приділятися якомога більше уваги в навчально-виховному процесі як у школах, так і у вищих навчальних закладах.

Отже, можна стверджувати, що здоров’я – є безцінним надбанням не тільки кожної людини, але й усього суспільства. Охорона здоров’я нерозривно пов’язана з охороною природи, а саме знаходиться в залежності від стану

навколишнього середовища. Тому базовим стрижнем у формуванні здорового покоління є високий рівень еколого-валеологічної культури, що формується в навчально-виховному процесі, під керівництвом компетентного педагога, що є важливою умовою, для позитивного результату. Від вчителя біології вимагається навчити дітей пізнавати, працювати, жити в гармонії з природою, а для цього він повинен мати високий рівень екологічної та валеологічної компетентності.

### **Література**

1. Вербицький В.В. Впровадження здоров'язбеігаючих технологій у навчально-виховний процес позашкільного закладу – пріоритетне завдання сучасної освіти // Зб. матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (Полтава, 25-27 травня 2010 р.). – Полтава: “Техсервіс”, 2010. – С. 12-15.
2. Сухомлинський В.О. Серце віддаю дітям // Вибрані твори: У 5-ти томах. - Т. 3. К.: Радянська школа, 1997.- 670 с.
3. Концепція екологічної освіти України // Рішення колегії Міністерства освіти і науки України № 13/16-19 від 20.12.2001.- 23 с.
4. Бачал Н.М. Виховання екологічної свідомості засобами еколого-натуралістичної роботи // Зб. матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (Полтава, 25-27 травня 2010 р.). – Полтава: “Техсервіс”, 2010. – С. 7-10.
5. Гагарин А.В. Воспитание природой // Биология в школе. – 2003. - № 3. – С. 2-5.

**Сандецький С.О.**

Херсонський юридичний інститут

## **ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ЗНЗ ЯК НЕОБХІДНА УМОВА ЇХ ДОПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ**

Як показує сучасна педагогічна практика, більшість випускників ЗНЗ сьогодні не готові до інтенсивних змін, які переживає українське суспільство. Виробничо-економічна та соціально-політична трансформація країни, що відбувається останні десятиріччя, потребує відповідної підготовки молоді до швидкоплинного життя у навантаженому фізично-інформаційному полі, що, у свою чергу, детермінує перетворення організаційно-педагогічних основ навчання школярів.

Вивчення наукових доробок вітчизняних учених і педагогічного досвіду, який обговорюється на шпальтах преси, показує, що ця проблема є гострою і актуальною, складною і багатоаспектною. Узагальнення теоретичних підходів і практичних кроків щодо її розв'язання дозволило виокремити такі принципові позиції.

1. Фундамент здоров'я дитини закладається у період внутрішньо-утробного розвитку і тому значною мірою залежить від стану здоров'я її батьків, яких потрібно готувати до цього зі школи.

2. Сьогодні загальноосвітній навчальний заклад виступає установою, перебування в якій послаблює здоров'я учнів через низку чинників, серед яких і недосконалість організаційно-ресурсного компонента навчання.

3. Зниження інтересу учнівської молоді до занять фізичними вправами у традиційно-нормативній формі, відсутність мотивації й орієнтації підлітків на самостійну роботу з укріплення здоров'я, підтримання власного організму вимагає перегляд пріоритетів і технологій навчання.

4. Одним з головних критеріїв ефективності сучасної школи має бути прогресуюче здоров'я дитини – фізичне, психічне, духовне і соціальне, як умова її інтелектуального, професійного й творчого довголіття.

5. Кожна дитина унікальна й неповторна і тому неможливо забезпечити її розвиток однаковими стандартизованими методиками, необхідно створювати культурно-освітнє поле, розвивальне середовище й підтримувати сприятливий психоемоційний клімат.

Аналіз наукових теорій, зокрема системології [1] засвідчує, що будь-яка система, середньої освіти зокрема, потребує своєчасного реформування. Історичне ретроспектива шкільної освіти переконує, що успішність змістовних і структурних перетворень визначається їх своєчасністю й зумовлюється обґрунтованістю концептуальних ідей, ступенем реалізації комплексного і системного підходів, відповідністю сучасним умовам і соціальному замовленню.

Як показує педагогічна практика, оновлення системи навчання на рівні окремого навчального закладу здійснюється на підґрунті стратегічного планування, вираженого у вигляді цільових програм. У більшості випадків такі програми являють собою комплекс тематичних проєктів, реалізація яких дозволяє досягти визначених цілей.

Розглянемо для прикладу комплексну цільову програму “Здорова дитина – майбутнє країни” Херсонського ліцею обласної ради для здібних і обдарованих учнів сільської місцевості, яка запроваджена п'ять років тому з метою формування в учнів культури здоров'я, виховання навичок здорового способу життя, забезпечення взаємодії школи, родини та оточення у справах збереження здоров'я як первинної умови продовження навчання у ВНЗ, юридичних спеціальностей зокрема.

При цьому, під здоров'ям дитини розумівся такий стан організму, який забезпечує її фізичну, інтелектуальну та соціальну активність, творчу самореалізацію завдяки повноцінності всіх життєво необхідних функцій її біологічної системи, здорового харчування, конструктивній взаємодії з оточенням та позитивним емоціям. З огляду на це кінцевий результат запровадження програми визначений так - досягнення кожним учнем такого морфофункціонального та особистісного рівня, який забезпечує інтегративну єдність зовнішніх впливів і внутрішніх мотиваторів його творчої реалізації у соціумі. Слоганом програми педагоги обрали наступне твердження: людина має бути активною 24 години на добу, але вона має бажати цього, знати як



правильно це робити, вміло реалізовувати власні потреби й знання на шляху самовдосконалення.

Основними завданнями програми визначено:

1) створення умов для рухової активності відповідно віку та змісту діяльності учнів; психологічного комфорту та соціального благополуччя кожної дитини; раціонального розподілу навантажень (фізичних, психоемоційних, розумових) та відпочинку впродовж дня та тижня; продуктивної комунікації з однолітками та дорослими;

2) налагодження взаємодії педагогів, учнів та їх батьків за рахунок інтеграції освітньої та оздоровчо-виховної роботи;

3) запровадження у навчально-виховний процес здоров'язберігаючих та здоров'япідтримуючих технологій.

В основу програми закладено такі принципи: пріоритетності, відповідно до якого збереження здоров'я вважається єдиним критерієм доцільності й ефективності усіх видів діяльності учнів; особистісно орієнтованого підходу, виконання якого дозволяє зберегти індивідуальність, неповторність та унікальність дитини; неперервності, систематичності заходів з обов'язковим моніторингом їх ефективності.

Відповідно до умов діяльності навчального закладу та ресурсів розвитку, шляхами реалізації проекту обрано: валеологізацію навчального процесу; опанування учнями знань про фактори, що впливають на стан здоров'я окремої людини та всього суспільства; усвідомлення учнями потреби у зміцненні й розвитку здоров'я, формування навичок підтримання рівня працездатності; широке запровадження здоров'язберігаючих педагогічних технологій; залучення педагогічного колективу, батьків, громадськості до спільної діяльності профілактичного, рекреаційного, корекційно-відновлювального та спортивно-масового спрямування; забезпечення профілактики захворювань, пропаганда здорового способу життя; надання педагогічної та соціально-психологічної допомоги дітям та їх батькам, забезпечення адміністративної підтримки.

Для оцінки ефективності програми розроблений комплекс основних показників, які характеризують динаміку розвитку дитини, її функціональну та інтелектуальну працездатність, результативність психолого-педагогічного впливу та адміністративного супроводу.

Вибір форм, методів і прийомів збереження здоров'я учнів ґрунтувався на концепті поєднання правильного обсягу та інтенсивності рухової активності з такими заповідями М. Кенлехнера [2]: правильно дихати (діафрагмальне дихання), правильно пити (режим зволоження організму), правильно їсти (збалансоване, раціональне харчування, вітамінізація), правильно розслаблятися (фізичні вправи, спорт, емоційне розвантаження, аутотренінги), правильно берегтися (оздоровча гімнастика, загартовування, профілактика захворювань), правильно думати (позитивно).

Для реалізації програми передбачена така схема управлінських дій. З боку адміністрації: створення нормативно-правової бази системи оздоровчого

навчання, банків педагогічних знахідок і параметричних даних учнів; керівництво моніторингом стану здоров'я учнів; розподіл обов'язків між учасниками тематичних проєктів; забезпечення координації діяльності всіх ланок; підтримка зв'язків з громадськими організаціями, спортивними клубами й закладами культури.

З боку медичної служби: проведення за графіком профілактичних медичних обстежень учнів; профілактика захворювань і відхилень у розвитку дітей (фізичному, психічному) через особисті зустрічі, стенівки; постійне консультування із спеціалістами; проведення вітамінізації (фрукти, соки, медичні препарати).

З боку соціально-психологічної служби: розробка і впровадження спеціальних тренінгових програм; консультаційна допомога учням і батькам; діагностика й корекція розвитку, профілактика відхилень у поведінці, сприйнятті оточення; надання рекомендацій учителям і педагогам.

Для поля діяльності педагогів: наповнення часу перебування учнів у школі особистісно значущим змістом; підтримання здоров'язберігаючого режиму навчання; створення ситуацій успіху, зокрема через урахування стану здоров'я та настрою учнів; впровадження інтерактивних форм і методів виховання; позакласна робота з предмета з урахуванням рухового режиму; профілактика шкідливих звичок, пропаганда здорового способу життя; організація роботи учнівського самоврядування; здійснення батьківського всеобучу.

За кілька років реалізації програми можна говорити про такі ефективні заходи, як: колективні спортивні змагання, творчі конкурси, рухливі ігри (козацькі забави, спортивне орієнтування, військово-польові збори); родинні та фізкультурно-масові свята; Дні та декади здоров'я із залученням вузьких спеціалістів; зустрічі з цікавими людьми, фахівцями; тренінги, екскурсії, туристичні походи, екологічні експедиції;

Результативними виявилися такі методи і прийоми: профілактично-захисні (формування навичок гігієни навчання, контроль за особистою гігієною); компенсаторно-нейтралізуючі (фізкультхвилинки на уроках, музичні паузи на перервах, пальчикова і дихальна гімнастики; фізіотерапевтичні процедури - масаж, інгаляції; корегуюча й лікувальна гімнастика за графіком); стимулюючі (елементи загартування, індивідуально дозовані фізичні навантаження, психотерапія, аромотерапія та фітотерапія); інформаційно-навчальні (листівки для батьків, рекомендації для учнів і педагогів). Цікавими, на наш погляд, виявилися такі прийоми, як: “знаєш сам, навчи іншого”; “фонове навчання” (формування навичок по “ходу життя”, а не примусово); години довіри (відвертих розмов), кольоротерапія (кольорове оформлення окремих навчальних приміщень).

Серед прогнозованих результатів сьогодні можна говорити про досягнення таких: стабілізація стану здоров'я учнів (скорочення пропусків занять через хворобу на 17%); підвищення ефективності уроків фізичної культури за рахунок розширення елементів ритміки і пластики, рухливих ігор; поліпшення

міжособистісних стосунків з однолітками, педагогами, у родині; зростання позитивного сприймання навчального закладу учнями та їх батьками.

#### **Література**

1. Беспалько В.П. Основы теории педагогических систем. - Воронеж: ВГУ, 1977. - - С. 30-31.
2. Калинин Л.А., В.В. Матов. Физкультурно-рекреационная стратегия развития современного общества // Теория и практика физ. культуры – 1990. - № 1. – С. 9-12.

**Свєчнікова О.М., Святська Т.М.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

### **ФОРМУВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ ПРО ПЕСТИЦИДИ ЯК НЕГАТИВНІ ЧИННИКИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

Досвід впровадження екологічної освіти в навчальний процес під час навчання хімії свідчить про те, що студенти мало поінформовані про проблеми, які виникають при нераціональному або необережному використанні хімічних речовин в повсякденному житті, що може призвести до погіршення здоров'я людини. Це підсилюється розповсюдженням у студентському суспільстві нераціональних систем харчування, самолікування, недостатньої санітарної культури, шкідливих для здоров'я навичок: тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв тощо.

Екологічні знання повинні формуватись на основі фундаментальних знань з хімії. Вони не можливі без свідомого засвоєння важливих хіміко-екологічних понять і законів. Щоб уникнути непрофесійного і непродуманого використання різноманітних хімічних речовин, в тому числі і токсичних, необхідні знання їх будови, властивостей, застосування, фізіологічної дії та впливу на навколишнє середовище. Знання хімічних процесів не тільки допомагають засвоєнню природничо-наукових знань, але й сприяють формуванню переконань і практичних навичок, певної орієнтації та активної позиції в галузі охорони природи, раціонального природокористування, створення сприятливих умов до комфортного та безпечного існування людини.

Значна увага в курсі хімії вищих навчальних педагогічних закладів приділяється питанням загальної та прикладної екології. Це кругообіг речовин у біосфері, вплив аерозолів на стан озонового шару атмосфери, проблеми енергетики, хімічного забруднення довкілля та методи його зменшення, радіаційного забруднення середовища, утилізації відходів хімічного виробництва, ядерних, побутових відходів, питання екології сільського господарства [1]. Питанням соціальної екології, а саме розкриттю впливу певних хімічних елементів та органічних речовин на здоров'я людини при

вивченні природничих дисциплін приділяється недостатня увага. Виникає потреба у наданні належної інформації про хімічні забруднювачі.

Хімічні речовини, що забруднюють навколишнє природне середовище, дуже різноманітні. Залежно від природи і концентрації речовини можуть бути токсичними і викликати різні негативні наслідки. Накопичуючись в організмі хімічні забруднювачі викликають різні порушення в організмі людини: збій діяльності ферментної та імунної систем, порушення нормальної роботи окремих органів та їх систем, хронічні запальні процеси, зміни нервово-поведінкових показників.

Одним з найнебезпечніших класів токсичних речовин є пестициди, що широко використовуються у сучасному інтенсивному сільському господарстві. Пестициди (від лат. *pestis* – зараза і *cuedera* - вбивати) – це хімічні речовини різної структури та різного ступеня токсичності, які застосовують для захисту рослин і тварин від шкідників. Найбільш широке застосування отримали гербіциди (для боротьби з бур'янами), інсектициди (для боротьби зі шкідливими комахами), фунгіциди (для боротьби з хворобами рослин і фітопатогенними грибами), а також регулятори росту рослин (хімічні засоби стимулювання і пригнічення (ретарданти) росту рослин).

Сільськогосподарська сировина та харчові продукти забруднюються пестицидами прямим шляхом – під час обробки ними сільськогосподарських культур та тварин. До організму людини пестициди потрапляють разом із рослинами, м'ясом, молоком тварин, яких годували рослинами, що містили залишки пестицидів. Не менш небезпечні інші шляхи потрапляння пестицидів до організму людини: залишки пестицидів змиваються з полів водою, та у вигляді поверхневого стоку потрапляють до водоймищ, звідки забирається питна вода для населення; також цими залишками забруднюються ґрунти, що призводить до багаторічного забруднення сільськогосподарської продукції, яка вирощується на цих ґрунтах. Необережне зберігання та використання пестицидів часто призводить до отруєння людей та незворотних генетичних змін в їх організмах. На Україні дуже гостро стоїть проблеми утилізації та знищення непридатних до використання пестицидів. Пестициди вважаються найбільш вагомим фактором який негативно впливає на довкілля та здоров'я людини не лише в процесі роботи з ними. Потрапляючи до організму людини та тварин вони викликають різноманітні хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, печінки та нирок, нервової системи, шкіри, розлади дихання, гормональні та ендокринні порушення. Особливо небезпечним вважається вплив пестицидів на репродуктивну систему організму [2, с. 38].

Враховуючи важливість цієї проблеми для сучасної України необхідно підвищувати екологічну культуру студентів педагогічних навчальних закладів шляхом широкого висвітлення впливу пестицидів на здоров'я людини при викладанні хімічних дисциплін.

## **Література**

1. Святська Т.М. Екологічна складова змісту хімічної освіти майбутніх учителів хімії // Матер. Міжнар. круглого столу “Роль освіти, просвіти та поінформовання при вирішенні проблеми небезпечних відходів та непридатних пестицидів в Україні” (Київ, 7 лютого 2007 р.). – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, – 2007. - С. 29.
2. Циганенко А.Я., Бойчук Ю.Д., Кривоносов М.В. та ін. Медичні проблеми екології: навч. посібн. для студ. мед. закл. освіти / За заг. ред. А.Я. Циганенка. – Белгород-Харків: вид-во ХДМУ, 2004. – 220 с.

**Середенко И.**

Институт физической культуры и реабилитации  
Южноукраинского национального педагогического  
университета имени К. Д. Ушинского

## **МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СПОРТСМЕНОВ ПО УШУ НАЧАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

Во все времена человечество интересовалось поиском или разработкой новых учебных технологий воздействующих на организм человека, которые не только оздоравливают и укрепляют организм, но и естественным образом адаптируют его к современным нагрузкам.

Каждому исследователю необходим математический аппарат, помогающий быстро и надежно проверить точность своих экспериментальных данных.

Цель нашей работы - математическая обработка полученных экспериментальных данных физиологических характеристик спортсменов 9-10 лет, занимающихся ушу.

Задачи исследования: 1) при помощи степ-теста определить основные физиологические характеристики спортсменов 9-10 лет, занимающихся ушу; 2) математическая обработка полученных экспериментальных данных.

Методы исследования: 1) оценка физиологических характеристик: ЧСС, МПК, PWC170; 2) методы математической статистики случайной величины: среднее арифметическое, среднее квадратичное отклонение случайной величины, доверительный интервал, коэффициент Стьюдента.

Научная новизна полученных результатов: определено влияние ушу на физиологические характеристики детей 9-10 лет, занимающихся ушу; дополнено данными о величинах работоспособности, максимальном потреблении кислорода, ЧСС у спортсменов 9-10 лет, занимающихся ушу; выведена формула связывающая работоспособность (PWC170) и ЧСС; выведена формула связывающая работоспособность (PWC170) спортсмена с его весом.

Теорию утомления делят на две группы: гуморально-локальная и центрально нервная. Первая группа базируется на нехватке энергетических ресурсов: жира, гликогена (теория истощения и недостаточном количестве

кислорода (теория задушения Ферворна), а также рост молочной кислоты в мышцах (теория засорения Пфлюгера). Вторая группа включает в себя переутомление ЦНС, в частности, кору головного мозга: проекционную и ассоциативную. Причины утомления ЦНС заключаются в преобладании расхода энергетических запасов над их синтезом. Было замечено, что при многократных тренировках процесс адаптации к утомлению увеличивает время его наступления.

Сделаем предположение, что в организме (мышцы, ЦНС, внутренние органы, кровеносная система, система дыхания) содержится некие датчики (рецепторы), которые реагируют на скорость потери энергии и количества резервной энергии. В ЦНС (в коре) хранится информация об объемах существующих запасов энергии. Эта величина сравнивается со скоростью траты энергии и величиной уже потраченной энергии. Осуществляется прогнозирование истощения организма. Если этот показатель сравнения достигает определенной величины, критической для организма, то включается программа действий, которая выключает или уменьшает скорость производства энергии с тем, что бы оставить необходимый минимум энергии для минимума жизнедеятельности (основной обмен или менее). По этой причине возникает утомление, то есть преобладание употребляемой энергии над производимой. Тогда выключаются или блокируются синапсы (рецепторы), вследствие чего скорость и подача произведенной энергии снижается. Далее снижается работоспособность: умственная и физическая. Если организм способен восстановиться, то через время утомление проходит, и организм может продолжать вновь работать.

Таким образом, ЦНС как бы прогнозирует время наступления утомления, сравнивая скорость траты энергии с имеющимися ее запасами и объемом уже употребленной энергии. Датчики скорости траты энергии и датчики, определяющие употребленную энергию, непрерывно работают. Они посылают по афферентным путям свои значения в головной мозг, который все время (непрерывно) производит сравнения этих показателей с имеющимися, хранящимися в памяти данными, и в случае приближения величин показателей к исходным, дает команду, распространяющуюся по эфферентным путям, на блокировку синапсов, с тем, что бы уменьшить работу (мышечную или умственную).

В процессе тренировок организм адаптируется к нагрузкам, и таким образом уменьшается величина показателей сравнения утомления, хранящихся в мозге. Последнее отодвигает время наступления утомления на более поздний срок, в силу экономной траты энергии. Экономная работа организма заключается в трате такого объема энергии, который необходим для работы тех органов или систем и с такой их производительностью, которая необходима для выполнения поставленной цели (задачи).

Процессы и программы прогнозирования утомления скорее всего являются врожденными, но тренируемые и корректируемые приобретенными качествами

систем организма – их скоростью работы, вследствие которой организм адаптируется к воздействию внешней среды и действию нагрузок на него.

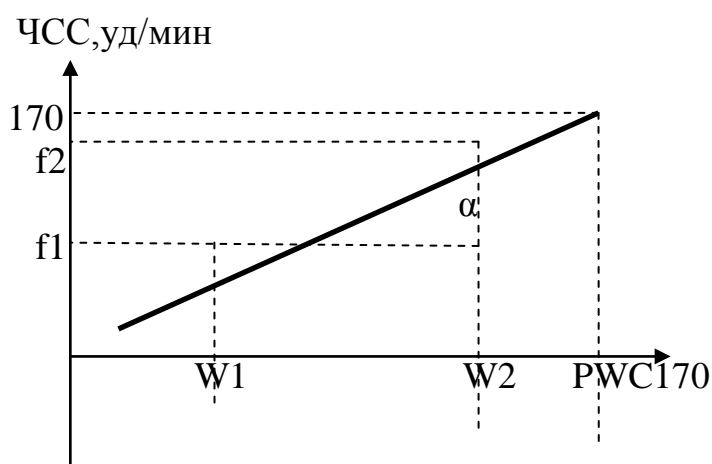
Испытуемому предлагается выполнение в стэп-тесте 2-х пятиминутных нагрузок умеренной мощности с интервалом в 3 мин, после которых измерялась ЧСС, которая после вработывания (5 мин) должна находится в интервале 120 – 170 (уд/мин). Расчет показателя PWC170 (Physical Working Capacity – физическая работоспособность) производился по формуле [2, с.118]:

$$PWC170 = W1 + (W2 - W1) \cdot (170 - f1) / (f2 - f1),$$

где W1 и W2 – мощность первой и второй нагрузки;

f1 и f2 – ЧСС в конце первой и второй нагрузки.

Линейную зависимость PWC170 от ЧСС можно видеть из графика:



Мощность вычислялась по формуле [2, с.129]:

$$W = h \cdot m \cdot n \cdot 1,3,$$

где h – высота ступеньки (для детей 9-10 лет, у которых длина ноги в среднем достигает 80 см, h=25 см - исходя из номограммы по V. Gottheiner (1968);

m – масса тела (испытуемого);

n – количество подъемов за минуту;

1,3 – поправочный коэффициент, учитывающий физические затраты на спуск со ступеньки, которые составляют 1/3 затрат на подъем;

m – вес спортсмена;

Для измерения нагрузки (W1) возьмем ступеньку высотой h1 = 18 см .

Максимальное потребление кислорода (МПК) вычислялось (для скоростно-силовых видов спорта) по формуле (линейная зависимость, В. Л. Карпман, 1987) [1, с.226]:

$$МПК = 1,7 \cdot PWC170 + 1240$$

Начало эксперимента (29 октября 2010 года). В эксперименте участвовали 18 человек – учащиеся ДЮСШ №1 г. Одессы. Средний возраст экспериментируемых 9-10 лет. Полученные данные на начало эксперимента заносились в табл.1:

Таблица 1. Показатели физической подготовленности спортсменов

Пол м/ж	n1 (кол/ мин)	n2 (кол/ мин)	ЧСС f0 (уд/ми н)	Работоспособность					МПК (мл/мин )
				f1 (уд/ми н)	W1 (кгм/ми н)	f2 (уд/ми н)	W2 (кгм/ми н)	PWC170 (кгм/мин )	
ж	28	26	112	148	229,32	168	295,75	302,39	1754,07
ж	30	33	118	146	266,76	166	407,55	435,71	1980,70
м	26	27	106	142	200,77	158	289,57	356,18	1845,50
м	29	31	118	142	305,37	162	453,37	512,57	2111,37
м	32	30	108	142	224,64	158	292,5	343,39	1823,77
м	28	26	112	146	255,53	166	329,55	344,35	1825,40
м	28	28	114	144	262,08	166	364,0	382,53	1890,30
ж	26	25	106	138	182,52	164	243,75	257,88	1678,40
ж	28	27	108	146	242,42	164	324,67	352,09	1838,56
ж	25	25	114	142	234	168	325	332	1804,4
м	26	22	110	142	255,53	166	300,3	307,76	1763,19
ж	25	22	108	146	193,05	168	235,95	239,85	1647,74
м	28	26	114	140	229,32	168	295,75	300,49	1750,84
м	25	25	112	142	216,45	168	300,62	307,1	1762,07
ж	27	25	116	146	208,49	166	268,12	273,55	1705,03
ж	24	23	118	148	174,10	168	231,72	237,49	1643,73
м	32	28	116	148	314,50	166	382,2	397,24	1915,31
м	28	26	110	140	222,77	162	287,3	310,76	1768,30

Исходя из вышеприведенных формул, выведем формулу отражающую зависимость работоспособности (PWC170) от массы спортсмена (m).

Для этого, обозначим ЧСС = y, PWC170 = x, тогда из рис.1 видно, что  $y = a \cdot x + b$ , так как между PWC170 и ЧСС линейная связь. Для нахождения a и b сделаем некоторые преобразования: возьмем производную от y, получим  $y' = (a \cdot x + b)' = a$ ; с другой стороны,  $y' = \operatorname{tg} \alpha$ , из рис.1 получим:  $\operatorname{tg} \alpha = (f_2 - f_1) / (W_2 - W_1)$ , тогда  $y' = (f_2 - f_1) / (W_2 - W_1) = a$ . Теперь найдем b: из графика (см. рис.1) получим  $f_1 = a \cdot W_1 + b \implies b = f_1 - a \cdot W_1$ , подставим полученное значение в первоначальное уравнение, получим  $y = a \cdot x + f_1 - a \cdot W_1 \implies x = (y - f_1 + a \cdot W_1) / a = (y - f_1) / a + W_1 = (W_2 - W_1) \cdot (y - f_1) / (f_2 - f_1) + W_1$ . После замены x и y получим:  $PWC170 = W_1 + (W_2 - W_1) \cdot (170 - f_1) / (f_2 - f_1)$ .

Теперь, покажем функциональную зависимость работоспособности (PWC170) от массы тела (m). Воспользовавшись равенством (2), n – количество



восхождений на ступеньку возьмем среднее значение,  $m_2 = m_1 + 5$ , где 5 кг – увеличение нагрузки для W2, получим:  $PWC_{170} = W_1 + (W_2 - W_1) \cdot (170 - f_1) / (f_2 - f_1) = h \cdot n \cdot m_1 \cdot 1,3 + (h \cdot n \cdot (m_1 + 5) \cdot 1,3 - h \cdot n \cdot m_1 \cdot 1,3) \cdot (170 - f_1) / (f_2 - f_1) = h \cdot n \cdot m_1 \cdot 1,3 + h \cdot n \cdot 1,3 \cdot (m_1 + 5 - m_1) \cdot (170 - f_1) / (f_2 - f_1) = h \cdot n \cdot 1,3 \cdot m_1 + h \cdot n \cdot 1,3 \cdot 5 \cdot (170 - f_1) / (f_2 - f_1) = [ \text{пусть: } h \cdot n \cdot 1,3 = A ; h \cdot n \cdot 1,3 \cdot 5 \cdot (170 - f_1) / (f_2 - f_1) = B ; m_1 = p ] = A \cdot p + B$ . Таким образом, получаем формулу (линейную связь между PWC170 и p):

$$PWC_{170} = A \cdot p + B,$$

где p – масса тела. Числа A и B вычисляем для каждого спортсмена, а затем находим их средние значения. В данной работе такие расчеты не производились, так как нагрузка менялась в зависимости от высоты ступеньки, а не от увеличения массы.

Воспользовавшись формулой (3), рассчитаем новую формулу для МПК, с учетом полученной формулы (4):  $МПК = 1,7 \cdot PWC_{170} + 1240 = 1,7 \cdot (A \cdot p + B) + 1240 = 1,7 \cdot A \cdot p + 1,7 \cdot B + 1240 = [ \text{обозначим } A_1 = 1,7 \cdot A ; B_1 = 1,7 \cdot B + 1240 ]$ , тогда получим:

$$МПК = A_1 \cdot p + B_1,$$

где p – масса тела.

Некоторые понятия математической статистики:

Математическое ожидание или среднее арифметическое случайной величины [3, с.386-390]:

$$M_x = (\sum x_i) / n ,$$

где x – случайная величина; n – число экспериментов (степень свободы);  
Дисперсия случайной величины:

$$D_x = (\sum (x_i - M_x)^2) / n$$

Отклонение дисперсии или среднего квадратичного отклонения случайной величины:

$$\sigma_x = \sqrt{D_x}$$

Коэффициент Стьюдента:

$t_\gamma$  – коэффициент Стьюдента находится из табл. Стьюдента (см. приложение).

Доверительный интервал:

$$(M_x - \delta < x < M_x + \delta),$$

при этом,  $\delta = t_{\gamma} \cdot \sigma_x / \sqrt{n}$ .

Вероятность:

$$P ( M_x - \delta < x < M_x + \delta ) = \gamma,$$

где  $P$  – вероятность случайной величины;  $\gamma$  – надежность.

Коэффициент корреляции:

$$r_{\text{кн}} = (M(x_{\text{н}} \cdot x_{\text{к}}) - M_{x_{\text{н}}} \cdot M_{x_{\text{к}}}) / (\sigma_{\text{н}} \cdot \sigma_{\text{к}}),$$

при этом,  $|r| < 1$ . Чем ближе  $r$  к 1, тем более линейная связь между  $x_{\text{н}}$  и  $x_{\text{к}}$  величинами.

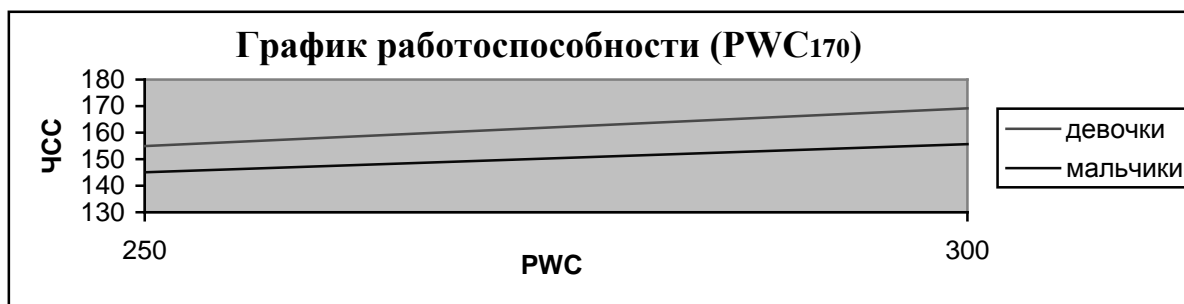
Вычисление среднего арифметического ( $M_x$ ), среднего квадратичного отклонения ( $\sigma_x$ ), коэффициента корреляции ( $r$ ), коэффициента Стьюдента ( $t_{\gamma}$ ), доверительного интервала ( $M_x - \delta$ ;  $M_x + \delta$ ), числа ( $\delta$ ) производились для физиологических характеристик на 29 октября 2010 года. В эксперименте участвовали 18 человек – учащиеся ДЮСШ №1 г.Одессы. Средний возраст экспериментируемых 9-10 лет. Спортсмены тренируются 2-3 года, 3-4 раза в неделю, по 90 мин.

Для расчета вышеперечисленных переменных воспользуемся данными: таблица Стьюдента [3, с.395] – определяется коэффициент Стьюдента (при  $P=0,95$  и  $n=18$ ), формулами (6), (8), (9), (10), (12). Расчетные данные введем в табл. 2:

Таблица 2. Математическая обработка случайных величин

Тесты физической подготовки	$M_{x_{\text{н}}}$	$\sigma_{x_{\text{н}}}$	$t_{\gamma}$	$(M_{x_{\text{н}}} - \delta_{\text{н}} ; M_{x_{\text{н}}} + \delta_{\text{н}})$	$\delta_{\text{н}}$	Достаточность $\delta_{\text{н}} < 0,05$
ЧСС $f_0$ (уд/мин)	112,222	3,938	2,101	(110,272; 114,172)	7,8	> 0,05 недостаточно
PWC170 (кгм/мин)	332,963	67,201	2,101	(299,686; 366,240)	33,28	> 0,05 недостаточно
МПК (мл/мин)	1806,038	114,241	2,101	(1749,467; 1862,608)	56,57	>0,05 недостаточно
МПК (мл/мин/кг)	50,141	4,394	2,101	(47,965; 52,316)	2,17	>0,05 недостаточно

Построим график средних значений работоспособности для детей 9-10 лет на основании экспериментальных данных: для мальчиков ( $PWC170 = 3,5 \cdot ЧСС - 292,1$ ) и для девочек ( $PWC170 = 4,65 \cdot ЧСС - 424,2$ ):



Анализ результата эксперимента по оценке физиологических характеристик показал состояние здоровья (на основе сравнения полученных показателей МПК для детей 9-10 лет с должными величинами): для мальчиков МПК = 48,9 (мл/мин/кг), что соответствует - норме; для девочек МПК = 50,5 мл/мин/кг, что соответствует - выше нормы.

На основании данных полученных в ходе эксперимента, были вычислены формулы для определения работоспособности (PWC<sub>170</sub>): для мальчиков  $PWC_{170} = 3,5 \cdot ЧСС - 292,1$ ; для девочек  $PWC_{170} = 4,65 \cdot ЧСС - 424,2$ , что говорит о большей работоспособности девочек, в сравнении с мальчиками.

Было замечено, что при выполнении спортсменами композиций (тао) ЧСС доходила, в среднем, до 166 уд/мин. Это происходило вследствие того, что вработывание не было завершено (устойчивое состояние не наступило), то есть спортсмен во время нагрузки (выполнение тао) не перешел через мертвую точку, так как спортсмен находился в зоне субмаксимальной мощности (время выполнения – 61 сек, в среднем). При этом, затраты энергии – анаэробные-аэробные лактатные (АТФ, КрФ, буферные системы, глюкоза).

#### Литература

1. Солодков А.С. Физиология человека. – М.: Олимпия пресс, 2005 – 528 с.
2. Дубровский В.И. Спортивная физиология. – М.: Владос, 2005 – 464 с.
3. Баврин И.И. Курс высшей математики. – М.: Просвещение, 1992 – 416 с.

**Сладкова Л.М., Савицька І.В., Яковлєва Ю.М.,  
Шевцова С.В., Дикленко Т.В., Чемерис О.Л.**  
Дніпропетровська державна медична академія

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЯХ

Проблема внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ) актуальна для всіх країн світу. Україна не є винятком, де щорічно реєструється біля 3 тисяч випадків, з них 50% - післяопераційні ускладнення; 40%- гнійно-септичні інфекції немовлят та породиль; 10% - гострі кишкові інфекції та інфекції сечовивідних шляхів.

Нами було проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз за п'ятирічний період в окремих районах Дніпропетровської області в хірургічних, рододопоміжних та терапевтичних закладах. На його підставі були зроблені відповідні пропозиції з урахуванням і згідно вимог нормативних документів та аналізу літературних джерел.

Система заходів боротьби та профілактики ВЛІ базується на даних епідеміологічного нагляду, адаптованих до особливостей епідеміології окремих нозологічних форм та специфічних умовах стаціонару. Враховуючи періодичну зміну домінуючих збудників ВЛІ та їх антибіотикорезистентності, профілактика цих інфекцій, а також розробка профілактичних та протиепідемічних заходів в лікувально-профілактичних закладах не можлива без встановлення їх дійсного рівня, постійного епідеміологічного і мікробіологічного моніторингу, розробки за їх результатами та впровадження протиепідемічних заходів, установлення сили зв'язку між ендо- та екзогенними чинниками ризику з розвитком ВЛІ (Зуєва, 2000; Авдєєва, 2003; Damani, 2003). Такий комплексний підхід, який окреслено в діючих нормативних документах як система інфекційного контролю, дозволяє попередити 35-50% випадків ВЛІ, розповсюдження антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів і заощадити значні кошти (Зуєва, 2003; Покровський та ін., 2001).

На сучасному етапі з'явилося багато чинників, які потребують удосконалення інфекційного контролю. При вирішенні цього питання треба розробити якісні програми, які сприяють втіленню стандартів якості надання медичної допомоги в клінічну практику новонароджених, підлітків та дорослого населення.

Удосконалення лабораторної діагностики та моніторингу збудників ВЛІ, збільшення ефективності дезінфекційних та стерилізаційних заходів, розробка стратегії й тактики використання антибіотиків та хіміопрепаратів, реалізація основних принципів госпітальної гігієни, оптимізація принципів профілактики ВЛІ медичного персоналу, оцінка економічної ефективності заходів з профілактики ВЛІ (припускають розрахунок "стандартних" величин економічного збитку, який наносить один випадок ВЛІ).

Виникає необхідність в нових підходах до планової експрес-оцінки ступеня епідемічної безпечності лікувально-профілактичних закладів відносно ВЛІ.

В основі рішення проблеми боротьби з інфекційними захворюваннями в стаціонарах повинно бути покладено чітке розподілення функцій спеціалістів різних підрозділів лікувально-профілактичних закладів, регламентація їх взаємин.

## **ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КУРСАНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ МІНІСТЕРСТВА ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

Ситуація зі станом здоров'я громадян України безпосередньо стосується професійної діяльності та професійної підготовки співробітників органів внутрішніх справ (далі ОВС).

Важливе місце займають заходи, спрямовані на охорону і захист здоров'я співробітників ОВС у соціально-правовій системі. Це повною мірою відноситься і до курсантів, які отримують освіту в професійних навчальних закладах системи Міністерства внутрішніх справ (далі МВС).

Провідну роль, безумовно, відіграють медичні служби вузу, служби психологічного супроводу, які покликані здійснювати медичний і психологічний відбір, контроль і супровід курсантів у період їх навчання у внз. У той же час важливі і педагогічні освітні та виховні заходи, що сприяють формуванню у курсантів орієнтації і навичок здорового способу життя.

До внз МВС України здійснюється досить суворий відбір вступників за критеріями фізичної підготовленості та показниками психічного стану. У внз приділяється значна увага фізичній підготовці курсантів, розвитку навичок боротьби і підтримки фізичного здоров'я. На всіх факультетах проводиться постійний діагностичний моніторинг та психологічний супровід курсантів.

Разом з тим, курсанти відомчого внз, особливо старшокурсники, поряд з навантаженнями, пов'язаними з професійною підготовкою постійно випробовують і психофізичні навантаження, зумовлені обов'язками по службі, залученню до нарядів, патрулювання і охорони при проведенні масових заходів у місті.

Крім того, серед багатьох молодих людей, що вступають до навчальних закладів МВС України, є й ті, хто схильні до наркоманії, або мають ризик формування наркозалежності. Тому поряд з підвищенням вимог до кандидатів на навчання, необхідно також удосконалювати профілактичну роботу серед курсантів і слухачів освітніх установ МВС України.

В навчальних закладах МВС України здійснюється суворий відбір за медичними показниками. Валеологічна робота має виражені особливості порівняно з іншими внз.

Найбільш повно взаємозв'язок між способом життя і здоров'ям виражається в понятті "здоровий спосіб життя" (далі ЗСЖ). ЗСЖ об'єднує все, що сприяє виконанню людиною професійних, громадських і побутових функцій в оптимальних для здоров'я умовах і виражає орієнтованість

особистості в напрямку формування, збереження і зміцнення як індивідуального, так і суспільного здоров'я [2].

Здоровий спосіб життя характеризується як активна діяльність людей, спрямована, в першу чергу, на збереження і поліпшення здоров'я. ЗСЖ – це сформований вид життєдіяльності, що забезпечує збереження його здоров'я та профілактику захворювань і негативних звичок людини [3]. Здоров'я не можна купити, його можна зберегти і підтримати.

У міжнародному співтоваристві загальноновживаним є розуміння поняття здоров'я як “стану повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не відсутності хвороб або фізичних вад” (Преамбула Статуту ВООЗ, 1948 р.) [5]. Саме це визначення закріплене в Основах законодавства України про охорону здоров'я.

Ряд авторів, зокрема В. Водоп'янов, розкриває поняття “здоровий спосіб життя” людини за допомогою поняття “особлива суспільна цінність”. Він пише: “здоровий спосіб життя людини є особливою суспільною цінністю, що є основою активності особистості як міри діяльності, сутнісної соціальної якості, яка виявляє високий ступінь “включеності” індивіда в суспільні стосунки [1].

Стан здоров'я громадян України вимагає, щоб співробітник правоохоронних органів був представником здорового способу життя, тим самим, маючи право здійснювати дотримання закону і позитивно впливати на орієнтованість оточуючих і близьких. Формуванню орієнтованості на ЗСЖ в останні роки приділяється дуже велика увага у всіх типах навчальних закладів. З цієї точки зору орієнтованість курсантів на здоровий спосіб життя набуває характеру професійно-важливої особистісної якості, що визначає ставлення громадян до співробітника органів внутрішніх справ.

Весь період навчання курсанти активно займаються фізичною підготовкою, проходячи щорічне медичне обстеження, а також тестування за показниками психологічної служби внз. Поєднання навчання із службовими обов'язками, жорстка підпорядкованість вимогам командирів різного рівня скорочує можливості самостійного вибору при організації власної життєдіяльності курсантів.

Найважливішим завданням валеологічної роботи з курсантами ВНЗ МВС України має бути формування навичок і культури протистояння стресовим, несприятливим факторам службової професійної діяльності. Оскільки традиційними способами боротьби зі стресом, зокрема, роздратуванням є вживання алкоголю, нікотину, інших психоактивних або заспокійливих засобів, то випускник вузу повинен бути озброєний методами психічного захисту та релаксації, що не приносять шкоди його здоров'ю. У зв'язку з цим необхідно формувати відповідні мотиви, смислові та культурні цінності здорового способу життя і звички здорового відпочинку [4].

Мотиви ЗСЖ формуються на основі потреби бути здоровим, похідної від біологічної потреби самозбереження та соціальної потреби самоствердження. Задоволення потреби бути здоровим спрямовує особистість на зміцнення здоров'я та є дієвою силою до оволодіння вміннями та навичками ЗСЖ [4].

Формування ЗСЖ є головним у первинній профілактиці зміцнення здоров'я населення через зміни стилю й укладу життя, його оздоровлення з використанням гігієнічних знань у боротьбі зі шкідливими звичками, гіподинамією і подоланням несприятливих сторін, пов'язаних з життєвими ситуаціями.

Отже, під здоровим способом життя слід розуміти типові форми і способи повсякденної життєдіяльності людини, які зміцнюють і удосконалюють резервні можливості організму, забезпечуючи тим самим успішне виконання своїх соціальних та професійних функцій незалежно від політичних, економічних і соціально-психологічних ситуацій.

За своєю суттю формування ціннісних орієнтацій молоді людини наближається до виховання, мета якого полягає у розвитку потребнісно-мотиваційної та ціннісно-сислової сфери людини. Відмінність формування від виховання полягає в більш конкретному результаті, закінченості, "визначеності форми" бажаної якості.

Ефективність діяльності педагогів і курсантів, спрямованої на підвищення якості здоров'я проявляється через тривалий час. Об'єктивною складністю у вирішенні завдання збереження і зміцнення здоров'я є також те, що людина не відчуває свого здоров'я, не знає величини його резерву. У зв'язку з цим у процесі формування орієнтації на ЗСЖ необхідно використовувати методи оцінки та самооцінки спираються на виявлення показників комфортності людини, дані йому у відчуттях. Важливо при цьому всіляко розвивати механізми волі і саморегуляції. Цілеспрямована діяльність у цьому напрямку може забезпечити збереження і підтримку здоров'я.

Охорона та захист здоров'я курсантів у період їхнього навчання у навчальних закладах МВС України це не тільки медичне завдання. Багато в чому це соціально-педагогічна, організаційна та управлінська проблема. Побудова режиму навчання, організація харчування, відпочинку, умов несення служби в нарядах або в періоди посилення в дні масових міських заходів - всі ці питання носять організаційно-педагогічний характер. Вони підлягають вивченню та корекції в залежності від результатів дослідження медичних, психологічних та управлінських служб. Крім того, найважливішим педагогічним завданням є активізація зусиль самих курсантів на турботу про своє здоров'я.

У результаті навчання кожен курсант повинен знати вимоги особистої та громадської гігієни, вміти організувати та проводити заняття з фізичної культури, ранкову фізичну зарядку, фізкультурно-масові і спортивні заходи; вміти забезпечити страховку і самостраховку при виконанні фізичних вправ, надавати першу допомогу при нещасних випадках на практичних заняттях.

Завершуючи розгляд шляхів і засобів формування орієнтованості курсантів на здоровий спосіб життя в процесі освоєння психолого-педагогічних дисциплін у вузі МВС, можна зробити наступні висновки.

Зміст курсів психології і педагогіки у ВНЗ дозволяє розкрити багато питань ЗСЖ не тільки з інформаційної, але й з емоційної точки зору. Розкриваючи

практично кожен тему з курсу психології можливо співвідносити її з положеннями психології здоров'я людини та організації на цій основі власної поведінки.

Якщо освоєння психологічних знань у більшій мірі дозволяє формувати вміння і здібності для самооцінки, самопізнання, розуміння та організації власного життя на принципах здоров'язбереження, то педагогіка, як наука про закономірності педагогічного процесу, як практика навчання, виховання і управління дозволяє ті ж проблеми розглядати у зв'язку із взаємодією з іншими людьми, у зв'язку з відповідальністю за них і проблемами самовдосконалення.

Для реалізації здоров'язбережувальних технологій у процесі професійної підготовки особливу роль набуває особиста установка викладача, спрямована не тільки на збереження здоров'я і безпеки курсантів, а й розвиток їхніх валеологічних прагнень, потреб та вмінь.

Формування орієнтації курсантів на ЗСЖ - це проблема розвитку ціннісної свідомості, переконань, розумних виборів і вчинків.

У цілому можна відзначити, що робота в цьому напрямку потребує більш широкого обговорення і вираженої позиції з даного питання начальницького складу ВНЗ. Необхідно, щоб курсові офіцери та командири курсантських підрозділів самі були носіями досить високого рівня здоров'язбережувальної мотивації. Цьому можуть сприяти різні методичні матеріали, обговорення проблеми на науково-практичних конференціях і нарадах. Важлива також і подальша робота над критеріями та якостями, які потрібно розвивати у майбутніх фахівців-випускників юридичного ВНЗ.

### Література

1. Водопьянов В.И. Активный, здоровый образ жизни и нормология // Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. – 1990. – №. 6. – С. 60.
2. Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учебн. пособ. для вузов. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 192 с.
4. Олійник Т. Формування у студентської молоді потреби ведення здорового способу життя // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць в галузі фізичної культури та спорту. Вип. 7: у 3-х т. – Львів: НВФ “Українські технології”, 2003. – Т. 2. – С. 208 - 210.
5. Путан Л. Я. Формирование ориентации на здоровый образ жизни у курсантов в вузе МВД России: Дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. - СПб, 2003 – 174 с.
6. World Health Organization. The World Health Report, 1987: Conquering Suffering, Enriching Humanity. - Geneva: WHO, 1946. – 25 p.



## ЗДОРОВ'Я ТА ПОВЕДІНКОВІ ОРІЄНТАЦІЇ ШКІЛЬНОЇ МОЛОДІ (на прикладі м. Києва)

Нині у світі вважається загальновизнаним, що зусилля урядів країн і міжнародних об'єднань мають фокусуватися на створенні сприятливих умов для людського розвитку, головними складовими якого є здоров'я, освіта і добробут населення. Підвалини доброго здоров'я і якісної освіти закладаються в дитинстві і молодості, тому численні соціальні програми в багатьох країнах світу спрямовані на розв'язання проблем здоров'я молоді. Вибір стратегічних напрямів і конкретних складових таких програм потребує об'єктивної інформації про стан справ щодо здоров'я і освіти молодого покоління у тих місцях, де вони реалізуються. Отримати таку інформацію можна завдяки соціологічним дослідженням (шкільним опитуванням), які висвітлюють панівні тенденції серед молоді, в тому числі й учнівської молоді, що допомагають або заважають розвитку, зокрема, щодо куріння, вживання алкоголю, наркотиків, сексуальної культури, фізичної активності, травм, насильства, психічного здоров'я, матеріального становища, сімейного та шкільного оточення, дозвілля, рівня інформованості, джерел і доступності інформації, знань, навичок, міфів і стереотипів, ставлення до життєвих проблем і поведінкових практик, загалом оцінок власного життя тощо (наприклад, широко відомі опитування Е5РАР).

Метою цього дослідження було підтримати в навчальних закладах Києва освітній напрям формування здорового способу життя шляхом збирання та аналізу інформації щодо здоров'я і поведінкових орієнтацій в середовищі учнівської молоді та сформувані відповідні навички в студентів під час проходження ними педагогічної практики у школі.

Зокрема, розглянуто **обставини життя молодих людей**, які суттєво впливають на їх здатність зміцнювати та зберігати своє здоров'я. Серед обставин розглянуто *соціально-економічну нерівність*, що дозволило визначити шкалу достатку сім'ї, використовуючи не лише шкалу матеріального добробуту, а також і наявність матеріальних благ, які є доступними в сім'ї: наявність комп'ютера в сім'ї. Ще однією обставиною є *сім'я* як найбільш важливе середовище, в якому розвивається дитина, середовище, в якому вона вперше засвоює норми соціальної поведінки та соціальні настанови. Тобто розглянуто структуру сім'ї, спілкування з батьками. Не меншу увагу приділено вивченню **здоров'я та поведінки молодих людей, що впливає на нього**, тому що підлітковий вік – це вік змін у фізичних, психологічних, економічних та соціальних умовах, на фоні яких складається поведінка, яка впливає на здоров'я. Серед його складових розглянуто *самооцінки власного здоров'я* та суб'єктивні скарги на здоров'я: чи то головний біль, чи біль у животі, спині, відчуття поганого настрою та роздратованість, знервованість, відчуття безсоння

чи запаморочення. Не менше уваги приділено вивченню *фізичного стану* та *фізичній активності* у молодіжному середовищі як одного з будь-яких видів діяльності людини, під час якої частішають биття серця і подих.

*Методологія дослідження в Україні* базується на протоколах міжнародних та українських досліджень у даній галузі. Інструментарій опитування – анкета.

*Мета дослідження:* зібрати нову інформацію про поведінкові орієнтації дітей шкільного віку стосовно власного здоров'я та фізичну активність.

*Об'єктом дослідження* були учні 6-х, 8-х і 10-х класів загальноосвітніх шкіл;. Отже цільова група дослідження це підлітки трьох вікових груп – 11, 13 та 15 років. Ці вікові групи презентують підлітковий соціально-психологічний вік, коли молоді люди опиняються перед проблемами, що пов'язані з фізичними та емоційними змінами, з перехідним періодом життя, коли вони починають самостійно приймати важливі для подальшого особистого та професійного життя рішення.

Усього було опитано 120 респондентів із 7 київських шкіл.

*Вибіркова сукупність* була випадковою. Опитування також можна назвати кластерним, оскільки одиницею відбору були класи/навчальні групи, всі члени яких брали участь у дослідженні. У даному випадку кластером виступив учнівський клас.

*Методом отримання інформації* слугувало анкетування шляхом самозаповнення формалізованого запитальника методом групового опитування в навчальних аудиторіях.

*Процедура збору даних.* Польовий етап дослідження здійснювався студентами Національного університету фізичного виховання і спорту України під час проходження педагогічної практики.

Збереження анонімності та конфіденційності відповідей учнівської молоді було визначено неодмінною складовою дотримання вимог технології проведення опитування. Керівники навчальних закладів були попереджені про те, що конфіденційність буде також збережена й стосовно кожного навчального закладу.

Для організації опитування інтерв'юери мали попередню зустріч (або телефонну розмову) з адміністрацією навчального закладу (директором, завучем, вчителем) з метою: інформувати щодо основної мети дослідження, з наголосом на конфіденційності та анонімності даних, які будуть одержані; роз'яснити, чому і як саме цей навчальний заклад було обрано для дослідження (метод випадкових чисел, які визначає комп'ютер); охарактеризувати процедуру проведення дослідження; заручитися згодою керівника навчального закладу щодо того, що обстеження буде проведено саме у визначеному класі/групі (на цьому наголошено в листі до керівника навчального закладу). Заповнення анкет учнями відбувалося в учбовій аудиторії в присутності інтерв'юера, який у разі необхідності міг надати консультації. Повноваження інтерв'юерів та необхідні коментарі до запитань анкети були визначені в інструкції для інтерв'юерів.

Таблиця 1. Характеристика цільової групи

Обоє рідних батьків та бабуса/дідусь	53	Повна батьківська сім'я - 72%
Обоє рідних батьків, немає бабусі/дідуся	19	
Один з рідних батьків та бабуса/дідусь	10	Неповна батьківська сім'я - 17%
Один з рідних батьків, немає бабусі/дідуся	7	
Один з батьків рідний, другий не рідний	8	Реструктурована сім'я - 8%
Немає рідних батьків, інші родичі та не родичі	3	Нерідна сім'я - 3%

Сьогодні на розв'язання проблем здоров'я й освіти (а це основні складові людського розвитку) молодого покоління спрямовані численні соціальні програми в багатьох країнах світу, тому популярність проекту НВ5С і зацікавленість Європейського бюро ВООЗ у його підтримці та розвитку дедалі зростають – адже саме такі соціологічні дослідження (шкільні опитування) дають об'єктивне підґрунтя для правильного вибору стратегічних напрямів і конкретних складових таких програм – інформацію про домінуючі тенденції в середовищі учнівської молоді, які сприяють або заважають розвиткові та формуванню життєвих навичок.

Аналіз результатів соціологічного опитування охоплює два основні джерела впливів на фізичне, психічне, духовне і соціальне здоров'я молоді – це **визначальні щодо здоров'я складові способу життя** (харчування, фізична активність,) й **умови** життя, які склалися в найближчому соціальному оточенні (родинному та навчальному).

Нижче подано основні результати аналізу поведінкових орієнтацій та поведінкових практик щодо **умов життя та складових способу життя**.

*Батьківська сім'я:*

– у повній батьківській сім'ї зростають 72% підлітків, у неповній – 17%, реструктурованій (один з батьків, як правило батько, не рідний) – 8% та у нерідній сім'ї – 3%;

*Щодо харчування:*

– більше половини опитаних (55-65% залежно від віку і типу навчального закладу) не дотримувалися оптимальної кількості прийомів їжі на добу; 10-20% лягають спати голодними, оскільки недостатньо їжі вдома;

– від 35% до 65% опитаних (залежно від віку респондентів і виду рослинних продуктів) не отримували належної кількості овочів і фруктів у добовому раціоні; 10-35% не вживали цих продуктів узагалі (або вживали не частіше одного разу на тиждень);

Отже, отримані результати щодо показників режиму прийомів їжі та складу харчового раціону вказують на нераціональне харчування значної частини української учнівської молоді й доводять, що це значною мірою пов'язано з нестачею знань, умінь і навичок опитаних. Тому доцільно включати

тематику з культури харчування як важливу частину навчально-виховної роботи навчального закладу з формування здорового способу життя.

*Щодо фізичної активності:*

– половина опитаних мали вкрай недостатню фізичну активність (0,5-1 година на тиждень); щоденно у вільний час виконували фізичні вправи менше третини наймолодших опитаних (серед найстарших таких було менше 20%); 10-15% зовсім не практикували будь-яких щоденних фізичних навантажень; щоденну фізичну активність практикували не більше чверті опитаних;

– незрівнянно більше часу присвячувалося малорухливим заняттям: щодня в будні 1-4 години проводили за переглядом телепередач 65-75% опитаних; 65-90% проводили за комп'ютером 0,5-3 години (25% грали 2 години в комп'ютерні ігри та 0,5-1 годину відводили на інші комп'ютерні заняття);

Отримані результати щодо розподілу фізичних і розумових навантажень свідчать про небезпечне поєднання гіподинамії з гіперактивністю щодо користування електронно-інформаційними пристроями, що наражає значну частину учнівської молоді на імовірність масового поширення неінфекційних захворювань широкого спектру етіології.

Аналіз даних цього розділу диференційовано за основними складовими, поведінкові орієнтації молоді людини щодо яких найбільше визначають якість розвитку організму, що зростає, стосовно фізичного і психічного здоров'я, а також характеристики особистості, що формується, стосовно духовного і соціального здоров'я, а саме: харчування, фізична активність.

Щодо споживання найбільш корисних продуктів – овочів і фруктів, то овочами був достатньо забезпечений раціон близько двох третин, а фруктами – від 36% до 50% опитаних.

Разом з тим, залежно від віку, від більше 10% до майже 15% представників учнівської молоді не вживали овочів узагалі або їли їх дуже мало.

Щодо фруктів – ними був достатньо забезпечений раціон не більше половини опитаних, і з віком ця частка знижувалася до 35-40%. Зокрема, третина шестикласників повідомила, що їсть їх щодня або декілька разів на день, тоді як серед старшокласників таких виявилось лише дещо більше п'ятої частини.

Від п'ятої частини до третини учнівської молоді не вживали фруктів узагалі або їли їх вкрай недостатньо.

Таблиця 2. Розподіл відповідей на запитання “Скільки разів на тиждень ти зазвичай їси фрукти, овочі?”, %

Частота вживання	6 клас	8 клас	10 клас
<b>Фрукти</b>			
Щодня один раз, щодня більше одного разу, 5-6 разів на тиждень (сума відповідей)	50	46	43
2-4 дні на тиждень	27	32	36
Ніколи, рідше одного разу на тиждень, один раз на тиждень (сума відповідей)	22	21	20

<b>Овочі</b>			
Щодня один раз, щодня більше одного разу, 5-6 разів на тиждень (сума відповідей)	67	68	67
2-4 дні на тиждень	17	19	19
Ніколи, рідше одного разу на тиждень, один раз на тиждень (сума відповідей)	13	11	12

Варто включити тематику раціонального харчування як складову до навчально-виховної роботи у навчальному закладі щодо формування здорового способу життя. Доцільно також організувати навчання практиці ведення здорового способу життя на засадах розвитку навичок щодо здорового харчування.

Для забезпечення повноти уявлення ступеня відповідності рухової складової потребам здорового способу життя в комплексі інших складових способу життя української учнівської молоді, аналіз даних цього підрозділу охоплює не лише власне *фізичну активність*, а й її протилежність – *малорухоме проведення часу*, зокрема користування *телевізором і комп'ютером*.

*Фізична активність*. Більшість (52%) опитаних присвячували фізичній активності *півгодини або годину на тиждень*.

*Щоденно* у вільний від занять час займалися будь-якими фізичними вправами близько п'ятої частини опитаних. Чим старшими були опитані, тим меншим був цей показник.

Брак фізичної активності поєднувався з тривалими малорухливими заняттями: у будній день проводили перед екранами телевізорів від однієї до чотирьох годин 74% шестикласників, 75% восьмикласників, 77% десятикласників. Зазначили, що 7 годин і більше на день перед екраном зазвичай перебували в будні 5%, у вихідні – 12% респондентів.

За моніторами комп'ютерів від півгодини до трьох годин щоденно в будні проводили час 88% шестикласників, 91% восьмикласників, 87% десятикласників. У середньому в 27% опитаних 2 години займали комп'ютерні ігри. Якщо серед найбільш завзятих телеглядачів дівчат і юнаків було приблизно порівно, то серед активних користувачів комп'ютера переважали хлопці, і це переважання зростало зі збільшенням проведеного за монітором часу.

*Отже, безперечно існує проблема незбалансованості фізичних і розумових навантажень у середовищі української учнівської молоді, що створює передумови для масового розвитку хронічних неінфекційних захворювань*. Роль навчальних закладів у відверненні цієї загрози може виявитися, без перебільшення, визначальною, якщо системно запроваджуватимуться ефективні заходи, зокрема й такі, що можуть бути конкретизовані наданими рекомендаціями.

### **Рекомендації**

Варто включити тематику фізичної активності як складову до завдань навчально-виховної роботи у навчальному закладі щодо формування здорового способу життя. Зокрема, доцільно фокусувати увагу на питаннях:

- формування усвідомлення необхідності достатніх фізичних навантажень, їх ролі у збереженні і зміцненні здоров'я, підтриманні приємного зовнішнього вигляду;
- організації в навчальному закладі додаткових, крім обов'язкових занять, заходів з рухової активності в режимі учбового дня;
- організації на базі навчального закладу поза режимом учбового дня періодичних заходів і постійних секцій із сучасних видів рухової активності, популярних в різних статеві-вікових групах молоді;
- оволодіння ефективними й легкодоступними методами рухової активності;
- оптимального режиму перегляду телепередач, критичного аналізу корисності отримуваної телеінформації;
- раціональних норм користування комп'ютером, техніки безпеки щодо зору, статури, нервової системи.

### **Література**

1. Формування здорового способу життя молоді в Україні: національна модель “Молодь за здоров'я” / П.Шатц, О.Яременко (кер. авт. кол.), О.Вакуленко та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005. – 130 с.
2. Фізична культура як неодмінна складова формування здорового способу життя молоді / О.О.Яременко (кер. авт. кол.), О.Д.Дубогай, Р.Я.Левін та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2005. – Кн. 6. – 124 с.
3. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України: 9 інформаційних буклетів для тих, хто приймає рішення, організовує і проводить роботу щодо збереження і зміцнення здоров'я дітей і молоді / О.Балакірева, Н.Рингач, Р.Левін, О.Сакович – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2007.
4. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Ч. 1 / О.О.Яременко (кер. авт. кол.), О.В.Вакуленко, Ю.М.Галустян та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, Укр. ін-т соц. дослідж., 2004. – 164 с.
5. Формування здорового способу життя молоді: стан, проблеми та перспективи: Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2002 р.). – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. – 250 с.

**Туренко Н.М.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г. С. Сковороди

## **ПРОБЛЕМА ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ НА СЛОБОЖАНЩИНІ В КІНЦІ XIX — НА ПОЧАТКУ XX СТОЛІТТЯ**

Забруднення навколишнього середовища, неправильне харчування, несприятливі умови проживання, гіподинамія, стреси, вживання алкоголю, наркотиків і куріння призвели до збільшення кількості хворих та ослаблених людей, серед яких велика кількість дітей. Розв'язанню проблеми здоров'язбереження та оздоровлення сучасної молоді сприятиме не тільки

впровадження нових підходів, але і використання позитивного досвіду минулого. Особливої актуальності набуває період кінця XIX – початку XX ст., звернення до якого пояснюється тим, що саме на цей час припадає інтенсивний пошук прогресивною вітчизняною громадськістю шляхів збереження життя та здоров'я дітей різного віку, починаючи з дошкільного. Зазначимо, що основою у збереженні дитячого життя та здоров'я на думку передової інтелігенції кінця XIX – початку XX ст. було правильне виховання у дошкільних закладах – яслах, притулках, дитячих садках, літніх колоніях та майданчиках тощо. Передусім зусилля кращих представників були спрямовані на відкриття ясел та ясел-притулків, які організовувались як у містах, так і в селах. Ідея організації та діяльності цих закладів виникла завдяки прагненню громадськості та приватних осіб прийти на допомогу працюючому населенню м. Харкова та його передмістя.

У ході наукового пошуку встановлено, що в 90-х рр. XIX ст. розпочалася діяльність земств з організації притулків-ясел на селі для догляду за дітьми під час літніх сільськогосподарських робіт. Зазначимо, що поштовхом до активізації участі земських кіл у вирішенні питання догляду за дітьми селянських родин стали пожежі, спричинені необережним поводженням дітей з вогнем. Наприклад, за даними М. Фесенко, у Харківській губернії за двотижневий термін, з 28 квітня по 13 травня, сталося 7 пожеж; у слободі Юнаківка Сумського повіту – згоріло майна на 530 000 крб.; у слободі Уди Харківського повіту внаслідок того, що чотирирічна дівчинка гралася сірниками, пожежею заподіяно до 100 000 крб. збитку; у слободі Петропавлівці Куп'янського повіту – двоє хлопчиків селянина Фінька, один семи, а другий п'яти років, задумали зварити горобині яйця, внаслідок чого вогонь перекинувся на 22 хати, згорів реманент, вози – збитку 5000 крб.; слободі Козинці – згоріло 12 будинків на суму 14 500 крб. [4].

Шлях вирішення вказаної проблеми прогресивна громадськість вбачала в організації ясел, як “одного з найбільш корисних та потрібних закладів”, куди матері-робітниці, які працювали цілий день поза домом, щодня приносили своїх дітей у віці від  $\frac{1}{2}$  місяця до  $\frac{3}{2}$  років, і за мізерну платню залишали там. М. Фесенко зазначала, що ясла мають величезне значення для села. Такі установи, наголошувала вона, окрім основної своєї мети – збереження життя і здоров'я дитини, повинні були запобігати пожежам. Відзначимо, що дослідниця закликає до участі в розв'язанні вказаної проблеми і поміщиць, підкреслюючи, що “їх прямим обов'язком є влаштування ясел, які могли б зробити величезну послугу вбогій і темній матері” [4, с. 11].

Закріпленню й подальшому розвитку ясел як установ для догляду й виховання дітей дошкільного віку сприяло прийняття постанови “Приблизні правила для ясел-притулків”, що була видана у 1891 р. попечительством про будинки працелюбства. За положеннями цього документа, ясла-притулки засновувалися на час польових робіт, приблизно з 15 червня до 1 серпня. У місцевостях з посиленою захворюваністю для знесилених хворобами або недостатнім харчуванням дітей ясла відкривалися в будь-яку пору року.

Згідно з вищеназваною постановою, в ясла-притулки діти приймалися безкоштовно, як немовлята, так і інші у віці до 8 років. Перевага віддавалася дітям від 2 до 5 років, що належали до бідних сімей, у складі яких немає осіб, яким міг би бути доручений нагляд за ними за відсутності працездатних. Зазначимо, що такі “Правила” стали основою для керівництва і земських ясел [3].

Проведений науковий пошук свідчить про те, що у 1899 р., у слободі Непокритій Харківського повіту, Олександром Гордеєнко на час польових робіт, з 28 червня по 1 серпня, було відкрито ясла-притулок для дітей селян. Зазначимо, що ця установа призначалася переважно для догляду дітей віком від 1½ до 7 років включно. У яслах постійно знаходилися наглядачка, фельдшер, дві няні та куховарка.

До притулку діти приходили о 4 годині ранку і залишалися до 8 вечора. Як зазначалося в архівному документі “Про влаштування Олександром Єгорівною Гордієнко у слободі Непокритій Харківського повіту ясел для дітей”, головна увага вихователів була звернена на здоров’я дітей, чистоту, охайність і здорову їжу. О 7 ранку діти снідали, о 12 дня – обідали; о 5 годині вечора – був полудник. Після обіду діти гуляли в саду під наглядом доглядачки, грали в різні ігри тощо.

Установлено, що кількість ясел на початку ХХ століття значно збільшилась. Так, аналіз даних документів “Огляд діяльності ясел-притулків у Богодухівському повіті в 1904 р.”, “Звіт про ясла-притулки в слободі Вільшаній Харківського повіту за 1904 р.” свідчить про те, що у Харківській губернії на початку ХХ століття діяли такі ясла:

- у Богодухівському повіті – 9 ясел у слободах Тарасівці, Ямполі, Великій Писарівці, Козіївці, Полковій Микитівці, Колонтаєві та Рублівці. Зазначені заклади розташовувалися переважно у школах різних відомств, за винятком села Ямного, де ясла розміщувалися в будинку священика. У селах Великій Писарівці, Козіївці та Рублівці ясла знаходилися на місцях мешкання дільничних лікарів; у селі Пархомівці – на місці проживання заводського лікаря. В інших – відстань від дільничних лікарів становила від 3 до 10 верст;

- у с. Вільшаній – одні ясла, які було відкрито 30 червня. Їх улаштуванням керував земський лікар А. Попов. Ясла діяли виключно на кошти губернського земства. Їх щодня відвідував місцевий фельдшер, крім того, 2-3 рази на тиждень їх перевіряли дільничні лікарі [5].

Отже, наприкінці ХІХ – на початку ХХ ст. ініціатива створення ясел належала громадським організаціям – земствам. Зазначимо, що головним завданням таких установ, з погляду земських діячів, було “з одного боку оберігати життя і здоров’я залишених без нагляду в селі дітей, а з іншого – оберігати майно селян від пожеж, що часто займаються влітку внаслідок необережного поводження дітей з вогнем” [2].

Зазначимо, що у досліджуваній нами період ініціатива відкриття ясел та ясел-притулків у містах, зокрема у Харкові, належала прогресивним жінкам. Так, наприкінці 80-х рр. ХІХ ст. на Москалівці, з ініціативи дружини міського



голови М. Фесенко були відкриті перші ясла. Установлено, що ця установа користувалися великою популярністю серед населення міста, яке приводило своїх дітей до установи вранці й залишало там на весь день. Про це свідчать дані щодо кількості дітей, які їх відвідували. Так, у перший рік існування ясла відвідало 8000 дітей. Згодом кількість дітей трохи зменшилась, але ніколи не була меншою ніж 6000 осіб [1, с. 926-927].

У 1897 р. у Харкові на Пісках було відкрито ще одні ясла, побудовані на зразок москалівських [1, с. 927].

Таким чином, проведений науковий пошук дозволяє стверджувати, що одним із шляхів вирішення проблеми оздоровлення дітей на Слобожанщині в кінці XIX – початку XX ст. стало заснування прогресивною громадськістю ясел та ясел притулків. Зазначимо, що особливістю цих закладів стало те, що діти отримували в них усе необхідне для їх правильного розвитку, збереження здоров'я та самого життя.

### **Література**

1. Багалеї Д.І. Миллер Д.І. История города Харкова за 250 лет его существования (с 1655-го по 1905-й год): Истор. монография в 2-х т. - Т. 2. (XIX -й и нач. XX-го века). – Х.: Репр. изд., 2004. – 982 с.
2. Гаскевич К. Отчет о деятельности яслей-приютов, открывшихся в селениях Богодуховского уезда летом 1913 г. // Врачебная хроника Харьковской губернии. – 1914. – № 4. – С. 174-182.
3. Розенфельд Б. Первые учреждения для детей народа в царской России и их характер // Ученые записки ЛГПИ им. А.И. Герцена. – Ленинград, 1949. - Т. 85. - С. 66 -74.
4. Фесенко М.Н. Ясли, устройство и значение их для бедного класса народа. – Х.: Тип. “Юж. Край”, 1887. – 16 с.
5. Ясли-приюты в Харьковской губернии за 1904 г. // Приложение к “Врачебной хронике” Харьковской губернии. – Х., 1905. – 165 с.

**Тютюник В.В.<sup>1</sup>, Калугін В.Д.<sup>1</sup>, Сидоренко О.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний університет цивільного захисту України

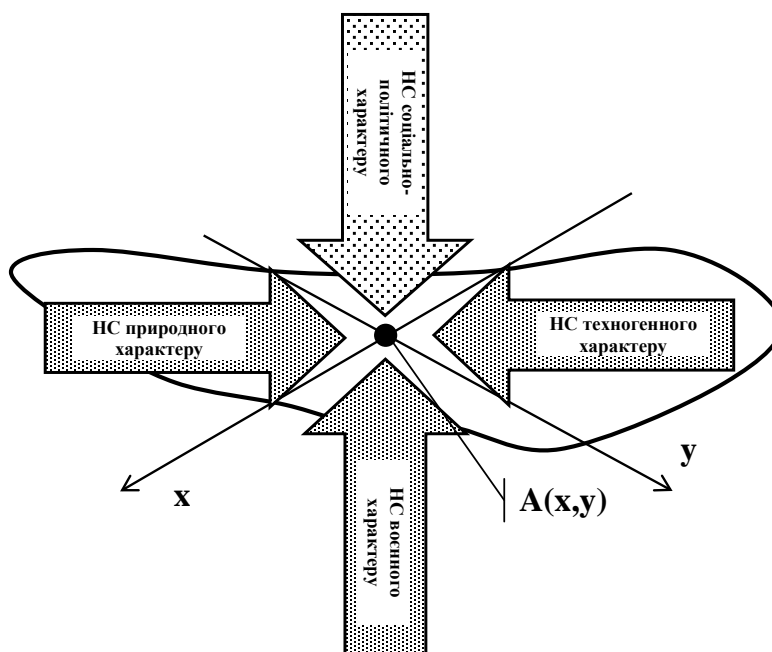
<sup>2</sup>Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

## **ЩОДО ОЦІНКИ НЕБЕЗПЕКИ ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ПРИРОДНОГО ТА ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРУ**

Суспільство, природне та технічне середовище у процесі існування, розвитку та взаємодії генерують надзвичайні ситуації (далі НС), які впливають на рівень життя та стан здоров'я соціумів даної природно-технічно-соціальної системи.

Оцінка небезпеки життю та здоров'ю населення від НС потребують формування об'єктивних критеріїв для визначення стану безпеки території

України (рис. 1), його відповідності заданому рівню безпеки та його динаміки у процесі життєдіяльності природно-технічно-соціальної системи.



**Рис. 1 – Вплив надзвичайних ситуацій на рівень небезпеки у точці  $A(x, y)$  земної кулі**

Так, для оцінки впливу НС на рівень життя та стан здоров'я соціуму, показник індивідуальної небезпеки в точці  $A(x, y)$  в момент часу  $t$  можливо представити таким чином:

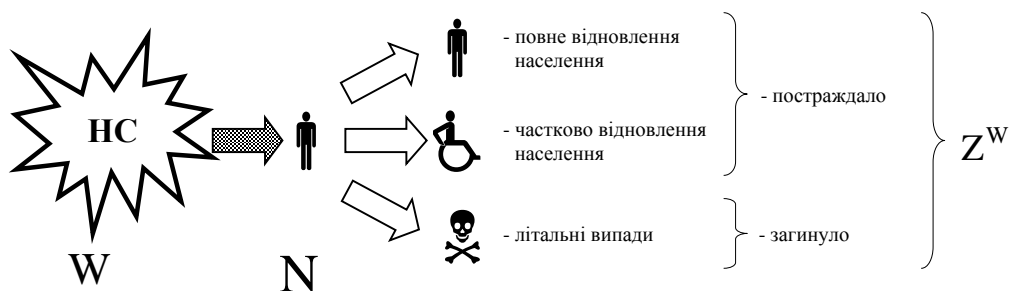
$$K_{\text{інд.}A(x,y,t)}^{\text{небезп.}} = \psi(k_{\text{інд.}A(x,y,t)}^{\text{техн.}}, k_{\text{інд.}A(x,y,t)}^{\text{прир.}}, k_{\text{інд.}A(x,y,t)}^{\text{соц.-політ.}}, k_{\text{інд.}A(x,y,t)}^{\text{воєн.}}) \Rightarrow \{S; E\},$$

де  $k_{\text{інд.}}^{\text{техн.}}$ ,  $k_{\text{інд.}}^{\text{прир.}}$ ,  $k_{\text{інд.}}^{\text{соц.-політ.}}$ ,  $k_{\text{інд.}}^{\text{воєн.}}$  – рівні небезпек: техногенного, природного, соціально-політичного, воєнного характеру;  $S$  – соціальні наслідки,  $E$  – економічні збитки.

Соціальні наслідки ( $R_{S_1}, R_{S_2}, R_{S_3}$ ), по аналогії з оцінкою пожежних ризиків, в умовах НС природного та техногенного характеру представимо так:

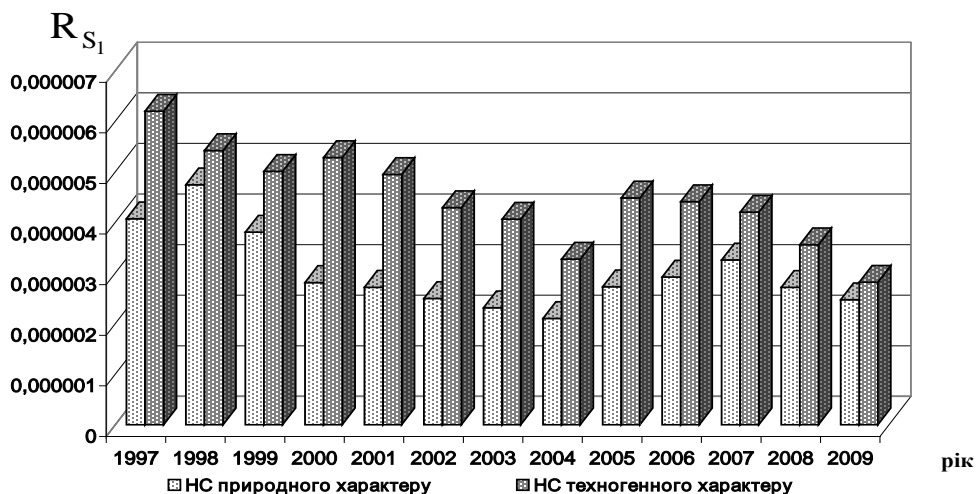
$$R_{S_1} = \frac{W}{N}; \quad R_{S_2} = \frac{Z^W}{W}; \quad R_{S_3} = \frac{Z^W}{N},$$

де відповідно показники:  $W$  – кількості НС,  $Z^W$  – кількості населення, яке вражено дією НС (постраждало та загинуло) – рис. 2;  $N$  – кількості населення України.

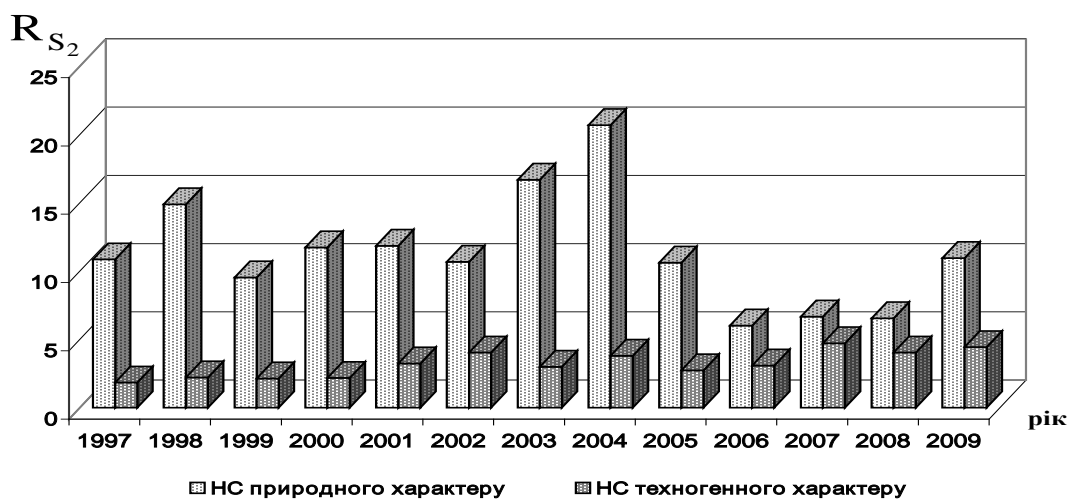


**Рис. 2 – Соціальні наслідки від дії НС**

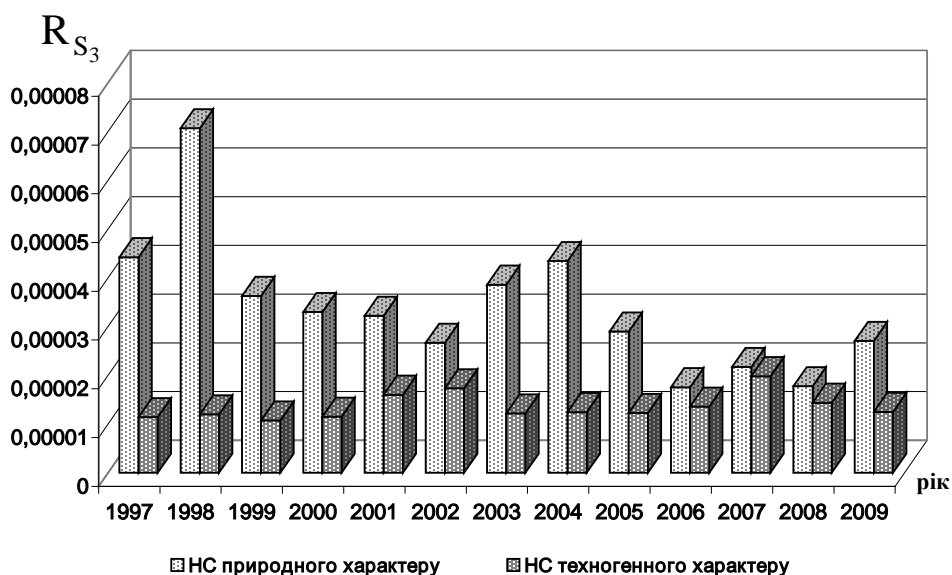
У результаті застосування наведеного підходу та на підставі офіційно оприлюдненої інформації щодо росту кількості НС та наслідків від них отримані зміни показників  $R_{S_1}$ ,  $R_{S_2}$  та  $R_{S_3}$  в Україні за техногенною та природною небезпекою (рис. 3–5).



**Рис. 3 – Динаміка  $R_{S_1}$  в Україні в умовах НС природного та техногенного характеру за період 1997 – 2009 рр.**



**Рис. 4 – Динаміка  $R_{S_2}$  в Україні в умовах НС природного та техногенного характеру за період 1997 – 2009 рр.**



**Рис. 5 – Динаміка  $R_{S_3}$  в Україні в умовах НС природного та техногенного характеру за період 1997 – 2009 рр.**

Аналізуючи динаміку рівня небезпеки, що впливає на стан життя та здоров'я населення України, слід наголосити на виникненні додатного градієнту природної складової небезпеки, як дестабілізуючого фактора для економіки держави, стану життя населення та умов життєдіяльності в цілому.

Отже, розмір соціальних наслідків від НС природного та техногенного характеру вказує на необхідність перегляду принципів цивільного захисту, які повинно спрямувати на розвиток заходів попередження та недопущення виникнення не тільки техногенних, а й природних небезпек, що провокують додаткові фінансові, матеріальні та соціальні навантаження на розвиток держави, які мають згубний вплив на здоров'я людей.

**Чернявська І.В.**

Харківський коледж

Національної фармацевтичної академії

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ**

Актуальність даного дослідження обумовлена потребою людини та суспільства у здоров'язбереженні. Більшість часу молодь знаходиться у навчальних закладах і тому ціннісне ставлення до здоров'я не може формуватися без участі викладачів. Довгий час наша освіта не приділяла належної уваги зміцненню, збереженню й розвитку здоров'я молоді, не вивчала вплив педагогічного процесу на стан їх здоров'я, не розглядала освітні технології з точки зору здоров'язбережувальної спрямованості.

В умовах сьогодення здоров'я людей є показником їхньої культури і водночас рівнем соціально-економічного розвитку суспільства, що пов'язано зі способом життя громадян та їхніх світоглядних орієнтацій на здоров'язбереження.

Здоров'я завжди вважалося найвищою цінністю людини та основою активної творчої життєдіяльності. У сучасних умовах соціальної нестабільності, підсилення динаміки життя та інших чинників роль здоров'я значно підвищується, оскільки конкурентноспроможною є лише фізично здорова, активна, соціально адаптована людина. Зазначене підкреслює необхідність реформування освіти зі спрямованістю на збереження здоров'я нації, забезпечення стійкого гармонійного розвитку молоді з високим рівнем культури здоров'язбереження. В Україні сучасні соціально-економічні умови життєдіяльності суспільства, екологічна ситуація, низький рівень культури харчування, культури з медичних та валеологічних знань, культури безпечної життєдіяльності, культури безконфліктного спілкування, культури фізичної активності сприяє низькому рівню культури здоров'язбереження населення.

В економічно розвинених країнах у зв'язку з постійною потребою у підвищенні продуктивності праці у роботодавців виникла проблема здоров'язбереження своїх робітників та формування їхнього відповідного світогляду; до оздоровчих програм входить виробнича гімнастика, заняття фізичною культурою, нормалізація ваги, раціональне харчування, відмова від паління та алкоголю, профілактика стресів тощо, означені заходи є досить ефективними. В цих країнах збереження здоров'я стало для роботодавців складовою виробництва, вимушеною, але дуже вигідною справою. На жаль, в Україні ця практика недостатньо застосовується, що, безумовно, впливає на безвідповідальне ставлення працівників і, зокрема молоді, до свого здоров'я.

Водночас модернізація вищої школи, інтенсифікація навчальної діяльності й перехід від традиційної організації навчального процесу до інноваційних технологій істотним чином підвищує вимоги до здоров'я студентської молоді. З огляду на це одним з важливих завдань вищої школи, її викладача постає збереження, зміцнення й формування здоров'я студентів.

Факторами шкідливої дії на здоров'я людини є збиткова нервово-емоційна напруженість життя, нездорове докільля, нераціональне харчування, гіподинамія. Негативно впливають на здоров'я студентів нездоровий спосіб життя, щоденні стреси, перевантаженість тощо. Абітурієнти приходять до ВНЗ, як правило, з виразно порушеним здоров'ям, а значна їх частина – з декількома хронічними хворобами. Ускладнює ситуацію й те, що частина педагогів, перевантажена посадовими функціональними обов'язками, побутовою невлаштованістю, сама знаходиться в затяжному стані психічного й фізичного виснаження, тривожності й депресії. Звідси неадекватні професійні установки, хибний стиль спілкування зі студентами, невдалі форми й методи навчання, інколи невинновиправдано агресивна поведінка.

Функціональний стан організму студентів, їх самопочуття й розумова працездатність безпосередньо залежать від способу життя, гігієнічного режиму

життєдіяльності, адекватності обсягів навчального навантаження впродовж навчального дня, тижня, семестру та року, обсягів навчальних програм і оптимальності навчального розкладу, від курсу навчання, стану здоров'я та низки інших факторів, які необхідно враховувати організаторам навчального процесу у вищій школі.

Стратегія здоров'я полягає в тому, щоб хворих лікувати, а здоровим допомогти створити умови для збереження здоров'я. Ураховуючи, що стан здоров'я людини значною мірою залежить від способу життя, одним із завдань працівника вищої школи є допомога студентові у виборі ним варіанту здорового способу життя, критеріями якого є раціональне, збалансоване й адекватне харчування, щоденне дотримання вимог гігієни, відмова від шкідливих звичок, загартування, оптимальний руховий режим.

Одною із якостей, необхідних у освоєнні життєвої та соціальної компетентності, а значить і успішної діяльності у майбутньому є бережливе ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших, як до найвищої цінності. Здоров'я - поняття багатопланове. Це не лише відсутність хвороб, а й комфортне психологічне самопочуття, гарний настрій, високий рівень пристосування, благополуччя. Тобто, здоров'я – це гармонійне поєднання фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я, як результат самодисципліни, самопізнання, самореалізації, на основі стійкої потреби бути здоровим. Більшу частину робочого часу доби дитина проводить у школі. Тому однією із задач у процесі навчання являється не тільки навчити, сформувати уміння та навички і розвинути творчий потенціал, а й максимально можливо зберегти здоров'я учнів. Цьому допомагає використання у навчально-виховному процесі здоров'язбережувальних технологій.

Сучасна освіта характеризується широким впровадженням технологічного підходу. І це є об'єктивним процесом, новим етапом в еволюції освіти, на якому будуть переглянуті підходи до супроводу і забезпечення процесу природного розвитку студентської молоді [3].

Поняття “здоров'язбережувальні технології” об'єднує в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді.

Для розуміння сутності здоров'язбережувальних технологій пропонуються такі підходи: сприятливі умови навчання (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання); оптимальна організація навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм); повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Мета усіх здоров'язбережувальних освітніх технологій - сформувати в студентської молоді необхідні знання, вміння та навички здорового способу життя, навчити їх використовувати отримані знання в повсякденному житті. Цьому відповідають принципи навчання, що віддзеркалюють потреби суспільства. Принципи існують в органічній єдності, створюючи систему, складовими якої є як загальнометодичні, так і специфічні принципи. Вони

розкривають закономірності оздоровчої педагогіки. Загальнометодичні принципи - це основні положення, що визначають зміст, організаційні форми та методи навчального процесу відповідно до загальних цілей здоров'язбережувальних освітніх технологій. Серед специфічних принципів виокремлюються: принцип свідомості; принцип активності; принцип наочності; принцип систематичності та послідовності; принцип "Не зашкодь!"; принцип повтору; принцип поступовості; принцип доступності; принцип індивідуалізації; принцип неперервності; принцип циклічності; принцип урахування вікових та індивідуальних особливостей; принцип всебічного та гармонійного розвитку особистості; принцип оздоровчої спрямованості; принцип комплексного міждисциплінарного підходу до навчання; принцип активного навчання; принцип формування відповідальності за своє здоров'я та здоров'я оточуючих; принцип зв'язку теорії з практикою.

Слід зазначити, що впровадження здоров'язбережувальних освітніх технологій пов'язано з використанням медичних (медико-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, лікувально-оздоровчих), соціально-адаптованих, екологічних здоров'язбережувальних технологій та технологій забезпечення безпеки життєдіяльності.

Сутність здоров'язбережувальних та здоров'яформуючих технологій постає в комплексній оцінці умов виховання і навчання, які дозволяють зберігати наявний стан студентської молоді, формувати більш високий рівень їхнього здоров'я, навичок здорового способу життя, здійснювати моніторинг показників індивідуального розвитку, прогнозувати можливі зміни здоров'я і проводити відповідні психолого-педагогічні, корегувальні, реабілітаційні заходи з метою забезпечення успішності навчальної діяльності та її мінімальної фізіологічної "вартості", поліпшення якості життя суб'єктів освітнього середовища [1].

Аналіз класифікацій існуючих здоров'язбережувальних технологій дає можливість виокремити такі типи [2]:

- здоров'язбережувальні – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в навчальному закладі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям студентів;
- оздоровчі – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я студентів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, аромотерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія;
- технології навчання здоров'ю – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загально-навчального циклу, введення до варіативної частини

навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти;

- виховання культури здоров'я – виховання в студентській молоді особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини.

Для досягнення мети здоров'язбережувальних освітніх технологій застосовуються дві групи методів: специфічних (оповідання, дидактичне оповідання, лекція, демонстрація, ілюстрація, відео метод, практичний метод, ситуативний метод, ігровий метод, активні методи навчання та ін.) та загально педагогічні. У структурі метода виокремлюють певні прийоми як його складові та окремі етапи під час реалізації. Прийоми можна класифікувати так: профілактично–захисні (особиста гігієна та гігієна навчання); компенсаторно–нейтралізуючі (фізкультхвилинки, оздоровча, дихальна та корегуюча гімнастики; масаж, психогімнастика тощо); стимулюючі (елементи загартування, фізичні навантаження, прийоми психотерапії та фітотерапії); інформаційно-навчальні. Якщо всі окремі підходи будуть об'єднані в єдине ціле, то можна буде створити оздоровчий освітній простір, де будуть реалізовані ідеї здоров'язбережувальної педагогіки.

Однак слід зазначити, що поняття “здоров'язбережувальна” можна віднести до будь-якої педагогічної технології, яка в процесі реалізації створює необхідні умови для збереження здоров'я основних суб'єктів освітнього процесу – студентської молоді та викладачів. І саме головне, що будь-яка педагогічна технологія має бути здоров'язбережувальною.

Знання, володіння і застосування здоров'язбережувальних технологій є важливою складовою професійної компетентності сучасного педагога. Викладачі у тісному взаємозв'язку з студентами, медичними працівниками, практичними психологами, соціальними педагогами та соціальними працівниками, усіма тими, хто зацікавлений у збереженні і зміцненні здоров'я студентської молоді, спроможні створити здоров'язбережувальне освітнє середовище.

### Література

1. Бойченко Т. Валеологія – мистецтво бути здоровим // Здоров'я та фізична культура. – 2005. – № 2. – С. 1-4.
2. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі // Здоров'я та фізична культура. – 2006. – № 8. – С. 1-6.
3. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: АРКТИ, 2006.- 320 с.



**Чустрак А.П.<sup>1</sup>, Кучеренко Г.В.<sup>2</sup>, Середенко И.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Южноукраинский национальный педагогический  
университет имени К.Д. Ушинского

<sup>2</sup>Национальный университет  
“Одесская юридическая академия”

## **СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СРЕДСТВАМИ ПОВЫШЕНИЯ СТАТОКИНЕТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ**

Сохранение здоровья подрастающего поколения в значительной степени определяется дальнейшим совершенствованием и разработкой новых средств и методов учебно-воспитательной работы, с тем, чтобы на каждом этапе онтогенеза достигался оптимальный уровень развития всех функциональных систем, необходимых для поддержания высокой работоспособности организма детей в их жизнедеятельности.

“Ни орган слуха, ни орган зрения, ни никакой другой из органов высших чувств не может совершенствоваться без последовательного систематического упражнения” (П. Лесгафт).

Под статокинетической устойчивостью в настоящее время понимается способность организма удерживать стабильными пространственную ориентировку, вестибулярную устойчивость, функцию равновесия, которые удерживаются оптимальными уровнями регуляции физиологических систем в условиях активного и пассивного перемещения в пространстве [4].

Специальные упражнения, повышающие устойчивость вестибулярного анализатора улучшают показатели вегетативных и соматических реакций под влиянием вестибулярных раздражений: после тренировки дети реагировали на вращения более редкими ударами пульса по сравнению с исходными данными, а артериальное давление изменялось в границах близких к исходным [5].

Адекватное раздражение вестибулярного анализатора не ограничивает двигательные возможности детей, а расширяет и увеличивает их [2, 3, 5].

Подчеркивалась необходимость применения активной вестибулярной гимнастики в целях профилактики статокинетической устойчивости в течение нескольких лет, так как она укрепляет организм в целом и способствует “выработке адаптации (привыканию к качке) т.е. образованию ряда специфических безусловных и условных рефлексов” (Г. Цимерман). А, как известно, такие рефлексy значительно быстрее вырабатываются в детском возрасте, так как детский организм отличается пластичностью нервной системы и легкостью образования условных связей [5].

На основании проведенного большого числа многолетних исследований было установлено, что устойчивость вестибулярного анализатора у мальчиков к 13-14, а у девочек – к 10-12 годам достигает уровня, характерного для взрослых, не занимающихся спортом [2]. Дети, приступившие к занятиям сложнокоординированными видами спорта в возрасте 9-10 лет и применявшие специальные физические упражнения с вращениями, значительно ускоряли

процесс функциональной адаптации вестибулярного анализатора, улучшали качество выполнения упражнений и сокращали сроки обучения в два и более раз [3].

Проведенные опыты на животных показали, что специальная тренировка различных отделов вестибулярного аппарата повысила сопротивляемость организма животных ко многим применяемым “стрессорам”: к действию наркоза, высоким концентрациям углекислоты, недостатка кислорода, охлаждением и перегреваниям. Систематическая тренировка разных отделов вестибулярного аппарата оказала благоприятное воздействие на рост и вес животных, а также оказала активирующее влияние на некоторые иммуно-биологические свойства организма, в частности на фагоцитоз [1]. При этом подчеркивалось, что в той группе, где тренировки применялись ускорениями Кориолиса (вращения в двух плоскостях), фагоцитарный индекс вырос на 45,8%, а там где тренировали только отолитовый аппарат – только на 14,6%. Наилучшая устойчивость была у животных тренированных упражнениями с вращениями в более быстром темпе.

Обнаружено также, что дети, занимающиеся спортивными видами гимнастики, акробатики значительно меньше болеют простудными заболеваниями. Большая устойчивость к переохлаждениям организма была отмечена также у группы юных космонавтов, тренировавшихся упражнениями, вызывающими раздражения различных отделов вестибулярного аппарата. Замечено также, что лица, профессия которых связана с выполнением резких движений головой и телом (моряки, летчики, артисты балета, гимнасты, акробаты и т.п.), обладают большей устойчивостью к простудам (Я. Эголинский).

Таким образом, постоянная тренировка статокинетической устойчивости адекватными раздражениями различных отделов вестибулярного аппарата может способствовать повышению сил общего сопротивления организма различным неблагоприятным факторам внешней среды. Это происходит, вероятно, благодаря многочисленным прямым и опосредованным связям вестибулярного анализатора с другими функциональными системами и вследствие обширной иррадиации возбуждения с центров вестибулярного анализатора на двигательные и вегетативные центры.

Объект нашего исследования: статокинетическая устойчивость детей, предмет исследования - статокинетическая устойчивость детей младшего школьного возраста.

Задачи исследования: исследовать эффективность совершенствования статокинетической устойчивости под влиянием специальных физических упражнений, адекватных для школьников от 7 до 10 лет.

Основными методами исследования были лабораторный и естественно-педагогический эксперименты, в ходе которых применялись частные методики: непрерывная кумуляция ускорений Кориолиса (С. Маркарян), при этом изучались особенности вегетативных реакций (ритмичность сердечных сокращений по Р. Баевскому и термометрия кожи лба, (К. Хилов);

стабилография (Е. Бабский, В. Гурфинкель); измерение отолитовой реакции (К. Хилов); исследование динамического равновесия на фоне вестибулярных раздражений. Применялась комбинированная проба: десять поворотов на месте с одновременными наклонами головы вперед до касания подбородком груди (на 30-35°) со скоростью один поворот на 360° и наклон головы за 2 секунды. До пробы и сразу после нее исследуемые проходили пятиметровый отрезок обычным шагом без зрительного контроля. Учитывалось отклонение от прямой в сантиметрах; определение статического равновесия с помощью регистрации длительности удержания стойки на одной ноге без зрительного контроля в сек.; изучались физическое развитие и физическая подготовленность школьников.

Исследование проводилось на 260 учащихся от 7 до 10 лет. Результаты шестимесячного педагогического эксперимента показали, что во всех экспериментальных группах по сравнению с контрольными произошли значительные изменения показателей вестибуломоторных и вестибуловегетативных реакций, свидетельствующих о повышении статокINETической устойчивости детей и эффективности использования на уроках активного и особенно смешанного методов воздействия, обладающих повышенной эмоциогенностью. Например, у семилетних мальчиков после эксперимента при смешанном методе реакция на кумуляцию вестибулярных раздражений была значительно меньшей на 25,1%, чем при активном методе – 37,3% ( $P<0,05$ ) и нежеле до эксперимента -39% ( $P<0,01$ ). Динамическое равновесие при смешанном методе улучшилось у 7, 8 и 9-летних девочек, соответственно на 56, 68, 69%; у мальчиков – на 56, 73, 58% ( $P<0,01 - 0,001$ ), а при активном методе у девочек – на 63, 58, 59%; у мальчиков – на 40, 44, 23% по сравнению с исходными данными ( $P<0,05-0,01$ ). У школьников контрольной группы динамическое равновесие не улучшилось, напротив, у 9-летних мальчиков оно ухудшилось на 30% по сравнению с исходными данными ( $P<0,05$ ). Аналогичный характер изменений отолитовой реакции. Наиболее выраженными были улучшения статического равновесия: через 10 занятий – на 30-46%, через 25 занятий – на 158-164%, через 32 занятия – на 364-503%. Изменение вестибуловегетативных реакций было менее заметным. Отмечена стабилизация показателей ритмичности сердечных сокращений (амплитуды моды и индекса напряжения), а температура кожи лба чаще оставалась без изменений в ответ на одномоментную непрерывную кумуляцию ускорений Кориолиса.

На основании проведенных исследований можно сделать такие выводы:

1. С увеличением возраста от 7 до 10 лет увеличивается статокINETическая устойчивость детей под воздействием ускорений Кориолиса как с открытыми, так и с закрытыми глазами: увеличивается динамическое и статическое равновесие; уменьшается выраженность отолитовой реакции.

2. Определены показатели низкой степени статокINETической устойчивости для детей 7-10 лет после одномоментной непрерывной кумуляции ускорений Кориолиса: увеличение средней амплитуды колебаний общего центра тяжести тела на 50-60% и средней частоты колебаний ОЦТ тела – на 35-

50% по сравнению с исходными данными; резкие колебания индекса напряжения и невосстановление показателей ритмичности сердечных сокращений к 10 минуте послеवращательного периода; падение температуры лба на 0,8-1°C; низкие уровни статического равновесия- 0,5-1,5с; отклонение от прямой на 180-200 и более см при определении динамического равновесия.

3. Экспериментально доказана эффективность применения специально разработанных упражнений на оригинальных приспособлениях (подвесных и “вертикальных” качелях, надувных автомобильных камерах и покрышках, ропедах и циклопедах), которые способствуют выполнению одного из важных требований при формировании статокинетической устойчивости детей – эмоциональной привлекательности занятий, что “отвлекает” детей от неприятных ощущений, вызываемых вращениями, и тем самым дает возможность многократно выполнять упражнения насыщенные угловыми и линейными ускорениями (повороты, вращения, качания, кружения, наклоны, прыжки, перекаты, кувырки). Сочетание таких упражнений с играми и использование многокомплектных снарядов позволяет достигать высокой моторной плотности урока и совершенствовать не только статокинетическую устойчивость, но и целый ряд других двигательных качеств.

4. В течение педагогического эксперимента дети экспериментальных групп не пропускали занятий по причине простудных заболеваний.

#### **Литература**

1. Апенков А.Ф. О влиянии различных видов тренировки вестибулярного аппарата на устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов // Матер. научн. конф. “Биологические дисциплины при Институте физической культуры имени П.Ф. Лесгафта. – Л., 1967. - С. 36-46.
2. Байченко И.П. Динамика развития функций двигательного и вестибулярного анализаторов в связи с занятиями спортом в различные возрастные периоды // В кн.: Двигательный режим и старение. – К.,- 1963. - С. 9-10.
3. Болобан В.Н. Развитие и совершенствование пространственной ориентировки у школьников 8-16 лет на занятиях акробатикой: Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – К., 1969. – 24 с.
4. Копанев В.И., Лопухин В.Я. Статокинетическая устойчивость спортсменов // Теория и практика физической культуры.- 1970. - №4. – С. 31-33.
5. Терентьева Н.Н. Изменение устойчивости вестибулярного анализатора у детей дошкольного возраста под влиянием специальных упражнений: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – Х., 1971. – 15 с.

## **ТЕХНОЛОГІЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ РУХОВИХ УМІНЬ ТА НАВИЧОК У ДІТЕЙ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕЛЕМЕНТІВ ТЕНІСУ**

Молодший шкільний вік - відповідальний період у розвитку дитини, коли формується характер, розширюється світогляд дітей, закладається фундамент здоров'я та основи загальної фізичної підготовки людини [1, 5].

Особливу значущість набувають питання підбору засобів та методів фізичного виховання, які спрямовані на здобуття оздоровчого ефекту при заняттях фізичної культури у молодшому шкільному віці, тому що технічний прогрес нашого суспільства відкриває нові позитивні та негативні краєвиди.

Аналіз нормативних документів та спеціальної літератури з досліджуваної проблеми ("Про закон України про фізичну культуру і спорт" від 10.02.2000 № 1453 – III; "Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми "Діти України" на період 2005 року" від 24.01.2001 № 42/2001; "Про національну програму „Дедуктивне здоров'я” 2001 - 2005” від 26.03.2001 № 203/2001; "Про затвердження цільової комплексної програми "Фізичне виховання – здоров'я нації" та заходи Міносвіти щодо реалізації Програми" від 01.09.1998р. № 986/9; "Про невідкладні додаткові заходи щодо зміцнення моральності у суспільстві та утвердження здорового способу життя" від 15.03.2002 № 258/2002; "Про Систему організації фізкультурно-оздоровчої та спортивної роботи дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних та позашкільних навчальних закладів" від 21.07.2003 № 486) свідчать про те, що одним із основних завдань, поставлених перед системою фізичної культури в Україні, є зміцнення здоров'я населення і, насамперед, дітей. Тому що для майбутнього процвітання та прогресу нації на світовому рівні треба займатися дитиною змалку.

Як відзначають В. Арєф'єв і В. Столітенко [3], у програмах з фізичної культури, спрямованих на підвищення рівня фізичної підготовленості, цей потенціал реалізується тільки на 40%. Залежно від рівня кваліфікації та підготовленості вчителя з фізичної культури велику увагу приділяють окремим спортивним (основи футболу, баскетболу, волейболу) та рухливим іграм, східним оздоровчим системам при зменшенні обсягу інших вправ. Учені та практики відзначають, що різноманітність фізичних вправ може бути реалізована і за рахунок включення до програми елементів тенісу, легкої атлетики, бадмінтону тощо. Це сприяє вирішенню оздоровчих та освітніх завдань. Необхідність дитини займатися та грати з предметом зумовлена природними передумовами і бажанням, а також визначеними труднощами придбання навичок володіння предметом.

Пошуку засобів підвищення ефективності фізичного виховання дітей та підлітків присвятили свої дослідження різні вчені. Організаційно-педагогічне та методологічне підґрунтя удосконалення системи фізичного виховання школярів наведено у дослідженнях Л. Волкова, О. Дубогай, Т. Круцевич, О. Куца, Б. Шияна; диференційованому фізичному вихованню присвячені дослідження Т. Петровської, Н. Москаленко, В. Веселової та інших; використанню різних видів спорту у фізичному вихованні учнів молодших класів присвятили свої дослідження В. Шаулін, А. Цьось, А. Вольчинський, Л. Харченко, М. Борейко, В. Жилюк, Є. Столітенко, О. Шиян та інші.

Однак, не було виявлено досліджень, присвячених пріоритетному застосуванню елементів тенісу як засобу підвищення ефективності фізичного виховання учнів молодших класів.

Теніс - це гра руху, постійних критичних положень. Гра залежить від вибухових швидкісних рухів, що чергуються з варіантами швидких бокових рухів. Завдяки тенісу досягається розвиток рухових якостей і координаційних здібностей дітей, розширюється фонд їх рухових умінь і навичок, а також значно збільшується резерв функціональних систем організму. Відбувається активація розвитку та зміцнення опорно-рухового апарату, покращується функціонування основних систем і внутрішніх органів дітей [2, 4].

Тому одним із нових підходів до розв'язання проблеми реалізації потенціальних можливостей організму дітей може стати спроба побудувати процес фізичного виховання молодших школярів на підставі використання елементів тенісу.

У зв'язку з цим актуальною є проблема розробки науково-обґрунтованої методики використання елементів тенісу у процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку.

За мету нашого дослідження ми обрали обґрунтування змісту уроків фізичної культури для дітей молодшого шкільного віку з пріоритетним використанням елементів тенісу для підвищення рівня фізичної підготовленості та соматичного здоров'я дитини.

Розробка авторської експериментальної методики будувалася на основі головних положень програми з фізичної культури для загальноосвітніх навчальних закладів. У ній відзначено, що основними завданнями школи та вчителів фізичної культури є виховання у учнів бажання систематично займатися фізичними вправами, зміцнення здоров'я, навчання їх самостійно виконувати прості рухові дії, сприяння розвитку фізичних якостей, виконання правил безпеки. Використовувалися також і різноманітні дидактичні принципи (свідомості та активності, наочності, доступності, індивідуалізації, систематичності, прогресування) для впровадження в систему уроку фізичної культури вправ оздоровчої спрямованості та елементів тенісу, які містять у собі ряд універсальних методик, без яких неможливо на високому якісному рівні вирішувати завдання навчання і виховання.

Запропонований нами урок фізичної культури проводився за загальноприйнятою схемою. Він складається з трьох частин: 1) підготовча

частина (7 - 15% часу) була спрямована на організацію учнів, ознайомлення їх зі змістом та підготовку до основної роботи на уроці; 2) основна частина (80-85% часу) вирішувала завдання – підвищення рівня фізичної підготовленості, працездатності, розвиток опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, зорово-моторної реакції, уваги, “відчуття м’яча”, формування постави, гартування організму, розвиток морально-вольових якостей, підвищення позитивно-емоційного стану дитини, віру у свої можливості; 3) заключна частина (5-6% часу) була спрямована на відновлення організму дитини. Ця частина заняття дуже важлива тому, що уроки з фізичної культури у розкладі плануються в різний час. І дитина, повернувшись з цього уроку, повинна ще працювати на інших уроках і примножувати свої знання.

Для оптимізації та інтенсифікації проведення уроку використовували зміну місць занять, зміну вихідних положень, зміну обладнання та інвентарю, зміну партнерів, що дозволяло, не виділяючи окремих учнів, тримати всіх постійно у полі зору, приділяти дітям рівноцінну увагу.

Після проведення педагогічного експерименту з використанням нашої методики нами отримані наступні результати. Показники тесту “нахил тулуба вперед” зросли на 222% у хлопців і на 189% у дівчат експериментальної групи, в контрольній групі на 69,5% у хлопців та на 50,7% у дівчат контрольної груп. Такий істотний приріст в цьому тесті пов’язаний з тим, що період молодшого шкільного віку є сенситивним періодом для розвитку такої фізичної якості, як гнучкість. Значний приріст результатів ( $p < 0,05$ ) спостерігали і при виконанні тесту “піднімання тулуба в сід за 1 хвилину” на 82,60% у хлопців і на 77,60% у дівчат експериментальної групи, і лише на 17,80% у хлопців та на 18,30% у дівчат контрольної групи. Показники тесту “згинання та розгинання рук в упорі лежачи” зросли на 96,20% у хлопців і на 84,20% у дівчат експериментальної групи, і лише на 19,50% у хлопців і на 28,20% у дівчат. У тесті “стрибок у довжину з місця” приріст результатів був однаковий як у хлопців, так і у дівчат експериментальної групи – 37,50% у хлопців і 37,50% у дівчат, в той же час в контрольній групі приріст результату був менш істотним і також не мав великого коливання - 7,80% у хлопців і 7,90% у дівчат. Аналізуючи приріст результатів тесту “біг 30 м” відмітимо, що показники експериментальної групи підвищилися на 18,70% у хлопців і на 17,50% у дівчат, а в контрольній групі приріст склав лише 9,60% у хлопців та 8,20% у дівчат. Показники тесту “човниковий біг 4x9 м” дали найменший приріст результату – 10,80% у хлопців і 9,70% у дівчат експериментальної групи та 2,70% у хлопців, 2,50% у дівчат контрольної групи.

Заняття по фізичній підготовці в експериментальній групі мали цільову спрямованість і індивідуальний підхід, і ставили на перше місце за мету придбання та закріплення технічних і тактичних умінь і навичок, а також психологічну підготовку дитини.

З наведеного можна зробити висновок про те, що запропонована експериментальна методика проведення уроків фізичної культури з використанням елементів тенісу включає в себе: загальні завдання та принципи,

засоби та методи розвитку фізичних якостей, вправи які спрямовані на розвиток усіх груп м'язів з урахуванням вікових особливостей, планування навантаження та інтервалів відпочинку, мотивацію до уроків, психологічний комфорт. Визначені нові підходи до організації процесу фізичного виховання школярів першого класу з використанням елементів тенісу. Завдяки використанню авторської методики підвищився рівень фізичної підготовленості, що позитивно впливає на розвиток всього організму дитини.

### **Література**

1. Агаджанян Н.А., Полатайко Ю.А. Экология, здоровье, спорт. – Ивано-Франковск – Москва: Плай, 2002. – 308 с.
2. Аль Хаклик Махмуд. Направленность и содержание физической подготовки теннисистов в группах начального обучения ДЮСШ: Дис. ... канд. наук по физическому воспитанию и спорту. – К., 1997. – 171с.
3. Ареф'єв В.Г., Столітенко В.В. Фізичне виховання в школі: Навч. посібник. – К.: ІЗМН, 1997. – 152 с.
4. Ле Дефф Э. Физическая подготовка теннисиста. Справочник спортсмена. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 258 с.
5. Суббота Ю.В. Оздоровчі рухові програми самостійних занять фізичною культурою і спортом: Практичний посібник. – Київ.: КНЕУ, 2007. – 164 с.

**Щербак І.М., Пашинський П.П.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

## **ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Зміна світоглядних парадигм, пов'язана з кризою культурних цінностей суспільства, інформаційне перенавантаження, прискорення темпу життя та відсутність навиків стратегічного і цільового планування призводять до виникнення зайвого психонапруження у соціумі, появи індивідуальних комплексів, депресивних станів, перманентної фрустрації та фізичних вад.

Одною із найбільш вразливих у цьому відношенні категорій населення є студенти перших курсів, у котрих різка зміна стилю та укладу життя на фоні збільшення розумового навантаження часто є причиною виникнення різних страхів, поєднаних з необхідністю внутрішнього настроювання на певне поведіння, що потребує мобілізації всіх сил на активні дії та викликає стан стресу і порушення психічного здоров'я [2, с.23].

У стресовому стані важко здійснювати цілеспрямовану діяльність, переключення і розподілення уваги, виникає загроза загального гальмування чи повної дезорганізації діяльності.



Внаслідок дії психогенних чинників з'являються такі негативні прояви психічного здоров'я, як підвищена тривожність, невпевненість у собі, надмірна вразливість [3, с.31].

Психічне здоров'я – складова і необхідна умова здоров'я людини взагалі. Воно певною мірою зумовлює стан фізичного здоров'я, а також є основою для формування і розвитку духовного здоров'я. Психічне здоров'я можна розглядати як гармонійний стан психічного розвитку людини (емоційного, інтелектуального, особистісного), який дає змогу їй адекватно зрозуміти і прийняти себе як унікальну, неповторну особистість.

Визначають три фази стресу: тривога (мобілізація захисних сил), резистентність (приспосовування до важкої ситуації), виснаження (при тривалому стресі). Останню фазу називають також стадією дистресу, коли настає зрив адаптаційних систем організму, що призводить до захворювань (як правило, неврозів) [2, с.36].

У роботах деяких авторів можна знайти зіставлення деяких індивідуальних психічних особливостей зі швидкістю утворення позитивних і умовних гальмових рефлексів [2, с.46]. Сюди належать дослідження тривожності, або занепокоєння. Тривожність діагностувалося за допомогою дуже різноманітних наборів іспитів за допомогою так названої Тейлоровської шкали “відкритої тривожності”, що побудована по типу тест-довідника.

Склад психологічних компонентів тривожності не можна вважати цілком визначеним і встановленим. Найбільш стійкі і постійні компоненти цього комплексу: стан емоційної напруги (стрес), переживання особистої погрози, підвищена чутливість до невдач і помилок, віднесення невдач і помилок, за рахунок властивостей своєї особистості, заклопотаність, невдоволення собою. Весь цей комплекс володіє одним з основних відмітних ознак темпераменту: від нього залежить динаміка діяльності. Але виявляється він лише в ситуації небезпеки і залежить від мотивів і відносин особистості.

Тривожність спостерігається також при незадоволенні мотивів і у всякому психологічному конфлікті типу фрустрації. Стан тривожності не є іманентною властивістю, він з'являється лише при визначених порушеннях у системі мотивів і відносин особистості [1, с.41].

Недолік досліджень за Тейлоровською шкалою “відкритої тривожності” у тім, що індивідуальні психічні особливості в них встановлювалися в більшості випадків на основі опитування. У питаннях тесту вказуються ті зовнішні ознаки, на основі яких можна судити про психічні особливості, що входять у комплекс тривожності. Верифікація тесту проводилася на основі бесіди з безпосереднім спостереженням за поведінкою респондентів.

При такому способі зіставлення неможливо сказати, від якого саме загального типу нервової системи або окремої властивості залежить даний комплекс властивостей темпераменту. У випробуваних з високим ступенем тривожності сила гальмування була менше, ніж сила порушення.

Отже, цей комплекс залежить від загального типу нервової системи, однак має постійний характер та виявляється в різні періоди життя й у різних ситуаціях.

Виходячи з цього, метою даної роботи було визначення нервово-психічного напруження, запропонованого Немчиним [5, с.225]. А також в своєму дослідженні ми використовували варіант тесту Дж. Тейлора і додаткової шкали, яка дозволяє говорити про демонстративність, невідвертість відповіді студентів різних факультетів І курсів ХНПУ імені Г. С. Сковороди [4, 5, с.236].

Ця методика була створена шляхом відбору із стандартної методики Тейлора таких пунктів, які відповідали клінічному уявленню про хронічні тривожні реакції. Методика дає можливість оцінити загальний рівень соціальної, особистісної та ситуативної тривожності по самооцінці частоти прояву тих чи інших психофізіологічних станів.

За результатами тестувань при визначенні ступеню прояву нервово-психічного напруження було виявлено, що із слабким нервово-психічним напруженням виявилось – 42%, з помірним – 38%, надмірним – 20% опитуваних.

Відомо, що тривожність – це дуже поширений психологічний феномен нашого часу. Вона є частим проявом неврозів, а також належить до синдромології інших захворювань або є пусковим механізмом розладу емоційної сфери особистості. Зростаючий феномен тривожності пов'язаний з проблемами конфліктності та особистісних властивостей особистості, особливо серед молодого покоління.

Тривожність – це властивість, яка постійно або ситуативно проявляється у людини, яка переходить в стан підвищеної тривожності, відчуття страху в специфічних ситуаціях. На відміну від страху як реакції на конкретну загрозу, тривожність представляє собою безпредметний страх. У людини тривожність зазвичай пов'язана з очікуванням невдач в соціальній взаємодії і часто буває зумовлена неусвідомленням джерела небезпеки.

Функціонально тривога не тільки попереджує суб'єкта про можливість небезпеки, але й підводить до пошуку і конкретизації цієї небезпеки, конкретному дослідженню оточуючої дійсності з установкою визначити предмет загрози. Поведінкові прояви тривожності виявляються в загальній дезорганізації діяльності, яка порушує її спрямованість і продуктивність[1, с.18].

Результати тесту дозволяють визначити тривожність опитуваного: від низької до дуже високої. У результаті дослідження було показано, що низький рівень тривожності виявлений у 26% студентів. Середній рівень тривожності – у 41%, а високий показали 33%. Дуже високий рівень тривожності не був виявлений.

Аналізуючи дані, отримані в результаті дослідження, можна дійти до висновку про те, що переважає високий і середній рівень тривожності (з тенденцією до високого). При цьому дуже високий рівень тривожності в

даному дослідженні не був виявлений. Це може говорити про емоційну нестабільність, що є характерним для даного віку.

Таким чином, рівень тривожності та нервово-психічного напруження у студентської молоді можна розглядати як показник соціальної зрілості та культури, а його комплексне визначення дозволяє наблизити студентів до цілей самореалізації і зберегти здоров'я.

### **Література**

1. Аракелов Н., Шишкова Н. Тревожность: методы ее диагностики и коррекции» // Вестник МГУ: Сер. Психология. – 2002. - № 1. – С. 34-38.
2. Бодров В. А. Информационный стресс. – М., 2000.– 352с.
3. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. - 2-е изд., испр.– М.: Флинта: Наука, 2002.– 416с.
4. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж.Тейлор, адаптация Т.А.Немчина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И.Б.Дерманова. - СПб., 2002. – 234 с.
5. Немов Р.С. Психология: Учебник для студентов высш. пед. уч. заведений / Кн. 2. Психология образования. – М.,1994. – 176 с.

**Якушко К.Г.**

Національний університет біоресурсів і  
природокористування України, м. Київ

## **ВНУТРІШНЄ МОВЛЕННЯ ЯК ЗАСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ МОРАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ**

На даний час актуалізується проблема розгляду поняття “здоров'я” як моральної та фізичної рівноваги організму - частки Всесвіту. Здоров'я старшокласника, студента-першокурсника або навіть випускника з проблемами пошуку подальшої роботи, на наш погляд, потребує, окремого поглибленого вивчення педагогами та психологами. Моральне здоров'я такої молоді - це складна та нестабільна субстанція, оскільки потребує великих енергозатрат становлення, стійкості до стресів, здатності до швидкої адаптації, пізнання та систематизації великого обсягу інформації. В даному випадку, крім дотримання режиму праці, харчування та відпочинку, рекомендуємо занурення у мовне середовище - в життя “лінгвістичної істоти” [1]. Наголошуємо, що людська природа ще з часів Платона вважалась подібною складному тексту, значення якого повинно бути розшифрованим кожним самотійно. Слід розглядати внутрішнє мовлення-мислення як засіб внутрішньої актуалізації та релаксації.

Для актуалізації такої внутрішньої мовленнєвої діяльності, крім планування дій у записках, потрібне і застосування афірмацій (постійних настійних настанов) через правильне формування підбадьорюючих лозунгів у вигляді плакатів. Слід звикнути бачити і повторювати фрази “для тебе краще...”, “ти розумний, в тебе все вийде...”, замість “ти повинен...”, “не

підведи батьків...” тощо. Звичайно, для релаксації молодій людині потрібне як безпосереднє постійне ненав’язливе мовне спілкування з рідними та друзями через телефонні розмови, e-mail для виявлення співучастності, співчуття, поради (особливо коли навчається в іншому місті), так і вироблення вміння аналізувати власні думки самотійно, довіривши їх паперу через записи, таблицю “Що не вийшло? / Як покращити?” або навіть через символи – зображення у малюнках. Таким чином, дистанціювавши проблему перетворенням її в окрему незалежну істоту, молода людина зможе без надмірних емоцій порівняти та знайти варіанти вирішення стресової ситуації або проблеми.

Слід ознайомлювати молодь і з історичною традицією занурення у мовне середовище та розуміння мовного знаку як кодового апарата сакрального людського досвіду (у сфері уникнення протиріч, вироблення правил самозбереження, поведінки в суспільстві тощо). Так М. Бердяєв розумів процес письмового викладення думок як невідкладну органічну потребу, а Г. Сковорода підкреслював важливість вміння уміти вести розмову з самим собою так: “Посилаю зразок розмови душі, яка мовчки веде бесіду сама з собою, літає, бореться” [2, с. 234]. Важлива і відповідна сквородинівська синонімізація понять “світо творення”, “життєтворення”, “самотворення” та “мовлення як самотійне буття мовних знаків” тощо.

Отже, використання внутрішнього мовлення як засобу практичної актуалізації, релаксації та теоретичне ознайомлення з відповідними історичними традиціями важливі для збереження здоров’я молоді.

Аналіз даних засад може, на нашу думку, в подальшому акцентуватись детальним розглядом таких аспектів мовного життя молоді як “трансляція” - спонукання до реакції і до самоактивізації, “знак” - мистецтво в розшифрування кодів, русі пізнання, впізнанні та просвіті, “символ” - мистецтво у розвитку інтуїції, містицизму, ментальної долученості тощо.

#### **Література:**

1. Поль Рикер. Семантический план /Существование и герменевтика // От Шопенгауэра до Дерриды. – М.: ИЦ “ВЛАДОС”, 1997. – 525 с.
2. Сковорода Г.С. Листи до М. Ковалинського // Григорій Сковорода. Твори у двох томах. – К.: Обереги, 1994. - Т. 2. – С. 226-320.

## РОЗДІЛ II. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОРЕКЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ

Варшамова Д.Р.

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

### **РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ З ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПІЗНАВАЛЬНО-ПОШУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ ЗНИЖЕНИМ СЛУХОМ**

Ще донедавна діти з особливостями психофізичного розвитку вже на ранніх етапах свого життя потрапляли у ситуацію соціальної депривації, часто опинялись за межами умов, що сприятимуть розвитку їх потенційних можливостей та здатностей. Насьогодні держава та суспільство намагається переосмислити та виправити цю ситуацію, приділити даній проблемі необхідну увагу: визнаються права людей з особливими потребами на одержання рівних зі всіма можливостей, ведуться широкі обговорення у засобах масмедіа, відбувається реформування освітніх закладів, відкриваються реабілітаційні центри, розробляються програми інклюзивного навчання – процес триває.

Саме інклюзивне навчання все частіше стає темою обговорень на науково-практичних конференціях. При цьому ще не існує однозначності у його сприйманні: є як прибічники, так і противники.

Зосередження українського педагогічного світу на даному напрямку реформування освіти, безумовно, є природнім та важливим, і обумовлюється багатьма причинами. Однією з таких причин є зниження соціальної компетенції та дезадаптації в цілому у значної частини дітей з особливостями психофізичного розвитку, які отримують освіту у закладах інтернатного типу [2].

Однак, новий напрямок у вітчизняній освіті потребує ще значного удосконалення, яке стосується і законодавчої бази, і налагодження мультидисциплінарного підходу (скоординованості дій педагога та різнопрофільних фахівців), впровадження нового підходу до підготовки майбутніх педагогів та підвищення кваліфікації працюючих вчителів до роботи в умовах інклюзивного навчання, а також забезпечення психолого-педагогічного супровіду дітей та їх батьків. До того, розповсюдження інклюзивної освіти у майбутньому не заперечує існування спеціального навчання.

Поки тривають ці процеси підростають нові покоління дітей, які, як і раніше, відвідують спеціалізовані заклади, і яким необхідно створювати сприятливі умови для індивідуального різнобічного розвитку та соціалізації у суспільстві вже зараз в рамках їх навчання у цих закладах.

Між тим, для повноцінного входження у сучасний світ, для якого є характерними динамізм та постійна змінюванність, необхідно володіти здатностями швидкого адаптування до нових умов, вмінням аналізувати та переробляти великий потік інформації, діяти швидко, гнучко, та володіти значним ступенем пізнавальної та пошукової активності. Особливої важливості вищезазначене набуває в аспекті майбутньої соціалізації дітей з особливостями психофізичного розвитку. Нажаль, ті методи навчання, які на сьогодні практикуються у спеціалізованих навчальних закладах, зокрема, для дітей з порушенням слуху, неспроможні задовільнити цим потребам. Отже, необхідним стає перегляд існуючих методів, починаючи з дошкільного етапу навчання, що пов'язано з визначальною роллю даного вікового періоду для формування важливіших психічних функцій.

Таким чином, актуальність проблеми та попередній аналіз наукових джерел зі спеціальної педагогіки та психології зумовили розробку та проведення констатувального дослідження рівня розвитку пізнавально-пошукової діяльності дітей старшого дошкільного віку зі зниженим слухом, результати якого засвідчили значне відставання за більшістю показників у дошкільників цієї категорії у порівнянні з їх однолітками, якічують. Так, наприклад, за незначним виключенням, характерним для більшості вихованців зі зниженим слухом стали: відсутність ініціативності та низький рівень самостійності, відмова від пошуку розв'язання завдання при перших стиканнях із труднощами та очікування при цьому готового показу рішення від педагога, відсутність наполегливості у виконанні завдання; розрахування на провідну роль дорослого; майже не спостерігались цілеспрямовані або адекватно спрямовані дії в процесі вирішення, переважав хаотичний характер спроб, а також явно простежувалась тенденція щодо невміння добирати та використовувати необхідні адекватні пошукові дії для побудови шляху розв'язання отриманого завдання.

Основна особливість виконання завдань містилась у відсутності мовленнєвої продукції (запитань, роздумів, фіксування отриманих результатів і т.д.), що є ознакою несформованості мовлення як регулятора мисленнєвої діяльності.

Причину таких результатів ми бачимо не тільки у повільному та своєрідному розвитку мовлення, обмеженості спілкування та сприймання, що є наслідками порушення слухової функції, але також і у відсутності теоретико – практичних досліджень з формування пізнавально-пошукової діяльності даної категорії дітей у вітчизняній дошкільній сурдопедагогіці, і як наслідок, відсутністю методологічної бази для розробки відповідних навчальних програм та низький ступень уваги, що приділяється використанню пошукових методів у практиці навчання дошкільників з порушеннями слуху.

На фоні загального відставання показників рівнів сформованості пізнавально-пошукової діяльності вихованців зі зниженим слухом у порівнянні з їх чуучими однолітками, був виявлений ряд позитивних

проявів. До того ж розроблені та використані в ході дослідження міри допомоги дозволили означити зону найближчого розвитку дітей. Це надало підстави для визначення значних потенційних можливостей у розвитку даного виду діяльності у дошкільників зі зниженим слухом [1].

Таким чином, результати констатувального етапу дослідження надали підстави для розробки його формувальної частини, основна мета якої полягала у визначенні психолого-педагогічних умов та розробці методики формування пізнавально-пошукової діяльності дітей старшого дошкільного віку зі зниженим слухом.

Розроблена методика передбачала комплексне вирішення низки завдань пізнавального, соціального, екологічного, творчого та мовленнєвого розвитку, що реалізуються в процесі пізнавально-пошукової діяльності, і можуть бути органічно включені у програму “Виховання та навчання дітей дошкільного віку з вадами слуху”, зокрема, у такі розділи, як: “Ознайомлення з оточуючим”, “Образотворча діяльність та аплікація”, “Конструювання”.

Так були розроблені 4 серії занять: “Вода у живій та неживій природі”, “Дикі тварини”, “Пори року” та “Різнокольорові кубики”, кожна з яких, окрім основної мети, передбачала рішення більш конкретних задач, що стосувались певних компонентів – складових пізнавально-пошукової діяльності, які набували всебічності та глибинності свого формування, завдяки одномоментності включення у різні сфери дитячих знань.

До таких задач було віднесено: навчання добору необхідних способів дії та встановлення залежності між частинами цілого та між об’єктами завдання, розвиток вміння самостійно знаходити способи перетворення об’єкту, розвиток вміння орієнтуватися на задані умови, аналізувати їх, розгортати на їх підставі пошукові практичні дії та планувати послідовність виконання цих дій, використовувати спробуючі дії, розвиток вміння переносити засвоєний спосіб дії у нові умови, розвиток вміння помічати та виправляти власні помилки, вміння діяти у відповідності зі зміною обставин, тобто “гнучко” дивитись на ситуацію, розвиток самостійності та впевненості при вирішенні завдання.

Отже, навчання в рамках методики передбачало формування у дошкільників способів пізнавальної діяльності, здатності активно відтворювати знання, та використовувати їх при засвоєнні нового матеріалу, самостійно знаходити зв’язки між предметами та явищами, а також застосовувати адекватні дії при виконанні нових експериментальних завдань, діяти послідовно в ході пошуку рішення.

Розроблена методика передбачала широке використання проблемних ситуацій для розв’язання конкретних задач на заняттях з конструювання та зображувальної діяльності (малювання та аплікації), та проведення елементарних дослідів та експериментів при ознайомленні дошкільників з об’єктами живої та неживої природи, їх властивостями та

закономірностями, що дозволило максимально стимулювати у процесі пізнання пошуковість та викликати стійкий пізнавальний інтерес.

Включення у методику проведення елементарних дослідів, що передбачають практичну діяльність, дозволило дошкільникам самостійно аналізувати явище та отримувати нову інформацію, практично ознайомлюватись з певними фізичними явищами, досліджувати залежність певного явища від різноманітних умов, а також робити нескладні висновки на підставі наданих або отриманих фактів.

В межах створених серій занять знання розгортались від певної основи у напрямку відтворення її окремих проявів, зберігаючи при цьому внутрішню єдність і створюючи умови для розгортання самостійного пошуку. Опорні знання, що містились у структурі не існували окремо, а були поєднані внутрішніми зв'язками та залежностями, причинними відношеннями, які організують навколо себе весь зміст. Кожне наступне завдання у темі виступало як ускладнення та диференціація попереднього, що призводило до послідовного ускладнення уявлень дітей про об'єкти їх діяльності та створювало "ситуацію успіху".

Завдання експериментальної методики містили характерні особливості: 1) наявність проблемності у ситуації, в яку поринала дитина, що стимулювало її продуктивну, мисленнєву активність; 2) можливість використання різних мір допомоги в залежності від індивідуальних потреб вихованця, при цьому кожна наступна міра надавала можливість для подальшого самостійного просування дошкільника у розв'язанні завдання; 3) зміст завдань був побудований таким чином, що виявлявся необхідним попередній аналіз умов, встановлення залежностей та взаємозв'язків між компонентами проблемної ситуації, та використання раніш встановлених залежностей та отриманих результатів, для подальшого вирішення завдання; 4) хід рішення завдання передбачав предметність діяльності та наочність процесів, що сприяло чіткості висновків, які необхідно було зробити дитині, а також кращому розумінню нею процесів, що відбувались.

Під час діяльності на заняттях додаткова увага приділялась ще двом формам роботи – усвідомленню та відображенню у словесному мовленні дій, які були здійсненні дошкільниками, та опису тих об'єктів і результатів, які вони отримували у пізнавально-пошуковій діяльності. Це сприяло виробленню необхідних словесно-наочних зв'язків у мисленні дітей і привчало до самоконтролю та саморегуляції пізнавальної діяльності. Таким чином, навчання будувалось на активному усвідомленні вихованцями основних компонентів власної діяльності в процесі її здійснення з подальшим закріпленням у мовленнєвій формі.

Важливішим аспектом пропонованої методики було формування позиції дитини як перетворювача, експериментатора, дослідника по відношенню до навколишнього середовища, навчання до пізнання світу через пошук та надання дошкільникам можливості відчувати себе у ролі дорослого. Роль педагога при цьому складалась у тому, щоб спрямовувати



думки та дії вихованців, підтримувати його прагнення удосконалювати об'єкти та предмети, що дозволяло піднятися на нову сходинку розвитку, і зайняти позицію перетворювача.

Таким чином, можна виділити деякі основні аспекти реалізації методики формування експерименту: 1) стимуляція допитливості завдяки цікавому навчальному матеріалу, проведенню елементарних дослідів та створенню проблемних ситуацій; 2) надання ініціативи від дорослого до дитини; 3) підтримка дитячої активності, дослідницького інтересу та допитливості, заохочення задумів під час занять та поза ними; 4) створення сприятливого середовища для мовленнєвого розвитку (опосередкування мовленням основних дій та явищ, що спостерігаються, стимулювання комунікативної активності).

З метою перевірки ефективності формування методики та проведеного на її основі експериментального навчання був розроблений та реалізований контрольний етап дослідження.

Основною метою контрольного дослідження стало виявлення впливу експериментальної методики на формування пізнавально-пошукової діяльності дітей старшого дошкільного віку зі зниженим слухом.

Результати корекційного впливу було простежено шляхом порівняння результатів виконання контрольних завдань дітьми двох груп: першої, що пройшла спеціальне навчання, і другої, яку теж складали старші дошкільники зі зниженим слухом, але, які не брали у ньому участь. Для простеження динаміки розвитку, результати виконання завдань у контрольному експерименті також порівнювались із виконанням завдань у констатувальному дослідженні.

З цією метою завдання контрольного етапу дослідження розроблялись за аналогією до завдань його констатувальної частини, що виявлялось у рівні їх складності, сферах діяльності, які були використані, мірах допомоги, що передбачались, а також проблемному характері завдань, що сприяли розгортанню пізнавально-пошукової діяльності. Аналіз діяльності здійснювався на основі оціночних критеріїв, що були використані під час констатувального етапу дослідження [1]. Такі умови дозволяли здійснити більш якісне порівняння за всіма компонентами пізнавально-пошукової діяльності, що виявлялись у процесі розв'язання завдань дошкільниками до початку експериментального навчання та після його проходження. А отже, надали можливість виявити результативність розробленої методики з формування пізнавально-пошукової діяльності у старших дошкільників зі зниженим слухом.

Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити такі попередні висновки щодо впровадженої експериментальної методики:

1. Розроблена корекційна методика з формування пізнавально-пошукової діяльності старших дошкільників зі зниженим слухом виявилась ефективною. Як показало проведене контрольне дослідження, наприкінці корекційного навчання у вихованців експериментальної групи було сформовано якісно вищі

рівні пізнавально-пошукової діяльності, ніж у дітей, які не підлягали експериментальному навчанню. Так для більшості дошкільників експериментальної групи характерними показниками діяльності були виявлені: стійкий пізнавальний інтерес, підвищений рівень пізнавальної активності, ініціативності та самостійності, більш цілеспрямований характер дій та рішучість у розгортанні пошукових дій, добір більш адекватних способів дій та матеріалів, які необхідні для реалізації задуму рішення, здатність до самоконтролю помилок, спрямованість на результат. При тому що основним рівнем для дітей контрольної групи, як і раніш, залишились низькі показники.

2. Експериментальним шляхом доведено, що використання у корекційній роботі завдань пошукового типу, дослідів, експериментів, створення “ситуації успіху” шляхом поступового ускладнення матеріалу та партнерський стиль поведінки з боку дорослого забезпечують формування якісно вищого рівня пізнавально-пошукової діяльності, а також створюють сприятливі умови для формування та розвитку її компонентів.

3. Поетапне формування пізнавально-пошукової діяльності, яке мало три ступеня - мотиваційний, діяльнісно-навчальний та діяльнісно-розвиваючий - дозволило здійснити поступовий перехід від сумісної діяльності дорослого та дошкільників до значної долі самостійності дітей у ній, та забезпечило оволодіння вихованцями мотиваційно-орієнтувальним, операційним та регуляційно-оціночним компонентами діяльності.

4. Водночас, не всі діти експериментальної групи виявили достатній рівень розвитку показників досліджувальної діяльності, що зумовлено значно нижчим рівнем їх психічного розвитку на початку корекційного навчання. Однак, порівняння результатів виконання завдань даними дошкільниками на констатувальному та контрольному етапі дослідження дозволяють говорити про якісно позитивні зміни у показниках їх діяльності. Так, наприклад, діти більш результативно сприймали міри допомоги, були більш рішучими, майже не спостерігалась відмова від виконання завдання, від спроб пошуку рішень, спостерігались спроби дії, значно зменшився ступінь відволікання, підвищився рівень зосередженості на процесі вирішення завдання. Це, на наш погляд, є важливою передумовою для подальших успішних зрушень у формуванні пізнавально - пошукової діяльності даних вихованців, і свідчить про необхідність продовження корекційного впливу за даною методикою.

5. Реалізація умови опосередкування мовлення основних подій та явищ, що спостерігались у процесі виконання дітьми завдань, вербалізації власних дій та словесного супроводу всіх етапів виконання завдання в рамках експериментального навчання, призвело до мотивації мовлення та збільшення мовленнєвої активності дошкільників у процесі діяльності.

6. Упровадження запропонованої методики у навчання дітей зі зниженим слухом дозволить з успіхом скорегувати їх розвиток, сформувати необхідні якості та засоби пізнавальної діяльності, забезпечить дошкільників різноманітними засобами пізнання, сприятиме здатності активно відтворювати знання та використовувати їх при засвоєнні нового матеріалу, застосовувати

адекватні дії у пізнавальних завданнях, сприятиме ефективному розвитку мовлення та мислення, а також стимулюватиме розвиток самостійності у знаходження зв'язків між явищами, підвищить загальний рівень самостійності при вирішенні пізнавальних завдань, формує позитивне ставлення до активної пізнавальної діяльності, а отже, дозволить дитині стати активним суб'єктом власної пізнавальної діяльності.

7. Навчання за даною методикою дозволяє отримувати для дітей зі зниженим слухом рівні можливості у засвоєнні об'єму знань та інформації, який відповідає загальному рівню їх чуючих однолітків, а отже, дозволить володіти повноцінною інформацією, запобігаючи її купірування, і забезпечуючи при цьому достатній ступень пошукової активності, що, в свою чергу, дозволить створити міцні засади для подальшої успішної соціалізації дитини зі зниженим слухом, тобто допоможе увійти у суспільство “здорових людей” повноправним його членом.

### **Література**

1. Варшамова Д.Р. Основні принципи побудови методики констатувального експерименту у дослідженні з проблеми формування пізнавально-пошукової діяльності дітей старшого дошкільного віку зі зниженим слухом // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод.зб. / за ред. В.В.Засенка. – К.: Наук.світ, 2009. - Вип.11. – С. 42-48.

2. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. – К.: “Саміт-книга”, 2009. – 272с.

**Васильєва К.І.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

## **ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКІЛ ДО ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ**

Головною метою соціального розвитку сучасного суспільства є повага до людського розмаїття, встановлення принципів солідарності та безпеки, що забезпечує захист та повну інтеграцію у соціум усіх верств населення, в тому числі й осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Офіційна позиція європейської спільноти щодо усунення упередженості та дискримінації стосовно осіб з порушеннями психофізичного розвитку була висловлена ЮНЕСКО, Комісією з прав людини: “Освіта має надаватися в межах можливого, у загальноосвітніх школах, без будь-якого вияву дискримінації стосовно дітей та дорослих інвалідів. Таким чином, у більшості випадків інвалідність сама по собі не є перешкодою, дискримінація – ось що перешкоджає дитині отримати освіту у загальній системі. В окремих випадках,

відповідно до законодавчих норм, діти-інваліди зобов'язані відвідувати спеціальні школи, що є офіційною сегрегацією” [1, с. 5]

З недавнього часу в Україні визнано право дітей з особливими освітніми потребами на навчання у загальноосвітніх закладах за місцем проживання. Наказом Міністерства освіти і науки № 855 від 11.09.09 року затверджено план дій щодо запровадження інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на 2009-2012 роки з метою реалізації державної політики щодо забезпечення прав дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, на здобуття якісної освіти [2]. У цьому наказі передбачається, що загальноосвітні навчальні заклади повинні забезпечити спектр необхідних послуг відповідно до різних освітніх потреб таких дітей, зокрема адаптувати навчальні плани та програми, методи та форми навчання, використовувати ресурси спеціальної освіти, партнерство з громадою тощо. Така форма навчання для дітей з особливими освітніми потребами набула назву інклюзивної освіти.

**Інклюзія в педагогіці** – це модель навчання, яка включає дітей з особливими потребами в масову школу (клас), дитячий садок (групу), що забезпечує їй рівний доступ до якісної освіти.

**Інклюзивна освіта** – це система освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу.

**Інклюзивна школа** – загальноосвітній заклад, який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, тобто адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує існуючі в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімат у шкільному середовищі.

#### **Основні принципи інклюзивної школи:**

- всі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли це виявляється можливим, не зважаючи на певні труднощі чи відмінності, що існують між ними;
- школи мають визнавати і враховувати різноманітні потреби своїх учнів шляхом узгодження різних видів і темпів навчання;
- забезпечення якісної освіти для всіх шляхом розробки відповідних навчальних планів, застосування організаційних заходів, розробки стратегії викладання, використання ресурсів і партнерських зв'язків з фахівцями спеціальної педагогіки, батьками тощо;
- діти з особливими освітніми потребами мають отримувати додаткову допомогу, яка може знадобитися їм для забезпечення успішності процесу навчання [1, с.9].

Отже, впроваджуючи ідею інклюзивної освіти в життя вчителя загальноосвітніх шкіл повинні дотримуватися цих принципів, і ми розуміємо, що їх задача значно ускладнюється. Вони повинні не тільки навчати дітей з особливими освітніми потребами, а і створювати толерантну атмосферу у

своєму класі, групі. Тому ми задалися питанням, чи готові вчителі загальноосвітніх шкіл до інклюзивної освіти? Була складена анкета та запропонована для опитування 47 вчителів з двох шкіл, одна з яких знаходиться в місті Харкові, а інша – в Харківській області.

### Анкета № 1. Опитування вчителів загальноосвітніх шкіл

Запитання	ТАК	НІ		
1. Чи знаєте ви, що таке інклюзивне навчання?	47%	53%		
2. Діти з особливими освітніми потребами, це: а) діти з порушенням зору; б) діти з незадовільною поведінкою; в) скромні діти; г) відстаючі діти; д) діти з порушенням слуху; е) діти з хворобою Дауна; є) діти сироти; ж) діти з проблемних сімей; з) розумово відсталі діти.	З приведених варіантів виберіть правильні. 38%      62%			
3. Чи готові ви до того, щоб в вашому класі навчалась дитина з особливими потребами?	62%	38%		
4. Чи будуть з нею товаришувати інші учні?				
5. Як ви гадаєте, чи будуть проти батьки звичайних дітей, щоб з ними навчалася дитина з вадами розвитку?				
6. На вашу думку, чи заважатиме в навчанні така дитина іншим учням?				
7. Чи встигатиме в успішності така дитина?				
8. Чи всі предмети, які є в звичайній загальноосвітній школі потрібно вивчати дитині з особливими освітніми потребами?				
9. Як ви вважаєте, чи буде гальмуватися розвиток і навчання інших учнів через таку дитину?				
10. Чи потрібно вчителям знайомитися з спеціальною літературою, в якій розповідається про навчання, виховання і розвиток дітей з особливими потребами?				
11. Чи потрібно застосовувати спеціальні методи і прийоми під час проведення уроку, якщо в класі є дитина з вадами розвитку?				
12. Чи варто проводити бесіди з іншими учнями, про те як живеться таким дітям?				
13. Чи потрібно проводити додаткові уроки з дітьми з особливими потребами?				
14. Як ви вважаєте, ускладниться ваша робота, якщо в звичайних класах будуть такі діти?				
15. Опишіть, ваше бачення ситуації, при якій дитина з особливими потребами навчається спільно зі звичайними дітьми				

Питання анкети можна умовно розділити на 3 групи. Перша – це питання, які допомагають визначити ступінь інформованості вчителів, щодо поняття “інклюзивна освіта” і “діти з особливими освітніми потребами” (питання 1, 2). Друга група – це загальні питання, які визначають позицію вчителів щодо

навчання дітей з особливими освітніми потребами в звичайному класі, групі (питання 3–14). Третя група містила одне творче завдання: “Опишіть, ваше бачення ситуації, при якій дитина з особливими потребами навчається спільно зі звичайними дітьми”.

Отже, на першу групу питань вчителі відповіли так: інформованими щодо поняття “інклюзивне навчання” були 22 вчителі, а не знайомі із цією моделлю освіти – 25. У процентному відношенні це 47% до 53%, відповідно; знайомі з поняттям “діти з особливими освітніми потребами” 18 вчителів, а не знайомі – 29, що в відсотках означає 38% до 62%, відповідно.

Проаналізувавши відповіді на другу групу питань, ми побачили, що приблизно 62% опитаних вчителів позитивно ставляться до спільного навчання дітей здорових і з особливими освітніми потребами. В той же час 38% опитаних цю точку зору не поділяють.

Відповіді вчителів на творче завдання були цікавими і різнобічними. Наводимо деякі з них:

- В першу чергу в такій ситуації буде некомфортно самій дитині. Вона не зможе засвоювати навчальний матеріал на рівні інших дітей, ставлення до неї інших дітей може бути не тільки насмішкуватим, але і жорстоким.
- Ця дитина або ці діти потребуватимуть додаткових занять з різних дисциплін, не дивлячись на те, що вони будуть намагатися вчитися старанно. Ці діти добрі, дисципліновані. Інші учні будуть ставитися до них з розумінням.
- Така дитина потребує особливого ставлення як з боку вчителя, так і однокласників. Вчитель під час проведення уроку повинен застосовувати різні педагогічні методи і прийоми.
- Учитель часто уповільнює викладання матеріалу, щоб допомогти такій дитині. Як наслідок, – загальний обсяг інформації, що отримують учні під час уроку, зменшується. Ця дитина відчуває сама себе “слабкою” у навчанні.
- Для таких дітей слід використовувати індивідуальні завдання, наприклад, картки-підказки, проявляючи при цьому делікатність.

Отже, значна частина вчителів готова прийняти дітей з особливостями в розвитку до свого класу, групи. Разом з цим, інклюзивна освіта потребує більш реальної і глибокої підготовки вчителів з акцентом на теоретичні, практичні та психологічні аспекти впровадження цієї інновації.

Далі ми розглядали питання інклюзивної освіти з іншого боку. А саме, чи готові учні загальноосвітніх шкіл до навчання з однолітками, у яких є особливості розвитку? При складанні анкети ми обмежилися питаннями стосовно однієї вади розвитку, а саме, розглядали дітей з порушеннями слуху. Інклюзивна освіта дітей з вадами слуху в класі масової школи – відносно нове явище для системи навчання України і носить частковий характер. З одного боку, процес інклюзивного навчання – це включення дітей з особливостями розвитку в загальноосвітній навчальний заклад, а з другого, це готовність здорових учнів до прийняття таких дітей до свого суспільства. Тому, можна

сказати, що інклюзивна освіта повинна базуватися на морально-етичних нормах.

Для проведення анкетування ми розробили питання, за допомогою яких можна виявити рівень готовності школярів до прийняття дітей з порушеннями слуху до свого мікросоціуму. Опитування проводилося на базі 7 та 8 класів двох загальноосвітніх шкіл м. Харкова. В ньому брали участь 163 школяра. Нижче надаємо анкету та результати опитування.

## **Анкета № 2. Опитування учнів загальноосвітніх шкіл**

№	Зміст питання	Так	Ні	Важко відповісти
1	Чи знаєш ти про людей із недоліками слуху?	89%	10%	1%
2	Коли ти чуєш або зустрічаєш людей із вадами слуху, ти відчуваєш до них негативне ставлення, або байдужість?	1%	85%	14%
3	Чи є серед твоїх знайомих друзі, що мають порушення слуху, з якими ти у гарних стосунках?	2%	98%	0%
4	Чи зможеш ти спілкуватись зі своїми друзями незважаючи уваги на їх фізичні недоліки?	17%	24%	59%
5	Чи зможеш ти почати дружні відносини з людиною, яка має порушення слуху (сходити разом на футбол або у кінотеатр)?	20%	8%	72%
6	Уяви собі, у твоєму класі з'явився одноліток із порушенням слуху, або з легким недорозвиненням мовлення. Чи стане він твоїм другом\подругою?	17%	30%	53%
7	Чи здатен ти виставити свого нового друга перед однолітками на посміх, лише тому, що у нього вади із слухом?	2%	13%	85%
8	Якщо на контрольній роботі вчитель посадив тебе поруч із однокласником, який має порушення слуху. Чи будеш ти йому допомагати, якщо він не зрозумів завдання із-за того, що недочув його?	8%	27%	65%
9	Уяви собі, що ти познайомилась із приємним хлопцем/дівчиною. А через деякий час раптом побачила за вухом свого друга слуховий апарат. Чи станеш далі будувати стосунки?	2%	73%	25%
10	Як ти вважаєш, чи готов твій клас прийняти у свій колектив однолітка із порушенням слуху?	3%	18%	79%

Зробивши узагальнення результатів опитування можна зробити висновок, що підлітки загальноосвітніх шкіл, ще не готові до сумісного навчання з

однолітками, які мають вади слуху. Ми гадаємо, що для підвищення рівня готовності з боку учнів до інклюзивної освіти необхідно проводити роз'яснювальні бесіди, семінари-тренінги, позакласні години та позашкільні заходи, а найважливішим, на нашу думку, є безпосереднє спілкування з однолітками з особливими освітніми потребами.

Інклюзивна освіта передбачає, що майбутні вчителі повинні всебічно володіти знаннями про специфіку розвитку дітей з особливими освітніми потребами, вміти здійснювати корекційні заходи в умовах загальноосвітніх шкіл. Отже, останнім напрямком наших досліджень були студенти четвертих – п'ятих курсів деяких факультетів ХНПУ імені Г.С. Сковороди, яким було запропоновано лише одне питання: “Чи знають вони, що таке інклюзивна освіта?”. Ми опитували лише студентів старших курсів, тому що саме вони через один – два роки прийдуть до загальноосвітніх шкіл, де можуть зіткнутися з проблемою навчання дітей з вадами розвитку. На поставлене питання студенти повинні були дати тільки відповіді ТАК чи НІ. Якщо студент відповідав ТАК, йому пропонували сформулювати відповідь на аркуші паперу. За результатами опитування ми зробили таблицю:

### **Чи знаєте ви, що таке інклюзивна освіта?**

Факультет	Кількість опитаних	ТАК	НІ
Природничий	50	6	44
Музично-педагогічний	48	3	45
Фізико-математичний	41	8	33
Фізичного виховання	45	3	42
Історичний	35	2	33
Іноземних мов	39	3	36

З таблиці можна бачити, що переважна більшість студентів зовсім не знають, що таке інклюзивна освіта. А ті, хто відповів позитивно не завжди вірно могли сформулювати визначення інклюзивної освіти. Треба зазначити, що були і такі студенти, які вірно визначали це поняття.

Отже, можна констатувати, що різні ланки нашого суспільства досить мало поінформовані з питань інклюзивної освіти і ще не готові до взаємодії з дітьми з особливостями розвитку. Ми вважаємо, що впровадження інклюзивної освіти в Україні потребує ще багато зусиль з боку українського законодавства, педагогів, учнів та батьків загальноосвітніх шкіл, вищих навчальних закладів, які готують майбутніх педагогів, громадських організацій тощо.

### **Література**

1. Колупаєва А.А., Савчук Л.О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання: наук.-мет. посіб. – К.: Науковий світ, 2010. – 196 с. – (Серія “Інклюзивна освіта”).
2. [http://osvita.ua/legislation/Ser\\_osv/4828](http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/4828)



## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ АРТ-ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ОСОБАМИ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ВАДАМИ**

Інтеграція у суспільство осіб з обмеженими можливостями здоров'я, в тому числі з інтелектуальними вадами, потребує розробки інноваційних навчальних та корекційно-розвивальних програм, що допоможуть адаптації дітей та підлітків з особливими потребами до життя у мінливих умовах нашого соціуму (В. Бондар, В. Засенко, М. Малофєєв, Н. Назарова, В. Синьов, В. Тарасун, М. Шеремет, Л. Шипіцина та інші).

Харківський міський реабілітаційний центр "Промінь" здійснює роботу з абілітації, соціальної адаптації та реабілітації дітей-інвалідів та інвалідів дитинства з фізичними або/та розумовими вадами, яка поєднується з їх вихованням та навчанням.

У закладі перебувають діти-інваліди та інваліди дитинства від 3-х до 26-ти років, допомогу отримують особи з різними нозологіями ушкодженого здоров'я (з хворобою Дауна, дитячим церебральним паралічем, олігофренією різного ступеню тяжкості, епілепсією, психопатією, аутизмом, з хронічними соматичними та ендокринними захворюваннями).

Фахівці центру "Промінь" накопили значний досвід роботи з особами з порушеннями у розумовому розвитку, в тому числі з категорією осіб з помірною та важкою розумовою відсталістю. Певним досягненням центру є те, що у комплексній реабілітації людей з вадами розумового розвитку все ширше використовується метод арт-терапії (поняття "арт-терапія" можна перекласти з англійської як "лікування, яке засноване на заняттях художньою творчістю"). Вихованцям пропонуються заняття з аплікації, ліплення, малювання, макраме, флористики, шиття м'якої іграшки, оригамі, робота з природними матеріалами, вітражами та ін.

Ураховуючи особливості осіб з розумовими вадами, важливими завданнями у арт-терапевтичній роботі з ними є: 1) усунення або послаблення симптомів, які пов'язані як з самим захворюванням, так і з реакцією на нього, оптимізація психічного стану та соціального функціонування пацієнтів, а також досягнення седативного та активізуючого ефектів під час занять творчістю, які мають як психотерапевтичну, так і психопрофілактичну спрямованість; 2) досягнення більш високого рівня психосоціальної адаптації вихованців до тих умов, в яких вони знаходяться, що сприяє формуванню в них навичок активної саморегуляції. Сюди входить розвиток здатності виражати свої почуття та думки як у вербальній, так і невербальній формі. Важливим компонентом адаптації є зміцнення у пацієнтів почуття "Я", удосконалення в них здібності до прийняття самостійних рішень, формування в них стійкої системи соціально-значущих зв'язків, інтересів, захоплень і т. ін.

У реабілітаційному центрі “Промінь” здійснюється як індивідуальна, так і групова арт-терапія.

*Індивідуальна арт-терапія* може використовуватися з широким колом вихованців. Навіть проста маніпуляція або гра з матеріалами деколи виявляється дуже важливим чинником їхньої активізації, тренування в них сенсомоторних навичок, мислення, пам’яті та інших функцій.

*Групова арт-терапія* (як показує досвід, кількість вихованців не повинна перевищувати 5-ти осіб): дозволяє вирішувати загальні організаційні проблеми, розвивати цінні соціальні навички; пов’язана з наданням взаємної підтримки членами групи; дозволяє засвоювати нові ролі, дає можливість спостерігати за результатами своїх дій та їхнім впливом на оточуючих; підвищує самооцінку, розвиває навички ухвалення рішень.

Використання методів арт-терапії в комплексній реабілітації людей з ментальними проблемами під час групових та індивідуальних занять певною мірою сприяє задоволенню потреб вихованців у: спілкуванні, обміні досвідом та відчутті належності до групи; творчому й осмисленому проведенні часу; саморозумінні й позитивному сприйнятті самого себе; емоційній підтримці та самовдосконаленні; подоланні відчуття самотності; самодостатності; вираженні неприйнятних відчуттів і думок в атмосфері терпимості; освоєнні нових моделей поведінки, нормалізації співвідношення своїх відчуттів і думок з реальністю; визнанні й розумінні іншими, а також в тому, щоб бути самим собою.

Заняття арт-терапією сприяють корекції та розвитку у розумово відсталих осіб когнітивних процесів, збагачують їхню емоційно-вольову сферу, виступають знаряддям їхнього естетичного виховання. Під час формування у вихованців уявлень про зображувальне мистецтво їхня увага привертається до: обговорення змістовного та емоційного змісту окремих доступних їм творів мистецтва; використання певних художніх зображувальних засобів (коleurів, форм, ліній та ін.); порівняння різних видів зображувального мистецтва (живопису, скульптури, декоративно-прикладного мистецтва); різних жанрів (пейзажу, портрету, натюрморту); різноманітних способів зображувальної діяльності (у тому числі із застосуванням нетрадиційних інструментів, матеріалів, прийомів роботи) [1].

Терапія творчим самовираженням припускає широкий вибір різних образотворчих матеріалів. Разом з фарбами, олівцями, восковою крейдою або пастеллю для створення колажів або об’ємних композицій можуть використовуватися журнали, кольоровий папір, фольга, текстиль; глина, пластилін, дерево, спеціальне тісто — для ліплення; пісок з мініатюрними фігурками — для “гри з пісочницею”, інші матеріали. Папір для малювання повинен бути різних форматів і відтінків. Необхідно мати кісточки різних розмірів, губки для замальовки фігур великих розмірів, ножиці, нитки, різні типи клею тощо.

Слід урахувати, що вибір матеріалу може бути пов'язаний з особливостями стану і особистості вихованця, з динамікою арт-терапевтичного процесу в цілому.

З практики проведення арт-терапевтичних занять, їх ефективність залежить від дотримання правил щодо:

1. Систематичності у роботі. В осіб з вадами розумового розвитку процес формування нових знань, умінь, навичок є доволі кропітким та тривалим, вихованці забувають те, чому навчилися, якщо не вправляються у виконанні засвоєних дій. Отже, дуже важливою є постійна підтримка знань, умінь та навичок на певному рівні.

2. Норм поведінки. Вони стосуються обмежень щодо прийому напоїв, їжі під час роботи. Ретельно оговорюється, що учасники занять не заважатимуть один одному. Не дозволяється псувати матеріали або ті роботи, над якими працюють вихованці. Кожний має своє місце, використовує ті інструменти та матеріали, які обрано для виконання завдання та ін.

3. Розташування образотворчих матеріалів. Є два варіанти: всі матеріали розташовуються на одному столі, вихованців просять вибрати ті, що їм сподобалися; матеріали розкладаються педагогом на індивідуальних столах до початку заняття.

Спостереження показали, що другий варіант застосовується частіше. Перед кожним заняттям на столах розкладаються: білий папір, фломастери, воскові крейди, пастель, акварельні фарби, клей та журнали для колажів. Якщо в роботі використовуються ножиці, ножі для паперу, то ці інструменти повинні бути на столі у педагога.

4. Вербалізації дій, що виконуються вихованцями. Обговорення зазвичай стосується вже завершеної роботи. Вихованці під керівництвом педагога розглядають малюнки, відповідають на поставлені вчителем запитання. Участь дитини в навчально-пізнавальній, і в тому числі зображувальній діяльності, передбачає наявність самоконтролю власних дій та можливість оцінити результати своєї роботи. Практичний досвід показує, що формування в розумово відсталих дітей навичок самоконтролю, саморегуляції, спроможності розповісти про те, як виконувалося завдання, є доволі складним напрямом педагогічної роботи. Без вказівок учителя діти не можуть дотримуватися певного алгоритму дій, не вміють самі перевірити свої дії, утруднюються знайти помилки, їхня пізнавальна та мовленнєва активність дуже низькі, вихованці потребують постійної допомоги, стимулювання, в той же час вони недостатньо успішно використовують педагогічну допомогу.

5. Забезпечення позитивного емоційного фону. По-перше, можна говорити про так званий принцип “відкритих дверей”, що несе в собі ознаку свободи входити в приміщення. “Відкриті двері” особливо важливі для тих осіб, яким важко сконцентрувати свою увагу, і для тих, хто боїться входити в приміщення і, перш ніж приєднатися до групи, воліє постояти і поспостерігати, чим займаються інші.

Як вже відмічалось, у дітей з порушенням інтелекту спостерігається недорозвинення самооцінки і самоконтролю. Іноді це виявляється в афективних та неадекватних реакціях на оцінку результатів їхньої діяльності з боку педагога. Діти з низькими можливостями навчованості не завжди приймають вимоги вчителя, їм важко правильно оцінити свої здібності. Вони образливі, в стані афекту агресивні, у них можливі прояви негативізму і врешті-решт вони можуть зовсім відмовитися від роботи. Учителю слід урахувувати психологічні особливості своїх вихованців, труднощі, з якими вони стикаються, відповідно, висувати до них адекватні вимоги, всіляко заохочуючи зусилля, витрачені дітьми на виконання роботи. Слід заохочувати таку збережену якість дитини, як старанність і бажання працювати на доступному для неї рівні вимог. Старанну дитину, що відчуває труднощі у навчанні, доцільно похвалити: “Молодець! Ти старався, але сьогодні не все вийшло. Будеш старатися, вийде наступного разу”.

Важливо, щоб дитину підтримували значущі для неї люди, тому до участі в корекційно-розвивальному процесі треба залучати батьків та інших членів сім'ї дитини, що сприяє підвищенню ефективності як арт-терапії, так і інших видів педагогічного впливу.

Отже, використання методу арт-терапії в комплексній реабілітації осіб з розумовими вадами сприяє задоволенню в них потреб у спілкуванні, обміні досвідом, формуванні відчуття приналежності до групи, творчому й осмисленому проведенні часу, освоєнні нових соціальних ролей та засвоєнні адекватних моделей поведінки у соціумі. Проведення арт-терапії виявляється важливим чинником активізації сенсомоторних функцій, мислення, пам'яті у дитини з важкими порушеннями в розвитку. Метод арт-терапії у педагогічній роботі з особами, що мають розумові вади є ефективним засобом їхньої реабілітації та соціальної адаптації.

### **Література**

1. Федоренко Т.А. Пути повышения эффективности занятий изобразительным искусством с учащимися с интеллектуальной недостаточностью // Специальное образование: традиции и инновации: Матер. II Междунар. науч.-практ. конф. - Минск: БГПУ, 2010. – С.237-239.

**Зайченко Г.Д.**

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

## **МОВЛЕННЄВО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ**

Розвиток інклюзивної освіти в Україні являє собою сукупність проблем та суперечностей, вирішення яких потребує спеціальних підходів комплексного характеру. Спостерігається розрив між законами, які декларують права дитини

з особливими потребами на розвиток, освіту, соціальну інклюзію та фактичною відсутністю механізмів їх реалізації.

Інклюзивна освіта передбачає визнання цінності відмінностей між усіма дітьми і їх здібностей до навчання, яке проводиться тим способом, який найбільш відповідає можливостям кожної дитини. Це гнучка система, яка враховує потреби всіх дітей, не тільки з проблемами розвитку, але й різних етнічних груп, належності до тієї чи іншої соціальної групи. Система інклюзивної освіти підстроюється під дитину, а не дитина під систему. Переваги отримують усі діти, а не певні групи, поряд з традиційними, використовуються нові підходи до навчання; діти з особливими освітніми потребами можуть знаходитися у групі дошкільного навчального закладу чи класі школи повний час або частково, навчаючись з супроводом та за індивідуальним навчальним планом.

Одним з основних завдань “Концепції розвитку інклюзивного навчання” в Україні є формування освітньо-розвивального середовища для дітей з особливими освітніми потребами шляхом забезпечення психолого-педагогічного та медико-соціального супроводу.

Тема супроводу сучасних інклюзивних процесів у загальноосвітніх навчальних закладах є досить дискусійною і розглядається переважною більшістю авторів, серед яких М. Ліблінг, І. Мамайчук, О. Нікольська, М. Сварник [1-4], у ракурсах психологічного та соціально-педагогічного супроводу дітей шкільного віку.

Психолого-педагогічний супровід описується як цілісна діяльність, командна взаємодія (вчителів, асистента учителя, батьків, практичного психолога, соціального педагога, логопеда, медпрацівників та інших фахівців), що поєднує такі взаємопов’язані компоненти: систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини, динаміки її психічного розвитку у процесі шкільного навчання, створення соціально-психологічних умов для розвитку особистості учнів та їх успішного навчання. Психологічний супровід дітей з особливими потребами передбачає психологічну діагностику дітей, надання психологічної підтримки педагогам та батькам [4, с. 63].

Інклюзивна форма освіти реалізується, виходячи з принципів спеціальної дидактики, та здійснюється спеціалістом-дефектологом (корекційним педагогом або психологом), який окрім виконання корекційної, прогностичної, інформаційної, консультативної функцій виконує в моделі роботи з дитиною супровідну функцію (асистента, тьютора, адаптера, провідника), а в моделі роботи з вихователями групи, вчителем класу – супервізора [5].

Діти з порушеннями аутистичного спектру потребують створення особливих умов супроводу, внаслідок специфічних проявів, обумовлених наскрізним порушенням розвитку у сферах соціальної взаємодії, комунікації та поведінки.

Найбільш яскравими зовнішніми проявами синдрому дитячого аутизму, узагальненими у клінічних критеріях, є: аутизм, як такий, тобто крайня самотність дитини, зниження здатності до встановлення емоційного контакту,

комунікації і соціального розвитку. Характерні труднощі встановлення очного контакту, взаємодії поглядом, мімікою, жестом, інтонацією. Звичайні складності у вираженні дитиною своїх емоційних станів і розумінні станів інших людей. Труднощі контакту, встановлення емоційних зв'язків проявляються навіть у відношеннях з близькими, але найбільшою мірою аутизм порушує розвиток відносин з однолітками; стереотипність у поведінці, пов'язана з напруженим прагненням зберегти постійні, звичні умови життя; опір найдрібнішим змінам у обставинах, способі життя, страх перед ними; поглинення однорідними діями – моторними та мовленнєвими: розкачування, струшування і змахування руками, стрибки, повторення одних і тих самих звуків, слів, фраз; захоплення стереотипними інтересами, однією грою, темою у малюванні, розмові; особлива характерна затримка і порушення мовлення, перш за все, комунікативної функції. У багатьох дітей спостерігається мутизм. Якщо експресивне мовлення розвивається, воно може не використовуватися для комунікації. Мовленнєві порушення проявляються у контексті загальних порушень комунікації: дитина практично не використовує міміку та жести, спостерігаються незвичайний темп, ритм, мелодика, інтонації мовлення.

Важливою складовою частиною психолого-педагогічного супроводу аутичної дитини є мовленнєво-педагогічний супровід, здійснення якого необхідно починати з переддошкільного віку. Однак, тема мовленнєво-педагогічного супроводу майже не розглядається у науковій та методичній літературі, отож є актуальною та перспективною.

Ми виходимо з припущення про те, що організація мовленнєво-педагогічного супроводу є невід'ємним і важливим процесом створення розвивального середовища для дітей з порушеннями аутистичного спектру. Цей супровід сприятиме формуванню розуміння дитиною мовлення оточуючих, появи “ сумісної уваги ”, усвідомлення комунікативних зразків поведінки у колективі групи дошкільного навчального закладу чи класу школи, адаптації до подій, що відбуваються.

До останнього часу, робота з дітьми з порушеннями аутистичного спектру проводилася переважно на індивідуальних заняттях, тобто в умовах спілкування “дорослий–дитина”. Мовленнєво-педагогічний супровід обмежувався описом ситуацій спілкування між педагогом та дитиною, стану дитини з порушеннями аутистичного спектру.

Слід зауважити, що мовленнєво-педагогічний супровід в умовах інклюзивної групи чи класу вимагає від супроводжуючого педагога максимуму концентрації не тільки на ситуації спілкування “дорослий – дитина”, але, перш за все, й на ситуації спілкування “дитина–група (клас)”. Тоді коментування дій дитини, її однолітків, вихователя (вчителя) сприятиме створенню навколо аутичної дитини комунікативного кола однолітків, інших дорослих, зміцнення мовленнєвого середовища. Під мовленнєвим середовищем розуміється сукупність сімейних, побутових, соціально-педагогічних неорганізованих і цілеспрямованих умов спілкування дитини в системах “дорослий (батьки,

родичі, вихователь, учитель, асистент учителя)– дитина”, “дитина–дорослий”, “дитина–дитина”.

Отже, під мовленнєво-педагогічним супроводом дітей з порушеннями аутистичного спектру в умовах інклюзивної освіти ми розуміємо створення системи психолого-педагогічної підтримки та розвивального мовленнєвого середовища для побудови продуктивних комунікативних процесів в інклюзивній групі дошкільного навчального закладу (класі школи).

Завданням нашого подальшого дослідження буде розробка методики організації мовленнєво-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з порушеннями аутистичного спектру.

### **Література**

1. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2005. – 288 с.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. – М.: Теревинф, 2005. – 224 с.
4. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / Укл.: А.Луговський, М.Сварник, О.Падалка. – Львів: Колесо, 2008. – 144 с.
5. Шульженко Д.І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія. – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. – 385с.

**Зінченко Л.О.**

Дошкільний навчальний заклад (ясла – садок)  
№12 комбінованого типу Харківської міської ради

## **ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ВАДАМИ ЗОРУ**

Сучасний етап спеціальної освіти характеризується проведенням реформ з метою перебудови та удосконалення змісту освіти дітей з порушенням зору, беручи до уваги здібності можливості та рівень готовності кожного до навчання. Упродовж останнього року значно збільшилося дітей з порушенням зору. У них не розвинені бінокулярний, стереоскопічний та глибинний зір (при косоокості, амбліопії та інших зорових патологіях).

До зорових порушень (так названих неглибоких), відносять такі порушення: очно – рухових функцій (косоокість, ністагм); порушення кольоророзрізнення (дальтонізм, дихромазія); порушення характеру зору (порушення бінокулярного зору); порушення гостроти зору, що пов'язані з розладом оптичних механізмів зору (міопія, гіперметропія, астигматизм).

Працюючи з дітьми, які мають вади зору, ми помітили, що порушення зорового сприймання тягнуть за собою ряд вторинних відхилень, а саме: порушення уваги, пам'яті, загальної та дрібної моторики, недосконалість логічного мислення та мовні вади. Внаслідок нечіткого сприймання окремих

елементів і неточність уявлень нерідко формуються помилкові версії відносно предметів та їх зображень. Найбільш складні порушення зорового сприймання спостерігаються у слабозорих дітей, але участь залишкового зору у формуванні зорових образів продовжує залишатися провідною у різних видах дитячої діяльності.

Вади мовлення можуть посилюватися під впливом зорового дефекту. У зв'язку з цим знижується компенсаторна роль мовлення, що негативно впливає на розвиток пізнавальної діяльності та на навчання в цілому.

У дітей із порушеннями зору вади мовлення своєрідні за вираженістю, симптоматикою і структурою. У поєднанні із зоровим дефектом вони призводять до невідповідності дітей до навчання в школі, викликають відставання у формуванні мовленнєвих навичок і накопиченні мовних засобів, схильність до порушень писемного мовлення, низький рівень пізнавальної активності.

Більшість дітей із глибокими вадами зору мають значні фонетико-фонематичні порушення, у них несформовані процеси фонематичного аналізу та синтезу і невеликий словниковий запас. Часто трапляються серйозні порушення зв'язного мовлення, страждає його зовнішнє оформлення, що обумовлено недостатнім досвідом спілкування, бідним сенсорним досвідом, а також зниженою загальною та мовленнєвою моторикою.

Аналіз усного зв'язного мовлення слабозорих дітей свідчить про те, що більшість із них не вміє самостійно будувати монологічних висловлювань, змістовно, стилістично точно та інтонаційно виразно висловлювати думки й почуття, переказувати прочитане чи почуте. Не володіють такі діти і навичками внутрішнього планування викладу. Їхні розповіді мають в основному описовий характер. Недорозвиненість планувальної функції мовлення проявляється і у власних висловлюваннях дітей, і у переказуванні прочитаного чи почутого тексту. Якщо дитина не вміє спланувати свою розповідь, то це негативно позначиться на доборі мовного матеріалу та логічній побудові висловлювання в цілому. З іншого боку, недостатній рівень сформованості зв'язного мовлення послаблює його компенсаторне значення для розвитку слабозорої дитини, знижує можливість її успішного подальшого навчання.

У силу порушення діяльності зорового аналізатора у дітей спостерігається своєрідність мовленнєвого розвитку, відставання формування мовленнєвих навичок, накопичення мовних засобів і виховання виразності мовлення.

Мовленнєвий розвиток дошкільника не вкладається у звичайні вікові межі та виражається в особливостях вікової мови. Розлади мовлення дітей з порушеннями зору є складними дефектами, оскільки простежуються відповідні зв'язки та взаємодії мовленнєвої і зорової діяльності. Ці порушення різноманітні, складні за ступенем вираження, структурою і стосуються мови, як цілісної системи, де мовленнєві порушення не є єдиним ядром аномалії. Формування мовлення таких дітей протікає у складніших умовах, ніж у зрячої дитини.



Освіта дітей з обмеженими можливостями розвитку передбачає створення для них спеціального корекційно–розвивального освітнього середовища, що забезпечує адекватні умови й можливості для отримання освіти в межах спеціальних освітніх стандартів, лікування та оздоровлення, виховання та навчання, корекції порушень психофізичного розвитку, ранньої соціалізації.

При організації такої роботи передбачається підготовка та створення умов, потрібних не лише для засвоєння дітьми програмного матеріалу, а й для подолання у них недоліків розвитку відповідно до попередньо поставленої мети заняття і предмета корекції (у даному випадку вади мовлення). Сюди входить широкий діапазон питань: від визначення оптимальної форми (індивідуальна, групова, фронтальна), типу, структури та форми заняття (гра, бесіда, екскурсія) до забезпечення вихованців необхідним наочно-дидактичним матеріалом, посібниками, іграшками тощо.

Перша реальність мови – це взаємна співвіднесеність слів з предметами. Чим вищий почуттєвий досвід дітей з вадами зору, тим багатший словниковий запас і значеннєвий склад їхньої мови, різноманітні співвідношення слів з потенційним змістом навколишньої дійсності. Для цього діти повинні активно здобувати знання з навколишнього світу, відходячи від голої словесності. Щоб компенсувати недоліки зорового сприймання в роботу необхідно включити всі збережені аналізатори. В першу чергу це робота рук. Тактильна здатність дрібних м'язів дає свідомість уявлення про форму, величину і положення предметів. Розвиток рухів рук і придбання сенсорного досвіду має компенсаторну функцію у сфері пізнавальної активності дітей з порушенням зору, сприяє активізації зорових функцій, тобто покращує зорове сприймання та розвиває мовленнєву діяльність.

З метою забезпечення мовленнєвої компетентності дошкільника з вадами зору необхідно враховувати зорові діагнози, володіти особливими методами і прийомами тифлопедагогіки, застосовувати спеціальні засоби наочності. Вона є одним із чинників, що полегшує процес становлення зв'язного мовлення. Розглядання предметів, картин, ілюстрацій з використанням відповідних методів і прийомів дає можливість дітям впізнавати, називати предмети, визначати їх характерні ознаки та відповідні дії.

Практика показує, що наочність для дітей з вадами зору сама по собі не носить корекційного характеру. Тільки методично правильна організація роботи з урахуванням вимог тифлопедагогіки до різних видів наочних посібників у різноманітних формах дитячої діяльності (особливо з використанням ігрових прийомів) сприяє формуванню правильних, глибоких і стійких уявлень про форму, колір, розмір і предмет в цілому, дає можливість активізувати мовленнєвий розвиток дитини.

Первісною ланкою у здійсненні роботи з розвитку зорового сприймання на мовленнєвих заняттях є врахування стану зору кожної дитини та всебічне дослідження мовної патології вихованця. Відповідно до результатів обстеження, доцільно планувати корекційно-педагогічну роботу з дітьми з метою усунення первинних та вторинних відхилень у розвитку дошкільників.

Роботу з розвитку мовлення у спеціальному дошкільному закладі для дітей із вадами зору слід проводити в таких напрямках: формування навичок правильної звуковимови; розвиток фонематичного слуху; збагачення та уточнення словникового запасу; розвиток уваги до морфологічного складу слів та словозміни у словосполученнях; робота над граматичною структурою речення, виховання вміння правильно складати прості поширені речення у зв'язному мовленні; розвиток діалогічного і зв'язного мовлення.

З дітьми, які мають складні мовленнєві вади, крім згаданих обов'язкових розділів роботи, проводять групові та індивідуальні заняття, основними завданнями яких є подолання певного мовленнєвого порушення за спеціальними логопедичними методиками.

Ураховуючи всі особливості дітей з вадами зору при підготовці та проведенні мовленнєвих занять необхідно дотримуватись наступних вимог:

Для кожної дитини з порушенням зору потрібно визначити місце на занятті з урахуванням зорового діагнозу, гостроти зору та косоокості. При світлофобії дитину треба посадити так, щоб не було прямого подразнюючого попадання світла в очі. Діти з низькою гостротою зору займають перші місця. При збіжній косоокості дитині слід зайняти місце в центрі. При різній гостроті зору обох очей дитину садять здоровим оком ближче до центру.

Під час занять рекомендується використовувати спеціальну наочність певних розмірів: більших розмірів для фронтальних занять та диференційовано індивідуально, яка співпадає з показниками основних зорових функцій дитини (гострота зору, поле зору) та зоровим діагнозом (близорукість, амбліопія тощо).

Під час демонстрацій кольорових зображень необхідно виконувати такі вимоги: використовувати яскраві, насичені, контрастні чисті природні кольори (помідор - червоний, огірок - зелений тощо). Особливо це важливо на початкових етапах роботи з дитиною, коли зорове сприйняття страждає за відсутності еталону об'єкту, що демонструється.

Під час роботи з сюжетними зображеннями для дітей з низькою гостротою зору слід виключати незначні деталі, які не впливають на зміст сюжету.

Демонструючи дидактичний матеріал, наочні засоби, вихователь повинен враховувати не тільки його розміри та колір, але й контрастність фону, на якому він знаходиться. Використовувати чіткий контур об'єкта, просліджувати його за допомогою указки.

Для виконання зорової роботи за столом площа робочої поверхні повинна бути вертикальною або горизонтальною залежно від виду косоокості (при розбіжній косоокості - горизонтальна, а при збіжній - вертикальна) та від нозологічної форми очної патології (при афакії, міопії, глаукомі - вертикальна, при гіперметропії - горизонтальна). Саме тому, для зорової роботи окремих дітей вихователь постійно використовує підставку, фланелеграф, мольберт тощо.

Для дітей з порушенням зору темп проведення занять має бути повільнішим, адже такі діти потребують довшого часу на первинний та вторинний огляд матеріалу.

Кожне заняття включає спеціальну гімнастику для очей, яка має тренувальний або релаксаційний характер залежно від зорового навантаження.

Фізхвилинки рекомендується проводити в ігровій формі з музичним супроводом, з урахуванням вікових та зорових особливостей.

Проводячи таку навчально-корекційну роботу з дітьми, які мають вади зору, нами було виявлено, що в них активізуються зорові функції, покращується зорове сприймання та вдосконалюються мовленнєві здібності.

Отже, цілеспрямована робота з розвитку зв'язного мовлення дітей з вадами мови має вестися на більш високому рівні, спрямовуватися на розвиток мовного чуття, мовних здібностей дітей. Працюючи з дітьми з особливими потребами, треба повсякчас створювати умови для самостійних мовних спостережень, для саморозвитку мовлення, здійснення контролю та самоконтролю над висловлюваннями.

Цілеспрямована корекційно-відновлювальна робота сприяє відтворенню та розвитку пізнавальних можливостей зорового аналізатора, забезпечує всебічний розвиток розумових і фізичних здібностей вихованців, формує у дітей з вадами зору компенсаторні способи приймання та мовленнєву компетентність.

Корекційна робота, яка направлена на відтворення та удосконалення пізнавальних можливостей зорового аналізатора забезпечує всебічний розвиток дітей, дає змогу відтворити первинно порушені зорові функції, попереджує виникнення вторинних відхилень, формує у дітей мовленнєву компетентність та готує базу для успішного навчання в школі.

### **Література**

1. Беляєва О., Котлярова Т. Розвиток зв'язного мовлення дітей зі складним дефектом // Дефектолог. - 2008. - № 6. – С. 24-28.
2. Вавіна Л.С., Ремажевська В.М. Розвиваємо у дитини вміння бачити. Від народження до 6 років. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 128 с.
3. Гребенюк Т.М., Сасіна І.О., Тімакова Ю.В., Медико-педагогічна корекція зорового сприймання у дошкільників з вадами зору: навч. посіб. – К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2005. – 147 с.
4. Тарасун В. Формування мовної особистості - новий напрям логопедичної роботи // Дефектологія. - 2007. - № 4. – С. 3-11.
5. Мозгова Т. Виправлення вад вимови фонем у дітей із загальним недорозвитком мовлення // Дефектологія. - 2004. - № 1. – С. 43-45.

## **КОРРЕКЦИОННО-ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ УЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Статистические данные о состоянии здоровья детей в Украине говорят о том, что неврологическая патология у детей в стране занимает 6 место среди общих заболеваний, а количество детей с различными нарушениями речи за последние 5 лет увеличилось на 27,5%. Поэтому необходима серьезная, хорошо продуманная и методически правильно выстроенная коррекционно-педагогическая работа с такими детьми, протекающая в специально организованных условиях [3].

По данным Луганского Областного управления статистики на сегодняшний день наиболее распространенной формой оказания коррекционной помощи детям раннего дошкольного возраста с различными нарушениями в развитии является их обучение и воспитание в дошкольных учреждениях общеобразовательного или специализированного типа. Однако, практика показывает, что большая часть детей с отклонениями в развитии воспитывается дома. Приоритетность семейного типа воспитания неоспорима, однако эти дети также нуждаются в систематической коррекционной помощи различных специалистов: медиков, педагогов, психологов [1, с. 15-17]. В системе коррекционного воздействия взаимопонимание между этими специалистами является центральным вопросом в деле помощи проблемным детям и их семьям. В настоящее время в отечественной и зарубежной специальной педагогике усилился интерес к возможно более ранней коррекции отклонений в развитии детей. Актуальность этой проблемы обусловлена уникальностью раннего возраста для становления ряда функций в психическом развитии ребенка. Уникальность этого периода связана с его высокой сензитивностью в отношении формирования большинства специфических человеческих качеств и способностей [5, с. 98]. Концепция воспитания детей раннего возраста ориентирована на современные подходы в решении проблем материнства и детства (Е. Стребелева, М. Лисина, Г. Розенгарт-Пупко, А. Богуш, Р. Мухамедрахимов, В. Рыбкина, О. Приходько).

Однако, многим важным педагогическим вопросам семейного воспитания детей раннего возраста с минимальной мозговой дисфункцией, особенно профилактике нарушений речи, поведения и других познавательных процессов, уделялось недостаточно внимания. Минимальные мозговые дисфункции (далее ММД) представляют собой наиболее распространенную форму нервно-психических нарушений детского возраста и рассматриваются как последствия ранних локальных повреждений головного мозга. У большинства детей с ММД

выявляется легкая диффузная симптоматика резидуально-органического генеза, в том числе и нарушения речи [2, с. 58-64].

Объектом нашего исследования были дети трехлетнего возраста с клиническим диагнозом ММД.

Предметом нашего исследования был процесс активизации речевого развития и формирования эмоционально-волевой деятельности у детей трехлетнего возраста с ММД при совместной работе специалистов педагогического и медицинского профиля специализированного дошкольного учреждения и семьи ребенка.

Цель работы заключалась в разработке содержания и форм взаимодействия специалистов дошкольного учреждения и семьи, направленного на повышение эффективности процесса преодоления речевого недоразвития и эмоционально-волевой неустойчивости у детей третьего года жизни в условиях специализированного дошкольного учреждения.

В основу исследования были положены предположения, что речевое развитие и эмоционально-волевые процессы будут проходить нормально, если будут созданы необходимые условия, важнейшим из которых является взаимопонимание и сотрудничество педагогов и семьи ребенка.

Данное исследование проводилось в течение нескольких лет в учебно-реабилитационном центре № 135 для детей с ЗПР и НПЗ г. Луганска. В процессе исследования предусматривалось обязательное участие родителей в коррекционном процессе. В основу взаимодействия педагогов и родителей ребенка была положена комплексная семейно-ориентированная программа обучения, включающая в себя следующие факторы: установление психологического взаимопонимания и полного контакта в развивающем обучении ребенка между педагогом и родителями; повышение уровня педагогической компетентности семейного окружения ребенка; определение направления совместной коррекционно-воспитательной работы коррекционного педагога и родителей; активное участие родителей в коррекционном процессе [4, с. 56].

Установлению контакта и психологического взаимопонимания способствует предварительная беседа, в процессе которой выявляются и раскрываются специалистом положительные личностные качества родителей, такие как доброта, терпение, внимание, необходимые для успешного сотрудничества со своим ребенком.

Включение родителей в реальность коррекционного процесса способствует повышению уровня педагогической компетентности семейного окружения ребенка.

Один раз в месяц все члены семьи могут получить консультацию специалистов (невропатолога, психолога, логопеда и др.) и иметь ответы на все интересующие их вопросы, касающиеся уровня психоречевого развития их ребенка. Обязательным условием “круглых столов” является присутствие всех взрослых членов одной семьи, включая бабушек и дедушек, с целью получения

рекомендаций по организации дальнейших условий воспитания и обучения ребенка в семье.

Регулярно проводятся родительские конференции, на которых родители знакомятся друг с другом, делятся своими проблемами, находят общие интересы, строят планы на будущее. Во время проведения таких конференций ведущий специалист знакомит родителей с новинками специальной литературы и обсуждает основные направления предстоящей коррекционной работы. При обучении родителей наблюдению за ребенком и работе с ним используется составление плана наблюдений (тетрадь наблюдений), самоотчеты родителей и дальнейшее совместное обсуждение с коррекционным педагогом поведения детей. Ощутив активное внимание со стороны взрослых в процессе игр и бесед, дети становились, в свою очередь, более внимательными и заинтересованными в речевом общении.

Хорошо зарекомендовала себя практика обсуждения между членами семей и последующий анализ специалистом ранее просмотренных видеокассет с проблемными ситуациями по воспитанию гиперактивных детей. Подобный анализ показал, насколько неоднозначно взрослые реагируют на неадекватное поведение малышей и лишь разъяснения специалиста позволяют определить правильный тип позиции родителей по отношению к проблемному ребенку.

Широкое применение получила практика просмотра СД-дисков с предлагаемым проведением коррекционных занятий в домашних условиях. Родители или лица их заменяющие как бы попадают в реальную ситуацию и имеют возможность обыграть ее много раз, не допустив методических ошибок. Такая система занятий была разработана на базе данного спецкомплекса и является важным обучающим компонентом не только для родителей, но и для молодых специалистов, пришедших на работу, а также для остальных сотрудников, с целью детального анализа проведенного коррекционного занятия.

Анализ особенностей воспитания детей в семье показал, что в подавляющем большинстве случаев главным воспитывающим лицом является мать ребенка, а отец по различным причинам старается уйти от решения данной проблемы. Поэтому, с целью привлечения отцов к процессу обучения и развития ребенка, а также созданию ситуации взаимопонимания между родителями, имеющими сложного ребенка в семье, нами была разработана программа “Учимся у папы”. Основным аспектом данной программы является проведение консультаций и бесед, как с одним отцом ребенка (без присутствия мамы, бабушки и пр.), так и проведение совместных встреч отцов нескольких детей, что ведет к пониманию и более серьезному подходу к сложившейся ситуации и формирует уверенный и спокойный стиль работы с ребенком в своей семье. Положительные результаты приносит присутствие отца на коррекционном занятии со специалистом. Для этой цели педагог иногда переносит проведения коррекционного занятия на время удобное для отца конкретного ребенка.

Присутствуя на таких занятиях, родители вовлекались в создание игровой ситуации с одновременным обеспечением положительного эмоционального контакта, учились правильно формулировать вопросы и ответы, взаимодействовать с ребенком в различных видах совместной деятельности, умело вести с ним диалог.

Итогом правильно построенной коррекционно-педагогической работы семейно-ориентированного типа является организация и проведение небольших праздников при непосредственном участии детей и их родителей, в ходе которых родители могут увидеть результаты своего труда, а также увидеть динамику развития других детей в данной группе, что служит для них стимулом для активизации коррекционно-воспитательной работы со своим ребенком дома.

Результаты проведенного исследования подтвердили гипотезу о необходимости наиболее ранней совместной взаимодействия специалистов и родителей, которая позволяет корригировать и предупредить многие вторичные нарушения в развитии детей. Важным моментом осознанного участия семьи в процессе коррекционного обучения и воспитания детей явилось повышение уровня психолого-педагогической компетентности родителей.

#### **Литература**

1. Аксенова Л. И., Тюрина Н. Ш., Шкадаревич Е. В. Развитие социальных навыков у детей от рождения до трех лет // Дети с проблемами в развитии. -2004.- № 3. – С. 15-17.
2. Дети-сироты / Под ред. Е. А. Стребелевой - М.: Полиграф сервис,1998. – 540 с.
3. Докучаева Ю. П. Оптимизация педагогического процесса по преодолению недоразвития речи у детей дошкольного возраста // В кн.: Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Под ред. Ю. Ф. Гаркуши. - М., 2001. – 189 с.
4. Игнатъевна С. А., Блинков Ю. А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии. - М.: ВЛАДОС, 2004. – 380 с.
5. Коррекционная помощь детям раннего возраста / Под ред. Е. А. Стребелевой - М.: Экзамен, 2004. – 248 с.

**Ивашура Н.С., Ивашура М.И.**  
Благотворительный фонд помощи  
детям с аутизмом и расстройствами  
речи “Цветы жизни”

#### **СЕМЬЯ И АУТИЗМ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Не смотря на то, что изучением аутизма занимаются почти сто лет, до сих пор в нашей стране не разработан алгоритм организации психолого-педагогической и медико-социальной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра (далее РАС).

Первые специализированные учебные заведения появились в Европе в 20-ых годах XX века. Благодаря накопленному опыту работы появились методики диагностирования, обучения, расширилась сеть государственных и общественных организаций, занимающихся проблемами лиц с аутизмом.

Весомым достижением успешного сотрудничества общественных и государственных организаций в Европе и странах Северной Америки является толерантное отношение социума к лицам с аутизмом, осознание их проблем.

В нашей стране отношение к инвалидам в целом не сформировано на должном уровне, а особенности диагноза “аутизм” по прежнему не знакомы даже многим специалистам в сфере медицины и образования. Таким образом, адекватной реакции общества и принятия им особенностей лиц с РАС ожидать не приходится.

Поскольку наше государство на протяжении многих лет мало занималось решением проблем лиц с РАС и их семей, перекладывая эту работу на плечи родительских общественных организаций, в стране отсутствует единая программа помощи (медицинской, образовательной, социальной). Фактически родительские общественные организации используют опыт родственных зарубежных обществ, адаптируя этот опыт к нашим реалиям.

В последние несколько лет в Украине произошли сдвиги в сфере образования; специалисты, изучив особенности детей с РАС, пришли к мнению о необходимости создания специальных коррекционно-педагогических условий для обучения и воспитания, разрабатывается модель инклюзивного образования.

Таким образом, в настоящий момент основной груз воспитания, образования и социальной адаптации ребенка с аутизмом ложиться на плечи родителей.

Но в этой ситуации не учитывают, что родители аутичного ребенка не готовы выполнять столь сложную для них работу. Трагедия семьи заключается в том, что до определенного момента в ней воспитывается обычный, здоровый ребенок, на него возлагаются большие надежды и ожидания. И в среднем, когда ребенку исполняется 3-4 года, сами родители, члены семьи, знакомые по детской площадке начинают замечать некоторые особенности в развитии малыша.

Далее семья ступает на сложный путь поисков ответов, где, к сожалению, не всегда находит профессиональную поддержку. На вопросы о несоответствующем развитии ребенка, родители слышат “подождите разговориться”, “отдайте в сад, все пойдет на лад”, “это просто ошибки воспитания” и так далее. Всю вереницу первоначальных отговорок родители потом долго вспоминают, так как они помешали начать своевременную работу с их ребенком.

Когда же, наконец, ребенку ставят диагноз (а это происходит иногда даже только в 5-6 лет), родители в один момент теряют свою мечту об идеальном ребенке, рушиться все, о чем думали и планировали. Сообщая окончательный диагноз, психиатры всё еще не утруждают себя в выборе формулировок и



описания перспектив. Родители выходят из кабинета только со списком препаратов и туманным описанием будущего.

Первая реакция семьи – это шок, период слез и растерянности. С этого момента семья находится в состоянии хронического стресса. Наступают периоды улучшения или ухудшения стрессового состояния семьи в зависимости от прогресса или регресса состояния их аутичного ребенка. Зачастую семьи вынуждены самостоятельно справляться со своими проблемами не получая поддержки извне. Искусственно изолируя себя от сложившегося круга общения, из-за боязни порицания окружающими, семья усугубляет свои проблемы. Что же может дать аутичному ребенку семья, находящаяся в таком состоянии?

Семья своими ресурсами вынуждена решать проблемы лечения и обучения “особого” ребенка, обеспечения его безопасности, развития его доминирующих способностей, финансирования всех затрат, порой непосильных по той причине, что работать может только один из родителей.

Наличие системы не решенных вопросов и отсутствие должного внимания со стороны государства вынуждают родителей создавать собственные общественные организации. В таких родительских организациях семьи, недавно столкнувшиеся с поставленным диагнозом, получают моральную поддержку, понимание и опыт семей, уже прошедших через начальный стресс, стадию принятия и начавших работать со своим ребенком.

В борьбе с аутизмом фактор времени является критичным. Семья теряет драгоценное время на осознание того, что “мой ребенок никогда не будет как здоровый ребенок соседа”, поиск квалифицированной помощи и т.д. Не маловажным фактором потери времени является отсутствие системы ранней диагностики аутизма, а также низкая осведомленность общества о проблеме аутизма в целом и его признаках в частности.

На наш взгляд, быстро улучшить ситуацию с аутизмом могло бы сотрудничество в сферах образования и здравоохранения.

1. Участковые педиатры должны иметь представление о расстройствах аутистического спектра и особенностях развития аутизма в раннем возрасте. Уже с 18-ти месяцев участковый педиатр может проводить скрининг, используя существующие опросники типа СНАТ. Использование готовых опросников или создание альтернативных, должно учитывать, что задаваемые вопросы не должны вызывать тревогу у родителей. К тому же должна быть предусмотрена методика определения особенностей ребенка просто во время наблюдения и игры. Учитывая высокий процент диагностики РАС в мире, такой скрининг может быть включен в эпикриз каждого ребенка. Проводить такой скрининг нужно с определенной регулярностью. Если у педиатра возникли сомнения, он должен корректно предложить родителям пройти консультацию психолога.

2. Мы предлагаем ввести связующее звено между участковым педиатром и кабинетом психиатра по таким причинам: услышав слово

“психиатр” родитель может проигнорировать визит к специалисту и упустить время; многие психиатры отказываются принимать детей до трех лет.

Это может быть психолог и/или социальный педагог, работающий в нескольких поликлиниках по совместительству или приглашенный специалист, основным местом работы которого является коррекционная школа, либо психолог/социальный педагог профильных общественных организаций.

Такое нововведение позволит: снизить стрессовость ситуации для семьи (им не придется посещать спецзаведение, которое их заранее пугает); при обнаружении проблемы психолог/ социальный педагог корректно сообщит о возможной проблеме и необходимости получить консультацию психиатра; подготовить родителей к принятию ситуации и объяснит важность раннего вмешательства, а также объяснит важность психологической помощи семьям; сообщить родителям об организациях, в которых им окажут всестороннюю помощь.

Психолог/социальный педагог поддерживает связь с психиатром и участковым педиатром, контролирует ситуацию в семье, тем самым не позволяя потерять время.

3. Мы считаем, что посетив детского психиатра, семья должна узнать не только о медикаментозном вмешательстве, но и о существующих психолого-педагогических и коррекционных методах. При постановке окончательного диагноза психиатр должен учитывать, что для семьи это чрезвычайный стресс и сообщать диагноз нужно максимально корректно, предлагая родителям четкий план на первое время.

Создание такого механизма раннего выявления аутизма позволит увеличить шанс детей на своевременное вмешательство; снизить стрессовую ситуацию в семье, что приведет родителей к быстрому пониманию проблемы, принятию ребёнка и важности начала коррекционной работы; а также это позволит государству увидеть реальную статистику и принять активное участие в решении проблем лиц с РАС.

Дальнейший путь семьи помогает определить уже знакомый им психолог/социальный педагог из детской поликлинике.

Главная задача всех специалистов, работающих с этой семьей, на этом этапе научить их быть не просто родителями особого ребенка, но и педагогами, так как будущее ребенка, в первую очередь, в их руках.

### **Литература**

1. Добряков И.В., Защирина О.В. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия.— СПб.: Речь, 2007. —400 с.
2. Сансон Патрик. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми. - 2-е изд. – М.: Теревинф, 2008. – 208 с.
3. Шульженко Д.І. Аутизм - не вирок. – Львів: Кальварія, 2010. – 224 с.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ПЕРЕХОДУ УЧНІВ ІЗ ЗПР З МОЛОДШОЇ ДО ОСНОВНОЇ ШКОЛИ**

Важливою умовою успішності навчально-виховної роботи в спеціальній школі є урахування специфіки психологічних особливостей учнів із ЗПР, особливо у перехідні періоди їх життєдіяльності. Одним з таких періодів є перехід з початкової школи до основної. У цей час у дітей часто спостерігається недисциплінованість, підвищення рівня ситуативної тривожності тощо. Важливим також є ставлення учнів до навчальної діяльності і ті базові мотиви що зумовлюють соціально-психологічну активність учня.

Аналіз фахової літератури і масової шкільної практики свідчить про те, що психологічна неготовність учнів до переходу в 5 клас на сьогодні є проблемою.

Цей перехід сприймається як досить важкий період. Діти із ЗПР, за даними наукових досліджень, відчують адаптаційні труднощі на самому початку шкільного навчання, а наприкінці початкової школи дитина має бути особистісно, психологічно і функціонально не готовою до переходу до наступної освітньої ланки.. В літературі цей період називають по-різному – перехідним періодом, “мікрокризою п’ятих класів” тощо. Але сутність полягає в тому, що психологічна неготовність до нових вимог, до подолання труднощів адаптаційного періоду сприяє не тільки негативному ставленню до школи і до навчання, але й погіршенню соматичного і психологічного здоров’я школярів

Загальнотеоретичні положення досліджуваної проблеми були розроблені в наукових працях Л. Божович, Л. Виготського, І. Дубровіної, Д. Ельконіна, Г. Костюка, О. Леонтьєва. Онтогенетичні аспекти цієї проблеми висвітлювались в роботах Т. Князевої, Н. Лебедевої, Л. Слугіної, Д. Фельдштейна, Г. Цукерман.

Проблема ЗПР дітей молодшого шкільного віку гостро постала перед психолого-педагогічною наукою вже давно. Питаннями діагностики та корекції цієї вади першими почали займатися дефектологи (Н. Бастун, І. Бех, В. Бондар, Т. Вісковатова, Т. Власова, Т. Ілляшенко, К. Лебединський, В. Лубовський, М. Певзнер, М. Рождественська, Т. Сак, С. Тарасюк, У. Ульянова та ін.).

Ця проблема активно вивчалася і в загальному психолого-педагогічному напрямку (Т. Андрющенко, А. Богуш, Т. Карабанова, Н. Максимова, Н. Менчинська, Є. Мілютіна, Л. Носкова, В. Піскун, В. Ямницький та ін.), розроблялися методи компенсуючого навчання (Г. Кумаріна, Є. Мастюкова та ін.), визначалися засоби реабілітації розумової працездатності дітей (К. Корольова, М. Раттер та ін.).

Але, недостатня розробка теоретичних і прикладних аспектів даної проблеми зумовили вибір теми статті.

Метою даної роботи є теоретичний аналіз психологічних особливостей і проблем школярів із ЗПР у період переходу з молодшої до основної школи.

Відповідно до концептуальних положень вітчизняної психології, діти 10 – 12 років є молодшими підлітками, знаходяться в передкризовій ситуації щодо психічного розвитку, в критичному періоді щодо особистісного розвитку і в перехідній ситуації щодо соціального навчання. Тому цей період має свої психологічні особливості.

Як показують результати дослідження (Т. Власова, Т. Ілляшенко, К. Лебединський, М. Певзнер та ін.) для дітей із ЗПР характерні такі особливості: недостатній рівень розвитку мислення та інших пізнавальних процесів, несформованість необхідних мисленевих дій і операцій (аналізу, синтезу), недостатній мовленнєвий розвиток, недоліки уваги і пам'яті, недостатня сформованість довільності, емоційності, імпульсивності, недостатній рівень розвитку дрібної моторики, хворобливість тощо.

Психологічні проблеми дітей під час перехідного періоду від початкової школи в середню можуть бути пов'язані як з об'єктивними змінами в організації навчально-виховного процесу, так і з особистісними процесами, характерними для молодшого підліткового віку (передкризового періоду, предпубертату).

До об'єктивних змін в організації навчально-виховного процесу можна віднести такі: сам факт переходу в середню освітню ланку, який висуває нові вимоги до дитини; проведення уроків різними вчителями (звідси неузгодженість, різноманітність і якісне ускладнення вимог з боку вчителів; невміння ними враховувати вікові та індивідуальні особливості дітей тощо); кабінетна система навчання; збільшення навчального навантаження (поява нових навчальних дисциплін, інший рівень викладання матеріалу (більш теоретичний), що вимагає нового типу мислення; збільшення кількості уроків; прискорення інтенсивності, внутрішнього темпу уроку; розширення обсягу навчальної інформації тощо); нові однокласники (якщо дитина змінила школу або в клас прийшли новенькі) [4].

Ці нові і досить різкі зміни умов навчання у середніх класах можуть виступати причинами дезадаптації п'ятикласників.

До дезадаптації схильні діти з певними особистісними особливостями. Низька самооцінка та невпевненість у собі - джерела дезадаптації. Занижена самооцінка породжує певні емоційні реакції, почуття тривожності, стан суму, іноді заздрості й часто тривале негативно забарвлене емоційне самопочуття.

Діти молодшого підліткового віку із ЗПР, в силу своєї нездатності самостійно організувати взаємодію з іншими людьми, з одного боку, і власних інтересів - з іншого, виявляються залежними від більш розвинених інтелектуально однолітків або дорослих. Проблеми інтеграції цих підлітків у суспільство проявляються в різних сферах їх життєдіяльності: у шкільній неспішності, в порушеннях поведінки і дезадаптації та ін.

Спостереження за діяльністю дітей із ЗПР на уроках у школі, позаурочний час дозволили уточнити їх проблеми - часті конфлікти, агресивність, непевність у собі, що приведе до відхилення поведінки.

Проявом незрілості особистості в дітей із ЗПР є вплив егоцентричних емоцій на оцінні судження. Найбільше високо дитина оцінює тих, хто їй приємний, хто ближче до неї. Так самооцінює вона і події навколишнього життя - добре те, що приємно [3].

Перехід від дитинства до підліткового віку, який збігається із переходом до середньої школи, характеризується бурхливими змінами у фізіології та психіці дитини (Н. Анікеєва, М. Боришевський, О. Киричук, Я. Коломинський, І. Кон, Д. Фельдштейн, К. Левін та ін.). Він насичений драматичними переживаннями та конфліктами.

До вікових особливостей молодшого підліткового віку відносимо таке: індивідуальну (між різними дітьми); переорієнтацію спілкування з дорослих на однолітків (провідна діяльність); розвиток у напрямку нового рівня самосвідомості, розвитку особистісної рефлексії, “Я-концепції” (центральне вікове особистісне новоутворення); у моральному розвитку – некритичність засвоєння групових норм, перенесення оцінки вчинку на особистість в цілому, полярність моральних оцінок (“біле – чорне”).

У підлітковому віці у дітей складається дві різні за своїм значенням для психічного розвитку системи відносин: одна - з дорослими, друга – з ровесниками. Ці системи відношень продовжують формуватися в середніх класах школи. Виконуючи одну і ту ж загальну соціальну роль, ці дві системи взаємовідносин нерідко входять у протиріччя одна з однією за змістом і за нормами, що її регулюють.

У психологічній характеристиці дітей з ЗПР велике значення має специфіка їхнього спілкування з однолітками. Однак діти із ЗПР обирають контакти з дітьми більш молодшого віку в силу того, що колектив однолітків, з яким вони не можуть встановлювати рівноважні відносини, викликає у них тривогу. У дітей із ЗПР відзначається виражена тривожність стосовно дорослого, від якого вони залежать. Така тривожність з віком має тенденцію прогресувати.

Проблеми формування психологічної готовності дітей до навчання в середній школі, безумовно, пов’язані із резервами молодшого шкільного віку. Провідною діяльністю молодшого шкільного віку є навчальна. Саме сформованість навчальної діяльності, всіх її компонентів, засвоєння дитиною навчального матеріалу є своєрідним показником готовності до навчання в середній школі. Тому сформованість новоутворень молодшого шкільного віку – це та основа, на якій буде базуватися цей перехідний період [1].

Провідними вітчизняними психологами (Л. Божович, І. Дубровіна, О. Леонтьєва, Т. Юферєва та ін.) визначено такі новоутворення: 1) довільність, усвідомленість та інтелектуалізація всіх психічних процесів, їх внутрішнє опосередкування; 2) розвиток рефлексії.

Розвиток рефлексії виявляється у всіх аспектах шкільного життя – інтелектуальному, соціальному і особистісному. Інтелектуальна рефлексія є одною з форм усвідомленого ставлення до власних можливостей. Соціальна рефлексія пов’язана із співвіднесенням власних можливостей із завданнями у сфері суспільних відношень. Особистісна рефлексія спрямована на оцінювання

своїх власних індивідуальних особливостей і потреб. Вона є базисною складовою як “Я”-концепції, так і образу “Я”. Пріоритетним у передпідлітковому віці стає розвиток соціально-особистісної рефлексії [2].

Серед причин можливих труднощів у навчальній діяльності молодших підлітків зі затримкою психічного розвитку можна назвати такі: вікові обмеження та індивідуальні особливості учнів, які не враховують вчителі під час навчальної роботи, об’єктивні зміни в організації навчально-виховного процесу; відсутність наступності між вимогами початкової і середньої освітньої ланки, як в плані навчання, так і в плані вимог до поведінки школярів; недостатня навчальна підготовка у попередній період (прогалини в знаннях, формальне засвоєння навчального матеріалу тощо); несформованість компонентів навчальної діяльності; особливості навчальної мотивації (падіння навчальної мотивації і інтересу до навчання, утруднення знаходження особистісного сенсу учіння); особливості спілкування, обумовлені зниженою пізнавальною активністю і специфікою розумової діяльності, перешкоджають успішній соціалізації особистості [1,4].

Наявність наведених вище труднощів свідчить про низьку готовності до переходу до середньої школи дітей зі ЗПР.

Отже, успішне вирішення завдання переходу учнів до середньої освітньої ланки є актуальною і складною теоретичною і практичною проблемою. Об’єктивні зміни організації навчально-виховного процесу та вікові і особистісні особливості дітей можуть викликати ускладнення переходу з молодшої до середньої школи.

Складовими готовності до навчання в середній школі можна вважати сформованість навчальної діяльності і успішне засвоєння навчальної програми початкової школи; сформованість новоутворень молодшого шкільного віку (довільності, рефлексії, понятійного мислення у відповідних вікових формах); наявність особистісних утворень молодшого підлітка у дитини 4-го класу, зокрема, якісно нових взаємин із дорослими і однолітками.

Вирішення проблеми переходу до навчання в середню школу дозволить виявити психологічні умови і механізми, що визначають успішне входження п’ятикласників у нову соціальну ситуацію навчання; уникнути синхронізації освітньої і вікової кризи у дітей; цілеспрямовано і послідовно готувати до переходу на другу ланку загальної освіти всіх учасників навчально-виховного процесу (дітей, батьків, вчителів).

Перспективи дослідження: побудувати і запропонувати модель дослідження психологічних проблем учнів із ЗПР при переходу до навчання з молодшої до середньої освітньої ланки.

### Література

1. Битянова М.Р., Азарова Т.В., Афанасьєва Е.И., Васильєва Н.Л. Работа психолога в начальной школе. - М.: Изд-во “Генезис”, 2001. – 352 с.
2. Князева Т.Н. Психологическая готовность ребенка к обучению в основной школе: структура, диагностика, формирование. – СПб.: Речь, 2007. – 119 с.

3. Слепович Е.С., Поляков А.М. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии. – СПб.: Речь, 2008. – 247 с
4. Справочник психолога средней школы / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. – изд. 4-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 511 с.

**Квітка Н.О.<sup>1</sup>, Галій А.І.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Інститут спеціальної педагогіки НАПН України,

<sup>2</sup>Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

## **МІСЦЕ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВИХОВАННІ ДІТЕЙ ЗІ СКЛАДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ**

Музична терапія для дітей з особливими потребами є надзвичайно важливою. В навчально-виховному процесі шкіл та роботі реабілітаційних центрів, де активно відбувається формування та розвиток дітей, вона має зайняти своє належне місце. І чим більше буде впроваджено нестандартних, творчих, немедичних засобів впливу на активізацію внутрішніх ресурсів організму дитини, тим більше шансів допомогти кожній конкретній дитині.

Подарувати дитині світ музики і допомогти йому знайти в собі такі ресурси творчості, які звільнять його від пут хвороби або принаймні допоможуть мобілізувати свої зусилля на власний розвиток, на реалізацію своїх можливостей, отримання задоволення від спілкування з прекрасним і високим - основна мета музичної терапії.

Думка про те, що реалізація можливостей дитини залежить від особливостей її розвитку надзвичайно слушна, але ж і деякі факти з життя надзвичайно талановитих і відомих людей свідчать про невичерпні ресурси людини, які протягом життя мало хто розкриває, навіть при повноцінному здоров'ї. Тобто, з одного боку, є особистість, яка долає усі перешкоди і знаходить свій шлях у житті, чим демонструє нам всім яскраву перемогу над слабкістю людського духу та визволення своєї душі й тіла з тенет хвороби. А з іншого, люди, які самі створюють собі перешкоди відчуттям страху або невірою в себе, прикриваються будь-якими іншими перепонами і добре, якщо вони це чинять самі для себе, а коли це стосується дітей з особливими потребами, в яких треба вірити і діяти так, щоб результат був досяжний і для них і для нас.

Геніальну музику, яку ми пропонуємо використовувати на своїх заняттях написали композитори різних історичних періодів. Життя багатьох з них було сповнене страждань і болю. Можливо, як нам здається несправедливим, але якщо пригадати слова Альберта Ейнштейна “Бог изошрён, но не злонамерен”, то стає очевидним наскільки важливо нам всім не впадати у відчай, а вірити і творити чудеса самим і допомагати тим, хто потребує нашої уваги і любові,

терпіння та підтримки, безпосередньої допомоги й безперестанної турботи. Твори наших українських композиторів, до яких ми бажаємо долучити наше молоде покоління, сповнені особливого національного колориту. Також ми пропонуємо на заняттях з музичної терапії використовувати обов'язково народну українську музику, в якій генетично саме для нас закодована надзвичайно важлива інформація.

Завдання кожного заняття з музичної терапії має бути спрямоване на те, щоб дитина отримала як можна більше почуттів, бо сфера музичного мистецтва пробуджує такі емоції, які формують внутрішню потребу людини у глибокому та постійному спілкуванні з музикою. Розвиток у дітей здатності адекватно й емоційно сприймати музику; розвиток творчих музичних здібностей; формування практичних вмінь та навичок у різних видах музичної діяльності (співах, музично-дидактичних іграх, грі на дитячих шумових та музичних інструментах тощо), розвиток музичного смаку та потреби у спілкуванні з музикою, корекція їх психофізичного розвитку є найважливішими завданнями занять з музичної терапії.

Тут найважливіше розвиток сприймання музики через пробудження емоційної сфери. Слід зазначити, що музичне мистецтво має свою специфіку. Сприймання музики відбувається не від загального до особистого, а від особистого до загального, тобто не від уявлень до почуттів, а від почуттів до уявлень. У зв'язку з цим, музику розуміють як специфічну мову психологічного стану людини і сприймають її як ліричний процес в житті людини. Коли людина пізнає навколишній світ, вона не тільки включає в цю діяльність мисленнєві процеси, вона пробуджує почуття та емоції, через які відкриває себе та своє ставлення до світу.

Зміст заняття з музичної терапії полягає в єдності таких позицій, як збагачення досвіду емоційно-ціннісного ставлення до дійсності, збільшення багажу музичних вражень та знань, а також розвиток творчих умінь та навичок. При цьому дуже важливо виховувати в учнів культуру слухання та бажання займатися музичною та творчою діяльністю для досягнення власної самостійності, незалежності в своїх уподобаннях, а головне здатності через музику любити й сприйняти себе і світ таким, яким він є.

Основні напрямки корекційно-розвивальної роботи спрямовані на формування уявлень, корекцію перцептивних дій, розвиток сенсорної сфери, розвиток зорової та слухової уваги, розвиток мисленнєвих процесів, розвиток мови і мовлення, стимуляцію рухової активності, корекцію поведінкових проявів тощо. Всі напрямки корекційної роботи взаємопов'язані та взаємообумовлені.

Враховуючи особливості дітей зі складними (комбінованими) порушеннями психофізичного розвитку (церебральний параліч, який супроводжується руховими порушеннями, а також часто поєднується з психічними та мовленнєвими розладами, порушеннями функцій інших аналізаторних систем (зір, слух) підбір музики розрахований на корекцію цих проблем. Засоби музикотерапії здатні сприяти загальному розвитку особистості



дитини. Емоційна чуйність і розвинений музичний слух дозволяють дітям з різними психофізичними порушеннями в доступній формі відгукнутися на добрі почуття та вчинки, допомагають активізувати розумову діяльність, постійно вдосконалюючи рух до загального оздоровлення всього організму в цілому.

Важливу роль відведено засобам музичної терапії учнів із особливими потребами у ряді досліджень світових вчених К. Шваббе, О. Бенезон, Е. Коффер-Ульріх, У. Грюс, Г. Грюс, З. Мюллер та інші. Присвячені музичній терапії дітей з особливими потребами (аутисти, затримка психічних порушень, інтелектуальної сфери тощо), всі вони використовують методики розвитку емоційно-вольової сфери дітей, розвитку мовлення, активізації їх діяльності та розвитку інтересів в музично-творчій сфері.

За визначенням К. Шваббе, музична терапія є формою клініко-медичного лікування, яка за своєю суттю належить до галузі психотерапії, де діють специфічні діагностичні критерії її використання. В музичній терапії використовується музика у різних її формах. Під самим поняттям музична терапія розуміють різні методи, що застосовуються для вирішення завдань лікування пацієнтів. Теоретична мета музичної терапії полягає: в активізації й пробудженні емоційних процесів (інтроспекція) у вигляді стимуляції процесів, які викликають інтрапсихічний аналіз психопатологічних конфліктів та їх усунення; активізація й пробудження соціально-комунікативних взаємодій на невербальному рівні, які викликають подолання соціально-комунікативних порушень поведінки з патологічними ознаками; регуляція психовегетативного зумовлених органічних порушень й інших станів психофізіологічного напруження; розвиток і диференціація здатності до естетичних переживань і насолоди, які сприяють руйнуванню обмежень, пов'язаних з патологією переживань.

В останні десятиріччя музика широко й успішно використовується у комплексній терапії. Про це свідчать роботи Л. Брусиловського, В. Ткаченко, Г. Шипуліна та інших. Вони стверджують, що лікування музикою осіб, які страждають неврозами та неврозоподібними станами, надзвичайно корисні й мають зцілювальний ефект.

Музична терапія включає активну й рецептивну діяльність, яка має безпосередній вплив на емоційний, етичний та естетичний розвиток людини і глибоко діє на її внутрішній стан. Сутність нашого розуміння музикотерапії полягає у тому, що ми вважаємо її не лише лікувальним, а ще й виховним засобом. Позитивний вплив музики позначається не лише на патологічно змінених функціях організму дитини, а й цілеспрямовано й систематично формує особистість з тим чи іншим захворюванням. Ритм, мелодія, гармонія, які втілені у музичному творі, можна вважати прямим носієм лікувально-виховного впливу.

Численні дослідники психолінгвістики (В. Беянін, Л. Виготський, А. Леонтьєв, С. Цейтлін) стверджують, що процеси мислення, мовлення та музики тісно взаємопов'язані, мають певну ритмічну організацію та пройшли

спільний шлях розвитку. Музичний звук є першоосновою у формуванні та розвитку членороздільної мови. Тому використання в музикотерапії тонування звуків, складів сприяє покращенню артикуляційної функції мовлення.

Відповідно підібрана музика особливостям дитини сприяє загальній гармонізації її душевного стану. Внутрішнє приємне відчуття гармонійного стану (евритмія) активізує біологічну здатність людського організму віднаходити той необхідний ритм, за допомогою якого встановлюється злагодженість усіх систем організму в усіх видах життєдіяльності.

Під дією евритмії значно активізується процес функціонування всіх систем організму, підвищується сприйнятливість до засвоєння інформації різними аналізаторами (слуховим, зоровим тактильним, нюховим). Особливу роль у цьому процесі відіграє слуховий аналізатор. Це пояснюється тим, що у процесі філогенезу в людини первинно розвивалася слухова функція. Тому музикотерапія також може застосовуватись, як метод корекції слуху.

При ДЦП найважче страждають великі півкулі головного мозку, які регулюють довільні рухи, мовлення та інші коркові функції. Музична матерія, як складна і самоорганізуюча система здатна підживлювати електропотенціал мозку. Одним із кращих способів підзарядки, як вважає член Французької академії наук, відомий вчений Альфред Томатіс є прослуховування високочастотних звуків від 5000 до 8000 Герц. Саме в музиці В. Моцарта та композиторів епохи бароко є найбільше звуків потрібної частоти. Прослуховування такої музики ще діє, як “модельна вправа”, що поліпшує симетричну організацію, пов’язану з вищими функціями півкуль мозку.

Вченими було неодноразово продемонстровано, що створювані головним мозком хвилі можна змінювати за допомогою музики. Це відкриття стало проривом у цілеспрямованому використанні музики в різних галузях медицини.

Науково-педагогічні та психологічні роботи, присвячені аутизму, відзначають одну особливість, властиву усім дітям з аутизмом, а саме їхня сприйнятливість до музики. Музика здатна змінювати настрій і поведінку – від апатії до бурхливої діяльності і навпаки. Музичний досвід може як стимулювати, так і придушувати активність, гіпнотизуючи дитину. В останньому випадку є серйозна небезпека нанести дитині шкоду. Дитина замикається в собі, відгороджується від світу, починає розгойдуватися і мукати, як буває при нав’язливих ситуаціях, погляд його стає відсутнім.

Позитивні реакції дитини з аутизмом на музику, що вона чує або слухає, часто непередбачені, оскільки її поведінка нераціональна. Проте ми можемо побачити в реакціях дитини ознаки задоволення або невдоволення, здатність поглинати і запам’ятовувати, бажання повторити досвід або ж уникнути його.

Яку музику підібрати для занять з дитиною, у якої комплекс порушень – завдання більш складне, ніж з дітьми, що мають порушення інтелекту, чиї труднощі викликані невідповідністю між рівнем розвитку і біологічним віком. Тут вчитель буде працювати і будувати свою програму відповідно до рівня його розуміння і функціональних можливостей. Для дітей зі складними

порушеннями психофізичного розвитку узагальнений підхід не годиться, тому що їхні реакції непередбачені.

Учені багатьох країн провели безліч досліджень на предмет того, за яких умов дитина може слухати музику з зацікавленістю і задоволенням і яка музика для цього підходить. В. Моцарт згадувався найчастіше, особливо його концерт для труби або валторни і деякі квартети або симфонії. Але в окремих випадках були названі зовсім інші, несподівані музичні твори: Б. Сметана “Моя Батьківщина”, африканські барабани, Г. Гендель “Прибуття цариці Савської”, К. Глюк “Танець фурій”, українська народна танцювальна музика, імпровізації К. Штокхаузена, колискові пісні Ф. Шуберта та Ф. Шопена тощо.

В Бехтерев зазначає у своїх дослідженнях, що сприймання музики не потребує попередньої підготовки і є доступним для дітей, яким немає ще і року. Тобто вона здатна чинити свій лікувальний вплив на дитину за будь-яких умов і її терапевтична цінність постійно зростає. За допомогою музичних образів та музичної мови, ритму та її мелодійності можна встановити рівновагу в діяльності нервової системи дитини, можна розгальмувати загальмованих дітей, врегулювати рухи дитини або дати їм необмежений простір і свободу, виявити музичні здібності дитини і задовольнити її музичні потреби у будь-якому музичному жанрі чи уподобаннях.

К. Шваббе поділяє методи музичної терапії на дві основні групи: *активну музичну терапію і сприймаючу музичну терапію*. Вони, в свою чергу, діляться на методи групової й методи індивідуальної музичної терапії. Методами активної музичної терапії вважаються: інструментальна імпровізація, керована групова терапія співом, рухова імпровізація під музику, тощо.

У галузі активної й рецептивної діяльності в музикотерапії нами взято за основу методику використану С. Матейовою та С. Машурою, які реалізували основні методичні принципи в таких видах корекційно-розвивальної роботи: рухова релаксація і злиття з ритмом музики; музично-рухові ігри та вправи; психоемоційна та соматична (на фізичному рівні) релаксація; співи (вокалотерапія); рецептивне сприймання музики (чуттєве); музикомалювання (арттерапія); рухова драматизація під музику; музичні вірші та оповідання (під музику); дихальні вправи під музику.

Цей умовний поділ видів музикотерапії може поширюватися згодом.

Проблема соціалізації учнів з особливими потребами, їх інклюзію та інтеграцію в суспільство, обумовлює доцільність визнання музикотерапії як важливого фактору, що сприяє формуванню певних знань та уявлень про світові культурологічні надбання, практичних навичок та умінь в музичній творчості, власного досвіду, естетичних цінностей, низку відповідних особистісних якостей. Забезпечити формування цих чинників у дітей надзвичайно важливо сьогодні активізуючи їх інтелектуальний та творчий потенціал.

Для всіх дітей зі складними (комбінованими) порушеннями психофізичного розвитку характерні порушення в емоційно-вольовій сфері та занадто малий досвід спілкування. На жаль, ми розуміємо, що за допомогою

музичної терапії повернути їх до повноцінного здорового життя неможливо, але в наших силах порушити питання про місце та роль музики в духовному житті цих дітей, про доступність для них арттерапії, про активне використання та збільшення годин саме на предмети естетичного циклу, про відвідування ними концертних залів та зустрічей з носіями мистецтва, про залучення їх до активної творчості в будь-якій сфері мистецтва, що значно прискорить процес інклюзії в Україні та полегшить інтеграцію даних дітей у суспільство.

### **Література**

1. Антонова-Турченко О., Дробот Л. Музична психотерапія. – К.: ІЗМН, 1997. - 260 с.
2. Белянин В. П. Психолінгвістика. - 6-е изд.- М.: Флинта, 2009.- 416 с.
3. Выготский Л. С.. Мышление и речь. - 5-е изд., испр. — М.: Изд-во “Лабиринт”, 1999. - 352 с.
4. Леонтьев А. А. Основы психолінгвістики. - М., 1997. – 249 с.
5. Цейтлин С.Н. Язык и ребёнок. Лингвистика детской речи. - М.: ВЛАДОС, 2000.- 240 с.

**Козачек Н.О.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

### **РУХЛИВІ ІГРИЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ГЛУХИХ ДОШКІЛЬНИКІВ**

Однією із сторін розвитку особистості є фізичне виховання, яке самим безпосереднім образом пов'язане зі здоров'ям людини. Здоров'я – це фізична, гігієнічна, душевна, соціальна культура людини.

Охорона здоров'я дітей, його зміцнення складають предмет особливої турботи дорослих. Дорослі створюють благоприємне матеріальне середовище, забезпечують дитину безпечною життєдіяльністю, харчуванням, сприяють руховій активності тощо.

Діяльність дорослого, направлена на зміцнення здоров'я дитини, складає зміст фізичного виховання, що при певних умовах забезпечує дитині фізичний розвиток.

Відомо, що дитина, з порушеним слухом потребує допомоги в особливому догляді, направленому саме на збереження його здоров'я [4; 5].

Фізичне виховання дітей з порушеним слухом – одне із важливих напрямків корекційно-педагогічної роботи – знаходиться в тісному зв'язку з усіма іншими сторонами виховання і навчання. Правильно організоване фізичне виховання створює основу для закріплення здоров'я дітей, розвиває їх активність, підвищує працездатність, стає базою для успішного проведення виховної та корекційно–навчальної роботи.

Актуальність проблеми фізичного виховання і обумовила вибір теми – про роль рухливої гри, як засобу фізичного розвитку глухих дошкільників.

Фізичний розвиток – процес ціле направленою і систематичного впливу на формування фізично здорового організму, вдосконалення фізичних якостей забезпечуючи готовність до фізичної та розумової праці.

Фізичне виховання – педагогічний процес, який направлений на вдосконалення форм і функцій організму людини, формування рухових навиків, вмінь і зв'язаних з ними завдань, а також виховання фізичних якостей.

У дітей з рано придбаними або вродженими недоліками слуху статичні і локомотивні функції відстають в своєму розвитку [1].

Найбільш помітними недоліками моторного розвитку дітей з порушеним слухом в переддошкільному і молодшому дошкільному віці. Діти часто не володіють тим руховим досвідом, який є до цього часу у чуючих дітей: не вміють бігати, стрибати, лазити, виконувати найпростіші рухи за наслідуванням дорослих. Сформовані рухи характеризуються деякими особливостями, які виявляються в порушенні координації, орієнтації в просторі, страх перед висотою, повільність і скованість рухів. Також у дітей з порушенням слуху відмічається порушення в рівнях швидкісних якостей і рівноваги [2].

Зниження функціонального стану рухового аналізатора у глухих і слабочуючих призводить до ослаблення діяльності серцево-судинної і дихальної системи. У дітей спостерігається прискорення серцевих скорочень і дихання в спокої, підвищення реакції фізіологічних систем організму при фізичних навантаженнях.

Функція рівноваги – одна з найважливіших. В ній беруть участь декілька аналізаторів (зоровий, вестибулярний, руховий, тактильний). У багатьох дітей з недоліками слуху порушується діяльність вестибулярного апарату, який забезпечує збереження рівноваги і необхідного положення в просторі. У глухих дітей рівень розвитку рівноваги відхиляється від норми в 3-5 разів. За деякими даними, глухі за показниками рівноваги поступають не тільки перед чуючими, але і сліпими й розумово відсталими дітьми. Хоча в дошкільному віці у дітей з порушеннями слуху починається процес покращення стану рівноваги, різких змін не трапляється.

Основним завданням фізичного виховання є формування у дітей вміння діяти за вказівками вихователя.

Важливим для сурдопедагогіки є висновок учених, що деякі особливості фізичного розвитку дітей з недоліками слуху і мови успішно корегуються в умовах цілеспрямованого навчально-виховного процесу.

Глухота призводить дитячий організм до ослаблення. Фізично ослаблена дитина розвивається повільно. Така дитина зазнає труднощів у навчанні. Вона швидко стомлюється, працездатність знижується.

Отже, фізичне виховання дітей з порушеннями слуху направлене на охорону і зміцнення їх здоров'я, гармонійний фізичний розвиток, загартовування організму, розвиток потреби в руховій активності, формування основних рухів і рухових якостей, корекцію і профілактику порушень

фізичного розвитку. В процесі роботи з фізичного виховання реалізуються як загальні з масовими дошкільними закладами завдання, так і специфічні, обумовлені наявністю своєрідності у фізичному і моторному розвитку дітей з порушеннями слуху.

Вирішення оздоровчих задач – зміцнення здоров'я дітей, сприяння їх фізичному розвитку і загартовування організму передбачають систематичний контроль за здоров'ям дітей з боку педагогів і лікарів, проведення постійних медичних оглядів, раціональну організацію режиму дня в дитячому садку і вдома. Чергування різних видів діяльності, занять і відпочинку сприяє чіткій роботі організму.

Фізичне виховання дітей тісно пов'язане з розвитком мови і мовного спілкування. Виконання рухів супроводжується використанням мовних інструкцій вихователя. Використання мовного матеріалу повинно бути добре продуманим і регламентованим вихователем з тим, щоб не знижувалася моторна щільність занять.

У процесі фізичного виховання у дітей розвивається доволі увага, вміння діяти за копіюванням дорослого і за наглядним зразком, а потім і самостійно виконувати вправи, орієнтуючись на словесні інструкції. Важливе значення для подальшого фізичного розвитку набуває формування у дошкільників інтересу до занять фізкультурою, участю в іграх, змаганнях.

На різних етапах навчання використовуються такі методи, як показ, допомога, страховка, дії за словесною інструкцією, але їх об'єм на різних роках навчання розрізняється.

Рух – гарний вихователь. Завдяки йому навколишній світ відкривається дитині з порушеним слухом у своїй багатогранності. Гра є фізіологічною потребою дитини і складає головний зміст її життя. В руках педагога гра стає важливим засобом виховання.

Зміст рухливих ігор складають різноманітні види рухів: біг, стрибки, метання і так далі. Структуру гри визначають і регулюють правила. Рухливі ігри здійснюють всебічний вплив на фізичний розвиток і оздоровлення організму дитини. Різноманітні ігрові рухи потребують підключення всіх м'язових груп в роботу, підсилюють кровообіг, активізують роботу легень, сприяють насиченню організму дітей з вадами слуху киснем, підвищенню загального життєвого тону.

Ігри сприяють розвитку моторики дитини з порушенням слуху, зменшенню загальмованості, вмінню співвимірювати рухи залежно від завдання. Використання різноманітних дій і рухів в грі активізує діяльність всієї рухової ділянки кори головного мозку. До вище перерахованого можливо додати такі рухливі ігри як “Швидко візьми і швидко поклади”. Ця гра направлена на розвиток координації, моторики, орієнтації в просторі.

Ігри зі стрибками впливають на гнучкість скелетних м'язів: “Горобці і кішка”, “Горобці та автомобіль”.

Отже, гра цілісно впливає на організм дитини, активізує функції органів і систем, в тому числі і нервової системи, що в свою чергу підвищує функціональний рівень всієї психічної діяльності дитини [3].

Оздоровчий ефект, який досягається при проведенні рухливих ігор, тісно зв'язаний з позитивними емоціями дітей, які виникають в процесі ігрової діяльності і благодійно впливають на психіку глухої дитини. В майже кожній рухливій грі існують сигнали до зміни ігрових дій і рухів глухих дітей, які також потребують швидкої реакції.

Така активна рухова діяльність тренує нервову систему дітей з порушеннями слуху, вдосконалює і урівноважує процеси збудження і гальмування.

У колективній грі особливо яскраво проявляються почуття товариства, дружби, взаємодопомоги. Позитивні емоції та інтерес до гри викликають бажання повторити її, в результаті чого закріплюються позитивні умови, рефлексії.

Найважливішою рисою рухливих ігор є комплексний характер їх впливу на моторну і психічну сферу дітей з вадами слуху, на функції організму, на виявлення рухових, вольових, інтелектуальних і моральних якостей.

Фізичні навантаження в іграх регулюється чергуванням бігу, стрибків, з ходом. Окрім того, регулювати фізичне навантаження можна скороченням загальної тривалості і кількості повторень гри, зменшення чи збільшення кількості дій, введення перерв, зміною ролей граючих.

Основними завданнями в роботі з дітьми, які мають вади слуху по застосуванню ігор з елементами спорту є загальний розвиток дитини, оздоровлення її організму, розвиток руху, рухових можливостей і фізичних якостей, виховання любові та інтересу до різних видів фізичних вправ. Використання рухливих ігор є засобом фізичного розвитку глухих дошкільників при таких умовах: ведення рухливих ігор при організації занять та побуту дітей; застосування індивідуального підходу до кожної дитини; створення позитивного емоційного середовища.

#### Література

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. - М.: Академия, 2002.
2. Головниц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика. - М.: ВЛАДОС, 2001.
3. Ляпидевский С.С. Невропатология. - М.: ВЛАДОС, 2000.
4. Речицкая Е.Г. Развитие младших школьников с нарушенным слухом в процессе внеклассной работы. - М.: ВЛАДОС, 2005.
5. Развитие детей с нарушениями слуха во внеурочной деятельности / под редакцией Е.Г. Речицкой. - М.: ВЛАДОС, 2005.

## **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ДІАЛОГІЧНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИНЕННЯМ МОВЛЕННЯ**

У сучасних умовах модернізації спеціальної шкільної освіти особливої актуальності набуває проблема опанування вихованцями дошкільних закладів мови не лише як засобу пізнання, а й як основного засобу спілкування. Чисте, правильне мовлення - одна з найважливіших умов нормально психічного розвитку людини як особистості. За допомогою мовлення дитина легко та непомітно для себе самої входить до оточуючого її світу, дізнається багато нового та цікавого, може висловити свої думки, бажання, вимоги тощо. Та нажаль, в наш час все більше і більше дітей мають мовленнєві порушення, котрі різко обмежують їх спілкування з оточуючими людьми. У дошкільному віці дитина засвоює мовлення у процесі спілкування, при цьому здебільшого розвивається діалог як основна форма спілкування. Проблема формування діалогічного мовлення у дітей із загальним недорозвиненням мовлення (надалі ЗНМ) не нова і багатоаспектна, тому досліджується багатьма науками: психологією, психолінгвістикою, мовознавством, лінгводидактикою. У логопедичній літературі багаторазово підіймалось питання особливостей формування діалогічного мовлення у дітей дошкільного віку з загальним недорозвиненням мовлення різного ґенезу. Існує низка робіт з формування комунікативних умінь та навичок як у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком, так і у дітей з ЗНМ (А. Арушанова, Н. Усольцева, Є. Феодосєва, А. Макарова, І. Назметдинова, І. Лісіна). Завдяки працям цих та багатьох інших науковців, сформульовані основні принципи навчання діалогічному мовленню та вироблені найбільш ефективні методи опанування дітьми з ЗНМ навичок діалогічного мовлення.

Мета даної статті — розкрити специфіку оволодіння діалогічним мовленням дітей дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення, дослідити та виявити найбільш ефективні методи формування навичок діалогічного мовлення та надати загальні рекомендації щодо удосконалення мовленнєвих здібностей вихованців.

Розвиток діалогічного мовлення відіграє одну з найважливіших ролей в процесі мовленнєвого розвитку дитини. М. Лісіна вважає, що спілкування в психічному розвитку дитини має вирішальну роль, тому що не тільки збагачує зміст дитячої свідомості, сприяє набуттю нових знань, умінь та навичок, а й “детермінує структуру свідомості, виявляє опосередковану будову вищих специфічно людських процесів” [4, с.31].

Діалогічне мовлення - це процес взаємодії двох або більше учасників спілкування. Тому в межах мовленнєвого акту кожен з учасників по черзі виступає як слухач і як мовець.



Діалогічне мовлення є первинною формою мови дитини (А. Леушина). Тому, навчання діалогу можна розцінювати і як мету, і як засіб практичного оволодіння мовою. Отже, оволодіння діалогічним мовленням є важливим компонентом загального мовленнєвого розвитку як для дітей загальної школи, так і для дітей спеціальних навчальних закладів. Ураховуючи індивідуальні особливості і тих, і інших, можна зробити висновок, що методики за якими діти опановують діалог різняться між собою. Для дітей із ЗНМ заняття, спрямовані на вдосконалення навичок діалогічного спілкування так само важливі, як і загальні корекційно-розвиваючі вправи.

Під загальним недорозвиненням мовлення в логопедії розуміється така форма мовної аномалії, при якій порушено формування всіх компонентів мови. Поняття “загальне недорозвинення мовлення” передбачає наявність симптомів несформованості (або затримки розвитку) всіх компонентів мовної системи (фонетико-фонематичної її сторони, лексичного складу, граматичної будови). Загальне недорозвинення мовлення може мати різний механізм і відповідно різну структуру дефекту. Воно може спостерігатися при алалії, дизартрії і так далі. Таким чином, термін “загальне недорозвинення мовлення” характеризує лише симптомологічний рівень порушення мовної діяльності. В більшості випадків при цьому порушенні можливо не стільки недорозвинення, скільки системний розлад мовлення [2, с. 22].

Успішне оволодіння діалогічним мовленням має на увазі цілеспрямоване навчання, формування певних навичок побудови зв'язних висловлювань. Розвиток діалогічного мовлення дітей дошкільного віку з ЗНМ полягає у засвоєнні наступних знань, умінь та навичок: системи мови як засобу спілкування; встановлення соціальних контактів один з одним та оточуючими дорослими; логічної організації діалогічного спілкування; лексико-граматичних можливостей діалогу; встановлення інтерактивної взаємодії; закріплення практичних навичок комунікативної діяльності.

Діалогічне мовлення характеризується певними комунікативними, психологічними й лінгвістичними особливостями. Отже, необхідно створити умови, за яких у школярів з'явилося б бажання та потреба щось сказати, передати почуття, тобто, за висловом К. Станіславського, слід поставити їх у “запропоновані обставини”. Крім того, сприятливий психологічний клімат на уроці, доброзичливі стосунки, зацікавленість у роботі сприятимуть вмотивованості діалогічного мовлення [3, с. 160].

В своїй роботі логопед повинен користуватися такими принципами розвитку мовлення та навчання дітей дошкільників рідної мови:

1. Комунікативна спрямованість навчання. Цей принцип означає, що навчання дітей з рідної мови повинно бути спрямоване на оволодіння рідною мовою як засобом спілкування, на засвоєння дітьми навичок розмовної літературної української мови та вмінь практично їх використовувати відповідно до ситуації спілкування.

2. Комплексний підхід до розвитку мовлення, який передбачає вирішення на одному занятті кількох різних мовленнєвих завдань.

3. Принцип сенсорно-лінгвістичного розвитку(термін Є. Тихесвої) дитини в процесі навчання її рідної мови. Навчально-мовленнєву діяльність дитини потрібно організувати так, щоб дитина засвоювала нові слова на основі чуттєвого досвіду(сенсорики) за допомогою різних аналізаторів. Дитина спочатку повинна побачити предмети, відчувати всі його властивості та ознаки, сприйняти цей предмет у взаємозв'язку його якостей, властивостей, ознак. У дитини повинно формуватися уявлення, образ предмета, а вже потім це уявлення вона позначає словом, яке згодом перетворюється в поняття.

4. Принцип взаємозв'язку мислення, мови і мовлення передбачає практичне ознайомлення дітей з граматичними формами рідної мови, артикуляцією звуків, багатозначністю слів, синонімами,антонімами, композицією тексту тощо. Ознайомлення відбувається в процесі мовленнєвої діяльності дітей(ігрові вправи, мовленнєві ситуації, дидактичні ігри) спрямованої на активізацію їхнього мовлення і розвиток мислення. Оволодіваючи мовою, дитина водночас вчиться мислити.

5. Принципи забезпечення максимальної мовленнєвої активності дітей у процесі діяльності та на заняттях. Цього можна досягти, якщо проводити заняття з невеличкими групами дітей, створюючи можливість для активного говоріння кожній дитині.

6. Емоційна насиченість заняття забезпечується використанням сюрпризних моментів, ігрових прийомів, різних ігор, віршів, малих фольклорних жанрів, активної діяльності дітей.

7. Принцип оцінки виразності мовлення - це розуміння внутрішнього світу людини, втіленого в мові, вміння висловлювати свої емоції, почуття, оцінювальні судження.

8. Принцип розвитку чуття мови. За допомогою мовленнєвого зразка вихователь розвиває у дітей у процесі мовленнєвої діяльності лексичне, фонетичне, граматичне, орфоепічне та стилістичне чуття.

Ці принципи стосуються всіх компонентів мовної системи і використовуються у взаємозв'язку. Крім того, кожний із них має свої спеціальні принципи, яких також потрібно дотримуватися.

Навчання діалогічному мовленню протікає в двох формах: у вільному мовному спілкуванні та на спеціальних заняттях. У вільному мовному спілкуванні засобом навчання діалогічному мовленню служить непідготовлена бесіда. Вона може проводитися під час режимних моментів: на прогулянці, під час гри і так далі. Непідготовленою бесіда є для дітей, вихователь же має бути обов'язково підготовлений до будь-якого вигляду спілкування. Підготовленість педагога полягає в тому, що, будучи носієм грамотної розмовної мови, він в кожній стихійно виникаючій ситуації спілкування своєю мовою учить дітей правильному мовленню [3, с. 36].

Отже успішне оволодіння діалогічним мовленням має на увазі цілеспрямоване навчання, формування певних навичок побудови зв'язних висловлювань. Існує низка методів, що сприяють формуванню навичок діалогічного мовлення, проте лиш комплексне їх застосування може дати

позитивний ефект. Серед основних методів навчання діалогічному мовленню можна виділити такі: *бесіда* - один із основних методів (це організована цілеспрямована розмова вихователя з дітьми на певну тему, яка складається із запитань і відповідей; дидактичні ігри); *розмова з дітьми* (тематика розмов повинна спиратися на їхній досвід, знання і уявлення про навколишнє життя, про явища природи. Тепле, чуйне ставлення педагога до кожної дитини зближує їх між собою, заохочує дитину поділитися своїми думками, враженнями і переживаннями); *ігри-драматизації та інсценізації* (для драматизації використовуються казки з чітким динамічним сюжетом, повторами, короткими діалогами (“Колобок”, “Ріпка”, “Рукавичка”, “Котик і півник”)); *тематичні ігри мовленнєвої ситуації* (“Знайомство”, “Зустріч друзів”, “У лікаря”, “Розмова по телефону”). Для активізації дітей на заняттях слід використовувати різноманітні методичні прийоми, серед них уявний діалог дітей з літературним героєм. Дитина повинна сама сформулювати питання і дати відповідь на нього від імені героя. У таких уявних діалогах діти висловлюють своє ставлення до героїв, змінюють хід подій по-своєму, дають оцінку окремим вчинкам, діям, розвивають діалогічне мовлення); *“Кумулятивні казки”* (ланцюг питань та відповідей, витриманих у межах одного логічного ряду. Такі твори співзвучні з характером мислення дитини, що й забезпечило їм беззаперечний успіх у дітей); мовленнєві ситуації (щоб навчити дітей діалогічного мовлення слід використовувати ігрові мовленнєві ситуації, побудовані на діалозі. Це можуть бути невеликі інсценізації (“На пошті”, “У зоопарку”, “У магазині”)); *схеми-моделі* (використовуючи схеми-моделі, потрібно запитання до дітей ставити так, щоб вони спонукали їх до інтелектуальної активності, щоб були спрямовані більше на мислення дитини і менше - на її пам’ять. Будувати діалог потрібно так, щоб дитина не лише відповідала на питання, які виходять від дорослого, але й мала щораз більше стимулів сама ставити запитання).

А. Ружська пропонує на спеціальних заняттях з розвитку діалогічного мовлення застосовувати прийом підготовленої бесіди та прийом театралізації.

Підготовлена бесіда спрямована на те, щоб, по-перше, навчити дітей вести бесіду: вислуховувати промову співрозмовника, говорити зрозуміло для нього, по-друге, відпрацьовувати звуковимовні та граматичні навички, уточнювати сенс вже відомих дітям слів [6, с. 32].

Театралізація художніх текстів, переказ прочитаних казок, віршів дає можливість вдосконалювати навички зв’язного мовлення, зокрема інтонаційну сторону мовлення.

Основним методом формування діалогічного мовлення в повсякденному спілкуванні, на думку Н. Новотворцової, є розмова вихователя з учнями (непідготовлений діалог). Це найбільш розповсюджена, загально доступна й універсальна форма мовленнєвого спілкування вихователя з дітьми [5, с. 32].

З. Богуславська вказує на те, що у дошкільному віці можна застосовувати гру як на заняттях, так і в позакласний час [1, с.128].

Останні дослідження психологів виявили велике значення гри як діяльності, що задовольняє біологічні, духовні та соціальні потреби особистості дитини, яка розвивається. Ігри з успіхом можуть використовуватися не лише на заняттях, але й повсякденному житті дитини, обіцяючи забезпечити розвиток діалогічного мовлення в емоційно-привабливій для дитини формі [1, с. 129].

Богатий матеріал для розвитку діалогічного мовлення дають словесні ігри. Невибаглива за змістом гра “Садівник” дає можливість виховувати уважність до реплік партнерів по грі для того, щоб вступити у гру вчасно.

На думку З. Богусловської, досвід участі в організованих театралізованих іграх діти використовують у самодіяльних іграх в театр, розігруючи рольові діалоги за мотивами казок, використовуючи ляльки, костюми, елементи декору. При цьому сюжет казки і досвід спільного програвання спектаклю дозволяють дітям налагоджувати взаємодію, підбирати репліки для рольового діалогу, діяти злагоджено та отримувати радість від спілкування один з одним. Роль дорослого в організації спільних самостійних театралізованих ігор є опосередкована [1, с. 135].

Народна педагогіка знає багато рухливих ігор, котрі будуються як гра - драматизація за вже готовим сюжетом і включають в себе різноманітні діалоги персонажів. Це такі ігри, як “Гусі-лебеді”, “Фарби”, “Де ми були — ми не скажимо, а чи займалися-покажемо”, “Садівник” та інші.

На основі усього вище сказаного можна зробити висновок про різноманітність та багатство методів навчання дітей з ЗНМ діалогічному мовленню, але ефективність може бути забезпечена лиш комплексним їх застосуванням.

### Література

1. Богуславская З.М., Смирнова Е.О. Роль игры в нравственном развитии ребёнка. – М.: Просвещение, 1991. - 234 с.
2. Волкова Л.С., Шаховской С.Н. Логопедия: Учебн. для студ. дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. . — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с.
3. Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. - М.: Просвещение, 1985. - 214 с.
4. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. - М.: 1986. - 144 с.
5. Новотровцева Н. В. Развитие речи детей. Дидактический материал по развитию речи у дошкольников и младших школьников. - Ярославль: Академия развития, 1997. – 240 с.
6. Рузская А.Г. Развитие общения ребенка с взрослыми и сверстниками // Хрестоматия / Сост. Г.А. Урунтаева - М.: Академия, 1997.- 456 с.
7. Скалкін В.Л. Навчання діалогічному мовленню. - К., 1989.- 158 с.

## **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ФОРМУВАННЯ ПРИЙМЕННО-ВІДМІНКОВИХ КОНСТРУКЦІЙ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ**

Однієї з найбільш значимих завдань корекційної педагогіки є вдосконалювання логопедичної роботи, спрямованої на пошук ефективних засобів подолання порушень граматичного складу мовлення у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення (далі ЗНМ). Своєрідність оволодіння граматичним складом для даної категорії дошкільників полягає в більш повільному темпі засвоєння, а також у наявності великої кількості аграматизмів.

Визначаючи рівні ЗНМ й характеризуючи мовлення, Р. Левіна відзначає запізнену його появу, мізерний запас слів, аграматизми, дефекти вимови і фонемоутворення, тобто лексико-граматичне й фонетико-фонематичне його недорозвинення [14, с. 52].

На сучасному етапі розвитку логопедичної практики лексико-граматичне недорозвинення у дітей дошкільного віку із ЗНМ передбачає роботу над словниковим запасом, граматичною будовою мовлення й зв'язним мовленням. Лексико-граматичний недорозвиток – подолання недоліків формування граматичних категорій, фонематичних процесів, просодичної сторони мовлення тощо. Проте, в логопедичній роботі з дітьми старшого дошкільного віку із ЗНМ часто на перший план висувається подолання недоліків звуковимови і недооцінюється значення формування граматичних категорій, що тісно взаємопов'язані й взаємозумовлені. У зв'язку з цим особливої значущості набуває визначення в логопедичній роботі правильного співвідношення у формуванні звуковимови і оволодінням граматичними категоріями, бо, на думку А. Маркової, деформація приємниково-відмінкових конструкцій утруднює спілкування дошкільників, засвоєння ними звукового аналізу, а потім і грамоти в цілому [8; с. 30].

Методологічною основою дослідження є розроблені в спеціальній педагогіці та психології, логопедії й психолінгвістиці положення про структуру мовленнєвої діяльності та її психофізіологічні механізми (В. Бельтюков, Л. Виготський, Д. Ельконін, О. Лурія, О. Леонт'єв, Т. Ушакова та ін.); психологічні закономірності мовленнєвого онтогенезу та дизонтогенезу (Т. Ахутіна, О. Гвоздєв, М. Жинкін та ін.); загальні методичні принципи навчання дітей рідної мови (Л. Федоренко, А. Богуш, Н. Гавриш, І. Марченко, Е. Короткова та ін.); комплексний підхід до корекції та розвитку всіх компонентів мовлення у дітей із ЗНМ (Р. Левіна, О. Мастюкова, О. Соботович, Г. Чиркіна та ін.); системного та комунікативно-діяльнісного підходів до розвивального виховання і навчання.

Для дітей із системними порушеннями мовлення характерно неправильне використання в мовленні приємниково-відмінкових конструкцій, що

відзначалося в роботах Н. Голуб, О. Грибової, Н. Жукової, В. Ковшикова, І. Колповскої, Р. Левіної, Н. Нікашиної, Н. Пахомової, О. Токаревої, Л. Федорович та ін. Повноцінне формування граматичної сторони мовлення, у тому числі й прийменниково-відмінкових форм, є однією з найважливіших умов розвитку мовлення та успішної інтеграції випускників логопедичних груп дошкільних закладів у загальноосвітні школи.

Оскільки, формування прийменниково-відмінкових конструкцій у дошкільників із ЗНМ різного мовленнєвого дизонтогенезу має тривалий, затяжний характер, чим якісно відрізняється від протікання у дітей з нормою, явно недооцінюється й не посідає в логопедичній роботі належного місця, то вивчення теоретичних аспектів розвитку прийменниково-відмінкових форм, визначення напрямів і змісту логопедичної роботи у практиці з подолання порушень лексико-граматичної сторони мовлення у дітей із ЗНМ на основі україномовного лексичного матеріалу є беззаперечно своєчасним і актуальним. Саме необхідність розв'язання означеної низки практичних протиріч загострює актуальність проблеми й вимагає детального вивчення особливостей вживання прийменниково-відмінкових конструкцій, чим й зумовлено вибір теми дослідження "Особливості вживання прийменниково-відмінкових конструкцій у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення".

Об'єктом нашого дослідження є прийменниково-відмінкові конструкції у дітей п'яти років із загальним недорозвиненням мовлення III рівня.

Предмет дослідження - особливості вживання прийменниково-відмінкових конструкцій у дітей п'яти років із загальним недорозвиненням мовлення III рівня.

Метою дослідження є виявлення особливостей вживання прийменниково-відмінкових конструкцій і визначення шляхів подальшої корекційної логопедичної роботи у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення III рівня.

Відповідно до поставленої мети були визначені наступні завдання: 1) вивчити теоретичні аспекти проблеми, проаналізувати лінгвістичні, психолінгвістичні, психологічні й педагогічні літературні дані, пов'язані з темою дослідження; 2) озробити методику дослідження розуміння й вживання прийменниково-відмінкових конструкцій старшими дошкільниками; 3) провести констатувальний експеримент, якісний і кількісний аналіз його результатів; 4) у ході порівняльного вивчення прийменниково-відмінкових конструкцій у дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення III рівня і дітей з нормальним мовленнєвим розвитком виявити особливості розуміння й вживання прийменниково-відмінкових форм дітьми із системними порушеннями мовлення; 5) розробити методичні рекомендації щодо формування прийменниково-відмінкових конструкцій у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення.

Були обрані такі методи дослідження - теоретичний аналіз проблеми на основі вивчення психолого-педагогічної літератури стосовно теми дослідження; аналіз педагогічного досвіду вивчення, розробки і застосування

методик корекції і розвитку граматичної будови мовлення дітей із ЗНМ у ДНЗ – для з'ясування стану розробленості проблеми; вивчення психолого-медико-педагогічної документації; констатуючий експеримент, якісний та кількісний аналіз отриманих результатів.

Експериментальне вивчення особливостей розуміння й використання прийменниково-відмінкових конструкцій у старших дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення проводилося в три етапи. Дослідження проходило протягом вересня-травня 2010-2011 року на базі групи для дітей з порушеннями мовлення м. Старобільська і загальноосвітньої групи ДНЗ № 11м. Старобільська.

На першому етапі були сформовані експериментальні групи й проведений, констатуючий експеримент із використанням спеціально розробленої методики.

На другому етапі були проаналізовані результати констатуючого експерименту, проведений кількісний і якісний аналіз отриманих даних.

На третьому етапі, на підставі отриманих результатів, були розроблені методичні рекомендації з формування прийменниково-відмінкових конструкцій у мовленні дітей дошкільного віку.

У результаті аналізу отриманих даних були сформульовані наступні висновки: 1) дослідження показало, що є якісні й кількісні відмінності в розумінні й уживанні прийменниково-відмінкових конструкцій дітьми із загальним недорозвиненням мовлення й дітьми з нормальним мовним розвитком; 2) у порівнянні з дітьми з нормальним мовним розвитком, діти із загальним недорозвиненням мовлення зазнають труднощів при виконанні більшості завдань: дітям частіше потрібно кількаразова повторна інструкція, допомога дорослого для втримання інструкції. Діти експериментальної групи частіше допускали помилки й частіше не справлялися із завданням зовсім. Також для дітей цієї групи було потрібно більше часу для розв'язку поставлених завдань.

### Література

1. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии. – М.: Просвещение, 1968. – 133с.
2. Заплатна С.М. Історичний аспект вивчення проблеми загального недорозвинення мовлення у дітей // Теорія і практика сучасної логопедії: Зб. наук. праць: Спецвипуск. Актуальні проблеми діагностики і корекції системних порушень мовлення. Алалія, афазія. – К.: Актуальна освіта, 2006. – 98 с.
3. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников.- Екатеринбург: ЛИТУР, 2000.- 320 с.
4. Луцан Н.І. Лінгводидактичні проблеми розвитку мовлення дітей дошкільного віку // Дошкільна освіта: Науково-практичний журнал Запорізького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти. - 2004. - № 4. – С. 43-47.
5. Логопедична допомога дітям з фонетико-фонематичними вадами мови / укл. Артюх М.В. – К.: ІЗМН, 1999. – 164 с.

## **ПОДОЛАННЯ СИНТАКСИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ**

Одним з найважливіших завдань сучасної корекційної педагогіки є розробка ефективних методів подолання порушень мовленнєвого розвитку у розумово відсталих дітей.

Для забезпечення повноцінної комунікативної діяльності дитині необхідний цілий арсенал мовних засобів (фонологічних, морфологічних, семантичних, синтаксичних), на основі яких здійснюється декодування мовлення оточуючих (розуміння) і продукування власних мовленнєвих висловів (говоріння) [1; 3]. Повноцінне мовлення не може бути без достатнього вміння користуватися мовними засобами. У ході спілкування дитини з дорослими, в процесі власної діяльності вона засвоює основні закономірності мовлення, опановує основні правила побудови вислову. Засвоївши речення, дитина отримує потужне знаряддя соціальної взаємодії, співпраці з дорослими.

Речення, як основна синтаксична одиниця - є моделлю кінцевого продукту процесу породження мовленнєвого вислову і викрає важливу роль у формуванні мовної здатності і процесів вербально-логічного мислення дитини.

Порушення побудови і розуміння речень, яке обумовлене несформованістю синтаксичних операцій виявляється в істотному обмеженні типів використовуваних висловів, у відхиленні процесу формування синтаксичних конструкцій, в розладі синтаксичних зв'язків [5]. На це зауважували більшість дослідників мовлення розумово відсталих дітей (В. Петрова, Є. Соботович, В. Тищенко та ін.). Подібні порушення істотно утрудняють процес комунікації, що негативно позначається на формуванні пізнавальної діяльності, перешкоджає опануванню шкільною програмою.

Вивчення особливостей синтаксичних порушень у дітей з розумовою відсталістю і розробка диференційованих методів їх подолання є актуальною проблемою теорії і практики сучасної логопедії.

У літературі ми майже не зустрічали детального опису порушень синтаксичної будови мовлення у дітей з розумовою відсталістю. У переважній більшості випадків існуючі роботи описують зовнішні прояви синтаксичних порушень і не розкривають механізми і структуру даних розладів.

Проблемою нашого дослідження став процес оптимізації: логопедичної роботи по формуванню синтаксичної структури речення у дітей з розумовою відсталістю, які навчаються в 1-4 класах. Для практичного рішення цього питання нами був застосований психолінгвістичний підхід, який дозволяє, з одного боку, виявити особливості формування семантичного компонента мовленнєвої здатності у дітей із розумовою відсталістю, а з іншого, - визначити



характер порушень синтаксичних операцій породження мовленнєвих висловів і на підставі цього описати структуру мовленнєвого розладу.

У нашій роботі прийняли участь діти з легким ступенем розумової відсталості, які навчалися в 1-4 класах спеціальних шкіл м. Харкова та Харківської області. На першому етапі експерименту – констатувальному – метою було виявлення у дітей з розумовою відсталістю загальних і специфічних порушень синтаксичної структури вислову, опис механізму цих порушень. У результаті нами було визначено, що синтаксичні порушення у дітей з розумовою відсталістю мають неоднорідну структуру. Умовно всіх дітей з легким ступенем розумової відсталості можна поділити на дві групи за наявністю тих або інших синтаксичних порушень: діти у яких разом з вираженими порушеннями формально-знакових операцій, у них є дефекти семантичного, а в низці випадків і смислового синтаксування; діти у яких спостерігається несформованість формально-граматичного синтаксування при відносному збереженні процесів смислової і семантичної структури мовленнєвого вислову.

Порушення формально-граматичного (поверхневого) синтаксису є характерними для всіх груп дітей з розумовою відсталістю і виявляються в нездатності правильно використовувати синтаксичні, лексичні, морфологічні засоби мовного оформлення вислову.

На основі психолінгвістичного аналізу результатів констатувального експерименту нами було: визначено особливості та співвідношення порушень смислового, семантичного і формально-граматичного синтаксису висловів в структурі мовленнєвого дефекту у молодших школярів з розумовою відсталістю; виявлено загальні і специфічні особливості порушень синтаксичної структури вислову у молодших школярів з розумовою відсталістю; встановлено механізми і структуру синтаксичних розладів; на основі особливостей синтаксування виділені критерії диференціальної діагностики різних форм мовленнєвих проблем у дітей з розумовою відсталістю; з урахуванням виявлених особливостей розробили систему диференційованої логопедичної роботи по формуванню синтаксичної структури речення у школярів з розумовою відсталістю.

Усе це дозволило нам говорити про механізми і структуру мовленнєвого дефекту при розумовій відсталості, визначити критерії диференціальної діагностики порушень граматичної будови мовлення, виявити специфіку і механізми синтаксичних порушень, визначити методологічну основу корекційної роботи, розробити принципи, напрями і систему корекції цих мовленнєвих розладів.

Нами була створена диференційована методика діагностики і корекції порушень синтаксичної структури речення, яка органічно вписується в систему логопедичної роботи по подоланню мовленнєвих вад в умовах навчання дітей з розумовою відсталістю у школі [2]

Логопедична робота по формуванню синтаксичної структури речення у дітей з розумовою відсталістю повинна здійснюватися із застосуванням

диференційованого підходу, з врахуванням загальних і специфічних особливостей синтаксичних порушень, які притаманні дітям з розумовою відсталістю, на основі симультано-сукцесивного формування операцій змістовного, семантичного і поверхневого синтаксування [4]

Отже, використання психолінгвістичного підходу дозволяє виявити загальні та специфічні особливості, що характеризують процес породження синтаксичної структури вислову у молодших школярів з розумовою відсталістю.

#### **Література**

1. Петрова В.Г. Речь умственно отсталых школьников // Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. - М.: Просвещение, 1965. - С. 129-216.
2. Потамошнєва О.М. Удосконалення процесу декодування усних висловів розумово відсталими дітьми молодшого шкільного віку // Імідж сучасного педагога. – 2009. - № 6/7. – С. 72-75.
3. Соботович Е.Ф. Методические рекомендации по развитию речи умственно отсталых детей дошкольного и младшего школьного возраста. - К., 1989. – 55 с.
4. Соботович Е.Ф. Психолінгвістическа структура речевої діяльності и механизмы ее формирования. - К.: ИЗМН, 1997. - 44 с.
5. Тищенко В.В. Формування інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності у розумово відсталих дошкільників: Дис.... канд. пед. наук: 13.00.03. - К., 1999. - 225 с.

**Привалова Н.М., Танцура Л.М.**  
Інститут неврології, психіатрії та  
наркології АМН України

### **ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЕПІЛЕПСІЇ, ТА ЇХ РОДИНАМИ**

Епілепсії у дітей відносять до найбільш розповсюджених і важких захворювань центральної нервової системи. Навіть якщо є певні успіхи в лікуванні основного прояву захворювання - епілептичних нападів, у дітей можуть зберігатися обмеження фізичного, соціального і когнітивного функціонування, які суттєво впливають на якість їх життя та загальне благополуччя. Виходячи з цього, розробка системи заходів, спрямованих на оптимізацію психічного розвитку дітей, хворих на епілепсії, на забезпечення соціальної та психологічної підтримки, дозволить суттєво підвищити рівень їх соціальної адаптації та самостійності, запобігти формуванню порушень адаптації, невротизації, різних поведінкових аномалій.

Говорячи про підходи до реабілітації дітей, хворих на епілепсії, В. Мартинюк [4] відмічає, що разом з призначенням адекватної

медикаментозної терапії необхідна соціально-психологічна реабілітація з метою пристосування хворої дитини до життя в родині та суспільстві, яка передбачає використання різних прийомів удосконалення дефектних функціональних систем з раннього віку при появі хворобливого стану, розвиток когнітивної сфери. Навчання таких дітей передбачає підбір індивідуальних програм з урахуванням можливостей дитини. Соціальна адаптація дитини з епілепсією повинна включати корекцію системи відношень з дитиною в родині, психолого-педагогічні консультації батьків з питань навчання та соціалізації дитини.

З урахуванням сказаного вище, найважливішими аспектами допомоги дітям з епілепсіями повинні бути: своєчасна діагностика когнітивних, емоційних, поведінкових порушень та розробка на цій основі відповідних корекційних програм; оптимізація соціальної активності дітей (у тому числі формування навичок ефективного спілкування і результативної поведінки); корекція ставлення до цих дітей в родині та формування ефективних сімейних стратегій подолання хвороби.

Однак до цього часу в Україні відсутня структурована інформація про ті обмеження, які накладає захворювання на епілепсію на когнітивне та емоційне функціонування дитини, на розвиток її особистості, не розроблені відповідні рекомендації відносно виховання та навчання. Отже, метою нашої роботи було виявлення найбільш значущих психологічних чинників, які призводять до тієї або іншої структури порушень психічної діяльності, її збережених ланок та розробка загальних принципів та основних напрямків роботи з цими дітьми та їх родинами для забезпечення достатнього рівня їхньої соціальної та особистісної адаптації. Найбільш відповідним для реалізації цієї мети є нейропсихологічний метод дослідження, адаптований до дитячого віку [3].

На першому етапі дослідження було проведено нейропсихологічне обстеження 31 хворого з епілепсіями, 16 дівчаток та 15 хлопчиків, 42% з них – молодші школярі (вік 7-10 років), 58% – підлітки (11-16 років).

Аналіз результатів обстеження хворих дозволив виділити три основні типи нейропсихологічних синдромів залежно від ступеня виразності та комбінації трьох основних синдромовизначаючих чинників: астенічних проявів, характеру порушень довільної регуляції діяльності, парціальних порушень окремих вищих психічних функцій. Причому найважливішим з цих чинників є особливості порушень процесів довільної регуляції психічної діяльності та поведінки, які суттєво відрізнялися у хворих з різними типами нейропсихологічних синдромів - від негрубих вторинних розладів регуляції психічної діяльності переважно в ланці контролю через нейродинамічні розлади до виражених дефектів ініціювання, програмування та регулювання діяльності, тоді як вплив двох інших чинників носив більш індивідуальний характер [2]. Виходячи з цього, нами була розроблена система рекомендацій, яка стосується принципів та прийомів організації родинного виховання та навчання дітей з епілепсією. З урахуванням принципу нормативності та системності розвитку [1], ключовою ланкою психологічної реабілітації дітей з

епілепсією повинно бути формування процесів довільної регуляції вищих психічних функцій та поведінки. У зв'язку з цим найважливіший віковий період, у якому дітям потрібна найрозгорнутіша психологічна допомога – це старший дошкільний та молодший шкільний вік, у якому розвиток довільної регуляції робить якісний стрибок, завдяки чому дитина стає спроможною виконувати шкільні правила, організовувати свій час, розуміти та самостійно виконувати складні завдання (які можуть бути і нецікавими), уміти знаходити помилки та виправляти їх [5]. Саме в цьому віці діти з епілепсією потребують особливої уваги батьків та педагогів, саме в цей період можна найкраще відкорегувати ті порушення психічної діяльності та поведінки, які можуть загальмувати або спотворити особистісний розвиток дитини, призвести до шкільної дезадаптації.

У хворих з порушеннями довільної регуляції переважно в ланці контролю необхідно зосередитись на трьох основних цілях. По-перше, необхідно забезпечити дітям достатні знання про хворобу та сформувати правильне ставлення до неї; така ж по змісту робота повинна проводитися з батьками цих хворих. По-друге, необхідно проводити спеціальну роботу з батьками щодо особливостей виховання цих дітей, яке повинно відповідати загальним правилам, тобто основні цілі виховання – формування відповідальності, самостійності, цілеспрямованості та вміння знаходити адекватні засоби для досягнення своїх цілей, адекватної самооцінки. В родині повина бути адекватна система вимог і обмежень, що задає “рамки” поведінки дитини та сприяє розвитку контролю за поведінкою. Дитину не треба дуже жаліти, створювати їй “особливі” умови в родині; у неї повинні бути “зони відповідальності” (свій стіл, своя кімната, де вона повинна підтримувати порядок тощо), визначені побутові обов’язки залежно від її віку та можливостей. Можливі також разові доручення. Але необхідно пам’ятати: раніше ніж доручати дитині виконувати яке-небудь завдання, треба навчити її, на перших етапах працюючи разом з нею, чітко пояснюючи правила, за якими буде оцінюватися результат роботи. Завдання, які пропонуються дитині, повинні бути на рівні середньої важкості для неї. Режим дня дитини повинен включати невелику постійну кількість вимог і бути чітко прописаний з фіксацією часових рамок виконання кожної дії. Спочатку треба стежити за виконанням режиму разом з дитиною, щоб в подальшому вона навчилася раціонально організовувати свій час самотужки. Повсякденне життя дитини повинно бути організовано таким чином, щоб виключити можливість незавершення початих дій. Крім того, необхідно постійно заохочувати самостійну активність та ініціативність дитини. Гіперопіка та надлишкова регламентація дорослими дій дитини в повсякденному житті призводять до затримки формування вольової поведінки. Спеціальна увага повинна приділятися формуванню у дитини мотива подолання труднощів та засобів правильного реагування на складну життєву ситуацію: не ховатися від перешкод та відмовлятися від діяльності, не надлишкові емоції, а активно долати труднощі на основі розуміння суті проблеми, що виникла. У родині повинна існувати також система заохочень за

відповідальне відношення до дорученої справи та система відчутних для дитини наслідків, якщо вона не виконує необхідні норми та правила. Але при використанні санкцій треба бути впевненим, що поведінка дитини не викликана поважною причиною або не є реакцією на родинні сварки. Батьки повинні вести себе дуже виважено, не робити нічого, що підсилює страх і тривогу дитини (а це, наприклад, їх власні гнів, образа, звинувачення, накази, зловживання владою, ігнорування, порівняння з “хорошими” дітьми). Для формування адекватної самооцінки треба вчити дітей орієнтуватися на об’єктивні критерії оцінки результату роботи відповідно до одержаного завдання.

Третім напрямком роботи повинно бути забезпечення відповідної організації навчання. Мається на увазі фіксований режим занять, але з орієнтацією на поточний стан дитини. Потрібно також спеціальне формування операцій контролю (розвиток довільної уваги) та навчання дитини мнемотехнічними прийомами, використання прийому “попередньої” допомоги (проходити новий матеріал з дитиною до вивчення його в класі), що дозволить підвищити якість засвоєння нового матеріалу.

Для хворих з більш суттєвими порушеннями довільної регуляції (те тільки в ланці контролю, а і у ланці програмування) на тлі парціальних розладів вищих психічних функцій, крім перерахованих вище напрямків роботи, необхідно також звернути особливу увагу на створення оптимальної готовності до шкільного навчання (у 5-6-річному віці). Крім того, спеціальні методичні прийоми організації навчання дітей з епілепсією допомагають досягти повноцінного засвоєння шкільної програми, запобігти наростанню відставання у формуванні когнітивних функцій за рахунок недостатнього засвоєння шкільного матеріалу та спотворенню розвитку особистості в умовах, коли діти, не справляючись з завданнями і отримуючи негативні оцінки, знаходяться постійно в ситуації хронічного неуспіху. При навчанні потрібно використовувати менший обсяг матеріалу, що вивчається, та більш повільний темп роботи (із-за більш високої астенізації дітей). Крім того, необхідно використовувати чергування різних за змістом завдань, а також більш та менш важких для мінімізації втомлення та пересичення. Складні і великі за обсягом завдання необхідно пропонувати частинами. При виниканні утруднень або появи ознак втоми організувати відпочинок дитини. У перервах між завданнями добре проводити ігри, що розвивають зорово-моторну координацію, тонку моторику, або дозволити дитині пограти в ту гру, яка їй цікава. Виключити роботу на швидкість, оскільки прискорення може призводити до розпаду вже сформованих дій. У навчальному процесі необхідно спиратися не тільки на знання структури порушень когнітивних функцій дитини, але і збережених ланок психічної діяльності, використовувати засоби навчання, які оминають дефектні ланки. У цих дітей вивчення нового матеріалу повинно спиратися на повторення добре знаного.

Діти цієї групи потребують організуючої участі дорослого в їх діяльності: часто навіть проста присутність дорослого робить дитину більш уважною та

продуктивною. При навчанні цих дітей для кращого засвоєння програми навчальних дій потрібно розгорнуте виконання всіх розумових дій разом з дорослим з посиленням мовної регуляції дій, що виконуються (гучне проговорення), потрібно використовувати різні зовнішні опори (наприклад, картки, які послідовно та в простій формі представляють важливі ланки програми, що виконується); необхідним є також систематичний поетапний контроль дорослого за якістю виконання кожного етапу дії. При цьому треба шукати форми і засоби допомоги, які б стимулювали власну активність дитини, актуалізацію знань та виконання розумових операцій. При навчанні цих дітей дорослі повинні широко використовувати різні форми допомоги: емоційну стимуляцію, плануючу та регулюючу допомогу. Для розвитку у дітей спроможності до самостійної оцінки своєї роботи необхідно застосовувати розгорнутий аналіз переваг і недоліків завдання, що виконано. Крім того, ми вважаємо що у цих дітей необхідно проводити спеціальні заняття для формування уваги і пам'яті, просторових функцій, достатній рівень розвитку яких є необхідним для повноцінного формування математичних знань та навичок, рухових функцій. Ці заняття повинні проводитися у старшому дошкільному та молодшому шкільному віці та не дублювати, а доповнювати шкільне навчання. Оскільки у цих дітей структура порушень вищих психічних функцій носить індивідуальний характер, суто індивідуально спрямованою повинна бути також програма навчання.

Що стосується хворих з важкими порушеннями довільної регуляції психічної діяльності (у ланці ініціювання та програмування), то, з нашої точки зору, психологічна корекція, яка забезпечила б засвоєння шкільної програми в повному обсязі, є для них недоречною; їм потрібна медикаментозна корекція когнітивних та поведінкових розладів та навчання у спеціалізованих установах для хворих з грубими ураженнями центральної нервової системи.

Отже, нами були визначені основні напрямки роботи з різними категоріями дітей, які страждають на епілепсії, та їхніми батьками, що спрямовані на забезпечення оптимальних умов для розвитку інтелектуального та особистісного потенціалу в залежності від особливостей порушень вищих психічних функцій; були сформульовані основні принципи та засоби виховання вольової поведінки у дітей, хворих на епілепсії; були визначені загальні методичні підходи до організації навчання дітей з епілепсіями, що спрямовані на запобігання відставання у формуванні когнітивних функцій та спотворення розвитку особистості.

### Література

1. Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. - М.: изд-во МГУ, 1990. - 134 с.
2. Гроховський В.В., Лавінська Л.І., Привалова Н.М. Нейропсихологічний аналіз порушень вищих психічних функцій у дітей, хворих на епілепсії // Запорожский медицинский журнал. – 2008. - № 3 (48). – С. 61-65.
3. Зейгарник Б.В., Николаева В.В., Лебединский В.В. Практикум по патопсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 183 с.

4. Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М. Соціальна педіатрія як основа реабілітаційного процесу у дітей з ураженнями центральної нервової системи // Укр. вісник психоневрології. – 2000. – Т. 8. – Вип. 2 (24). – С. 16-17.

5. Эльконин Д.Б. К проблемам контроля возрастной динамики психического развития детей // В кн.: О диагностике психического развития личности. - Таллинн, 1974. - С.129-144.

**Проскурняк О.І.**

Харківська державна академія культури

### **ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК В ПРОЦЕСІ СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ЗІ ЗНИЖЕНИМ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМ РОЗВИТКОМ**

Здоров'я є своєрідним дзеркалом соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів. Враховуючи, що людина є соціальною істотою, то її здоров'я є соціальною цінністю і передумовою для соціалізації особистості, для її “обростання” суспільними відносинами, включення в ритм та життя суспільної системи. Отже, соціальний аспект здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності відношення людського індивіда до світу.

Слід зауважити, що формування соціального здоров'я в сучасних психолого-педагогічних дослідженнях активно вивчається стосовно до учнів загальноосвітніх масових шкіл. Однак, пропозиції що розробляються ученими не можуть застосовуватися у дітей з обмеженими психофізичними можливостями.

У дослідженнях М. Віленського, В. Вишневського, Г. Калачева, Н. Москаленко та інших підкреслюється, що становлення соціального здоров'я дітей з обмеженими можливостями особливо актуально в сучасних умовах. Ця категорія дітей є соціально вразливішою. Отже, одним з важливих умов формування соціального здоров'я дітей є раціональна соціалізація, комунікативна активність, оптимізація адаптаційних механізмів. Таким чином, формування соціального здоров'я і її складових у дітей з обмеженими розумовими можливостями повинно інтегрувати зусилля медиків, психологів, дефектологів, вихователів, соціальних педагогів.

Отже, більше уваги слід приділяти підвищенню соціальної активності дітей з особливими потребами, їхньої комунікативної діяльності, завдяки яким, взаємодіючи з однолітками, учителями, батьками вони засвоюють різні ролі і функції членів сучасного соціуму.

Останнім часом спеціалісти дійшли висновку, що якість соціального здоров'я учнів зі зниженим розумовим розвитком значною мірою залежить від сформованості у них комунікативної компетентності. Гармонійне спілкування позитивно відбивається на комунікативній діяльності таких дітей, проте

дисгармонія у міжособистісних стосунках, соціальних контактах призводять до постійного поганого настрою, самотності, замкненості, а іноді – агресивному ставленню до оточуючих. Отже, сформованість комунікативної компетентності сприяє продуктивним соціальним контактам, а відсутність навичок спілкування утворює труднощі для інтеграції в соціум, інклюзивного навчання.

Формування комунікативних навичок у розумово відсталих учнів є сучасною соціальною вимогою і спрямоване на розвиток їх комунікативної діяльності, мотивацію, спрямовану на здоровий спосіб життя, соціальне здоров'я. Це потребує розробки і обґрунтування шляхів розвитку їх пізнавальних процесів з урахуванням особливостей таких учнів.

Аналіз літератури довів, проблема розвитку комунікативної діяльності розглядається педагогами, психологами, дефектологами з різних аспектів: виявлення загальних закономірностей і механізмів комунікацій (Б. Ананьєв, Г. Андрєєва, Л. Виготський, Б. Ломов, В. М'ясищев, С. Рубінштейн та ін.), як засіб саморозкриття, самореалізації, визначення власної стратегії для взаємодії з найближчим соціальним оточенням (Л. Анциферова, М. Каган, Н. Коваль, І. Кон, А. Леонтьєв, В. Петровський, А. Реан та ін.).

Теоретичне осмислення проблеми комунікацій, спілкування розробляються в працях І. Вітенка, С. Максименка, В. Семиченко, В. Сластьоніна, Н. Тарасович та ін.

В останні десятиліття в загальноосвітніх закладах пострадянського простору активно розвивається ідея інклюзивного навчання дітей з особливими потребами, а особливо це стосується учнів з легкою ступінню розумового недорозвинення. Також учені значну увагу приділяють формуванню здорового способу життя, соціальному здоров'ю дітей та підлітків (О. Дубогай, Ю. Мельник, Л. Романовська, І. Сідорук, С. Терпелюк, В. Шкуркіна та ін.), але дослідження цих учених не присвячені учням з обмеженим розумовим розвитком.

Отже, зазначені наукові дослідження свідчать про те, що в Україні накопичено певний досвід формування комунікативних навичок у дітей та підлітків. Проте, залишається не розробленою проблема формування комунікативної діяльності у дітей з порушеннями розумового розвитку, не існує моделі психолого-педагогічної підтримки таких учнів з метою становлення їхнього соціального здоров'я.

Відомо, що в учнів зі зниженим розумовим розвитком комунікативність має різні рівні вияву. Гіпертрофована комунікативність виявляється через гіперкомунікативність (намагання стати центром комунікативного процесу, неадекватне усвідомлення позиції партнерів, ігнорування їх точок зору) і гіпокомунікативність (нездатність нормально контактувати, організовувати зворотній зв'язок зі співрозмовником, замкненість). Якщо гіперкомунікативність робить співрозмовника надокучливим, то за гіпокомунікативністю розмова, як правило, згасає, партнери у спілкуванні відчують внутрішній дискомфорт і незадоволення його результатами. Обидві вони не сприяють формуванню комунікативної компетентності [1, с. 157].



Учені результатом сформованості комунікативних навичок визначають комунікативну компетентність, яку розуміють як сукупність комунікативних умінь (В. Сластьонін), як компетентність у міжособистісному сприйнятті, міжособистісній взаємодії (Л. Петровська).

Таким чином, під комунікативною компетентністю розуміється здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, певна сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективну комунікативну діяльність. Зрозуміло, що комунікативна компетентність дітей зі зниженим інтелектуальним розвитком не може бути розвинута на тому ж рівні, що і у дітей без відхилень в розвитку. Однак при планомірному розвитку комунікативної діяльності можна досягнути певного прогресу у комунікативній компетентності дітей зі зниженим інтелектуальним розвитком. Отже, під комунікативною компетентністю учнів зі зниженим інтелектуальним розвитком розуміємо інтегративну якість особистості, яка виявляється в їх готовності до ефективного спілкування. Все це забезпечує взаємозв'язок навчально-пізнавальної, практичної підготовки учнів зі зниженим інтелектуальним розвитком.

Рівень сформованості комунікативної діяльності характеризують: усвідомлення необхідності вдосконалення комунікативних навичок, гуманного спілкування і взаємодії з оточуючими; дотримання норм загальнолюдської моралі, правил етикету у спілкуванні та взаєминах; наявність гуманістичних комунікативних установок; досконалість комунікативних умінь і навичок: багатство словника, зрозумілість, правильність мовлення, логічність висловлювань; здатність до емпатичного ставлення, співпереживання, толерантність; вміння вибирати оптимальний стиль спілкування з оточуючими залежно від їх віку, соціальної ролі.

Таким чином, формування комунікативних навичок – складний процес, що сприяє побудові гуманних взаємостосунків і досягненню ефективної взаємодії. Розвинуті комунікативні навички сприяють оптимізації становлення соціального здоров'я учнів зі зниженим інтелектуальним розвитком.

### **Література**

1. Веснянка В. Формування комунікативної культури студентів коледжу технологій та бізнесу в контексті їх соціального здоров'я // Матер. IV Міжнар. соціально-педагогічної конф. "Сприяння здоров'ю дітей та молоді: теоретико-методичні аспекти". – Луцьк: ЛНПУ, 2009. – С. 155 – 158.

## **ПРОБЛЕМА МОТИВАЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУ У НАВЧАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ**

Формування усвідомленої саморегуляції навчально-пізнавальної діяльності обумовлено взаємодією ряду компонентів, які визначають вміння дитини самостійно організовувати свою діяльність: ставити і утримувати мету, планувати, визначати способи дій, здійснювати самоконтроль на всіх етапах діяльності, оцінювати її процес і результат. Вивчення мотиваційного компонента саморегуляції, його вплив на розвиток здатності до навчальної діяльності дітей з порушенням інтелекту є однією з складних і недостатньо вивчених проблем в психолого-педагогічній науці.

У дослідженнях науковців вітчизняної вікової і педагогічної психології приверталася значна увага до саморегуляції пов'язаної з формуванням у дітей загальної здатності до навчання, де розглядалися питання спеціально організованого навчання щодо її формування (В. Давидов, Д. Ельконін, А. Маркова та ін.); дослідженню психологічних механізмів саморегуляції, її природі, умовам розвитку присвячені праці О. Конопкіна, Ю. Миславського, О. Осадько, Г. Щукіної, Н. Щуркової та ін.; визначено особистісно-мотиваційного компонента саморегуляції поведінки і діяльності (Б. Ананьєв, Н. Добринін, О. Корабліна, В. Мільман, Г. Щукіна та ін.). Автори визначають структуру саморегуляції усвідомленої діяльності, як систему, яка включає в себе мотиваційний, операційний і регулюючий компоненти, формування яких сприяє самостійній постановці мети, моделюванню навчальних умов, плануванню, самоаналізу, самоконтролю, самокорекції і самооцінці.

Як відомо, розвиток особистості в цілому, її інтелектуальний розвиток, формується на підґрунті поступового переходу від домінування неусвідомлених мотиваційних процесів до домінування усвідомлених мотивів будь-якої діяльності, тобто перетворення взаємодії зовнішньої і внутрішньої мотивації, формування індивідуальної структури мотиваційної сфери.

Проблема мотивації особистості досліджувалася в працях Л. Божович, М. Ільїна, Г. Карпової, О. Леонтьєва, Т. Матіс, В. Мясіщева та ін. Автори трактують мотивацію як сукупність психологічних утворень, які спонукають і спрямовують діяльність, водночас, надаючи їй особистісний зміст. Тобто, мотивація є не що інше як сукупність причин психологічного характеру, які пояснюють поведінку і діяльність людини, їх початок, спрямованість і активність.

Дослідження формування процесу саморегуляції в навчальній діяльності свідчать про вміння усвідомлено і самостійно ставити цілі, визначати значущі умови під час складання програми дій, здійснювати самоконтроль, адекватно

оцінювати власні дії на кожному етапі діяльності, що є головною умовою становлення суб'єктивної позиції школярів в процесі навчання [2; 4].

У дослідженнях мотиваційного компоненту навчальної діяльності зазначено, що від змісту мотивації залежить продуктивність і тип пізнавальної діяльності, рівень реалізації інтелектуальних можливостей в розв'язанні поставлених перед учнем завдань [1; 2; 5]. Автори свідчать, що мотиви розумової діяльності формуються на основі базових потреб школяра в пізнанні, спілкуванні, творчій самореалізації, які задовольняються в навчально-пізнавальній діяльності. Визначена залежність продуктивної навчальної діяльності від рівня розумового розвитку, яка опосередковується відношенням до навчання і домінуючими мотивами в мотиваційній сфері.

Інші автори розглядають мотивацію як процес неперервного вибору і прийняття рішення, на основі визначення певних альтернатив і визначення головних її компонентів – потреба, інтерес (мотив), ціль, намір, прагнення, спонука. Саме, мотиваційний компонент визначає спрямованість навчальної діяльності, сприяє управлінню нею в процесі її здійснення [4; 5]. Отже, на думку дослідників, вищезазначені мотиваційні параметри є основними складовими мотиваційного компоненту саморегуляції навчальної діяльності учнів.

У сучасній галузі спеціальної психології і корекційної педагогіки гостро постає проблема саморегуляції діяльності дітей зі зниженим інтелектом. Досліджувалося питання саморегуляції в контексті психічних функцій і процесів (Т. Єгорова, І. Коробейніков, В. Лубовський, О. Лурія, Н. Менчинська, Л. Переслені, Т. Сак, П. Шошин та ін.); саморегуляції в контексті вивчення особливостей мислення і пізнавальної активності дітей із розумовою відсталістю (В. Лубовський, Г. Дульнев, В. Петрова, І. Соловйов та ін.); саморегуляції і окремих психічних процесів (Н. Вайзман, Л. Гаврилов, К. Гуревич, І. Дубровіна та ін.); приділялася увага окремій ланці саморегуляції – самоконтролю (Є. Аксьонова, С. Домішкевич, Л. Кузнецова, Г. Липкіна, Ю. Максименко, Т. Пускаєва, У. Ульяновська та ін.); аналіз якісних особливостей мотивації навчання в учнів із затримкою психічного розвитку відображено в дослідженнях Н. Білопольської, В. Брайтфельд, Л. Кузнецової, Ю. Кулагіної та ін.; специфічні особливості психічних компонентів мотивації учнів з розумовою відсталістю досліджувалися Н. Морозовою, Б. Пінським, В. Петровою, І. Соловйовою та ін. Дослідники свідчать, що серед численних причин, які гальмують розвиток будь-якої діяльності у дітей з вадами інтелекту, насамперед, слід підкреслити недорозвиток інтегративної діяльності кори головного мозку, недоліки мотиваційної сфери, низький рівень мисленнєвої діяльності, мовленнєвий недорозвиток, порушення регуляції діяльності.

У наукових працях вітчизняних та зарубіжних дефектологів представлені експериментальні дані щодо особливостей навчальної діяльності дітей з інтелектуальними вадами, розвиток якої значною мірою залежить від

сформованості саморегуляції та своєчасної психолого-педагогічної допомоги (Т. Власова, Г. Жаренкова, Н. Королько, В. Лубовський, М. Певзнер, Т. Сак, У. Ульяновка, Н. Ципіна, С. Chandler, J. Connell, R. Ryan та ін.); щодо порушень пізнавальної сфери як основної ознаки розумової відсталості (К. Лебединська, О. Лурія, М. Певзнер, С. Рубінштейн та ін.). Як свідчать дослідження, серед численних причин, які гальмують розвиток будь-якої діяльності у дітей з вадами інтелекту, необхідно підкреслити низький рівень інтересу до діяльності, невміння сформулювати, запланувати і утримати ціль діяльності, усвідомлено і активно включатися в її процес, невміння адекватно оцінювати та коректувати результати діяльності; нестабільність емоційної сфери; недорозвиток пізнавальної спрямованості і активності; низький рівень навчально-пізнавальних мотивів тощо.

Досліджуючи проблему мотиваційного компоненту саморегуляції у дітей з інтелектуальними недоліками Н. Богдан, Н. Кузьміна, М. Лузік, М. Могильна, Ж. Шиф та ін., свідчать про невміння формулювати, уточняти і конкретизувати цілі діяльності, вузьке коло потреб і інтересів; низький рівень отриманого досвіду і пізнавальних можливостей; тенденцію відхилення від поставленої задачі; опора на найближчі мотиви діяльності (мотиви, які пов'язані з даною конкретною ситуацією, або мотиви, які викликані необхідністю так чи інакше виконати вимогу дорослого). Мотиваційні фактори, такі як потреба, пов'язана з результатом діяльності, наявність вмінь і навичок, необхідних для успішного її виконання, вміння переборювати труднощі на шляху до досягнення мети, а також адекватне оцінювання результатів діяльності, тобто ті утворення, які сприяють формуванню мотиваційного компоненту, не сформовані у дітей з порушенням інтелектом.

Дослідження, які присвячені навчальній мотивації дітей із ЗПР свідчать про низький рівень інтересу, потреби, невміння ставити ціль та цілеспрямовано виконувати діяльність, переважання зовнішнього спонукання над внутрішнім, тобто навчальна мотивація або слабо виражена, або відсутня [1; 2; 3].

Отже, теоретичний аналіз наукових досліджень з проблеми порушення інтелекту у дітей свідчить про їх децелерацію (психічний інфантилізм, низький рівень адаптивних можливостей), низьку научуваність, інтелектуальну пасивність, несформованість мотиваційної сфери, недоліки сприймання, уваги, недорозвиток пам'яті, мисленнєвих дій (нестійкість, інертність, невміння встановлювати закономірності, визначати суттєве, недостатня узагальненість), недорозвиток просторових уявлень та низький рівень навчально-пізнавальної діяльності.

Аналіз вищезазначених робіт свідчить про гостру актуальність означеної проблеми, особливо по відношенню до дітей з порушенням інтелектом. Однак, кількість досліджень, в яких вивчався процес саморегуляції і його вплив на діяльність дітей з порушенням інтелектом, у спеціальній психології і корекційній педагогіці недостатня. Необхідність подальшого продовження

дослідження проблеми саморегуляції, а саме її мотиваційної ланки в навчальній діяльності, обумовлена тим, що розвиток мотиваційного компоненту саморегуляції є невід'ємною характеристикою учня як суб'єкта діяльності, від особливостей якого в значній мірі залежить як розвиток самого суб'єкта, так і оволодіння ним конкретною діяльністю.

Таким чином, включення в навчальну діяльність передбачає наявність необхідних мотивів, які утворюють як би “ядро мотивації” учня. Це “ядро” сприяє створенню мотиваційних компонентів саморегуляції, які дозволяють визначити домінуючі мотиви навчальної діяльності школярів, сформованість у них пізнавальних інтересів. Тобто, формування мотиваційного компоненту є першим етапом становлення системи психічної саморегуляції і, водночас, є джерелом активності, визначає мотиваційно-змістові структури навчальної діяльності учня.

На підставі проведеного теоретичного аналізу спеціальної літератури з проблеми дослідження були визначені завдання, які спрямовані на виявлення сформованості структурних компонентів мотиваційної ланки саморегуляції: мотиву, потреби, наміру, цілі і спонуки, що сприятиме усвідомленню учнями способу та об'єкта саморегуляції: усвідомлення мотиву діяльності; відображення в індивідуальній свідомості співвідношення мети діяльності і мотиву при певних умовах діяльності; рівень інтересу до діяльності; вміння використовувати отриману інформацію; ставити цілі; прагнення подолати труднощі в процесі виконання діяльності; розуміння необхідності виконання поставленої мети.

### Література

1. Брайтфельд В.Н. Формирование мотивации учебной деятельности младших подростков с задержкой психического развития // Дефектология. – 2000. – № 3. – С. 23–31.
2. Лузик М.В. Педагогические условия формирования мотивации учения у школьников с умеренной умственной отсталостью на уроках самообслуживающего и хозяйственно-бытового труда: Дисс...канд. пед. наук. – Москва, 2009. – 238с.
3. Менчинская Н.А. Проблемы обучения и умственного развития школьников. // В кн. Избранные психологические труды / Н.А. Менчинская. – М.: Педагогика, 1989. – 224 с.
4. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 5–12.
5. Мильман В.Є. Внутренняя и внешняя мотивация учебной деятельности // Вопросы психологии. – 1987. – №5. – С. 129–132.

## **ПІДГОТОВКА ДИТИНИ З ВАДАМИ СЛУХУ У РОДИНІ ДО НАВЧАННЯ В ІНКЛЮЗИВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ**

Любов до дитини народжується раніше її появи на світ. З майбутнім малюка пов'язано багато надій і мрій. Всі батьки хочуть, щоб їх дитина була здорова і щаслива. Але ось в дім приходить біда – малюк не чує. Горе батьків велике! Їм важко повірити, що найдорожча для них істота ніколи не почує милого голосу, щебетання птахів, музики.... Але найстрашніше, що порушення слуху може стати перешкодою в оволодінні мовленням, пізнанні світу і спілкуванні з людьми. Батькам необхідно зібрати всі свої зусилля і допомогти своїй дитині подолати ці труднощі. Тому вони повинні швидко навчитися правильно реагувати і почати керувати процесом обстеження та потребами дитини в розвитку, лікуванні та освіті [3, с.19].

Все більше батьків, що чують, бажають бачити свою дитину не в спеціальній школі для дітей з вадами слуху, яка може бути розташована досить далеко, а в загальноосвітньому навчальному закладі за місцем проживання. Причин цього багато, але одна з основних – це небажання бачити свою дитину, яка спілкується жестовою мовою. Інклюзивний навчальний заклад – це загальноосвітня школа, яка забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, тобто адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує існуючі в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімат у шкільному середовищі [1, с.9]. Щоб бажання батьків здійснилося, необхідно виконати низку заходів, які допоможуть підготувати дитину до інклюзивного навчання.

Спочатку важливо обстежити слухову функцію дитини, щоб дізнатися ступінь і характер втрати слуху. Далі необхідно ретельно підібрати слухові апарати, які допоможуть дитині у її подальшому розвитку. Для батьків буде дуже корисним вести щоденник, у який можна записувати як дитина реагує на звуки. Це також допоможе вам побачити результат, якого дитина досягла зі слуховими апаратами, а також допоможе почувати себе впевненіше, коли виникатимуть проблеми. Вести таке спостереження вам може допомогти сурдопедагог. Заняття з сурдопедагогом є найважливішою складовою розвитку (розумового і мовленнєвого) вашої дитини. Батьки повинні розуміти, що тільки їх щоденне спілкування з дитиною відкриє їй оточуючий світ, сформує мовлення як засіб комунікації.

Навчитися використовувати залишковий слух – повільний та складний процес. Батьки повинні мати схему стадій розвитку слуху та мовлення так, щоб вони могли визначити на якій стадії їх дитина, які робить кроки. Деякі з них можуть бути дуже малими, але всі вони є шляхом до можливості чути та

говорити. У дітей розвивається розуміння ще до того, як будуть вимовлені її перші слова. Коли дитина починає слухати і розуміти те, що чує, то мовлення часто слідує відразу за цим. Як батькам, вам дуже важливо продовжувати говорити, жартувати, співати, а також видавати різні інші звуки, стимулюючи дитину до мовлення. Якщо у вас є запитання щодо прогресу вашої дитини, то необхідно порадитися з аудіологом, сурдопедагогом.

Діти, які нечують, можуть бути чудовими читачами. Дослідження показали, що здатність розуміння, читання та писання в комплексі має прямий зв'язок з успішним розумінням усного мовлення. Батьки повинні вживати слова, які для них є звичними і пояснювати їх так, як би вони це робили з будь якою дитиною. Ви можете допомогти своїй дитині розвивати здібності читання та писання за допомогою щоденних коротких вправ з використанням щоденників, записників та інших.

Можна надати поради як батькам, так і вчителям загальноосвітніх шкіл стосовно правил спілкування з нечуючою дитиною:

- одночасно не повинна говорити більше ніж одна особа;
- людина, яка говорить повинна це робити чітко, зрозуміло та добре модульованим голосом;
- повернутися до співрозмовника, щоб надати можливість бачити рух губ;
- створення умов для спілкування, які полегшать дитині розуміння співрозмовників, наприклад, круглий стіл, добре освітлення тощо [2, с.26].

Батьки відіграють головну роль в розвитку та освіті своєї дитини, тому що власне вони будуть тими, хто обере тип освіти для дитини і буде підтримувати її в навчанні. Батьки мають знати про різні комунікативні можливості дітей з вадами слуху: усне мовлення, жестову мову, дактилювання. Вони повинні прийняти власне рішення стосовно спілкування і бути впевненими, що воно є правильним для їхньої дитини з вадами слуху. Дуже скоро батьки зрозуміють, яка система навчання є найефективнішою для неї – спеціальний чи загальноосвітній навчальні заклади.

Отже, батькам потрібно прикладати багато зусиль, щоб дитина росла і розвивалась як повноцінний громадянин своєї держави, мала змогу зайняти поряд з іншими достойне місце в суспільстві, реалізувати свої здібності і бути щасливою.

### Література

1. Колупаєва А.А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання: наук.-мет. посібник / А.А. Колупаєва, Л.О. Савчук. – К.: Науковий світ, 2010. – (Серія “Інклюзивна освіта”).
2. Назарина В.В. Як допомогти розвиватися дитині, яка не чує. Діти з особливими потребами: поради батькам / за ред. В.І. Бондаря, В. В. Засенка). - К.: Науковий світ. - 2004.
3. Шматко Н.Д., Пельмская Т.В. Если малыш не слышит...: Пособие для учителя. - 2-е изд., перераб. - М.: Просвещение, 2003.

## **ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ТА МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ**

Правильна будова й повноцінні функції артикуляційного апарату є обов'язковим і необхідним фактором розвитку мовлення. Особливу роль у чіткості вимови звуків відіграє будова й функції порожнини рота, тобто для нормального розвитку мовлення необхідна анатомічна й функціональна цілісність мовленнєвого апарату.

Зубощелепна система, як одна зі складових частин мовленнєвого апарату, має велике значення в мовленнєвій функції. Виражені порушення прикусу, дефекти зубних рядів, аномалійне прикріплення вуздечок губ і язика, порушення розвитку щелеп не тільки впливають на зміну пропорційності обличчя й призводять до появи його деформації, але й ускладнюють артикуляцію звуків, що погіршує виразність мовлення. Недостатнє функціонування мовленнєвого апарату призводить до недостатньої мовленнєвої практики в активний період розвитку мовлення. Переживання, пов'язані з усвідомленням свого дефекту, і негативна реакція навколишніх на мовленнєвий недолік негативно впливають на прагнення дитини до спілкування. Це, у свою чергу, відображається на мовленнєвому розвитку. Зубощелепні деформації також несприятливо впливають на зовнішній вигляд і психіку дітей.

У цей час спостерігається значне збільшення кількості дітей із зубощелепними аномаліями, а також – дітей з мовленнєвими порушеннями, що мають анатомічні дефекти периферичних органів мовлення (Ю. Малигін, Ф. Хорошилкіна, М. Водолацький). Патологія щелепно-лицьової області в дітей спричинює аномальний розвиток фонетичної сторони мови й формування дефектної вимови.

Отже, нагальним питанням сучасної логопедії і ортодонтії є профілактика аномалій зубощелепної системи і мовленнєвих порушень, оскільки розвиток зубощелепної системи тісно пов'язаний з розвитком усіх систем зростаючого організму, а організація профілактичної роботи вимагає комплексної взаємодії дитячих фахівців різного профілю: ортодонтів, дитячих стоматологів, педіатрів, отоларингологів, неврологів, дефектологів і логопедів – усіх тих, чия робота безпосередньо пов'язана з дітьми дошкільного віку, коли профілактика зубощелепних аномалій найбільш ефективна.

Профілактика зубощелепних деформацій, а також, як несприятливих наслідків, мовленнєвих порушень – це комплекс заходів, спрямованих на попередження й усунення етіологічних і патогенетичних факторів, що сприяють виникненню зубощелепних аномалій. Профілактичний характер таких заходів є вельми важливим, оскільки запобігання виникненню зубощелепних деформацій у ранньому віці і лікування вже сформованих деформацій запобігають розладу функцій не тільки жувального апарату, але й



інших фізіологічних систем людського організму, сприяють кращому розвитку мовлення дітей.

Спеціалісти намагаються не тільки поліпшити зовнішній вигляд дитини, створити правильні співвідношення між щелепно-лицьовими кістками, а й забезпечити нормальне виконання жувальної, мовленнєвої і частково дихальної функцій. Одночасно вони захищають дитину від психічної травми, яка часто є наслідком деформацій щелепно-лицьової ділянки.

Профілактика і раннє лікування зубощелепних деформацій мають важливе значення в оздоровленні дитячого організму взагалі, в розвитку нормального жувального апарату і мовленнєвої функції зокрема.

Шляхи профілактики деформацій зубощелепної системи різні. Основними з них є: 1) вплив на загальний стан організму з метою його зміцнення, 2) місцеві методи профілактики, що мають на меті підвищити опірність тканин ротової порожнини і створити сприятливі умови для формування жувального та мовленнєвого апарату.

З метою боротьби проти виникнення зубощелепних деформацій необхідно, щоб лікарі різних спеціальностей та логопед спільно проводили роз'яснювальну роботу серед батьків та педагогів дошкільних закладів та шкіл. У своїх бесідах лікар, а потім і логопед повинні ознайомити слухачів з причинами, що викликають виникнення зубощелепних деформацій, а також з тими заходами, які можуть запобігти виникненню тієї чи іншої аномалії жувального апарату і в подальшому – мовлення.

Відомо, що причинами виникнення зубощелепних деформацій можуть бути зовнішні і внутрішні фактори, що кожний з них діє не ізольовано, а спільно в різних поєднаннях. Важливу роль у виникненні деформацій зубощелепної ділянки відіграють внутрішньоутробні і постнатальні фактори. Вирішальною в нормальному розвитку жувального апарату є закладка зубів і подальший їх розвиток в ембріональному періоді. Тому дуже важливі загальні профілактичні заходи, що виражаються в турботі про здоров'я, харчування й спосіб життя матері, про нормальне протікання вагітності, про створення сприятливих умов для немовляти. Уроджені аномалії виникають в результаті захворювань матері в період вагітності, неправильного положення плода, а також внаслідок хірургічних втручань при патологічних пологах.

Основне місце займають деформації, що виникають в результаті дії постнатальних факторів, а саме: хвороби раннього дитячого віку; патологія верхніх дихальних шляхів; порушення фізіологічної рівноваги м'язових груп; шкідливі звички; характер харчування; захворювання ротової порожнини та ін.

Хвороби раннього дитячого віку (рахіт, кір, диспепсія, гастроентерити та ін.), знижуючи засвоюваність їжі, погіршують живлення дитячого організму і створюють сприятливе підґрунтя для розвитку деформацій зубощелепного апарату.

Доведено, що сприятливі житлові умови, раціональне харчування дітей, тривале перебування їх на повітрі зводять до мінімуму процент захворюваності на рахіт та інші хвороби раннього дитячого віку. Тому важливо звертати увагу

батьків на повітряно-сонячний режим для дитини, на раціональне вітамінізоване харчування, загартовування та інші загальні фактори, які відіграють сприятливу роль у формуванні організму дитини, її фізичному і розумовому, а також мовленнєвому розвитку.

Велике значення для правильного розвитку зубощелепної системи має акт смоктання. Для захоплення соска груди матері нижня щелепа дитини пересуваються вперед з дистального положення до зіставлення її гребеня із гребенем альвеолярного відростка верхньої щелепи. Цими рухами створюються функціональні подразнення, які значною мірою визначають розвиток нижньої щелепи, мимічної, жувальної мускулатури й язика.

Дуже важливе значення має вид вигодовування дитини, бажано, щоб воно було природним, оскільки має значну перевагу перед штучним. Користуючись материнським молоком, дитина дістає необхідне живлення і набуває імунно-біологічних властивостей. З іншого боку, грудне вигодовування сприяє механічному висуванню нижньої щелепи. Оскільки щелепа новонародженого зміщена дистально, тренування її має профілактичне значення для нормального розвитку всієї зубощелепної системи. При необхідності переходу на штучне вигодовування, треба, щоб акт смоктання був подібний до природного.

При штучному вигодовуванні, коли пляшечку з молоком ставлять у вертикальному положенні й через великий отвір молоко вільно з нього витікає, дитина не робить інтенсивних рухів, і нижня щелепа, не отримуючи відповідних функціональних подразнень, відстає в розвитку. Можливий розвиток однобічної деформації щелеп, якщо пляшечку з молоком кладуть на подушку для самостійного користування дитини.

Для профілактики деформацій зубощелепної системи при штучному вигодовуванні необхідно користуватися ортодонтичною соскою. Така силіконова соска повинна мати маленький отвір, щоб дитина при смоктанні створювала напругу, необхідну для правильного формування зубощелепної системи. При такому годуванні дитина висуває нижню щелепу мезіально до зіставлення альвеолярних відростків і, натискаючи, одержує порцію молока. Така соска є профілактичним заходом, що попереджає розвиток дистального прикусу.

Велике значення у виникненні аномалій зубощелепної системи має патологія носоглоткового простору. При утрудненому носовому диханні часто деформується верхньощелепна кістка, що веде до скупченості фронтальних зубів, поглиблення піднебіння та звуження верхньої щелепи. Лікування патологічних змін верхніх дихальних шляхів повинно проводитися своєчасно, оскільки жодна деформація не може бути повністю вилікувана без оздоровлення носоглотки.

Значне місце в етіопатогенезі зубощелепних аномалій займають шкідливі звички. До них належать смоктання пальців, язика, соски, кусання губ, нігтів та інших сторонніх предметів, підкладання кулака під щоку, неправильне положення дитини під час сну, ротовий або змішаний тип дихання, порушення функції жування тощо. Ці шкідливі звички існують у дітей в період формування

прикусу, і, діючи протягом тривалого часу, можуть викликати деформацію кісток, які внаслідок своєї будови легко піддаються механічному впливу. Шкідлива звичка смоктати пальці, язик та інші предмети призводить до деформації верхньої щелепи, до її подовження, виникають дистальний прикус, нерідко відкритий і мезіальний прикуси.

Профілактичними заходами таких деформацій зубощелепної системи є усунення у дитини цієї шкідливої звички шляхом навіювання, яке можна проводити, застосовуючи психотерапевтичні методи (наяву – педагогічна, логічна терапія і шляхом навіювання в гіпнозі). Психотерапія наяву проводиться в дітей, починаючи з 5-літнього віку з урахуванням характеру шкідливої звички й віку дитини. Психотерапія шляхом навіювання в гіпнозі проводиться з 12-літнього віку, при цьому обов'язково враховується анамнез шкідливої звички. Батьки повинні встановити строгий контроль за дитиною, особливо на початку. У дошкільному, а в рідких випадках і в шкільному віці, необхідно прибигати до переконання залишити дурні звички.

Смоктання є часто закріпленим умовним рефлексом у дитини, і його усунення становить іноді важке завдання для батьків. Щоб розірвати рефлекторну дугу смоктального рефлексу, досить буває дитині вкрити піднебіння пластмасовою пластинкою, яка фіксуватиметься в ротовій порожнині дротяними кламерами або вестибулярною дужкою, зараз пропонують використовувати міофункціональні трейнери. Для усунення шкідливої звички закушувати губи також можна запропонувати апарат – вестибулярний щит (пластинку), який створює певну незручність для кусання губи.

Необхідно також привчити дитину до правильного положення під час сну. Треба стежити за тим, щоб дитина під час сну не підкладала кулак під щоку, не спала з закинutoю назад або опущеною головою, мала невелику, ортопедичну подушку.

Неправильне положення голови дитини під час сну може викликати звичку дихати ротом, навіть при відсутності патології верхніх дихальних шляхів, і тим самим порушити нормальний ріст щелеп. Якщо батьки помітили, що дитина дихає ротом, вони повинні простежити за положенням її голови під час сну. Зайве закидання голови або ж притиснення її до грудей вимагає дослідження стану носоглотки. При відсутності органічних причин неправильного положення голови під час сну його можна вважати шкідливою звичкою.

У багатьох дітей в період молочного й змінного прикусу у зв'язку з патологічними процесами в носоглотці (тонзиліти, риніти, аденоїди, ОРЗ) виникає й закріплюється як шкідлива звичка ротовий або змішаний тип дихання, у дитини формується так званий “аденоїдний” тип обличчя, для якого характерним є недорозвинення зубощелепної системи (звуження зубних дуг). Розвиток повітряноних шляхів і кісток обличчя тісно пов'язані – ротове дихання призведе до затримки росту гайморових пазух, що негативно позначиться на розвитку верхньої щелепи й призведе до її звуження й формування готичної форми піднебіння. Як підтвердив рентгенологічний

аналіз, у дітей з такими патологіями регулярно використання трейнера у віці 4-8 років (у молочному й ранньому змінному прикусі) дозволяє досягти нормалізації як форми піднебіння, так і носової перегородки – дно порожнини носа опускається й область твердого піднебіння здобуває куполообразну форму. У другій половині змінного прикусу такого ефекту вже не спостерігається. Це відбувається в результаті правильного позиціонування язика, тиск якого на звід верхньої щелепи зсередини дозволяє усунути м'язовий дисбаланс – розташовуючись піднебінно, язик підтримує звід верхньої щелепи, нормалізуючи його форму й ширину. Тому корегувати тип дихання необхідно якомога раніше, для чого на сьогоднішній день розроблені трейнери й для молочного прикусу. Застосування цих силіконових позиціонерів дозволяє не тільки нормалізувати тип дихання, але й усунути порушення у формуванні артикуляційного апарата, а значить прискорити постановку звуків [р], [к], [ц], [х].

Традиційні методи лікування з використанням механічно діючих знімних і незнімних ортодонтичних апаратів пов'язані з рядом незручностей. Лікування як з використанням ортодонтичних пластинок, так і з застосуванням брекет-систем може трохи запізнитися. Тому навіть на етапі сформованого тимчасового прикусу, так і під час постійного прикусу, що формується, можливо використання функціонально спрямовуючих апаратів – преортодонтичних трейнерів. При цьому стає можливим усунення шкідливих звичок, або надлишкового тиску м'язів щелепно-лицьової області, що призводить до неправильного формування прикусу в дитини.

Використання трейнерів у дитячому віці в період змінного прикусу дозволяє скорегувати м'язову функцію, що автоматично забезпечує правильний розвиток щелеп, дозволяє уникнути складного ортодонтичного лікування в більш пізньому віці.

Ортодонтичний трейнер – це шина, що передує ортодонтичному лікуванню і допомагає позбутися цих звичок, а також сприяє вирівнюванню зростаючих зубів. Це спростить наступне лікування (якщо воно буде необхідним), зменшуючи при цьому необхідність видалення. Ортодонтичний трейнер поліпшує естетику обличчя й здійснює корекцію положення зубів за рахунок усунення міофункціональних шкідливих звичок, що мають місце при порушенні оклюзії.

Ортодонтичний трейнер був розроблений, щоб забезпечити для дитини раннє лікування аномалії прикусу, що формується (починаючи з 6 років), коли необхідність лікування вже очевидна. Скупченість зубів і неправильне взаєморозташування щелеп у більшості випадків можуть бути успадковані, проте дуже часто спостерігаються внаслідок порушень функцій щелепно-лицьової області, прокладання язика між зубами, смоктання пальця.

Початковий трейнер (голубий) – м'який і гнучкий, він дозволяє адаптуватися до нього навіть при виражених аномаліях положення зубів, використовується перші 6 місяців. Остаточне вирівнювання зубів здійснюється за допомогою більше твердого (рожевого) трейнера.

Міофункціональні трейнери поєднують у собі особливості багатьох функціональних ортодонтичних апаратів – канали забезпечують нормальне крайове змикання щелеп, лабіальні дуги роблять невеликий тиск на нерівні передні зуби, язичок правильно позиціонує кінчика язика, як у міофункціональній і мовленнєвій терапії, обмежник язика обмежує рухи язика, змушує дитину дихати через ніс, губні бампери знімають зайвий тиск нижньої губи на зуби.

Результативність лікування, початого в ранньому віці дуже висока – 90%. Якщо трейнер застосовувався регулярно протягом зазначеного лікарем часу, то більш ніж в 70% випадків відпадає необхідність подальшого ортодонтичного лікування з використанням дорогих брекет-систем.

Міофункціональні трейнери виконані з еластичного силікону, абсолютно безпечного для дитячого організму, зовсім індиферентного до тканин порожнини рота. Вони не викликають подразнення слизової оболонки, не здобувають неприємного запаху й не міняють колір у процесі використання. Завдяки високій гнучкості силікону трейнери легко адаптуються до індивідуальних особливостей і ширини зубних дуг, навіть якщо вони сформувалися неправильно й деформація зубних рядів уже виникла. Трейнер “Infant” можна застосовувати як на індивідуальних, так і на групових заняттях. Рекомендується використовувати трейнер 2 рази на день по 10-15 хв. При недорозвиненні нижньої щелепи корисно також додатково носити трейнер під час денного сну, оскільки завдяки висуванню нижньої щелепи в пряме співвідношення з верхньої, трейнер стимулює ріст нижньої щелепи переважно в області шийки скронево-височно-нижньощелепного суглоба. Завдяки такому режиму використання трейнера сагітальна щілина, що формується при відставанні росту нижньої щелепи в молочному прикусі, усувається буквально за 3-4 місяці, що сприяє нормалізації функцій жування й мовлення в дитини.

Крім того, модель трейнера “Infant” має пружні повітряні подушечки в області жувальних зубів, що стимулюють дитину до легкого накушування апарату, завдяки чому забезпечується ефективно тренування всього комплексу жувальних структур – м'язових і кісткових тканин лицьової області. Відсутність достатньої кількості твердої їжі в раціоні сучасної дитини веде до недорозвинення жувальної мускулатури й зубощелепної системи в цілому. От чому таке навантаження необхідне для нормального формування апікального базису зубних дуг – воно запобігає їх звуженню, що неминуче призведе до неправильного прорізування й скупченості постійних зубів через недолік місця для них, оскільки постійні зуби крупніше й помітно ширші молочних. У нормі в дитини у віці 4-6 років повинні з'явитися фізіологічні тріми (щілини, проміжки) між різцями, оскільки саме в цьому віці спостерігаються активний ріст щелепних костей і підготовка до змінного прикусу. З цієї причини цей віковий період найбільш ефективний для профілактики зубощелепних аномалій і усунення дисфункцій м'язів щелепно-лицьової області.

Важливо відзначити, що регулярне використання трейнерів у молочному й ранньому змінному прикусі (3-8 років) дозволяє нормалізувати форму

піднебіння, яке у дітей з ротовим типом дихання набуває готичного високого зводу, порушуючи нормальну фонацію. Завдяки конструкції трейнера язык вчиться займати правильне верхнє положення з упором у передню третину твердого піднебіння, при якому забезпечується підтримка язиком зводу верхньої щелепи зсередини, нормалізуються її форма, ширина й висота, усувається м'язовий дисбаланс (тиск языка компенсує тиск кругового м'яза рота й щічних м'язів зовні). При цьому дно порожнини носа опускається, і піднебіння здобуває правильну куполообразну форму. У другій половині змінного прикусу такого ефекту вже не спостерігається. Саме тому коректувати дихання необхідно починати якомога раніше – вже в молочному прикусі (3-5 років).

Преортодонтична модель трейнера Т4К призначена для дітей 6-10 років для корекції міофункціональних порушень, у тому числі й мовленнєвих. У конструкції трейнера передбачений спеціальний язичок для корекції положення языка, що “нагадує” дитині про правильну його позицію при ковтанні й у стані спокою – торкаючись його, язык займає в порожнині рота фізіологічно правильне піднебінне положення. Обмежник положення языка допомагає дитині позбутися від шкідливої звички прокладати його між зубними рядами. Інший важливий елемент конструкції трейнера – криловидна підстава, що дозволяє охоронити скронево-височно-нижньощелепного суглоб від ушкодження при висуванні нижньої щелепи в переднє положення, що є необхідним для стимуляції її росту.

Завдяки поліпшенню тонуусу кругового м'яза рота й тренуванню змикаючого рефлексу губ використання трейнера Т4К допомагає нормалізувати тип дихання, а губні бампери дозволяють знизити надлишковий тиск зовнішніх приоральних м'язів, що безпосередньо стикаються із зубними рядами. М'які “шипики”, що розташовуються на нижньому зовнішньому краї трейнера, допомагають зняти напругу підборідного м'яза, усунути так званий “синдром наперстка” (м'язове ущільнення, що виникає при гіпертрофованій активності підборідного м'яза). Крім того, силіконові “шипики” виконують слабку подразнювальну дію, що сприяє росту апікального базису нижньої щелепи в передньому відділі, завдяки чому усувається скупченість зубного ряду й забезпечується пропорційність росту нижньої щелепи щодо верхньої.

Під час нічного носіння трейнера завдяки ефекту “м'язової пам'яті” результати активного денного тренування із трейнером (удень трейнер досить носити не більше 1 години) закріплюються на рефлекторному рівні. При цьому вже на етапі корекції прикусу логопед може підключити відповідні артикуляційні й мовленнєві вправи, що буде сприяти також і прискоренню ортодонтичного лікування.

Еластичність матеріалу забезпечує комфорт і простоту адаптації дитини до трейнеру. Використання трейнерів у дитячому віці сприяє не тільки нормалізації положення, функції языка, корекції прикусу, але й нормалізації типу дихання й ковтання, а також поліпшенню постави й загального розвитку дитячого організму. При цьому вже під час корекції прикусу логопед може

проводити відповідні артикуляційні вправи, що прискорюють також і ортодонтичне лікування.

Дуже важливо враховувати ступінь залежності правильної артикуляції звуку від конкретної аномалії в будові артикуляційного апарата. Так, при механічній дислалії нерідко доводиться попередньо корегувати аномалії в будові мовленнєвого апарату для наступної правильної постановки звуків. От чому для розробки правильного й послідовного плану лікування при подібних поєднаних патологіях дуже важливо забезпечити взаємодію й ефективне співробітництво логопеда й ортодонта, що дозволяють вчасно усувати анатомічні порушення в будові органів, що беруть участь в артикуляції, і корегувати щелепно-лицьовий розвиток у цілому.

До профілактичних заходів, що сприяють фізіологічному росту щелеп, належать також інтенсивне жування, особливо після утворення молочного прикусу, а тому з метою профілактики треба рекомендувати батькам давати дітям їжу, багату на вітаміни і твердої консистенції (твердий хліб, сирі фрукти та овочі), що вимагає посилення жувальної функції і призводить до розвитку жувальної мускулатури, до швидшого стирання молочних зубів, що забезпечує нормальну функцію жувального апарату та його розвиток.

У міру прорізування зубів діти здобувають здатність до жування, і ці жувальні рухи чергуються зі смоктальними. Поступово збільшується жувальне навантаження й більш енергійно розвивається мускулатура. Жувальний тиск поліпшує кровопостачання щелепи, стимулює її ріст і розвиток. Тому в цьому періоді доцільно дітям уживати їжу щільної консистенції.

Функцію жувального апарата, у повному змісті цього поняття – жування, ковтання, мовлення, співи, дихання, забезпечує активна частина його – мускулатура (мімічна й жувальна). Із усього комплексу мімічних м'язів переважну роль у процесі жування грають м'язи, що оточують ротову порожнину, – круговий м'яз рота, у який вплітаються волокна інших м'язів цієї групи й сприяють виконанню різних функцій порожнини рота.

Встановлено, що в 70% випадків порушення прикусу виникають під впливом надлишкового тиску м'язів, що оточують щелепи. При цьому у випадку усунення цієї причини, аномалії прикусу, що вже почали своє формування, потерпають зворотний розвиток, а в ряді випадків навіть призводять до помітного поліпшення.

Мімічні м'язи, що оточують порожнину рота (в основному круговий м'яз рота), забезпечують рівновагу фронтальної частини щелепно-лицьового кістяка. Язик є потужним м'язом і своїми рухами робить зсередини певний тиск на альвеолярні відростки. При слабкому розвиненні кругового м'язу рота відсутній протитиск, і альвеолярні відростки із фронтальними зубами висунуваються вперед. З метою усунення цього явища застосовують методи зміцнення цього м'яза – вправи (міотерапія) й масаж. Ці заходи також мають на меті сприяти розвитку відповідних ділянок жувального апарата.

Одним з досить розповсюджених порушень, що зустрічаються в логопедичній практиці, є міжзубний сигматизм, викликаний прокладанням

язика між зубними рядами при ковтанні й мовленні, часто супроводжуваний порушенням функції оральної мускулатури й послабленим тонусом кругового м'яза рота. У таких дітей рот у спокої постійно напіввідчинений, що провокує виникнення звичного ротового дихання, недорозвинення нижньої щелепи й, як наслідок, різних аномалій прикусу.

Для посилення кругового м'яза рота, при виступаючих фронтальних зубах і для лікування відкритого прикусу доцільно проводити такі вправи: 1) закриття ротової щілини (змикання губ) при одночасній перешкоді пальцями обох рук у кутах ротової щілини; 2) розтягування губ в посмішку, потім поєднання у трубочку; 3) при дистальному прикусі висування нижньої губи вперед до контакту фронтальних зубів; 4) масаж верхньої губи пальцями в горизонтальному й вертикальному напрямках; 5) вимова губних звуків і слів з ними.

Метод лікувальної фізкультури служить профілактичним прийомом при застосуванні його в ранньому віці та є лікувальним засобом при виправленні певних видів ортодонтичних аномалій. Міогімнастику доцільно проводити із застосуванням апаратів. До кожного перетворення форми й зміни співвідношень окремих складових частин зубощелепної системи необхідно пристосування м'яких тканин порожнини рота взагалі й, зокрема, м'язів. У протилежному випадку наступить рецидив.

Нерідко у ранньому дитячому віці спостерігається вимушене прогенічне положення нижньої щелепи, яке фіксується нестертими гострими краями молочних іклів. В цих випадках молочні ікла зішліфовують, скорочують, розмикають прикус розмикаючими пломбами, коронками і капами. До методів профілактичної терапії належать також систематичні вправи мимічної і жувальної мускулатури.

Таким чином, усунення всіх факторів, що сприяють захворюванню, своєчасне виявлення і раннє лікування деформацій зубощелепної системи, тісний контакт стоматолога з педіатром та логопедом, проведення роз'яснювальної роботи є запорукою розвитку повноцінного жувального апарату і нормального мовленнєвого розвитку.

**Рібцун Ю. В.**

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

## **ОСОБЛИВОСТІ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ П'ЯТОГО РОКУ ЖИТТЯ ІЗ ФФНМ**

За психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих вад до порушень засобів спілкування поруч із загальним недорозвитком мовлення відносять фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення (ФФНМ) – порушення процесів формування звуковимовної системи рідної мови у дітей із різними мовленнєвими розладами внаслідок дефектів сприймання та вимови фонем.



Насьогодні у вітчизняній логопедичній літературі та наукових дослідженнях ближнього зарубіжжя відсутні розробки щодо корекційного навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ. Саме це спонукало нас до створення відповідного програмно-методичного забезпечення. З цією метою нами було вивчено стан усного мовлення дошкільників п'ятого року життя із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення.

Як показали результати дослідження, контингент середньої логопедичної групи для дітей із ФФНМ є різномірним.

До його складу входять як дошкільники із порушенням звуковимовної складової мовлення при збереженій іннервації мовленнєвого апарату (діти з дислалією, 56,0%), діти з порушенням звуковимови, обумовленим недостатністю іннервації мовленнєвого апарату (дошкільники з дизартрією, 12,0%), так і дошкільники з порушенням тембру голосу та звуковимови, обумовленими анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату (діти з ринолалією, 16,0%).

Крім того, виявлено, що до логопедичних груп такого типу потрапляють діти зі сформованою звуковимовною складовою мовлення, але такі, що мають патологічно прискорений темп мовлення (дошкільники з тахілалією, 4,0%), дошкільники з порушеннями голосу (діти з дисфонією, 4,0%) на фоні простої дислалії, а також діти зі "звичною" порушеною звуковимовою, найчастіше обумовленою наслідуванням дефектної звуковимови членів родини (8,0%).

Наявність в одній групі такого числа дітей із різними відхиленнями потребує диференційованого підходу як до діагностики, так і до подолання виявлених мовленнєвих порушень.

Охарактеризуємо особливості артикуляційної моторики дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ.

Під час вивчення стану орального праксису в процесі дослідження нами зверталася увага на кінетичну та кінестетичну основу мовлення дошкільників п'ятого року життя із ФФНМ, для чого дітям пропонувалися як статичні, так і динамічні вправи. Для обстеження стану м'язів м'якого піднебіння дітям п'ятого року життя пропонувалося вимовляти голосні звуки на твердій та м'якій атаці ("Довгий і короткий").

#### **Дошкільники п'ятого року життя з дислалією**

Серед контингенту дошкільників п'ятого року життя із ФФНМ нами було виділено групи дітей із різними формами дислалії, а саме: 1) з *функціональною дислалією* (7,0%), при якій була повністю відсутня органічна основа порушення звуковимовної складової мовлення, і причинами виступали неправильне виховання мовлення дитини у сім'ї, мовлення дитини за патологічним наслідуванням, двомовність у сім'ї, педагогічна занедбаність; 2) з *акустико-фонематичною дислалією* (14,0%), при якій відмічалися дефекти звукового оформлення мовлення, що були обумовлені вибірковою несформованістю операцій переробки фонем за їх акустичними параметрами у сенсорній ланці механізму сприймання мовлення; 3) з *артикуляторно-фонематичною*

дислалією (21,0%), при якій виявлялися порушення, причинами яких виступала несформованість операцій відбору фонем за їх артикуляторними параметрами у моторній ланці породження мовлення; 4) з *артикуляторно-фонетичною дислалією* (57,0%), при якій спостерігалися дефекти звукового оформлення мовлення, що були обумовлені неправильно сформованими артикуляторними укладами.

Дослідження показало: якщо у дошкільників з акустико-фонематичною дислалією не спостерігалось відставань у сформованості артикуляційної моторики або були виявлені незначні недоліки, які не могли здійснити патологічний вплив на формування звуковимови, то у дітей з іншими формами дислалії спостерігалися значні порушення, що позначалися на формуванні мовленнєвої функції в цілому.

У дітей з функціональною дислалією було відмічено недостатню рухливість органів артикуляційного апарату (язика, губ, нижньої щелепи). Проте виконання статичних і динамічних вправ за вербальними інструкціями вчителя-логопеда та за наслідуванням давала стійкий позитивний ефект. Серед дітей з артикуляторно-фонематичною дислалією виділилося дві підгрупи. Якщо дошкільники першої з них (75,0%) мали в цілому сформовану артикуляторну базу, то у дітей другої підгрупи (25,0%) вона виявлялася несформованою, що проявлялося у труднощах переключення з одного укладу на інший. Виконання окремих вправ та їх серій без зорової опори здійснювалося з труднощами і потребувало залучення дзеркала.

У дошкільників із *артикуляторно-фонетичною дислалією* спостерігалися органічні дефекти периферичного мовленнєвого апарату, його кісткової та м'язової будови, а саме: а) вкорочення під'язикової зв'язки (32,0%), що обумовлювало труднощі підняття кінчика язика та вимови верхньоязикових звуків; б) надто великий язик (8,0%), який не вмщувався в роті і від цього був неповоротким, що обумовлювало складність звуковимови; в) дефекти будови щелеп, а саме: прогнатія, коли верхня щелепа сильно висувалася вперед (4,0%); прогенія, коли нижня щелепа виступала вперед (4,0%); відкритий прикус, коли між зубами верхньої та нижньої щелеп при їх зімкненні залишався проміжок (8,0%); боковий відкритий прикус (16,0%), що робило мовноруховий апарат застиглим; г) неправильна будова піднебіння, а саме: "готичне" піднебіння (16,0%), пласке піднебіння (12,0%), що утруднювало артикуляцію багатьох звуків.

У дітей спостерігалися труднощі в утриманні певного артикуляційного укладу, відмічався недостатній обсяг диференційованих рухів. Здійснення вправ потребувало сумісного виконання з учителем-логопедом.

#### **Дошкільники п'ятого року життя з ринолалією**

У результаті обстеження серед контингенту дошкільників п'ятого року життя із ФФНМ було виділено групи дітей із різними формами ринолалії, а саме: 1) з *функціональною відкритою ринолалією* (25,0%), що була обумовлена недостатнім підйомом м'якого піднебіння при фонації у дошкільників із в'ялою артикуляцією; 2) з *вродженою відкритою ринолалією* (50,0%), причиною якої

виступало вроджене розщеплення м'якого та / чи твердого піднебіння, вкорочення м'якого піднебіння; 3) із задньою закритою ринолалією (13,0%), що була обумовлена значними аденоїдними розрощеннями; 4) з функціональною закритою ринолалією (13,0%), причиною якої були невротичні розлади.

У дошкільників із функціональною відкритою, задньою закритою і функціональною закритою ринолалією змін твердого чи м'якого піднебіння не спостерігалось, обсяг диференційованих рухів виявлявся збереженим, при виконанні окремих вправ та їх серій були помічені незначні труднощі у підйомі й загальній рухливості передньої частини язика, особливо його кінчика.

Серед дітей із вродженою відкритою ринолалією виділилося 3 підгрупи дітей. Першу підгрупу склали діти з неповним розщепленням без деформації шкіряно-хрящового відділу носа (25,0%); дошкільники другої підгрупи мали неповні розщеплення м'якого піднебіння (25,0%) та розщеплення м'якого і твердого піднебіння (25,0%); до третьої підгрупи були віднесені діти з комбінованим дефектом у вигляді поєднання розщеплення піднебіння та губи (25,0%). Частину дітей було прооперовано (хейлопластика) або вони чекали наступного етапу операції (уранопластика).

Дослідження засвідчило обмежену рухливість губ, їх недостатню участь при вимові лабіалізованих голосних, губно-губних і губно-зубних приголосних. Виявлено, що у переважної більшості дітей цієї групи зуби були рідкими, карієсними, спостерігалось ослаблення оральної чутливості у ротовій порожнині внаслідок дисфункції сенсомоторних провідних шляхів через неповноцінні умови годування у грудному віці (М. Едвардс). Язик був тонким, відмічався високий підйом його кореня і зсув у задню частину ротової порожнини.

### **Дошкільники п'ятого року життя з дизартрією**

З метою диференційної діагностики мовленнєвих порушень і виявлення стертих форм дизартрії, крім виконання окремих статичних та динамічних вправ і їх серій, дітям пропонувалися функціональні проби (О. Вінарська, О. Мастюкова, І. Панченко), у першій з яких ("Тік-так") дитину просили відкрити рот, висунути язик уперед і утримувати його по середній лінії, одночасно слідкуючи очима за предметом, що переміщався вбік. Проба свідчила про дизартрію, якщо під час руху очей з однієї сторони в іншу відмічалось деяке відхилення язика саме в той бік, куди спрямовувався погляд. У другій пробі ("Туркотливе горлечко") дитині пропонувалось виконувати артикуляційні вправи, а вчитель-логопед клав руки на її шию. Те напруження шийної мускулатури, що відчувалось під час виконання найбільш тонких диференційованих рухів язика, свідчило про прояви у дитини дизартрії.

Результати дослідження серед контингенту дошкільників п'ятого року життя із ФФНМ дозволили виділити кілька груп дітей із різними формами дизартрії, а саме: 1) з *першим варіантом коркової дизартрії* (17,0%), причинами якої були двобічні ураження нижнього відділу передньої центральної звивини (за результатами енцефалограм); 2) з *другим ступенем спастичної форми псевдобульбарної дизартрії* (за G. Tardier) (33,0%), що

виникла внаслідок двобічного ураження рухових корково-ядерних шляхів, які йшли від кори головного мозку до ядер черепних нервів стовбура (за висновками невропатолога); 3) зі *стертою дизартрією* (50,0%), що являла собою складний синдром центрально-органічного генезу та проявлялася у неврологічних, психологічних і мовленнєвих симптомах.

У дошкільників із першим варіантом коркової дизартрії вибірковий корковий парез окремих м'язів язика призводив до обмеженості обсягу найбільш тонких ізольованих рухів, зокрема підйому кінчика язика вгору. У дітей спостерігалось вибіркоче підвищення м'язового тону (у м'язах кінчика язика), обмеженість диференційованих рухів, а також порушення темпу і плавності рухів.

У дітей зі спастичною формою псевдобульбарної дизартрії обмеженість довільних рухів м'язів артикуляційного апарату ускладнювалася наявністю синкінезій, хоча довільні рефлекторні рухи були повністю збереженими. Помічено: язик у переважній більшості дошкільників був напруженим і відтягнутим назад, а його спинка – заокругленою та закривала вхід у глотку. Кінчик язика не був вираженим, а вся маса язика важко утримувалася по середній лінії, то відхиляючись убік, то опускаючись на нижню губу і загинаючись до підборіддя.

Під час виконання артикуляційних вправ у дітей спостерігалася надмірна виснажуваність, мала амплітуда та уповільнений темп рухів язика, причому його кінчик залишався пасивним і напруженим. Особливо важкою для виконання була вправа “Гойдалка”, що потребувала загинання кінчика язика до носа. У деяких дітей відмічалася слинотеча. Було помічено, що під час виконання вправ “Годинничок”, “Каруселі”, “Клоун” у дошкільників включалися рухи рук.

У дошкільників зі стертою дизартрією спостерігалися тривалі пошуки артикуляцій, труднощі утримання заданої пози, тремор кінчика язика. При виконанні вправ відмічалася неточність рухів, додаткові рухи губ та язика, порушення обсягу виконуваних рухів. Була відмічена також гіперметрія (4,0%) – надмірна рухова амплітуда під час виконання вправ, коли у дітей виникали утруднення у знаходженні язиком того місця, на яке вказував учитель-логопед, торкаючись шпателем, наприклад, куточка рота чи верхньої губи.

Діти п'ятого року життя із тахілалією та дисфонією мали незначні порушення артикуляційної моторики, а тому нами окремо не розглядалися.

Аналіз особливостей артикуляційної моторики дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ дав нам змогу розмежувати 2 підгрупи дошкільників і окреслити коло завдань корекційної роботи з ними: 1) діти, котрі потребують формування артикуляторних укладів – це дошкільники з артикуляторно-фонетичною, артикуляторно-фонематичною (другий варіант) дислалією, вродженою відкритою і задньою закритою ринолалією, першим варіантом коркової дизартрії та її стертою формою; 2) діти, яким необхідне уточнення артикуляторних укладів – це дошкільники з акустико-фонематичною, артикуляторно-фонематичною (перший варіант),

функціональною дислалією, функціональною відкритою та функціональною закритою ринолалією, другим ступенем спастичної форми псевдобульбарної дизартрії.

На нашу думку, такий розподіл допоможе визначити не лише специфіку логокорекції з кожною підгрупою, а й обґрунтує кількість часу, що витратиться на роботу у цьому напрямку.

Проведене нами дослідження дало змогу визначити орієнтовну послідовність основних корекційних блоків формування усного мовлення зазначеної категорії дітей, а саме:

I блок – підготовчий, що включав роботу з розвитку: а) слухової уваги та пам'яті; б) слухового та слухо-просторового гнозису;

II блок – основний, що містив вправи та ігрові завдання на розвиток: а) артикуляційної моторики; б) мовленнєвого дихання; в) голосової функції; г) фонематичного сприймання на перцептивному рівні; г) фонематичної уваги та пам'яті; д) фонематичного контролю; е) фонематичних уявлень; є) звуковимови; ж) звукового аналізу на фоні ряду ізольованих звуків і на фоні слова; з) складової структури; і) прогнозування на фонологічному рівні;

III блок – заключний, який охоплює роботу з удосконалення: а) лексичної складової; б) граматичної будови; в) зв'язного мовлення.

Слід зазначити, що в основному блоці корекційно-розвивального навчання у середній логопедичній групі для дітей із ФФНМ першочерговою стає саме робота з розвитку артикуляційної моторики, яка, поряд із розвитком мовленнєвого дихання і голосової функції, є базовим підґрунтям для подальшого формування та удосконалення фонетико-фонематичної складової мовлення.

Отже, вивчення особливостей артикуляційної моторики дітей п'ятого року життя із ФФНМ мало вагоме значення для нашого дослідження, адже дало змогу не лише з'ясувати першопричини порушення фонетичної складової мовлення у дошкільників, а й здійснити диференційований підхід у виділенні підгруп зазначеної категорії дітей і відповідного планування подальшої корекційно-розвивальної роботи.

## **СТРУКТУРА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ВЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА**

Сучасні соціально-економічні, політичні, освітні зміни, що відбуваються у суспільстві, вимагають переосмислення й перегляду системи корекційної освіти.

На сьогоднішній день невтішними є показники щодо зростання кількості дітей з особливими потребами, відсутності необхідних спеціальних закладів і належної спеціальної освіти, кваліфікованих кадрів тощо.

Достатньо гострою і необхідною постає проблема підготовки спеціалістів, які б ефективно працювали з дітьми з особливими потребами, сприяли їх розвитку, освіченості з урахуванням потенційних можливостей, можливостей адаптації й інтеграції в суспільство. Корекційна освіта дітей з мовленнєвими порушеннями насамперед покладена на вчителів-логопедів.

Підготовка майбутніх вчителів-логопедів повинна бути ґрунтовною і різнобічною, передбачати знання з різних галузей: педагогіки, психології, невропатології, лінгвістики, медицини тощо та мати за мету формування творчої особистості педагога, який може і хоче працювати в оновленому суспільстві, здатний розробляти, засвоювати й використовувати нові технології корекційної освіти. На нашу думку, забезпечити формування такої особистості можливо за умови переосмислення мети, змісту, методів, форм і засобів підготовки майбутніх учителів-логопедів.

Аналіз психолого-педагогічних джерел доводить, що проблема підготовки майбутнього вчителя висвітлювалася у працях вітчизняних та закордонних науковців (О. Абдуліна, В. Белозерцев, А. Бойко, О. Іонова, В. Лозова, О. Мороз, І. Прокопенко, О. Савченко, С. Аргірус, Д. Макінтура, Д. Шьон та ін.), які зазначають, що професійно-педагогічна підготовка означає “володіння великим обсягом знань суспільно-політичних та наукових знань з дисципліни, яка викладається, та з суміжних наук, володіння високим рівнем загальної культури, знання педагогічної теорії, загальної, вікової та педагогічної психології, уміння розв’язувати педагогічну задачу та здійснювати самокритичний аналіз, навички виконання відповідних дій, які є компонентом конкретних видів навчально-виховної діяльності” [2].

Питаннями підготовки логопедів до педагогічної діяльності займалася низка дослідників (Л. Волкова, Р. Лалаєва, Р. Левіна, В. Орфінська, О. Правдіна, В. Селіверстов, Т. Філічева, М. Хватцев, Н. Чевельова, Г. Чиркіна, М. Шеремет та ін.).

Мета професійної діяльності вчителя-логопеда - забезпечення організаційної, змістової, методичної складової логопедичного сегменту в єдиному освітньому просторі закладу, поєднання взаємодіючих, що впливають

одне на одне зусиль дорослих з максимального розвитку можливостей дітей, подоланню мовленнєвих порушень, що в них є, профілактики вторинних порушень. Це сприяє досягненню поставленої освітнім закладом мети діяльності, розв'язанню актуальних завдань освіти на сучасному етапі її розвитку.

Як показує аналіз наукових джерел, професійно-педагогічна підготовка вчителя-логопеда в педагогічному вищому навчальному закладі, являє собою складну, багатоаспектну, багатофункціональну діяльність. Структура професійної підготовки складається з мети, змісту, операцій, результату і відповідних компонентів: мотиваційно-цільового, змістового, операційного та результативно-оціночного.

Важливою складовою підготовки майбутнього вчителя є *цільовий компонент*. Мета професійної підготовки майбутнього вчителя-логопеда відповідно до вимог Галузевого стандарту вищої освіти полягає в тому, щоб підготувати такого вчителя, який володіє знаннями в галузі педагогіки, психології, невропатології, логопедії, лінгвістики, медицини, тощо; має значну методичну базу, володіє педагогічною технікою, системою спеціальної логокорекційної роботи; уміє адекватно реагувати на будь-яку педагогічну ситуацію; прагне до творчості [1].

*Змістовий компонент* підготовки вчителя-логопеда включає в себе сукупність професійних знань, умінь та навичок, відображених в Галузевому стандарті вищої освіти [1]. Цей компонент передбачає виявлення в освітньому процесі вищого педагогічного навчального закладу тих видів діяльності студента, які притаманні майбутньому вчителю-логопеду (діагностична; орієнтаційно-прогностична; конструктивно-проектувальна; корекційна; інформаційно-пояснювальна; комунікативно-стимулююча; аналітико-оцінювальна; дослідницько-творча). До них ми включили, також види діяльності вчителя: організаційну; методичну; позашкільну; викладацьку; виховну; управлінську; науково-дослідну; а також самоосвіту та самовиховання вчителя.

*Операційний компонент* підготовки майбутнього вчителя-логопеда представлений у вищих педагогічних навчальних закладах традиційними для вищої освіти методами, формами та засобами навчання. До основних форм організації навчального процесу у вищих навчальних закладах належать лекційні, семінарські, лабораторні і практичні заняття, самостійна робота, професійно-педагогічна практика. Також впроваджуються і нетрадиційні форми: лекція–прес-конференція, семінар “мозковий штурм”, семінар–“круглий стіл”, семінар–ділова гра та інші. Вибір форми організації навчального процесу залежить від навчальної дисципліни, змісту теми, рівня підготовки студентів та викладачів. Обрані форми покликані сприяти забезпеченню найбільш повного розкриття змісту обговорюваної теми, досягненню найбільшої активності студентів.

До найбільш поширених методів навчання студентів відносять наступні групи: інформаційно-розвиваючі (розповідь, пояснення, бесіда, демонстрація

навчального кінофільму, самостійна робота з книгою та інше), проблемно-пошукові (евристична бесіда, навчальна дискусія, пошукова лабораторна робота), методи практичного навчання (аналіз педагогічних ситуацій, розв'язання педагогічних завдань, ділова гра та інше). Вибір методів навчання залежить від ряду умов аналогічних вибору форм організації навчання.

Найбільш розповсюдженими видами засобів навчання є навчально-наочні, вербальні, аудіовізуальні.

*Результативний компонент* професійно-педагогічної підготовки майбутніх вчителів-логопедів передбачає досягнення випускником визначеного рівня оволодіння системою знань теоретичних основ логопедії, педагогіки, психології, вікової фізіології, медичних знань, а також грамотного використання набутих знань у майбутній практичній діяльності.

З основ логопедії майбутній вчитель-логопед повинен знати: причини та механізми мовленнєвих розладів у дітей, підлітків, дорослих; особливості розвитку дітей, що страждають різними мовленнєвими вадами; принципи, методи, прийоми, послідовність, зміст логопедичної роботи при різних мовленнєвих порушеннях.

З основ педагогіки студент повинен знати взаємовідношення та взаємозв'язок різних понять, а також вміти користуватися ними на практиці.

Крім того, студент повинен володіти знаннями основ психології: основні вікові задачі та способи їх вирішення; вікові особливості навчальної діяльності; мотиваційний компонент навчальної діяльності; здібність та обдарованість; способи діагностування та розвитку здібностей. Під час підготовки у студентів формуються визначені уміння: проводити експериментальну роботу з учнями, проводити діагностику учнів та інше.

Майбутній вчитель-логопед повинен також володіти системою методичних знань, умінь та навичок: знати психолого-педагогічні концепції корекційного навчання і використовувати їх як основу в своїй практичній діяльності; знати і вирішувати проблеми наступності; творчо використовувати методичні інновації та ідеї; уміти самостійно скласти програму логокорекційної роботи; вміти методично грамотно проводити заняття, з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дитини.

Проведений аналіз свідчить, що професійно-педагогічна підготовка вчителя-логопеда характеризується сьогодні багатоаспектністю та варіативністю змісту і вимагає пошуку шляхів її вдосконалення з метою забезпечення комплексності, повноти, цілісності знань, формування системного мислення майбутнього педагога, глибокого осмислення професійної діяльності.

### Література

1. Галузевий стандарт вищої освіти: освітньо-професійна програма підготовки бакалавра за спеціальністю 6.010101 "Дошкільне виховання". Кваліфікація 3340 "Вихователь" / Розробники: Артемова Л. В., Машовець М. А., Беленька Г. В., Богініч О. Л., Голота Н. М., Левінець Н. В., Луценко І. О., Сухорукова Г. В. – К.: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2006. – 258 с.
2. Слостенин В.А., Исаев И.Ф., Шиянов Е.Н. Общая педагогика: Учеб. пособ. / Под ред. В.А. Слостенина. - В 2-х ч. – М., 2002. – 276 с.



## **ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП**

Интерес к проблеме ранней диагностики и коррекции речевых нарушений, возросший за последние годы, коснулся и детей, страдающих детским церебральным параличом. Детский церебральный паралич (далее ДЦП) занимает первое место в структуре детской инвалидности по неврологическому профилю. В Украине из 127 000 детей-инвалидов 27 000 страдают ДЦП. Распространенность данной патологии составляет 25 - 27 на 10 000 детского населения [3]. Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными особенностями, значительным своеобразием. Частота речевых нарушений при ДЦП по разным данным составляет от 70 до 80%. По данным Е. Архиповой намечается тенденция к увеличению числа детей со сложной речевой патологией при этом диагнозе [3, с. 23].

У дошкольников с церебральным параличом могут встречаться любые нарушения речи, известные в логопедии. В то же время есть ряд речевых расстройств, которые так же как ДЦП, обусловлены органическим поражением центральной нервной системы и поэтому встречаются особенно часто у этой категории детей. К таким нарушениям относятся дизартрия и алалия, которые представлены разными формами и выражены по-разному.

По данным М. Ипполитовой, у детей с ДЦП отмечается своеобразие общего речевого развития. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны. У большинства детей первые слова появляются лишь к 2-3 годам, фразовая речь — к 3-5 годам. В наиболее тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения [2, с. 48].

Речь является одной из функций, развитие которой происходит благодаря сложному взаимодействию биологических и социальных факторов. Характерное для детей с церебральным параличом нарушение моторно-двигательной сферы часто проявляется в нарушениях артикуляторной функции, являющейся одним из компонентов речи. В процессе филогенеза в коре головного мозга последовательно формируется способность сочетания движений, производящих речевые звуки, слоги, слова и т.п. Следовательно, моторный компонент речи (экспрессивной), является специальным видом практики (артикуляционной), который нарушен в наибольшей степени. В то же время в становлении коммуникативной деятельности решающим фактором является социальный, организация которого позволяет частично управлять процессами компенсации врожденных биологических отклонений в развитии [4, с. 87].

В виду огромного значения первичных этапов онтогенеза речевой деятельности для всего психического, социального и личностного развития

ребенка особенно важным становится раннее начало логопедической работы, которое способствует максимальному использованию компенсаторных возможностей детского организма: пластичности мозга, чувствительности к стимуляции речевого развития, способности к компенсации нарушенных функций. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста, страдающими ДЦП, способствует развитию их артикуляционного аппарата и подготовке его к членораздельному произнесению звуков, что предупреждает формирование грубых нарушений речи, носящих чрезвычайно выраженный характер при ДЦП.

Таким образом, помощь детям с ДЦП, имеющими различные речевые нарушения, является актуальной, чем и вызвана тема нашего исследования: “Особенности звукопроизношения у детей дошкольного возраста с ДЦП”.

Объект нашего исследования - речевое развитие детей дошкольного возраста с ДЦП.

Предмет исследования - особенности речевого развития детей дошкольного возраста с ДЦП, обусловленные сложной структурой дефекта.

Целью исследования является изучение особенностей речевого развития детей дошкольного возраста с ДЦП и определение путей дальнейшей коррекционной работы.

Соответственно поставленной цели нами были определены следующие задачи: 1) изучение теории и практики логопедической работы с детьми с ДЦП, а также состояние проблемы на современном этапе; 2) определение и теоретическое обоснование особенностей логопедической работы с детьми дошкольного возраста с ДЦП; 3. экспериментальная проверка особенностей речевого развития детей дошкольного возраста с ДЦП; 4) разработка методических рекомендаций к логопедической работе с детьми данной категории.

Для решения поставленных задач нами использовались следующие методы: изучение, теоретический анализ и обобщение специальной литературы по теме исследования; анализ анамнестических данных, изучение медико-педагогической документации; логопедическое обследование детей; анализ полученных данных.

Экспериментальное изучение детей с церебральной патологией проводилось в течение полугода на базе поликлиники № 2 г. Луганска, специализированного комплекса “Школа–сад” № 135 для детей с задержкой психического развития и нервно-психическими заболеваниями.

Нами было изучено 19 детей дошкольного возраста, страдающих церебральным параличом. Все эти дети прошли тщательное медицинское обследование (неврологом, ортопедом, врачом лечебной физкультуры, окулистом, врачами функциональной диагностики), а также психолого-педагогическое и логопедическое обследование. На момент обследования детям экспериментальной группы было от 4 до 5 лет.

В ходе психолого-педагогического и логопедического обследования детей с ДЦП были использованы различные методы: изучение медицинской и

педагогической документации детей, сбор и анализ анамнестических данных; беседы с родителями, врачами (неврологом, врачом ЛФК, ортопедом), педагогами-воспитателями, инструкторами ЛФК, а также с самими детьми. В ходе бесед с родителями мы получали сведения о раннем моторном, соматическом, нервно-психическом и доречевом развитии детей на первом году жизни; педагогическое наблюдение в процессе свободной деятельности детей, на специальных занятиях (педагога-воспитателя и инструктора ЛФК), во время режимных моментов, в естественных жизненных ситуациях (во время кормления, одевания и раздевания, умывания); визуальный и тактильный контроль (осмотр и ощупывание мышц артикуляционного аппарата) в покое и в процессе голосовых и речевых реакций.

Эти и другие методы позволили в должной степени оценить состояние двигательной сферы и психо-речевых функций детей.

При изучении анамнестических данных учитывались следующие показатели: течение беременности (без патологии/с патологией: токсикоз I и/или II половины беременности, угроза выкидыша, кровотечение, ушибы плода; инфекционные, эндокринные, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек; психические травмы; употребление алкоголя, курение), течение родов (срок (своевременные, преждевременные, переношенные), длительность родов (затяжные, стремительные), применение родовспоможения: стимуляция, вакуум-экстракция, выдавливание, наложение щипцов; не применялось (самостоятельные роды); кесарево сечение (плановое или экстренное); особенности при рождении: родовая травма, асфиксия (закричал - сразу/после стимуляции), гематома на голове, обвитие пуповиной; оценка по шкале Апгар; вес и рост при рождении).

Таким образом, нами были выявлены наиболее часто встречающиеся факторы, влияющие на возникновение детского церебрального паралича и дальнейших речевых нарушений у детей с церебральной патологией. Наши данные подтверждают выводы разных исследователей об этиологии ДЦП (Л. Бадалян, Л. Журба, Н. Всеволожская и др.).

Результаты констатирующего эксперимента свидетельствуют о необходимости проведения комплексной коррекционной работы, предусматривающей параллельное воздействие на двигательную сферу, познавательную и речевую деятельность. Различные варианты нарушений развития требуют дифференцированного подхода при выборе преимущественных форм коррекционного воздействия в зависимости от преобладания расстройств той или иной функциональной системы.

### Литература

1. Мастюкова Е.М. Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: кн. для логопеда. – М.: Просвещение, 1985. – 192 с.
2. Семенова К.А. Журн. невропатологии и психиатрии. – 1980. - № 10. – С. 1445-1450.
3. Логопедия: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. “Дефектология” / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др. / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Просвещение, 1989. – 528 с.
4. Вернер Д.Б. Реабилитация детей-инвалидов / Б.Д. Вернер. – М.: Palo alto, 1995. - 672 с.

5. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1989. - 77 с.

**Хребтова Н.П.**

Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди

## **ПОРУШЕННЯ ПИСЬМА ЯК ПРИЧИНА ШКІЛЬНИХ ТРУДНОЩІВ ТА ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ**

В останні роки в літературі, присвяченій проблемам молодшого шкільного віку, активно використовується поняття “адаптація до школи”. Адаптація (від лат. *adaptatio* – пристосування) — процес перебудови поведінки і діяльності дитини в умовах нової соціальної ситуації. На відміну від адаптації порушення взаємодії людини з навколишнім середовищем називається дезадаптація.

Шкільна дезадаптація — це утворення у дитини неадекватних механізмів пристосування до школи у вигляді порушень навчальної діяльності та поведінки, поява конфліктних відносин, психогенних захворювань і реакцій, підвищення рівня тривожності, дисгармонії у особистісному розвитку. Вона має форми, пов’язані з психозами, психопатіями, непсихотичними розладами на ґрунті органічного ураження головного мозку, гіперкінетичним синдромом дитячого віку, специфічними затримками розвитку, легкою розумовою відсталістю, дефектами аналізаторних систем. Незважаючи на те, що поняття “шкільна дезадаптація” досить часто зустрічається в літературі із психології та спеціальної педагогіки, багато дослідників відзначають недостатню його розробленість.

Одна із причин виникнення шкільної дезадаптації є несформованість навичок і прийомів навчальної діяльності, що призводить до зниження успішності. Низька успішність у свою чергу викликає у молодшого школяра негативне емоційне ставлення до школи, високу стійку тривожність, підвищену емоційну лабільність, низьку працездатність, рухову розгальмованість. Можливі труднощі спілкування з учителем і однолітками. До симптомів порушення адаптації відносяться також страх за невиконання шкільних завдань; почуття неповноцінності, негативізм; відсутність інтересу до ігор; психосоматичні скарги; агресивні дії; загальна загальмованість, надмірна сором’язливість, плаксивість, депресія.

Причиною виникнення дезадаптації можуть бути особливості самого процесу навчання: насиченість програм, швидкий темп уроку, шкільний режим, велика чисельність дітей в класі, шум на перервах. До неї більш схильні діти фізично ослаблені, повільні в силу особливостей темпераменту, педагогічно занедбані, ті, що мають низький рівень розвитку розумових здібностей. За різними даними, від 10% до 40% дітей відчувають серйозні проблеми, пов’язані

з адаптацією до школи, і з цієї причини потребують спеціальної допомоги. Деадаптованих хлопчиків значно більше, ніж дівчаток, їх співвідношення від 4:1 до 6:1.

Частіше за все шкільні труднощі створюють самі дорослі, що працюють з дітьми. Через незнання і нерозуміння закономірностей розвитку психічних і фізіологічних процесів організму дітей різних вікових періодів вони не тільки не вміють вчасно помітити шкільні проблеми, але й не знають, як допомогти їх подолати. І у педагогів, і у батьків часто спостерігається низька компетентність в питаннях функціонального розвитку і здоров'я дітей.

Проблема шкільних труднощів піднімається в усьому світі. Це дуже серйозна проблема саме тому, що вона і соціальна, і психологічна, і медична, і педагогічна. По відношенню до дітей із шкільними труднощами у англomовній літературі вживають термін *learning disabilities*. Статистика свідчить, що діти цієї категорії у країнах з високим освітнім рівнем за ступенем поширеності займають перше місце (більше 40% від загальної кількості дітей, які мають особливості психофізичного розвитку) у своїх вікових групах [4, с. 21-22]

Отже, до шкільних проблем в першу чергу призводить психофізіологічна і валеологічна некомпетентність дорослих, які впливають на дитину як у школі, так і вдома.

Можливими причинами шкільної неуспішності можуть бути не тільки слабка концентрація уваги; низький рівень розвитку таких пізнавальних здібностей, як сприйняття, мислення, пам'ять, мовлення як усне, так і писемне. Письмо – одна із найважливіших шкільних навичок, своєчасне і правильне формуванні якої надає дитині можливості успішно засвоювати шкільну програму. Останнім часом у початковій школі росте кількість дітей, які мають ті чи інші часткові розлади письма – дисграфію. Дисграфія, навіть у своєму мінімальному прояві – поганого, нечіткого почерку, є виявом несформованості надзвичайно важливих ментальних структур дитини, пов'язаних зі здатністю не тільки до письма, а й до більш значущих (з погляду дорослих) умінь дитини – читати і рахувати.

Наукові уявлення про сутність дисграфії вимагають всебічного міждисциплінарного, інтегративного підходу до вивчення механізмів порушень писемного мовлення і розглядаються у різних аспектах: психологічному, нейропсихологічному і логопедичному, що спрямовані на якісний аналіз проявів порушень письма з одного боку, а з іншого боку на стан тих психічних функцій і операцій, які здійснюють формування цих навичок.

У нейропсихології відповідно до принципу системної будови вищих психічних функцій писемне мовлення розглядається як складна функціональна система, до складу якої входить багато компонентів. У свою чергу ці компоненти спираються на роботу різних ділянок мозку як матеріального субстрату вищих психічних функцій і відіграють свою особливу роль, а недорозвиток будь-якого з них веде до специфічних ускладнень формування всієї функції в цілому.

З нейропсихологічної точки зору (Т. Ахутіна, Є. Золотарьова та ін.) труднощі письма пов'язуються з недостатньою сформованістю вищих психічних функцій, зумовлені незрілістю вторинних та третинних зон кори головного мозку, переважно другого і третього функціонального блоку (за О. Лурія), які беруть участь і в процесі письма.

О. Лурія запропонував структурно-функціональну модель мозку як матеріального субстрату психічної діяльності. Ця модель характеризує найбільш загальні закономірності роботи мозку як єдиного цілого і дозволяє пояснити його інтегративну функцію (Є. Хомська). Відповідно до цієї моделі, весь мозок можна розділити на три структурно-функціональних блоки: а) енергетичний блок; б) блок прийому, переробки та зберігання інформації; в) блок програмування, регуляції і контролю складних форм діяльності. Будь-яка вища психічна функція здійснюється за обов'язкової участі всіх трьох блоків. Кожен блок характеризується особливостями будови, фізіологічними принципами, що лежать в основі його роботи, і тією роллю, яку він відіграє у забезпеченні психічних функцій. Виділення цих функціональних блоків досить умовне [2, с. 23].

*I блок* (енергетичний) — блок регуляції енергетичного тону кори головного мозку, забезпечує її активність, підтримує її у бадьорому стані і не дає їй “дрімати” (підкіркові утворення). Було доведено (І. Павлов, О. Лурія, М. Ліванов), що для нормальної психічної діяльності організм повинен знаходитися в стані бадьорості (іншими словами, кора великих півкуль повинна перебувати в стані тону, тобто мати певний рівень збудження). Тільки в умовах оптимальної бадьорості людина може найкращим чином приймати і переробляти інформацію, викликати в пам'яті потрібні системи зв'язків, програмувати діяльність, здійснювати контроль над нею

Отже, перший блок мозку бере участь у забезпеченні психічної діяльності, в першу чергу в організації уваги, пам'яті, емоційного стану та свідомості в цілому.

*II блок* — блок прийому, переробки та зберігання інформації, яка надходить із зовнішнього середовища: зорова, слухова, шкірно-тактильна або шкірно-кінестетична (задні відділи кори: скронева, тім'яна, потилична області). Забезпечує переробку слухо-мовленнєвої інформації. Це такі операції: розпізнавання фонем; визначення та диференціація лексем; слухо-мовленнєва пам'ять; переробка кінестетичної інформації, що включає диференціацію артикулем; кінестетичний аналіз рухів руки під час письма; переробка зорової інформації, тобто актуалізація зорових образів букв і слів; зорово-моторна координація [1, с. 6].

*III блок* — блок програмування, регуляції і контролю складних форм діяльності (лобні відділи кори). Він пов'язаний з організацією цілеспрямованої, свідомої психічної активності, яка включає у свою структуру мету, мотив, програму дій по досягненню мети, вибір засобів, контроль за виконанням дій, корекцію отриманого результату. Забезпечує регуляцію писемної мовленнєвої

діяльності — планування, реалізацію і контроль у процесі письма, а також моторне (кінетичне) програмування рухів руки під час письма.

Порушення діяльності кожного із перелічених компонентів може викликати труднощі письма, виступаючи ізольовано або в їх поєднанні.

З позицій нейропсихології виділяють різні варіанти труднощів письма (Т. Ахутіна) [1, с. 7].

Порушення діяльності I функціонального блоку (блок регуляції тону кори головного мозку), приводить до труднощів підтримки робочого стану кори, що є однією із поширених причин порушень письма. У цьому випадку у дітей відзначається підвищена стомлюваність, коливання працездатності, яка змінюється протягом уроку, дня, тижня, чверті. Такі діти не одразу включаються в завдання, швидко втомлюються, а тому роблять численні та різноманітні помилки. У цих дітей страждає швидкість письма, вони пишуть повільно, навички письма автоматизуються у них також повільно і з великими труднощами. Під час письма у дітей може підвищуватися тонус м'язів. У процесі письма в залежності від втоми змінюється величина літер, натиск, нахил. Такі прояви порушень письма характерні для дітей із синдромом дефіциту уваги із гіперактивністю (СДУГ).

Аналіз процесу письма у дітей виявляє такі труднощі: складність в орієнтуванні на аркуші у зошиті, в утриманні рядка; постійні коливання нахилу і висоти літер, невідповідність елементів букв за розміром; роздільне написання букв всередині слова; труднощі актуалізації графічного і моторного образу потрібної літери; дзеркальність при написанні букв З, Е, е, с; порушення порядку букв; тенденцію до фонетичного письма; зливе написання слів.

При порушенні функціонування III функціонального блоку у дітей відзначається несформованість довільної регуляції дій (функцій планування і контролю), що проявляється в труднощах утримання довільної уваги, орієнтування в завданні, включення в завдання, переключення з одного завдання на інше, в інертності виконання дій, що становлять структуру письма, в імпульсивності рішень.

Для цього виду дисграфії характерне спрощення програми діяльності і патологічна інертність, що проявляється у таких помилках, як: персеверації (інертне повторення) букв: у чаиці чач (у чаиці чай); за парканом замавкав пес (за парканом загавкав пес); складів, слів, типів завдань; пропуски букв і складів; антиципації (передбачення) букв: із пеплих країв (із теплих країв), контамінації (злипання) слів: укуткудить (у кутку сидить).

Спрощення програм проявляється і в труднощах розподілу уваги між технічною стороною письма і необхідністю враховувати орфографічні правила.

Для корекції дисграфії та компенсації шкільної дезадаптації потрібні сприятливі внутрішні і зовнішні умови (Х. Спіонек) [3, с. 68]:

- *внутрішні умови* (високий рівень розумового розвитку дитини; високий або нормальний рівень розвитку психофізичних функцій, особливо тих, які залучаються до компенсаторних процесів; хороший стан здоров'я і висока

загальна працездатність; збалансованість нервових процесів; нормальний розвиток емоційно-мотиваційної сфери);

- *зовнішні умови* (хороші соціально-економічні умови; нормальний емоційний клімат у родині; високий рівень викладання у школі; доброзичливе відношення вчителя і однокласників).

Отже, порушення писемного мовлення - найпоширеніші мовленнєві вади у дітей молодшого шкільного віку. Розлади письма негативно впливають на весь процес навчання, на шкільну адаптацію дітей, на формування особистості і характер психічного розвитку дитини. Своєчасне виявлення цих порушень надзвичайно важливе для розробки системи логопедичної роботи з корекції дисграфії, яка вимагає високої професійної майстерності логопеда та систематичної роботи протягом тривалого часу, і попередження шкільної дезадаптації у цілому.

### **Література**

1. Лалаева Р. И. Современные аспекты изучения проблемы нарушений письменной речи у детей // Логопед. – 2010. - Пілотний випуск. – С. 2-5.
2. Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. Основы клинической психологии. – СПб.: Питер, 2003. – 480 с.
3. Садовникова И. Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. – М.: Гуманитарный ИЦ “ВЛАДОС”, 1997. – 256 с.
4. Специальная педагогика: Учебн. пособ. / Под ред. Н.М. Назаровой– М.: ИЦ “Академия”, 2004. – 400 с.

**Христова Т.Є., Казаков Є.О., Казакова С.М.**  
Запорізький національний університет

## **ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ 3-5 РОКІВ НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ**

У даній роботі розглядаються питання впливу комплексної фізичної реабілітації, яка проводиться в Центрі соціальної реабілітації дітей-інвалідів м. Мелітополя, при дисплазії суглобів у дітей 3-5 років на поліклінічному етапі.

Актуальність проблеми вродженого вивиху стегна й дисплазії пов'язана, у першу чергу, із частотою зустрічальності даної патології. Вроджений вивих – одна з найчастіших деформацій опорно-рухового апарата. По-друге, вроджений вивих є важким ортопедичним захворюванням, яке часто приводить до інвалідності. Третій аспект – необхідність ранньої діагностики. Тут, як ні при якій іншій ортопедичній патології, прогноз тим більше сприятливий, чим раніше поставлений діагноз і почато лікування. По-четверте, складність і недостатня вивченість даної патології [1].

Незважаючи на те, що захворювання відоме давно, етіологія й патогенез дотепер не вивчені. Це створює умови для безлічі неточностей і помилок у



постановці діагнозу. Часто ставитися діагноз вродженого вивиху стегна там, де є тільки дисплазія [5].

Серед основних факторів ризику виникнення дисплазії тазостегнових суглобів відзначають сімейну (генетичну) схильність, слабкість зв'язок і м'язів, підвищена концентрація материнських естрогенів. При сідничній старанності плода дисплазія зустрічається в співвідношенні кількості дівчинок до хлопчиків і становить 6:1. Більше піддаються ризику діти від перших пологів. Серед дітей, народжених взимку дисплазія трапляється в 5 разів частіше, ніж влітку [3].

Анатомічні, трофічні й функціональні порушення в тазостегновому суглобі без адекватного лікування прогресують із ростом дитини, приводять до важких вторинних структурних змін суглоба, викликають порушення функцій опори й руху, при цьому виникають зміни положення таза, скривлення хребта, розвиток деформуючого остеохондрозу й коксартрозу в підлітків і дорослих з наступною інвалідизацією уже в молодому віці [2].

У зв'язку з усім вищесказаним, метою дослідження з'явилося вивчення впливу лікувальної фізичної культури на реабілітацію хворих дисплазією тазостегнових суглобів 3-5 років на поліклінічному етапі.

У роботі були поставлені наступні завдання: 1) вивчити науково-методичну літературу з теми роботи за останні 10 років; 2) дослідити динаміку розвитку в повному обсязі активних рухів у тазостегнових суглобах, зміцнення м'язів, виробляючих рух, у тазостегнових суглобах (згинання, розгинання, відведення, обертання) під дією комплексної фізичної реабілітації.

Об'єктом нашого дослідження був процес реабілітації дітей з дисплазією тазостегнових суглобів. Предметом дослідження була обрана методика застосування комплексної фізичної реабілітації для дітей з дисплазією тазостегнових суглобів на поліклінічному етапі.

Дослідницька частина роботи проводилася на базі Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів Мелітопольської міської ради Запорізької області. У дослідженні брали участь 20 дітей у віці від 3 до 5 років, що страждають на дисплазію тазостегнових суглобів, без змін з боку серцево-судинної й дихальної систем.

Досліджувані були розділені на дві групи. Перша група – контрольна, включала 10 дітей, одержувала лікування консервативної терапії, прийнятої в сучасній ортопедії. Друга група – експериментальна, включала 10 дітей з вродженою патологією тазостегнових суглобів, у лікуванні яких використовувався запропонований комплекс фізичної реабілітації. У якості критерію ефективності використовувалися клінічні й інструментальні методи оцінки. Отримані дані статистично оброблені з використанням t-критерію Стьюдента.

Для розв'язку поставлених задач проводилося дослідження динаміки амплітуди рухів у тазостегновому суглобі, і клінічних симптомів дисплазії [4].

У результаті проведення дослідження було встановлено, що наявність симптому гіпермобільності тазостегнових складок була відзначена в 50% дітей експериментальної групи. Наприкінці курсу наявність цього симптому

залишилася тільки в 20% досліджуваних, показник покращився на 30%. Симптом асиметрії шкірних складок був відзначений, на початку курсу реабілітації, також в 50%. Наприкінці курсу дослідження показало, що наявність даного симптому залишилося тільки в 10% дітей, показник покращився на 40%. Симптом зісковзування, або, як його ще називають “симптом клацання”, на початку курсу реабілітації був відзначений в 90% досліджуваних, однак наприкінці курсу результати дослідження показали наявність цього симптому тільки в 20%. Цей показник покращився на 70%. Комбінація всіх трьох клінічних симптомів дисплазії на початку дослідження було відзначено в 100%, але наприкінці курсу реабілітації цей показник значно знизився до 40%, тобто результат був відзначений в 60% зі 100% досліджуваних дітей.

Отже, з наведеного можна зробити такі висновки:

1. Аналіз науково-методичної літератури свідчить про збільшення патологічного формування тазостегнових суглобів у дітей ще в утробі матері. Це пов'язано з несприятливим впливом таких факторів, як захворювання матері під час вагітності (66,7%), генетична схильність (44,7%), нефізіологічне положення плода (32,3%), використання медикаментозної стимуляції (50,7%) і акушерських посібників (34,9%) у родах, затяжні пологи (29,3%).
2. Ефективність представленої комплексної фізреабілітаційної програми у відбудовному лікуванні в експериментальній групі підтверджена даними гоніометричних досліджень – в експериментальній групі порівняно з контрольною групою кут відведення стегна збільшився на  $12,5^{\circ}$ , а в контрольній на  $9,8^{\circ}$ .
3. Проведення курсу реабілітації за допомогою запропонованого комплексу сприяло поліпшенню загального фізичного стану дітей, зниженню проявів комбінації клінічних ознак дисплазії тазостегнових суглобів. В експериментальній групі показник комбінації декількох ознак знизився на 60%, а в контрольній на 20%.
4. При своєчасній діагностиці й адекватному лікуванні практично повністю відновлюються анатомо-функціональні співвідношення в тазостегновому суглобі, тобто рання діагностика має вирішальне значення для результату захворювання.
5. Розроблена комплексна програма реабілітації може бути рекомендована для лікування дітей з дисплазією тазостегнових суглобів.

### Література

6. Абальмасова Е.А., Лузина Е.В. Врождённые деформации опорно-двигательного аппарата и причины их происхождения. – Ташкент, 2001. – 301 с.
7. Адрианов В.Л. Раннее выявление, диспансеризация и лечение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Сб. научн. тр. – СПб., 2007. – 188 с.
8. Домарев А.О. Актуальные вопросы консервативного лечения патологического вывиха бедренной кости у детей первого года // Матер. Пироговской научн. конф. – М., 2003. – С. 104-110.
9. Мельник Э.А., Рулла Я.Б. Врождённая дисплазия тазобедренного сустава. Врождённый подвывих и вывих бедра. - К., 2002. – 182 с.

10. Sanders W. Tachdgian M. Pediatric orthopedics. - Philadelphia, London, 2000. – P. 549-553.

## ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

**Александрович Наталія Олексіївна** - аспірант кафедри теорії та методики професійної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Бабаш Анастасія Романівна** - студентка II курсу факультету психології та соціології Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Багмет Вікторія Сергіївна** – магістрант кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Белікова Наталія Олександрівна** - кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації Луцького інституту розвитку людини Університету “Україна”

**Бєляєва Поліна Володимирівна** - старший викладач кафедри фізичної реабілітації Запорізького національного університету (економіко-гуманітарний факультет у м. Мелітополі)

**Бойчук Юрій Дмитрович** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Бредун Тетяна Володимирівна** - стоматолог-ортодонт Бердянської стоматологічної поліклініки

**Варшамова Данієла Руфівна** – аспірант, лабораторія сурдопедагогіки Інституту спеціальної педагогіки НАПН України

**Васильєва Катерина Іванівна** – старший викладач кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Вашенко Олександр Валерійович** - студент навчально-наукового інституту природничих наук Черкаського національного університету імені Б. Хмельницького

**Вербенець Тетяна Павлівна** - старший викладач кафедри природничих дисциплін Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Воронюк Ніна В'ячеславівна** – студентка факультету початкової освіти Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Воропаєва Анна Геннадіївна** – аспірант Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

**Воскобойнікова Галина Леонідівна** – кандидат фармацевтичних наук, доцент, завідувач кафедри основ здоров'я та безпеки життєдіяльності людини Бердянського державного педагогічного університету

**Галій Алла Іванівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Гальченко Дмитро Валерійович** – аспірант кафедри клінічної лабораторної діагностики Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара, сімейний лікар комунального закладу “12 територіальне медичне об'єднання” м. Дніпропетровська

**Гармаш Людмила Сергіївна** - кандидат психологічних наук, доцент кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Гінзбург Валентина Григорівна** - кандидат медичних наук, доцент, начальник Головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації.

**Глухов Іван Геннадійович** – аспірант кафедри педагогіки та психології Херсонського державного університету

**Годун Наталія Іванівна** - старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Голік Ірина Вікторівна** - менеджер “Центр Бізнес Технологій”, голова Правління у Харківському обласному осередку Всеукраїнської громадської організації “Українська асоціація валеологів”

**Головіна Аліна Сергіївна** - студентка I курсу історичного факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Голуб Вікторія Анатоліївна** – магістр біології, м. Харків

**Голуб Володимир Миколайович** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри теорії початкового навчання Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

**Голуб Надія Петрівна** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри корекційної педагогіки та психології Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

**Голуб Наталія Михайлівна** - кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С.Сковороди

**Городинський Сергій Ілліч** - викладач кафедри фізичної культури та спорту факультету фізичної культури і здоров'я людини Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

**Гусева Ганна Михайлівна** – старший викладач кафедри медико-біологічних та валеологічних основ охорони життя та здоров'я Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

**Демінська Лариса Олексіївна** – кандидат педагогічних наук, доцент, проректор з наукової роботи Донецького державного інституту здоров'я, фізичного виховання і спорту

**Демчучена Інна Володимирівна** - викладач кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини Буковинського державного медичного університету

**Денисова Олена Михайлівна** – асистент кафедри фізичної реабілітації Запорізького національного університету

**Дикленко Тетяна Вікторівна** - завідувач бактеріологічною лабораторією Дніпропетровської обласної санітарно-епідеміологічної станції

**Єжова Ольга Олександрівна** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

**Єрічева Тамара Юрївна** - старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Зайченко Ганна Дмитрівна** - аспірант Інституту спеціальної педагогіки НАПН України

**Зінченко Любов Олександрівна** – вчитель-дефектолог вищої категорії, вчитель-методист комунального закладу “Дошкільний навчальний заклад (ясла – садок) № 12 комбінованого типу Харківської міської ради”

**Ібрагімова Севіль Юрївна** – викладач кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини Буковинського державного медичного університету

**Іванова Олена Павлівна** - директор Луганського навчально-реабілітаційного центру № 135

**Івашура Наталія Сергіївна** – президент благодійного фонду допомоги дітям з аутизмом і розладами мови, корекційний педагог (м. Харків)

**Івашура Максим Іванович** - благодійний фонд допомоги дітям з аутизмом і розладами мови, (м. Харків)

**Іонова Олена Миколаївна** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри природничо-математичних наук Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Кабацька Олена Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри валеології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

**Кабусь Наталя Дмитрівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Казаков Євген Олександрович** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Запорізького національного університету (економіко-гуманітарний факультет у м. Мелітополі)

**Казакова Світлана Михайлівна** - кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації Запорізького національного університету (економіко-гуманітарний факультет у м. Мелітополі)

**Калініна Тетяна Станіславівна** – викладач секції психології, спеціальної та інклюзивної освіти КВНЗ “Харківська академія неперервної освіти”

**Калугін Володимир Дмитрович** - доктор технічних наук, професор кафедри спеціальної хімії та хімічної технології Національного університету цивільного захисту України (м. Харків)

**Кебкало Тамара Григорівна** - кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Квітка Наталія Олегівна** – науковий співробітник лабораторії корекційної педагогіки Інституту спеціальної педагогіки НАПН України

**Коваль Валентина Євгенівна** – директор Мереф'янського медичного ліцею Харківської районної ради Харківської області

**Козачек Надія Олексіївна** – старший викладач кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Коміренко Юлія Володимирівна** - студентка Інституту педагогіки та психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка

**Комісова Тетяна Євгенівна** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри СПГ та екології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка

**Коробко Олександр Олександрович** - студент навчально-наукового інституту природничих наук Черкаського національного університету імені Б. Хмельницького

**Коц Віталій Павлович** – кандидат сільськогосподарських наук, доцент кафедри анатомії та фізіології людини Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Коц Сюзанна Миколаївна** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри анатомії та фізіології людини Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Коцур Надія Іванівна** - кандидат історичних наук, професор кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Кравченя Альона Олександрівна** – студентка факультету педагогічної освіти Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Кривич Ірина Пантеліївна** – доктор медичних наук, професор кафедри медико-біологічних та валеологічних основ охорони життя та здоров'я Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

**Кудін Сергій Федорович** – старший викладач кафедри біологічних основ фізичного виховання і спорту Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка

**Кузьмів Валерій Нікіфорович** – кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії і наркології Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України

**Куліш Олена Валеріївна** – асистент кафедри ботаніки і садово-паркового господарства Мелітопольського державного педагогічного університету імені Б. Хмельницького

**Кучеренко Геннадій Васильович** – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри фізичного виховання Національного університету “Одеська юридична академія”

**Линдіна Євгенія Юріївна** - аспірант, асистент кафедри логопедії Бердянського державного педагогічного університету

**Лопатіна Ганна Олександрівна** - аспірант, старший викладач кафедри логопедії Бердянського державного педагогічного університету

**Лук'янова Юлія Сергіївна** - аспірантка кафедри педагогіки та методики професійного навчання Української інженерно-педагогічної академії

**Лящук Ольга Сергіївна** - аспірант Інституту проблем виховання НАПН України

**Макаренко Ірина Володимирівна** - кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології і психологічної корекції ЛНУ імені Тараса Шевченка

**Максимова Юлія Петрівна** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри зоології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Маруненко Ірина Михайлівна** - кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри анатомії і фізіології людини Київського університету імені Бориса Грінченка

**Мельник Юрій Борисович** – викладач кафедри психології Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, голова правління Харківської обласної громадської організації “Культура Здоров'я”

**Міхєєнко Олександр Іванович** - кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

**Міщенко Оксана Анатоліївна** – викладач кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Микитюк Олександр Миколайович** – доктор педагогічних наук, професор, проректор з наукової роботи, завідувач кафедри анатомії та фізіології людини Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Молчанюк Ольга Василівна** - кандидат педагогічних наук, професор кафедри природничих дисциплін Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Мухіна Ольга Юліївна** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри зоології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

**Неведомська Євгенія Олексіївна** - кандидат педагогічних наук, доцент кафедри анатомії і фізіології людини Київського університету імені Бориса Грінченка

**Никифорова Лілія Анатоліївна** – кандидат філософських наук, доцент кафедри українознавства Донецького національного університету економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського

**Нужненко Максим Олександрович** - студент історичного факультету, Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Олайа–Верано Вікторія Володимирівна** – старший викладач кафедри медико–біологічних та валеологічних основ охорони життя та здоров'я Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

**Омері Ірина Дмитрівна** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри анатомії і фізіології людини Київського університету імені Бориса Грінченка

**Онипченко Оксана Ігорівна** - кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки Харківського гуманітарно-педагогічного інституту факультету педагогічної освіти.

**Палієнко Катерина Володимирівна** – старший викладач кафедри медико–біологічних та валеологічних основ охорони життя та здоров'я Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

**Палієнко Ольга Аркадіївна** – старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Пальчик Оксана Олександрівна** - кандидат сільськогосподарських наук, викладач кафедри природничих дисциплін Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Пантус Вікторія Миколаївна** - учитель образотворчого мистецтва та праці Харківського міського реабілітаційного центру “Промінь”;

**Пасько Тетяна Василівна** - викладач кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини Буковинського державного медичного університету

**Пахомова Лідія Валеріївна** - викладач кафедри соціальної педагогіки Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Пашинський Павло Петрович** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри лікувальної фізкультури Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Пащенко Юлія Миколаївна** – студентка I курсу історичного факультету Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Пилипенко Євгенія Олегівна** - аспірантка кафедри педагогіки Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

**Полішко Тетяна Миколаївна** - кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри клінічної лабораторної діагностики Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

**Полушкін Павло Микитович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної лабораторної діагностики Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара

**Потамошнєва Олена Миколаївна** – старший викладач кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Привалова Наталія Миколаївна** - кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу нейропсихокібернетики Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України

**Приходько Людмила Вікторівна** - магістрант Інституту педагогіки та психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка

**Проскурняк Олена Ігорівна** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки Харківської державної академії культури

**Прохоренко Леся Іванівна** - кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник лабораторії інтенсивної педагогічної корекції Інституту спеціальної педагогіки НАПН України (м. Київ)

**Пушкаренко Віта** – студентка IV курсу музично-педагогічного факультету (спеціалізація – сурдопедагогіка) Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Рассказова Ольга Ігорівна** - кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри соціальної педагогіки Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Рассказова Поліна Ігорівна** - студентка III курсу факультету початкової освіти Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Ревуцька Олена Володимирівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри логопедії Бердянського державного педагогічного університету

**Рібцун Юлія Валентинівна** - науковий співробітник лабораторії логопедії Інституту спеціальної педагогіки НАПН України

**Рожко Олексій Миколайович** - студент історичного факультету, Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Рябченко Світлана Володимирівна** - аспірант кафедри екології та охорони природи Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка

**Савонова Оксана Вікторівна** - викладач кафедри біологічних основ фізичного виховання і спорту Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка

**Свєчнікова Олена Миколаївна** – доктор хімічних наук, професор, завідувач кафедри хімії Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Святська Тамара Миколаївна** – кандидат хімічних наук, доцент кафедри хімії Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Середенко Ігор** – магістрант кафедри гімнастики Південноукраїнського педагогічного університету імені К. Д. Ушинського (м. Одеса)

**Сидоренко Ольга Володимирівна** - кандидат технічних наук, доцент кафедри хімії Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди



**Сінопальнікова Наталія Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Сладкова Людмила Михайлівна** - кандидат медичних наук, доцент кафедри мікробіології, вірусології, імунології та епідеміології Дніпропетровської державної медичної академії

**Супрун Дар'я Миколаївна** - викладач кафедри іноземних мов Національної Академії управління МВС (м. Київ)

**Стефанова Катерина** - студентка Інституту педагогіки й психології Луганського національного університету імені Тараса Шевченка

**Страшко Станіслав Васильович** – кандидат біологічних наук, професор, завідувач кафедри медико–біологічних та валеологічних основ охорони життя і здоров'я Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

**Тадаєва Анастасія Вадимівна** - студентка IV курсу факультету педагогічної освіти Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Танцура Людмила Миколаївна** - кандидат медичних наук, доцент, керівник відділу дитячої психоневрології та клінічної нейрогенетики Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України

**Тимошенко Юрій Олександрович** - кандидат історичних наук, доцент, завідувач кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Національного університету фізичного виховання і спорту України (м. Київ)

**Товкун Лідія Павлівна** - старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін і валеології Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди

**Туренко Наталія Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Тютюник Вадим Володимирович** - кандидат технічних наук, старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії моніторингу надзвичайних ситуацій Національного університету цивільного захисту України (м. Харків)

**Хребтова Надія Петрівна** – старший викладач кафедри здоров'я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Христова Тетяна Євгенівна** - кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації Запорізького національного університету (економіко-гуманітарний факультет у м. Мелітополі)

**Чемерис Ольга Леонідівна** - лікар-бактеріолог бактеріологічної лабораторії інфекційної лікарні м. Дніпропетровська

**Чернявська Ірина Володимирівна** – викладач Харківського коледжу Національної фармацевтичної академії України

**Чустрак Анатолій Петрович** – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри гімнастики Південноукраїнського педагогічного університету імені К.Д. Ушинського (м. Одеса)

**Шамардіна Галина Миколаївна** – кандидат педагогічних наук, професор, завідувач кафедри управління фізичною культурою та спортом Запорізького національного технічного університету

**Шуба Людмила Вікторівна** - учитель фізичної культури НВК № 111 “Спеціалізована природно–математична школа – дошкільний навчальний заклад” м. Дніпропетровська

**Щербак Ірина Миколаївна** – викладач кафедри здоров’я людини та корекційної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

**Юрченко Олена Анатоліївна** – заст. директора з навчально-виховної роботи Луганського навчально-реабілітаційного центру № 135

**Юсіфова Наталія Байрамівна** – студентка факультету початкової освіти Харківського гуманітарно-педагогічного інституту

**Якушко Катерина Григорівна** – асистент кафедри англійської мови Національного університету біоресурсів і природокористування України (м. Київ)

ДЛЯ НОТАТОК

Наукове видання

## ПЕДАГОГІКА ЗДОРОВ'Я

Збірник наукових праць  
Всеукраїнської науково-практичної конференції,  
присвяченої Міжнародному Дню здоров'я  
7 квітня 2011 року

Видано в авторській редакції  
Видано за кошти авторів

Відповідальний за випуск Бойчук Ю.Д.

Підписано до друку 11.05.2011. Формат 60×84/16.  
Папір офсетний. Друк ризографічний. Умов.-друк. арк. 21,7.  
Зам. № 0511. Наклад 100 прим. Ціна договірна.

Надруковано з оригінал-макету у типографії ФОП “Петрова І.В.”  
м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137,  
тел. **(057) 778-60-34, e-mail:bookfabrik@rambler.ru**

Свідоцтво про держреєстрацію В00 № 948011 від 03.01.03р.  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру  
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції.  
Серія ХК № 133 від 23.02.05р.