

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО ПЕДАГОГІЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ПАВЛА ТИЧИНИ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ
БУКОВИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, ЛЬВІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА
КЗВО ЛОР «ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»
ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ**

МАТЕРІАЛИ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

«Здоров'я для всіх»

06 квітня 2023 р.

УМАНЬ

УДК 37.037(063)
ББК [74.200.54+74.580.054](я 43)
П78

Головний редактор:

Соколенко Л.С. кандидат педагогічних наук, доцент, професор кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

Редакційна колегія:

Бойко Ю.С. кандидат педагогічних наук, доцент кафедри медико-біологічних основ фізичної культури
Танасійчук Ю.М. доктор філософії, старший викладач кафедри медико-біологічних основ фізичної культури

Відповідальний за випуск:

Танасійчук Ю.М. доктор філософії, старший викладач кафедри медико-біологічних основ фізичної культури

Рекомендовано до друку

Вченою радою факультету фізичного виховання
(протокол №12 від 23 березня 2023 р.)

П - 78 **Здоров'я для всіх:** матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, (Умань, 06 квітня 2023 р.) / [ред.кол.: Соколенко Л.С. (гол. ред.) та інші]. Умань : ВПЦ «Візаві», 2023. – 397с.

До збірника ввійшли матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Здоров'я для всіх», яка відбулася з ініціативи кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини 06 квітня 2023 року.

УДК 37.037(063)

©Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини

ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я	
<i>Людмила Соколенко</i> СТРЕС ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ	7
<i>Марія Лазорко</i> МІКРОЕЛЕМЕНТИ: ЦІННІСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.	15
<i>Юрій Топалов</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СТАРШОКЛАСНИКАМИ ВПРАВ СИЛОВОГО ФІТНЕСУ НА УРОКАХ ФІЗКУЛЬТУРИ ІЗ	24
<i>Томчук Володимир</i> РОЗВИТОК ІГРОВОГО МИСЛЕННЯ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ	28
<i>Дмитро Цимбаляк</i> ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ СТАРШОКЛАСНИКІВ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	30
<i>Владислав Услистий</i> ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ТА ЗАГАРТОВУВАННЯ ЛЮДСЬКОГО ОРГАНІЗМУ	34
<i>Юлія Бойко</i> МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ	37
<i>Анна Щербина</i> ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ І СПОРТОМ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОД	45
<i>Дмитро Стадніцький</i> ЗНАЧЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ ДИТЯЧОГО ОРГАНІЗМУ	50
<i>Юлія Танасійчук</i> ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК КОМПОНЕНТ КУЛЬТУРИ ОСОБИСТОСТІ	54
<i>Yuliia Repchuk, Larysa Sydoruk, Oksana Petrynych, Tetiana Kazantseva, Alina Sokolenko, Semianiv Marianna, Kseniia Vroniuk</i> THE ART OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A METHOD OF HELPING ON THE WAY TO A HEALTHY LIFESTYLE	59
<i>Микола Маєвський</i> ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯК УМОВА ГАРМОНІЙНОГО РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ	63
<i>Ярослав Ізотов</i> ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КОЛОВОГО ТРЕНУВАННЯ В ПРОЦЕСІ ОЗДОРОВЛЕННЯ	65
<i>Дмитро Андрієвський</i> ВИКОРИСТАННЯ МУЗИКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНУВАНЬ СПОРТСМЕНІВ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ЦЬОГО В ШКОЛАХ ТА ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	71
<i>Сергій Пензай</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	76
<i>Ярослав Заставнюк</i> ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ З ФІЗКУЛЬТУРИ СТУДЕНТАМИ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	84
<i>Гінкул Вероніка</i> ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	88
<i>Василь Мунтян</i>	91

СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТА КОМУНІКАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ТА СПОРТІ	
<i>Лариса Сидорчук, Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк</i> ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ, ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ	93
<i>Лариса Сидорчук, Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	98
<i>Ruslan Sydorчук, Oleh Khomko, Larysa Sydorчук, Alina Sokolenko, Valentin Grodetskyi, Petro Kifiak</i> OPTIMIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS IN LEARNING CLINICAL NURSING IN SURGERY UNDER CONDITIONS OF CREDIT-MODULE SYSTEM	103
<i>Руслан Сидорчук, Олег Хомко, Лариса Сидорчук, Аліна Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк</i> ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ "МОЗКОВОГО ШТУРМУ" ПРИ ВИВЧЕННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН	107
<i>Oleh Khomko, Ruslan Sydorчук, Larysa Sydorчук, Alina Sokolenko. Valentin Grodetskyi, Petro Kifiak</i> THE PROBLEM OF ESTIMATION (DIAGNOSTICS) OF THE COMPETENCE OF MEDICAL STUDENTS, INTERNS AND ADVANCED TRAINING COURSE LEARNERS	111
<i>Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Лариса Сидорчук, Аліна Соколенко, Валентин Гродецький, Кифяк Петро</i> ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ У ПРОЦЕСІ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ З ХІРУРГІЇ	115
<i>Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Лариса Сидорчук, Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк</i> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КРОС-КУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	120
<i>Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Лариса Сидорчук, Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк</i> СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ	127
<i>Галина Гончар</i> СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІ НАВЧАЛЬНІ ЗАКЛАДИ	132
<i>Тетяна Верещенко</i> РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ	137
<i>Валентина Гоменюк</i> ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ В ШКОЛІ	140
<i>Гончар Богдана</i> ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я	145
<i>Руслана Запопадна</i> ОСНОВИ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	147
<i>Софія Глух</i> ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ПРИ СКОЛІОЗІ У ДІТЕЙ	149

<i>Сергій Након'юк</i> МЕТОДИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ І ЗДІБНОСТЕЙ	151
<i>Тетяна Осадченко</i> КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я ЯК КЛЮЧОВА КОМПЕТЕНЦІЯ В НОВІЙ УКРАЇНСЬКІЙ ШКОЛІ	158
<i>Ярослава Каракада</i> ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ — ОСНОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	164
<i>Діана Терентюк</i> СУЧАСНІ ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ	167
ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я, ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	
<i>Каріна Жаркова</i> ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ	173
<i>Валентин Пригодюк</i> ОСНОВНІ СКЛАДОВІ ЗДОРОВ'Я ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА	178
<i>Юлія Репчук, Лариса Сидорчук, Оксана Петринич, Аліна Соколенко Семен Білецький, Маріанна Сем'янів Тетяна Казанцева, Ксенія Воронюк</i> ЯКУ РОЛЬ ВІДІГРАЮТЬ МОДИФІКОВАНІ ТА НЕМОДИФІКОВАНІ ПРЕДИКТОРИ У ПРОГРЕСУВАННІ ТА РОЗВИТКУ ЕСЕНЦІЙНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ?	181
<i>Юлія Репчук, Лариса Сидорчук, Семен Білецький, Оксана Петринич, Тетяна Казанцева, Аліна Соколенко, Маріанна Сем'янів, Юлія Яринич, Ксенія Воронюк</i> ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ПОЛІМОРФНІ ВАРІАНТИ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ (AGT, rs699) У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ: ЧИ Є ЗВ'ЯЗОК?	188
<i>Yuliia Repchuk, Larysa Sydorchuk, Oksana, Petrynych, Tetiana Kazantseva, Alina Sokolenko, Semianiv Marianna, Kseniia Vorniuk</i> USING ROLE-PLAYING AS A CONTEMPORARY EDUCATIONAL APPROACH TO TRAINING MEDICAL PROFESSIONALS	192
<i>Yuliia Repchuk, Larysa Sydorchuk, Oksana Petrynych, Tetiana Kazantseva, Alina Sokolenko, Semianiv Marianna, Kseniia Vorniuk</i> THE SPACED INTERVAL REPETITION TECHNIQUE AS AN IMPORTANT COMPONENT OF THE EDUCATIONAL PROCESS	195
<i>Марина Головенко, Леся Мельник</i> ПРОФІЛАКТИКА НАРКОМАНІЇ У ПІДЛІТКІВ	198
<i>Богдан Зелінський</i> ПРИНЦИПИ І СКЛАДОВІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	203
<i>Андрій Лановенко</i> ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК КОНЦЕПЦІЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ	205
<i>Назар Сорокін</i> ПРОФІЛАКТИКА ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК	209
<i>Мазур Іван</i> УМОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ	211
<i>Гаврилюк Богдана</i> ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я, ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	214
<i>Любов Корінчак</i> ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	218

<i>Світлана Козловська</i> ЗМІСТ ПОНЯТТЯ «ЗДОРОВ'Я» У СУЧАСНОМУ ЖИТТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	225
<i>Марія Мельниченко</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНОМУ СВІТІ	232
СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА ЗАГРОЗИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ	
<i>Галина Звір, Ганна Різун, Марія Лазорко</i> НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ COVID-19 У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	236
<i>Kseniia Voroniuk, Larysa Sydorhuk, Oleksandr Hinhuliak, Alina Sokolenko, Yuliia Repchuk, Marianna Semianiv</i> THE RELATIONSHIP BETWEEN ALTERATIONS IN HYPERTROPHIC GEOMETRIC MODELS OF THE LEFT VENTRICLE AND CLINICAL, ANTHROPOMETRIC, METABOLIC-HORMONAL FACTORS, AND MINERAL METABOLISM MARKERS	242
<i>Oleksandr Hinhuliak</i> THE CLINICAL USEFULNESS OF MEASURING CERTAIN BIOMARKERS IN PATIENTS WITH SUBCLINICAL SYMPTOMS OF ATHEROSCLEROSIS	248
<i>Маргарита Андрущак, Ольга Богуцька, Любов Мацюк</i> СИБІРКА ЯК БІОЛОГІЧНА ЗБРОЯ ТА ЗАСІБ МАСОВОГО УРАЖЕННЯ	254
<i>Діана Луну, Максим Соколенко, Олексій Бедик, Вероніка Гродська, Людмила Соколенко, Юлія Дидилюк, Валентина Куницька, Аліна Соколенко, Аліна Пестова, Денис Рошка</i> ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА КЛІНІКИ МАВПЯЧОЇ ВІСПИ	261
<i>Максим Соколенко, Діана Луну, Владислава Анфілофієва, Тарас Бондаренко, Христина Венчур, Максим Довгань, Людмила Соколенко, Вікторія Дубова, Іван Зубарєв, Настя Климчук, Катерина Кордубан, Александра Кулик, Надія Лецишин, Анастасія Мороз, Аліна Соколенко, Кароліна Станкевич</i> СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ МАВПЯЧОЇ ВІСПИ	267
<i>Максим Соколенко, Діана Луну, Людмила Гальченко, Оксана Горбачова, Ангеліна Ковальчук, Людмила Соколенко, Олена Ковтунік, Іванна Кривохижа, Вікторія Кругляк, Аліна Соколенко, Ірина Пархоменко</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ МАВПЯЧОЇ ВІСПИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ	274
ВПЛИВ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	
<i>Максим Постолатій, Даниїл Єфремов</i> ПРИРОДА ЯК ДЖЕРЕЛО ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ І ЇЇ ЗАГАРТОВАНOSTI	283
<i>Єлизавета Сербіна</i> ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	287
<i>Ірина Легка</i> ПОТРЕБИ СУСПІЛЬСТВА У ПРОФЕСІЙНІЙ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	290
СУЧАСНІ ТРЕНДИ ФІТНЕС-ДІЄТОЛОГІЇ	
<i>Лілія Тимошенко</i> СУЧАСНІ ТРЕНДИ ФІТНЕС-ДІЄТОЛОГІЇ	292

ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я

Людмила Соколенко

СТРЕС ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

У наш час, коли в Україні уже більше року йде війна, яка торкнулася і людей, які опинилися в зоні бойових дій або в окупації, і жителів тилу, і переселенців, і тих хто виїхав за кордон, коли темп життя постійно прискорюється з кожним роком все більше і більше, людині важче пристосуватися до умов навколишнього середовища, що змінюються, зберігаючи при цьому емоційну рівновагу. Постійні перевтоми, тривожність, зростання психологічного навантаження, довготривалий стрес виснажують організм, шкодять фізичному стану, можуть стати тригером депресії, посттравматичного синдрому та інших порушень психіки, скоротити тривалість життя. У результаті, такий спосіб життя приводить до виснаження нервової системи.

У своєму житті практично кожна людина відчувала на собі вплив стресу. Сьогодні це слово знають практично всі. Життя повністю позбавлене стресів практично неможливе. Людина може переживати стан стресу і кілька разів на день. Така частота стресових ситуацій не може не відбиватися на фізичному здоров'ї людини, його емоційному стані та поведінці. Тому боротьба зі стресом та його наслідками є необхідною та важливою в такій справі, як підтримка здоров'я та профілактика захворювань.

Розглянемо поняття стресу та його вплив на людину.

На мозок людини безперервно діють різноманітні за кількістю і якістю подразники з внутрішнього і навколишнього середовищ. Виникнення несподіваної та напруженої ситуації призводить до порушення рівноваги між організмом і навколишнім середовищем. Наступає неспецифічна реакція організму у відповідь на цю ситуацію - стрес.

Стрес - стан психічної напруги, що виникає в процесі діяльності в найбільш складних і важких умовах. Життя часом стає суворою і безжалісною школою для людини. Виникаючі на нашому шляху труднощі (від дрібної проблеми до

трагічної ситуації) викликають у нас емоційні реакції негативного типу, що супроводжуються цілою гамою фізіологічних і психологічних зрушень.

Існують різні наукові підходи до розуміння стресу. Найбільш популярною є теорія стресу, запропонована Г. Сельє. У рамках цієї теорії механізм виникнення стресу розглядається в такий спосіб.

Усі біологічні організми мають життєво важливий уроджений механізм підтримки внутрішньої рівноваги і балансу. Сильні зовнішні подразники можуть порушити рівновагу. Організм реагує на це захисно-приспосувальною реакцією підвищеного порушення. За допомогою порушення організм намагається пристосуватися до подразника. Це неспецифічне для організму порушення і є станом стресу.

Якщо подразник не зникає, стрес підсилюється, розвивається, викликаючи в організмі цілий ряд особливих змін - організм намагається захиститися від стресу, попередити його або придушити. Однак можливості організму не безмежні і при сильному стресовому впливі швидко виснажуються, що може привести до захворювання і навіть смерті людини.

Екстремальні ситуації впливають на людину по кілька разів на день, і в принципі стреси потрібні людині, тому що вони підвищують тонус. Однак, якщо вони досягають визначеного критичного рівня, то діють шкідливо на організм і на його активність.

Стрес - це неспецифічна реакція організму у відповідь на несподівану та напружену ситуацію; це фізіологічна реакція, що мобілізує резерви організму і готує його до фізичної активності типу супротиву, боротьби, до втечі. Під час стресу виділяються гормони, змінюється режим роботи багатьох органів і систем (ритм серця, частота пульсу тощо).

Стрессова реакція має різний прояв у різних людей: активна - зростає ефективність діяльності, пасивна - ефективність діяльності різко зменшується. На цьому і побудований психологічний тиск стресом.

Звичайно, у повсякденному житті до цього не доходить, але знизити працездатність і сприйнятливість людини можна запросто. А зробити це можна по-різному. Відомо, що в кожній людині існує вроджене почуття небезпеки. А значить, якщо впливати на людину голосним звуком, раптовим падінням, предметом, що швидко наближається, яскравим спалахом світла, або навіть, несподіваним дотиком, можна порушити сприйняття і зменшити його чутливість.

Наприклад, при сильному шумовому впливі (120 децибел і вище) можуть з'являтися головні болі, порушуватися рухи, людина буде не здатною аналізувати ситуацію і приймати рішення. У свою чергу мало інтенсивні звуки, створювані СВЧ-генераторами, можуть приводити до куди більш серйозних наслідків. Практично не сприймані нашим слухом, вони можуть входити в резонанс із коливаннями внутрішніх органів людини і навіть приводити до серйозних патологічних змін в організмі. Якщо ж інтенсивність інфразвуку менше коливань людського мозку, то виникає панічний страх, губиться почуття контролю за ситуацією, зникає самовладання.

Під впливом стресу в організмі відбувається розпад білків, зменшується кількість вітамінів А, Е, С. Людина, що переживає стрес, виглядає змарнілою, старшою за свій біологічний вік. В організмі відбувається «окислювальний стрес». Саме тому лікарі радять вживати антиоксидантні полівітамінні комплекси.

Дієтологи стверджують, що люди, які снідають регулярно, більш стійкі до стресів. Але чашка кави і бутерброд – не сніданок! Яблука, вівсянка, чай з ромашки – саме те, що треба. Не подобається – тоді гречка з молоком, два горіхи, напій з шипшини. Знов не до вподоби? Вибирайте салат з моркви та яблук, мюслі та зелений чай. І це не влаштовує? Оберіть свій варіант, але обов'язково включіть до нього свіжі овочі та фрукти, гарячу кашу, трав'яний або зелений чай.

Стрес має фізіологічні, психологічні, особистісні і медичні ознаки. Крім того, будь-який стрес обов'язково включає емоційну напругу. Фізіологічними ознаками можуть бути: хекання, частий пульс, почервоніння або збліднення шкіри особи, збільшення адреналіну в крові, потіння.

До психологічних ознак можна віднести: зміну динаміки психічних функцій, найчастіше уповільнення розумових операцій, розсіювання уваги, ослаблення функції пам'яті, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішення.

До особистісних ознак: повне придушення волі, зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищена суб'єктивність, страх, тривожність, невмотивоване занепокоєння.

До медичних ознак: підвищена нервозність, наявність істеричних реакцій, непритомності, афекти, головні болі, безсоння.

Зштовхнувшись з екстремальною ситуацією (або сприйнявши її такою), людина відчуває різкий ріст емоційної напруги. Вона боїться, що не справиться з цією ситуацією, що остання нанесе їй збиток. У результаті, в людини з'являється стан тривоги. Емоційне порушення росте і починає заважати виконанню тієї діяльності, якою людина зайнята. Діяльність дезорганізується: з'являються помилки, збільшується час виконання окремих дій, порушується процес планування й оцінки діяльності. Усе це викликає негативні емоції, додає занепокоєння, викликає непевність у своїх силах, знижує самооцінку. Як наслідок, росте стан напруги, що приводить до ще великих помилок і дефектів діяльності. Виходить замкнуте коло «утягування» людини в стрес.

Наше життя складається з нескінченного ланцюжка хвилювань:

- Свідомість зіштовхується з якоюсь проблемою;
- Свідомість бореться, щоб розв'язати цю проблему.

Якщо ми не можемо розв'язати проблему, або робимо це не так, як хотілося б, виникає розпач. Намагаючись перебороти його, ми нерідко робимо помилки. Дуже розповсюджена помилка полягає в тім, що ми додаємо занадто багато

зусиль для рішення незначної проблеми й у результаті викликаємо мимовільне збільшення емоційної напруги.

Друга часта помилка - зосередження на відсутність успіху, остраху помилки. Плідним є запам'ятовування своїх досягнень, а не невдач. Не так багато людей, для яких виправдується приказка «на помилках вчаться». Для більшості вона звучить по-іншому: «на помилках заробляють комплекси неповноцінності». Не можна будувати життя на невдачах. Буде набагато краще, якщо ви станете концентруватися на своїх досягненнях, не боятись любити і хвалити себе - цього багато не буває.

Як можна подолати стрес?

Ще раз повернемося до визначення поняття стрес. У перекладі з англійської мови слово «стрес» означає «натиск, тиск, напругу». А енциклопедичний словник дає наступне тлумачення стресу: «Сукупність захисних фізіологічних реакцій, що виникають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів)».

Першим же дав визначення стресу канадський фізіолог Ганс Сельє. Відповідно до його визначення, стрес - це усе, що веде до швидкого старіння організму або викликає хвороби. Стрес — це перенапруга, яка викликається подразником, на який у людини не було до цього моменту необхідної адекватної реакції. Однак така реакція необхідна для подолання відповідної проблеми. Стрес — це необхідність мобілізації сил організму для продовження самого життя. [3, 12]

Виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини — оцінки нею ситуації, зіставлення своїх сил і особливостей з тим, що вимагається. Будь-яка несподіванка, що порушує звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресором (фактор, що викликає стан стресу). При цьому не мають значення зміст самої ситуації та міра її об'єктивної загрози. Важливим є саме суб'єктивне ставлення до неї.

Виникає питання, як людський організм може протистояти стресові і керувати їм?

У психології стресу найчастіше виділяється дві групи стресорів — фізіологічні та психологічні. Фізіологічні — це несприятливі умови, що впливають на життєдіяльність людини (температура, хімічні, механічні впливи тощо). Психологічні — це фактори, що люди самі оцінюють як шкідливі для себе. Психологічні стресори поділяються на інформаційні та емоційні. Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційного перенавантаження або інформаційного вакууму. Емоційний в ситуаціях загрози, небезпеки, гніву, образи. [1, 26]

Не можна пов'язувати стрес тільки з негативними подіями. Напруга може виникати і у випадку позитивних, але різких неочікуваних змін.

Взагалі у стресу виділяють дві форми: продуктивну (еустрес) та негативну (дистрес). Коли людина переборює проблему і накопичує необхідний для майбутнього досвід, то говорять про еустрес. В протилежних випадках виникає дистрес, що порушує поведінку і є джерелом розладів та хвороб. [2, 10] Тобто можна вивести схему: стресор ^ стрес ^ здорове пристосування чи негативні наслідки. Між стресором та стресом міститься індивідуальна оцінка події — хтось може сприйняти певну подію як неприємну, хтось як приємну або як нейтральну. Крім того, між стресом і його наслідками важливою ланкою є подолання стресу — те, як індивід справляється зі стресом. Не кожен у стані стресу поводить себе однаково — одні можуть захворіти, для інших стрес буде навіть приємним викликом. [3, 70]

Для психічного та фізичного здоров'я людини, її щастя важливим є уміння долати стреси. Подолання — це мінливі психічні та поведінкові зусилля, якими людина відповідає на вимоги, що висуваються стресом. Подолання — це не якась одна стратегія, яка вживається за будь-яких обставин, у будь-який час. Люди долають стрес по-різному. Ефективна відповідь на стрес, яка веде до адаптації — це вживання такої стратегії взаємодії зі стресором, яка значно

знижує переживання стресу. Неможливо повністю уникнути стресу. Окрім того, стрес сам по собі не обов'язково щось погане. Певний обсяг чи рівень стресів в нашому житті є природним. Стрес часто є природним наслідком того, що ми живемо в реальному світі. Лише застосування неефективних способів боротьби зі стресами може виснажувати, приносити нещастя.

Неефективні способи подолання стресу — це ті, що протягом тривалого часу не приводять до зниження рівня стресу. Коли не відбувається зниження стресового стану, то людина фіксується («зациклюється»), продовжує реагувати однаково на той самий стресор. Фіксування рідко буває адекватною реакцією на стрес. Але це не означає, що треба негайно змінювати спосіб реагування. Якщо вам не пощастило, спробуйте ще і ще раз, але не занадто довго. В якийсь момент людина повинна бути готова відступити, відмовитися від старої послідовності дій і спробувати щось інше.

Різновидом фіксування є відкладання «на потім». Приклад: підготувати і здати через певний час курсову роботу. Замість того, щоб писати, людина починає відкладати цю роботу. Якщо вона залишає собі все менше часу на її підготовку, то тим самим збільшує вірогідність сильнішого стресу.

Якщо людина не змінює свою поведінку або зовсім нічого не робить, то виникає одна з двох поширених реакцій на стрес: агресія або депресія.

До успішних та ефективних способів подолання стресу відносяться наступні:

- активна взаємодія зі стресором або вплив на саму проблему;
- зміна погляду на проблему, зміна ставлення до неї або інша інтерпретація проблеми;
- приймання проблеми і зменшення фізичного ефекту від стресу;
- комплексні способи, що поєднують у собі все перераховане вище.

Якщо звернемося до схеми стресу, то перша група діє зі стресором, друга — з інтерпретацією стресу, третя має справу з фізичним ефектом від стресу. [3, 161]

Різновидами активної взаємодії зі стресором є: 1) активний вплив на проблему (можна реалізувати наступним чином: визначити проблему, дізнатися якомога більше про проблему, прийняти програму дій, зосередитись на роботі з проблемою); 2) усунення причин стресу шляхом вдосконалення поведінкових навичок (комунікативні навички, впевнена поведінка, прийоми протидії психологічному тиску); 3) ефективне цілепокладання (алгоритм постановки життєвих цілей: позитивне формулювання, принципова досяжність, максимальна конкретність, мета максимально залежить від нас, прийнятна ціна, визначення необхідних ресурсів).

До другої групи входять наступні способи: 1) раціональна психотерапія (ефективна в комплексі з іншими способами, коли загальний рівень збудження знижено до прийняттого рівня); 2) способи зміни погляду на проблему (переоцінка (не так все погано), соціальне порівняння (мені краще, ніж іншим), уникання (це не проблема), гумор (це смішно)); 3) дисоціювання від стресу (зміна масштабу подій; зміна не просторового, а часового масштабу; зміна характеристик нашого сприймання навколишнього світу); 4) специфічні прийоми (вміння правильно розпоряджатися часом; уникання зайвих помилок; поступове наближення до поставленої мети; вміння змусити час працювати на нас).

До методів приймання проблеми і зменшення фізичного ефекту від породжуваного нею стресу належать: 1) фізичні методи (вплив високими або низькими температурами, світлом різного спектрального складу та інтенсивності, гідропроцедури, свіже повітря та вода); 2) фізіологічні методи (масаж, акупунктура, фізичні вправи та прояви, м'язова релаксація, дихальні техніки, йога); 3) біохімічні (фармакологічні препарати, лікарські рослини, аромотерапія); 4) психологічні методи (аутогенне тренування, НЛП, медитація, афірмація, біологічний зворотний зв'язок). [1, 270]

До комплексних способів подолання стресу відносяться: допомога іншим, віра в Бога, зміна способу життя, наближаючи його до здорового та зрівноваженого.

Висновок. Стрес можна розуміти як мобілізацію всіх життєвих сил на надмірне ускладнення ситуації. Стрес небезпечний, але з ним можна і треба боротися. Бо він необхідний як школа виживання, а це досвід для майбутнього. Саме завдяки ньому ми пристосовуємось до різних умов. Варто пам'ятати, що стрес не повинен переважати можливості організму до адаптації та набирати ролі патогенного чинника. Для протидії негативним наслідкам стресу розроблено багато прийомів, серед яких можна знайти ті, що підійдуть кожному! Вибір способу протидії стресу залежить як від особистості так і ситуації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойченко Т.Є. Валеологія в системі національної освіти: специфіка системи, перспективи / Т.Є. Бойченко // Валеологія – наука про здоровий спосіб життя. – К. : Знання України, 1996. – С. 250-270.

2. Горащук В.П. Теоретичні підходи до формування культури здоров'я школярів / В.П.Горащук // Зб. Наук. Праць Бердянського державного педагогічного інституту ім. П.Д.Осипенко (Педагогічні науки) : у 2-х ч. – Ч.2. – Бердянськ, 2002. – С.128-136.

3. Поташнюк І.В. Професійна валеологічна підготовка майбутніх біологів у вищих закладах освіти III-IV рівнів акредитації: автореф. Дис.. на здобуття ступеня канд.. пед.. наук: спец.:13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». – Луцьк, 2000. – 185с.

Марія Лазорко

МІКРОЕЛЕМЕНТИ: ЦІННІСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.

Ми всі свідомі того, що здоров'я дітей та молоді - найважливіше та найцінніше в житті. Одним із завдань сучасної біологічної освіти є сприяння формуванню особистості із свідомою мотивацією здорового способу життя, яка

розуміє його як найвищу цінність. Виховання здорового покоління – невід'ємна складова навчально-виховного процесу.

Одним із ефективних шляхів до міцного здоров'я вважають здоровий спосіб життя. Поняття здоров'я об'єднує багато аспектів: культуру харчування, екологію, гігієну, запобігання шкідливим звичкам та ін. Найбільше впливає на стан здоров'я людини її спосіб життя, важливим чинником якого є харчування. Їжа може виступати в ролі лікувального фактора і в той же час може бути причиною багатьох захворювань. Важливо допомогти дитині, підлітку забезпечити гармонійний розвиток, міцне здоров'я за допомогою харчування. Учні мають розуміти, що між харчуванням та здоров'ям існує зв'язок, і саме вони приймають рішення щодо свого раціону. А значить мають навчитися брати відповідальність за своє здоров'я, робити правильний вибір продуктів. Адже від того, що, коли і як ми їмо, залежить наше здоров'я, самопочуття, ріст і розвиток, працездатність.

Серед компонентів харчування важливу роль займають мікроелементи. Вони є структурним матеріалом для нормального формування м'язової, кісткової, нервової тканин, беруть участь в кровотворенні, травленні, синтезі гормонів і т. д.[5, 21].

Для того, щоб зберегти і зміцнити здоров'я, важливо забезпечити організм дитини чи підлітка всіма необхідними, біологічно важливими речовинами, в тому числі мікроелементами. А для цього треба ретельно стежити за своїм харчуванням. Адже саме з продуктів ми отримуємо майже всі елементи, що потрібні для нормального функціонування організму [8].

В організмі людини хімічні елементи знаходяться у різній кількості. Крім того, вміст сполуки може певним чином варіювати залежно від стану навколишнього середовища, раціону харчування, умов праці конкретної людини. Тому була запропонована класифікація, яка ґрунтується на біологічній ролі елемента та широко використовується у фізіології, біохімії та нутриціології. Згідно з нею мінеральні елементи розподіляються на:

- життєво необхідні (біогенні, есенціальні елементи);
- вірогідно (умовно) необхідні (умовно есенціальні елементи);
- елементи з мало вивченою або невідомою роллю [7; 4, 49].

Мікроелементи (МЕ) - це хімічні елементи, що містяться у тканинах людей та тварин в дуже малих кількостях (уміст не перевищує 0,001% від маси тіла, а концентрація у тканинах – не більше 0,000001%). Це елементи, концентрація яких в організмі невисока. Але навіть така незначна кількість має велике значення для роботи таких систем: імунної, ендокринної, нервової, серцево-судинної та ін.

Сучасна класифікація мікроелементів виглядає так:

за життєвою необхідністю:

- 1) есенціальні — Fe, I, Cu, Zn, Co, Cr, Mo, Se, Mn;
- 2) умовно-есенціальні — As, B, Br, F, Li, Ni, V, Si;
- 3) токсичні — Al, Cd, Pb, Hg, Be, Ba, Vi, Tl;
- 4) потенційно токсичні — Ge, Au, In, Rb, Ag, Ti, Ti, U, W, Sn, Zr;

за імуномодулювальним ефектом:

- 1) необхідні (есенціальні) для імунної системи — Fe, I;
- 2) Cu, Zn, Co, Cr, Mo, Se, Mn, Li;
- 3) імунотоксичні: Al, As, B, Ni, Cd, Pb, Hg, Be, Vi, Tl, Ge, Au;
- 4) Sn та ін. [11].

Перша група – есенціальні (життєво-необхідні) МЕ. Це незамінні мікронутрієнти, які потребує наш організм для забезпечення процесів нормальної життєдіяльності. До них відносять залізо, мідь, йод, цинк, селен, хром, марганець, кобальт, молібден. Дефіцит або відсутність цих МЕ порушує процес росту та розвитку органів і тканин.

Друга група – умовно-есенціальні : ванадій, миш'як, нікель, фтор, літій, силіцій, бор і бром.

До третьої групи належать токсичні МЕ : алюміній, кадмій, плумбум, ртуть, берилій, барій, талій, вісмут.

Четверта група – потенційно токсичні: германій, рубідій, аурум, індій, титан, аргентум, олово, уран, цирконій, вольфрам. Роль цих елементів вивчена недостатньо [10].

Причинами нестачі біологічних елементів найчастіше бувають:

- неправильне, незбалансоване або нерегулярне харчування;
- погана якість питної води;
- несприятливі умови середовища, пов'язані з кліматичними та екологічними умовами;
- велика втрата крові при надзвичайній ситуації;
- застосування лікарських засобів, що сприяють виведенню елементів з організму.

Залізо – стимулятор діяльності органів кровотворення. Функція: входить до складу більшості ферментів і гемоглобіну, забезпечує транспорт кисню та вуглекислого газу, формування еритроцитів, регулює кровообіг.

Джерело заліза – м'ясні субпродукти (яловича і свиняча печінка, нирки, серце), м'ясо тварин і птиці, боби, горох, овочі, зелень, горіхи, гречана, вівсяна і перлова крупи, яйця, зернові. Для засвоєння заліза повинні бути певні умови: присутність вітаміну С, янтарної, лимонної кислот, фруктози. А це означає, щоб цього важливого елемента організмі було достатньо, разом з м'ясними продуктами потрібно обов'язково вживати овочі, фрукти, ягоди [3, 23-25; 4,52].

Цинк – стимулятор ендокринної та ферментативної системи. Функція: стимулює процеси скорочення м'язів, кровообіг, відповідає за нормальне функціонування виличкової залози, входить до складу інсуліну, сприяє загоєнню ран. Від цинку безпосередньо залежить краса і здоров'я шкіри, нігтів і волосся [3, 31]. Цинк необхідний для підтримки шкіри у нормальному стані, росту волосся і нігтів, а також при загоєнні ран, оскільки відіграє важливу роль у синтезі білків. Цинк укріплює імунну систему

організму і має детоксикуючу дію - сприяє видаленню з організму двоокису вуглецю [2, 86].

Джерело цинку: насіння гарбуза та соняшника, морепродукти, зерна пророслої пшениці, висівки, дещо менше в дріжджах, печінці, яйцях, горіхах, квасолі. [3, 32]. Для кращого засвоєння цинку організмом необхідні вітаміни А і В6.

Дефіцит цинку в людини супроводжується зниженням маси лімфоїдної тканини (тимус, лімфовузли, селезінка, мигдалики), зниженням загальної кількості лейкоцитів, відносної та абсолютної кількості Т-лімфоцитів, їх функціональною недостатністю [9, 50].

Йод – є найважливішим елементом для щитовидної залози, яка забезпечує нормальну роботу м'язової, нервової, імунної систем організму та для синтезу вітаміну А.

Джерело: йодована кухонна сіль, морепродукти, зелені овочі, чорноплідна горобина, фейхоа, квасоля в стручках. [1, 87; 3, 26-28].

Зобогенні продукти – продукти, які мають підвищену здатність виводити з організму йод. Це – редиска соя, капуста, кріп, гірчиця, соняшник, турнепс. Отож, якщо споживаєте ці продукти то поєднуйте їх з продуктами, насиченими йодом, - морською рибою, морськими водоростями, салатами, гречкою, ріпою, часником, спаржею, квасолею[3, 27-28; 4,52].

Селен – загадковий елемент природи.

Функція: селен справляє на організм антигістамінну, антиалергенну, антитератогенну, антиканцерогенну, радіопротекторну, детоксикаційну й інші дії. Він є складовою антиокиснювальних систем організму і запобігає накопиченню в його тканинах надлишків вільних радикалів. Мікроелемент гальмує старіння організму, підтримує еластичність тканин, бере участь у детоксикації солей важких металів (кадмію, ртуті, арсену, свинцю, нікелю), хлорорганічних сполук, елементного фосфору та інсуліну. Він благотворно

впливає на імунну систему, захищаючи від онкозахворювань, інфекцій, впливає на роботу серця і кровоносних судин. [3, 35]. Сполуки мікроелемента підвищують світлочутливість сітківки ока, стимулюють активність неспецифічних чинників імунітету.

Джерело селену: кукурудза молода, часник, хрін, гриби, помідори, зерна злаків. Багаті на селен пивні дріжджі, морська сіль, риба (оселедець), яйця, печінка, серце, нирки. Селен міститься тільки в «живій» їжі. В природі існує багато «ворогів» селену. Це – цукор, солодоші, газовані напої, кондитерські вироби, консерви. [3, 35-37].

При недостатності селену знижується бактерицидна здатність нейтрофілів унаслідок зниження активності селен умісної глутатіонпероксидази. Недостатність цього ж ферменту призводить до руйнування самих нейтрофілів внаслідок накопичення вільних радикалів [9, 51].

Мідь – кровотворний елемент, другий після заліза. Функція – синтез гемоглобіну, вивільнення енергії з жирів і вуглеводів, утворення кісток. Мідь бере участь у процесах кровообігу і дихання; відіграє важливу роль у процесах перетворення заліза, яке надходить з їжею, в органічно зв'язану форму, стимулює дозрівання ретикулоцитів та перетворення їх на еритроцити, сприяє переносу заліза до кісткового мозку. Мідь є життєво важливим елементом, який входить до складу багатьох вітамінів, гормонів, ферментів, дихальних пігментів, мієлінових оболонок, бере участь у процесах обміну речовин, у тканинному диханні. Мідь має велике значення для підтримки нормальної структури кісток, хрящів, сухожиль (колаген), еластичності стінок кровоносних судин, легеневих альвеол, шкіри (еластин). Цей біоелемент підвищує стійкість організму до деяких інфекцій, зв'язує мікробні токсини і підсилює дію антибіотиків. Мідь має виражену протизапальну властивість, пом'якшує прояви аутоімунних захворювань, сприяє засвоєнню заліза. [6, 90].

Джерело: горіхи, сирий жовток яйця, печінка, сочевиця, петрушка, житній хліб, пивні дріжджі, твердий сир, кисломолочні продукти. [3, 29]. Також багато міді у морських продуктах, бобах, капусті, картоплі, кропиві, кукурудзі, моркві, шпинаті, яблуках.

Надмірне надходження міді в організм може викликати гостру або хронічну інтоксикацію. Гостра токсична дія міді виявляється масивним гемолізом, нирковою недостатністю, гастроентеритом. Хронічна інтоксикація міддю та її солями супроводжується функціональними розладами нервової системи, ураженнями нирок, печінки, зубів, ШКТ, шкіри. Описані випадки отруєння міддю в разі вживання кислих продуктів, які зберігалися в мідній тарі, а також при вживанні води за експлуатації мідних водостічних систем [6, 91; 4,52].

Кремній – вартовий молодості.

Функція: відповідає за роботу лейкоцитів, еластичність тканин, сприяє зміцненню судин і шкірного покриву, бере участь у підтримці імунітету і знижує можливість зараження різними інфекціями. Впливає на роботу серця, стан зубів, кісток, волосся, нігті, бере участь у побудові скелету. Кремній у вигляді різних сполук входить до складу більшості тканин, впливає на обмін ліпідів, на утворення колагену і кісткової тканини. Особливо важлива роль кремнію як структурного елемента сполучної тканини. [2, 80].

Джерело: капуста, селера, морква, петрушка, висівки, житній хліб, насіння соняшника, морські водорості, м'ясо [3, 35].

Марганець – пильний тілоохоронець.

Функція: активізує ферменти крові тканин, знижує рівень холестерину, стимулює окисні процеси в організмі, підвищує імунітет, захищає від токсинів. сприяє засвоєнню деяких вітамінів - тіаміну, піридоксину, токоферолу [3, 33].

Елемент необхідний для нормального росту, підтримання репродуктивної функції, нормального метаболізму сполучної тканини. Він також бере участь у регуляції вуглеводного і ліпідного обмінів, стимулює біосинтез холестерину.

Джерело: зернові, бобові та горіхи, кава та чай; незначна кількість його у м'ясі, рибі, морепродуктах, молочних výroбах, яйцях.

Хром бере участь в обміні речовин, впливає на засвоєння клітинами організму білків вуглеводів, холестерину, активує процеси, пов'язані з передачею спадкової інформації [3, 25].

Джерело: теляча печінка, яйця, паростки пшениці, крупи, бобові, житній хліб, кукурудзяна олія.

Висновок. Останнім часом стиль харчування дітей і підлітків в Україні дещо змінився. Причинами таких змін є збіднення ґрунтів і, відповідно, зменшення вітамінів і мікроелементів у плодах, що на них зростають, вплив дієт, проблема дефіциту вітамінів і мінералів у раціоні. Особливо вразливими категоріями залишаються діти перших років життя, оскільки саме в цей період відбуваються процеси дозрівання органів і тканин організму, а також підлітки, більшість яких мають спотворену харчову поведінку і порушення режиму харчування.

Таким чином, на сучасному етапі в дітей та підлітків часто спостерігається дефіцит мікроелементів, який викликає зміни стану імунітету, веде до патологічних змін в організмі. Недостатність мікроелементів веде до порушення водного балансу, обміну речовин, підвищення або зниження тиску, уповільнення хімічних процесів. Всі структурні зміни всередині клітин призводять до загального зниження імунітету, появи різних захворювань. Це призводить до погіршення функціонування організму, уповільнення розумового і фізичного розвитку, що особливо небезпечно в дитячому віці.

Однією із вагомих ланок покращення стану здоров'я дітей, їх імунологічної реактивності є збалансованість харчування, забезпечення організму дитини есенціальними мікроелементами. Таким чином, надзвичайно важливо стежити за раціоном харчування, способом життя. Потрібно знати, які продукти багаті елементами, корисними для підтримки всіх

функціонально важливих процесів організму. Важливо говорити з підлітками, батьками про необхідність в раціоні корисних продуктів, потрібних для здоров'я і нормального функціонування організму, формувати культуру харчування. Адже здоров'я дітей – один із головних чинників процвітання нації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гончаренко М. С. Валеологія в схемах: Навчальний посібник. Харків «Бурун Книга», 2005. 208 с.
2. Макро- та мікроелементи (обмін, патологія та методи визначення): монографія / М.В. Погорелов, В.І. Бумейстер, Г.Ф. Ткач, С.Д. Бончев, В.З. Сікора, Л.Ф. Суходуб, С.М. Данильченко, – Суми: Вид-во СумДУ, 2010. 147 с.
3. Семенюк А. Культура харчування. Львів Каменярь, 2001. 47 с.
4. Хімія харчування/Упоряд. Каретникова О., Мальченко – К.: Ред. Загальнопед. газ., 2005.128 с.
5. Шпотюк О. Й. Проблема харчування і здоров'я. Матеріал до курсу біології. – Х.: Вид. група «Основа», 2011. 110 с.
6. Горобець А. О. Вітаміни і мікроелементи як специфічні регулятори фізіологічних та метаболічних процесів в організмі дітей та підлітків. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна. Ukrainian journal Perinatology and Pediatrics 4 (80) 2019 С. 75-92. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2020/02/13.pdf> (дата звернення: 14.03.23.)
7. Значення мікроелементозів і змін умісту окремих мікроелементів для клінічної практики. URL: <https://health-ua.com/article/15795-znachennya-mkroelementozv--zmn-umstu-okremih-mkroelementv-dlya-klchno-prak> (дата звернення: 14.03.23.)
8. Макро і мікроелементи в організмі людини. Що це таке, та їх значення. URL: <https://healthday.in.ua/harchuvannya/vitamini-ta->

[minerali/makro-i-mikroelementy-v-orhanizmi-liudyny](#) (дата звернення: 14.03.23.)

9. Марушко Ю.В. Мікроелементи та стан імунітету у дітей. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ. «Актуальна інфектологія», 2013. № 1 (1) . С. 49 – 52. URL: <file:///C:/Users/HP/Desktop/mikroelementi-ta-stan-imunitetu-v-ditey.pdf>(дата звернення: 16.03.23.)

10. Вміст і баланс мікроелементів в органах осіб молодого віку (експериментальне дослідження). Суми, 2014. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/36631/1/mag_gyla.pdf;jsessionid=5E20E3CFFF677AD3DE115BB14DBB815E (дата звернення: 12.03.23.)

11. Фармацевтична енциклопедія. Мікроелементи. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/1466/mikroelementi>(дата звернення: 11.03.23.)

Юрій Топалов

Науковий керівник: Сергій Ящук

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СТАРШОКЛАСНИКАМИ ВПРАВ СИЛОВОГО ФІТНЕСУ НА УРОКАХ ФІЗКУЛЬТУРИ

Заняття силовим фітнесом стимулюють обмін речовин, покращують роботу серцево-судинної та дихальної систем, виробляють силу, витривалість, спритність, формують гармонійну статуру. Ефективність засобів і методів силового фітнесу у силовій та фізичній підготовці юнаків представлена у низці досліджень, у своїй підкреслюється, що це багатство рухових проявів людини має силову основу, а самі силові вправи (вправи з обтяженнями) залишають найбільш виражені ефекти у організмі.

Вправи з обтяженнями з рівним успіхом можна застосовувати під час урочної, позаурочної та позакласної роботи. Але при цьому необхідно ретельно дослідити питання, пов'язані із застосуванням засобів силового фітнесу у різних формах занять фізичними вправами, враховуючи вікові та індивідуальні особливості школярів.

Аналіз літературних джерел з проблеми дослідження показав, що

«силовий фітнес» – це система різнобічних силових вправ, спрямованих на розвиток сили, формування пропорційної постаті і зміцнення здоров'я. Смолевський В.М., Івлієв Б.К. відзначають його спрямованість на зміцнення здоров'я, загальнофізичну підготовку, зміну статури, формування фігури, розвиток рухової працездатності та функціональних систем організму. Вежев Б.М. вказує на залучення до рухової активності, формування навичок здорового способу життя, підвищення рівня фізичного стану, забезпечення високої працездатності, розвиток сили та статури. Таким чином, застосування вправ силового фітнесу сприяють підвищенню працездатності, зміцненню здоров'я, розвитку силових якостей, формуванню статури та активному відпочинку. Силовий фітнес відноситься до силових видів рухової активності, що є найпопулярнішими серед юнаків. Все це підтверджує можливість та необхідність його використання на уроках фізкультури зі старшокласниками.

Учні старшого шкільного віку – це діти віком від 16 до 18 років, які навчаються у 10–11 класах. До кінця цього періоду школяр досягає того ступеня фізичної та духовної зрілості, яка достатня для самостійного життя. У цьому віці спостерігаються значні збільшення в силі, відбувається інтенсивний приріст у розвитку витривалості.

Методика проведення уроків фізкультури наближається до методики занять із дорослими, посилюється їхня тренувальна спрямованість з використанням високих навантажень. Основною передумовою розробки методики занять атлетичною гімнастикою зі старшокласниками є відомості про силомиць як основну фізичну якість людини. Засобами виховання сили є вправи із підвищеним опором – силові вправи.

Залежно від природи опору силові вправи діляться на 2 групи:

1. Вправи із зовнішнім опором. Як зовнішній опір зазвичай використовують: вага предметів, опір партнера, опір пружних предметів, опір довкілля.

2. Вправи з обтяженням вагою свого тіла. Застосовуються вправи, у яких

обтяження вагою власного тіла доповнюється вагою зовнішніх предметів.

Поряд із наведеною класифікацією силових вправ потрібно враховувати поділ їх за ступенем вибіркової впливу (загального та щодо локального), а також за режимом функціонування м'язів – статичні (ізометричні) та динамічні, власне силові та швидко-силові, що долають та поступаються.

Величину обтяження при вихованні сили можна дозувати за такими критеріями: у відсотках до максимальної ваги, по різниці від максимальної ваги (наприклад, на 10 кг менше за граничну вагу), за кількістю можливих повторень вправи в одному підході (вага, яку можна підняти максимум 10 разів і т.п.).

Нижче представлені вправи силового фітнесу, які можна застосовувати під час уроків фізичної культури, навіть за умови відсутності традиційно застосовуваних обтяжень:

1. Віджимання на широких брусах, власною вагою та з додатковим обтяженням.
2. Підтягування на перекладині широким хватом за голову (розвиває ширину торса).
3. Лежачи стегнами впоперек високої лави, обличчям вниз, ступні закріплені, руки за головою, нахили та випрямлення тулуба до положення паралельно до підлоги.
4. Присідання зі штангою (партнером) на плечах.
5. Почергові випади вперед однією ногою, штанга (партнер) на плечах.
6. Підтягування на перекладині хватом знизу, обтяження кріпиться до пояса спереду (хват від вузького до широкого).
7. Віджимання на брусах з обтяженням на поясі.
8. Віджимання на брусах зворотним хватом.
9. Віджимання руками за спиною (або в упорі ззаду), ноги знаходяться вище рівня опори рук.
10. Підйоми на шкарпетки стоячи.
11. Підйом тулуба на похилій лаві.

12. Підйом тулуба до піднятих верхів і зігнутих у колінах ніг.

13. Підйом прямих (зігнутих) ніг на похилій лаві, у висі на перекладині. Ці вправи можна варіювати, включаючи в урок кілька вправ окремі м'язові групи, наприклад: Вправи для грудних м'язів – віджимання на широких брусах власною вагою, два підходи по 8 – 10 раз. Час відпочинку приблизно – 1-2 хвилини. Вправи для м'язів спини – підтягування на перекладині широким хватом за голову (проробляє рельєф м'язів та покращуючи його), чотири підходи по 6–8 разів. Вправи для розвитку черевного преса – підйом тулуба (кут 30 градусів), лежачи на похилій лаві або на підлозі стопи закріплені, застосовується для верхньої частини прямого м'яза, три підходи (назовні); підйом ніг, лежачи на похилій лаві, застосовується для нижньої частини прямого м'яза, три підходи (вцент). Вправи для м'язів ніг – присідання зі штангою (партнером) на плечах; підйоми на шкарпетки у положенні стоячи. Основний засіб силового фітнесу – вправи з обтяженнями, які вважають найбільш ефективними при вихованні сили. В якості обтяжень використовуються: штанга, диски, гирі, гантелі, вага власного тіла та вага партнера, застосовуються також еспандери, гумові джгути та блокові тренажерні комплекси.

Силовий фітнес – це система гімнастичних вправ, спрямованих на розвиток силових якостей і здібностей та поєднує силове тренування з різнобічною фізичною підготовкою, гармонійним розвитком і зміцненням здоров'я загалом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Раєвський Р.Т., Ареф'єв В.Г., Зубалій М.Д. та ін. Концепція національної системи ФВ дітей , учнівської молоді і студентської молоді України \ Початкова школа. 1994. - No8. - С. 50-54.

2. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. 2 частина, 2 розділ. Тернопіль, 2002р.

3. Програма для загальноосвітніх навчальних закладів. Основи

здоров'я і фізичної культури, 1-11 класи. Київ. Початкова школа, 2001р.

4. Воробей Г.В. Фізичне виховання молодших школярів. - Ів.-Франківськ, 1993.

С.144

Томчук Володимир

Науковий керівник: Сергій Ящук

РОЗВИТОК ІГРОВОГО МИСЛЕННЯ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ

Однією з проблем фізичного виховання школярів є проблема формування у них ігрового мислення, а точніше – вміння миттєво розібратися в безперервно мінливих ситуаціях в ігрових видах спорту та прийняти найкраще, несподіване для суперника рішення. Основна характеристика мислення у спортивних іграх – наочний, образний характер.

Ігрове мислення – це оперативний і доцільний перебіг розумових процесів учнів, спортсменів, передбаченні у знаходженні найбільш раціональних шляхів боротьби з противником. Воно проявляється в експрес-оцінці ігрової ситуації, виборі правильного рішення та його своєчасної реалізації. Таке мислення розвивається за допомогою ігрових вправ, що моделюють різні за складністю ситуації, а також у навчально-тренувальних іграх. Ефективність ігрової діяльності учнів, спортсменів залежить і від уваги; його обсягу, інтенсивності, стійкості, розподілу та перемикання. Тому всі ігри, у тому числі й комп'ютерні, які розвивають увагу, є корисними для розвитку ігрового мислення. Головна особливість сучасних ігрових видів спорту – це збільшення швидкості та підвищення щільності гри, що вимагає від учнів або спортсмена як високої фізичної підготовки, так й психічної. Поряд із збільшенням фізичних навантажень необхідно розвивати мозкову діяльність.

Успішна ігрова діяльність виходить з фізичної, тактичної, технічної, психологічної підготовки; стійкості до впливів довкілля; рівня ігрового мислення; інтуїтивного зв'язку з членами команди (передчуття і передбачення, вміння діяти на випередження, вміння читати міміку, навколишнє оточення, рухи тіла, погляд); ступеня стійкості до втоми зорової сенсорної системи.

Розвиток цих якостей підвищує рівень ігрового та інших видів мислення.

Під час гри учні постійно перебувають у складних ігрових умовах. Оперативне мислення як специфічний процес побудови нових схем дій в умовах дефіциту часу, швидко і безперервно мінливих ситуацій та їх невизначеності, наявності конфліктних факторів та свідомості високої відповідальності за чинність, що є важливим компонентом діяльності гравця.

Важливим методом розвитку ігрового мислення є послідовне, поетапне формування з класу в клас у учнів різних навичок на спеціальних теоретичних і практичних заняттях. Тому в початковій школі необхідно звертати увагу на індивідуальні та групові дії гравців, проводити навчальні ігри з поясненням тих чи інших дій гравця. Розвивати вміння грати у команді.

У середній та старшій школі головним методом розвитку ігрового мислення є аналіз. Мислення розвивається при аналізі ігрових ситуацій та матчів, при вирішенні стандартних та нестандартних завдань у навчальній грі, на навчальному макеті, в ігрових вправах з вибором раціонального варіанту.

При розвитку ігрового мислення застосовувалися такі види тактик:

- придушення – дії, що мають на меті створити чи використовувати перевагу над противником;
- маневрування – пересування з метою створення сприятливої ситуації для виконання технічних дій та вирішення тактичних завдань;
- маскування – дія, що вводять противника в оману і викликають реакції у відповідь (загроза, виклик). Наприклад, виклик має на меті змусити противника провести атаку, розтягнути гравців по полю та створити умови для контратаки. При навчанні тактичним процесам виділялися три основні фази: сприйняття та аналіз змагальної ситуації; уявне вирішення тактичної задачі; рухове вирішення тактичного завдання.

Вчитель повинен моделювати окремі тактичні прийоми та цілісні форми тактики гри. Залежно від класу ці вправи застосовують у полегшених умовах; у ускладнених умовах; в умовах максимально наближених до змагань.

Проведене дослідження показало ефективність розробленої методики

розвитку ігрового мислення в учнів. Головним засобом розвитку ігрового мислення залишаються фізичні вправи, а тренінги, комп'ютерні ігри, завдання розвитку розумових операцій, таких як аналіз, узагальнення, порівняння, прийняття рішення істотно покращують розвиток ігрового мислення. Необхідно враховувати всі можливості учнів, їх особистісні, фізичні особливості, схильність до тих чи інших тактичних рішень, рівень розвитку психічних якостей. Полегшує розвиток ігрового мислення реалізація принципу наступності – з початку в полегшених умовах, потім – в ускладнених умовах і в умовах максимально наближених до змагань і змагання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Шаповаленко В. І. Інтеграція інноваційних елементів та інтерактивних технологій в освітній процес фізичного виховання. На Урок. URL : <https://naurok.com.ua/integraciya-innovacijnih-elementiv-ta-interaktivnih-tehnologiy-v-osvitniy-proces-fizichnogo-vihovannya-46473.html> (дата перегляду 17.11.21).
2. Нова українська школа : [сайт]. URL : <https://nus.org.ua>.
3. Підгурська В. Ю. Використання навчальних тренінгів у професійній підготовці майбутніх учителів початкових класів. Система підготовки майбутніх фахівців у контексті становлення Нової української школи : монографія / за заг. редакцією В. Є. Литнєва, Н. Є. Колесник, Т. В. Завязун. Житомир : Вид. О. О. Євенок, 2019. С. 54 – 70.

Дмитро Цимбалюк

Науковий керівник: Сергій Яшук

ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ СТАРШОКЛАСНИКІВ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Проблема формування морально-вольових якостей учнів у процесі фізичного виховання має особливе значення. Особливо це стосується старшого шкільного віку, тому що юнацький вік – це період становлення світогляду,

переконань, характеру і життєвого самовизначення. Юність – це час самоствердження, бурхливого зростання самосвідомості, активного усвідомлення майбутнього, час пошуків та надій.

Досить часто проблема формування морально-вольових якостей розглядалася як додатковий чинник. Головним вважалося формування рухових умінь та навичок, розвиток фізичних якостей, але визначальним, на нашу думку, має бути єдність морального та фізичного виховання.

Проблема формування морально-вольових якостей має історичний аспект. Наприклад, філософ Сократ надавав великого значення фізичному вихованню та моральному вдосконаленню. Він зазначав у фізичних вправах красу і силу тіла, але віддавав пріоритет вихованню моралі. Стародавній філософ Аристотель підкреслював необхідність всебічного фізичного, розумового та морального виховання – тобто гармонійного розвитку сильного тіла, розвитку природних нахилів та розумну гідну поведінку.

Вчені вважають, що основою формування морально-вольових якостей особистості є поняття «воля». Термін «воля» визначається як усвідомлене управління людиною своїми вчинками та діями, своєю діяльністю та поведінкою. У процесі фізичного виховання вольову поведінку ми спостерігаємо у різних формах, наприклад, коли учень застосовує максимум вольових зусиль задля досягнення мети. Морально-вольові якості вчені визначають як поєднання вроджених та набутих антропометричних, морфологічних, психологічних, фізіологічних та біологічних особливостей особистості учня, які впливають на успішність його діяльності.

Одним із основних підходів у вирішенні проблеми формування морально-вольових якостей учнів є особистісно-орієнтований підхід. Особливістю цього підходу на уроках фізичної культури є спрямоване та свідоме використання фізичних вправ для формування морально-вольових якостей.

Воля учнів старшого шкільного віку у процесі фізичного виховання проявляється у морально-вольових якостях і має функції. Вчені виділяють від

10 до 34 вольових якостей особистості. Для процесу фізичного виховання вважається за доцільне розглядати до 20 таких якостей, які умовно можна розділити на моральні та вольові. Серед моральних компонентів, що формуються у процесі фізичного виховання, дослідники виділяють взаємодопомогу, чесність, працьовитість, справедливість, відповідальність, дисциплінованість, чуйність, ощадливість, старанність, турботливість, ввічливість, активність, чесність. Серед вольових компонентів, що формуються у процесі фізичного виховання на першому місці перебуває цілеспрямованість, яка сприймається як свідомо спрямованість особистості досягнення мети. Також виділяють сміливість, рішучість, стійкість, завзятість, наполегливість, самостійність, ініціативність, впевненість у собі, витримку та самовладання.

Відповідно, дослідники виділяють такі критерії оцінки рівня сформованості даних якостей:

1. Мотиваційний критерій. Показники: провідні морально-вольові якості; інтереси та мотиви до занять фізичними вправами; рівень теоретичних знань; моральні принципи та дисциплінованість.

2. Психофізичний критерій. Показники: швидкість і сила психічних процесів під час уроків; виявлення рівня здатності до вольового зусилля; Збалансованість та рухливість нервової системи в моторних реакціях.

3. Афективний критерій. Показники: вольова організація особистості у процесі ФВ та формування моральних якостей; самовладання, самоорганізація у складних ситуаціях; регулювання поведінки; визначення за спеціальною методикою інтегральної морально-вольової якості «сила волі».

4. Діяльнісний критерій. Показники: швидкісний характер рухової діяльності, темпу, ритму, дотримання техніки фізичних вправ на фоні втоми; узгодженість рівня морально-вольових якостей з рівнем фізичних якостей; стабільність прояву морально-вольових якостей.

З зазначених критеріїв вчені виділяють три рівня сформованості морально-вольових якостей учнів: високий, достатній, низький. Морально-

вольові якості формуються з урахуванням формування характеру старшокласників. Характер, на думку вчених, – це сукупність суттєвих особливостей особистості, що визначають ставлення людини до оточуючих.

Морально-вольові якості особистості стають рисами характеру лише тоді, коли вони систематично проявляються у різних ситуаціях. Серед таких рис найбільше значення у житті мають рішучість, стійкість, дисциплінованість, ініціативність та цілеспрямованість.

Одним із шляхів формування морально-вольових якостей на уроках є застосування нетрадиційних видів спорту. Найбільшого значення, на думку вчених, мають силовий фітнес, аеробіка, пілатес, стретчинг. Наприклад, аеробні вправи тренують емоційну сферу, позитивно впливають психологічний баланс особистості. Аеробна активність дозволяє учневі контролювати реакції збудження, вміти справлятися з великими навантаженнями, формувати витримку, енергійність, наполегливість та позитивну самооцінку. Велике значення для фізичного вдосконалення та духовного збагачення мають спортивно-масові заходи патріотичної спрямованості.

Основою потенційних можливостей уроків фізичної культури є активність учнів старших класів, яка стимулює їх розвиток та формує морально-вольові якості особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артюшенко А. О. Вольові якості школярів і методики їх оцінки / А. О. Артюшенко // Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фізичного виховання і спорту. – 2001. – № 18. – С. 31–35.
2. Бех І. Д. Виховання особистості / І.Д. Бех. – К. : Либідь, 2003. – 280 с.
3. Головченко О. Формування особистісних якостей підлітків під час занять фізичною культурою / О. Головченко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – №3. – С. 148–153.
4. Кожевнікова Л. Мотиваційні фактори до фізкультурно-оздоровчих

занять учнів молодших класів / Л. Кожевнікова // Молода спортивна наука України. – 2006. – Вип. 10. – Т. 4. – С. 110–114.

5. Прокопова Л. І. Формування мотивації дітей шкільного віку до занять фізкультурно-спортивною діяльністю / Л. І. Прокопова // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України : матеріали VI Всеукраїнської наук.-практ. конф. – Суми : СПУ. – 2006. – С. 108–113.

Владислав Услистий

Науковий керівник: Юлія Бойко

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ТА ЗАГАРТОВУВАННЯ ЛЮДСЬКОГО ОРГАНІЗМУ

На сьогоднішній день стало зрозуміло, що медицина не завжди може впоратися з такою кількістю різних патологій, тому інтерес до здорового способу життя привертає все більш пильну увагу. Оскільки спосіб життя в забезпеченні здоров'я є вирішальним, то першочергова роль у збереженні й формуванні здоров'я належить самій людині, її способу життя, її цінностям, установкам, ступеню гармонізації внутрішнього світу й ставленню до оточення. Здоров'я людини на 50-70% залежить від способу життя, а у поняття «здоровий спосіб життя» входить і загартовування як фактор підвищення опірності організму різним хворобам та є надзвичайно актуальним у зв'язку з ростом числа захворювань.

Видатні науковці медицини й освіти, такі як Н.І. Пірогов, В.М. Бехтерев, Є.А. Покровський, В.Шишкіна, В.В. Гориневський та інші, у своїх роботах розглядали необхідність загартовування. Їхні дослідження і наукові праці лежать в основі сучасних уявлень про фізичні впливи процедур, що гартують, на організм. Які у сполученні з фізичними вправами при дотриманні гігієнічних умов і раціонального режиму загартовування складає єдиний процес фізичного виховання [1, с. 15-20].

Загартовування – чудовий і доступний засіб профілактики захворювань і зміцнення здоров'я. В основі його покладено тренування термоадаптаційних

механізмів, в цьому і полягає актуальність процесу загартування. Вплив загартування полягає не тільки в тому, що підвищується опірність організму захворюванням, насамперед простудних, але і в тому, що відбувається загальнозміцнювальний вплив на організм, підвищується тонус нервової системи, поліпшується кровообіг, нормалізується обмін речовин, поліпшується діяльність серця, легенів та інших органів. І як наслідок усього цього – підвищується загальна витривалість і працездатність людини [3, с. 21]

Загартована людина – це та людина, що свідомо привчила себе переносити холод, спеку й інші несприятливі природні умови та розвинула відповідну здатність власного організму успішно протистояти чим умовам.

Існують традиційні і нетрадиційні загартовувальні процедури, які значно підвищують оздоровчий ефект. Серед традиційних способів виділяють загартування водою, повітрям, повітряні ванни, загартування сонцем тощо. До нетрадиційних загартовувальних заходів належать методи екстремальних впливів: обливання холодною водою, ходіння босоніж по снігу, холодний душ, сон у спальних мішках на веранді, сольові кімнати, ходіння босоніж по вологих килимках, просочених розчином морської солі, йоду, відварами трав, полоскання горла холодною водою з додаванням різноманітних трав тощо [2, с. 16-20].

Способів загартовування досить багато. Найпростіше – це використання легкого одягу (надміру теплий одяг перешкоджає нормальному розвитку терморегуляції і порушує обмінні процеси, знижуючи тим опірність до інфекцій), щоденне застосування повітряних або водних процедур, прогулянки на свіжому повітрі в будь-яку погоду. Все це входить в «мінімум» загартовування.

Головне ж полягає в тому, що загартовування прийнятне для будь-якої людини, тобто їм можуть займатися люди будь-якого віку незалежно від ступеня фізичного розвитку. Але для ефективності процесу загартовування треба дотримуватись правил:

- 1) Точне дозування загартовуючих факторів, кожний температурний вплив повинен відповідати індивідуальним особливостям людини. Чим холодніше повітря або вода, сильніший вітер, тим менша тривалість процедури.
- 2) Систематичність дій. Стійкий ефект загартовування настає тільки в результаті тренування організму. Навіть за хвороби або поганого самопочуття не треба припиняти процедур. У випадку ж припинення процедур загартовування слід починати із самого початку.
- 3) Поступове збільшення загартовуючих факторів. Кожне зниження температури має підкріплюватися протягом деякого часу, щоб організм зміг пристосуватися до них.
- 4) Індивідуальність підбору загартовуючих факторів з урахуванням віку, стану здоров'я, нервової системи.
- 5) Комплексне сполучення всіх загартовуючих факторів (сонця, повітря й води, тепла й холоду).
- 6) Урахування індивідуальних особливостей, стану здоров'я й емоційної реакції на процедуру [4, с.57-58].

Цілковитих протипоказань до загартовування немає. Кожна людина повинна загартовуватися все життя. Важливо тільки правильно дозувати гартувальні процедури, особливо в початковому періоді. Його варто починати із самого раннього дитинства і продовжувати протягом усього життя видозмінюючи форми і методи його застосування, в залежності від віку.

Отже, можна з впевненістю сказати, що загартовування є невід'ємним атрибутом здорового способу життя. Воно дозволяє уникнути багатьох захворювань, продовжити життя на довгі роки, зберегти високу працездатність. Тому кожна людина повинна загартовувати свій організм, але при цьому зважати на свої індивідуальні особливості. Адже здоров'я людини в першу чергу залежить від неї самої.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гаращенко Л. Методики загартування в умовах дитсадка // Дошкільне виховання. – 2010. – № 3. – С. 16-20
2. Лисенко О.М. Фізкультурно-оздоровчі заходи в режимі дня / О.М. Лисенко // Фізичне виховання в школах України. – 2008. – №3. – С. 21-23
3. Омельченко Л.П. Здоров'ятворча педагогіка / Л.П. Омельченко, О.В. Омельченко. – Х.: Вид. група Основа, 2008. – 205 с.

Юлія Бойко

МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ

Актуальною проблемою сьогодення є збереження здоров'я дітей, формування у них світогляду, спрямованого на його збереження, оволодіння навичками здорового способу життя та безпечної поведінки, створення умов для гармонійного розвитку душі і тіла. Здоров'я -- найбільша цінність не лише окремої людини, а й усього суспільства. Тому одним із провідних напрямів розвитку освіти в Україні є збереження здоров'я дітей, що визначає ступінь їх життєздатності, життєтворчості, можливості реалізувати свої потенційні біологічні та соціальні функції.

Серед пріоритетних напрямів, визначених Національною доктриною розвитку освіти, є «пропаганда здорового способу життя, стимулювання у молоді прагнення до здорового способу життя».

Завданням кожного начального закладу має бути забезпечення здорового способу життя всього шкільного колективу, завдяки створенню здоров'язбережувального середовища.

Рівень розвитку і особливості психіки впливають на темп роботи учня на уроці. А якщо врахувати стан здоров'я та навіть сьогоденній настрій, то різниця в швидкості і якості роботи учня є значною. Уроки мають захоплювати дітей, актуалізувати у них мотиваційні процеси, навчати самостійності у мисленні і діях. Сила впливу на учнів у великій мірі залежить від умінь, стилю

та роботи вчителя. Розглянемо різні моделі навчання. Моделі являють собою найбільш глибокий рівень педагогічної практики і забезпечують філософську орієнтацію навчання. Їх використовують з метою підбору й систематизації стратегій навчання, тобто методів, умінь (навичок) і виділення тих, що мають пріоритетне значення для певного учбового моменту.

У межах однієї моделі можуть використовуватися декілька стратегій навчання. Стратегії визначають підхід, який може застосовувати учитель. (Рис. 1)



Методи навчання, які використовує учитель, точно визначають характер видів діяльності, якими будуть займатися учитель і учень протягом уроку. Деякі методи часто пов'язані з певними стратегіями, інші застосовуються у межах цілого ряду стратегій.

Навчальні уміння (навички) містять технічні прийоми (опитування, обговорення, вміщення вказівок, пояснення і показ тощо), а також такі види діяльності, як планування, систематизація, зосередження на матеріалі і управління. Розглянемо різні види навчання:

1. Пряме навчання (дедуктивне):

- вчитель провадить заняття;
- це ефективна стратегія для подання інформації; для розвитку поступових навичок для учнів старших класів.
- Непряме навчання:

- вчитель сприяє засвоєнню інформації, допомагає в навчанні;
- учні — учасники процесу навчання;
- розбуджує творчість і розвиток взаємних навичок і умінь.

2. Навчання, засноване на досвіді (індуктивне):

- зосередження на учнях;
- підкреслюється власне процес навчання;
- складається з 5 ступенів:
- процес взаємодія;
- обмін інформацією (власні дослідження, особисті спостереження, зауваження);
- аналіз інформації;
- формулювання висновків;
- активне користування отриманою інформацією (учні виявляють більше зацікавленості, коли вони є активними учасниками).

3. Незалежне навчання надає наступне:

- розбуджує розвиток ініціативи, особистих здібностей;
- Сприяє плануванню учнями навчального процесу під наглядом учителя (учні планують, що вони мають вивчити, а вчителі, коли потрібно, подають пораду).

4. Взаємодіюче навчання:

- Допомагає зосереджуватися на дискусіях і ділення інформації учнями (учасниками груп);
- Дозволяє створювати різні види угруповань;
- учні вивчають тему, отримуючи інформацію від однолітків.

Останнім часом значно розширилися знання про те, що означає дійове викладання і навчання, а знання про стилі останніх дало змогу зрозуміти, що складає найкращу практику у задоволенні особистих потреб. Навчання є двобічним процесом. Щоб бути успішними, учні мають брати активну участь у

вирішенні завдань, які є досяжними, корисними, суттєвими і такими, що вимагають уваги.

Якщо вчитель послідовно викладає матеріал, вживаючи свій навчальний стиль, якому надає перевагу, може виявитися, що потреби багатьох учнів, не відповідають стилеві учителя та залишаються незадоволеними. Щоб задовольнити потреби певної групи учнів важливо, щоб учитель використовував різноманітні навчальні підходи у викладанні.

Як і будь-яка інша професійна діяльність, викладання вимагає розвинених умінь. Викладання, як і медична практика, великою мірою — мистецтво; що потребує таланту і творчості. Але, як і медицина, воно також є або повинно бути наукою, тому що охоплює репертуар технічних прийомів, методики проведення занять і умінь (навичок), які можна систематично вивчати і описувати, і, таким чином, передавати і поліпшувати. Чудовий вчитель, як і чудовий лікар, — це той, хто додає творчості і натхнення до цього основного репертуару.

Науковцями доведено, що з того, що ми вивчаємо, приблизно засвоюється (запам'ятовується):

10 % того, що читаємо;

20 % того, що чуємо;

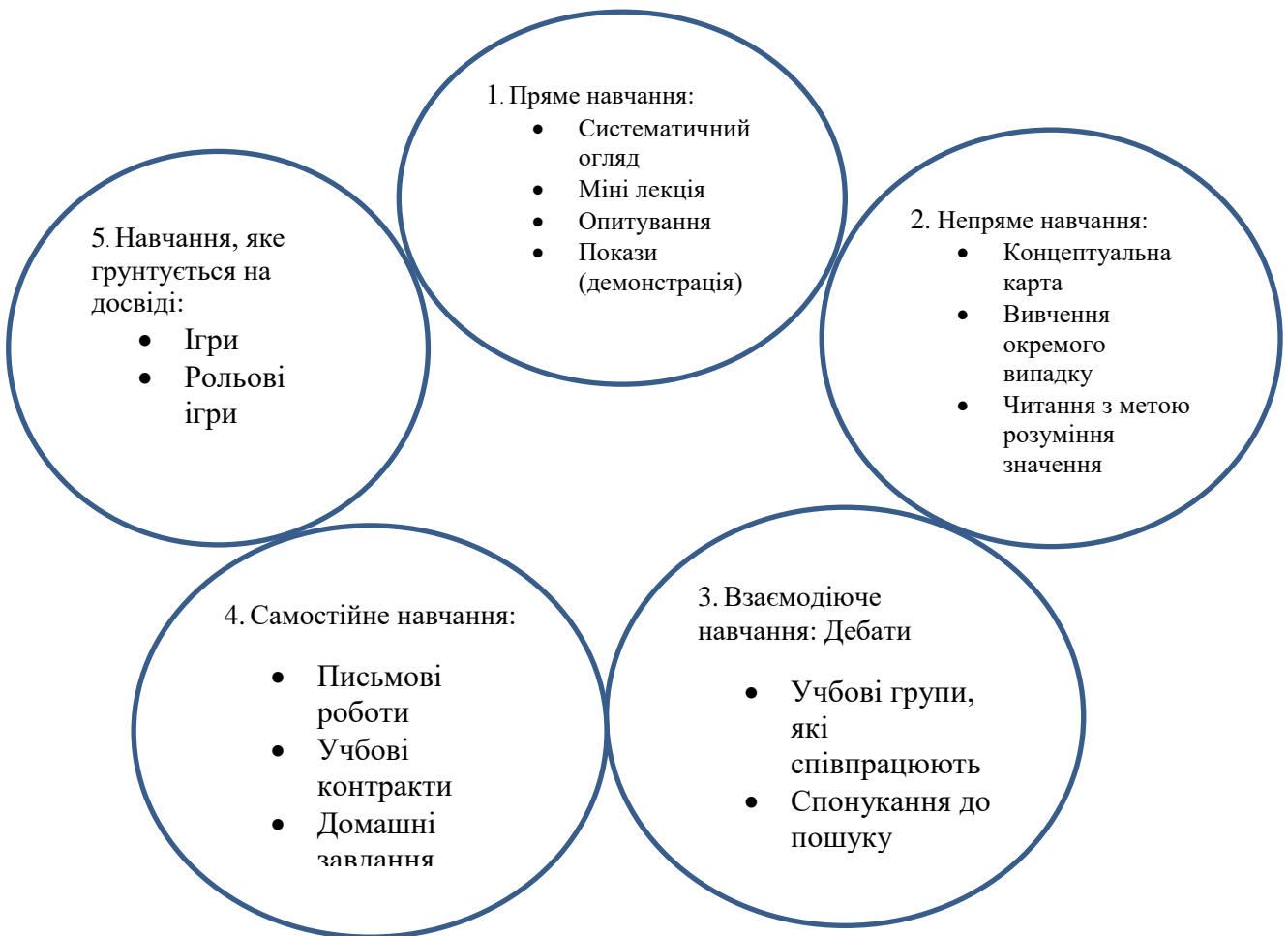
30 % того, що бачимо;

50 % того, що чуємо і бачимо;

70 % того, що промовляємо;

90 % того, що ми промовляємо, виконуючи ті чи інші дії.

Стратегії і методи навчання. Розглянемо деякі стратегії та методи навчання. Навчальні методи сприяють розвитку окремих умінь і навичок, інші породжуватимуть почуття незалежності та впевненості у собі. Ще інші роширюють усвідомлення учнями своїх ставлень і почуттів і допоможуть їм більш осмислено висловлювати свої думки.

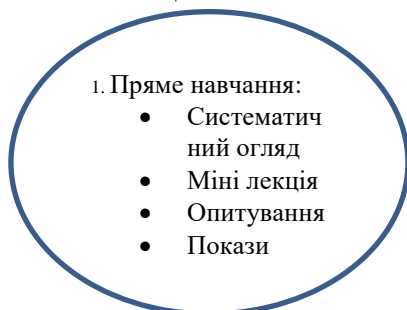


Стратегія прямого навчання:

Стратегія прямого навчання значною мірою зосереджена на учителіві.

Лекційний метод є прикладом прямого навчання.

Мінілекція:



- Це односторонній вид спілкування.
- Це дійовий спосіб забезпечення інформацією за короткий час.

Лекції найефективніші, коли вони:

- тривають 10-15 хв., ніяк не більше 20 хв.;
- чергуються з груповою дискусією і показами візуального матеріалу;

- супроводжуються такими допоміжними засобами як проекції та великі аркуші паперу, на яких роблять нотатки під час ведення дискусії і які вивішуються потім на дошці, стінах, стенді тощо.

Варто застосовувати наступні технічні прийоми, які пропонуються для оцінювання знань:

Метою мінілекції є передавання знань. Способом оцінки розуміння матеріалу, котрий найбільше відповідає мінілекції, є сполучення різних видів контрольних робіт (есе (твір), коротка відповідь, вибір з багатьох запропонованих відповідей однієї правильної, визначення правильності чи хибності твердження);

Систематизований огляд: стосується організації й упорядкування тем або понять з тим, щоб зробити їх значимими для учнів;

Опитування: серед педагогічних умінь опитування займає чільне місце у багатьох класах. Коли опитування використовується добре:

- виникає висока ступінь участі учнів, оскільки питання широко розповсюджені;
- поглиблюється розуміння матеріалу учнями;
- мислення учнів стимулюється, спрямовується і розширюється;
- виникає зворотна реакція і відповідне закріплення;
- загострюється здатність учнів критично мислити.

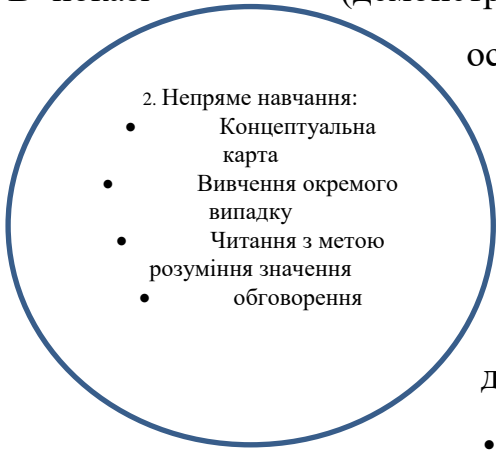
Запитання повинні бути добре сплановані, сформульовані ясно і по суті для того, щоб досягти конкретної мети. Суттєвим є розуміння вчителем технічних прийомів опитування, часу на обдумування та рівня запитань. Крім цього, вчитель має розуміти, що пряме опитування може не бути відповідною формою для всіх учнів.

Показ (демонстрація), використання технічних засобів навчання:

- учні багато чому навчаються, спостерігаючи за іншими;
- показ забезпечує зв'язок між “знати про” і “бути спроможним зробити”;

• дослідження свідчать, що покази найдійовіші, коли вони точні; коли ті, що вчаться, можуть ясно бачити і розуміти те, що відбувається, коли виникають короткі пояснення і обговорення протягом показу.

В показі (демонстрації) вчителеві відводиться роль виконавця,



оскільки учні не беруть участі у ньому, оцінка не потрібна. Стратегія непрямого навчання зосереджується на учневі.

Непрямі методи навчання дуже дійові, коли: вимагаються результати розумової

діяльності;

- вимагаються результати у ставленні,

системі цінностей, міжособистісному спілкуванні;

- процес є так само важливим, як і результат;
- відбувається зосередженість на уособленому розумінні понять.

Концептуальна карта (поширене знання):

Складання концептуальних карт часто використовується для того, щоб учні побачили зв'язок між новою інформацією і тим, що вони вже знають.

Складання концептуальних карт:

- технічний прийом, який використовується, щоб визначити основні поняття або показати зв'язки між поняттями;
- виникає зворотна реакція і відповідне закріплення;
- загострюється здатність учнів критично мислити.

Отже, науковцями і практиками визнано ефективність і доведено, що отримання знань, формування вмінь і навичок, розвиток особистісних якостей, набуття певних компетентностей особистості учня є найефективнішими, якщо в освітньому процесі використовують інтерактивні форми і методи як здоров'язберігаючих технологій.

За допомогою здоров'язберігаючих технологій учні мають змогу:

1. Аналізувати навчальну інформацію, творчо підходити до засвоєння навчального матеріалу й у такий спосіб зробити засвоєння знань доступнішим;
2. Навчитися формулювати власну думку, правильно її висловлювати, доводити власну позицію, аргументувати й дискутувати;
3. Навчитися слухати іншу людину, поважати альтернативну думку;
4. Моделювати різні соціальні ситуації, збагачувати власний соціальний досвід через включення в різні життєві ситуації, їх моделювання;
5. Вчитися будувати конструктивні взаємини у групі, уникати конфліктів, розв'язувати їх, шукати компроміси, прагнути діалогу та консенсусу;
6. Розвивати навички проектної діяльності, самостійної роботи, виконання творчих робіт.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Використання інтерактивних методів навчання [Електронний ресурс] / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук, О. А. Кочубей. – 2016. - Режим доступу:<http://www.refs.in.ua/m-kochubej-o-a-vikoristannya-interaktivnih-metodiv-navchannya.html>.
2. Інноваційні технології в початковій школі / К.: «Шкільний світ», 2008.- 110с.
3. Інтерактивні технології навчання // Україномовні реферати.—Режим доступу: <http://www.refotext.com/referat-text-16587-1.html>.
4. Сутність, види та особливості здоров'язберігаючих технологій у дітей в умовах сучасного навколишнього середовища/ С.Є. Лупаренко, О.І. Попов, П.І. Потейко, Л.А.Суханова// Гігієна населених місць.— 2010. — № 55. — С.382—386.
5. Формування навичок здорового способу життя молоді/ [упоряд. А. Флойбман].— К.: Шкільний світ, 2002. — 111с.
6. Шаповалов Т. Гармонізація культурно-освітнього простору майбутніх педагогів через здоров'язбережувальні технології/ Тетяна Шаповалова//

Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету.
Серія : Педагогіка. — 2014. — Вип.1. — С. 149—153.

7. Цимбал Н.М. Практикум з валеології. Методи зміцнення фізичного здоров'я/ Цимбал Н. М. — Тернопіль: Навчальна книга— Богдан, 2000.— 168с.

Анна Щербина

Науковий керівник: Юлія Танасійчук

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ І СПОРТОМ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Фундаментальним завданням для успішного залучення студентів до занять фізичною культурою і спортом залишається вивчення їх мотивації, оскільки знання вихідного рівня мотиваційних установок дозволяє науковцям досить точно спрогнозувати можливу поведінку в цьому напрямку через погляди на власне здоров'язбереження. Треба відмітити, що мотиваційна тематика у вивченні актуальних проблем фізичної культури і спорту студентської молоді популярна не тільки для вітчизняних науковців, але й досить гостро стоїть у зарубіжній спеціальній літературі [3].

Українськими вченими досліджуються фундаментальні напрямки у мотиваційній проблематиці з даним контингентом: це і пошук концепцій особисто орієнтованого фізичного виховання студентів [1], і технології формування професійно-педагогічної мотивації [4], і гендерні особливості формування до занять фізичним вихованням у студентів [2], і формування фізичної культури студентів у системі вищої освіти, і шляхи оптимізації фізичної активності студентської молоді [5; 1], і динаміка мотивації до занять фізичною культурою за весь період навчання у закладі вищої освіти тощо[4]. Розгляд мотивації до занять фізичною культурою і спортом студенток педагогічних спеціальностей є практично значущою проблемою. Обумовлено це тим, що від мотивації до занять фізичною культурою майбутніх педагогів залежатиме спроможність реалізовувати себе у професійній діяльності як

активного і здорового фахівця, а ще подача прикладу для учнів в орієнтації на фізкультурно-оздоровчі заходи.

Причому, як показує дослідження Т. С. Єрмакової, яка знайомить українських науковців із досвідом, структурою і системою підготовки майбутніх вчителів шкіл у польських навчальних закладах [6], для поляків також великого значення мають аналогічні питання із формування фізично здорових і мотивованих на рухову активність студентів педагогічних ВНЗ. Актуальність дослідження обумовлена також недостатністю робіт, у котрих мотивація до занять фізичною культурою у студентської молоді розглядалася б із врахуванням мотивації до навчання і мотивацією до успіху. Як показала своїм дослідженням Г. І. Гончар, структурна основа мотивації до навчання і підвищення професійно-прикладної фізичної підготовленості студентів найперше залежна від інтересу до професійної діяльності, мотивації до успіху та досягнень, схильностей до професійної діяльності [3]. Отже, дуже важливо мотивацію до занять фізичною культурою не розглядати відірвано від інших мотиваційних установок, зокрема від мотивації до навчання і мотивації до успіху. Тільки маючи цілісну мотиваційну картину можна досить об'єктивно зрозуміти причини низької мотивації до предмету «фізичне виховання» студенток педагогічних спеціальностей.

Проблема збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління була і залишається однією з найважливіших проблем людського суспільства. На сьогоднішній день лише звучать заклики бути здоровим, а соціальне середовище і реальна практика свідчать про погіршення здоров'я молоді, загостренні серцево-судинних захворювань та інших хронічних та інфекційних захворювань, а також сучасний рівень урбанізації, науково-технічного прогресу, комфорту є причиною хронічного «рухового голоду». [3]

Студентство, особливо на початковому етапі навчання, є найбільш вразливою частиною молоді, тому стикається з низкою труднощів, пов'язаних із збільшенням навчального навантаження, невисокою руховою активністю,

відносною свободою студентського життя, проблемами в соціальному та міжособистісному спілкуванні. Нинішні студенти - це основний трудовий резерв нашої країни, це майбутні батьки, і їх здоров'я і благополуччя є запорукою здоров'я і благополуччя всієї нації. У зв'язку з цим величезну роль відіграє вивчення мотивів, інтересів і потреб сучасної молоді в заняттях фізичними вправами. [1].

Мотивація до фізичної активності - особливий стан особистості, спрямоване на досягнення оптимального рівня фізичної підготовленості та працездатності. Процес формування інтересу до занять фізичною культурою і спортом - це не миттєвий, а багатоступінчастий процес: від перших елементарних гігієнічних знань та навичок до глибоких психофізіологічних знань теорії і методики фізичного виховання і інтенсивних занять спортом. Основними мотивами до занять фізичною культурою у вузі є: оздоровчі, рухливо-діяльнісні, змагально-конкурентні, естетичні, комунікативні, пізнавально-розвиваючі, творчі, професійно-орієнтовані, виховні, статусні, культурологічні, адміністративні та психолого-значущі.

Найбільш сильною мотивацією молоді до занять фізичними вправами є можливість зміцнення свого здоров'я та профілактика захворювань. Благотворну дію на організм фізичних вправ відомо давно. В даний час його можна розглядати з двох взаємозалежних напрямків: формування здорового способу життя та зменшення вірогідності захворювань, в тому числі і професійних; лікувальний вплив фізичних вправ при багатьох видах хвороб.

При виконанні фізичної роботи простежується зниження продуктивності праці, яке відбувається внаслідок його монотонності, одноманітності. Безперервне виконання розумової діяльності приводить до пониження відсотка сприйняття інформації, до більшого числа професійних помилок. Виконання спеціальних фізичних вправ для м'язів всього тіла і зорового апарату значніше підвищує ефективність релаксації, ніж пасивний відпочинок, і задоволення від

самого процесу занять фізичними вправами. Професійно-прикладна фізична підготовка студентів пов'язана з розвитком занять фізичною культурою, орієнтованих на професійно важливі якості студентів різних спеціальностей, для підвищення рівня їх підготовки до майбутньої трудової діяльності, сприяє розвитку психофізичної готовності студента до майбутньої професії.

Вся історія людства, процес еволюції будувалися на дусі суперництва, на змагальному дусі взаємин. Прагнення досягти певного спортивного рівня, перемогти в змаганнях суперника - є одним з потужних регуляторів і значущою мотивацією до активних занять фізичними вправами.

Мотивація студентів до занять фізичними вправами полягає в поліпшенні зовнішнього вигляду і враження, виробленого на оточуючих: вдосконалення статури, підкреслення «виграшних» особливостей фігури, збільшення пластичності рухів. Заняття фізичними вправами з групою сподвижників, наприклад, у клубах за інтересами (оздоровчий біг, туризм, велоспорт, спортивні ігри і т. п.), є однією із значних мотивацій до відвідування спортивних споруд. Спільні заняття фізичною культурою і спортом сприяють поліпшенню комунікації між соціальними та статевими групами. [4].

Прагнення людини пізнати свій організм, свої можливості, а потім і поліпшити їх за допомогою засобів фізичної культури і спорту в чому близько до змагальної мотивації, але засноване на бажанні перемогти себе, свою ліню, а не суперника на змаганні. Представлена мотивація полягає в бажанні максимально використовувати фізичні можливості свого організму, поліпшити свій фізичний стан і підвищити фізичну підготовленість.

Заняття фізичною культурою і спортом дають необмежені можливості для розвитку і виховання в студентах творчої особистості. Через пізнання величезних ресурсів власного організму при заняттях фізичними вправами особистість починає шукати нові можливості у своєму духовному розвитку. Заняття фізичною культурою є обов'язковими у вищих навчальних закладах. Для отримання контрольних результатів введена система заліків, один з яких з

предмету «Фізичне виховання». Своєчасна здача заліку з даної дисципліни, уникнення конфлікту з викладачем і адміністрацією навчального закладу спонукають студентів займатися фізичною культурою.

Заняття фізичними вправами позитивно впливають на психічний стан підростаючої молоді, особливо навчається: набуття впевненості в собі; зняття емоційної напруги; попередження розвитку стресових станів; відволікання від неприємних думок; зняття розумової напруги; відновлення психічної працездатності. Певні види фізичних вправ є незамінним засобом нейтралізації негативних емоцій у людини.

Заняття фізичною культурою і спортом розвивають в особистості навички самопідготовки і самоконтролю. Систематичні заняття фізичними вправами сприяють розвитку морально-вольових якостей, а також вихованню патріотизму та громадянськості.

Завдяки розвитку фізичних якостей у підростаючого покоління збільшується їх життєстійкість. Підвищення особистісного статусу при виникненні конфліктних ситуацій, дозволяються в ході фізичного впливу на іншу особу, а також збільшення потенціалу життєстійкості в екстремально-особистісних конфліктах, активізує участь молоді у фізкультурно-спортивній діяльності.

Вплив, який чиниться засобами масової інформації, суспільством, соціальними інститутами, у формуванні в особистості потреби в заняттях фізичними вправами характеризується впливом на особистість культурного середовища, законів соціуму і законами «групи».

Отже, найбільш значущими чинниками, які впливають на формування мотивації й активне відношення до фізкультурно-оздоровчої діяльності в умовах дозвілля, є:

- необхідність поліпшення якості фізкультурних знань;
- спрямування дозвілля на створення культурного простору в соціумі з притаманними йому стійкістю й рухливістю;

- поєднання можливості особистої автономності, свободи вибору, самовизначення з педагогічно доцільним втручанням. Перспективою подальших досліджень є вивчення індивідуальних вподобань студентів до різних видів фізичної діяльності, а також розробка спортивно-орієнтованої технології фізичного виховання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Лисяк В. М. Динаміка мотивації до занять фізичною культурою у студентів вищих навчальних закладів за весь період навчання / В. М. Лисяк // Слобожанський науково-спортивний вісник .–Харків,ХДАФК,2013 .–№3 .–С .199–203 .

2 Сутула В. А. Шляхи оптимізації фізичної активності студентської молоді / В.А. Сутула, П. М. Кизім, В. В. Шутєєв, Ю. О. Фішев, Л. С. Луценко // Слобожанський науково-спортивний вісник .–2014 .–№6(44) .–С .106–111

3 Гончар Г.І. Організаційно-методичні умови формування мотивації студентів інститутів фізичної культури до професійно-прикладної фізичної підготовки : автореф . дис . на здобуття наук . ступеня канд . наук з фіз . виховання і спорту : спец . 24 .00 .02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Г . І . Гончар . – Дніпропетровськ, 2013 . – 19 с .

Дмитро Стадніцький

Науковий керівник: Юлія Танасійчук

ЗНАЧЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ ДИТЯЧОГО ОРГАНІЗМУ

Рухова активність – це цілеспрямований руховий акт (поведінковий руховий акт, свідомо здійснюваний з метою вирішення якої – небудь рухової задачі). Здавна відомо: хто багато ходить, той довше живе. Та з кожним роком рухова активність людини зменшується. А це дуже небезпечно для здоров'я. Провівши необхідні дослідження, вчені дійшли висновку: у тих, хто займається фізичною працею чи спортом, смертність від серцево–судинних захворювань утричі менша, ніж у людей, які ведуть малорухомий спосіб життя.

Коли одного з філософів древності спитали: «Що цінніше – багатство чи слава?», - він відповів: «Ні багатство, ні слава не роблять людину щасливою. Здоровий бідний, щасливіший за нездорового короля!» ці слова точно відображають головну думку: багатство життя – це здоров'я.

Науковці довели існування взаємозв'язку між рівнем рухової активності, захворюваності, смертності. Автоматизація і механізація виробництва, штучний розвиток різних засобів зв'язку, транспорту, умов життя призвели до значного обмеження рухової активності.

Поступово знижується інтерес до спорту, тривале перебування на робочому місці в одній і тій же позі, відпочинок переважно за читанням або переглядом телепередач, обмежують рухову активність дорослої людини. Це призводить до значних порушень в діяльності життєвозабезпечуючих систем і передчасному старінню і смерті.

Тривале зниження рухової активності призводить до виражених і стійких порушень, які поступово стають незворотними і найбільш розповсюдженими такі як: гіпертонічна хвороба, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, судинне захворювання, порушення постави з ураження кістково-м'язового апарату.

В той же час фізичні вправи, регулярні заняття фізкультурою і спортом здійснюють позитивний ефект, який проявляється, в перше за все, в економізації і стимуляції функцій організму.

Екомінізуючий ефект появляється в зменшенні показників діяльності організму в стані спокою. Так, якщо частота серцевих скорочень у нетренованих більше 80 уд/хв., от у тренуваних – менше 60 уд/хв. Частота дихання у нетренованих більше 1,6 у тренуваних – менше 1,2 уд/хв.

Достатня систематична фізична активність створює парасимпатичне настроювання організму, знижує рівень гемодинаміки у спокої, покращує умови харчування міокарда, забезпечуючи повнішу мобілізацію при навантаженні та швидкому відновленні, є, в такий спосіб, важливою умовою запобігання захворювання кровообігу і кращої компенсації за її виникненням.

Фізичні навантаження при трудових процесах, природних рухах людини, заняттях спортом впливають на всі системи організму, у тому числі і на м'язи.

М'язи – активна частина рухового апарата. У тілі людини нараховується близько 600 м'язів. Більшість з них парні і розташовані симетрично по обидві сторони тіла людини. М'язи складають: у чоловіків – 42% ваг тіла, у жінок – 35%, у спортсменів – 45-52%. По походженню, будівлі і навіть функції м'язової тканини неоднорідної. Основною властивістю м'язової тканини є здатність до скорочення – напруги складових її елементів. Для забезпечення руху елементи м'язової тканини повинні мати витягнуту форму і фіксуватись на опорних утвореннях (кістках, хрящах, шкірі, волокнистій сполучній тканині і т.д.

Чергування скорочень і розслаблень м'язів не порушує кровообігу в ній, кількість капілярів збільшується, хід їх залишається більш прямолінійним. Кількість нервових волокон у м'язах, що виконують переважно динамічну функцію, у 4-5 разів більше, ніж у м'язах виконуючих переважно статистичну функцію.

При помірних навантаженнях м'язи збільшуються в обсязі, у них поліпшується кровопостачання, відкриваються резервні капіляри. За спостереженнями П.З. Гудзя, під впливом систематичного тренування відбувається робоча гіпертрофія м'язів, що є результатом стовщення м'язових волокон (гіпертрофії), а також збільшення їхньої кількості (гіперплазії). Стовщення м'язових волокон супроводжується збільшенням у них ядер, міофібрилл.

Формування функціональних систем, пов'язаних з вищою нервовою діяльністю, обумовлено в значно більшій мірі умовами середовища і виховання. Спеціальні дослідження показують, що темпи становлення зорового, слухового сприйняття, емоційних реакцій, не кажучи вже про мови, історію залежать від соціального середовища. Діти раннього віку, що знаходяться в умовах дефіциту зорово-слухових подразнень, що відчувають нестачу в контактах з дорослими,

відстають в нервово-психічному розвитку. Вони відрізняються емоційною млявістю, пасивністю, зниженням пізнавальної активності.

Вплив на нервову систему плода фізичних і хімічних агентів, особливо промислових продуктів і лікарських препаратів, вивчено недостатньо. Це обумовлен низкою труднощів. Експерименти на людях, природно, неможливі. Перенесені ж на людину дані, отримані на лабораторних тварин, не завжди прийнятні, оскільки виявлена видова специфічність у реагуванні на ті чи інші речовини.

Уже в три-чотири місяці дитині, крім масажу, необхідна гімнастика для м'язів рук, ніг, тулуба, живота. У шкільному віці треба не менше ніж півтори години займатися активними фізичними вправами. У процесі руху діти розвиваються фізично, стають сильними. Внаслідок недостатньої рухової активності знижується працездатність усього організму: послаблюються увага, пам'ять, знижується опірність організму до захворювань.

У малорухливих дітей слабкі м'язи. Вони не можуть підтримувати тіло в правильному положенні, тоді порушується постава, формується сутулість. Такі діти встають у зрості.

Ми вже знаємо, що найкращим відпочинком є зміна одного виду діяльності на інший. Тому після навчання корисними будь рухливі ігри (особливо на свіжому повітрі), плавання, катання на лижах, ковзанах, фізична праця.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Галузяк В.М., Сметанський М.І., Шахов В.І. Педагогіка : навч. посіб. // В.М. Галузяк, М.І. Сметанський, В.І. Шахов. – РВВ ВАТ. – Вінниця. – 2001. – 199с.
2. Сутула В. А. Шляхи оптимізації фізичної активності студентської молоді / В. А. Сутула, П. М. Кизім, В., Шутєєв Ю. О., Фішев, Л. С., Луценко // Слобожанський науково-спортивний вісник .–2014 .–№6(44) .–С .106–111
3. Фіцула М. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. // М. Фіцула Академвидав. – К. – 2010. – 456с.

Юлія Танасійчук

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК КОМПОНЕНТ КУЛЬТУРИ ОСОБИСТОСТІ

Переважна більшість дослідників у питаннях збереження і зміцнення здоров'я справедливо відводять важливу роль фізкультурній освіті. Науковці доводять, що вона передбачає інтеграцію фізичного навчання і фізичного виховання, фізичного розвитку і фізичного здоров'язбереження, які забезпечують високий рівень фізичної культури.

Зміст поняття «фізична культура», що є похідним від категорії «культура», неоднозначне, як неоднозначний і зміст категорії «культура». Ця неоднозначність відображає як реальну діяльність людини (суспільства), так і її засоби й методи, створені в суспільстві, а також її результати [6, с. 36].

У науковій літературі нині виділяються 4 напрями у визначенні понять «культура» і «фізична культура».

Представниками першого напрямку (І. Воробйова [5], Е. Гришина [6]) культура розглядається як продукт і результат людської діяльності, який формується із сукупності матеріальних і духовних цінностей, що застосовуються для її вдосконалення.

Найбільш адекватним об'єктом педагогіки є визначення поняття «культура», дане Е. Гришиною: культура – це накопичений людиною досвід діяльності, необхідний для відтворення цієї діяльності шляхом формування людини [6, с. 40].

Фізична культура в першому його значенні вживається у вузькому і в широкому педагогічному сенсі. У вузькому сенсі поняття «фізична культура» включає фізичні вправи, тренування, ігри тощо. У широкому – охорону здоров'я, режими харчування, сну й відпочинку, особисту й суспільну гігієну, використання природних факторів природи (сонце, повітря й вода), фізичні вправи і фізичну працю, фізичну форму.

У нашому розумінні, зв'язок фізичної культури і здоров'я учня (студента) – це основа, на якій можна сформувати ціннісне ставлення до власного здоров'я, виробити потребу у здоровому способі та стилі життя, здоров'язбереженні.

Важливими структурними компонентами фізичної культури є: система гімнастичних вправ, «школа рухів», техніка і правила їх виконання, за допомогою яких у дитини формуються здатність координувати їх у різних поєднаннях, уміння диференційовано керувати рухами; різноманітні способи бігу, біг на ковзанах, ходьба, плавання та ін.; система вправ для більш раціонального використання сил під час подолання перешкод, у метанні, в підніманні й перенесенні ваги; різноманітні ігри з використанням м'яча – гра у волейбол, баскетбол, гандбол, футбол, теніс та ін. [4, с. 65].

За другим напрямом досліджень (М. Козуб, В. Кучменко, В. Лук'яненко, В. Ляха, М. Матвієнко) поняття «фізична культура» розглядається на соціально-педагогічному рівні, проте її власне соціальний аспект повною мірою не розкритий.

У цьому сенсі В. Кучменко розглядає фізичну культуру як життєво важливі способи і результати використання людьми власних рухових можливостей: для «перетворення» своїх якостей, здібностей, отриманих від природи [14, с. 17].

Таким чином, культура в цілому і фізична культура зокрема виступають, з одного боку, як процес матеріальної і духовної діяльності людей, з іншого – як продукт цієї діяльності, її результат. Культура являє собою якісну сторону матеріальної і духовної сторін діяльності людини і суспільства та її результатів.

Третій блок досліджень характеризує фізичну культуру як один із провідних напрямів загальнолюдської культури, що максимально сприяє фізичному вдосконаленню особистості (В. Артеменко, Л. Безкоровайна, М. Данилко, Т. Дерєка, С. Карасевич, Р. Карпюк, Л. Конох). Науковці доводять, що фізична культура є узагальненим показником професійної культури майбутнього фахівця з метою його самовдосконалення.

Ціннісний і діяльнісний підходи до визначення сутності понять «культура» і «фізична культура» не суперечать, а взаємодоповнюють один одного, оскільки відображають дві різні, але діалектично взаємопов'язані сторони функціонування культури – результативну і процесуальну (діяльнісну).

У такому визначенні поняття «фізична культура» отримує відображення центрація вчителя в оздоровчій діяльності, орієнтованої на виховання здоров'я учня, що стає здатним відтворювати досвід здорового способу життя, освоєного ним під керівництвом педагога [8, с. 41].

Фізична культура як компонент культури особистості є такою її властивістю, формою існування якої є фізкультурно-оздоровча діяльність [16].

Як оздоровчі завдання були визначені такі:

- зміцнення та збереження здоров'я, зміцнення нервової системи, сприяння нормальному фізичному розвитку, формування правильної постави, розвиток різних груп м'язів тіла, активізація обмінних процесів у період адаптації організму підлітка до фізичних, психічних і фізіологічних змін, що відбувається в його організмі на стадії статевого дозрівання;

- забезпечення оптимального для учнів гармонійного розвитку фізичних якостей, швидкості рухів, розвиток координаційних і швидкісних здібностей у всіх їх формах, швидко і силова підготовка, не пов'язана з граничними напруженнями силового компонента;

- проведення фізкультурних занять у міру можливості на свіжому повітрі, підвищення загальної працездатності, розвиток фізичних якостей, усіх систем організму і їх функцій, підвищення загальної та анаеробної витривалості, опірності організму несприятливим впливам зовнішнього середовища, правильне і своєчасне прищеплення гігієнічних навичок.

Вирішення перерахованих завдань зводиться до того, щоб учні щодня виконували фізичні вправи, брали водні, повітряні, сонячні процедури, дотримувалися режиму сну, праці (розумової та фізичної) і відпочинку, повноцінного раціонального харчування.

Прихильники четвертого напряму звертають увагу на іншу сторону культури, на те, що вона являє собою творчу діяльність, у процесі якої опредметнюються раніше створені цінності і створюються нові. Зокрема, І. Гринченко, М. Данилко, М. Карченкова, Т. Матвійчук розглядають поняття «фізична культура» як якісну творчу діяльність із вдосконалення людини.

На думку Т. Бондар, М. Лук'янченко, М. Ходунова, вихованню фізичної культури учнів слугує вирішення таких завдань: 1) сприяння правильному фізичному розвитку учнів, підвищення їх працездатності; 2) сприяння руховій активності; 3) формування потреби до систематичних заняттях фізичними вправами; 4) набуття знань з валеології, медицини, фізичної культури і спорту.

Осмислення представлених вище поглядів щодо соціального та соціально-педагогічного аспектів фізичної культури показує, що все тією чи іншою мірою вписується в ідею про те, що фізична культура є чинником здорового способу життя.

Здоров'язберезувальна роль фізичної культури є визначальною і проявляється у двох аспектах. Перший полягає в тому, що грамотно організована фізична активність учнів є найважливішим засобом зміцнення їхнього здоров'я. Другий – це висока значимість рухової активності школярів з погляду стимулювання перцептивних, мнемічних та інтелектуальних процесів, підвищення розумової працездатності, що сприяє повноцінному розвитку їхнього рівня освіченості з усіх предметів відповідно до шкільних програм [14, с. 58].

Якщо розглядати фізичну культуру як відносно самостійний вид культури, то вона має свої специфічні функції, що впливають із її сутності та відображають її структуру.

Розглядаючи змістовий компонент специфічних функцій фізичної культури, С. Давидова констатує, що вони дозволяють задовольняти потребу людини в руховій активності, поліпшити свій фізичний стан відповідно до закономірностей зміцнення здоров'я і забезпечення фізичної дієздатності, необхідної для застосування в повсякденному житті [7, с. 58].

Отже, фізичну культуру слід розглядати як особливий вид культурної діяльності, спрямованої на зміцнення і підтримання здоров'я, формування правильної постави, розвиток різних груп м'язів тіла, зміцнення серцево-судинної системи, правильний і своєчасний розвиток усіх систем організму і їх функцій, нормалізацію обмінних процесів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артеменко В. В. Фізична культура у вищих навчальних закладах та основні інноваційні технології викладання. *Удосконалення освітньо-виховного процесу в вищому навчальному закладі*. 2018. Вип. 21. С. 101–105.
2. Безкоровайна Л. В. Формування готовності майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту до впровадження технологій спортивного менеджменту культури: автореф. дис. ... пед. наук. Київ, 2009. 20 с.
3. Бондар Т. С. Формування фізичної культури особистості підлітків у дозвіллевий час. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]*. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2014. Вип. 3. С. 128–132.
4. Гринченко І. Б. Професійна підготовка майбутніх учителів фізичної культури в нових умовах. *Вища освіта України*. 2011. Додаток 3, Т. VII. С. 84–93.
5. Данилко М. Т. Формування готовності до професійної діяльності майбутніх учителів фізичної культури: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту: 24.00.02. Луцьк, 2000. 19 с.
6. Дерека Т. Г. Акмеологічні засади неперервної професійної підготовки фахівців фізичного виховання: концепція дослідження. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. № 7. С. 31–39.
7. Долбишева Н. Г. Теоретико-методичні основи формування знань про фізичне здоров'я в системі фізичного виховання у старшокласників: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02. Київ, 2006. 21 с.
8. Карасевич С. А. Підготовка майбутніх учителів фізичної культури до фізкультурно-спортивної діяльності у закладах загальної середньої освіти: монографія. Умань: ВПЦ «Візаві», 2018. 204 с.
9. Карпюк Р. П. Професійна підготовка майбутніх фахівців з адаптивного

- фізичного виховання: теорія і практика. Луцьк: Волинська друкарня, 2008. 504 с.
10. Карченкова М. В. Педагогічні умови формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до професійної діяльності: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Переяслав-Хмельницький, 2006. 20 с.
 11. Конох Л. П. Теоретичні та методичні засади професійної підготовки майбутніх фахівців із спортивно-оздоровчого туризму у вищих навчальних закладах: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. Київ, 2007. 42 с.
 12. Лук'янченко М. І. Теоретико-методичні засади розвитку педагогіки здоров'я в Україні: автореф. дис. ... д-ра пед. наук. Луганськ, 2012. 40 с.
 13. Матвієнко М. І. Формування умінь та навичок до самостійних занять фізичними вправами студентів педагогічних університетів: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02. Київ, 2017. 233 с.
 14. Матвійчук Т. Ф. Формування педагогічної майстерності майбутніх учителів фізичного виховання у процесі професійної підготовки: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Вінниця, 2015. 272 с.
 15. Ходунова М. І. Самостійні заняття з фізичної культури у старших класах. *Теорія і методика фізичного виховання*. 2011. № 10. С. 15–18.

***Yuliia Repchuk, Larysa Sydoruk, Oksana Petrynych, Tetiana Kazantseva,
Alina Sokolenko, Semianiv Marianna, Kseniia Voroniuk***
**THE ART OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A METHOD OF
HELPING ON THE WAY TO A HEALTHY LIFESTYLE**

MI is a counseling approach for eliciting change with a particular emphasis on helping clients explore and resolve ambivalence, defined as a struggle to articulate conflicting values that work against positive change. This emphasis on resolving ambivalence is essential, because ambivalence often creates stumbling blocks along a client's road to living a healthier, more fulfilling lifestyle.

MI is a client-centered approach in which the counselor accepts people as they are by viewing clients' own values, motivations, abilities, and resources as important and

valuable. The MI counselor is directive, as the central purpose is to examine and resolve ambivalence and the counselor is attentive in pursuing this goal. MI is based on the Rogerian fundamental principle of empathic understanding, although MI differs from traditional person-centered theory, as it is more focused and goal-directed toward resolving client ambivalence.

It is a collaborative approach, supported by the belief that every person has the motivation and resourcefulness to change. Clients who are ambivalent may not have had the opportunity to feel understood. Central to helping clients move beyond ambivalence is the spirit of MI. The general spirit underlies all aspects of the approach and distinguishes MI from other models that focus less on the power of clients to self-direct the change process.

The spirit of MI encourages counselors to assist the client with examining and resolving ambivalence, because ambivalence is understood as the main obstacle to overcome when attempting to change. Although the approach remains far from technical, there are distinguishable behaviors that counselors can learn to create an empathic yet directive atmosphere, to stay consistent with the spirit.

The first key point related to the spirit of MI encourages the counselor to remember that motivation has to come from the client. The counselor relies on the client's intrinsic goals and values to create change. The second key point central to the spirit of the theory relates to ambivalence - the authority to identify and resolve ambivalence exists within the client alone. This task is the client's, and not the counselor's; as such, the counselor simply facilitates the client's expression of all feelings related to changing a behavior to resolve ambivalence. Direct persuasion is not helpful, according to MI, and in fact might increase client resistance.

The spirit of MI is more of a quiet and eliciting one. Clients who feel nurtured are more likely to experience meaningful change. The spirit's final key points address aspects of the therapeutic relationship. Readiness for change is seen as a product of interpersonal communication. Therefore, the counselor should remain open and responsive to a client's motivational signals. For example, resistance from the client

could mean that treatment is moving too fast. A counselor can notice this and adjust his or her motivational strategies to remain flexible with the client. Finally, the counseling process should be supported by a collaborative relationship.

The spirit of MI includes particular types of counselor behaviors. The first, reflective listening, demonstrates that a counselor is willing to understand a client's worldview. Emphasizing motivational language is important, as is verbal expression of acceptance and affirmation. Under the spirit of MI, counselors are observant of clients' willingness to change. Moving at a comfortable pace, they affirm clients' abilities to choose their own paths.

In addition to the spirit of the approach, Miller and Rollnick (2002) have outlined four key principles that are central to MI, the first of which, expressing empathy, focuses on the importance of seeing the world through the eyes of the client. This is critical, because when a client feels as though he or she is understood, open expression of thoughts and feelings is possible. The authors urge counselors to accept the client as is so that the client understands that the counselor is accepting and empathetic to the client's struggle. Reflective listening is an important part of expressing empathy, and counselors should use this as a fundamental skill. In addition, if the client feels ambivalent about change, the counselor should conceptualize this as a normal part of the change process. This reflection and normalization of ambivalence not only help the client to feel understood but also help to reduce defensiveness and resistance. The second principle, developing discrepancy, describes the important phenomenon of discrepancy in a client's life and how exploring this can facilitate change. When the client can see that there is a difference, or discrepancy, between behavior and goals, or values and goals, he or she may be more likely to make changes. Thus, a counselor working according to this principle assists the client in arriving at this discrepancy. The guiding principle, rolling with resistance, refers to avoiding arguments for change. When a counselor notices opposition from the client, it should not be directly opposed. Instead, resistance should be understood as the client signaling for the counselor to adjust his or her approach. The authors refer to this principle as

“psychological judo”, wherein one can absorb the momentum of opposition to proceed in the most positive, advantageous direction. By inviting new perspectives without imposing, the counselor maintains a supportive stance, affirming clients’ autonomy and ability to solve problems with their own insight. The final principle, supporting self-efficacy, states that a self-fulfilling prophecy can arise from a counselor’s belief in the client’s capacity for taking an active role in change. Operating under this principle, a counselor acknowledges that his or her own expectations have a powerful effect on client outcomes. By understanding that the power to choose is inherent within the client, not the counselor, a counselor can advocate for change through expressing belief in the client’s abilities and personal responsibility and by offering to help, not create, the process of change. Over time, MI has been shown to be an ever-evolving, living method, useful as a supplement to various counseling styles, within a variety of settings, and with clinical issues that span the entire gamut of unhealthy behavior. Because of MI’s success, Miller and Rollnick (2004) assert that MI is often misunderstood by counselors as a set of techniques or doctrine rather than a flexible approach, adaptable to any of the various stages of counseling. Further, the authors emphasize that MI can be best understood as a philosophy or interpersonal communication style formed by understanding what can elicit change.

Overall, the art of MI involves creating a safe and supportive environment where patients feel empowered to explore their motivations for change. By using a collaborative and non-judgmental approach, MI can help patients overcome their ambivalence towards change and make positive behavioral changes that can improve their health and well-being.

REFERENCES:

1. Miller, William & Rollnick, Stephen. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change*. New York: The Guilford Press,

2. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140. doi:10.1017/S1352465809005128
3. Crowe, A., & Parmenter, A. S. (2012). Creative Approaches to Motivational Interviewing: Addressing the Principles. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7(2), 124–140. doi:10.1080/15401383.2012.684662

Микола Маєвський

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯК УМОВА ГАРМОНІЙНОГО РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

Фізкультурна освіта в навчальних закладах відірвана від учення, або дуже обмежена цим процесом, тому що витрачаються, в основному, тільки фізичні зусилля учнів. Без інтелектуальних (вміння використовувати аналіз, синтез та ін. на основі пам'яті, сприйняття, мислення тощо) та емоційно-вольових (в першу чергу, отримання задоволення від процесу та результатів фізкультурно-спортивної діяльності) складових — учення не повноцінне, не стимулює розвиток особистості. Педагогічний вплив при цьому має бути глобальним і не примусовим. Тобто фізкультурне учення повинно проходити послідовно, регулярно, системно і, обов'язково, бути достатньо інформаційно забезпеченим, варіативним.

Розглядаючи учення, як вид людської діяльності та процес оволодіння знаннями, вміннями та навичками, можна відзначити певну динаміку психолого-педагогічних теорій людського учення: від натуралістичних моделей до кібернетичного моделювання.

На думку, в організації процесу фізичного виховання треба звернути увагу на асоціативно-рефлекторну теорію учення. В основі цієї теорії лежить положення, яке є підґрунтям сучасної системи фізичного виховання, а саме: 1) особистісно-соціально-діяльнісний підхід; 2) єдність свідомості і діяльності в ученні; 3) ведуча роль свідомості і її вирішальний вплив на активність і продуктивність людського учення [1].

Саме розширення сфери діяльності учнів через мережу спортивних змагань, турнірів, походів тощо — визначає особистісний вибір засобів та форм

фізичного вдосконалення та статус молодого людини в соціумі. Тільки відродження в кожній школі системи спортивно-масових заходів із традиційними тижневими змаганнями із різних видів спорту (наприклад, першість школи з футболу: тривалість 1 місяць, або турнір з волейболу: тривалість: 1 тиждень тощо), найкраще виховує в учнів почуття колективізму, обов'язку та відповідальності.

Стосовно єдності свідомості і діяльності фізкультурного учення — це, на наш погляд, опанування учнями ґрунтовними знаннями основ фізичної культури. Ведуча роль в цьому належить сучасному вчителю (викладачу) фізичного виховання. Використовуючи різні вербальні (повідомлення, коментарі, лекції тощо) та невербальні (показ, наочні стенди, відео та ін.) методи. Треба супроводжувати навчально-мотиваційним коментарем кожен фізичну вправу: як, для чого виконується; її вплив на організм; в яких видах спорту і які спортсмени переважно роблять ці вправи; хто із кінозірок та фото-моделей полюбляє їх та ін.

Отриманні ґрунтовні фізкультурні знання — це суттєвий фактор формування свідомості учня та спонукання до самостійних занять фізичною культурою. Щоби цей процес відбувався активно і продуктивно і учення переросло у самотренування вихованців — повинна існувати чітка організація педагогічного керівництва самостійними заняттями з боку вчителя фізичної культури [2].

Висновок. Засоби та форми фізичного виховання сприяють виникненню у учнів всіх необхідних для успішного учення станів: очікування, активності, змінюваності, повторення, упорядкованості, зворотної інформації тощо — за умови, якщо цей процес організований за певними етапами (мотиваційний, когнітивний, процесуальний та контрольний).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Сидоров А.А., Прохорова М.В., Синюхин Б.Д. Педагогика: Учеб. для студ., асп., преп. и тренеров по дисц. «Физ.культура»: «Терра-Спорт», 2000. — 272с.

2. Шалар О.Г. Педагогічне керівництво самостійними заняттями школярів фізичною культурою: монографія. — Х.: Нове слово, 2004. — 194 с.

Ярослав Ізотов

Науковий керівник: Сергій Пензай

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КОЛОВОГО ТРЕНУВАННЯ В ПРОЦЕСІ ОЗДОРОВЛЕННЯ

У статті авторів Данильченко С.І., Корнієнко Д.С., Мілкіна О.В., Мотуз С.О. розглядаємо вплив на організм різних видів рухової активності (ходьба, біг, їзда на велосипеді, плавання, туризм, скелелазіння) та численних фізичних вправ загально - розвивального характеру, стройових, прикладних, акробатичних вправ завжди привертав увагу вчених у галузі фізичної культури та спорту. Аналіз науково-методичної літератури з проведення навчально-тренувальних та практичних занять з фізичної культури та спортивного тренування з різними категоріями учнівської молоді загальноосвітніх, спортивних шкіл, студентів ЗВО показав, що в навчально-освітньому процесі учнів для розвитку їхніх рухових якостей, а також активізації та вдосконалення роботи з фізичного виховання зараз широко використовуються різні комплексні засоби аеробіки, в тому числі нетрадиційні її види [1].

Однак специфіка навчально-тренувальних занять на заняттях з фізичного виховання зі студентами різних спеціальностей показує, що для їх поліпшення, модернізації та підвищенню ефективності необхідно впроваджувати до процесу навчання різні універсальні форми та методи розвитку рухових здібностей. Найбільш зручними в цьому сенсі вважаються комплексні засоби аеробіки, особливо ті, які є найбільш доступними та простими у виконанні.

На підставі зазначеного проведено дослідження з використанням різних вправ аеробіки для розвитку основних рухових якостей у студенток ЗВО у процесі навчально-тренувальних занять, що проводяться за методом колового тренування [2].

У статті автор Іван Даньшин розглядає фізичні, психологічні, моральні аспекти, необхідні людині для повноцінного життя, за таких умов перебувають у гармонійному поєднанні [3].

Кожен комплекс слід складати з визначенням його спрямування на розвиток певних рухових якостей, з урахуванням навчальних завдань заняття, місця його проведення, пори року, наявності інвентарю тощо, і включати 6–10 вправ, які варіюють залежно від кількості учнів у класах та їх фізичної підготовленості. Вправу одного комплексу слід виконувати на двох заняттях підряд. Деякі комплекси вправ потрібно виконувати на початку основної частини заняття впродовж 20–25 хв, інші – наприкінці основної частини. Кількість повторень кожної вправи комплексу визначається за індивідуальною здатністю учня виконати її максимальну кількість разів за заздалегідь обумовлений час.

Результати виконання комплексу кожен учень фіксує на першому й останньому заняттях. Кожну вправу комплексу слід повторювати 30–60 с. Активний відпочинок після виконання вправи – це перехід до наступного виду рухів, а також страхування партнера та допомога йому. На останньому занятті, де ще застосовується цей комплекс, знову варто провести перевірку максимального тесту.

Отримані результати досліджень. У статті авторів Данильченко С.І., Корнієнко Д.С., Мілкіна О.В., Мотуз С.О. розглядаються оцінки ефективності проведення навчально-академічних занять з фізичного виховання з елементами колового тренування з вересня 2016 по травень 2017 р. було сформовано

2 групи: експериментальна (24 студентки) і контрольна (24 студентки). Заняття в експериментальній групі проводилися у відповідності з розробленою нами програмою фізичної підготовки студенток ЗВО технічного профілю спеціалізації аеробіка.

До першої (підготовчої) частини занять було включено вправи оздоровчої аеробіки тривалістю від 15 до 25 хвилин з використанням трисерійної форми проведення спеціальних вправ: серія в положенні стоячи; бігова або стрибкова серія; партерна (ізольована силова) частина [4].

До другої (основної) частини заняття тривалістю від 40 до 50 хвилин включено розроблені авторами експериментального дослідження комплекси гімнастичних вправ з елементами аеробіки, які сприяють фізичному розвитку основних м'язових груп плечового поясу, рук, ніг, м'язів тулуба, що проводяться за методом колового тренування. Комплекси вправ колового тренування змінювалися через два тижні.

Третя (заклучна) частина занять містила спеціальні вправи на гнучкість (стретчинг), еластичність, розтягування м'язів у поєднанні з вправами на релаксацію та розслаблення, а також дихальні вправи. При використанні фізичних навантажень за методом колового тренування в процесі навчання бралася до уваги фізична (рухова) готовність студенток обох груп до виконання наступного, більш складного комплексу вправ. Для цього на початку та наприкінці експерименту було проведено класичне тестування по визначенню стану рухових якостей у студентів експериментальної та контрольної груп [5].

Тестуванням було визначено показники:

гнучкість – нахил тулубавперед з положення стоячи на гімнастичній лаві (см);

вибухова сила – стрибок у довжину з місця (см);

сила м'язів рук – згинання і розгинаннямрук в упорі лежачи на гімнастичній лаві (кількість разів);

сила м'язів живота – підйом тулуба за 30 с з положення лежачи на спині, руки за головою;

координаційні здібності – зі стійки ноги нарізно, нахил тулуба вперед – гумовим м'ячем описувати вісімку, передаючи м'яч з рук у руки під коліном (кількість виконаних вісімок за 30 с);

почуття рівноваги – із закритими очима, стійка на одній нозі, друга нога зігнута, коліно розгорнуто у бік, руки на пояс.

За час проведення експерименту відзначено позитивні зміни в усіх показниках, які характеризують фізичну підготовленість студенток експериментальної групи на рівні значущості $p < 0,05$.

В той час як у другій статті автор Іван Даньшин розглядає метод колового тренування застосовують у трьох варіантах:

- 1) проходження кола із завданням виконати вправи за домовлений час;
- 2) проходження кола за домовлений час із завданням, повторити кожну вправу з індивідуальним для кожного учня дозуванням;
- 3) проходження кола із завданням виконати вправу за домовлену кількість разів.

Місце, де проводиться заняття із застосуванням методу колового тренування, слід заздалегідь приготувати. Важливе значення при цьому має чітка розмітка у залі або на майданчику [6]. Для виконання вправ потрібно використовувати таблички, плакати, короткий опис вправ. Заняття із застосуванням колового методу тренування починається з шиккування учнів у шеренгу, складання рапорту, привітання, повідомлення завдань уроку. Потім учні виконують загально розвивальні вправи, які можна проводити по-різному (у русі, на місці, в парах).

Зважаючи на те, що при виконанні вправ комплексу колового тренування неможливо дотримуватися поступового збільшення фізичного навантаження для всіх учнів, необхідно ефективно підготувати серцево-судинну і дихальну системи до їх виконання. Це досягається шляхом виконання ЗРВ, тобто спрямованої розминки. Спостереження, проведені на багатьох заняттях із фізичної культури, на яких застосувався метод колового тренування, дають

змогу стверджувати, що найефективніше використовувати його у другій половині основної частини заняття. Треба хронометрувати заняття частіше.

До початку виконання комплексу та відразу після його виконання та через 2 хв після проходження кола всі учні лічать кількість ударів пульсу впродовж 10 с. Одержані показники слід записати. Вчитель має знати анатомо- фізіологічні особливості учнів, закономірності процесу формування рухових навичок [7].

З метою створення сприятливих умов для розв'язання навчально-виховних завдань на заняттях із фізичного виховання застосовуються різноманітні методи організації учнів. Застосування того чи іншого методу залежить від завдань заняття й віку дітей, їх фізичної підготовленості, етапів навчання фізичних вправ, умов, за яких проводиться заняття тощо.

Вимоги щодо вправ для комплексів колового тренування: нескладні вправи з розділу навчальної програми, простота їх виконання, багато повторень. Вправи для комплексів підбираються так, щоб вони не тільки забезпечували послідовність впливу на всі основні м'язові групи, а й ефективно впливали на різні системи організму. Рекомендовано такі орієнтовні вправи для розвитку основних м'язових груп, які треба включити в комплекси колового тренування:

Вправи для розвитку м'язів рук і плечового поясу: згинання та розгинання рук в упорі лежачи, підтягування у висі лежачи хватом знизу, вправи з надувними м'ячами.

Вправи для розвитку м'язів черевного преса: нахили тулуба вперед та прогинання назад із різних вихідних положень, піднімання ніг при фіксованому тулубі, колові рухи тулубом [8].

Вправи для розвитку м'язів спини: нахил тулуба вперед і максимальне випрямлення з додатковим обтяженням, піднімання та опускання ніг у положенні лежачи на грудях, повороти тулуба сидячи на гімнастичній лаві, одночасне та поперемінне піднімання ніг у положенні лежачи на грудях.

Висновки. Отже, порушуючи проблему формування здорового способу життя сучасної молоді, слід також пам'ятати, що компонентом усебічного гармонійного розвитку особистості є фізичне виховання. Причому складовою змісту фізичного виховання визначено формування звички та стійкого інтересу до систематичних занять фізичними вправами. Позитивний вплив фізичних вправ можливий лише за умови їх систематичного виконання, що переростає у звичку й потребу.

Фізичне виховання є важливою складовою в системі освіти та виховання школярів. Вправи аеробіки, які склали комплекси колового тренування, є досить ефективним засобом впливу на оптимізацію та удосконалення навчально-виховного процесу з фізичного виховання у ЗВО та розвитку в студентів рухових здібностей, що проявляються,

по-перше, в силових показниках основних м'язових груп плечового поясу, рук, м'язів тулуба;

по-друге, у розвитку координаційної стійкості, почуття рівноваги, гнучкості та рухливості в суглобових ланках людського тіла, що загалом свідчить про позитивний вплив різних засобів аеробіки на динаміку показників рухових якостей та фізичної підготовленості студенток.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боберський І. Рухливі забави та ігри. Л., 2001. С. 64 – 66.
2. Жадочко Р.В., Соколов Ю.А., Соколов Л.М. Розвиток гнучкості спортсмена. К., 2001. С. 78.
3. Кокарев Б.В., Кокарева С.М. Аналіз фізичного стану та фізичного розвитку студентів 1-2 курсу економічних спеціальностей // Тиждень науки – 2015: зб. тез доп. щоріч. наук.-практ. конф. викладачів, науковців, молодих учених, аспірантів і студентів ЗНТУ, Запоріжжя, 13 – 17 квітня 2015р. В 5 т. Т. 1. Запоріжжя : ЗНТУ, 2015.
4. Кокарев Б.В., Кокарева С.М., Напалкова Т.В. Фітнес-багатоборство STRENFLEX у підвищенні силових якостей та фізичної підготовленості

студентів // Спортивний вісник Придніпров'я: науково-практичний журнал Дніпропетровського державного інституту фізичної культури / гол. ред. В.Г.Савченко. Дніпропетровськ :ДДІФКС, 2015. № 2. С. 82 – 86.

5. Коновалова Л. А., Барашина Г. Я. Фитнес в физическом воспитании студенческой молодежи // Запад – Россия – Восток. 2013. № VII. С. 261–266.

6. Кулагина Е.В., Бурухин С.Ф. Комплексные средства гимнастики в процессе круговой тренировки для развития некоторых двигательных качеств студентов вуза // Ярославский педагогический вестник: Психолого-педагогические науки.– Ярославль: Изд- во ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2012. Т. 2. № 2. С. 133–136.

7. Лінець М.М. Основи методики розвитку рухових якостей. Л., 1997. С. 123.

8. Шиян Б.М., Папуша В.Г. Теорія фізичного виховання. Т., 2000. С. 35.

Дмитро Андрієвський

Науковий керівник: Сергій Пензай

ВИКОРИСТАННЯ МУЗИКИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТРЕНУВАНЬ СПОРТСМЕНІВ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ЦЬОГО В ШКОЛАХ ТА ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Древньогрецький філософ Платон уважав, що заняття гімнастикою без музичного супроводу формує міцну, проте бездушну людину. Поєднання гімнастики з музикою дає змогу виховувати всебічно й гармонійно розвинуту молодь.

Античний історик Плутарх у трактаті «Про музику» відзначає, що в Греції в змаганнях із пеатлону задля стимулювання атлетів музиканти виконували на флейті мелодії, відповідно до виду змагань. Треба зазначити, що в I тис. до н. е. стимулювання виступів атлетів музикою відбувалося на всіх масових змаганнях: Олімпійських, Піфійських, Істмійських, Немейських та інших іграх [1].

Вплив музики пов'язано не з м'язами, які ми тренуємо, а з нашим мозком. На це вказує кілька багато різних досліджень, у яких науковці змогли довести,

що сама думка про рухи нашого тіла підсилює імпульс, який мозок передає м'язам. Тим більше, дослідження показали [4], що думки про тренування дають майже половину такого ж результату, як й справжнє тренування м'язів. Коли ви уявляєте собі рухи певної частини тіла, ви збільшуєте силу сигналу, який передається з мозку до м'язів.

Так що користь від музики існує, а саме:

- музика підвищує ефективність через емоційний канал людини. Певні пісні пов'язані з моментами радості або щастя, і їх прослуховування відкриває емоційні канали, допомагаючи людині розкрити свій потенціал;

- було доведено, що вплив музики залежить також від смаків і схильності самого слухача. Мелодії, які йому суб'єктивно подобаються, сприяють нормалізації артеріального тиску, в той час як музика, яка дратує дає протилежний ефект (звуження судин, перебої серцевого ритму);

- експериментально встановлено, що музика має вплив на серцево-судинну, дихальну, нервову, м'язову, видільну та інші системи людського організму, викликати в них найрізноманітніші і багаторівневі фізико-хімічні реакції, що забезпечують природне життєдіяльність слухача;

- музика здатна заспокоїти, відволікти від неприємних або непотрібних думок, загострити мислення і направити його в потрібне русло, підбадьорити і розвеселити, надихнути на тривалу і напружену розумову або фізичну роботу [2; 3].

Музичний супровід найбільше допомагає у тих видах спорту, які залежать від злагодженості рухів у часі, таких як: веслування або біг. Але найчастіше музику застосовують під час тренувань у спортзалах. Приблизно 80% чоловіків тренуються тільки під важкий рок, тоді як 80% жінок просили поставити щонебудь трохи легше.

Найефективнішим стилем є рок, його різноманітність дуже велика, проте серед усіх цих стилів можна виділити один, найбільш результативно впливає на процес зростання м'язової маси – це стиль хард-рок. Для силових же програм

відмінно підійде акустичне поле важкого металу. Але, просто прослуховувати композиції таких жанрів на тренуванні буде недостатньо. Для максимального ефекту необхідно створити для себе плейлист з приблизно однотипними хітами. Причому однотипність їх повинна виражатися як в темпі, так і в настрої самої композиції.

Виявлено, що рок-музика знижує больовий поріг у культуристів. За статистикою, в більшості випадків спортсмен припиняє вправу не від граничної втоми, а від того що відчуває нестерпний біль в працюючому м'язі. Спроби подолати цей біль волевим зусиллям може не дати бажаного результату. Правильно підібрана музика, на думку фахівців, здатна додати в підході ще 2-3 граничних повторень.

Оскільки музика є ритмічним і емоціогенним подразником, вона викликає позитивні емоції та підсилює ефективність працездатності, завдяки своєчасному додаванню м'язових зусиль.

Отже, одним із дієвих засобів, що сприяють досягненню цілей підвищення ефективності є функціональна музика, яка призвана стимулювати робочі функції та психічний стан учнів в процесі занять. Вона вимагає до себе серйозних відносин з боку фахівця, бажаючи використовувати її у своїй практиці. Функціональна музика описується на сучасному технічному прогресі та відкриває їм широкі можливості різноманітних способів перекладу необхідних музичних зворотів практично на будь-якому місці занять фізичними вправами. При цьому треба враховувати, що для забезпечення підвищення працездатності учнів, звучання музики повинно бути чистим, ясним і не спотвореним.

Проведені експериментальні дослідження показали, що при використанні функціональної музики, озвучені спортивні заняття треба чергувати з заняттями, що проводяться в звичайних умовах. Це дозволяє складати порівняльні спостереження, як тренерам, так і самим учням, попереджаючи музикальне перенавантаження, вносити в тренувально-навчальний процес

різноманітність та даючи можливість переглядати в звичайних умовах ті педагогічні завдання, вирішенням яких музика заважає.

Багаторічний досвід застосування музики на заняттях фізичною культурою та спортом у школах різних європейських країн свідчить про те, що музику не раціонально застосовувати протягом усього уроку (45 хв). Вона має лунати в підготовчій частині 6-10 хв, основній частині (у разі її відповідності до запропонованої учителем програми), на коротких етапах 5-8 хв і в заключній частині заняття до 3-5 хв [1].

Досвід учителів, які застосовують музику на уроках, та рекомендації науковців свідчать про те, що оптимальна тривалість використання музичної програми для уроків фізкультури може бути в межах 1,5–2 місяці за умови, що вони проводяться тричі на тиждень. Інакше учні втрачають інтерес до цієї музики й вона не викликає в них нових позитивних емоцій і не стимулює належним чином до рухової діяльності.

Незалежно від змісту й типу уроку фізичної культури, він починається з підготовчої частини, яка спрямована на організацію учнів до заняття, підготовку до виконання рухових дій і більш високих фізичних навантажень в основній її частині. На цьому етапі уроку виконують ходьбу та біг. Різноманітні варіанти ходьби доцільно здійснювати під мелодію маршу в розмірі єдиною у всіх голосах ритмічною структурою, що надає ходьбі особливу чіткість.

Біг супроводжується музикою. ЗРВ з предметами (м'ячі, обручі, прапорці, булави й ін.) і без предметів із широкою амплітудою рухів виконуються під музику трьохдольного розміру (типу вальсу) у темпі 50–100 ударів метрономом за 1 хв. Різноманітні стрибки та підстрибування на місці й у русі на одній та обох ногах супроводжуються танцювальною музикою. Невисокі стрибки й підстрибування виконуються під музику типу польки, а високі та широкі стрибки – під музику гавоту [1].

Найбільш доцільно застосувати музику, коли учні виконують нескладні за структурою рухи циклічного характеру: біг на середні дистанції, тривалу

ходьбу, плавання, катання на ковзанах й ін. У цьому випадку головна роль музики – затримати процес стомлення від монотонної фізичної праці, зробити її емоційно приємною та стимулювати рухову діяльність учнів.

Результати дослідження показали, що 97% респондентів другого курсу написали, що їм подобається використання музичного супроводу на заняттях, лише 3% вказали, що їм все одно. Було відзначено також, що музичний супровід має бути різним за інтенсивністю в різних частинах заняття – 89%, і тільки 11% вважають, що достатньо вмикати музику тільки на розминці.

За стилем відзначають різні напрямки, головне, щоб музика їм подобалася. Багато студентів відзначили, що заняття з музичним супроводом прискорюють процеси оволодіння технікою руху руху – 86%, підвищують інтерес до занять – 65% покращують настрій – 59%, сприяють розвитку координації рухів – 58%, підвищення працездатності – 47%, виховують почуття ритму – 43%.

Висновки. Отже, проаналізувавши науково-методичну літературу та досвід фахівців можна зробити такі висновки. Музичний супровід у спортивній та фізкультурній діяльності використовується не тільки як фон. Музика є ритмічним і емоціогенним подразником.

Впливаючи на емоційний стан, вона ритмічно регулює рухи, допомагає тим, хто займається орієнтуватись у просторі, сприяє більш правильному виконанню вправи, надає рухам виразності, емоційного забарвлення, дозволяє оцінити власні дії. Тому музичний супровід використовується не тільки як фон, а як фактор ритму, таким чином музика задає темп виконання вправ та сприяє розвитку відчуття ритму, що сприяє підвищенню емоційного стану, більш якісному виконанню фізичних вправ, підвищує рухову активність, позитивно впливає на розвиток естетичних почуттів, значною мірою сприяє ефективності виконання вправ, знижує ступінь втомленості в процесі виконання вправи та після заняття.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вільчковська А. Особливості інтеграції музики й рухової діяльності у процесі фізичного виховання, Університет Яна Кохановського в Кельцях, Філія в Пйотркуві Трибунальському, Польща, 2019. С. 12–15.
2. Круглянський О., Кравчук Т. Використання музичного супроводу в навчально-тренувальному процесі студентів факультету фізичної культури, що спеціалізуються з тхеквондо, Харківський національний педагогічний університету імені Г.С. Сковороди, 2010. С. 48–49.
3. Стеффорд Т. Чи допомагає музика займатися спортом?, 2017. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/vert-tra-40530130>
4. Vinoth K Ranganathan, Vlodek Siemionow, Jing Z Liu, Vinod Sahgal, Guang H Yue, From mental power to muscle power--gaining strength by using the mind. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14998709/>

Сергій Пензай

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Сучасна соціально-економічна ситуація в країні та в системі освіти складається таким чином, що традиційні форми освіти і моделі навчання не можуть у повному обсязі задовольнити потреби в освітніх закладах. Виходом з даної ситуації є пошук нових форм освіти, однією з яких стало дистанційне навчання.

Швидкий і систематичний розвиток інформаційних технологій зробило актуальною проблему модернізації та вдосконалення системи освіти. Суть такої модернізації особливо актуальна в концепції дистанційної освіти, перед якою, завдяки Інтернету, відкриваються нові можливості і перспективи розвитку. Для повноцінного використання засобів дистанційного навчання потрібно розв'язати низку проблем. Також фізичне виховання одне з складових фізичного здоров'я і системи освіти в цілому.

У зв'язку з браком часу, у студентської молоді не завжди є можливість систематично займатися фізичною культурою під керівництвом викладача, а знань для самостійних занять не вистачає. У таких випадках незамінна дистанційна форма навчання, завдяки якій студент може займатися в будь-який вільний час і практично в будь-якому місці. Дуже часто першокурсники вважаючи себе дорослими не розуміють, що крім прав, ще є і ряд обов'язків, які вступивши в доросле життя вони повинні виконувати самостійно. Це одна з проблем, яка чинить серйозний вплив на можливість впровадження дистанційної форми навчання [2, с.44].

Ціль дослідження. Визначити можливості дистанційного навчання в галузі фізичної культури, визначити особливості використання методів дистанційного навчання під час викладання фізичної культури. Вивчити стан застосування технологій дистанційного навчання на сучасному етапі розвитку освіти, а також визначити особливості використання засобів дистанційного навчання під час викладання фізичного викладання. Сформулювати переваги дистанційного навчання з фізичного виховання у ЗВО, визначити недоліки дистанційного методу навчання, провести порівняльну характеристику між дистанційним і очним навчанням.

Результати дослідження. Дистанційне навчання – це здебільшого заочне навчання із сукупністю сучасних технологій, які доставляють інформацію в інтерактивному режимі від викладачів до студентів за допомогою використання інформаційно-комунікаційних технологій. Основними принципами дистанційного навчання є, надання студентам можливості самостійного освоєння досліджуваного матеріалу, а також консультативний супровід з боку викладача.

На сьогодні існують дві часові форми передачі електронної інформації в інтернеті: online – комунікація "в реальному часі", offline- комунікація "не в реальному часі". Відповідно дистанційні технології навчання поділяються на

online-технологію навчання і offline-технологію навчання. Прикладом першої є відео-інтернет-конференц-зв'язок, а другої – чат чи електронна пошта [6, с.1].

Нині комп'ютери стали невід'ємною частиною у навчальному процесі. Однак, як зазначила С.О. Сисоєва, "усвідомлюючи, що проблема комп'ютеризації сьогодні стала життєво необхідною, слід замислитися над тим, чи ми не помиляємося, не порушуємо співвідношення особистісно-гуманного і технологічного, не підміняємо при цьому знання інформованістю, не розриваємо цінні зв'язки вчителя й учня?" [4, с. 87].

Тому доцільно творчо поєднувати інформаційно-комунікативні технології з традиційними, а саме зустрічі з викладачем, живі консультації, чи здача нормативів, яка дуже важлива для дисципліни фізичного виховання.

На думку А.В. Сущенко, спрямованість навчання на використання інформаційних комп'ютерних технологій як високоефективного способу навчання не лише забезпечує підвищення рівня професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної культури та спорту, а й суттєво впливає на їхню мотиваційну сферу, зумовлюючи формування пріоритетних професійних і навчально-пізнавальних мотивів навчання, що забезпечують успішність опанування професійними знаннями і вміннями [5, с. 104].

Тому слід розглядати використання сучасних інформаційно-комунікативних технологій як важливу складову фундаментальної підготовки кваліфікованого фахівця з фізичної культури та спорту. В. Ю. Биков у монографії «Моделі організації систем відкритої освіти» виділяє такі різновиди дистанційного навчання:

- дистанційне навчання – форма організації і реалізації навчально-виховного процесу, в якому його учасники (суб'єкти навчання) здійснюють навчальну взаємодію принципово і переважно екстериторіально;

- традиційне дистанційне навчання – різновид дистанційного навчання, за яким учасники й організатори навчального процесу здійснюють взаємодію переважно асинхронно у часі, значною мірою використовуючи як транспортну

систему постачання навчальних матеріалів та інших інформаційних об'єктів системи поштового, телефонного або телеграфного зв'язку;

- е-дистанційне навчання (е-ДН) – різновид дистанційного навчання, за яким учасники й організатори навчального процесу здійснюють переважно індивідуалізовану взаємодію як асинхронно, так і синхронно у часі, переважно і принципово використовуючи електронні транспортні системи постачання навчальних матеріалів та інших інформаційних об'єктів, комп'ютерні мережі Internet / Intranet, ІКТ [1, с. 684].

Мета дисципліни фізичного виховання у ЗВО – формування професійних компетенцій студентами як практичного, так і теоретичного характеру, опанування великою базою теоретичних знань, засвоєння практичних умінь та навичок, формування здібностей до самонавчання й самоконтролю, самопідготовки та самоадаптації. Застосування технологій дистанційного навчання під час викладання фізичної культури повинно відбуватись у двох напрямках:

- при засвоєнні теоретичного розділу навчальної програми з дисципліни (лекції, тестування) з використанням як традиційних засобів навчання, так і засобів ІКТ;

- при засвоєнні практичного розділу (проведення практичних занять) із застосуванням традиційної структури навчально-тренувального заняття, традиційних засобів фізичного виховання та інноваційної структури навчально-тренувального заняття [3, с. 33].

Під час засвоєння теоретичного розділу можна використовувати: кейс-технології (набір навчально-методичних матеріалів в PDF форматі чи в Word документах, CD-ROM, аудіо- та відеоматеріали, тверді копії навчальних посібників, що передаються або пересилаються студенту для самостійного вивчення з періодичними консультаціями у призначений йому час з викладачем); TV-технології (телевізійні лекції); мережеві технології (використання локальних і глобальних мереж таких як Office, Skype, Zoom,

Mind, Google Meet, для забезпечення студента навчально-методичним матеріалом і для інтерактивної взаємодії викладача і студента або групи студентів між собою).

При засвоєнні практичного та контрольного розділів програми повністю змінюється характер взаємодії між викладачем і студентом. Також в процесі практичної діяльності студента із фізичної культури значення технологій дистанційного навчання знижується до мінімуму, тому для здачі певних нормативів слід відвідувати спортивний комплекс у вищому навчальному закладі, або, якщо це можливо, проведення практичних занять через відеоконференцію за допомогою зручних для використання мережевих технологій, які були перераховані вище.

Характерними рисами дистанційного навчання є:

1. Гнучкість – студенти в основному не відвідують регулярних занять, а працюють у зручний для себе час, в зручному місці і в зручному темпі.

2. Модульність – в основу програм дистанційного навчання покладено модульний принцип. Кожен окремий курс створює цілісне уявлення про певну наочну область. Це дозволяє з набору незалежних 46 курсів-модулів формувати навчальну програму, що відповідає індивідуальним або груповим принципам.

3. Нова роль викладача – на нього покладаються такі функції, як координування пізнавального процесу, коректування викладацького курсу, консультування при складанні індивідуального навчального плану занять.

4. Спеціалізований контроль якості – в якості форм контролю, замість класичної форми, може застосовуватися дистанційно організована здача контрольних нормативів, співбесіду, звіт в письмовій формі про виконану роботу.

Схарактеризуємо переваги дистанційного навчання.

- Технологія дистанційного навчання - це сукупність методів, форм і засобів взаємодії з учнем у процесі самостійного, але контрольованого освоєння їм певного масиву знань. У порівнянні з традиційним основна відмінність

дистанційного навчання полягає в тому, що головна опора робиться на самостійну роботу студентів.

- Нові технології дозволяють зробити візуальну інформацію яскравою і динамічною, побудувати сам процес освіти з урахуванням активної взаємодії студента з навчальною системою. Використання звуку, відео робить курси дистанційного навчання повноцінними і цікавими.

- Можливість навчатися віддалено від місця навчання, не покидаючи свій будинок. Це дозволяє сучасному студенту займатися фізичним вихованням у зручний для нього час, індивідуально підходити до вибору навантаження, а також поєднувати роботу з навчанням.

Недоліки дистанційного навчання:

1. Відсутність прямого живого спілкування між студентом та викладачем.
2. Неможливість виправлення помилок які виникають в процесі виконання фізичних вправ.
3. Необхідно мати персональний комп'ютер, ноутбук чи смартфон та доступ в Інтернет. Необхідно мати постійний доступ до джерел інформації.
4. Високі вимоги до формулювання завдання на навчання, складність мотивації слухачів.
5. Для дистанційного навчання необхідна жорстка самодисципліна, а його результат безпосередньо залежить від самостійності і свідомості студента.
6. Відсутній постійний контроль над студентами
7. Висока трудомісткість розробки курсів дистанційного навчання. Один зі шляхів розв'язання цієї проблеми це пошук і використання наявних відео та аудіо файлів, використання методів поступового ускладнення дистанційних курсів [2, с. 47].

Висновки.

1. Дистанційна форма навчання краще, ніж повністю відсутність навчання.

2. З основних недоліків дистанційного навчання є те, що для цих дисциплін важливий контроль техніки, інтенсивності виконання вправ та контроль за фізичним станом та самопочуттям.

3. Також важливо дозування, та індивідуальний підхід (врахування статі, фізичної підготовленості та стану здоров'я).

4. Застосування технологій дистанційного навчання при викладанні фізичної культури повинно відбуватись у двох напрямках: при засвоєнні теоретичного розділу навчальної програми з дисципліни з використанням як традиційних засобів навчання, так і засобів інформаційно-комунікативних технологій; під час засвоєння практичного розділу студент повинен відвідувати вищий навчальний заклад і може використовувати програми для відеоконференції, проте в процесі практичної діяльності студента із фізичного виховання значення технологій дистанційного навчання знижується до мінімуму.

5. Виявлено основні складові дистанційного навчання, до структури яких входять: кейс-технології, TV-технології, мережеві технології.

6. В нашій країні (з нестабільною економікою, розшаруванням суспільства на багатих і бідних) кожен повинен мати можливість отримати освіту. Відсутність необхідної комп'ютерної техніки і налагоджених сучасних технологій для всіх диктує необхідність очної форми навчання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Биков В. Ю. Моделі організаційних систем відкритої освіти: [монографія]. К. : Атіка, 2009. 684 с.

2. Костюкевич В.М. Актуальні проблеми дистанційного навчання з фізичної культури у вищих навчальних закладах // Науково-методичний журнал. №1. 2017. С.44–47.

3. Ладика П., Шандригось Г., Шандригось В. Особливості застосування дистанційного навчання під час викладання спортивно-педагогічних дисциплін // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві:

збірник наукових праць. Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка. 2015. № 3 (31). С. 33.

4. Сисоєва С.О. Педагогічні технології творчого розвитку особистості: проблеми і суперечності // Матеріали Міжнародної наукової конференції "Творча особистість у системі неперервної професійної освіти" / За ред. С.О. Сисоєвої і О.Г. Романовського. Харків: ХДПУ, 2000. С.84–90.

5. Сущенко А.В. Інформаційно-комунікаційні технології і засоби навчання в професійній підготовці майбутніх фахівців фізичного виховання і спорту // Вісн. Запоріз. нац. ун-ту. 2012. № 1 (7). С. 104–111.

Ярослав Заставнюк

Науковий керівник: Сергій Пензай

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ З ФІЗКУЛЬТУРИ СТУДЕНТАМИ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Фізичне виховання студентів – складова частина освіти, що сприяє формуванню особистості майбутнього фахівця у процесі становлення його професійної компетенції. Зміст фізичного виховання студентів охоплює цілеспрямовану дію на фізіологічні системи організму, вдосконалення психофізичних, моральних та вольових якостей, на ментальну та емоційну сфери життя студентів [2; 5].

Самостійна підготовка студента передбачає не тільки заняття фізичними вправами, але й виховання необхідних спортсмену якостей, як воля, характер, працьовитість, придбання знань в області тренування, тощо. Багаторічна підготовка містить у собі фізичну, технічну, тактичну, теоретичну і морально-вольову підготовку. Розвиток і виховання основних фізичних якостей, їхніх компонентів – одна з основних частин самопідготовки студента [3, с. 105]. Самостійні заняття відрізняються від навчальних нерідко значно вужчим змістом (наприклад, комплекс індивідуальної гімнастики) і менш складною структурою.

Методичні принципи які необхідні при проведенні самостійних тренувальних занять: свідомість і активність, систематичність, доступність і індивідуалізація, динамічність і поступовість.

Основними формами самостійних занять фізичними вправами є:

- виконання домашніх завдань з теоретичної підготовки, оволодіння рухами (руховими діями), вдосконалення рухових якостей;
- щоденна ранкова гігієнічна гімнастика (зарядка);
- спеціалізована зарядка (домашнє тренування);
- заняття в спортивних секціях і групах за індивідуальними планами (під контролем тренера, викладача, інструктора);
- індивідуальні тренувальні заняття з виду спорту;

- участь в різних спортивних змаганнях і фізкультурно-оздоровчих заходах;
- вправи протягом навчального (робочого) дня;
- спеціальні розминки перед змаганнями або основною частиною тренувальних занять в спортивній секції та ін.;
- виконання вправ і комплексів з лікувальної фізичної культури з метою усунення залишкових явищ після перенесених захворювань.

Розглянемо декілька з поданих форм занять:

Ранкова гігієнічна гімнастика, яку варто щодня включати в розпорядок дня всім студентам. У комплексі ранкової гігієнічної гімнастики треба виконувати вправи «локального» характеру (наприклад, обертання кистями рук) повинні чергуватися з рухами, що включають в роботу великі м'язові групи (наприклад, обертання тулубом) [1, с. 155];

- дихання під час виконання вправ повинно бути ритмічним і спокійним (уривчастість дихання – ознака перевищення необхідного навантаження); амплітуду рухів, їх швидкість і інтенсивність необхідно збільшувати поступово від початку заняття до його закінчення;

- комплекси ранкової гімнастики необхідно періодично міняти, але не частіше ніж через 3-4 тижні; не слід перевантажувати комплекс великою кількістю вправ, використовувати вправи з обтяженнями; ленний біг (2-3 хвилини).

Вправи протягом навчального (робочого) дня повинні бути орієнтовані на підтримку зосередження уваги, засвоєння матеріалу, попередження і зняття розумового стомлення, підтримання працездатності. Виконуються в режимі 8-10 хвилин після кожної пари занять у вигляді невеликих комплексів, що складаються з 3-5 вправ на різні групи м'язів: напруга м'язів ніг, рухів в шийному відділі хребта, розминки кистей рук і фаланг пальців і т.д.

Структура самостійних тренувальних занять включає в себе розминку, основну і заключну частину.

Розминка складається з простих вправ, які спрямовані на розігрів м'язів і готують їх до подальшої фізичному навантаженні. Зазвичай застосовуються біг, ходьба, нахили, присідання, випади і безліч інших елементарних розігріваючих вправ.

Основна частина – це і є саме тренування. Вона може бути, як простою, так і складною. Просте тренування включає один вид діяльності, наприклад, силові вправи. Складне тренування являє собою різноманітні вправи. Основна частина – це найдовша частина самостійної тренування і зазвичай вона займає близько 70% від загального часу.

У заключній частині тренування організм потрібно привести в рівновагу і розслабити м'язи, зазвичай для цього використовують повільний біг і вправи на розслаблення [5].

Самостійні тренувальні заняття можуть включати в себе: оздоровчу ходьбу, оздоровчий біг, оздоровче плавання, ритмічну гімнастику, атлетичну гімнастику, зимові види спорту (ходьба на лижах, біг на ковзанах), заняття з використанням тренажерів.

Нижче наведені основні правила проведення самостійних занять фізичними вправами.

1. Перш ніж приступити до тренувань, слід оцінити свій стан здоров'я, визначити ступінь фізичної підготовки і кінцеву мету, яку хотілося б досягти.

2. Не варто розраховувати на високий результат за короткий час. Поспіх приводить до перевтоми організму і перевантажень. Можливо, тягне за собою травми.

3. Фізичні навантаження повинні бути адекватними, тобто відповідати силам, тому їх складність слід підвищувати поступово, контролюючи реакцію організму на них.

4. Бажано скласти план тренувань. Слід опрацювати всі групи м'язів, а також пам'ятати, що за допомогою регулярних тренувань можна розвинути такі

якості, як швидкість, сила, гнучкість, витривалість і т. д.. Це допоможе досягти успіхів в обраному виді спорту.

5. Якщо настає перевтома, то на наступних тренуваннях навантаження треба знизити.

6. Якщо відчули нездужання або якісь відхилення в стані здоров'я, то слід припинити тренування, і негайно порадитися з викладачем фізичної культури або лікарем.

7. Рекомендується проводити тренування на свіжому повітрі, залучати до тренувань друзів або членів сім'ї [4].

На підставі дослідження, можна зробити наступні висновки:

1. Факторами підвищення рівня фізичної підготовленості студента є: систематичні заняття фізичною культурою і спортом.

2. На початкових етапах самостійних тренувань, заняття повинні носити комплексний характер, тобто сприяти розвитку всього комплексу фізичних якостей, зміцненню здоров'я.

3. Слід завжди пам'ятати, що без необхідного базового рівня загальної фізичної підготовленості не можливе досягнення вагомих успіхів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боднар І.Р. Фізичне виховання студентів з низьким рівнем фізичної підготовленості: автореф. дис. канд. наук з фізичн. вих. і спорту. Луцьк, 2000. 19 с.

2. Соломонко В .В., Пацевко А. Й., Приставський Т.Г., Стахів М.М. Можливі напрямки підвищення якості фізичного виховання у ВНЗ освіти // Тези доповіді V всеукраїнської науково-практ. конференції "Роль фізичного виховання і спорту в здоровому способі життя". Львів, 2001. 144 с.

3. Теорія і методика фізичного виховання. Підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту / Під ред. Т.Ю. Круцевич. К.: НУФВСУ «Олімпійська література», 2008. Т. 2. С. 155–319.

4. Матеріали сайту <http://www.tocci.ru/studentam/v-pomoshch-studentu/937-osnovy-metodiki-i-organizatsiya-samostoyatelnykh-zanyatij-fizicheskimi-uprazhneniyami.html>.

5. Матеріали сайту https://phsreda.com/ru/article/53601/discussion_platform.

Гінкул Вероніка

Науковий керівник: Сергій Ільченко

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Окрім впливу на продовольчу безпеку країн та економічні наслідки війни, важливо приділити значну увагу впливу подій сьогодення на здоров'я людей. Говорити треба і про ментальне і про фізичне здоров'я. Тому, що проблеми, які людина отримує під час війни можуть впливати на неї усе життя і не зникнуть магічним чином одразу після перемоги [1].

Першим фактором негативного впливу військових дій на здоров'я людей можемо виокремити екологічні забруднення. Російська збройна агресія призводить до жахливих наслідків таких як, забруднення водоймищ і підземних вод, масові пожежі, просідання ґрунту, псування та знищення природно-заповідного фонду, забруднення атмосферного повітря. Переважна частина обстрілів припадає на об'єкти промисловості та населені пункти. Під час детонації ракет та артилерійських снарядів всі речовини (чадний газ, вуглекислий газ, бурий газ, закис азоту, діоксид азоту, формальдегід, токсична органіка) проходять повне окиснення, а продукти хімічної реакції виходять в атмосферу. В атмосфері оксиди сірки та азоту спричиняють кислотні дощі, що мають негативний вплив і на організм людини, впливаючи на стан слизових тканин та органів дихання. Металеві уламки снарядів, що потрапляють у довкілля також не є цілковито безпечними. Найбільш популярний метал у виробництві оболонки боеприпасів є чавун з домішками сталі. Ці речовини потрапляючи до ґрунту можуть мігрувати до стічних вод і в результаті потрапляти у харчові ланцюги, вливаючи і на тварин, і на людей. Також внаслідок потрапляння цих речовин у ґрунт може відбуватися забруднення харчових продуктів, які

призначенні для споживання людиною. Майже всі небезпечні хімічні сполуки при попаданні в організм можуть викликати отруєння, хімічні опіки та серйозні захворювання [2].

Ще одним критичним наслідком війни є погіршення психічного стану українців. Переживання військових подій, драматична втеча, переживання за своїх рідних та близьких – дуже великий стрес для тіла і психіки. Страх, смуток, відчай, розлади сну, можуть бути ознаками прогресувань серйозних психічних захворювань [3]. Через війну професійна допомога знадобиться близько 15 мільйонам громадян, з них 3-4 мільйони будуть потребувати медикаментозного лікування. На даний момент за допомогою психіатрів та психологів звернулися близько 650 тисяч українців. Через пережиту емоційну напругу, спричинену війною, населення може постаріти на 10-15 років. Темпи імунізації населення значно сповільнюються, це значно ускладнює ситуацію. Найбільш поширенішими невдовзі стануть – діабет, астма, артрити, захворювання серцево-судинної системи та онкологічні захворювання. Спочатку через пандемію, а тепер і через війну люди почали рідше звертатися до лікарів з профілактичними цілями. В результаті цього багато хвороб виявляються на пізній стадії протікання, а це впливає на якість і час лікування. Крім того, за даними МОЗ через 5-7 років прогнозують зростання і посилення кількості наркотичної, алкогольної та інших залежностей [4].

Ще один вплив війни, який відчули майже усі на собі, це – порушення режиму сну. Наразі є декілька порушень. Перше – це пряме, безумовне порушення, яке відбувається коли людина знаходиться безпосередньо в укритті і над нею пролітають ракети. А друге це, коли людина знаходиться в безпечному місці, але регулярно чує повітряну тривогу. Хтось не може заснути, хтось має поверхневий сон і прокидається посеред ночі, хтось почав спати більше ніж раніше. Тривогами з третьої ночі і до п'ятої ранку ритм організму сильно збивається, а порушення сну в цей період найбільш негативно впливають на організм.

Так що ж робити щоб зазнати мінімальної шкоди своєму здоров'ю і продовжувати далі активно вести здоровий спосіб життя? Ось декілька порад:

- Слідкувати за перебуванням у безпечних від радіаційно і хімічно-забруднених місць;
- Вживати корисні продукти, ретельно мити фрукти та овочі перед вживанням та термічно обробляти м'ясо;
- Пити тільки чисту, фільтровану воду;
- Робіть ранкову зарядку, більше рухайтесь впродовж дня;
- Більше гуляйте і проводьте час на свіжому повітрі, під сонячними променями;
- Не стримуйте емоції;
- Спілкуйтеся та проводьте більше часу з рідними;
- Не відмовляйтеся від рутинних справ, якщо є така можливість;
- Навчитися концентруватися на диханні;
- Спробуйте практикувати йогу;
- Робіть розтяжку та руханки у сховищі;
- Спробуйте облаштувати нову локацію для сну у безпечному місці та дотримуйтесь правил правильного освітлення під час доби;

Якщо ж ви не реагуєте на повітряну тривогу, можете купити беруші, щоб не чути сторонні звуки.

Крім того, нас сильно засмучує ситуація, що зараз серед молоді поширена своєрідна бравада, коли підлітки з метою самоствердження починають вживати алкоголь та наркотичні речовини, і вихвалятися тим, наскільки вони круто справляються і без здорових образів життя. Але нам не завжди буде по 18 і через деякий час нехтування своїм здоров'ям дасть про себе знати. Одна із найпоширеніших причин вживання алкоголю у молоді – для того, щоб поліпшити вечірку чи святковий захід зробити її більш веселими і емоційними. Переважно підлітки починають вживати алкоголь та заборонені речовини, коли стають більш самостійними і проводять більше часу у компаніях друзів.

Дослідження показало, що вживають частіше дівчата для того, щоби подолати внутрішній дискомфорт, підбадьорити себе та позбутися поганого настрою. Досить прикро що у той час коли молодь має отримувати освіту і просувати нашу країну на світових аренах, тим паче у такий важкий час, вони марнують своє здоров'я і життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. <https://www.unian.ua/economics/agro/viyana-v-ukrajini-2022-yak-viyana-vpline-na-prodovolchu-bezpeku-svitu-novini-11785494.html>
2. <http://www.golos.com.ua/article/360514>
3. <https://life.pravda.com.ua/society/2023/02/27/253094/>
4. <https://texty.org.ua/articles/108997/jak-vijna-vidobrazhayetsja-na-mentalnomu-zdorovyi-ukrayintsiv/>

Василь Мунтян

Науковий керівник: Галина Гончар

СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ТА КОМУНІКАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ТА СПОРТІ

Одне з головних завдань сучасної науки – продовження людського життя. Здоров'я людини в сучасному суспільстві є найвищою цінністю і залежить від цілого ряду об'єктивних і суб'єктивних факторів. Найважливішим завданням виховання і освіти підростаючого покоління, вирішальною умовою формування нового рівня культури населення є цілеспрямоване й інтенсивне освоєння дітьми й молоддю цінностей культури [3].

Впровадження мультимедійних систем у процес фізичного виховання студентів розглядається як найважливіший напрямок науково-технічного прогресу в області інтенсифікації й індивідуалізації навчання.

При розробці й впровадженні інформаційно-методичних систем у процес фізичного виховання необхідно враховувати об'єктивні й суб'єктивні організаційно-педагогічні умови.

Об'єктивні умови – професіоналізм викладача в умовах інформатизації педагогічного процесу; організація корекційно-профілактичних заходів з використанням комп'ютерних технологій; матеріально-технічне забезпечення.

Суб'єктивні умови – наявність валеологічних знань і педагогічного моніторингу; потреба у фізичному вдосконаленні, оптимізація рухової активності; планування життєдіяльності [1].

У наш час усе більш актуальним стає принцип оздоровчої спрямованості занять фізичною культурою. Здоров'я людини належить до глобальних проблем сучасності, у якій наявне найбільш загострене протиріччя: витрати цивілізації не могли негативно не відбитися на стані здоров'я сучасної людини.

Один з найбільш перспективних напрямків, що дозволяють суттєво підвищити ефективність фізкультурно-оздоровчої діяльності – особиста зацікавленість кожної людини в зміцненні свого здоров'я. І завдання фахівців, які працюють в області оздоровчої фізичної культури – пробудити зацікавленість у формуванні здорового способу життя. У вирішенні цього завдання велику допомогу може надати і надає комп'ютерна техніка.[3].

Розроблена Н.А. Колосом, інформаційно-методична програма «Гармонія тіла» призначена на виконання наступних функціональних завдань:

- зберігання даних про користувачів програми, тобто необхідну особисту інформацію, параметри фізичного розвитку, геометрії мас, фізичної підготовленості;

- зберігання архіву інформації про фізичний стан досліджуваного контингенту з метою аналізу динаміки цих показників для внесення корективів у фізкультурно-оздоровчий процес.

Даний програмний продукт дозволяє індивідуалізувати процес фізичного виховання студентської молоді, надаючи йому характеру стійкого цілеспрямованого й ефективного процесу пізнання, а також формувати стійке мотиваційно-ціннісне ставлення до фізкультурно-оздоровчих занять, розширює можливості реалізації сучасних оздоровчих технологій у тренувальному

процесі студентів і дозволяє представити його у вигляді замкненої системи керування із включенням елементів самоконтролю.[2].

Сучасні інформаційні технології у фізичному вихованні дозволяють вийти на більш якісний рівень забезпечення здорового способу життя студентської молоді. Комп'ютерні та інформаційні системи є ефективним джерелом популяризації та пропаганди здорового способу життя.

Незважаючи на наявність широкого спектра комп'ютерних програм для розв'язання завдань фізичного виховання в навчальному процесі, використання інформаційних технологій у сфері «Фізична культура і спорт», вимагає більш поглибленого й практичного вивчення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кашуба В. А. Использование компьютерных технологий в процессе физического воспитания студенческой молодежи / В.А. Кашуба, К.Н. Сергиенко, Н.А. Колос, А.И. Алёшина // Молодіжний науковий вісник : зб. наук. праць. – 2007. С. 16-23 с.

2. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді. Посібник. / Т.Ю. Круцевич, М.І. Воробйов, Г.В. Безверхня. – К.: Олімпійська література, 2011. – 224с.

3. Сущенко Л. П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини/ Запоріж. держ. ун-т. – Запоріжжя, 1999. – 308 с.

*Лариса Сидорчук, Олег Хомко, Руслан Сидорчук
Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк*
**ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ, ЯК
ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ**

Резюме. У статті розглядаються переваги та недоліки застосування технології інтерактивного навчання, як засобу реалізації особистісно орієнтованого навчання в процесі вивчення хірургічних дисциплін. Висвітлюється процес наближення навчання до реальної практичної діяльності майбутнього спеціаліста.

Ключові слова. ситуаційна вправа, кейс метод, технологія навчання, інтерактивний метод.

Майбутній спеціаліст має бути підготовленим до активної творчості, професійної і соціальної діяльності, яка б сприяла прогресу суспільного розвитку. Він повинен вміти самостійно здобувати нові знання, контролювати і корегувати зроблене, має мати розвинуту потребу в професійному самовдосконаленні, повинен бути ефективним в зміні знань та технологій, має вміти мислити, приймати рішення, діяти в нових складних професійних ситуаціях, бути конкурентоспроможним в сучасних умовах.

В цьому ключі завдання професійної підготовки особистості – створення в навчальних закладах адекватних умов, які б сприяли активізації вищих потреб студентів.

Підвищення конкурентоспроможності молоді на ринку праці визначається в першу чергу рівнем професійної придатності та професійною підготовкою в умовах навчального закладу.

Основна частина. Сучасний етап розвитку вищої освіти в Україні характеризується входом в освітній процес країн Європи, що зумовлює удосконалення педагогічного процесу, пошук нового в теорії та практиці навчання та виховання майбутніх спеціалістів. Цей процес не може бути стихійним. Він потребує управління та використання інноваційних технологій.

Поняттям «інновація» позначають нововведення, новизну, зміну. Стосовно педагогічного процесу інновація означає введення нового в цілі, зміст, форми і методи навчально-виховної діяльності педагога і студентів [2,163-168].

Інноваційне навчання зорієнтоване на динамічні зміни в сучасних умовах глобалізації та науково-інформаційного вибуху. Навчальна та освітня діяльність ґрунтується на різноманітних формах мислення, розвитку творчих здібностей та високих соціально-адаптаційних можливостей особистості.

Упровадження дидактичних інноваційних форм навчання означає процес і результат навчальної та освітньої діяльності, що стимулюють новаторські зміни у сфері професійної підготовки студентів.

Згідно сучасного погляду на освітній процес, в процесі навчання основним є учіння, а не викладання. Викладач - то лише провідник студентів у самостійному пошуку істини. Демократизація та модернізація освітньої системи передбачає застосування таких інноваційних інтерактивних технологій, де центром стає студент, який активно вибудовує свій процес навчання та бере участь у керуванні навчальною діяльністю. В свою чергу викладач з людини, яка дає знання та перевіряє їх засвоєння, перетворюється на організатора, що формує командну роботу викладача та студентів.

Особливістю сучасної системи освіти є співіснування двох стратегій навчання – традиційної та інноваційної [3,187-192].

В процесі вивчення хірургічних дисциплін викладачами найчастіше застосовуються наступні методи інтерактивного навчання:

- метод конкретних ситуацій (задач);
- метод групових дискусій;
- груповий (кооперативний) метод, коли проблема ділиться на частини, які вирішує окрема група студентів (наприклад: діагностика, лікування, профілактика і т. п.);
- метод конкурентних груп;
- імітаційний метод або метод рольової гри;
- метод мозкового штурму;
- метод конференції ідей;
- алгоритмічний метод;
- модульно-рейтинговий метод;
- дистанційне навчання;
- тьюторіал;
- кейс метод.

Всі перераховані методи відповідають вимогам особистісно орієнтованого навчання.

Кейс метод – найбільш ефективний у здійсненні особистісно орієнтованого навчання. Виділяємо ряд суттєвих вимог до технології особистісно орієнтованого навчання: діалогічність, діяльнісно – творчий характер, спрямованість на підтримку індивідуального розвитку студента, надання йому необхідного простору свободи для прийняття самостійних рішень творчості, вибору змісту і способів навчання і поведінки. Всі вони мають універсальні властивості. Отже, будь-яка педагогічна технологія може стати особистісно орієнтованою, якщо буде відповідати вказаним вимогам. «Треба, щоб викладали, показували, розповідали і запитували самі студенти, а викладачу доводилось більше слухати, потрібно щоб студенти увесь час були активними а не пасивними особами – тоді процес навчання без сумніву виграє».

Особистісно орієнтоване навчання має свої ознаки: використання суб'єктивного досвіду; суб'єкт – суб'єктивних стосунків учасників навчального процесу і діяльнісної основи [1, 128-129].

Для того щоб у студента, майбутнього медика розвивати ключові компетенції найбільш ефективно, на нашу думку підійде кейс технологія. Цей інтерактивний метод дає змогу наблизити процес навчання до реальної практичної діяльності спеціаліста. Він сприяє розвитку винахідливості, вмінню вирішувати проблеми, розвиває здібності проводити аналіз і діагностику проблем.

Кейс – це події, які реально відбулися в певній сфері діяльності і які автор описав для того, щоб спровокувати дискусію в навчальній аудиторії, підштовхнути студентів до обговорення та аналізу ситуації, до прийняття рішень що допоможе в подальшій практичній діяльності.

Таким чином ситуаційна вправа або кейс – це опис конкретної ситуації, який використовують як педагогічний інструмент, що допомагає студентам:

- глибше зрозуміти, розвинути уявлення;

- отримати ґрунт для перевірки теорії, дослідження ідей, виявлення закономірностей, взаємозв'язків, формування гіпотез;
- зацікавити, розвинути мислення та дискусію;
- отримати додаткову інформацію, поглибити знання;
- переконатися у поглядах;
- розвинути і застосувати аналітичне і стратегічне мислення, вміння вирішувати проблеми і робити раціональні висновки;
- розвинути комунікаційні навички;
- поєднати теоретичні знання з реаліями життя, перетворити абстрактні знання у цінності і вміння студента.

Робота над кейсом має наступні етапи [4, 153-157]:

Етапи роботи	Діяльність викладача	Діяльність студента
До заняття	Підбирає кейс. Визначає основні і допоміжні матеріали для підготовки студентів. Розробляє сценарій заняття	Одержує кейси і список рекомендованої літератури. Індивідуально готується до заняття.
Під час заняття	Організовує попереднє обговорення кейса. Поділяє групу на підгрупи. Керує обговоренням кейса.	Ставить запитання, що поглиблюють розуміння кейса і проблеми. Розробляє варіанти рішень, бере участь у прийнятті рішень
Після заняття	Оцінює роботу студентів. Оцінює прийняті рішення і поставлені запитання.	Складає письмовий звіт про заняття з даної теми.

Висновки.

1. Застосування сучасних інтерактивних технологій навчання не вичерпує всіх проблем особистісно орієнтованого навчання і потребує удосконалення специфіки формування фахової компетентності майбутніх медичних працівників.

2. Постійний професійний розвиток особистості можливий лише за умови неперервності освіти, особливостями якої є: різноманіття, гнучкість використовуваних засобів, гуманізм та демократизація освіти, диференціація освітніх процесів за напрямом і змістом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Галіцин Л. Інтерактивні методи навчання – К.: Ред. Загальнопедагогічна газета 2005. №4 – С. 128-129.
2. Голубцова І.А. Впровадження інтерактивних технологій. Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації - К.: Навч.- метод. центр, 2007, Вип.9. С. 163-168.
3. Прокуда Л.М. Іноваційні технології як засіб розвитку здібностей студентів. Організація навчально-виховного процесу - К.: Навч.- метод. центр, 2006 - Вип. 7 – С.-187-192.
4. Стецюк Н.А. Структура та зміст особистісно - зорієнтованого заняття.: Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навч. закладів I –II акредитації. – К.: Навч.- метод. центр, 2007, Вип.9. – С. 153-157.

Лариса Сидорчук, Олег Хомко, Руслан Сидорчук
Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк
**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА
КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Резюме. У статті розглядаються різні форми контролю якості навчання. Висвітлюються переваги та недоліки застосування різних форм контролю, які потрібно розглядати, як засіб педагогічного керівництва навчально-пізнавальною діяльністю студентів, при якому здійснюється регулярне поетапне оцінювання та корекція якості підготовки спеціалістів. Висвітлюється процес наближення навчання до реальної практичної діяльності майбутнього спеціаліста.

Ключові слова. ситуаційна вправа, кейс метод, технологія навчання, інтерактивний метод.

Приєднання України до Болонського процесу, курс держави на європейську інтеграцію передбачає підвищення якості професійної підготовки майбутніх фахівців на основі впровадження Європейських норм і стандартів в освіту, науку і техніку, поширення власних культурних і науково-технічних здобутків. У кінцевому результаті такі кроки спрацьовуватимуть на інтеграцію України до загальноєвропейського науково-технічного простору.

Основна частина. Соціально-економічні зміни у житті суспільства суттєво впливають на організацію навчально-виховного процесу, на особливість управління вищими навчальними закладами в сучасних умовах. Нинішня економічна ситуація вимагає від керівників глибокого знання теорії і практики педагогічної і управлінської діяльності, сміливості, рішучості, нетрадиційного мислення, готовності зректися застарілих стереотипів, вміння об'єктивно оцінити роботу колективу та окремих педагогів за результатами якості навчання студентів.

Якість навчального процесу у сфері вищої освіти є багатомірною концепцією, яка охоплює всі її функції та види діяльності: укомплектованість кадрами, матеріально-технічну базу, навчальні академічні програми, академічне середовище, якість навчальних досягнень, наукові дослідження і стипендії.

Для досягнення і забезпечення якості дидактичного процесу особливо актуальне значення мають такі компоненти, як: підбір професорсько-викладацького складу та інших працівників освіти закладу, постійне підвищення їх кваліфікації, мобільність зв'язків з іншими навчальними закладами держави і зарубіжжя, а також впровадження нових педагогічних та інформаційних технологій, постійне вдосконалення навчальних планів, програм та інших навчально-методичних матеріалів [3, 78-86; 5, 19-24].

Саме контроль потрібно розглядати як засіб педагогічного керівництва навчально-пізнавальною діяльністю студентів, при якому здійснюється регулярне поетапне оцінювання та корекція якості підготовки спеціалістів.

Основними завданнями системи контролю якості підготовки фахівців є:

- визначення рівня знань, умінь і навичок студентів по всіх освітньо-кваліфікаційних рівнях ступеневої підготовки;
- оцінка відповідності змісту, форм, методів і засобів навчання вимогам освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців певного рівня;
- визначення наукового, методичного та організаційного рівня викладання;
- оцінка ефективності самостійної, індивідуальної роботи студентів та її інформаційно-методичного забезпечення;
- аналіз наукової та методичної діяльності кафедр, факультетів та впливу їх роботи на результати навчального процесу;
- вивчення кращого досвіду роботи з метою його узагальнення та розповсюдження в колективі;
- розробка і реалізація пропозицій щодо удосконалення навчально-виховного процесу на основі застосування прогресивних технологій та покращення якості підготовки кадрів [1, 20-23].

Враховуючи двосторонній характер навчального процесу, можна виокремити дві складові його контролю: контроль якості навчання та контроль якості викладання.

Основними компетенціями, яких вимагає сучасне життя є:

- громадськість, пов'язана зі здатністю брати на себе відповідальність, брати участь у суспільному прийнятті рішень, в урегулюванні конфліктів ненасильницьким шляхом, брати участь у функціонуванні і розвитку демократичних інститутів суспільства;
- взаємоповага до мови, релігії і культури інших націй;
- володіння рідною мовою та іншими мовами;
- володіння інформаційними технологіями;
- уміння критично ставитись до продуктів засобів масової інформації;
- бажання і готовність постійно навчатись.

Розглядаючи контроль навчальних досягнень студентів як процес зіставлення отриманих результатів з еталоном можна виділити наступні його функції: освітня, виховна, управлінська, розвивальна, методична, діагностична, стимулююча, коригувальна [4, 82-94].

Перевірка навчальної діяльності студентів проводиться на основі принципів: дієвість, систематичність, індивідуальність, диференціювання, об'єктивність, всебічність, різноманітність та етичність вимог.

За місцем у навчальному процесі контроль якості навчання поділяють на види: попередній(вхідний), поточний, рубіжний (тематичний, модульний, блоковий, підсумковий, ректорський, інспекторський).

Здійснювати діагностування рівня засвоєння студентами знань, сформованості навичок та умінь дозволяє застосування наступних методів: усний, письмовий, програмований, практичний, змішаний, лабораторно-експериментальний, самоконтроль.

Залежно від специфіки проведення занять, де проводиться контроль знань студентів розрізняють певні форми організації контролю: фронтальний контроль за роботою студентів, групова форма організації контролю, індивідуальний контроль, комбінована форма контролю, самоконтроль студентів.

Кожен вид діяльності студентів повинен оцінюватись. Згідно з прийнятим у навчальному закладі Положенням про оцінювання навчальних досягнень-це процес зі встановлення ступеню відповідності реальних результатів до поставлених цілей. Оцінюванню підлягають як обсяг та системність знань і умінь, так і рівень розвитку інтелекту, вмінь, навичок, компетенції, які характеризують навчальні досягнення студента згідно з навчальною програмою [1, 20-23].

Критеріями виставлення оцінок є повнота знань і умінь, їх системність та узагальненість.

Умовами ефективного контролю є:

- своєчасність;
- систематичність;
- умілий вибір форм та методів контролю;
- використання сучасних прогресивних методів і технічних засобів контролю.

Пошуки педагогічної спільноти в напрямку удосконалення системи опитування та оцінювання навчальних досягнень студентів реалізуються через застосування нових технологій навчання [2, 52-55].

У вищій школі широкого застосування набули модульно-рейтингова система, блочно-модульна система, кредитно-модульна система та стандартизований контроль знань, в основу якого покладено тестову методику.

Висновки.

1. Метою дидактичного діагностування є своєчасне виявлення результатів, оцінка та аналіз протікання навчального процесу в зв'язку з його продуктивністю. Як бачимо, в діагностику вкладається більш широкий та глибокий зміст, ніж в традиційний контроль знань та умінь студентів.

2. Застосування сучасних методів навчання не вичерпує всіх проблем особистісно орієнтованого навчання і потребує удосконалення специфіки формування фахової компетентності майбутніх медичних працівників.

3. Контроль лише констатує результати, не пояснюючи їх походження.

4. Діагностування розглядає результати в зв'язку з шляхами та способами їх досягнення, виявляє тенденції та динаміку формування продуктів навчання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Булах І.Є. Проблеми оцінювання знань студентів у контексті вимог Болонської декларації. / І.Є.Булах, О.П.Волосовець, М.Р. Мруга // Медична освіта. Науково-практичний журнал. Тернопіль. 2/2011. С. 20-23.
2. Мацьків С.Т., Петловнюк Л.Д. Роль контролю знань студентів і системний підхід до практичного використання його методів. Організація

навчально-виховного процесу. З досвіду роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. / С.Т. Мацьків, Л.Д. Петловнюк // Випуск 17.2011, С. 52-55.

3. Поважна Л.І. Організаційно-методичне забезпечення контролю якості навчання у вищому закладі освіти. / Л.І. Поважна, Г.С. Цехмістрова / Навчально-методичний посібник.-Київ, 2001.- 94 с.

4. Романишина Л.М. Модульно-рейтингова система обучения, организация работы, поиски, исследование. / Л.М. Романишина // Монография.- М.:1993.- 160 с.

5. Якубовський О.П. Управління навчальним процесом. Навчально-методичний посібник. / О.П. Якубовський // - Одеса, 1999.- 48 с.

*Ruslan Sydorчук, Oleh Khomko, Larysa Sydorчук,
Alina Sokolenko, Valentin Grodetskyi, Petro Kifiak*

**OPTIMIZATION OF EDUCATIONAL PROCESS IN LEARNING
CLINICAL NURSING IN SURGERY UNDER CONDITIONS OF CREDIT-
MODULE SYSTEM**

Abstract. The article deals with the optimization of educational process in learning Clinical nursing in surgery under conditions of credit-module system. Reforming of higher education in accordance with international requirements, in particular, with the principles of the Bologna Declaration, should always maintain particular aspects of the national education system. This problem is many-sided. The main task of the clinical departments, in particular the Department of General Surgery, is the formation of students' clinical thinking, sufficient volume of theoretical knowledge and practical skills required for modern nurse.

Key words: Clinical nursing in surgery, Bologna Declaration, credit-module system,

The process of global integration involves all the spheres of life including higher education as well [1, 28-37]. Ukraine has determined the direction to join the world scientific and educational space, and due to these circumstances it has to implement enhancement of the educational system in the scope of contemporary requirements. Moreover, it is stipulated by the Bologna Declaration [2, 42-57; 3, 118-122].

Educational system as well as culture is a unique phenomenon. It has deep roots in the material and spiritual areas of the past and present. Therefore, in every country organization and implementation of the educational system possesses its own features. Due to these facts, while carrying out the reforms in the sphere of higher education according to the Bologna Declaration requirements the peculiarities of the national educational system should always be considered [4, 201-224]. At the same time, certain unification, standardization of the requirements, content and quality of education should be followed. The latter is required to solve the problem of diploma recognition and students' mobility with the aim to improve the quality and authority of the European higher school in the world educational space [5, 54-62].

The problem of training of highly qualified specialists is always topical, especially in the period of great reforms in practical health service. Improvement of a student's training with the aim to ensure his competitive ability at the labour-market is known to be a strategic objective of the credit-module system, its leading idea. Such an approach to a new model of organization of the educational process requires from the instructor to master the system of up-to-date methodological and pedagogical skills which is especially important in teaching clinical subjects, and Clinical nursing in surgery in particular.

Main part. A logical question arises: "How to arouse student's interest, increase his motivation, and concentrate his efforts on qualitative training?" Every instructor of a higher educational medical establishment faces this problem. A clinical department is not an exception. And a certain lack of knowledge on basic subjects is obviously seen practically at first sight. In this case the necessity to review the previous theoretical material on various disciplines becomes obvious. In addition, a new topic should be studied. It may be rather difficult for many students due to the volume of the material to be learnt and shortage of time, and sometimes due to individual moral-volitional qualities.

It should be considered that third-year students (general physicians, pediatricians) just begin to study clinical subjects. Learning Clinical nursing in

surgery means introduction to clinical manifestation of surgical diseases. An unstable foundation is universally known to exclude the construction of a solid superstructure. These are the circumstances to explain importance of fundamental learning Clinical nursing in surgery by the students of nursing faculties.

The use of instructional material compiled within the known systems of distance learning (for example, MOODLE) makes the situation a little bit better but does not solve the problem completely. Comparatively easy and quick access to the systematized and illustrated teaching material due to modern technical possibilities makes the students grow lazy. Gradually the student is not interested to work creatively, losing ability to analyze the suggested material. Some students become uninterested in do-it-yourself work having hopes to mechanical remembering of test answers or to solve the task by means of a pad or cell phone.

In our opinion, to solve this problem is possible under conditions of certain changes in the tactics of teaching and learning. The student should not retell the material blindfold but analyze and compare separate fragments of the material studied. The student should reconsider the information obtained and after that he should try to set up association relations between the blocks of information working on the solution of a clinical task. Naturally, not every student due to his individual characteristics of intelligence and volitional qualities is able to get an excellent mark. It should not be achieved. In case at the end of the practical class the student gets his "honest good", the instructor, as one of the subjects of teaching/learning process can consider his task completed.

Realization of the tasks assigned in front of the student, that is, to acquire theoretical knowledge and abilities, and practical skills is implemented only in case of close interrelation and cooperation between the teacher and student. Sometimes, the students are not absolutely motivated to the process of education. Considering this undisputable fact everybody understands an increasing role of an instructor as an organizer and catalyst of the educational process. Although, the following contradiction may occur. On the one hand, it is the necessity to keep to generally

accepted methodological standards of teaching (accurate division of the lesson into the stages – primary, basic and concluding; the use of the standard testing methods – questioning, tests, discussion of case histories, solving clinical situational tasks etc.), and on the other hand, the necessity to encourage interest of the students to learning.

The instructor who is interested in the final outcome of educational process has the right to introduce some improvisation. For example, to apply various kinds of testing, ask the material not at the beginning of the lesson but during solution of tests and clinical tasks starting from simple questions gradually coming to more complicated ones. To master practical skills better such as applying bandages and transportation splints, the use of various methods to stop bleeding, detection of blood groups and rhesus factor, reduce dislocations, analysis of laboratory findings and instrumental methods of examination, the use of some elements of a role play.

Every practical class is advisable to be accompanied by the work with patients. A constant training is necessary to prevent possible difficulties during questioning and objective examination of patients. The student should not be afraid of the patient! Under these conditions the student learns to make diagnosis correctly, to choose the optimal therapeutic tactics and to rely upon a successful solution of the problem.

Therefore, on completion of learning Clinical nursing in surgery the student should be able to:

- demonstrate mastering moral-deontological and legal principles of a medical professional as well as the principles of professional subordination;
- use the main regulations of aseptic, antiseptics, pain relieving;
- master the skill to organize regime and care of surgical patients;
- carry out essential medical manipulations stipulated by the educational program on Clinical nursing in surgery;
- conduct enquiry and objective examination of patients, analyze their results and draw conclusions;
- analyze laboratory findings and instrumental methods of examination.

Conclusions. Considering the mentioned above and approaching the requirements of the present times, the main task of a clinical department, and the Department of Clinical nursing in surgery in particular, is to form clinical thinking of the students, to ensure them with an adequate volume of theoretical knowledge and practical skills necessary for a contemporary nurse.

References:

1. Вища освіта України та Болонський процес // За ред. В.Г. Кременя. Тернопіль, 2004. С.28-37.
2. Модернізація вищої освіти України і Болонський процес. «Освіта України», №60-61, 10.08.2004. С.42-57.
3. Підаєв А.В., Передерий В.Г. Болонський процес в Європі. К., 2004. С.118-122
4. Медична освіта в Україні. К., 2005, С.201-224
5. Товажнянский Л.Л., Сокол Е.І., Клименко Б.В. Болонський процес: цикли, ступені, кредити. Харків, 2004. С.54-62

*Руслан Сидорчук, Олег Хомко, Лариса Сидорчук,
Аліна Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк*
**ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ "МОЗКОВОГО ШТУРМУ" ПРИ
ВИВЧЕННІ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН**

Резюме. У статті розглядаються переваги та недоліки застосування технології "мозкового штурму" при вивченні клінічних дисциплін в системі вищої медичної освіти. Підкреслюється, що за умов викладання клінічних дисциплін метод "мозкового штурму" найдоцільніше використовувати у якості вступу до теми або як підґрунтя для групової дискусії, обговорення.

Ключові слова. "мозковий штурм", технологія навчання, методологія дидактики, клінічні дисципліни.

Сучасні вимоги до вивчення клінічних дисциплін потребують докорінного переосмислення традиційних уявлення про клінічне навчання. Загальноприйнятим, ще до цього часу у розумінні багатьох академічних клініцистів є доволі повільне, неквапливе вивчення теоретичного матеріалу, яке супроводжується поступовим закріпленням матеріалу в умовах роботи з

клінічним матеріалом – хворим стаціонару чи поліклініки. Такий підхід, маючи певні позитивні моменти, тим не менш залишає "за бортом" важливі компоненти лікарської діяльності – розвиток ініціативності, відповідальності майбутнього лікаря, формування мислення та творчої діяльності. Окрім того, традиційне клінічне навчання здійснюється, як правило, без постійної участі та контролю педагога і призводить до накопичення помилок на кожному його етапі.

У зв'язку із вищевикладеним, виникає потреба у апробації більш ефективних сучасних технологій навчання. Одним із таких підходів, який широко застосовується і сфері бізнес-навчання, є мозковий штурм (Brainstorm). Мозковий штурм – один із доволі простих, доступних та водночас ефективних методів навчання, який дозволяє створити умови для стимулювання самостійного та колективного мислення, творчих здібностей студентів та курсантів і використовується паралельно з іншими методами навчання, наприклад, проведенням групових дискусій чи комбінованих занять [3, 42-55].

Суть концепції мозкового штурму полягає у отриманні всього розмаїття ідей у групі з конкретної теми, завдання. Основною метою мозкового штурму є генерування ідей, думок і альтернативних рішень, що стосуються визначеного питання або проблеми всіма учасниками за дуже обмежений період часу. В умовах викладання клінічних дисциплін такий підхід найдоцільніше використовувати у якості вступу до теми або як підґрунтя для групової дискусії, обговорення, тощо. Для мозкового штурму слухачі повинні мати певні визначені знання із заданої теми, тобто потребується попередня підготовка у вигляді домашнього завдання, або лекційного заняття [1, 73-80].

На першому етапі всі учасники заняття, у тому числі й модератор (викладач) висловлюють свої думки без оцінювання, обговорення або впорядкування. Викладач зазвичай бере участь у генерації ідей, особливо коли пропозиції вичерпано, або дискусія виходить з під контролю, у невірному

напрямку, тощо. Висловлені ідеї, думки оформлюються та фіксуються будь-яким чином, наприклад на дошці, екрані проектора, листку паперу, таким чином, щоб можна було постійно звертатись до цих матеріалів [2, 285-293].

Наступний етап мозкового штурму полягає у обговоренні, класифікуванні, відборі перспективних ідей та пропозицій. У підсумку здійснюється резюмування та узагальнення мозкового штурму, із застосуванням методів аналізу, обговорення, тощо. Закріплення може відбуватись і у палаті, чи на прийомі хворого, де результати мозкового штурму можуть бути підтвердженні. Або скасовані. Зазвичай, мозковий штурм проводять у високому темпі, коротко, стисло [2, 285-293].

Така методологічна техніка спрацьовує тому, що вислови однієї особистості стимулюють думки іншої, ідеї виникають послідовно одна за одною, від одного учасника до іншого [4, 359-371].

До переваг концепції мозкового штурму слід віднести наступне: мозковий штурм можна використовувати напочатку заняття у ввідній частині для з'ясування ступеню розуміння слухачами теми, теоретичної бази знань. Нетривалість мозкового штурму дозволяє суттєво зекономити час, який може бути використаний для інших частин заняття. Мозковий штурм можна застосувати при моделюванні проблемних ситуацій для стимуляції творчого клінічного мислення – індивідуальної генерації та обміну думками і виникнення нових ідей. Мозковий штурм підвищує ступінь залучення слухачів у процес навчання, що особливо важливо в умовах зниження мотивації окремих студентів до навчання. Мозковий штурм має стимуляційний, так званий "енергетичний вплив" напочатку заняття. Мозковий штурм не потребує спеціального обладнання, чи навіть приміщення для проведення [5, 167-198].

Серед недоліків мозкового штурму слід виділити наступні: у випадку відсутності тісного зв'язку з темою заняття, мозковий штурм втрачає зміст і може видатися даремною витратою часу, особливо для студентів, що знижує мотивацію до навчання, зацікавленість предметом. Відкидання та неприйняття

висловленої слухачами думки, ідеї може відштовхнути їх від участі в подальших обговореннях, навіть образити. Тому модератор-викладач, повинен застосовувати прийоми психологічного плану для вирішення можливих конфліктних ситуацій, що можуть виникнути при мозковому штурмі [5, 167-198.].

Таким чином, для проведення мозкового штурму слід застосовувати наступні поради. Перед мозковим штурмом слід провести пробне, тренувальне заняття, для засвоєння методики. Тему мозкового штурму слід вибрати доволі відокремлену від теми заняття, що внесе певне пожвавлення в аудиторію. Перед початком будь-якого мозкового штурму слід узгодити базові правила та порядок його проведення. Для мозкового штурму важливо чітко і конкретно назвати тему для дискусії або зрозуміло сформулювати проблему для обговорення. Фіксація всіх без виключення висловлених ідей або пропозиції на дошці, у тому числі завідомо невірних та хибних. Це допоможе уникнути повторення і підтримає зосередженість слухачів на заданій темі. Крім цього, корисно мати ці записи під час обговорення кожної пропозиції надалі. Залучати слухачів до роботи і заохочувати їх позитивними відгуками (навіть у випадку помилкових суджень), що сприятиме збільшенню їх внеску в проведений захід. Повторювати записані ідеї і пропозиції для стимулювання нових. За необхідності давати невеликий коментар, у тому числі жартівливого характеру для зняття напруги. Завершувати мозковий штурм доцільно повторенням усіх без виключення запропонованих ідей з їх аналізом та обговоренням.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Furnham A., Yazdanpanahi T. Personality differences and group versus individual brainstorming. // *Personality and Individual Differences*. – 1995. – Vol.19. – P. 73-80.
2. Haddou H.A., Camilleri G., Zarate P. Predication of ideas number during a brainstorming session / H.A. Haddou, // *Group Decision and Negotiation*. – 2014. – Vol.23(2). – P. 285-293.

3. Henningsen D.D., Henningsen M.L.M. "Generating Ideas About the Uses of Brainstorming: Reconsidering the Losses and Gains of Brainstorming Groups Relative to Nominal Groups" // *Southern Communication Journal*. – 2013. – Vol.78(1). – P. 42-55.

4. Kohn N., Smith S.M. Collaborative fixation: Effects of others' ideas on brainstorming / N. Kohn, // *Applied Cognitive Psychology*. – 2011. – Vol.25(3). – P. 359-371.

5. Santanen E. Briggs R.O., de Vreede G-J. Causal Relationships in Creative Problem Solving: Comparing Facilitation Interventions for Ideation // *Journal of Management Information Systems*. – 2004 . – Vol.20, №4. – P. 167-198.

*Oleh Khomko, Ruslan Sydorochuk, Larysa Sydorochuk
Alina Sokolenko. Valentin Grodetskyi, Petro Kifiak*

**THE PROBLEM OF ESTIMATION (DIAGNOSTICS) OF THE
COMPETENCE OF MEDICAL STUDENTS, INTERNS AND ADVANCED
TRAINING COURSE LEARNERS**

Summary. The problem of estimation (diagnostics) of the quality of professional training on all the stages of educational process is one of the most topical, and is of the state and world concern. Peculiarity of use of various approaches today is first of all their combination. Although, none of the methods of pedagogical diagnostics or estimation is a universal one. All the diagnostics is indirect. Only active combination of various forms, methods and diagnostic approaches enables to make a subjective error of estimation minimal.

Key words: quality of professional training, competence.

Integration involves all the spheres of life including higher education [1, 1-2; 3, 201-224]. Our state has defined the direction to enter international scientific and educational space. Conversion of the educational system is a necessary requirement to join Bologna process [2, 118-203].

The system of education as well as culture is a unique thing. It has deep roots in the material and spiritual spheres of the past and present. In every country organization and implementation of the educational system are characterized by their

own special features. In connection with this, reformation of higher education according to the principles of Bologna Declaration should always consider and preserve peculiarities of the national system of education. But together with this, certain unification, standards of requirements, content and quality of education must be defined. The latter is necessary to solve the problem of diploma conversion with the aim to raise the quality and prestige of the European higher school in the world educational space.

Main part. The problem of estimation (diagnostics) of the quality of professional training on all the stages of educational process is one of the most topical, and is of the state and world concern. Educational process proper acquires value only under conditions of availability to detect its efficacy, economically reasonable, compliance with public requirements and creation of certain terms for understanding its comparison and relevance.

Pedagogical (didactic) diagnostics is the system of means, procedures, methods, techniques to detect circumstances, conditions and factors of functioning of pedagogical objects, development of didactic processes, finding their efficacy, consequences and prospects. It enables to analyze educational process and detect its efficacy and results. [4, 605-606].

By means of getting the data of estimation of learners' knowledge the instructor/teacher receives a powerful instrument to find some faults or defects, to perform internal or external correction of educational process, to confirm and encourage successful results, to plan further stages of education etc. Pedagogical diagnostics is a certain basic ground to impellent the educational activity and an instrument to manage the whole educational process.

The importance of estimation is stipulated by several aspects. The first one is educational and stimulating. Estimation possesses promoting-stimulating influence which may be intensified or weakened depending on the circumstances and influence of various factors. The second aspect is closely connected with the previous one and includes reciprocal reverse relations (feedback) between the teacher and student. It is

especially important and underestimated in the process of practical preparing skills. Communicative aspect is based on interpersonal attitudes in case the diagnostics detects individual-psychological characteristics of those who study as well as the teacher in the process of their interrelations achieving educational results. Estimation-resultant aspect is also valuable in pedagogical diagnostics. It is based on the comparison of the achieved results and standard indices, for example, an average national index, or the same one in a certain specialty, higher educational establishment etc.

Information value and prognosis are also integral constituents of pedagogical diagnostics. The results of pedagogical diagnostics are interesting and valuable for all the participants of educational process who take part in the formation of professional and creative personality of the student and learner.

In our practical activity we use three classical approaches to implement pedagogical diagnostics (estimation). First, it is criterion-oriented approach originated from the use of certain estimation criteria elaborated by the teacher or borrowed externally. Such an approach enables to estimate the level of programmed knowledge mastered by the students and learners as well as their skills defined as a compulsory result of education (educational standard). In this case individual estimation of every student or learner does not depend on the grades got by others. The result achieved will demonstrate if the level of knowledge of a learner corresponds to the standard requirements or other chosen criteria.

With this approach the results are interpreted according to the analysis of mastering or not mastering the material to be checked (corresponds or does not correspond to the standard requirements). In another case the level and percentage of the educational material mastered is checked (what level or percentage of the standard criterion is mastered).

Another approach is standard-oriented and is based on the detection of equivalence of the received individual diagnostic (estimation) result to the statistical norm found for a certain group of students or learners. This approach is used in the

system of education recommended by the World Health Organization. In this case the results of the diagnostics of achievements of a certain learner are interpreted in comparison with achievements of the whole group (statistical sampling) of learners, higher or lower of an average standard index (mean value). Learners are divided by ranks (statistical sorting). Although, it does not present an objective information concerning mastering a certain system of knowledge and skills or achieving appropriate objectives of education by learners. This approach enables to find the place of a certain learner or student in the group, course etc., and it does not correlate with content of educational process.

Individually oriented approach is not used very often, and it is directed to estimate the norms of an individual learner considering his/her level of development on the given time of education. In this case the result of estimation is rate and amount of the material mastered as compared to its initial level.

Peculiarity of use of various approaches today is first of all their combination. Usually there is oral and written testing in the structure of diagnostic measures. All other forms (computer, tests etc.) are their variants. The main advantage of an oral form of checking knowledge and skills is a direct contact between the learner and teacher. This interactive contact enables to consider individual characteristics of students and learners, correction of their knowledge, teaching logically correct structure of answers, proper use of professional vocabulary and terminology. At the same time, a number of methodical objective and subjective difficulties occur connected with the necessity to choose the content and ask questions, loss of attention in the whole group while one learner is answering, shortness of time to ask all the students during a class.

Written form of pedagogical diagnostics has some advantages as it enables to check knowledge of more learners and students for a short time, results of this form of checking enable to analyze the development of learners, find mistakes, and estimate objectively advantages and disadvantages of the applied pedagogical methods of teaching. The main disadvantage of the written form of estimation is the absence of

a direct contact between the teacher and learner, and as a result, the teacher cannot follow the logic of the student's answer, and it takes more time to look through the written papers.

Conclusions. None of the methods of pedagogical diagnostics or estimation is a universal one. All the diagnostics is indirect. Only active combination of various forms, methods and diagnostic approaches enables to make a subjective error of estimation minimal.

References:

1. Будапештсько-Венська декларація про створення Європейського простору вищої освіти. – 12 березня 2010 р. С.1-2
2. Вища освіта України та Болонський процес // За ред. В.Г. Кременя. Тернопіль, 2004. С.28-37
3. Медична освіта в Україні. К., 2005, С.201-224
4. Принципи інформаційної підтримки в самостійній освіті при безперервному професійному розвитку лікарів та провізорів // А.П. Мінцер, В.В. Краснов, Л.Ю. Бабінцева // В кн .: Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів. Ммат. конф. з міжнар. уч., 2007. - Київ. - С. 605-606.

*Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Лариса Сидорчук
Аліна Соколенко, Валентин Гродецький, Кифяк Петро*
**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ
МОЛОДШИХ СПЕЦІАЛІСТІВ У ПРОЦЕСІ ПРАКТИЧНОЇ
ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ З ХІРУРГІЇ**

Резюме. Формування професійної компетентності має важливе значення в системі підготовки медичних фахівців, адже в процесі її проходження закріплюються знання, отримані студентами під час навчання, формуються і удосконалюються практичні вміння та навички. Одним із завдань коледжу БДМУ є створення умов для ефективної орієнтації майбутнього спеціаліста в професійному просторі. Досягнення поставленої мети можливе за наявності у студентів необхідних практичних навичок.

Ключові слова: професійна компетентність, практичні навички, навчальний процес, викладання, студенти.

Одним із найважливіших напрямків підготовки майбутніх фахівців у навчальних закладах медичного профілю I-II рівнів акредитації в сучасних умовах є формування професійної компетентності молодших медичних спеціалістів, тобто компетентісна стратегія.

На сучасному етапі поняття «професійна компетенція» розглядається як синонім поняттю «професіоналізм» або як його складова частина.

Основна частина. Професійна компетенція - це сукупність знань, умінь, навичок та особистісних якостей фахівця, необхідних для забезпечення ефективної професійної діяльності [2, 44-52].

Поняття «професіоналізм» майбутнього молодшого медичного спеціаліста можна визначити як інтегровану якість особистості, яка включає [1, 62-66]:

- необхідні професійні знання;
- володіння технікою виконання професійних навичок та умінь;
- уміння оцінити стан пацієнта та зорієнтуватись в конкретній ситуації;
- уміння надавати невідкладну допомогу хворим та потерпілим в межах своєї компетенції;
- здатність аналізувати, критично мислити;
- володіння основами фахового спілкування;
- професійну культуру.

Отже, поняття професійної компетенції - це єдність теоретичної та практичної готовності до здійснення професійної діяльності.

Головною метою освітньої діяльності є становлення особистості, здатної зорієнтуватися в умовах швидкозмінного соціуму, визначити мету своєї діяльності, скласти план та добрати засоби досягнення своєї мети, реалізувати заплановану діяльність та нести відповідальність перед суспільством за її наслідки. Якісна освіта- це освіта, що формує у студентів системне мислення,

виробничу, комунікативну культури, творчу активність, вміння планувати свою діяльність і передбачати її наслідки.

Специфіка підготовки спеціалістів у медичному коледжі зумовлена цілями і особливостями їх майбутньої професійної діяльності [4, 69-71].

Сьогодні широкого поширення набувають ті форми і методи навчальної діяльності, котрі забезпечують всебічний розвиток особистості та зростання професійної компетенції.

Адже, від рівня підготовленості медичного персоналу до здійснення професійної діяльності залежить якість виконання призначень лікаря, лікувально-діагностичних маніпуляцій, надання адекватної невідкладної допомоги хворим та потерпілим, і загалом- ефективність лікування, а іноді й життя людини.

Процес навчання-це не автоматичне викладання навчального матеріалу. Він потребує напруженої розумової роботи студента і його власної активної участі в цьому процесі. Цього можна досягти тільки за допомогою активного навчання.

Загальновідома так звана «Піраміда навчання»:

- лекція- 5% засвоєння;
- читання-10% засвоєння;
- відео/аудіо записи-20% засвоєння;
- демонстрація-30% засвоєння;
- дискусія-50% засвоєння;
- практика через дію-75% засвоєння.

Головною складовою частиною процесу підготовки молодших медичних спеціалістів є практична підготовка, основою і серцевиною якої є практичні заняття. Мета практичних занять - формування у студентів основ професійної майстерності. Кожне практичне заняття повинно бути цікавим для студентів та ефективним за кінцевим результатом.

При проведенні практичних занять з хірургічних дисциплін на базі кабінетів доклінічної практики досить ефективними є прийоми та форми тренінгових занять, які сприяють засвоєнню та закріпленню знань, дозволяють студентам розкрити свої можливості, добре знімають напруженість та емоційну втому. Тренінг- це навчання, яке базується на досвіді та знаннях учасників, в першу чергу викладача, і дає можливість, окрім отримання нової інформації, відразу використовувати її на практиці, відпрацьовуючи нові практичні навички та вдосконалюючи набуті раніше. Засвоєння практичних навичок та умінь значно покращується за умови використання алгоритмів виконання практичних навичок. Алгоритми можуть використовуватись як з навчальною, так і з контролюючою метою [3, 106-108].

У процесі вивчення приватної хірургії є ряд тем, де викладач позбавлений можливості працювати зі студентами безпосередньо біля ліжка хворих на деякі хвороби. У цих випадках доречно використовувати ділові ігри. Ділові ігри є практичною моделлю навчання через діяльність, дають можливість відтворити середовище, норми поведінки, способи і послідовність дій, завдяки чому студенти набувають знань не тільки для відповіді на наступному занятті або іспиті, а й для життя. Гра- це одна з форм активізації пізнавальної діяльності студентів. Гра дозволяє яскравіше виявити індивідуальність студента, а студентам позбутися страху перед опитуванням, підвищити інтерес до теми та предмету в цілому, зацікавленість в результатах [5, 24-33].

Широкого використання при практичному вивченні хірургічних дисциплін набули імітаційні методи активного навчання- вирішення типових ситуаційних та клінічних задач, що сприяє оволодінню програмними практичними навиками та вдосконаленню їх. Краще оволодіти необхідними знаннями та навиками студент може тільки тоді, коли він сам буде проявляти до них інтерес і докладати зусилля, а це найбільш ефективно здійснюється при вирішенні конкретних завдань.

Також викладачами хірургічних дисциплін використовуються нетрадиційні, але цікаві форми практичного навчання: заняття-КВК, заняття-брейн-ринг. Заняття-КВК насамперед сприяє формуванню самостійного мислення, стимулює розвиток творчих здібностей, розширює світогляд. Цінність цього виду заняття полягає в тому, що у студентів формуються навички самостійної роботи з літературою, а також розвиваються здібності і вміння чітко викладати свої думки. Викладач при цьому виконує два основних завдання: по-перше, чітко формулює завдання студентам, а по-друге, логічно вибудовує отримуваний студентами результат. Заняття брейн-ринг передбачає перевірку знань та умінь студентів у нетрадиційній формі. Студенти при цьому об'єднуються в групи, команди і мають можливість взаємодіяти під час обговорення, обмінюватись інформацією та орієнтуватися на успішних одногрупників.

Ознаками готовності випускників до професійної діяльності можуть бути:

- позитивне ставлення до обраної професії;
- наявність спеціальних знань, умінь, навичок;
- сформованість професійно важливих якостей;
- сформованість навичок самостійної творчої роботи;
- готовність до постійного саморозвитку та самоосвіти;
- сформованість відповідних психологічних якостей особистості.

Наближають навчання до наукових форм діяльності студентські конференції. У період підготовки до конференції студенти під керівництвом викладачів самостійно виконують невелике дослідження та готують презентації. Конференції проводяться, як правило, в межах спеціальності і посідають почесне місце у навчально-виховних заходах професійного спрямування.

Висновки:

Отже, основою формування професійної компетентності майбутніх молодших медичних спеціалістів є:

- опанування базових практичних навичок з дотриманням стандартів їх виконання;
- оптимізація засвоєння практичних навичок та умінь за умови врахування етапів їх формування;
- безперервність процесів навчання та професійного удосконалення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Єрохіна Н.В. Компетентісний підхід до формування успішної особистості / Н.В. Єрохіна // Освіта. Технікуми. Коледжі. Навчально-методичний журнал - 2013. -№3(34). - С.62-66.
2. Заболоцька О.С. Компетентісний підхід як освітня інновація: порівняльний аналіз. / О.С. Заболоцька // Вісник Житомирського державного університету. Педагогічні науки. Випуск 40. С. 44-52.
3. Поєдинцева Л.Л. Вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки медичних сестер у коледжах. / Л.Л. Поєдинцева // Нові технології навчання. Науково-методичний збірник -2012. -№ 72.- С. 106-108.
4. Радзієвська І.В. Формування професійної компетентності медичних сестер. / І.В. Радзієвська // Проблеми освіти-2008.-№57.- С. 69-71.
5. Ткаченко В.М. Ділова гра як метод навчання. / В.М. Ткаченко // Організація навчально-виховного процесу. - 2012.-Випуск18. С. 24-33.

*Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Лариса Сидорчук
Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк*
**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КРОС-КУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАЦІЇ
У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

Резюме: Проблема набуття здатності до крос-культурної комунікації є нагальною для вирішення на сучасному етапі розвитку глобалізованого суспільства, оскільки комунікація є невід'ємною частиною життя особистості в соціумі. Особливо важливим є формування міжкультурної комунікативної компетенції у майбутніх медичних працівників. Інтеграція в світовий культурний, освітній і економічний простір вимагає якісної підготовки

фахівців, в тому числі фахівців медичної галузі, здатних до успішної професійної діяльності в рамках світової спільноти.

Ключові слова: міжкультурна комунікація, комунікативні компетенції, лінгвокультурні спільноти.

Набуття здатності до крос-культурної комунікації є нагальною проблемою, яка потребує вирішення на сучасному етапі розвитку глобалізованого суспільства, оскільки комунікація є невід'ємною частиною життя особистості в соціумі. Особливо важливим є формування міжкультурної комунікативної компетенції у майбутніх медичних працівників.

Інтеграція України в європейські та загальносвітові процеси зумовлює трансформацію культурної парадигми та висвітлює моделі соціокультурного буття сучасного студентства. Цим зумовлена актуальність крос-культурної проблематики в навчальному процесі у вищих навчальних закладах

Реформування української освіти, впровадження положень Болонського процесу створюють передумови для ефективного здійснення крос-культурних комунікацій студентства, дають змогу скористатися багатовимірними можливостями мобільності, але їх реалізація зіштовхується з цілою низкою труднощів. Те саме спостерігається і на рівні професійного міжнародного спілкування.

Глобалізаційні процеси змінюють не тільки політику та економіку, а й характер людського спілкування, яке набуває нових форм та вирішує нові завдання. Поширення міжнародних контактів в галузі охорони здоров'я зумовлюють інтерес до крос-культурної комунікації як наукової так і практичної, що нині переживає динамічний розвиток у всьому світі.

Ключовою ознакою крос-культурної комунікації або міжкультурної комунікації є її інтердисциплінарність, яка забезпечує ефективність її практичного застосування у широких сферах: від вивчення іноземних мов до дипломатичної діяльності та різноманітних міжнародних обмінів, кінцевою

метою яких завжди є досягнення взаєморозуміння і налагодження контактів між людьми, які належать до різних національних і культурних спільнот [1, 21-24].

Одним із найважливіших складників життя людини є комунікація. У широкому сенсі це поняття охоплює значно більше, ніж просто обмін інформацією між людьми. До неї належать канали засобів передачі та одержання інформації, де задіяні машини, прилади, штучний інтелект, комп'ютерні мережі і програми, космічні реалії тощо [2, 130-133].

У вузькому сенсі комунікація — основний спосіб людського спілкування, найактивніша форма людської життєдіяльності. Це явний і водночас латентний процес налагодження різних типів відносин між окремими мовцями, групами людей та цілими народами. Крім словесної мови, комунікація здійснюється немовними (невербальними) засобами, які супроводжують або замінюють звичайну мову при спілкуванні. Також комунікацію розглядають як окремий модус (рівень) існування мови поряд із власне мовою як системою мовних елементів і правил та мовленням як процесом говоріння і розуміння [10, 316-323]. Зі зростанням міжнародних контактів, інтернаціоналізацією суспільства змінюється і характер спілкування. Налагодження ділових і дружніх контактів із представниками інших держав передбачає володіння іноземними мовами. Однак цього мало, оскільки серйозною перешкодою у спілкуванні з іноземцями є незнання їхніх етнічних і культурних особливостей [5, 42-53].

Міжкультурна комунікація - спосіб суб'єкт-суб'єктних стосунків, які мають особливості соціальної ідентифікації молоді, трансляція культурно-утворюючих норм, цінностей, установок і орієнтацій, своєрідність маргінальних станів представників інонаціональної культури. Без врахування ціннісних і комунікативних вимірів культури не можливо сформувати взаємну, шанобливу міжнаціональну взаємодію на основі етнокультурних стереотипів, цінностей, традицій і обрядів представників діалогу культур [3, 1-17].

У сфері вербальної взаємодії суттєву роль можуть відігравати неправильно обрані стратегії висловлювання (культури можуть розрізнятися за

ступенем дозволеної відкритості висловлювання своїх почуттів, вживанням конкретних слів, заперечувальних конструкцій, використанням контекстів і натяків, чи навпаки, віддавати перевагу прямим висловлюванням, емоційній відкритості тощо). Важливо знати та враховувати розбіжності у виборі вербального чи невербального каналу різних культур для трансляції одного і того самого повідомлення. У свою чергу, у невербальних сигналах між культурами можуть існувати відчутні розбіжності; це одне із найбільших джерел виникнення непорозумінь і навіть конфліктних ситуацій [9, 74-82].

Способи уникнення непорозумінь (конфліктів) на культурному ґрунті у спілкуванні з іноземцями досліджує міжкультурна комунікація.

Міжкультурна комунікація - наука, яка вивчає особливості вербального та невербального спілкування людей, що належать до різних національних та лінгвокультурних спільнот. Основними аспектами крос-культурної комунікації є культурологічний, лінгвістичний, етичний, соціально-комунікативний, психологічний, професійно-прикладний. Культурологічний аспект є ключовим у міжкультурній комунікації, поскільки культура охоплює весь спектр людських надбань в історичному розвитку цивілізації - від фольклорно-міфологічних уявлень і національних звичаїв до особливостей життя різних народів. [4, 108-113; 8, 60-68].

Завданням крос-культурної комунікації є формування крос-культурної компетентності, необхідних знань про різні народи та культури з метою уникнення міжетнічних та міжкультурних конфліктів та створення комфортних умов спілкування в різних сферах та життєвих ситуаціях.

Об'єктом крос-культурної комунікації є спілкування представників різних національних та лінгвокультурних спільнот, а предметом- прийняті в національних спільнотах мовні стереотипи і норми поведінки, спілкування, певні «культурні сценарії» різних дій, усталені моделі сприйняття та оцінювання предметів і явищ, соціально унормовані звички, традиції, ритуали, дозволи, заборони тощо [5, 14-27].

Серед усіх можливих засобів комунікації, які створило людство, основною є мова, для якої комунікативна функція визначальна. Тому в центрі уваги крос-культурної комунікації завжди перебуває мова, в якій віддзеркалюються ключові особливості людської особистості та всієї національно-культурної спільноти. Знання мови іншого народу- суттєвий складник крос-культурної комунікації і найперший крок до налагодження успішного спілкування між представниками різних націй і культур [6, 10-34].

Сучасний вузівський випускник (медичний фахівець) - це широко освічена людина, що має фундаментальну фахову підготовку та належну підготовку з рідної та іноземної мови, які є знаряддям виробництва і частиною культури. З прискоренням глобалізації та поширенням міжнародних ділових зв'язків в Україні зростає потреба у висококваліфікованих спеціалістах у галузі філології.

Особливу роль у формуванні крос-культурної комунікативної компетенції відіграє процес навчання та виховання студентів-медиків. Позааудиторна сфера ВНЗ є сприятливою для соціального становлення особистості, оскільки забезпечує активізацію суб'єктної позиції молоді людини, стимулює взаємодію й спілкування з однолітками й педагогами, формування й корекцію вмінь щодо організації власної діяльності. Провідну роль при цьому відіграє соціальне середовище, де студенти набувають важливих навичок соціальної взаємодії, задовольняють потреби у визнанні й схваленні, емоційних контактах участь молоді в діяльності студентських громадських об'єднань сприяє формуванню лідерських якостей та набуттю важливих соціальних компетенцій [7, 3-18].

Інтеграція в світовий культурний, освітній і економічний простір вимагає якісної підготовки фахівців, в тому числі фахівців медичної галузі, здатних до успішної професійної діяльності в рамках світової спільноти.

Нові умови життя, нові вимоги до майбутнього фахівця, нові критерії прийняття на роботу вимагають вдосконалення підходів до підготовки

сучасного фахівця. У цьому контексті володіння крос-культурною компетентністю стає необхідністю для майбутнього фахівця [11, 44-55].

В сучасних умовах європейської інтеграції та інтернаціоналізації багатьох сторін життя особливої актуальності набуває проблема спілкування за допомогою іноземної мови з усіма, хто цією мовою володіє. Тому сучасний підхід до структурування соціокультурного компонента змісту навчання характеризується наповненістю елементами міжкультурного виміру, що означає розвиток в учнів міжкультурної свідомості та передбачає володіння міжкультурними навичками [8, 60-68].

Медичні фахівці зі сформованою крос-культурною комунікацією матимуть змогу успішно долати професійні проблеми та взаємодіяти як з колегами так і з пацієнтами, які належать до різних культур, що дасть їм можливість зайняти своє місце в сучасному світі та сприятиме ефективному функціонуванню в медичній галузі [12, 608].

Отже, можна зробити висновок, що формування міжкультурної комунікативної компетенції студентів-медиків дозволяє удосконалювати навчально-виховний процес, створювати такий механізм розумової діяльності, який буде сприяти накопиченню відповідних знань і життєвого досвіду, а також підтримувати інтелектуальні зусилля студентів, стимулювати пізнавальну активність, як в індивідуальній, так і в груповій взаємодії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойчук Н.В. Методологічні аспекти формування крос-культурної комунікації у студентів філологів / Н.В.Бойчук, Г.Гус //Нові технології навчання - 2013.-№75.-С.21-24.
2. Бойчук Н.В. Формування крос-культурної комунікації студентів-філологів/ Н.В.Бойчук, О.О.Бойко // Нові технології навчання. -2012.-№74.- С.130- 133.
3. Іванова К. А. Соціологічні аспекти міжкультурної комунікації в українському вузі автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. соціол. наук:

- 22.00.06 «Соціологія культури, науки та освіти» / К. С. Іванова. — Х., 2002. — 17 с.
4. М'язова І.Ю. Особливості тлумачення поняття «міжкультурна комунікація» / І.Ю.М'язова // Філософські проблеми гуманітарних наук.-2006.-№8.-С.108-113.
5. Манакін В.М. Мова і міжкультурна комунікація: навч. Посіб. / В.М.Манакін. - К.: Академія, 2012. - 288с.
6. Мацик К.В. Крос-культурна комунікація в освітньому сегменті інформаційного суспільства: дис... на здобуття наукового ступеня канд. філос. наук: 09.00.10 «Філософія освіти» / К.В. Мацик / Національний технічний університет України „Київський політехнічний інститут”. — К., 2007. — 191 С.
7. Ніколенко Л.М. Формування лідерських якостей особистості в діяльності студентських громадських об'єднань: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Л.М. Ніколенко. — Слов'янськ, 2013. — 20 с.
8. Першукова О. На шляху до міжкультурної свідомості / О. Першукова // — 2008. — № 1. — С. 60-68.
9. Хомуленко Т.Б. Психологічні аспекти розвитку діалогічності у майбутніх спеціалістів / Т.Б. Хомуленко, О.М. Крутій // Збірник наукових праць Психолого-педагогічні аспекти професійної діяльності майбутнього фахівця. — Х.: ХДПУ. 1996. —С. 74-82.
10. Ябурова О.В. Психолого-педагогічне забезпечення міжкультурної комунікації українських та іноземних студентів / О.В. Ябурова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. - 2015. - Вип. 51. - С. 316-323. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2015_51_33.
11. Alokхина, N.V. Psychological and pedagogical conditions of multicultural competence of future specialists in medical and pharmaceutical industry / N.V.

Alokhina, T.V. Lutaieva // Europejskie studia humanistyczne: Państwo i Społeczeństwo. – 2014-2015. – № 2. – P. 44-55.

12. Alokhina, N.V. Forming of communicative competence of future specialists/
N.V. Alokhina, M.Y. Sivukha // Topical issues of new drugs development: Abstracts of International Scientific And Practical Conference Of Young Scientists And Student (April 23, 2015). – Kh. : Publishing Office NUPh, 2015. – P. 608.

*Олег Хомко, Руслан Сидорчук, Лариса Сидорчук,
Максим Соколенко, Валентин Гродецький, Петро Кифяк*
**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПАЛІАТИВНОЇ
ДОПОМОГИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ
ФАХІВЦІВ**

Резюме. Висвітлюється питання розвитку паліативної і хоспісної допомоги в Україні, взаємозв'язок зі змінами медичної освіти. Розглядаються можливі шляхи розвитку цього напрямку медицини, пропонуються кроки по розв'язанню невирішених завдань паліативної допомоги на Україні, як одного з компонентів захисту прав пацієнтів, який передбачає зменшення страждання пацієнтів і поліпшення якості їх фінальної стадії життя.

Ключові слова: хоспіс, паліативна допомога, медична освіта.

Народження, хвороба, втрата і смерть, на жаль є невід'ємними частинами людського життя. Паліативна допомога важлива складова частина допомоги, яка повинна надаватись тим, хто її потребує. Вона полягає у наданні активної допомоги пацієнтам з прогресуючими захворюваннями на пізніх стадіях розвитку, визначальним моментом якої є психологічна, соціальна і духовна підтримка. Основною метою надання допомоги є забезпечення якнайкращої якості життя для кожного пацієнта і його сім'ї.

За характеристикою медико-демографічної ситуації, Україна належить до демографічно старих країн світу [3, 23-24]. Окрім того, у загальній структурі захворюваності постійно зростає частка інвалідизуючих хвороб, які супроводжуються стійкою втратою працездатності. Тому питання розвитку системи надання паліативної допомоги населенню набуває все більшого значення.

Відповідно до сучасних міжнародних підходів та концепцій, паліативна медицина повинна бути невід'ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки. Декларація ВООЗ (1990) та Барселонська декларація (1996) закликають усі держави світу включити паліативну допомогу в структуру національних систем охорони здоров'я.

Основна частина.

Паліативна допомога - це підхід, який дозволяє покращити якість життя пацієнтів із невиліковними захворюваннями та допомогти членам їхніх родин шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворої людини (визначення ВООЗ, 2002 р.). Головною метою паліативної допомоги є підтримка якості життя у його фінальній стадії, максимальне полегшення фізичних і моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності пацієнта. Паліативну допомогу можна надавати разом із допомогою, спрямованою на одужання, але її мета не виліковування, а піклування.

У всьому світі спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з поширеними формами злоякісних новоутворень. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щоденно у світі від болю страждає 3,5 мільйона онкохворих. Кожного року майже півмільйона осіб в Україні можуть потребувати послуг паліативної допомоги для полегшення симптомів хвороб, що загрожують життю.

Паліативна допомога - це комплекс медичних, соціальних, психологічних та духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів, які мають невиліковну хворобу та обмежений прогноз життя, а також членів їхніх сімей. Головні завдання паліативної допомоги - позбавлення від болю, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших тяжких проявів хвороби, а також догляд, психологічна, соціальна та духовна допомога пацієнту та його рідним як в умовах спеціалізованого медично-соціального закладу - хоспісу, так і вдома [2, 483-485; 4, 486-493].

Саме тому паліативна допомога є важливою складовою системи охорони здоров'я та соціального захисту громадян України, вона забезпечує реалізацію прав людини на гідне завершення життя та максимальне зменшення болю і страждань.

Хоспіси вкрай необхідні Україні, якщо ми вважаємо себе культурним суспільством, гідним бути інтегрованим в Європейський союз. Не треба бути великим психологом, щоб передбачити відповідь на питання: “Яку смерть собі може вибрати людина?” – легку, безболісну, швидку, в колі своїх рідних та близьких. Ніхто не побажає собі мук. За наявності вибору будь-хто також віддає перевагу б в хвилину смерті підтримці друзів і близьких, а не анонімну смерть в галасливій лікарняній палаті серед буденної суєти чужих проблем. Вмираючий зазвичай не боїться смерті, він боїться самоти, продовження агонії і дискомфорту термінального стану. Але багаторічний досвід будь-якого медика показує жорстоку реальність. Те, чого людина більше всього боїться, то вона за іронією долі і отримує. Відсутність організації допомоги вмираючим хворим призводить до того, що багато хворих, особливо онкологічних, випробовують болісні страждання незалежно від того, чи знаходяться вони удома або в стаціонарі.

Тому актуальною проблемою на сьогодні є запровадження навчальних програм підготовки фахівців з паліативної допомоги, що є запорукою зміни ситуації у сфері охорони здоров'я щодо надання паліативної допомоги, оскільки велика частина медперсоналу не може надати кваліфікованої допомоги таким пацієнтам у зв'язку з тим, що питання паліативного лікування і догляду за термінальними хворими не включені в курс навчання ні лікарів, ні медсестер. Викладання питань організації паліативної та хоспісної допомоги необхідне для вивчення не лише наявних проблем, а й етичних принципів паліативної допомоги, історії хоспісного руху, питань якості життя інкурабельних хворих і їхніх родичів. Знання, набуті на практичних і семінарських заняттях та висвітлені в лекційному матеріалі, дозволяють

забезпечити наступність між лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я і закладами соціального захисту населення, брати участь у проведенні медично-соціальної реабілітації, поліпшити якість надання медичної допомоги інкурабельним хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах, а також приділити увагу різноманітним аспектам психологічної підтримки родичів хворих із тяжкими прогресуючими захворюваннями [1, 494-499; 5, 66-80].

Вирішення цієї проблеми лежить в завданні створення в нашій країні мережі хоспісів. Причому здійснення цієї допомоги не обмежуватиметься тільки стаціонаром. Хоспіс – це шлях до позбавлення від страху перед стражданнями, супутніми смерті, шлях до сприйняття її як природного продовження життя. Трагізм смерті можна і потрібно полегшити турботою і увагою всього суспільства, якому людина служила і віддала своє життя. Паліативна і хоспісна допомога роблять перші кроки в країнах Центральної і Східної Європи та СНД. Однак, існує безліч перешкод на шляху її створення і розвитку, які необхідно подолати.

Серед них – недостатньо розвинуті структури, що надають паліативну допомогу в цих країнах. За деяким винятком ці служби недостатньо оснащені устаткуванням і не укомплектовані належним чином кваліфікованим медичним персоналом.

Крім того, населення і медична громадськість України не готові визнати необхідність розвитку паліативної допомоги і допомоги фінальної стадії життя. Засоби масової інформації практично ігнорують розгляд надзвичайно важливих питань надання паліативної допомоги населенню та розвиток хоспісів в державі.

Основні зусилля медпрацівників зосереджені на лікуванні основного захворювання за будь-яку ціну. Незначна кількість медпрацівників хочуть працювати у сфері паліативної допомоги, оскільки престиж цієї роботи низький в порівнянні з іншими медичними спеціальностями, а заробітна платня медсестер нижча за реальний прожитковий мінімум. Катастрофічна нестача

коштів і нераціональне фінансування впродовж багатьох років, обмежені бюджети і недостатнє бажання витратити гроші на паліативну допомогу і допомогу фінальної стадії життя з боку керівників охорони здоров'я і політиків викликають все більший занепад цієї галузі медицини.

Висновок.

1. Розвиток та широке впровадження паліативної та хоспісної допомоги в Україні потребує суттєвих адекватних змін у системі додипломної та післядипломної підготовки медичних фахівців.

2. Стан медичної освіти з питань паліативної допомоги вимагає активного вдосконалювання системи підготовки з паліативної та хоспісної допомоги на різних етапах підготовки фахівців всіх медичних спеціальностей.

3. Необхідно створити належні умови для набуття і удосконалення практичних навичок надання паліативної та хоспісної допомоги, безперервного підвищення кваліфікації фахівців для первинної паліативної допомоги та для закладів спеціалізованої паліативної і хоспісної медицини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right / F. Brennan // *J. Pain Symptom Management*. - 2007. - Vol. 33, (5). - P. 494-499. (16, 494-499)
2. Calteway M. Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. Foreword / M. Calteway, F. D. Ferris // *J. Pain Symptom Management*. - 2007. - Vol. 33, (5). - P 483-485.
3. Gubsky Yu. Opieka paliatywna na Ukrainie: osiagniecia i perspektywy. /Yu. Gubsky, W. Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, A. Tsarenko, A. Wolf// *Clinical and Experimental Letters*. - 2007. - Vol. 48, Suppl. B. P. 23-24.
4. Stjernsward J. The Public Health Strategy for Palliative Care / J. Stjernsward, K. M. Foley, F. D. Ferris // *J. Pain Symptom Management*. - 2007. - Vol. 33, (5). - P. 486-493.
5. Tsarenko A. Improving of palliative care specialists' training in Ukraine / A. Tsarenko, V Serdiuk, S. Martyniuk-Gres, L. Shkoba // *Palliative Care in Different*

Cultures. The 2nd International Conference in Palliative Care. Eilat, Israel, 2008, p. 80.

Галина Гончар

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІ НАВЧАЛЬНІ ЗАКЛАДИ

Починаючи з другої половини XIX століття, багато передових суспільних діячів, лікарів, педагогів України говорили про необхідність участі викладачів у боротьбі за здоров'я учнів. Земські лікарі наполягали на необхідності підняти рівень гігієнічної освіти серед самих педагогів, пропонувалось клопотати про дозвіл читань із гігієни на вчительських з'їздах і про введення гігієни як навчального предмета до тих навчальних земських закладів, із яких виходять сільські вчителі.

На Україні, починаючи з 1900 року було вжито спробу привернути увагу вчителя до необхідності формування у школярів знань фізичної культури й гігієни, здорових звичок.

Заслуговує на увагу і аналіз стратегії фізичної підготовки та зміцнення здоров'я учнів, яка спирається на теорію, моделі, методи й засоби гігієнічного навчання та фізичної культури й профілактики захворювань, що отримала свій подальший розвиток у 90-і роки. Тепер вона реалізується за чотирма напрямками:

1) інформаційний напрямок, який базується на використанні сучасних комунікаційних методів і технологій;

2) освітній, який включає розробку, реалізацію й оцінювання ефективності програм гігієнічного навчання й фізичної культури;

3) координація діяльності різних державних і неурядових органів та установ, засобів масової інформації, суспільних організацій, комерційних і приватних структур, фондів, зусилля яких спрямовані на реалізацію політики й програм фізичної культури і зміцнення здоров'я;

4) безпосереднє надання населенню діагностичної консультативно-оздоровчої допомоги й профілактичних послуг.

Історія нашої держави має приклади досить оригінальних підходів до питань розвитку учнів, збереження й зміцнення їх здоров'я. Перший, як правомірно стверджує В. Басов, належить до 20-30-х рр. ХХ століття. Перш за все ми хочемо звернути особливу увагу на той примітний факт, що створення структури педагогічної служби в освітніх установах почалося задовго до прийняття офіційних урядових постанов при явно недостатній проробленості багатьох теоретичних і практичних питань, відсутності кваліфікованих спеціалістів [6]. Розгалужена мережа педагогічної служби включала наступні форми її реалізації:

1) головний центр; методичні центри у вигляді кабінетів і лабораторій при обласних, міських, районних відділах народної освіти;

2) педагогічні кабінети в школі, професійно-технічних училищах, вищих учбових закладах, таборах відпочинку і т.д.

У зв'язку з відсутністю спеціалізованих кадрів уся наукова методична й практична робота служби покладається на лікарів. Їм було поставлено в обов'язок вивчення таких сторін життя дитини, які знаходились поза компетенцією медицини. І, природно, що ніякі короткотермінові курси із психолого-педагогічної підготовки не могли вирішити цей дефіцит освіти лікаря.

Акцент у роботі шкільних педагогів явно зміщується в бік біологізації навчально-виховного процесу, відзначається захоплення тестами, здійснюються покvapливі кроки по впровадженню в педагогічну практику зовсім нерепрезентативних висновків [3].

Претендуючи на роль міждисциплінарного напрямку, який вивчає людину, що розвивається, педологія далі за просту компіляцію не пішла. Більш того, значення даних, які вона здобувала з дитячої й педагогічної психології, підривалося спрощеним трактуванням вищих психічних функцій, механічним

розумінням впливу біологічних чинників і середовища на розвиток, навчання й виховання дитини. Не став об'єктом дослідження педологів і стан здоров'я дітей [9].

Нарешті, у 1997 р. Міністерством освіти і науки, охорони здоров'я України затверджується державний стандарт із спеціальності «педагог-валеолог», створюється навчально-методична комісія з валеології, міжвузівський Центр із проблем валеологічної та фізкультурної освіти. У багатьох вищих навчальних закладах відкриваються кафедри валеології, готуються навчальні програми.

Такий інтерес до валеології з боку органів освіти в Україні стає зрозумілим, якщо згадати, що за часом це співпадає з початком перебудови, гласністю, зняттям цензури і т.д., виходить із підпілля нетрадиційна медицина, освітні заклади отримують достатню свободу у формуванні своїх навчальних планів. Одночасно різко посилюються негативні тенденції зі здоров'ям різних груп населення і особливо серед учнівської молоді. Офіційна медицина не в змозі одна вирішити проблеми, що виникли. Управлінці від освіти починають гарячково шукати альтернативу. І цією альтернативою стає валеологія.

На етапі становлення знаходиться в Україні система фізичної і соціальної реабілітації, комплексної психолого-педагогічної й психолого-соціальної допомоги дітям і підліткам, як у нормі, так і з патологією. Отримують розповсюдження такі види реабілітаційних центрів, як:

- діагностики й консультивання;
- психолого-фізичної корекції;
- психолого-медико-соціального супроводу;
- спортивної підготовки осіб з вадами здоров'я;
- психолого-педагогічної реабілітації й корекції;
- соціально-трудової адаптації й профорієнтації;
- лікувальної педагогіки й диференційованого навчання та ін.

Останні роки в Україні набирає темп розвиток адаптивного фізичного виховання – напрямок науки, що вивчає фізичне виховання людей, які втратили на довгий час або назавжди ті чи інші функціональні можливості, серед них рухові.

При цьому потрібно відзначити, що в Україні на початку XXI століття нараховується 2,5 млн. таких людей, серед них 1,5 млн. людей з інвалідністю та 152 тис. інвалідів дитинства. Сьогодні наявна негативна тенденція збільшення цих показників. Немає сумніву у тому, що в боротьбі з цим лихом велика роль у фізичній і соціальній реабілітації належить спеціальним центрам, які будуть працювати за державними програмами [5].

На думку різних вчених, до категорій дітей, які першочергово потребують допомоги реабілітаційних центрів, належать:

- 1) діти, що мають недоліки в психічному й фізичному розвитку;
- 2) діти з неблагополучних і незаможних сімей;
- 3) діти, які мають проблеми й не здатні вирішити їх самостійно;
- 4) неповнолітні правопорушники;
- 5) діти-сироти;
- 6) діти-інваліди;
- 7) обдаровані діти;
- 8) діти біженців і переселенців.

Більшість дітей приходять у центри самостійно, частину (28,1 %) – приводять батьки, останні (23,8 %) – направляються закладами освіти. Причому найкращих результатів досягають діти, які прийшли самостійно (73,76 %). Центри надають їм психологічну, педагогічну, правову, соціальну, медичну та інші види допомоги.

Останніми роками діяльність означених реабілітаційних центрів виходить за адміністративно-територіальні межі. Предметом їх інтересів стають не тільки окремі категорії дітей, але й країна, регіони, середовище життєдіяльності, розвитку й освіти в цілому.

Проблема здоров'я тих, хто навчається, явно вимальовується з появою класно-урочного стандартно-нормативного підходу в педагогіці. Інша справа, що, ідучи за науково-технічним прогресом і постійно нарощуючи обсяг й інтенсивність інформації, школа все далі відходила від проблем перенесення дітьми цих непомірних навантажень, перетворюючись на школу, яка провокує появу у дітей гіподинамії, неврозів, перенапруження, втоми, різних захворювань [7].

Таким чином, на етапах історичного розвитку сучасної школи існував непідробний інтерес до питань фізичного розвитку, фізичної культури, збереження й зміцнення здоров'я учнів. І якщо на початкових етапах цей інтерес більшою мірою виявлявся з боку спеціалістів, то тепер ініціатива збереження позитивного здоров'я школярів формується на рівні системи освіти.

У цій сфері накопичено певний зарубіжний і вітчизняний досвід, який потребує розгляду й аналізу. І хоча школа – тільки одна ділянка на широкому полі діяльності, що має відношення до здоров'я та освіти, ділянка ця, в силу свого соціально-економічного й організаційного становища, безумовно, стратегічна.

На думку деяких спеціалістів, школа – ідеальне місце для реалізації міждисциплінарних комплексних оздоровчих програм, сучасних фізкультурно-оздоровчих програм, технологій, методик. У викладеному аспекті особливу актуальність має проблема розробки та впровадження в практику різноманітних комплексів, форм, засобів та методів фізкультурно-оздоровчої роботи з учнями загальноосвітніх шкіл, в основі яких знаходиться різноманіття аеробних технологій [6].

Державна політика, через цільову комплексну програму «фізичне виховання – здоров'я нації», зобов'язує фахівців до креативного підходу у вирішенні означеної державної проблеми, в аспекті вивчення та використання на практиці соціальних, педагогічних, психологічних, гуманітарних і медико-біологічних основ формування здоров'я підрастаючого покоління України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми теорії і методики фізичного виховання / [Ареф'єв В. Г., Болях Є., Бубела О. Ю. та ін.]; О. М. Вацеба (голов. ред.). – Л., 2005. – 296 с.
2. Актуальні питання фізичного виховання учнівської молоді: теорія та практика: монографія / [А. Г. Черноштан, Т. Т. Ротерс, Ю. В. Драгнєв, О. В. Отравенко та ін.] / За заг. ред. Т. Т. Ротерс. – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2008. – 320 с.
3. Булич Э. Г. Здоровье человека: Биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Мурахов. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 424 с.
4. Охорона здоров'я в Україні: статистичний збірник / Державний комітет статистики України. – К., 2001. – 271 с.
5. Платонов В. Н. Адаптація в спорті / В. Н. Платонов. – К.: Здоров'я, 1988. – 216 с.
6. Худолій О. М. Основи методики викладання гімнастики / О. М. Худолій. – Х.: ОВС, 2004. – Вид. 3. – 414 с.
7. Шепард Р. Д. Практическая значимость потребления кислорода / Р. Д. Шепард // Наука в олимпийском спорте. – 1995. – №2. – С. 39–44.
8. Шиян Б. М. Методика викладання спортивно-педагогічних дисциплін у вищих навчальних закладах фізичного виховання і спорту: навч. посібник / Б. М. Шиян, В. Г. Папуша. – Х.: ОВС, 2005. – 208 с.

Тетяна Верещенко

Науковий керівник: Любов Корінчак

РАЦІОНАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ

Раціональне харчування – це харчування, при якому до організму з харчовими продуктами надходять усі поживні речовини, вітаміни та мінеральні солі в кількостях, необхідних для його нормальної життєдіяльності. Тобто, це

харчування, яке забезпечує зростання, нормальний розвиток і життєдіяльність людини, що сприяє поліпшенню його здоров'я і профілактиці захворювань.

Раціональне харчування передбачає:

по-перше: енергетичну рівновагу або енергетичну цінність;

по-друге: збалансоване харчування;

по третє – дотримання режиму харчування.

Енергетична цінність добового раціону харчування повинна відповідати енерговитратам організму. Енерговитрати організму залежать від статі (у жінок вони нижче в середньому на 10%), віку (у літніх людей вони нижче в середньому на 7% в кожному десятилітті), фізичної активності, професії. В середньому, потрібно вживати 2000 –2500 ккал на добу.

Для нормальної життєдіяльності організму людини і доброго засвоєння їжі людський організм повинен одержувати усі поживні речовини у певних співвідношеннях. І кожен організм повинен суворо дотримуватися певної кількості харчових речовин, які повинні надходити в певних пропорціях. Потреба людини в поживних речовинах визначається її масою, віком та рівнем рухової активності (фізична праця, заняття спортом потребують споживання білків на 20% більше від загальних норм). Наприклад, білки є основним будівельним матеріалом організму, джерелом синтезу гормонів, ферментів, вітамінів, антитіл.

Це органічні речовини, що складаються з амінокислот, які, поєднуючись між собою в різних композиціях, надають білкам різноманітних властивостей. Харчова і біологічна цінність білків визначається збалансованістю амінокислот, що входять до їх складу. Білки належать до життєво-необхідних речовин, без яких неможливе життя, ріст і розвиток організму. Вони найважливіші компоненти харчування, що забезпечують пластичні та енергетичні потреби організму. Потреба в білках для дорослої людини становить у середньому 85-90 г на день [2].

Жири – важливий продукт харчування людини, вони володіють не тільки енергетичною, а й пластичною цінністю завдяки вмісту в них жиророзчинних вітамінів, жирних кислот, фосфоліпідів. Роль жирів у харчуванні визначається їх високою калорійністю і участю в процесах обміну. Жири забезпечують у середньому 33% добової енергоцінності раціону. З жирами в організм надходять необхідні для життєдіяльності речовини: вітаміни А, D, Е, незамінні жирні кислоти, лецитин. Жири забезпечують всмоктування з кишечника ряду мінеральних речовин та жиророзчинних вітамінів. Вони поліпшують смак їжі і викликають відчуття ситості

Вуглеводи – основний паливний матеріал для життєдіяльності організму. До розряду вуглеводів відносяться харчові волокна (клітковина), які відіграють важливу роль в процесі травлення і засвоєння їжі. Важливе значення для правильного обміну речовин і забезпечення функціонування організму мають мінеральні речовини і вітаміни.

Вуглеводи – головне джерело енергії організму, вони є основною частиною харчового раціону, фізіологічне значення їх в основному визначається їх енергетичними властивостями. При всіх видах фізичної праці спостерігається підвищена потреба у вуглеводах. З їжею надходять прості і складні вуглеводи, є глюкоза, галактоза, фруктоза, сахароза, лактоза та мальтоза. Потреба у вуглеводах становить 350-500 г на добу [1].

Відповідно до принципу збалансованого харчування, забезпеченість основними харчовими речовинами має на увазі надходження білків, жирів, вуглеводів в організмі в строгому співвідношенні.

Білками має забезпечуватися 10 – 15% добової калорійності, при цьому частка тваринного і рослинного білків повинна бути однаковою.

Оптимальний обсяг споживання жиру – 15 – 30% калорійності.

Вуглеводами має забезпечуватися 55 – 75% добової калорійності, основна їх частка припадає на складні вуглеводи і тільки 5 – 10% – на прості вуглеводи (глюкоза).

Харчування має бути дробним (3 – 5 рази на добу), регулярним (в один і той же час) і рівномірним, останній прийом їжі повинен бути не пізніше, ніж за 2 – 3 години до сну. Сучасна модель раціонального харчування має вигляд піраміди. Орієнтуючись на неї, людина зможе скласти збалансований раціон на кожен день.

Раціональне харчування людини – це не дієти і не особлива суворість до свого організму, це та норма, освоївши яку, людина буде дуже добре себе почувати.

Отже, основним критерієм раціонального харчування є дотримання енергетичного балансу організму, тобто кількість енергії, яка надходить в організм, має дорівнювати кількості енергії, яка витрачається в процесі життєдіяльності. І коли енергетичні витрати менші, ніж кількість енергії у спожитій їжі, маса тіла зростає переважно завдяки жировій тканині.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Карсекіна В.В., Калакура М.М. Раціональне харчування в сім'ї./ В.В. Карсекіна, М.М. Калакура. К.: Техніка 1986. 272с.

2. За інформацією Центру здоров'я Дніпровського району міста Києва – [Електронний ресурс] – Режим доступу:

<https://dnipr.kyivcity.gov.ua/news/7910.html>

Валентина Гоменюк

Науковий керівник: Любов Корінчак

ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ В ШКОЛІ

Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом організації їхнього навчання в загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей (Наказ МОН України, 2010).

Сутністю інклюзивної освіти є навчання осіб з особливими потребами за умови пристосування освітнього простору до індивідуальних особливостей дітей, надання якісних освітніх послуг.

Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Одним із головних завдань інклюзії є відгук на широкий спектр освітніх потреб в шкільному середовищі та поза його межами.

Навчання в інклюзивних закладах є корисним, як для дітей з особливими освітніми потребами, так і для дітей з типовим рівнем розвитку, членів родини та суспільства в цілому. Усі діти є цінними й активними членами суспільства. Взаємодія між учнями з особливими освітніми потребами та дітьми з типовим рівнем розвитку сприяє налагодженню між ними дружніх стосунків, завдяки чому діти вчаться природньо сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей, стають більш чуйними, готовими до допомоги [1, 3].

Інклюзивне навчання робить наголос в першу чергу на розвиток сильних якостей і талантів дітей, а не на їхніх фізичних або розумових проблемах.

Взаємодія з іншими дітьми сприяє когнітивному, фізичному, мовному, соціальному та емоційному розвитку дітей з особливими освітніми потребами. При цьому діти з типовим рівнем розвитку демонструють відповідні моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами (ООП) і мотивують їх до цілеспрямованого використання нових знань і вмінь. Діти вчаться найкраще в ідеальній атмосфері любові, тепла, заохочення та підтримки.

Якомога раннє залучення дітей з особливостями психофізичного розвитку до діяльності в колективі здорових однолітків сприяє розвитку у них самостійності, впевненості, сміливості, інших особистісних якостей [2].

Вчителі Якимівського ліцею Вінницької області організують та забезпечують оптимальні умови навчання, сприятливу атмосферу в учнівському колективі, спосіб презентації теми, який би залучав до діяльності,

був захоплюючим та не обтяжуючим чи виснажливим для «особливої» дитини, стимулював засвоєння інформації, сприяв застосуванню знань, умінню пов'язувати їх з життям, оцінюванню учнівських досягнень в різний спосіб.

Уроки, побудовані на особистісно – орієнтованій взаємодії, дають змогу здійснити індивідуальний підхід, стимулюють пізнавальну активність, навчають школярів визначати шляхи здобуття ґрунтовних знань, умінь і навичок.

В нашому ліцеї створюються оптимальні (спеціальні) умови здобуття освіти зазначеним дітям. Процес створення необхідних умов відбувається для того, щоб інклюзія дітей з особливостями життєдіяльності в системі соціальних відносин в освітньому середовищі проходив максимально ефективно, адже він є надзвичайно складним.

Асистенти вчителів не лише «включають» учнів з ООП у навчально-виховний процес, але й самі «включаються» у процес взаємодії з іншими, у процес командної співпраці, психолого-педагогічний супровід учнів, робота професійної спільноти асистентів вчителів/вихователів, співпраця з батьками.

Як асистент вчителя вище вказаного ліцею, у своїй роботі я впроваджую використання особистісно-орієнтованих підходів у навчально-виховному процесі, застосування індивідуальних, групових форм роботи, враховуючи вплив різних розладів і хвороб на процес навчання. Пріоритетними напрямками роботи є сприяння соціальному, емоційному та когнітивному розвитку дитини, щоб вона відчувала себе неповторним, повноцінним учасником суспільного життя.

Свою роботу, як асистент, організовую за чітко структурованою схемою, розбиваю цей процес на маленькі кроки, контролюю розуміння пройденого матеріалу, моделюю застосування цільових умінь і навичок. Весь цей процес має систематичний та послідовний характер.

Робота асистентів направлена на удосконалення рівного доступу до якісної освіти дітей з ООП, розширення методичної бази, узагальнення і розповсюдження передового досвіду роботи досвідчених педагогів.

Виконуючи свою місію асистент вчителя повинен стати для такої дитини мамою, наставником, вихователем, другом, який щохвилини, щосекунди, щомиті повинен бути поруч, і розуміти не лише слова та думки дитини, але й її погляд, відчуття, душевний стан.

Питання щодо впровадження інклюзивної освіти стає дедалі актуальним, адже в Україні, як свідчить статистика з кожним роком збільшується кількість дітей з особливими потребами. Не виключенням став і наш районний центр. Якщо у 2016 році було на інклюзивному навчанні тільки 3-є учнів, з них 1 дитина навчалась в нашому ліцеї, то в 2022 році у ліцеях та гімназіях району вже навчається близько 15 учнів.

В нашому ліцеї запроваджено інклюзивне навчання для дитини з порушеннями опорно-рухового апарата. За індивідуальною програмою розвитку (ІПР) дитині передбачені корекційно-розвиткові послуги, а саме лікувальна фізкультура та масажі (2 години на тиждень).

Я, маючи медичну освіту, займаюся з дитиною лікувальною фізкультурою, яка включає в себе не тільки фізичні навантаження (зміцнення м'язів, удосконалення навичок самообслуговування, розвиток дрібної моторики), але й розвиток пам'яті, уваги, ритму, слуху, режиму.

На розвиткових заняттях моєю головною метою є:

- розроблення м'язів спини та черевної порожнини;
- удосконалити та укріпити м'язи рук для подальшого самообслуговування та виробити в дитини режим дня;
- правильність навантаження на різні частини тіла;
- послідовність виконання вправ та вміння розраховувати свої сили при певних видах роботи.

Велику роль в розвитку дітей також відіграють батьки, але на превеликий жаль, не завжди вони борються з проблемами, які постають перед ними та часто змиряються зі станом дитини та опускають руки, що стає ще проблематичніше при роботі з цією дитиною.

Звичайно, кожна дитина потребує особливої уваги, розуміння, співчуття, допомоги, але діти з ООП потребують цього найбільше, і в даній ситуації лікарі, вчителі, асистенти вчителів, учні, батьки, рідні та близькі мають спільну мету – це адаптувати дитину до життя, навчити її жити самостійно, допомогти дитині адаптуватися в соціумі та навчити елементарних речей для існування в сучасному світі. «Особливі діти» на даний час мають змогу отримати знання в дитячих садках, ліцеях, гімназіях, коледжах, технікумах, інститутах, університетах. Згодом отримати роботу та жити нормальним, самостійним життям. На даний час наша держава намагається забезпечити навчальні заклади всім необхідним для отримання належного рівня знань та вмінь.

Слід підкреслити, що можливість отримання освіти сприяє розв'язанню проблеми працевлаштування, яка своєю чергою позитивно впливає на соціальну інтеграцію осіб з інвалідністю. Звідси очевидним стає зв'язок проблеми освіти людей з особливими потребами та їхньою зайнятістю.

Отже, на підставі вище вказаного, можна сформулювати наступне:

- вкрай важливо розвивати та удосконалювати інклюзивне навчання;
- домагатися забезпечення умов і програм навчання, які передбачають задоволення індивідуальних потреб осіб із порушенням здоров'я.

Гуманність, толерантність, визнання рівного доступу кожного до освіти – такі загальнолюдські «плюси» інклюзиву.

Найкращі результати інклюзивна освіта дає лише тоді, коли вся шкільна громада готова реалізовувати її ідеї в повсякденній діяльності. Для того аби зробити інклюзію дійсно успішною, вся школа має бути відданою цій справі.

На мою думку, соціалізація дітей є важливою незалежно від стану здоров'я та віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Колупаєва А.А., Єфімова С.М. Навчальний курс «Вступ до інклюзивної освіти» Київ. 2010
2. Нагорна О.Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник / О.Б. Нагорна. Рівне, 2012. 99 с.
3. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі / навчально-методичний посібник /авт.: Н. Ярмола, Л. Коваль-Бардаш, Н. Компанець, Н. Квітка, А. Лапін К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.

Гончар Богдана

Науковий керівник: Світлана Козловська

ШЛЯХИ ТА ЗАСОБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

Здоров'я – це сукупність фізичних, духовних, соціальних якостей людини, що є основною її довголіття та необхідною умовою здійснення творчих планів, високої працездатності, створення сім'ї, народження й виховання дітей.

Здоров'я – це стан повного фізичного, психологічного і соціального благополуччя [1, с.8].

Здоровий спосіб життя – це дії, спрямовані на запобігання захворювань, зміцнення всіх систем організму та поліпшення загального самопочуття людини.

Формування здорового способу життя є головним важелем первинної профілактики в зміцненні здоров'я населення через зміну стиля та укладу життя, його оздоровлення з використанням гігієнічних знань у боротьбі зі шкідливими звичками, гіподинамією та подоланням неблагополучних сторін, пов'язаних з життєвими ситуаціями. Здоровий спосіб життя — це, передусім, діяльність, активність особистості, групи людей, суспільства, що використовують надані їм можливості в інтересах здоров'я, гармонійного, фізичного та духовного розвитку людини.

Основні елементи здорового способу життя

1. Раціональний режим праці та відпочинку. Необхідне раціональне чергування праці і відпочинку, як один з засобів підвищенні працездатності. [2,с.54]
2. Гігієна харчування. При правильному харчуванні людина менше підлягає різним захворюванням і легше з ними справляється.
3. Повноцінний режим сну. Для збереження нормальної діяльності нервової системи та всього організму велике значення має повноцінний сон.
4. Оптимальний руховий режим. Рухова активність — це будь-які форми руху, під час яких організм використовує енергію. Це може бути заняття спортом (плаванням чи гімнастикою) або такі буденні справи, як прибирання чи виховування собаки. Більшість видів рухової активності покращують нашу фізичну форму. [4,с.48]
5. Фізичне загартування. Широко відомі різноманітні способи загартування — від повітряних ванн до обливання холодною водою. Корисність цих процедур не викликає сумніву. Загартовування — це система тренування терморегуляторних процесів організму, що включає в себе процедури, дія яких спрямована на підвищення стійкості організму до переохолодження або перегрівання. [3,с.92]

Важливе значення у формуванні здорового способу життя відведене саме раціональному харчуванню, що передбачає насичення організму необхідною кількістю вітамінів, мікроелементів, білків, жирів, вуглеводів, водою, що мають поліпшувати стан здоров'я та підтримувати масу тіла на оптимальному рівні. Окрім цього, необхідною умовою гарного самопочуття та здоров'я людини є відсутність шкідливих звичок.

Не менш важливими є й рухова активність та регулярні фізичні навантаження, спрямовані на підвищення рівня фізичного розвитку та його підтримку.

Пам'ятайте, що спосіб життя має найбільший вплив на стан здоров'я, а здоровий спосіб життя, в свою чергу, закладає фундамент гарного самопочуття, зміцнює захисні сили організму та розкриває його потенційні можливості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Воронцова Т.В. Основи здоров'я 6 клас. – Підручник, 2014.
2. Про політику Всесвітньої організації здоров'язбереження. “Здоров'я для всіх до 2000 року” // Медичні вісті. 2007.
3. Горобей М.П. Осадчий О.В. Загальна теорія здоров'я. Навч. посібник 2017.
4. І. Д. Бех, Т. В. Воронцова, В. С. Пономаренко, С. В. Страшко. Основи здоров'я 9 клас. Підручник, 2017.

Руслана Запопадна

Науковий керівник: Світлана Козловська

ОСНОВИ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Серед хвороб, на які страждають наші сучасники, найбільш небезпечними є захворювання серцево-судинної системи. Серцево-судинна система забезпечує кровообіг організму, а значить, живлення і дихання всіх органів. Ось чому захворювання серцево-судинної системи відображається на пониженні функціональної діяльності всього організму. Одночасно знижуються творчі здібності та працездатність людини. Захворювання серцево-судинної системи обумовлені багатьма факторами: вродженими дефектами; інтоксикацією; запальними процесами; порушеннями обміну речовин; малорухомим способом життя.

Серед різних захворювань серцево-судинної системи найбільш поширеними є: дистрофія міокарда, інфекційно-алергічні міокардити, ревмокардити (ендокардит), вади серця, вегетативно-судинна дистрофія, гіпертонічна і гіпотонічна хвороби. Значна кількість захворювань серцево-судинної системи призводить до недостатності кровообігу, тобто нездатності системи транспортувати кров у необхідній кількості для нормального

функціонування органів і тканин. Недостатність кровообігу виникає внаслідок порушення функцій як серця (серцева недостатність), так і судин (судинна недостатність). Метод лікувальної фізкультури розглядається як неспецифічний метод загальної терапії.

Їх цінності полягає в тому, що він по своїй сутності має не локальну дію, а викликає реактивні зміни всього організму. Адекватні фізичні вправи покращують кровопостачання серцевого м'яза за рахунок розкриття резервних капілярів в міокарді, позитивно впливають на обмін речовин шляхом підвищення окислювально-відновлювальних процесів і, таким чином, прискорюють процеси відновлення в міокарді. Проводити фізичні вправи потрібно регулярно, щонайменше три рази на тиждень (ідеально - щодня) по 30 хвилин, бажано на свіжому повітрі або в добре провітрюваних приміщеннях. Найкраще проводити тренування в ранковий або вечірній час доби, причому не раніше, як через 2 години після прийому їжі. Розпочинати тренування потрібно з 5-10 хвилин, поступово нарощуючи тривалість та інтенсивність занять.

Після закінчення періоду адаптації тренуваннями потрібно займатись регулярно з приблизно однаковим навантаженням. Кожне заняття повинно поділятися на три етапи: підготовчий, основний і заключний.

Метою підготовчого етапу є поступова активізація дихальної та серцево-судинної систем, підготовка їх до основного навантаження. Вправи виконуються повільно і поєднуються із дихальними вправами. Тривалість підготовчого періоду 3-5 хвилин. Метою основного періоду є здійснення послідовного навантаження всіх м'язів тіла. Інтенсивність вправ має бути достатньо напруженою, але не виснажливою. Навантажувальні вправи потрібно обов'язково чергувати із розслаблюючими, котрі включають нахили тулуба і дихальні вправи [2].

Оригінальним способом регулювання інтенсивності фізичних вправ є одночасне ведення розмови. Якщо говорити заважко, значить інтенсивність тренування є зависокою і потрібно зменшити навантаження.

До основних протипоказань до занять лікувальною фізкультурою слід віднести: гостру фазу ревматизму, ендокардит; важкі порушення провідної системи серця і ритму; недостатність кровообігу в третій стадії, гостра серцева недостатність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Балакірева Є. А. Використання статико-динамічних вправ при реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи / Балакірева Є. А., Партає І. Г., Колесніков М. Л. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 10. – С. 7–10.
2. <http://medic.in.ua/sercevo-sudinni-zahvoryuvannya--osnovi-metodiki-fizichnogo-vih.html>

Софія Глух

Науковий керівник: Світлана Козловська

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ПРИ СКОЛІОЗІ У ДІТЕЙ

Сколіоз – патологічне викривлення хребта. Його вигин може направлятися в будь-яку сторону. Якщо не займатися лікуванням, то захворювання буде ще більше розвиватися, а хребет буде просто скручуватися. Недбале ставлення до такої недуги призводить до внутрішнього здавлення судин і сусідніх органів. Страждає серцево-судинна і нервова система, органи дихання, сечовидільна система.

Патологія з'являється через швидке зростання, тому батькам слід особливо бути уважними в віковий період 6-7 років, а також 11-14.

На перших етапах захворювання, діти не скаржаться, однак в їх поставі спостерігаються зміни, а згодом з'являються додаткові ускладнення:

- асиметрія спини;
- голова опущена вниз;
- плечі зведені один до одного;
- спостерігається біль у спині, задишка;
- больові відчуття в серці, тахікардія;

- сковуються руху;
- дитина стає розсіяною;
- настає швидка втома;
- утруднюється ходьба, втрачається рівновага [3].

У наш час \хвороба спини є найпоширенішою проблемою особливо серед дітей. Для того щоб уникнути цієї проблеми діти проходять курси лікувальної фізкультури.

Метою лікувальної фізкультури при сколіозі є: по-перше, не допустити прогресування хвороби, по-друге, стабілізувати хребет (укріпити м'язи, які його оточують), по-третє, домогтися корекції деформації хребта.

Форми лікувальної фізкультури досить різноманітні, а їх вибір і комбінації складаються з урахуванням характеру захворювання, стану організму хворого і його віку.

Для дітей дошкільного та шкільного віку, які мають порушення постави та сколіоз, основними формами лікувальної фізкультури, крім лікувальної гімнастики, є рухливі ігри, деякі спортивні ігри та вправи.

Лікувальна фізкультура дітей з порушенням постави і сколіозом має свої особливості по часу призначення, навантаження залежно від віку дитини, ступеня розвитку деформації, загального фізичного розвитку, стану органів і систем організму.

Зокрема, з програми фізичного виховання треба повністю виключити всі види вправ, пов'язані з підтягуванням на турніку, гімнастичній стінці, розкочуванням хребта (сильне прогинання тіла вперед, назад, в сторони), стрибками, а також вилучити заняття асиметричними видами спорту тенісом тощо [2].

Основною формою лікувальної фізкультури при сколіозі є вправи лікувальної гімнастики, зазвичай згруповані в комплекси, розраховані на кожен урок тривалістю 45 хвилин. Основна мета вправ лікувальної гімнастики полягає в тому, щоб шляхом регулярного тренування м'язів за

програмою забезпечити поступове збільшення їх основних характеристик сили, витривалості, працездатності, досягти такого розвитку, який дозволив би їм ефективно протистояти прогресуванню деформації і навіть їх зворотному розвитку.

Крім цього вправи лікувальної гімнастики при сколіозі передбачають ряд інших завдань, важливими з яких є: - підвищення загального тону організму дитини; - формування навичок активної самокорекції і вироблення правильної постав. Для забезпечення посилення функціональних можливостей організму і досягнення на цій основі бажаних рухових якостей, насамперед сили і витривалості м'язів, потрібно багаторазово виконувати фізичні вправи. [1]

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. <http://fivobio.com/likuvannja-ditej/424-vpravi-i-likuvalna-fizkultura-proti-skoliozu-u.html>.
2. <http://medicatocity.ru/spina/vikrivlennja-hrebtja-i-postava/2135-efektivna-likuvalna-fizkultura-lfk-pri-skoliozi-1.html>
3. <https://stud.irc.org.ua/news/14-39-24-14-11-2019/>

Сергій Након'юк

Науковий керівник: Тетяна Осадченко

МЕТОДИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ І ЗДІБНОСТЕЙ

Багаторазове виконання фізичних вправ супроводжується поліпшенням техніки і тренуючим впливом, розвитком адаптаційних процесів. Підбір фізичних вправ, регулювання їх тривалості та інтенсивності визначають характер і ступінь впливу фізичного навантаження на організм займаються, розвиток його здібностей.

Розрізняють п'ять основних фізичних здібностей (якостей): силові, швидкісні, координаційні, витривалість і гнучкість. Розвиток фізичних якостей підпорядковується загальним закономірностям - етапності, нерівномірне TM, гетерохронності, незалежно від статі, віку, спадкових факторів, стану здоров'я.

З метою спрямованого розвинена фізичних якостей у осіб з обмеженими можливостями використовуються ті ж методи, що і у здорових людей:

- для розвитку м'язової сили - методи максимальних, повторних, динамічних, ізометричних, «ударний» метод і метод електростимуляції;

- для розвитку швидкісних якостей (швидкості) - повторний, змагальний, ігровий, варіативний, сенсорний методи;

- для розвитку витривалості - рівномірний, змінний, повторний, інтервальний, змагальний, ігровий методи;

- для розвитку гнучкості застосовують: динамічні активні і пасивні вправи, статичні вправи і комбіновані вправи. Всі вони спрямовані на забезпечення необхідної амплітуди рухів, а також відновлення втраченої рухливості в суглобах в результаті захворювань або травм. Вправи на розтягування спрямовані на сполучні тканини - сухожилля, зв'язки, оскільки саме вони перешкоджають розвитку гнучкості, не володіючи властивістю розслаблення;

- для розвитку координаційних здібностей використовуються методичні прийоми, спрямовані на корекцію та вдосконалення узгодженості рухів окремих ланок тіла, диференціації зусиль, орієнтації в просторі і часі, розслаблення, рівноваги, дрібної моторики, ритмічності рухів.

Методика розвитку витривалості, силових і швидкісних якостей інвалідів та осіб з обмеженими можливостями спирається на діагностику їх здоров'я і функціонального стану, оптимальні режими тренувального навантаження, облік медичних протипоказань і контроль динаміки функціонального, фізичного, психічного стану.

Виконання всіх вправ вимагає координації: в одному випадку потрібно точно відтворити рух або позу, в іншому - візуально відміряти відстань і потрапити в потрібну ціль, в третьому - розрахувати зусилля, в четвертому - точно відтворити заданий ритм руху. Прояв координації багатозначно і виражається в якості виконання вправи, тобто наскільки точно воно відповідає

поставленому завданню. Техніка фізичних вправ має не одну, а кілька характеристик: тимчасову, просторову, просторово-часову, динамічну, ритмічну.

Управляти всіма характеристиками одночасно людина з порушеннями не здатний, так як результатом дефекту є неузгодженість між різними функціями, або відсутність або недолік сенсорної інформації, або дискоординація між регулюючими і виконавчими системами організму. Чим важче порушення, тим грубіше помилки в координації.

Ефективним методом комплексного розвитку фізичних якостей, координаційних здібностей осіб з обмеженими можливостями є ігровий метод. Гра як забава, розвага властива всім людям, незалежно від віку, вона задовольняє природні потреби людини в емоційному дозвіллі, русі, спілкуванні і є способом самовираження.

Будь-яка рухова діяльність забезпечується складним комплексом кіркових, підкіркових, нейрофізіологічних, біохімічних механізмів, але жоден руховий акт неможливий без участі м'язової системи як основної ланки опорно-рухового апарату. Інваліди, відчуваючи дефіцит рухової активності, мають знижені показники м'язової сили.

Люди з вадами зору, слуху та інтелекту мають низький соматичний статус, слабкий фізичний розвиток, вторинні порушення і потребують зміцнення всіх м'язових груп. Для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату вправи підбираються індивідуально в залежності від типу і ступеня ураження.

Тренування в спорті вищих досягнень, самостійні заняття інвалідів різних нозологічних груп вимагають різних підходів до розвитку м'язової сили. Під м'язовою силою розуміється здатність людини долати зовнішній опір або протидіяти йому за рахунок м'язових напружень. При виконанні фізичних вправ зусилля може проявлятися одноразово і багаторазово в циклічних або ациклічних рухах при різних станах м'язів (розслаблених або напружених), проти великого або невеликого опору, з високою швидкістю або повільно.

Можуть мати місце різні режими роботи м'язів: динамічний (долає і поступається), ізометричний (статичний) і численні форми змішаного режиму. Залежно від переважної ролі цих факторів розвиваються різні форми силових здібностей - власне силові або швидко-силові.

Виходячи із загального визначення фізичних здібностей, м'язова сила - це сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), єдність яких в структурі рухової функціональної системи забезпечує здатність до подолання зовнішнього опору або протидії йому з допомогою м'язових напружень.

На рівень прояву силових здібностей впливають:

- функціональний потенціал центральної і периферичної нервової системи;
- функціональний потенціал нервово-м'язової системи та кістково-зв'язкового апарату;
- синхронність включення «швидких» рухових одиниць;
- загальна маса тіла, структура, фізіологічний поперечник, довжина м'язів;
- концентрація енергетичного матеріалу, інтенсивність ресинтезу АТФ;
- тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки.

Засобами силової підготовки є вправи з опором, що припускають свідоме і активний вплив на організм для вдосконалення його анатомічних, фізіологічних і психологічних властивостей.

Виділяють наступні групи вправ, спрямованих на розвиток м'язової сили:

- 1) вправи з подоланням маси власного тіла;
- 2) вправи із зовнішнім опором;
- 3) вправи в ізометричному режимі.

Перша група вправ - найбільш доступна і поширена серед всіх категорій інвалідів, включає:

- силові вправи основної гімнастики: лазання, виси, підтягування, віджимання, піднімання ніг і тулуба;

- коригуючі силові вправи для профілактики порушень постави і корекції наявних порушень;

- легкоатлетичні вправи: різновиди стрибків, стрибки в глибину з висоти 40-50 см з наступним відскоком вгору;

- рухливі ігри.

Друга група вправ включає:

- вправи з подоланням зовнішнього середовища: біг по піску, пересування на лижах в гору, по глибокому снігу;

- вправи з самоопором (вольова гімнастика);

- вправи з опором у вигляді еспандерів, амортизаторів;

- плавання тільки з роботою ніг, тільки з роботою рук, з Гідротормоз;

- вправи на тренажерах;

- вправи з вантажем - гантелями, гирею, штангою, з партнером.

Ця група вправ виконується в долає і поступається режимах і відноситься до високоефективних засобів розвитку сили, але вимагає індивідуального підбору режимів роботи: ваги обтяження, кількості повторень, вихідного положення для виконання вправ, обліку медичних показань і протипоказань, особливо у вправах зі штангою.

Третю групу вправ складають ізометричні короткочасні напруги:

- пауерліфтинг, армреслінг;

- локальні м'язові напруги кінцівок при вимушеній нерухомості (гіпс), обмеженої рухливості;

- фантомно-імпульсивна гімнастика (при ампутація кінцівок) - ізометричне напруження м'язів кукси шляхом уявного відтворення рухів відсутнім сегментом кінцівки.

У адаптивної фізичної культури силова підготовка використовується в цілях:

- навчання рухових дій;

- корекції і компенсації рухових порушень;

- збереження працездатності і розвитку фізичних кондицій;
- досягнення максимального спортивного результату в якомусь виді спорту;
- активного відпочинку та самостійних занять;
- відновлення рухової, локомоторною діяльності та самообслуговування після травм і захворювань;
- нормалізації ваги і корекції статури.

Відповідно до цих цілей визначаються методи розвитку силових здібностей. Використовуються всі методи, відомі в теорії та методики фізичної культури, але з огляду на конкретні завдання, клінічні та індивідуальні особливості, вік, стать, стан збережених функцій і фізичних можливостей займаються.

У практиці фізичної культури інвалідів методика розвитку м'язової сили реалізується в двох напрямках:

- 1) загальна силова підготовка, спрямована на розвиток усіх м'язових груп, розглядається як базовий рівень силових здібностей;
- 2) спеціальна силова підготовка, спрямована на розвиток силових здібностей, формування компенсаторних механізмів, стосовно певного виду діяльності (професійної, побутової, спортивної).

В якості методу розвитку м'язової сили для інвалідів з ураженнями опорно-рухового апарату застосовується електро-миостимуляція, яка призводить до збільшення фізіологічного поперечника і сили м'язів. Позитивна роль електроміо-стимуляції в тому, що вона забезпечує виборче вплив на окремі м'язи, збільшуючи м'язову масу, не впливає на координацію рухів, скорочувальної апарат і максимальне напруження м'язів довше, ніж при довільних рухах. Незважаючи на переваги електростимуляції, вона виконує додаткову функцію відновлення м'язової маси і розвитку сили окремих груп м'язів. Негативним є пасивність і відсутність вольових напружень.

У дитячому віці, як правило, розвиток силових здібностей не має яскравої специфіки, завдання розвитку м'язової сили вирішуються попутно в процесі навчання рухових дій, передбачених програмою фізичного виховання. Найбільш виражені акценти силової спрямованості проявляються при корекції статури і порушень постави, зміцнення «м'язового корсету» за рахунок багаторазового повторення вправ силового і швидко-силового характеру. Ефективність цих вправ при дворазових заняттях в тиждень (шкільна програма) невелика, про що свідчать показники тестування силових здібностей у дітей різних нозологічних груп. Так, сліпі діти відстають від своїх здорових однолітків з розвитку сили приблизно в 2-3 рази.

Одна з головних причин відставання розвитку м'язової сили - дефіцит рухової активності, зниження збудливості ЦНС, ослабленість соматичних і вегетативних функцій. Але головне - відсутність диференційованої методики для інвалідів різних нозологічних груп.

Розвиток м'язової сили, особливо у підлітків з порушеннями сенсорних систем, часто мотивується психологічними потребами. Створення «ситуації успіху» (вік 16-18 років є сенситивним періодом розвитку сили) сприяє не тільки розвитку м'язової сили молодих людей, а й їх впевненості в собі як особистості. Відомо, що інваліди по зору чутливі навіть до невеликих відхилень кровообігу мозку, а силові вправи супроводжуються великими перепадами артеріального тиску, пов'язаними із затримкою дихання і натуживанням. Для нейтралізації цих негативних явищ натреніровочних заняттях 14-18-річних школярів із зоровою депривації силове навантаження з обтяженнями не більше 50% від максимальної ваги і підйом снарядів (гантелі, гриф штанги) на фазі вдиху автоматично виключають затримку дихання і напруженні. Методика силової рекреації, популярна в Болгарії, показала її ефективність в роботі зі сліпими та слабозорими школярами старших класів, надавши позитивний вплив на силу м'язів рук і плечового пояса, ніг і черевного преса і на їх психічний стан.

Великою популярністю користується методика В. І. Дикуля, що застосовується в реабілітації хворих зі спінальних травмами, наслідками запальних і судинних захворювань спинного мозку, а також дитячого церебрального паралічу. Основним критерієм для використання методики В.І. Дикуля є слабкість і атрофія м'язів. Освоєння методики здійснюється послідовно - від ідеомоторних актів у повністю знерухомлених хворого до навчання ходьбі і відновлення самостійних рухів пацієнтів. Особливість методики полягає в тому, що на тренажері можливо виконання 600 вправ, тонке дозування навантаження за допомогою широкого набору вантажів, тестування результатів тренування. Основою ефективності методики є збільшення м'язової сили за рахунок зростаючих навантажень і регенерація пошкоджених відділів спинного мозку в результаті включення механізму зв'язку в системі м'яз - нерв - спинний мозок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабенко В.Г., Попов О.В., Янко І.В. Загальна фізична підготовка (Методичні рекомендації з проведення занять). – Київ, МВС України, 2002 – 22с.
2. Бала Т. М. Дослідження рівня рухових здібностей дітей 5 – 6-ти років Науковий часопис, Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2017. Вип. 11. С. 13-17.

Тетяна Осадченко

КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я ЯК КЛЮЧОВА КОМПЕТЕНЦІЯ В НОВІЙ УКРАЇНСЬКІЙ ШКОЛІ

Анотація. Основним напрямком фізичного виховання в НУШ є вироблення ціннісного ставлення до здоров'я та здорового способу життя, формування рухових умінь і навичок розробки та самостійного виконання фізичних вправ. Своєрідність сучасної освіти полягає в тому, що воно має не тільки озброювати учня знаннями, а й формувати у нього необхідність безперервного самостійного і творчого підходу до оволодіння новими

знаннями, створювати можливості використання умінь і навичок для самоосвіти. Основна мета школяра полягає в набутті компетенцій грамотної турботи про своє здоров'я.

В даний час діяльність людини все більше стає принципово інноваційною. Істотно скорочується значимість і звужується коло репродуктивної діяльності, пов'язаної, як правило, з використанням традиційних технологій, зростає інноваційна активність людини в усіх областях її діяльності. Ці процеси і тенденції можуть отримати подальший ефективний розвиток тільки в умовах становлення інноваційної системи освіти - системи, орієнтованої на нові освітні результати.

У зв'язку зі зміною мети навчання змінюється також зміст навчання і способи контролю. Вчені, зокрема А.В. Хуторський, підкреслює, що практична реалізація компетентнісного підходу в навчанні вимагає вирішити проблему формування як ключових, так і предметних компетенцій [5]. Тому педагоги в першу чергу вирішують завдання:

- визначення ключових компетенцій, що становлять мету загальної освіти;
- визначення ролі і місця освітніх дисциплін в формуванні даних ключових компетенцій;
- визначення компетенції, що характеризує рівень володіння учнями тих чи інших навчальних предметів (тобто співвіднесення мети навчання з предметів з основною метою освіти);
- визначення змісту названих компетенцій, підходів і методів реалізації зазначеного змісту;
- розробки технології, що дозволяє формувати відповідні компетенції, форм і методів контролю, критеріїв оцінювання та, якщо можливо, рівнів володіння тією чи іншою компетенцією [6].

Проблеми компетентнісного підходу в освіті, поняття «ключова компетенція» і її характеристика висвітлюються в працях таких відомих

вчених, як: В.І. Байденко; І.А. Зимова,; Т.М. Ковальова,; А.В. Хуторський,; О.Е. Лебедева; Е.А. Царькова; М.Г. Маринина; Е.А. Копиця; В.Ф. Балашова; А.М. Козин; Л.Н. Волошина.

Включення компетенцій в нормативну і практичну систему освіти націлене на вирішення проблеми, типової для сучасної школи, коли учні добре володіють теоретичними знаннями, але зазнають серйозних труднощів у діяльності, яка передбачає використання цих знань в конкретних життєвих або проблемних ситуаціях. Компетентнісний підхід вимагає не засвоєння учнем окремих знань і вмінь, а оволодіння ними в комплексі [3,5].

Виділяють чотири аспекти (типу, варіанти, лінії, напрямки) реалізації компетентнісного підходу в освіті:

- ключові компетентності;
- узагальнені предметні вміння;
- прикладні предметні вміння;
- життєві навички.

Лебедева О.Е. звертає увагу на те, що термін «компетентнісний підхід» в педагогіці з'явився порівняно недавно, що обумовлено змінами, що відбуваються в суспільстві, і прагненням визначити необхідні зміни в освіті.

Компетентнісний підхід - це підхід, який акцентував увагу на результаті освіти, причому в якості результату розглядається не сума засвоєної інформації, а здатність людини діяти в різних проблемних ситуаціях. Тип (набір) цих ситуацій залежить від типу (специфіки) освітньої установи: загальної або професійної освіти, початкової, середньої або вищої.

Зимова І.А. розмежувала три основні групи компетентностей, що увібрали в себе десять основних компетенцій:

1. Компетентності, що відносяться до самої людини як особистості, як суб'єкту життєдіяльності: компетенції здоров'язбереження; компетенції ціннісно-сміслової орієнтації в світі; компетенції інтеграції знань; компетенції

громадянськості; компетенції самовдосконалення, саморегулювання, саморозвитку.

2. Компетентності, що відносяться до соціальної взаємодії людини та соціальної сфери: компетенції соціальної взаємодії, компетенції в спілкуванні.

3. Компетентності, що відносяться до діяльності людини, які проявляються в усіх її типах і формах: компетенції пізнавальної діяльності; компетенції інформаційних технологій та ін.

Компетентнісний підхід передбачає суттєві зміни в організації та змісті освітнього процесу від мотивації навчання і до його оцінювання та корекції. Це пов'язано з виникненням стратегічної установки педагогічної освіти на формування особистості майбутнього випускника школи, здатного і готового «до ефективної життєдіяльності в широкому полі різних контекстів» [1]. Суть освітнього процесу в умовах компетентнісного підходу зводиться до створення педагогічних умов і ситуацій, які можуть привести до формування тієї чи іншої компетенції. Даний підхід характеризується практичної спрямованістю результатів навчання [2].

Компетенції можна розділити на дві групи: ключові і професійні. Ключові компетенції, до яких відносяться універсальні, базові, загальні, над професійних та ін., визначають інваріант змісту педагогічної освіти взагалі, забезпечують професійну гнучкість педагога і тому не є вузькоспеціалізованими. Вони багатофункціональні, оскільки дозволяють учню, студенту вирішувати проблеми з різних сфер життя, вони сприяють його становленню і визначають стартові можливості для ефективної діяльності.

Ключові компетенції - фундамент, на якому будуються адаптивні функції особистості стосовно будь-якої діяльності взагалі. Наприклад, в основі навчальної діяльності, якою особистість може займатися на протязі всього свого життя, лежить освітня компетентність. Таким чином, однією з умов успішної адаптації є сформованість у випускників шкіл певного рівня ключових компетентностей.

Сам термін «ключові компетенції» вказує на те, що вони є «ключем», підставою для інших, конкретно орієнтованих компетенцій. Стосовно до шкільної освіти розуміється здатність учнів самостійно діяти в ситуації невизначеності при вирішенні актуальних для них проблем. Необхідність введення поняття «ключові компетенції» в практику вітчизняного фізкультурного освіти загальноосвітніх шкіл обумовлена низьким рівнем рухової активності, стану здоров'я, технічної та фізичної підготовленості школяра.

У НУШ ключовою компетенцією є формування культури здоров'я в процесі проведення уроків фізичної культури. Цей освітній процес передбачає повідомлення знань, формування умінь і навичок, підвищення рівня рухової активності, самостійного виконання фізкультурно-оздоровчих та спортивно-оздоровчих вправ, організацію і проведення навчально- методичних уроків фізичної культури в початковій школі на основі проектно-дослідницької діяльності.

В основній школі провідним напрямком процесу з фізичної культури є формування технічної (рухової) компетенції, тобто навчання рухових дій на основі одного виду спорту.

У середній школі на базовому і профільному рівнях вчитель зосереджує увагу на формуванні в учнів компетенції в фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності.

Формування ключових компетенцій є процесом реалізації регламентують вимог освітнього стандарту з фізичної культури, сприяє соціальній мобільності випускника загальноосвітніх шкіл. Крім того, таке формування ключових компетенцій на різних етапах навчання дітей сприяє всебічному розвитку особистості дитини.

Культура здоров'я є ключовою компетенцією в початковій школі, тому що саме в цей період закладаються основи знань з збереженню та зміцненню здоров'я, рухові вміння та навички самостійного виконання фізкультурно-

оздоровчих і спортивно-оздоровчих вправ. Дитина, що не піклується про своє здоров'я, не мотивований на його збереження і зміцнення, на ведення здорового способу життя, при всьому старанні вчителів залишитися здоровим в сучасних умовах життя не зможе.

Модернізація освіти передбачає масштабні зміни в освітніх установах. Ці зміни носять системний характер і припускають послідовний перехід до компетентності моделі освіти, оновлення структури і змісту освіти, перетворення програмно-методичних матеріалів, необхідних для побудови нової освітньої практики, здатної забезпечувати нове якість освіти [4].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безруких, М. М. Вікова фізіологія (Фізіологія розвитку дитини): Учеб.пособие для студ. вищ. пед. уч. закладів / М. М. Безруких, В. Д. Сонькин, Д. А. Фарбер. - М.: Академія, 2002. - 416 с.
2. Зимова, І. А. Ключові компетентності як результативно-цільова основа компетентнісного підходу в освіті: авторська версія-М.: ВЦ проблем якості підготовки фахівців, 2014. - С. 35-42.
3. Кізько, А.П. Чергування фізичного впливу та відпочинку в спортивному тренуванні // Теорія і практика фізичної культури. - 2014. - №12.
4. Кузнецов, В. І. Модульні робочі програми з фізичної культури в початковій школі у формуванні культури здоров'я: учеб.- метод. посібник.- Чита: ЗабГГПУ, 2009. - 132 с.
5. Хуторський, А. В. Ключові компетенції як компонент особистісно орієнтованої парадигми освіти // Народна освіта. - 2013. -№2.-С. 34-58.
6. Шibaєва, А. А. Диференціація фізичної підготовки дітей 5-7 років з урахуванням соматотипу: автореф. дис. ... канд. пед. наук. - Улан-Уде, 2010. - 25 с.

Ярослава Каракада

Науковий керівник: Тетяна Осадченко

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ — ОСНОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Для будь-якої людини найцінніше – це її здоров'я. Проте стан нашого організму залежить не тільки від щедрот природи, а й від дбайливого ставлення до свого тіла. Ніщо так не виснажує і не руйнує наш організм, як нестача руху. Відсутність навантаження і є найважчим та найнебезпечнішим навантаженням для організму. Більшість терапевтів і тих людей, хто вибрав здоровий спосіб життя, не побоюючись змінити своє життя, кажуть: фізичні вправи можуть замінити безліч ліків, але жодні ліки в світі не можуть замінити фізичні вправи.

Ніяке багатство, слава або високе становище не замінить нам радісного відчуття здорового тіла.

Достатня щоденна фізична активність — одна з основних складових здорового способу життя, нарівні з правильним харчуванням і відсутністю шкідливих звичок. Регулярна фізична активність приносить велику фізичну, соціальну та психологічну користь як в підлітковому віці так і в дорослому житті.

Регулярна фізична діяльність дозволяє мобілізувати внутрішні резерви організму людини. Організм, адаптований до навантажень, має набагато більший потенціал (резерв), який може бути використаний більш раціонально, економно і повно в потрібний момент. Систематичні заняття та дозована рухова активність сприяють нормалізації показників серцево-судинної та дихальної систем, укріпленню опорно-рухового апарату людини, поліпшенню функціонального стану його організму. У результаті м'язової діяльності відбувається оздоровчий вплив, а рухова активність у межах, що відповідають функціональним можливостям організму людини, є засобом підвищення його життєздатності.

Функціональність фізичної культури як форми рухової активності у формуванні здорового способу життя полягає в тому, що її засоби дозволяють

розвивати не тільки фізичні якості та рухові навички, а й формують у людини ставлення до себе, свого тіла, сприяють вихованню морально-вольових якостей і актуалізують потребу в зміцненні здоров'я людини і громадського здоров'я в цілому.

Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) – це спосіб життя людини, спрямований на збереження здоров'я, профілактику хвороб і зміцнення людського організму в цілому. Розуміння поняття «здоровий спосіб життя» індивідуально для кожної людини. Людина повинна враховувати, як загальноприйняті правила і норми, так і в першу чергу, особливості свого організму.

Здоровий спосіб життя вимагає дотримання таких настанов:

- ознайомлення з науково-медичною літературою з цих питань;
- чергування праці та відпочинку;
- відмову від шкідливих звичок;
- самостійні заняття спортом і фізичною культурою;
- дотримання режиму дня і рухового режиму;
- використання різних засобів фізичного виховання, спорту і туризму

в повсякденному житті;

- перебування певний час на свіжому повітрі.

Фізична культура займає провідну роль в дотриманні здорового способу життя. Для нормального функціонування організму необхідна певна кількість рухової активності, яка втілюється у фізичних вправах. Регулярні фізичні навантаження приводять організм у стан тренуваності, в основі якого лежить процес адаптації, тобто пристосування функцій різних органів до нових умов їх діяльності.

Фізична культура неминує впливає на інші аспекти здоров'я людини. У людей, котрі систематично займаються спортом, виробляється визначений стереотип режиму дня, підвищується упевненість поведінки. Такі люди стають більш комунікабельні, у них вища емоційна стійкість та витримка. Зазвичай їм притаманний оптимізм, наполегливість та рішучість.

Численні дослідження свідчать про корисний вплив регулярних занять фізичними вправами на здоров'я і фізичний стан людини будь-якого віку. У різні вікові періоди ці заняття мають різні цілі. У студентські роки заняття особливо важливі: вони спрямовані на вдосконалення фізичної підготовленості, фізичного розвитку і фізичної працездатності, профілактику захворювань, які можуть розвинутися в старшому віці. Але самі по собі вони не приносять бажаних зрушень в здоров'ї молодої людини.

Фізична активність як основа формування рухових умінь і навичок, розвиває і вдосконалює, перш за все, фізичний компонент здоров'я людини. Але фізична культура як феномен загальної культури унікальна. Саме вона є природним містком, що дозволяє з'єднати соціальне і біологічне в розвитку людини. Вплив природних факторів на розвиток фізичного потенціалу людини має об'єктивний характер, але його специфіка полягає в тому, що він може посилюватися або послаблюватися в залежності від людини, яка може свідомо впливати на хід цього об'єктивного процесу, спираючись на пізнання його законів і сутності.

Отже, здоров'я і рух є невід'ємною частиною одне одного, без руху не можливо підтримувати здоровий стан організму. Здоровий спосіб життя має провідне значення у формуванні високої якості її життя і активного довголіття. Здоров'я і рух є невід'ємною частиною одне одного, без руху не можливо підтримувати здоровий стан організму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1) Непша О.В., Суханова Г.П., Ушаков В.С. Формування навичок здорового способу життя учнів молодших класів засобами фізичної культури. Актуальні проблеми молоді в сучасних соціально-економічних умовах. Житомир: ПП «ДжіВіЕс». 2018. С. 90-92.

2) Непша О.В., Суханова Г.П. Формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентської молоді до занять фізичною культурою. Фізичне та

спортивне виховання у вищих навчальних закладах. Запоріжжя: ЗНТУ, 2017. С. 30-33

3) Присяжнюк С. І. Біологічний вік та здоров'я студентської молоді: монографія. Київ, 2010. С. 29

4) Щербань Л. Взаємозв'язок фізичного і духовного виховання. Педагогічна газета 2001. №5 (83) (травень). С. 3

5) <https://studhosp.city.kharkov.ua/zdorovyj-sposib-zhyttya-studentskoyi-m/>

6) <https://sportpedagogy.org.ua/html/journal/2009-12/09ssaiws.pdf>

7) <http://eprints.zu.edu.ua/32348/2/макет%202018%20книга%201%20друк.pdf#page=178>

Діана Терентюк

Науковий керівник: Галина Гончар

СУЧАСНІ ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

У наш час поняття «педагогічна технологія» стійко увійшло в педагогічний лексикон і є предметом дослідження багатьох вчених. Її визначення у великій мірі залежить від уявлень, які склалися у науковців щодо структури і основних складових навчально-виховного процесу. Так, за визначенням І. Прокопенка, В. Євдокімова [8], педагогічна технологія - це суворо наукове і точне відтворення гарантуючих успіхів педагогічних дій. Як приклад, вони звертають увагу на наступні авторські педагогічні технології: народну педагогіку Г. Сковороди, педагогічну систему К. Ушинського, гуманістичну педагогіку В. Сухомлинського, Вальдорфську педагогіку та інші. На їх погляд «педагогічна технологія – це не інструкція і рецепти, а певні принципи практичного втілення закономірностей формування особистості». До них відносяться: принцип орієнтації на чітко і детально визначені цілі, принцип дидактичного вибору навчання, принцип суб'єктності навчання, принцип варіативності навчання, принцип педагогічної компетентності, принцип професійних аналогій і запозичень, принцип природовідності. На думку І. Прокопенка та В. Євдокімова в сучасному розумінні педагогічна технологія виступає як сукупність науково обгрунтованих способів організації педагогічної діяльності,

здійснення яких приводить до оптимального розв'язання поставлених задач. Відповідно до цього вони виділяють наступні структурні компоненти педагогічної технології: 1. Концептуальна частина, яка представляє характеристику основної ідеї та принципів на яких ґрунтується технологія. 2. Змістовна частина, у якій визначаються цілі і характер технології. 3. Процесуальна частина, яка відображає організацію навчально-виховного процесу як технологічного процесу, способи, форми та методи які при цьому застосовуються. 4. Програмно-методичне забезпечення яке включає навчальні і методичні посібники, в яких розкривається сутність педагогічної технології, форми та засоби її застосування, дидактичні матеріали, а також діагностичний інструментарій. Програмно-методичне забезпечення повинно відповідати вимогам науковості, технологічності, достатньої повноти і реальності здійснення. В. Гузеєв [5] пропонує розглядати педагогічну технологію як сукупність психолого-педагогічних установок, що визначають спеціальний набір і компонування форм, методів, способів, прийомів навчання, виховних засобів і виступає, як організаційно-методичний інструментарій педагогічного процесу. При цьому автор визначає наступні ознаки педагогічної технології: — концептуальність, що передбачає опору технології на конкретну наукову концепцію або систему уявлень; — діагностичне визначення цілей і результативності (полягає в гарантованому досягненні цілей, ефективних результатів за оптимальних затрат для досягнення певного стандарту навчання); — економічність - виражає якість, яка забезпечує резерв навчального часу, оптимізацію праці педагога і досягнення запланованих результатів у найстисліші строки; — алгоритмізованість, проєктованість, цілісність, керованість (передбачає легке відтворення конкретної технології будь-яким педагогом у будь-якому освітньому закладі); - коригованість - можливість постійного оперативного зворотного зв'язку, послідовно орієнтованого на чітко визначені цілі; — візуалізація - характерна для окремих технологій, передбачає використання аудіовізуальної та електронно-

обчислювальної техніки, а також конструювання та застосування різноманітних дидактичних матеріалів і оригінальних наочних посібників; Г. Селевко [6] педагогічну технологію розуміє як впорядковану сукупність дій, операцій і процедур, що інструментально забезпечують досягнення прогнозованого результату. Автор робить висновок про те, що педагогічна технологія функціонує як наука, що досліджує найбільш раціональні шляхи навчання, і як система способів, принципів і регулятивів, що застосовуються у навчанні, і як реальний процес навчання. На його думку, педагогічна технологія може бути представлена трьома аспектами: 1) науковим: педагогічні технології як частина педагогічної науки, що вивчає й розробляє цілі, зміст і методи навчання та проєктувальних педагогічних процесів; 2) процесуально-описовим: алгоритм дій процесу, сукупність цілей, змісту, методів і засобів для досягнення запланованих результатів навчання; 3) процесуально-діючим: здійснення технологічного (педагогічного) процесу, функціонування всіх особистісних, інструментальних і методологічних педагогічних засобів. В. Сластьонін [7] педагогічну технологію представляє як впорядковану сукупність дій, операцій і процедур, що інструментально забезпечують досягнення прогнозованого результату. На думку автора, суттєвою особливістю педагогічної технології є те, що довільним діям вона протиставляє жорсткі алгоритмічні приписи, систему логічно вмотивованих дій, послідовний перехід від елемента до елемента. О. Пометун та Л. Пироженко [4] визначають педагогічну технологію як науково обґрунтовану педагогічну (дидактичну) систему, яка гарантує досягнення певної навчальної мети через чітко визначену послідовність дій, спрямованих на розв'язання проміжних цілей і заздалегідь визначений остаточний результат. В.П. Безпалько [1]. поняття педагогічна технологія трактує як продуману в усіх деталях модель спільної педагогічної діяльності з проєктування, організації навчального процесу з безумовним забезпеченням комфортних умов для учнів і учителів. У своїх дослідженнях автор зауважує, що конструювання навчального процесу в педагогічній технології має

здійснюватись за певною схемою, яка відображає ознаки, притаманні й традиційній організації навчального процесу: впорядкованість процесу навчання, мету і оцінювання результатів. Рисунок 1. Конструювання навчального процесу в педагогічній технології (за В.П. Беспалько).

Конструювання навчального процесу в педагогічній технології

Структурування, впорядкування, ущільнення інформації, належної до засвоєння

Гарантованість досить високого рівня якості

Чітка, послідовна, педагогічна, дидактична розробка цілей навчання та виховання

Комплексне застосування дидактичних, технічних і комп'ютерних засобів навчання та контролю

Підсилення, на скільки це можливо діагностичних функцій навчання та виховання

навчання

В. Кларін [4] поняття педагогічна технологія визначає, як системну сукупність і порядок функціонування всіх особистісних, інструментальних і методологічних засобів, які використовуються для досягнення педагогічних цілей. На його думку опис педагогічної технології повинен передбачати розкриття всіх основних її характеристик, що робить можливим її відтворення: а) концептуальна основа; б) змістова частина, яка включає в себе: — постановку, максимальне уточнення, формулювання цілей (загальних і конкретних) щодо досягнення результатів; — зміст навчального матеріалу; в) процесуальна частина, до складу якої належать такі компоненти: — організація навчального процесу відповідно до поставлених цілей; — методи і форми навчальної діяльності учнів та діяльності вчителя; — управління навчальним процесом (оцінювання поточних результатів, корекція навчання, спрямована на досягнення поставлених цілей); — діагностика навчального процесу.

В. Галузяк, М. Сметанський, В. Шахов [4] головною ідеєю педагогічної технології визначають її відтворюваність, що полягає в можливості її повторення і ефективного застосування будь-яким учителем, і яка гарантує досягнення поставленої мети. Розширене трактування сутності педагогічної технології відображається у визначенні наведеному Н. Наволоковою [3], яка під педагогічною технологією розуміє один із

спеціальних напрямків педагогічної науки (прикладна педагогіка), покликаний забезпечити досягнення певних завдань, підвищити ефективність навчально-виховного рівня, гарантувати його високий рівень. На думку автора, в освітній практиці педагогічна технологія може функціонувати на трьох ієрархічно супідрядних рівнях: 1. Загальнопедагогічний рівень функціонування педагогічної технології. Загальнодидактична, загальновиховна технологія репрезентує цілісний освітній процес у регіоні, освітньому закладі, на певному рівні навчання чи виховання. У такому вигляді педагогічна технологія тотожна педагогічній системі, оскільки вона містить сукупність цілей, змісту, засобів і методів навчання (виховання), алгоритм діяльності суб'єктів і об'єктів навчально-виховного процесу. 2. Предметно-методичний рівень функціонування педагогічної технології. Йдеться про застосування педагогічної технології як окремої методики, тобто як сукупності методів і засобів реалізації певного змісту навчання та виховання в межах одного предмета, групи, в діяльності педагога. 10 3. Локальний (модульний) рівень функціонування педагогічної технології. Зорієнтована на цей рівень педагогічна технологія реалізується як технологія окремих частин навчально-виховного процесу, розв'язання окремих дидактичних і виховних завдань (технологія окремих видів діяльності, формування понять, виховання окремих особистісних якостей тощо). Слід відмітити одну важливу особливість педагогічних технологій на яку звертають увагу В. Галузяк, М. Сметанський, В. Шахов, Н. Наволокова, а саме на те, що їх можна відтворювати й тиражувати і при цьому гарантувати високу якість навчально-виховного процесу або вирішення тих педагогічних завдань, які закладені в педагогічну технологію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артюшенко О. Ф. Педагогічні умови формування мотивів фізичного самовдосконалення підлітків на уроках фізичної культури / О. Ф. Артюшенко,

Л. А. Нечипоренко, П. О. Артюшенко // Теорія та методика фізичного виховання. – 2006. - № 2. – С. 26-31.

2. Астафьев В. С. Теоретические аспекты формирования физической культуры личности студентов вузов / В. С. Астафьев // Теория и практика физической культуры. – 2009. – №8. – С. 21–23.

3. Бакіко І. В. Поєднання базової і варіативної частин програми з фізичної культури школярів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук. фіз. вих. : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Бакіко Ігор Володимирович. – Львів, 2007. – 17 с.

4. Галузяк В.М., Сметанський М.І., Шахов В.І. Педагогіка: Навчальний посібник / В.М. Галузяк, М.І Сметанський, В.І. Шахов. – 2-е вид., випр. і доп. – Вінниця: «Книга-Вега», 2003. – 416 с.

5. Гасюк І. Оцінка рухової підготовленості школярів у контексті сучасних завдань фізичного виховання / І. Гасюк // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2002. – №4. – С. 30-33.

6. Ротерс Т. Т. Сучасна парадигма фізичного виховання учнів загальноосвітніх навчальних закладів / Т. Т. Ротерс // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2009. – № 23 (186), Ч. 2. – С. – 106–111

7. Холодний О. І. Деякі аспекти вдосконалення фізкультурної освіти школярів / О. І. Холодний // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. - №1. – С. 121-123

8. Шиян Б. Нова програма фізичного виховання школярів: успіхи і невдачі / Б. Шиян, І. Омельченко // Фізичне виховання в школі. – 2010. – № 2. – С.5–7.

ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я, ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Каріна Жаркова

Науковий керівник: Юлія Бойко

ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ.

Поряд з фізичними засобами формування здорового способу життя, важливу роль відіграють і інші заходи, зокрема, відмова від шкідливих звичок – алкоголю, куріння, токсикоманії, наркоманії.

Паління – одна із масових шкідливих звичок, яка поширена серед дорослих, підлітків та дітей. Найчастіше причинами паління вважають цікавість, пустощі, наслідування дорослих, особливо тих, на яких хочеться бути схожими, бажання бути незалежною особистістю. Чималий внесок в те, що молодь починає палити, вносить телевізійна реклама тютюнових виробів.

Нерегулярне, на перших порах, паління швидко набуває характеру сталої звички (а згодом і певної залежності), якої важко позбутися. Основною причиною формування цієї залежності є значне погіршення самопочуття, яке при більш-менш тривалій відмові від цигарок призводить до «абстинентного синдрому» (від *abstinentia* – повне утримання від уживання чогось). Його ознаки: дратівливість, хвилювання, в'ялість, апатія, порушення сну, погіршення апетиту, прискорене серцебиття, розлади діяльності травного тракту. Тому так розповсюджена ця фізична залежність людей від паління (постійний потяг до нього). [2, С.108]

Шкідливість паління, в першу чергу, зумовлена дією на організм нікотину та тютюнового диму. Особливо шкідливе паління для молодого організму, передусім для органів дихання. Встановлено, що у юнаків та дівчат, які палять, об'єм грудної клітки і розвиток легенів відстають від середньої норми на 25%, і з часом грудна клітка набуває впалого вигляду. Курці – підлітки частіше страждають на простудні захворювання, для них кашель стає майже постійним явищем – так званий бронхіт курця. [4, С.76-78]

Серед наслідків паління особливо небезпечні ті, що пов'язані зі шкідливим впливом тютюну на кровоносні судини. Нікотин викликає спазм судин, зменшення їх просвіту, в результаті чого погіршується кровообіг в окремих частинах тіла, що утруднює виведення шкідливих продуктів обміну речовин з організму.

Курцям притаманне запалення слизової оболонки порожнини рота (стоматит) та ясен (гінгівіт). Токсична дія нікотину на судини обумовлює також виразкову хворобу шлунку й дванадцятипалої кишки.

Визначають негайні короткотривалі (виникають впродовж кількох хвилин, після першої затяжки) негативні ознаки куріння: прискорення серцевих скорочень, підвищення кров'яного тиску, подразнення тканин гортані – кашель, надходження оксиду вуглецю (чадного газу) у кров, пряме та швидке попадання канцерогенів до легень, подразнення очей димом.

Відтерміновані довгострокові (формуються роками і виникають у найменш слухний момент): рак легень, ротової порожнини, стравоходу, шлунку, гортані, підшлункової залози та жовчного міхура, захворювання серця (стенокардія, інфаркт), виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, судинні захворювання, хронічний бронхіт.

Курець завдає школи не лише своєму здоров'ю, а й здоров'ю людей, що його оточують. Вчені підраховали, що перебування протягом години в накуреному приміщенні рівнозначне «викурюванню» 4 сигарет. З'ясовано, що пасивне куріння зумовлює захворювання дихальної системи у некурців. [1, С.65]

Наркоманія.

Наркоманія – це захворювання, яке виникає внаслідок вживання специфічних препаратів, які отримали загальну назву наркотики. Вона характеризується нездатністю стриматись від споживання постійно зростаючої кількості наркотиків. При цьому виникає стійка фізична та психічна залежність від них, що проявляється ураженням внутрішніх органів, розладами психіки,

розвитком абстинентного синдрому, так званої ломки у наркоманів або похмілля в алкоголіків.

Споживання наркотиків викликає наркотичну ейфорію, досягнення якої вимагає з часом усе більшої їхньої кількості, усі бажання зводяться до одного – дістати все більше наркотичних речовин.

У виникненні та поширенні наркоманії серед молоді певну роль відіграють особистісні, вікові, статеві, психологічні та соціальні чинники. Більшість молодих знайомляться із наркотиками у колі ровесників. Окрім цікавості, перші «спроби» можуть бути продиктовані потребою у самостверженні або для завоювання популярності. Значну роль відіграє недостатня дисциплінованість, незрілість характеру, слабкий самоконтроль та контроль з боку батьків, підвищена цікавість до незнайомих відчуттів.

Наркоманії можуть бути викликані немедичним зловживанням речовин, які законом включені до списку наркотиків (морфій, героїн, гашиш та інші). Виявляючи специфічний вплив на центральну нервову систему (стимулюючий, заспокійливий, галюциногенний), наркотичні речовини викликають психічну та фізичну залежність із порушенням психіки та поведінки (стан олігофренії).

У розвитку наркотичної залежності виділяють ряд стадій. Спочатку наркотик викликає специфічний ейфорійний ефект зняття тривоги (хворобливе підвищення настрою безтурботності та безпідставного оптимізму), згодом формується психічна та фізична залежність від наркотичної речовини з нестримним потягом до наркотизації.

Поряд з наркоманією існує і токсикоманія. До речовин, що викликають її, відносять хімічні, біологічні, рослинні чи лікарські засоби, що діють так само, як і наркотики, але вони не визнані державними законодавствами і Міжнародними конвенціями про наркотичні речовини.

Відмінність наркоманії від токсикоманії тільки термінологічна і при зміні юридичного статусу речовини, що викликає токсикоманію (тобто, при визнанні її наркотичною), повинні бути переведені в категорію наркотиків.

Найбільш розповсюдженою формою токсикоманії є вдихання бензину, лакофарбових розчинників і інших хімічних речовин.

Алкоголь.

У людському розумінні алкоголь – це насамперед універсальний засіб парів розв'язання цілого ряду проблем. В зв'язку з цим існують негативні тенденції, а саме різкий ріст алкоголізації серед молоді, її «омолодження».

Внаслідок чого варто визначити так звані функціональні властивості алкоголю, його здатності задовольняти деякі людські потреби. Таке сурогатне, ілюзорне задоволення, хоча і є «шляхом у нікуди», усе – таки обирається багатьма, як альтернатива негативним емоціям, психологічному дискомфорту, одноманітності вражень. Відомості про психоактивну, психофармакологічну дію алкоголю на мозок є елементом алкогольних установок. З іншого боку, психотропна дія алкоголю сприяє реалізації його функціональних властивостей. Завдяки таким його особливостям, вживаючи його виникає ілюзорне поліпшення під дією спиртного процесів комунікації, зняття напруги, можливості досягнення стану ейфорії (невмотивованої радості) і регуляції психосоматичного стану. Алкоголь трансформує психіку ніби у «замовленому» напрямку, досягаються ефекти, яких нелегко домогтися за допомогою наявних у розпорядженні середньостатистичного громадянина прийомів. Так, алкоголь, може бути полегшенням переживання стресу, що підтверджено дослідженнями на тваринах. Алкоголь поліпшує адаптацію до ситуації через подавлення страху і занепокоєння, здатний дезактуалізувати психічну травму і т. д. Усе це може призвести до закріплення звички пити. [4, С.16]

Звичка вживати спиртне різко порушує процес формування особистості, веде до морального огрубіння, звуження кола інтересів, небажання трудитися. Підлітки набувають таких рис, як легковажність і безтурботність, у той же час вони дратівливі і запальні, легко збуджуються, стають злісними й агресивними стосовно оточуючих. Змінюється їх ставлення до батьків, вихователів та учителів. Вони грубі й егоїстичні, не зважають на вимоги старших. Учбово-

трудові навички у них не сформовані, але при своєчасному лікуванні, при правильній організації їх діяльності вони можуть освоїти навчальну програму та опанувати професію. Нерідко мова в них примітивна, найчастіше складається з вульгарних, жаргонних висловлювань, яких, однак, цілком достатньо для позначення їх вкрай вузьких інтересів і прагнень. [там же]

З точки зору фізіологічних змін алкоголь пригнічує утворення клітин крові, що зумовлює недокрів'я, сповільнює циркуляцію крові в судинах мозку, приводячи од постійного кисневого голодування його клітин, внаслідок чого слабшає пам'ять, руйнується психіка. У судинах розвиваються ранні склеротичні зміни, зростає ризик крововиливу в мозок. Алкоголь руйнує зв'язки між нервовими клітинами мозку, самі клітини, тому порушується регулююча функція нервової системи. Зловживання алкоголем викликає підвищення рівня холестерину в крові, стійку гіпертонію та дистрофію міокарда. М'язова тканина атрофується через гіподинамію, погане харчування та ушкодження нервової системи. Постійний вплив алкоголю на стінку тонкого кишечника приводить до зміни структури його клітин, які втрачають здатність засвоювати поживні речовини, що закінчується виснаженням організму людини.

Печінка перестає виконувати свої функції по знезаражуванню токсичних продуктів обміну, утворенню білків крові, інші важливі функції, що може привести до неминучої смерті. Алкоголь руйнує підшлункову залозу, яка утворює інсулін та травні ферменти. Питуща людина завжди виглядає старше свого віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Плахтій П.Д., Підгорний В.К., Соколенко Л.С. Основи шкільної гігієни та валеології: Навч. посіб, - Кам'янець – Подільський, 2009.- С.108
2. Рудик Б.І. Алкоголь і захворювання внутрішніх органів.- К.: Здоров'я, 1980.- 43с.

3. Сорочинська В.Є., Удалова О.А., Штифурак В.С., Удалова О.Ю. Профілактика негативних явищ серед учнівської та студентської молоді: Навч.-метод. Посіб.- К.: Видавництво Європейського університету, 2003.- С.76-78

4. Щуліпенко І. М. Загальний і спеціальний медичний догляд за хворими з основами валеології : навч.-метод. посіб. для студентів мед. вузів і учнів мед. ліцеїв / Щуліпенко І. М. — К. : НМУ ім. Богомольця О. О., 1998. — 384 с.

Валентин Пригодюк

Науковий керівник: Юлія Бойко

ОСНОВНІ СКЛАДОВІ ЗДОРОВ'Я ТА ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА

Учені вважають, що здоров'я – це «стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів». Багатьох людей, перш за все, цікавить фізична складова здоров'я, проте вона не єдина, хоча й є дуже важливою.

У результаті численних досліджень учені дійшли висновку, що серед чинників, від яких залежить здоров'я людини, котра проживає в цивілізованій країні в умовах миру, за відсутності природних катаклізмів (землетруси, повені, посухи), приблизно 20-22 % припадає на екологічні й соціальні чинники, 20-22 % - на спадковість і генетичні порушення, 8-10 % – на розвиток медицини і якість медичного обслуговування та охорони здоров'я, а близько 50 % припадає на спосіб життя людини, на її ставлення до власного здоров'я.

Так дійсно, навіть у країнах зі сприятливими екологічними та кліматичними умовами, з високим рівнем життя, медичного обслуговування і системи охорони здоров'я (наприклад, Швеція, Швейцарія, Австрія, Канада) у частини людей, які не мали ніяких генетичних захворювань, внаслідок неправильного способу життя (переїдання, недостатньої рухової активності, тютюнопаління, зловживання алкогольними напоями, вживання наркотичних речовин тощо) виникали тяжкі захворювання (інфаркт, інсульт, алкоголізм, наркоманія, рак легенів, СНІД тощо), які закінчувалися каліцтвом або смертю цих людей у молодому віці. І навпаки, люди, які ведуть здоровий спосіб життя,

відрізняються високою духовністю, дотримуються правил безпеки праці, залишаються здоровими і активними до глибокої старості, навіть якщо вони проживають в екологічно забруднених регіонах, у великих індустріальних містах чи працюють на «шкідливому» виробництві.

Отже, здоров'я значною мірою залежить від умов життя і праці, що визначаються політичним устроєм і рівнем соціально-економічного розвитку держави, а також від екологічних і географічних чинників навколишнього середовища. Головним же чином воно залежить від способу життя людини, її духовності, світогляду, ставлення до власного здоров'я та до інших людей і природи .

Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я визначається надзвичайно різними складовими. Вони взаємопов'язані, й кожна з них робить свій внесок у здоров'я людини. Людину вважають здоровою тільки тоді, коли вона здорова фізично, соціально, психічно і духовно.

Фізичне здоров'я людини залежить від того, наскільки добре виконують свою роботу опорно-рухова, кровоносна, травна, нервова, видільна та інші системи організму. Психічна складова здоров'я включає в себе здатність правильно оцінювати й сприймати свої почуття та відчуття, свідомо керувати своїм емоційним Духовний розвиток людини визначає мету її існування, ідеали і життєві цінності.

Однак сьогодні - 21 сторіччя, в якому здоров'я людини пов'язують ще з більшою кількістю ознак її благополуччя – духовним, емоційним, інтелектуальним, соціальним і звісно ж фізичним. Так, на сьогодні, вже можна виділити п'ять, а не чотири, основних складових здоров'я: фізична; соціальна; емоційна; інтелектуальна; духовна. Усі вони взаємопов'язані і взаємообумовлені.

Фізична – складова, що визначає фізичний (тілесний) стан людини, її розвиток. Це можливість виконувати певні дії: рухатися, працювати, пристосовуватися до змін довкілля.

Соціальна – складова, що окреслює ефективну взаємодію людини із соціальним середовищем (сім'я; колектив учнів у класі, гуртку; суспільство). Відповідний соціальний статус людини, вміння спілкуватися з навколишніми дає змогу створити належні умови для формування і зміцнення здоров'я.

Емоційна – здатність розуміти почуття, висловлювати і контролювати їх. Важливо комфортно почуватися, беручи до уваги емоції людей, що тебе оточують.

Інтелектуальна – здатність сприймати, засвоювати та аналізувати інформацію, творчо її використовувати для прийняття відповідних рішень щодо поліпшення стану свого організму.

Духовна складова – основа здоров'я, що показує самовдосконалення і духовний розвиток особистості, який виявляється у розумінні сутності довкілля, набутті унікальної властивості вибору власної віри.

Фізичний розвиток – це сукупність морфологічних і функціональних показників, які характеризують розвиток організму і дають змогу визначити запаси його фізичних сил, витривалість, працездатність.

Фізичний розвиток є одним із показників стану здоров'я населення. Його характеризують маса і форма тіла, стан нервової регуляції і втомлюваність. Розміри тіла як результат процесу росту пов'язані з усім комплексом функціональних властивостей: основним обміном та окремими видами обміну речовин і нейротрофічними регуляціями. Внаслідок цього морфологічний тип є основним у характеристиці фізичного розвитку людини, а фізіологічні тести характеризують окремі властивості організму. При високому і позитивному зв'язку структурних і функціональних показників організму морфологічна характеристика дає змогу безпосередньо оцінити запас фізичних сил. Для визначення морфологічного (структурного) типу використовують показники основних розмірів тіла.

Здоров'я людини – результат складної взаємодії соціальних, середовищні та біологічних факторів. Вважається, що внесок різних впливів у стан здоров'я наступний:

1. спадковість - 20%;
2. навколишнє середовище - 20%;
3. рівень медичної допомоги - 10%;
4. спосіб життя - 50%.

У розгорнутому варіанті ці цифри, на думку вчених, виглядають так:

1. людський фактор - 25% (фізичне здоров'я - 10%, психічне здоров'я - 15%);
2. екологічний фактор - 25% (екзоєкологія - 10%, ендоекологія - 15%);
3. соціально-педагогічний фактор: 40% (спосіб життя, матеріальні умови праці та побуту - 15%, поведінка, режим життя, звички - 25%);
4. медичний фактор - 10%.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Омельченко Л.П. Здоров'ятворча педагогіка / Л.П. Омельченко, О.В. Омельченко. – Х.: Вид. група Основа, 2008. – 205 с.
2. Плахтій П.Д., Підгорний В.К., Соколенко Л.С. Основи шкільної гігієни та валеології: Навч. посіб, - Кам'янець – Подільський, 2009.- С.108

**Юлія Репчук, Лариса Сидорчук, Оксана Петринич, Аліна Соколенко,
Семен Білецький, Маріанна Сем'янів Тетяна Казанцева, Ксенія Воронюк**
**ЯКУ РОЛЬ ВІДІГРАЮТЬ МОДИФІКОВАНІ ТА НЕМОДИФІКОВАНІ
ПРЕДИКТОРИ У ПРОГРЕСУВАННІ ТА РОЗВИТКУ ЕСЕНЦІЙНОЇ
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ?**

Модифіковані та немодифіковані предиктори грають важливу роль у прогресуванні та розвитку ЕАГ. Наприклад, надлишкова маса тіла, гіперхолестеринемія та недостатня фізична активність є модифікованими предикторами, які можуть бути кореговані за допомогою зміни способу життя

та призначення фармакотерапії. З іншого боку, наявність генетичних факторів, вік, стать та етнічна приналежність є немодифікованими предикторами, які не можуть бути кореговані і можуть збільшувати ризик розвитку ЕАГ.

Таким чином, для ефективної профілактики та лікування ЕАГ необхідно враховувати як модифіковані, так і немодифіковані предиктори. Модифікація способу життя, така як здорове харчування, фізична активність та припинення куріння, можуть допомогти у зменшенні ризику розвитку ЕАГ. Крім того, важливим є раннє виявлення та лікування ЕАГ з метою запобігання серйозних ускладнень та смерті.

Мета. Визначити наявність асоціацій між модифікованими та немодифікованими факторами ризику та ЕАГ у мешканців Північної Буковини.

Вступ. АГ залишається найпоширенішим неінфекційним захворюванням у світі незалежно від статусу країни, чи рівня доходів її громадян. Загальна поширеність АГ у 2015 році в дорослих становила близько 30-45% зі стандартизованим показником поширеності у світі 24 та 20% у чоловіків і жінок відповідно. В осіб віком понад 60 років поширеність АГ перевищує 60%. За прогнозами експертів, кількість хворих на АГ зростатиме й надалі, досягнувши у 2025 році близько 1,5 млрд осіб. [1-3]

Гіпертонія є багатофакторним захворюванням через взаємодію багатьох чинників ризику, таких як ожиріння, підвищений індекс маси тіла (ІМТ), надмірне споживання солі, вживання алкоголю, стрес та рівні ліпідів високої щільності (ЛПВЩ) і загального холестеролу (ЗХС), факторів довкілля та генетичних предиктів.

З огляду на вище зазначене, метою дослідження стало: дослідити наявність асоціативних зв'язків між факторами ризику та розвитком ЕАГ у мешканців Північної Буковини.

Матеріали і методи. Дослідження проводили з дотриманням основних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи виконання наукових медичних досліджень за участю людини. Етап скринінгу на відповідність критеріям включення та виключення пройшло 100 хворих на ЕАГ II стадії, 1-3 ступенів підняття артеріального тиску (АТ), високого та дуже високого серцево-судинного ризику, 21% (21) чоловіків, 79% (79) жінок. Середній вік пацієнтів – $59,86 \pm 6,22$ років. Групу контролю склали 60 практично здорових осіб, зіставних за віком та статевим розподілом. Для визначення факторів ризику було проведено опитування та огляд учасників згідно карти обстеження пацієнта.

Статистичну обробку проводили за допомогою прикладних програм Statistica® 7.0 (StatSoft Inc., США). Аналіз якісних ознак проводили за критерієм Пірсона (χ^2). Вплив чинників ризику на розвиток ЕАГ II ст. оцінювали за величиною відносного ризику (RelR), відношення ризиків (RR) і відношення шансів (OR) із 95% довірчим інтервалом [95% CI] з урахуванням критерію χ^2 (df=1), проводили однофакторний дисперсійний аналіз. Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати і обговорення. Серед хворих на ЕАГ вірогідних відмінностей за гендерним розподілом із урахуванням ступеня підняття АТ між групами не спостерігали ($p > 0,05$). В усіх групах дещо переважали жінки.

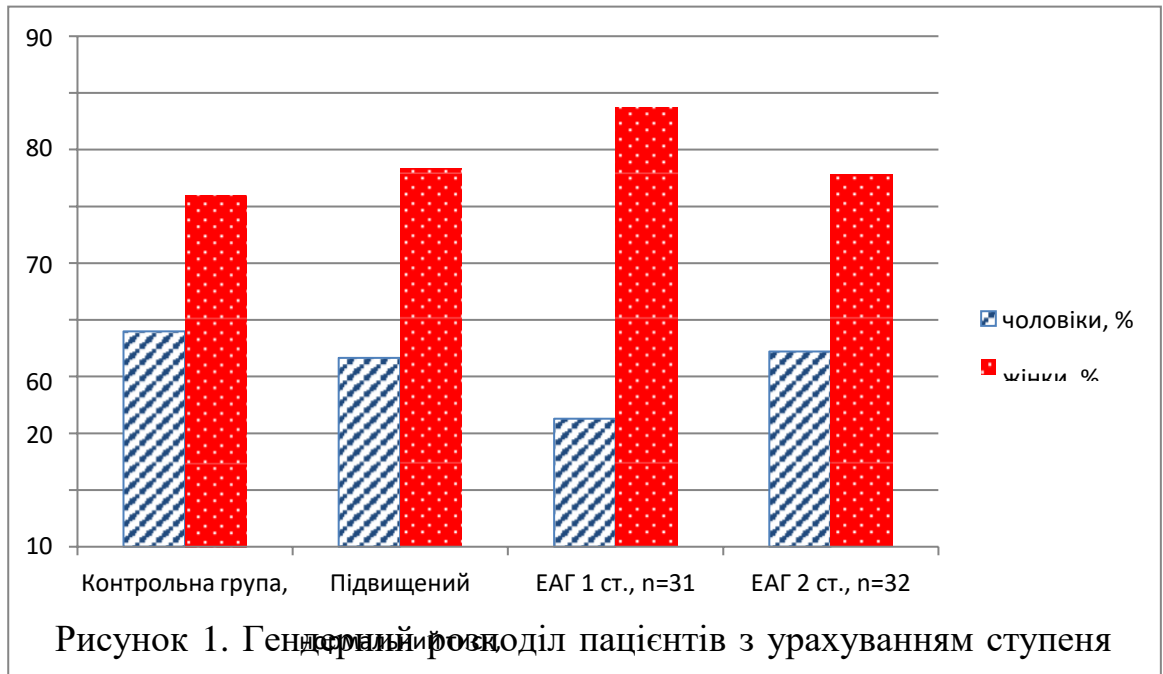


Рисунок 1. Гендерний розподіл пацієнтів з урахуванням ступеня підняття артеріального тиску.

Сімейний анамнез обтяжений за ЕАГ, чи ІХС у віці матері до 55 років, батька до 65 років, чи родичів першої лінії – братів і сестер, спостерігали у більшості хворих (67-75%) та осіб контрольної групи (75%), ($p>0,05$). За наявністю шкідливої звички куріння з урахуванням ступеня підняття АТ незалежно від статі відмінностей теж не встановлено - 11-26% у хворих та 9% у осіб контрольної групи ($p>0,05$).

Проте виявлено, що майже у половини хворих з підвищеним нормальним АТ (44,4%) та у третини хворих на ЕАГ 2-3 ст. (31,3%) була наявна супутня патологія - ЦД 2 типу, натомість лише кожен 5 хворий на ЕАГ 1 ст. страждав на цю недугу (19,4%), а в групі контролю таких осіб не було взагалі.

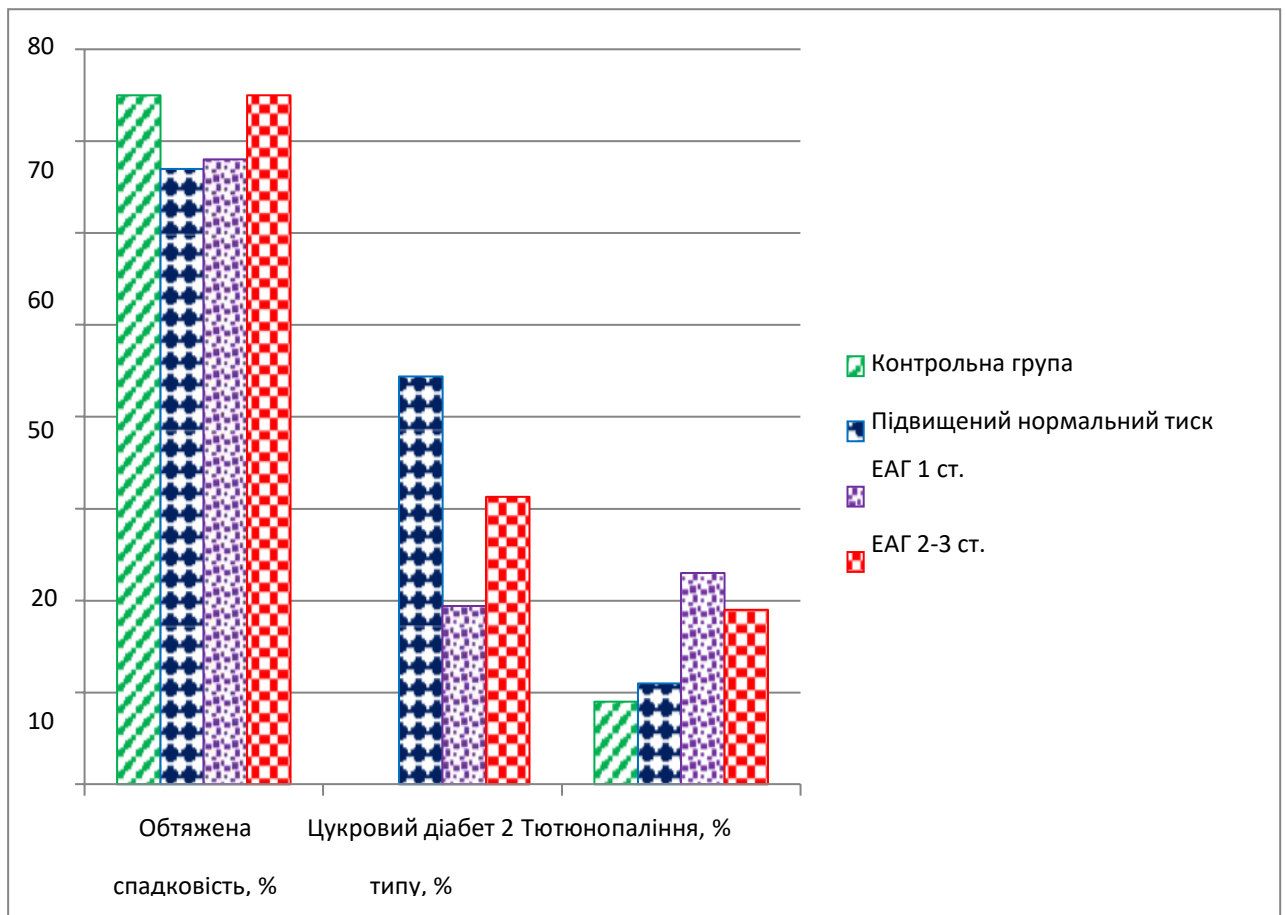


Рисунок 2. Окремі супутні чинники ризику у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію з урахуванням рівня артеріального тиску.

Майже всі пацієнти з групи контролю мали нормальну або надлишкову вагу (38% і 42% відповідно) і лише кожен 5 страждав від ожиріння: 1 ступінь ожиріння спостерігали у 16% пацієнтів і 2-3 ступінь у 4% осіб. Натомість зовсім іншу картину спостерігали в групі осіб з підвищеним нормальним тиском: жоден хворий не мав нормального ІМТ, а ожиріння 1-3 ступенів спостерігалось майже у 80%, що було майже в 4 рази частіше, ніж у групі контролю. Також АО зустрічалось значно частіше у хворих на ЕАГ 1 (45,3%) та 2-3 ст. (63%), ніж у групі контролю (20%) - у 2,2 і 3,2 рази відповідно.

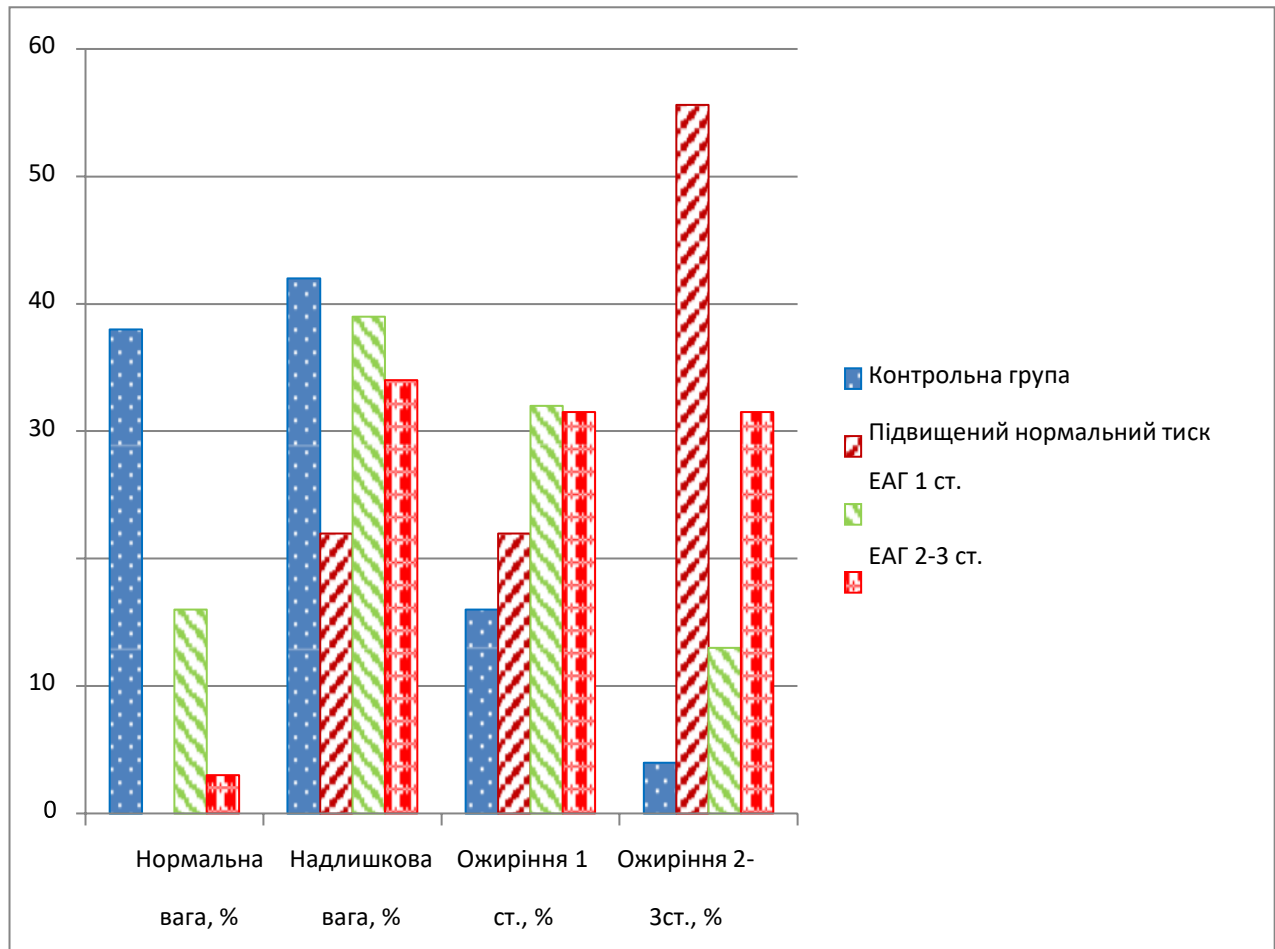


Рисунок 3. Розподіл пацієнтів залежно від індексу маси тіла з урахуванням ступеня підняття артеріального тиску.

Висновок. Куріння, наявність ЦД 2 типу та ожиріння збільшує ризик появи ЕАГ у обстеженій популяції у 2,5 [OR=2.81; p=0.049], 3,75 [OR=4.68; p=0.005] і майже 2 рази [OR=2.90; p=0.004], відповідно.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Semianiv MM, Sydorчук LP, Dzhuryak VS, Gerush OV, Palamar AO, Muzyka NY, et al. (2021). Association of AGTR1 (rs5186), VDR (rs2228570) genes polymorphism with blood pressure elevation in patients with essential arterial hypertension. Journal of medicine and life, 14(6), 782–789. <https://doi.org/10.25122/jml-2021-0018>
2. Коваль СМ, Снігурська ІО. (2019) Сучасна стратегія лікування артеріальної гіпертензії та профілактики її ускладнень у світлі нових

європейських рекомендацій 2018 року. Журнал Раціональна фармакотерапія, 1-2 (50-51), с.11-18.

3. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. (2018) European Heart Journal, 39: 3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.

4. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population--based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet, 2017; 389: 37-55.

5. Mary E.Kooffreha, Chiak I.Anumudu, Effiong E.Akpan, Eke V.Ikpeme, P.Lava Kumar (2013). A study of the M235T variant of the angiotensinogen gene and hypertension in a sample population of Calabar and Uyo, Nigeria. Egyptian Journal of Medical Human Genetics, Volume 14, Issue 1, Pages 13-19.

6. Dzhuryak V, Sydoruk L, Sydoruk A, Kamyshnyi O, Kshanovska A, Levytska S, et al. (2020). The cytochrome 11B2 aldosterone synthase gene CYP11B2 (RS1799998) polymorphism associates with chronic kidney disease in hypertensive patients. Biointerface Research in Applied Chemistry. Vol.10, № 3. - p5406-5411. <https://doi.org/10.33263/briac103.406411>

7. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. (2019). American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2019,139, e56-e528.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>

*Юлія Репчук, Лариса Сидорчук, Семен Білецький,
Оксана Петринич, Тетяна Казанцева, Аліна Соколенко,
Маріанна Сем'янів, Юлія Яринич, Ксенія Воронюк*

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ПОЛІМОРФНІ ВАРІАНТИ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ (AGT, rs699) У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ: ЧИ Є ЗВ'ЯЗОК?

Численні дослідження свідчать про те, що наявність поліморфного варіанту гена AGT (rs699) може збільшувати ризик розвитку есенційної артеріальної гіпертензії (ЕАГ). Цей ген кодує ангіотензиноген - важливий компонент ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), який може впливати на тонус судин та розвиток гіпертензії. Крім того, цей поліморфізм також може впливати на рівень ліпідів у крові, що збільшує ризик серцево-судинних захворювань. Вивчення генетичних маркерів може допомогти в прогнозуванні ризику та виборі ефективних методів профілактики та лікування, але необхідно пам'ятати, що генетичні фактори не є єдиними причинами розвитку ЕАГ та інших захворювань, тому необхідний комплексний підхід. Це може включати зміни стилю життя, дієту та медикаментозну терапію.

Мета дослідження. Визначити зміни ліпідного обміну у хворих на ЕАГ залежно від поліморфізму гена *AGT* (rs699).

Вступ. Ожиріння, відсутність фізичної активності та надмірне споживання солі є одними з найбільш відомих факторів навколишнього середовища, пов'язаних з гіпертонією. Збільшення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень пов'язане також із наявністю дисліпідемії. Вона відіграє важливу роль у формуванні атеросклеротичного ураження артерій загалом, у тому числі нирок, серцевого м'яза. Рівень ліпідів у плазмі крові в значній мірі визначається генетичними факторами. Взагалі, у пацієнта з дисліпідемією модель успадкування зазвичай не свідчить про те, що існує основний розлад з одним геном (моногенний), що спричиняє патологію. Скоріше, це походить від успадкування більш ніж одного варіанту гена, що впливає на метаболізм ліпопротеїнів, який сам по собі може мати відносно незначний ефект, але в поєднанні з іншим чи іншими має більший вплив на

тригліцериди (ТГ) або холестерол ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Схема успадкування полігенна. Частина патогенних генів, таких як гени родини аполіпропротеїну (АРО) — АРОА, АРОВ, АРОЕ є найбільш дослідженими, однак залишається низка інших, вплив яких потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження. Визначити зміни ліпідного обміну у хворих на ЕАГ залежно від поліморфізму гена АГТ (rs 699).

Матеріали та методи. В одномоментному дослідженні взяло участь 72 хворих на ЕАГ II стадії, 1-3 ступенів підняття артеріального тиску (АТ), високого та дуже високого серцево-судинного ризику. Серед хворих було 29,16% (21) чоловіків, 70,84% (51) жінок. Середній вік пацієнтів – $59,87 \pm 7,98$ років. Групу контролю склали 50 практично здорових осіб, зіставних за віком ($49,13 \pm 6,28$ років) та статевим розподілом (62% - жінок, 38% - чоловіків). Для дослідження поліморфізму гена ангіотензиногену (АГТ, rs699) виконали якісну полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) в режимі реального часу (Real Time PCR). Стан ліпідного обміну вивчали шляхом визначення вмісту в плазмі крові загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), ХС ЛПВЩ, ТГ з використанням діагностичних стандартних наборів фірми „ACCENT-200” (Польща).

Статистична обробка результатів дослідження проводилася шляхом визначення середніх арифметичних величин (М) та середнього відхилення (m). Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи непарний t-критерій Стюдента. Вплив чинників ризику на розвиток ЕАГ II ст. оцінювали за величиною відносного ризику (RelR), відношення ризиків (RR) і відношення шансів (OR) із 95% довірчим інтервалом [95% CI] з урахуванням критерію χ^2 (df=1). Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Кількісний розподіл пацієнтів залежно від поліморфних варіантів гена АГТ (rs699) в контрольній групі та групі хворих на ЕАГ вірогідно не відрізнявся. В обох групах більше половини пацієнтів

були гетерозиготами, що відповідає нормальному статистичному розподілу за законом Харді-Вайнберга. Віковий та статевий розподіл осіб в групах також не мав вірогідних відмінностей залежно від генотипу ($p > 0,05$).

Середні значення ЗХС переважали нормальні показники майже в усіх групах. Найвищі з них спостерігали в носіїв ТС-генотипу, особливо серед чоловіків – $6,14 \pm 0,34$ ммоль/л в групі контролю та $5,79 \pm 0,14$ ммоль/л в групі хворих на ЕАГ, хоча вірогідної різниці показників між групами не було. Рівень ТГ переважав у хворих носіїв Т-алеля (особливо ТС-генотипу) порівняно з групою контролю на 50% серед чоловіків ($p = 0,03$) та на 25,6% серед жінок. Показники ХС ЛПВЩ були нижчими за порогові у чоловіків- носіїв ТТ-генотипу в обох групах, натомість носії С-алеля (особливо СС- генотипу) мали на 26,4% ($p = 0,01$) та на 40,2% ($p = 0,03$) вищі значення порівняно з носіями ТТ-генотипу. Показники ХС ЛПНЩ були найвищими у носіїв ТС-генотипу, але вірогідної різниці порівняно з носіями інших генотипів знайдено не було.

Враховуючи дану інформацію можна припустити, що Т-алель асоціює з зі зниженим рівнем ХС ЛПВЩ у чоловіків та підвищеним рівнем ТГ.

Оцінка ризику виникнення ЕАГ з урахуванням показників ліпідного обміну та поліморфізму гена АГТ показала зростання майже у 5 разів серед носіїв ТС-генотипу за умови зниженого рівня ХС ЛПВЩ [OR=6.96; OR 95% CI:0.83-58.51; $p = 0.04$].

Аналіз показників ліпідного обміну як предикторів ЕАГ в обстеженій популяції з урахуванням статі показав, що у жінок елевація рівня ХС ЛПНЩ та зниження ХС ЛПВЩ підвищує цей ризик у 1.24 рази [OR=3.67; OR 95% CI:1.27-10.6; $p = 0.01$] та у майже 2.5 рази [OR=3.27; OR 95% CI:1.22-8.73; $p = 0.01$], відповідно.

Висновки. Т-алель гена АГТ асоціює з підвищеним рівнем ТГ та зі зниженим рівнем ХС ЛПВЩ у чоловіків. Ризик виникнення ЕАГ вірогідно зростає за зниженого рівня ЛПВЩ у носіїв ТС-генотипу гена АГТ у 1,83-2,5 разів ($p < 0,05$).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Mary E.Kooffreha, Chiak I.Anumudu, Effiong E.Akpan, Eke V.Ikeme, P.Lava Kumar. A study of the M235T variant of the angiotensinogen gene and hypertension in a sample population of Calabar and Uyo, Nigeria. Egyptian Journal of Medical Human Genetics 2013, Volume 14, Issue 1, p13-19.
2. Wilbert S Aronow. Association of obesity with hypertension. Ann Transl Med 2017, Sep;5(17):350. <https://doi.org/10.21037/atm.2017.06.69>
3. Leggio M, Lombardi M, Caldarone E, Severi P, D'Emidio S, Armeni M, et al. The relationship between obesity and hypertension: An updated comprehensive overview on vicious twins. Hypertension Research. 2017;40:947-963. DOI: 10.1038/hr.2017.75
4. Semianiv MM, Sydorчук LP, Dzhuryak VS, Gerush OV, Palamar AO, Muzyka NY, et al. Association of AGTR1 (rs5186), VDR (rs2228570) genes polymorphism with blood pressure elevation in patients with essential arterial hypertension. Journal of medicine and life, 2021; 14(6), 782–789. <https://doi.org/10.25122/jml-2021-0018>
5. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal, 2018; 39: 3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
6. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population--based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet, 2017; 389: 37-55.
7. Dzhuryak V, Sydorчук L, Sydorчук A, Kamyshnyi O, Kshanovska A, Levytska S, et al. The cytochrome 11B2 aldosterone synthase gene CYP11B2 (RS1799998) polymorphism associates with chronic kidney disease in hypertensive patients. Biointerface Research in Applied Chemistry. 2020; Vol.10, № 3. - p5406-5411. <https://doi.org/10.33263/briac103.406411>
8. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease

and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2019,139, e56-e528.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>

*Yuliia Repchuk, Larysa Sydorchuk, Oksana, Petrynych,
Tetiana Kazantseva, Alina Sokolenko,
Semianiv Marianna, Kseniia Vroniuk*

**USING ROLE-PLAYING AS A CONTEMPORARY EDUCATIONAL
APPROACH TO TRAINING MEDICAL PROFESSIONALS**

To improve the competitiveness of medical personnel in the global market of medical services, the modernization of medical education should involve a combination of education, science, and innovation. Interactive learning methods can be utilized to develop professional competencies and enhance the educational process. It is known that the teacher in his pedagogical activity needs, first of all, to motivate students to master a specific discipline, and for this the learning process itself should be interesting. In the course of the traditional educational process, a significant part of the information communicated to students is lost, because, as is known, no more than 10% of the material received by ear, 50% of what is seen, and up to 90% of what is done independently is assimilated. The level of assimilation is even lower if there is no motivational value component of the educational process, in particular, the appropriate emotional background. The use of interactive learning methods during classes, the leading principle of which is the motivation of active, specially organized activities of students, allows you to acquire new knowledge and skills based on the direct use of the experience of the student himself, his fellow students, creates conditions for the purposeful development of the personality of a specialist and orients them to professional self-development.

Traditional pedagogy does not always promote the development of students' productive thinking, but prefers reproductive thinking. The modern didactic theory sees its most important task as involving students in the generalized and systematized experience of humanity, i.e., the acquisition of theoretical knowledge in the content of education, in the orientation to mastering the basics of science, acquires a priority role. During training, the method of presenting new material and

the form of assessment chosen by the teacher play an important role. In such a situation, it is quite difficult for the teacher, with the help of traditional forms and methods of presenting the material, to arouse students' interest in learning, to ensure constant focus on the educational topic. An important feature of the postgraduate education of doctors is the emphasis on professional practical training. While studying at a higher educational medical institution, a graduate receives the minimum ideas, knowledge and skills necessary for starting a job in the chosen specialty. Further, during the whole life, the knowledge and skills acquired earlier and obtained in the process of work are improved. In view of this, the quality of post-graduate education is of particular importance. Recently, there are certain difficulties associated with the impossibility of reproducing most of the practical manipulations due to the lack of thematic patients, ethical-deontological, moral-ethical and legal restrictions in the relationship between students and patients.

One of the most effective ways to convey information to students at the postgraduate stage of education at a medical university is an interactive class, which represents preparation through understanding one's own actions. During interactive learning, there is an opportunity to observe and learn from other people's experiences, to get additional information, to analyze, simulate situations, to look for ways to solve problems together in a learning group. Interactive teaching methods allow engaging not only a person's mind, but also his feelings and emotions, encouraging creativity. Role-playing games are one of the forms of interactive learning. Role-playing as a type of activity contributes to the development of intellectual and communicative skills of students, the formation of their positive qualities, an active life position in society, increases work capacity and interest, in contrast to the monotonous performance of certain tasks. Using role-playing as a means of learning, many prominent educators rightly note its potential.

Role-playing is a learning method during which participants play different roles based on situations related to the subject of the lesson. The main feature of the game is the conventionality of actions, which makes the activity lively and exciting,

and allows you not to feel fear as a result of mistakes. Role-playing games contribute to the development of clinical thinking skills, problem solving, working out different options for behavior in difficult situations, and fostering understanding and compassion for other people. During the role-playing game, students act out situations of human relationships in the light of previously learned principles.

The purpose of such a lesson is to conduct a demonstration of specific types of activities or to practice certain practical skills, as well as to consolidate the acquired knowledge.

The goal of the game is to develop skills and relationships, not knowledge. The methods of role-playing games contribute to the development of clinical thinking skills, problem solving, working out different options for behavior in problematic situations, fostering understanding and empathy for other people. Participants have the opportunity through the game to better understand their own actions in real life, during the game they do not feel fear of the consequences of mistakes.

Role-playing games are used in the following situations:

- when it is necessary to acquaint students with patient communication skills using the Calgary-Cambridge counseling model;
- when it is necessary to teach how to perform an examination and examination of a patient and make a diagnosis;
- when it is necessary to familiarize students with motivational interviewing skills (for example, smoking cessation, lifestyle modification), etc.

During training, the teacher tries to bring convention closer to reality - the plot and roles are taken from typical life and clinical situations.

Therefore, the skills and abilities that the student acquires during the game will be appropriate and necessary in further work. Using elements of the game in the lesson, the teacher ensures the creation of a friendly atmosphere in the audience, promotes the desire to learn, and increases interest in the discipline.

A role-playing game is a teaching tool that activates the mental activity of students, makes the educational process more attractive and interesting, makes you worry and experience, which, in turn, creates an incentive to master new knowledge and skills in the aspect of future professional activity.

Modernization of the modern educational process in the medical field should be based on the synthesis of education, science and innovative activity, which will allow medical personnel to develop professional competencies that ensure their competitiveness in the international market of medical services.

REFERENCES:

1. Acharya H, Reddy R, Hussein A, Bagga J, Pettit T. The effectiveness of applied learning: an empirical evaluation using role playing in the classroom. *Journal of Research in Innovative Teaching & Learning*, 2019; Vol. 12 No. 3, pp. 295-310. <https://doi.org/10.1108/JRIT-06-2018-0013>
2. Kilgour P, Reynaud D, Northcote MT, Shields M. Role-playing as a tool to facilitate learning, self-reflection and social awareness in teacher education. *International Journal of Innovative Interdisciplinary Research*. 2015; 2(4), 8-20.
3. Kettula K, Berghall S. Drama-based role-play: A tool to supplement work-based learning in higher education. *Journal of Workplace Learning*, 2013; 25(8), 556-575.
4. Westrup U, Planander A. Role-play as a pedagogical method to prepare students for practice: The students' voice. *Ogre utbildning*, 2013; 3(3), 199-210.

Yuliia Repchuk, Larysa Sydorchuk, Oksana Petrynych, Tetiana Kazantseva, Alina Sokolenko, Semianiv Marianna, Kseniia Voroniuk

THE SPACED INTERVAL REPETITION TECHNIQUE AS AN IMPORTANT COMPONENT OF THE EDUCATIONAL PROCESS

One innovative approach that can be utilized in medical education is the Spaced Interval Repetition (SIR) technique. This technique involves spaced repetition of learning material at increasing intervals of time. The goal is to optimize long-term

memory retention and recall of information. The SIR technique has been shown to be effective in various fields, including language learning and medical education. The SIR technique is a memorization technique largely developed in the 1960's and is a phenomenal way of learning information very efficiently that almost nobody knows about. It is based on the landmark research in memory conducted by famous psychologist, Hermann Ebbinghaus in the late 19th century. Ebbinghaus discovered that when we learn new information, we actually forget it very quickly (within a matter of minutes and hours) and the more time that passes, the more likely we are to forget it (unless it is presented to us again). This is why “cramming” for the test does not allow you to learn/remember everything for the test (and why you don't remember any of it a week later). SIR software, notably first developed by Piotr A. Woźniak is available to help you learn information like a superhero and even retain it for the rest of your life. The SIR technique can be applied to any kind of learning, but arguably works best when learning discrete pieces of information like dates, definitions, vocabulary, formulas, etc.

In medical education, the SIR technique can be used to reinforce important concepts and information that are critical for medical professionals. For example, medical students can use the SIR technique to learn about anatomy, pharmacology, and other key areas of medical practice. By spacing out learning sessions and gradually increasing the time between repetitions, students can better retain information and recall it when needed.

The SIR technique can also be used to support ongoing professional development for medical professionals. Continuing education is critical for medical professionals to stay up-to-date with the latest research and advances in their field. By using the SIR technique to reinforce key concepts and information, medical professionals can better retain this knowledge and apply it in their practice.

Memory is a fickle creature. For most people, to really learn something, we need to rehearse it several times; this is how information gets from short-term memory to long-term memory. Research tells us that the best time to rehearse something (like

those formulas for your statistics class) is right before you are about to forget it. Obviously, it is very difficult for us to know when we are about to forget an important piece of information. With SIR software, like Supermemo and Mnemosyne, the software learns how quickly you forget information and strategically re-presents it to you at just the right time for you to efficiently drill and practice what you are learning.

Basically, SIR software is like a sophisticated set of computerized flashcards. The special advantage is that when you use the flashcards, you grade yourself on the recall of the information (e.g., on a scale of 1 to 5). When you tell the software how well you remembered each piece of information, it builds a profile of how you learn and retain information. For cards that you recall very poorly (and give yourself a poor grade on), the software will re-present them the next day; for cards that you recall very well (and give yourself a good grade on), the software will wait (e.g., for a week or two) before it shows you that card again. The more you practice, the more the software “learns how you forget” and knows when to strategically drill you on specific cards. When you are first building up your set of electronic flashcards, you will spend some serious time using the software. But, if you use it to drill a little bit everyday, you will see tons of information get into your long term memory with relatively little effort. Just be forewarned, SIR software will break your cramming habits, and you just might like to study!

Overall, incorporating innovative approaches like the SIR technique into medical education can help to improve the competitiveness of medical personnel in the global market of medical services. By enhancing the educational process and developing professional competencies, medical professionals can provide better care to patients and contribute to the advancement of medical science.

The best way to change your academic habits for long-term success is to invest time and energy into practicing strategies like the SIR technique. It may not work great right away, but the effort you put in to practicing better academic habits is directly proportional to the success you will experience.

REFERENCES:

1. Acharya H. Reddy R, Hussein A, Bagga J, Pettit T. The effectiveness of applied learning: an empirical evaluation using role playing in the classroom. *Journal of Research in Innovative Teaching & Learning*, 2019; Vol. 12 No. 3, pp. 295-310. <https://doi.org/10.1108/JRIT-06-2018-0013>
2. Kilgour P, Reynaud D, Northcote MT, Shields M. Role-playing as a tool to facilitate learning, self-reflection and social awareness in teacher education. *International Journal of Innovative Interdisciplinary Research*. 2015; 2(4), 8-20.
3. Kettula K, Berghall S. Drama-based role-play: A tool to supplement work-based learning in higher education. *Journal of Workplace Learning*, 2013; 25(8), 556-575.
4. Westrup U, Planander A. Role-play as a pedagogical method to prepare students for practice: The students' voice. *Ogre utbildning*, 2013; 3(3), 199-210.

Марина Головенко, Леся Мельник

Науковий керівник: Людмила Соколенко

ПРОФІЛАКТИКА НАРКОМАНІЇ У ПІДЛІТКІВ

В сучасних умовах великого значення набуває боротьба з наркоманією – потворним явищем, що наносить непоправної шкоди здоров'ю, призводить до деградації особистості, згубно впливає на виховання дітей, на їх майбутнє, наносить надзвичайну матеріальну і моральну шкоду суспільству.

Багато нездорової поведінки часто починаються в підлітковому віці та становлять серйозну проблему для громадського здоров'я. Зловживання психоактивними речовинами має серйозний вплив на окремих людей, сім'ї та громади, оскільки його наслідки є кумулятивними, спричиняючи соціальні, фізичні та психічні проблеми зі здоров'ям.

Часто єдиною спонукою до вживання наркотиків для підлітка є бажання «спробувати». Зазвичай – після порад чи вмовляння когось зі знайомих. До цікавості домішується ще й бажання пристосуватись до правил «своєї групи», острах перед кепкуванням з боку «бувалих і досвідчених». Це може бути також

проявом сліпого наслідування прикладів з життя деяких відомих «зірок» зі світу кіно, популярних серед молоді музикантів, співаків тощо.

Мозок молодих людей росте і розвивається до середини 20 років. Особливо це стосується префронтальної кори, яка використовується для прийняття рішень. Прийом наркотиків у молодому віці може перешкоджати процесам розвитку, що відбуваються в мозку. Це також може вплинути на прийняття ними рішень. Вони можуть частіше робити ризиковані вчинки. Чим раніше молоді люди починають вживати наркотики, тим більші їхні шанси продовжувати їх вживати та стати залежними пізніше в житті.

Підлітковий вік вважається періодом початку поведінки та станів, які не тільки впливають на здоров'я, але й призводять до розладів дорослого життя. Нездорова поведінка, така як куріння, вживання алкоголю та вживання заборонених наркотиків, часто починається в підлітковому віці; вони тісно пов'язані зі збільшенням захворюваності та смертності та представляють серйозні виклики громадському здоров'ю. Безробіття, погане здоров'я, нещасні випадки, самогубства, психічні захворювання та скорочення тривалості життя — все це має зловживання наркотиками як основний загальний фактор.

Зловживання психоактивними речовинами має серйозний вплив на окремих людей, сім'ї та громади, оскільки його наслідки є кумулятивними, сприяючи дорогим соціальним, фізичним і психічним проблемам.

Кілька факторів можуть збільшити ризик початку або продовження зловживання психоактивними речовинами, включаючи соціально-економічний статус, якість батьківства, вплив групи однолітків і біологічну/вроджену схильність до наркоманії. Це досягає кульмінації в циклі, коли ці люди перестають бути ефективними членами суспільства, а замість цього поглинаються своїми залежностями.

Тривалість життя людей, які вживають наркотики в молодому віці, часто не перевищує 30-35 років. Майже половина з них покінчують життя самогубством. У решти смерть настає на тлі недоумства, швидкого фізичного

виснаження від паралічу дихального центру чи серцево-судинної недостатності.

Що молодша людина, то згубніша дія наркотику на її організм. Хронічне отруєння наркотиком різко уповільнює ріст, фізичний і психологічний розвиток підлітка.

Впливає наркоманія і на потомство. Навіть нетривале вживання наркотиків юнаком або дівчиною в 100% випадків відображається на здоров'ї їхніх майбутніх дітей. Без вини покарані, з'являються на світ діти з різними формами недоумства, хворі на епілепсію, шизофренію та інші тяжкі хвороби. Нерідко в дітей трапляються і вроджені фізичні каліцтва.

Наркомани не можуть виконувати роботу, що вимагає уваги або високої кваліфікації. Професійна придатність таких хворих обмежена, через що багатьом з них доводиться відмовитись від улюбленої справи. Зруйнувавши своє здоров'я, наркомани віддаляються від праці, від можливостей самим забезпечувати свої потреби, стають тягарем для рідних і зайвими в суспільстві. Вся їх енергія, всі бажання спрямовані виключно на добування і прийом наркотиків.

Наркоманія калічить особистість, змінює характер людини. Наркомани стають егоїстами, у них формується байдужість, підозріливість, брехливість, емоційна нестійкість (понура дратівливість і агресія змінюється на цілковиту до всього байдужість). У них погіршується пам'ять, розумові здібності деградують до слабоумства й інвалідності. Наркомани важкі у спілкуванні, особливо з близькими людьми. Вони сприймають оточення і своїх рідних як потенційних ворогів. Наркоман страждає сам і змушує страждати своїх близьких.

Необхідно зосередити зусилля на ранньому виявленні, програмах інформування та профілактики, а також на регулярному моніторингу даних про здоров'я підлітків. Враховуючи переважний тягар і вплив зловживання психоактивними речовинами серед дітей і підлітків, важливо визначити та впровадити ефективні заходи та платформи для покращення соціальних

навичок, навичок вирішення проблем і впевненості в собі. Опитування підлітків у школах відслідковують низку таких форм поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, серед підлітків на рівні країни. Основна увага повинна бути приділена змінним факторам ризику та посиленню захисних факторів за допомогою профілактичних програм у сім'ї, школі та громаді. Різноманітні типи профілактичних програм можуть здійснюватися через школи, громади та системи охорони здоров'я з загальними цілями виявлення випадків із супроводжуваним направленням та лікуванням або зменшенням факторів ризику.

Травми внаслідок нещасних випадків (наприклад, автомобільних аварій), фізичні вади та захворювання, а також наслідки можливого передозування належать до наслідків підліткового зловживання психоактивними речовинами для здоров'я. Непропорційно велика кількість молоді, яка вживає алкоголь та інші наркотики, стикається з підвищеним ризиком смерті через самогубство, вбивство, нещасний випадок або хворобу.

Дослідження Мережі попередження про зловживання наркотиками (DAWN) — на репрезентативній вибірці лікарень по всій території Сполучених Штатів — повідомляє про тенденції щодо людей, які звертаються за допомогою до відділень невідкладної допомоги, пов'язаних із вживанням незаконних наркотиків або немедичним використанням легальних наркотиків. Попередні оцінки 1994 року вказують на те, що з 1993 по 1994 рік кількість звернень у відділення невідкладної допомоги, пов'язаних із вживанням наркотиків, для молоді віком від 12 до 17 збільшилася на 17 відсотків. Це збільшення було більшим, ніж для будь-якої старшої вікової групи. Важливо, що відвідування відділень невідкладної допомоги, пов'язані з марихуаною/гашишем, для молоді віком від 12 до 17 років зросло на 50 відсотків між 1993 і 1994 роками (McCaig, 1995). У 1993 році дев'яносто один підліток у віці від 12 до 17 років помер від зловживання наркотиками (Офіс прикладних досліджень, 1994).

Проблеми психічного здоров'я, такі як депресія, відставання в розвитку, апатія, відмова від дитини та інші психосоціальні дисфункції, також часто пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами серед підлітків. Молоді люди, які зловживають психоактивними речовинами, мають вищий ризик, ніж люди, які не вживають психоактивних речовин, щодо проблем психічного здоров'я, включаючи депресію, проблеми з поведінкою, розлади особистості, суїцидальні думки, спроби самогубства та самогубство. Доведено, що вживання марихуани, яке поширене серед молоді, впливає на короткочасну пам'ять, навчання та психомоторику. Мотивація та психосексуальний/емоційний розвиток також можуть бути під впливом.

Так чому ж молодь вживає наркотики?

Є багато різних причин, чому молода людина може приймати наркотики, зокрема:

- Щоб пристосуватися. Молоді люди можуть вживати наркотики, тому що хочуть, щоб їх прийняли друзі чи однолітки, які вживають наркотики.
- Щоб почуватися добре. Зловживання наркотиками може викликати відчуття задоволення.
- Щоб почуватися краще. Деякі молоді люди страждають від депресії, тривоги, розладів, пов'язаних зі стресом, і фізичного болю. Вони можуть приймати наркотики, щоб спробувати отримати полегшення.
- Щоб досягти кращих результатів у навчанні чи спорті. Деякі молоді люди можуть приймати стимулятори для навчання або анаболічні стероїди, щоб покращити свої спортивні результати.
- Експериментувати. Молоді люди часто хочуть спробувати новий досвід, особливо той, який, на їхню думку, є захоплюючим або сміливим.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Олександрів О. А. Профілактика куріння: роль і місце психолога / Питання психології – К: 1999. - № 4. - с. 35-42.
2. Бойко В. М. Як кинути курити / В. М. Бойко. – К: 2003. – 124 с.

3. Каннінгем Р. Димова завіса. Канадська тютюнова війна / Пер. з англ. В. Н.Корольова. - К., 2001. – 234 с.
4. Наркоманія – шлях в безодню! – Центр сімейної медицини (brovmedcentr.in.ua)
5. Наслідки вживання наркотичних речовин - Міська дитяча лікарня №5 (zmdl5.zp.ua)
6. Наркоманія, токсикоманія: причини виникнення та наслідки. - Безпека життєдіяльності - Навчальні матеріали онлайн (pidru4niki.com)
7. 10 причин, через які люди починають вживати наркотики (centervasilenko.ua)

Богдан Зелінський

Науковий керівник Людмила Соколенко

ПРИНЦИПИ І СКЛАДОВІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Однією з найважливіших умов збереження фізичного та психічного здоров'я є підтримка здорового способу життя. Вести здоровий спосіб життя зараз модно і зовсім не складно, для цього необхідно дотримуватися кількох основних принципів.

Фізичне навантаження

Фахівці впевнені, що регулярні заняття спортом позитивно впливають на мислення та настрій, допомагають знизити негативний вплив стресу та прискорити обмінні процеси в організмі. При цьому необов'язково купувати річний абонемент у тренажерний зал, записуватись на йогу чи плавання. Це лише приклади активності, що підійшли аматорам ЗОЖ. Також ти можеш вибрати піші прогулянки, зарядку вранці, прості вправи для розтяжки або танці під улюблену музику. Ще один варіант – придбати кілька простих тренажерів та займатися в домашніх умовах. Важливо! Не варто плутати активний спосіб життя для здоров'я та професійний спорт. Мета досвідчених атлетів у великому спорті – престиж, максимальні результати та відповідні призи. При цьому змагання часто можуть приносити травми та погіршувати здоров'я. Цілі ЗОЖ зовсім інші, а здоров'я, бадьорість та гарне самопочуття тут на першому місці.

Оптимальна частота спортивних занять для новачків – 3 рази на тиждень. Але це середній показник — індивідуальна програма залежить від стану здоров'я, фізичної підготовки та вільного часу. Якщо ти відчуєш перетренованість та нестачу часу для відновлення, то можеш сміливо знижувати інтенсивність спортивного навантаження, кількість повторів та вправ під час тренування. [1]

Правильне харчування

Дієтологи запевняють, що вітаміни, мінерали та інші нутрієнти з їжі можуть впливати на наше самопочуття та настрій. При цьому строгі дієти та розвантажувальні дні (якщо вони не прописані фахівцем) можуть завдати організму більше шкоди, ніж реальної користі.

Здоровий спосіб життя не передбачає строгих обмежень: одне з основних правил здорового способу життя — дотримуватися помірності. Оптимальний варіант - уникати голодування та переїдання, налагодити режим харчування, стежити за різноманітністю нутрієнтів та водним балансом в організмі. Також важливо скоротити вживання цукру та фаст-фуду, додавши до раціону більше свіжих фруктів, овочів та ненасичених жирів. [2]

Позбавлення від шкідливих звичок

Шкідливі звички та здоровий спосіб життя просто несумісні. Всі знають, що алкоголь та куріння стають причиною багатьох проблем зі здоров'ям та самопочуттям, провокують передчасне старіння організму та серйозні збої у роботі внутрішніх органів.[3]

Режим дня

Важко уявити Здоровий спосіб життя без повноцінного режиму сна. Міцний нічний сон вважають основою гарного самопочуття та найкращим часом для відновлення організму.

Для початку визнач свою норму сну (не менше 6 годин) і намагайся лягати в один і той же час, а потім дотримуйся обраного розпорядку незалежно від дня тижня, роботи або якихось подій у житті.

Отже, здоровий спосіб життя це можливість подбати про своє здоров'я та підтримувати гарне самопочуття у будь-якому віці. Його основні принципи засновані на помірності у харчуванні, спорті, роботі та відпочинку. Щоб легше перейти на новий корисний режим, починай з маленьких змін і намагайся уникати суворих заборон, слухай свої відчуття та уважно стеж за самопочуттям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Андрощук Н. Основи здоров'я і фізична культура (теоретичні відомості) / Н. Андрощук, М. Андрощук, — Т. : Підруч. і посіб., 2006. — 160 с.
2. Балбенко С. Основи здоров'я та фізичної культури : метод. посіб. для вчителів / С. Балбенко. — Х. : Скорпіон, 2004. — 96 с. — (Предметний тиждень).
3. Богданова Г. Підготовка вчителів до формування в учнів життєвих навичок / Г. Богданова // Здоров'я та фізич. культура. — 2007. — № 9. — С.50-55с.
4. Петрик О. І. Медико-біологічні та психолого-педагогічні основи здорового способу життя: курс лекцій. — Львів: Світ, 1993. — 120 с.
5. Здоров'я та здоровий спосіб життя: погляди, думки, висновки С Омельченко, Рідна школа. — 2005. — 80с.

Андрій Лановенко

Науковий керівник: Людмила Соколенко

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК КОНЦЕПЦІЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Здоровий спосіб життя — це раціональне та ефективне використання власних життєвих ресурсів. ЗСЖ включає: раціональне та здорове харчування, регулярну фізичну активність, якісний та достатній сон, психічну рівновагу та контроль рівня свого стресу, безпечні умови життя та праці, соціальне здоров'я, позитивні взаємовідносини з родиною, близькими та друзями, духовний розвиток та можливість для самоактуалізації та самореалізації, регулярні загартовування та діяльність, направлена на збільшення власної енергійності, продуктивності, ефективності, спортивних результатів, омолодження свого

біологічного віку, та збільшення власного рівня щастя та щастя близьких людей.

До складових здорового способу життя можна віднести наступні компоненти:

- харчування, зокрема споживання якісної питної води, необхідної кількості білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мікроелементів);

- побут (якість житла, умови для розслаблення і активного відпочинку;

- рівень психічної і фізичної безпеки на просторах життєдіяльності;

- умови праці (безпека не лише у фізичному, а й психічному сенсі, наявність заохочень і умов професійного розвитку);

- рухова активність (фізична культура і спорт, використання засобів різноманітних систем оздоровлення, спрямованих на підвищення рівня фізичного розвитку, його підтримку, відновлення сил після фізичних і психічних навантажень).

Раціональне харчування є основою здоров'я та запобігання розвитку різноманітних захворювань, а також сприяє здоровому довголіттю та омолодженню.

Раціональне харчування — це харчування, яке задовольняє енергетичні, пластичні та інші потреби організму і забезпечує необхідний рівень обміну речовин (гомеостаз). Раціональне харчування передбачає споживання достатньої кількості якісної питної води (3-4% від ваги тіла за добу) та потрібної кількості білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мікроелементів, клітковини.

Регулярне споживання фруктів та овочів, горіхів, жирної морської риби, рослинного протеїну, оливкової олії знижує ризики багатьох хронічних захворювань та смертності від них. Добова потреба чистої питної води становить 3-4% від ваги тіла за добу. Білкові продукти повинні складати близько 20-25 % раціону. Це основний будівельний матеріал тканин тіла. Білки складають основу структурних елементів клітин і тканин тіла людини, входять

до складу ферментів, беруть участь у виробленні імунітету. Вміст жирів у щоденному раціоні мусить бути близько 20-40%. Добова потреба 80-100 г. Енергетична цінність 1 г жиру складає 9.3 ккал (39.1 кДж). Вміст вуглеводів у щоденному раціоні близько 30-50%, або 400-500 грам. Енергетична цінність 1 г вуглеводів складає 4.1 ккал (17.1 кДж). Вітаміни необхідні для життєдіяльності живого організму в малих дозах, і не утворюються в самому цьому організмі в достатній кількості, через що повинні надходити із їжею.

Здоровий спосіб життя - свідомо та повсякденна діяльність людини щодо створення та реалізації, які дають змогу досягти повного фізичного, психічного і соціального благополуччя.

Головними елементами здорового способу життя є: безпечне та благочинне навколишнє середовище життєдіяльності, раціональне, помірне та якісне харчування, фізична активність, гігієна організму, знання правил, надання першої медичної допомоги.

Здоровий спосіб життя – це концепція життєдіяльності людини, спрямована на поліпшення і збереження здоров'я за допомогою відповідного харчування, фізичної підготовки, морального настрою, і, безумовно, відмови від шкідливих звичок. В наш час здоровий спосіб життя – це популярний тренд сучасного світу.

Найчастіше людина починає замислюватися про свій спосіб життя і здоров'я, коли з'являється хвороба чи тимчасові нездужання. Тому турбота про своє здоров'я не має бути проблемою, а повинна стати обов'язковою справою, способом життя.

Як зазначалось вище, найважливіше при здоровому способі життя - це харчування. Можна і потрібно вживати тільки натуральні продукти. До них в список варто віднести овочі, фрукти, горіхи, ягоди, рибу, м'ясо, молочні продукти і морепродукти, яйця. До мінімуму необхідно звести вживання штучних продуктів, напівфабрикатів, натуральних продуктів, що містять хімічні добавки. До таких продуктів-табу відносять: газовані напої, синтетичні

соки, сирки і йогурти хімічного виробництва, деякі м'ясні вироби, приправи і майонез. Особливо шкідливою їжею вважаються бульйонні кубики, фастфуд, готові сніданки, солодке, борошняне і багато іншого.

Важливим також є заняття спортом. Розпочинати потрібно поступово і якщо ваш організм вже «забув», що таке фізкультура, то надмірні фізичні навантаження відразу можуть тільки нашкодити.

Особливо важливий рух для дітей. Дитячий організм потребує 90 хвилин фізичної активності щодня. Як мінімум 30 хвилин в день треба присвячувати аеробним вправам. Найкраще прищеплювати їм звичку здорового способу життя на власному прикладі. Пам'ятайте, що ожиріння є найбільш серйозною загрозою для здоров'я сучасних дітей та молоді.

Будьте активними, життєрадісними і відкритими до світу. В умовах постійної зайнятості важко знайти час на походи в спортзал, заняття спортом, але то є даремно, адже це здоров'я і за ним потрібно ретельно слідкувати.

Здоровий спосіб життя жодним чином не сумісний з шкідливими звичками: куріння, вживання алкоголю і тим більше наркоманія. І якщо алкоголь по святах при здоровому способі життя ще можна зрозуміти, то куріння і наркоманія скасовуються повністю.

Основа здорового способу життя - правильний розпорядок дня. Правильне харчування, фізична активність і відсутність шкідливих звичок при здоровому способі життя - це вже багато чого, але ще не все. При здоровому способі життя обов'язково повинен бути правильний розпорядок дня.

Одне з найважливіших правил здорового способу життя - це позитивний настрій! Не зациклюйтеся на невдачах і промахи. Не вийшло встояти перед тортком або тістечком, ну і Бог з ним! Не варто через це засмучуватися! І навіть, якщо постійні тренування і дієти не допомагають скинути зайву вагу, це не привід для відчаю! Значить, дієта не та - варто спробувати інше.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойченко Т.Є. Валеологія в системі національної освіти: специфіка

- системи, перспективи / Т.Є. Бойченко // Валеологія – наука про здоровий спосіб життя. – К. : Знання України, 1996. – С. 5-11.
2. Поташнюк І.В. Професійна валеологічна підготовка майбутніх біологів у вищих закладах освіти III-IV рівнів акредитації: автореф. Дис.. на здобуття ступеня канд.. пед.. наук: спец.:13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». – Луцьк, 2000. – 185с.
 3. problematika-gromadskogo-zdorovya/problematika-gromadskogo-zdorovya.
 4. zdorovij-sposib-zhittya

Назар Сорокін

Науковий керівник: Людмила Соколенко

ПРОФІЛАКТИКА ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК

У кожного з нас є шкідливі звички, які іноді ми навіть не помічаємо. Дехто з нас вважає, що паління допомагає розслабитися і зняти стрес, зайняти якесь особливе становище в суспільстві (так вважається у підлітків), але за все це доводиться платити своїм здоров'ям.

Усім нам відомо згубний вплив паління на організм. МОЗ про це постійно попереджає, і вже, напевно, втомилося попереджати, але мало хто звертає на це увагу, адже проблеми зі здоров'ям починаються не відразу, а коли вони виявляються (рак легенів і деякі інші), тоді буває вже надто пізно. Саме в таких випадках наслідки шкідливих звичок – тривалі хвороби і в результаті смерть. Профілактика шкідливих звичок допомагає всьому цього запобігти.

Деякі шкідливі звички, наприклад наркоманія, не прощають навіть одного єдиного разу вживання згубної для організму речовини, тому варто гарненько подумати, перш ніж ступити на таку доріжку, з якої вже неможливо буде звернути.

Шкідливі звички: алкоголізм і наркоманія, – починаються з того, що людина хоче піти від своїх проблем, забути, але в той момент вона не усвідомлює, що цим в тисячі разів погіршує свій стан. Попалити «за компанію» з друзями і виглядати при цьому «крутіше» – ось на чому ґрунтуються шкідливі звички молоді.

Як мінімізувати ризики появи шкідливих звичок?

Шкідливі звички можуть спровокувати проблеми із серцем, розвиток онкологічних хвороб, вони впливають на дихальну систему, здатні порушити роботу мозку та центральної нервової системи, спричинити патології органів тіла.

Але такі наслідки можна передбачити, якщо дотримуватися певних правил:

1. Слідкуйте за психологічним здоров'ям. Варто навчитися виділяти час на себе та відпочинок. Більше гуляти, звертати увагу на приємні речі та менше стресувати. Якщо ж вам важко самотійно впоратися зі стресом – варто звернутися до спеціаліста, аби подолати ці проблеми.

2. Налагоджуйте режим дня. Графік і розуміння, що робити далі, формує здоровий спосіб життя. Тому необхідно спати, їсти та займатися фізичними навантаженнями. А невизначеність і знесилення організму – шлях до розвитку шкідливих звичок.

3. Оцінюйте ризики від вживання алкоголю. Він негативно впливає на організм людини. Алкоголь може викликати проблеми із серцем, онкологічні захворювання, ожиріння, погіршення засвоєння організмом вітамінів. Необхідно зрозуміти, чому у вас виникає бажання розслабитися саме таким способом. Шукайте здорові альтернативи: спорт, хобі, спілкування та підтримка близьких людей допоможуть вам розслабитися.

Крім того, звички здатні викликати залежність. Особливо це стосується куріння та алкоголю, адже саме вони найбільше впливають на здоров'я людини.

Тож варто пам'ятати, що життя без шкідливих звичок – це головна складова нашого майбутнього. Для збереження і відновлення здоров'я недостатньо пасивного очікування, коли природа рано чи пізно зробить свою справу. Людина сама повинна здійснювати якісь дії. Для кожної ж дії потрібна мотивація. Для збереження здоров'я дуже важлива мотивація здорового способу життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1). Профілактика шкідливих звичок: як зберегти своє здоров'я.
<https://fakty.com.ua/ua/videos/profilaktyka-shkidlyvyh-zvychoch-yak-zberegty-svoye-zdorov-ya/amp/> [Електронний ресурс]
- 2). Профілактика шкідливих звичок та формування здорового способу життя.
http://school300.kiev.sch.in.ua/zhittya_shkoli/vihovna_robota/profilaktika_sh_kidlivih_zvychoch/[Електронний ресурс]

Мазур Іван

Науковий керівник: Сергій Ільченко

УМОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Здоров'я підрастаючого покоління і формування правильного поняття здорового способу життя у молоді є головною метою системи національної освіти.

За статистикою 75% хвороб дорослих беруть свій початок у дитинстві. Це – наслідок умов життя саме в дитинстві і в молоді роки.

Від чого ж залежить стан здоров'я дитини? Від чотирьох факторів:

- спадковості (20%);
- рівня медичного обслуговування (10%);
- за проживанням (20%);
- способу життя (50%).

Дитина половину часу проводить удома, 20% – у школі і 30% – сон. У системі цінностей, якими дорожить будь-яка цивілізована нація, особливе місце відводиться здоров'ю людей. Здоров'я нації визначається насамперед станом здоров'я її дітей, що є інтегральним показником загального благополуччя суспільства, а також тонким індикатором усіх соціальних та екологічних негараздів [1].

На сучасному етапі розвитку суспільства реформування освіти призвело допереходу навчання на більш сучасні норми, що вимагало створити відповідні цьому рівню навчальні плани та програми й, у свою чергу, призвело до

інтенсифікації та ускладнення навчальної діяльності учнів. Значно зріс обсяг навчального навантаження, інформаційна насиченість занять.

Таким чином, навчальне навантаження при постійно зростаючих імінливих обсягах, складності та новизні інформації, обмеженості часу, зміні кількості та якості джерел інформації обумовлює підвищені вимоги до учнів і може стати фактором ризику для їхнього здоров'я.

Збереження і відновлення здоров'я дітей України стає надзвичайно важливою справою, оскільки це – наше майбутнє і одне з головних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу.

Серед факторів, які можуть істотно вплинути на стан здоров'я дитини, достатній рівень побутових умов, правильне харчування, матеріальний добробут, впевненість у завтрашньому дні, сприятливий екологічний стан довкілля. Але поряд з об'єктивними факторами існують і суб'єктивні – наявність культури здоров'я, поважне ставлення особистості до свого здоров'я, бажання і вміння піклуватися про нього. Тому, одним з ефективних способів збереження і зміцнення здоров'я дітей і підлітків є формування здорового способу життя через усвідомлення цінності здоров'я, сприйняття ідеалу і норм здорового, багатоманітного життя, засвоєння знань, умінь, навичок, які здатні забезпечити досягнення сталого здоров'я і благополуччя [2].

Основними умовами для збереження здоров'я дитини є її сприятливі умови для фізичного та психічного розвитку. Спільні активні заняття спортом захоплюють дітей, дозволяють покращити фізичний та нервово-психічний розвиток дитини. Запишіть вашу дитину в спортивну секцію. Запропонуйте дитині вибрати ту спортивну секцію, яка їй найбільше подобається. Це дозволить не тільки зміцнити здоров'я але й розширити коло спілкування з новими друзями [3,4].

Дотримання принципів раціонального збалансованого харчування особливо актуальним є в ранньому віці, коли відбувається активне формування систем і організму дитини. Намагайтеся, щоб на вашому столі були тільки корисні продукти і здорова їжа. Виключіть з раціону сім'ї шкідливі продукти, наприклад, газовані напої, чіпси, фаст-фуд, шоколадні батончики, а також обмежте жирне, смажене і копчене. Слідкуйте за об'ємом їжі, який їсть малюк, і не допускайте переїдання.

Дотримуйтеся вдома режиму дня для дитини – повноцінний міцний сон, прогулянки на свіжому повітрі. Слідкуйте за тим, щоб дитина не проводила багато часу біля телевізора або комп'ютера. Дотримання режиму дня дисциплінує дитину та допомагає встигнути виконати всі завдання в школі та є корисним в подальшому кар'єрному рості вже дорослої людини.

Достатня трудова активність, заохочення дітей до посильної праці. Спільна праця батьків та дітей згуртовує родину, дозволяє виробити стереотипи поведінки в майбутній родині вашої дитини.

Утримання в чистоті тіла, одягу і приміщення.

Розумні вимоги до дитини, спільні ігри, проведення дозвілля (прогулянки в ліс, парк, на ковзанку, лижні прогулянки, спільне читання, малювання тощо).

Займайтесь всією сім'єю загартовуванням. Загартовування зміцнює імунітет дитини і дорослих, піднімає настрій і поліпшує самопочуття.

Формування навичок здорового способу життя в дитини є важкою спільною працею батьків та дітей, допоможуть зміцнити здоров'я дитини, покращити її самопочуття та запобігти розвитку різноманітних захворювань у дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Наказ МОН України від 21.07.2004р № 605 – Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді.

2. Таранова О. Здоров'язбережувальний педагогічний процес / О. Таранова, Г. Челах // Завуч. – 2008. – №19-20.

3. Кульчицька-Волочко М. Сімейні цінності здоров'я дітей // Ваш аптекар – 2008. – № 21-22.

4. Лукянова О.М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журнал АМН України. 2001. Т. 7 № 3.

Гаврилюк Богдана

Науковий керівник: Любов Корінчак

ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я, ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Анотація. В даній статті розглядається питання про потребу у здоров'ї та необхідності дотримуватися здорового способу життя для підтримки здорової нації з урахуванням факторів, які впливають на стан здоров'я.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, стан війни, фізичне навантаження, психологічне здоров'я.

З кожним роком зростає тенденція щодо ведення здорового способу життя. Відтак, у 2021 р. була прийнята загальнонаціональна програма «Здорова Україна», представлена на Всеукраїнському форумі «Україна 30. Здорова Україна». Як зазначив Президент України Володимир Зеленський: «Здоровий і активний спосіб життя має бути в тренді, має стати якщо не національною ідеєю, то принаймні невід'ємною частиною нашої ментальності та стилю життя всього нашого суспільства». Особливо актуальною ця тема стала в умовах пандемії Ковід-19, але в умовах повномасштабної війни в Україні, коли кожен українець зіштовхнувся з постійними стресом, тривогою, що суттєво впливає на стан здоров'я, питання відновлення як ментального, так і фізичного стоїть дуже гостро [1].

Здоровий спосіб життя – це практичні дії, спрямовані на запобігання захворювань, зміцнення всіх систем організм й поліпшення загального самопочуття людини [2]. Він передбачає дотримання виконання певних правил, що забезпечують гармонійний розвиток, високу працездатність,

духовну рівновагу та здоров'я людини. В основі здорового способу життя лежить індивідуальна система поведінки й звичок кожної окремої людини, що забезпечує їй потрібний рівень життєдіяльності й здорове довголіття.

За результатами соціологічного опитування, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології у 2019-2020 р. р. близько 50% українців вважали себе здоровими, у 2021 р. – 41%. 40% опитаних українців оцінюють стан власного здоров'я як добрий, 46% – як посередній, 14% – як поганий. Ці цифри є важливими, адже здоров'я та самопочуття нерозривно пов'язані з почуттям щастя людини, а отже, її продуктивності, енергійності тощо. Серед тих, хто має хороше здоров'я, щасливими почуваються 85%, погане – лише 40% опитаних.

Факторами, що впливають на стан здоров'я можна вважати такі: вік, місце проживання, умови праці, добробут, фінансове забезпечення [3].

Після 24 лютого з'явився ще один напрочуд важливий фактор – війна. Уже більше року українці живуть із постійним відчуттям страху, його посилюють звуки повітряних тривог, вибухів, обстрілів і залпів артилерії. Це активує реакцію на виживання в складних умовах, відому як "бийся, тікай або завмири". Реакція регулюється різними гілками нервової системи: симпатичною – вона відповідає за "бийся або тікай" – і парасимпатичною – "сповільнюйся й завмири". Обидві системи створені для того, аби тримати людину в балансі під час стресів та нормалізації стану. Утім, під час війни картина змінюється: стрес зашкалює, баланс у мозку порушується й починає переважати парасимпатична система.

Як показують дослідження, в умовах стресу саме адекватна фізична активність може запобігти або відстрочити початок багатьох захворювань, а також надати терапевтичну допомогу людям з хронічними захворюваннями, які отримують лікування. Фізична активність значно покращує самопочуття, підвищує задоволеність життям, дозволяє покращити сон і впоратися зі стресами. Кожна доросла людина повинна виконувати дії, які підтримують або

збільшують м'язову силу та витривалість щонайменше два дні на тиждень [4]. І для підтримки здорового рівня функціонування організму недостатньо просто спорту. Здоровий спосіб життя включає в себе цілий комплекс елементів.

В основі здорового способу життя лежать такі принципи: раціональне харчування; оптимальний руховий режим; загартування організму; особиста гігієна; відсутність шкідливих звичок; позитивні емоції; інтелектуальний розвиток; моральний і духовний розвиток; формування розвитку вольових якостей [5].

Крім того, важливо слідкувати за станом здоров'я, передусім шляхом профілактики захворюванням.

Профілактика захворювань – це ефективний комплекс заходів, які спрямовані на раннє виявлення, запобігання виникнення або загострення хвороби, а також на збереження та зміцнення здоров'я. Важливо регулярно відвідувати лікаря, здавати аналізи для відстежування стану організму.

Важливо також слідкувати за психологічним здоров'ям.

Згідно з дослідженнями Світового банку, близько 30% людей в Україні мають психічний розлад протягом життя. Порівняно з іншими країнами, в Україні зареєстровано особливо високий рівень депресії, і за даними дослідження STEPS в Україні кожен восьмий дорослий (12,4%) повідомив про симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії.

Понад 70% громадян перебувають у стресовому стані. В Україні провели масштабне дослідження психологічного стану людей під час війни, а також їхньої готовності звертатися по допомогу до фахівців. Про це повідомили у МОЗ із посиланням на результати опитування українців [6].

Варто пам'ятати, що психічне здоров'я – це стан благополуччя, у якому людина реалізує свої здібності, може протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати й робити внесок у свою громаду. Психічне здоров'я є основою благополуччя людини й ефективного функціонування

спільноти. Слід зазначити, що звертатися за допомогою до психолога в разі потреби – не соромно, а навпаки сучасний *must have*.

Однак, серед простих порад, які здатні покращити психологічний стан людини можна виділити такі: спілкування з людьми, саморозвиток, вміння прислухатися до власних думок, комісійного стану та почуттів, а також допомога іншим.

Невеликі добрі справи для інших людей або волонтерство сприяють підвищенню рівня нейромедіаторів, як-от серотонін, дофамін та ендорфін. Також, коли ми робимо добрі справи, у нас збільшуються самооцінка, рівень емпатії та співчуття, покращується настрій. Це знижує артеріальний тиск і рівень кортизол [7].

Отже, як бачимо, що коронакриза, війна, постійні стрес, тривога, емоційне виснаження як результат, негативно впливають на здоров'я людини. І сьогодні на превеликий жаль, ведення здорового способу життя може здатися «розкішшю», особливо зважаючи на події, які відбуваються в країні. Проте, дотримання базових принципів здорового способу життя повинне бути обов'язковим для здорової нації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Здоровий і активний спосіб життя має стати якщо не національною ідеєю, то стилем життя. *Офіційне інтернет-представництво Президента України*. URL: <https://www.president.gov.ua/news/zdorovij-i-aktivnij-sposib-zhittya-maye-stati-yaksho-ne-naci-69129> (дата звернення 18.03.2023).
2. Здорове та оздоровче харчування осіб, які займаються фітнесом // Під редакцією д. мед. н., проф. О.І. Циганенко. Київ: 2021. 240 с.
3. Прес-релізи та звіти самооцінка стану здоров'я населенням України. *Київський міжнародний інститут соціології*. URL: https://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1042&page=1&fbclid=IwAR1nFIQVQ7BcRPTL-pWwEsIkr9fXpTHJu0obcTHbMEM_s4R67ZnjPCN1pg (дата звернення 18.03.2023).

4. Важливо зберегти здоров'я під час війни. *Цент громадського здоров'я МОЗ України*. URL: <https://phc.org.ua/news/vazhливо-zberegти-zdorovya-pid-chas-viynи> (дата звернення 18.03.2023).

5. Основи здорового способу життя. *Буковинський державний медичний університет*. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/2977-osnovи-zdorovogo-sposobu-zhittya/> (дата звернення 18.03.2023).

6. Психологічний стан українців під час війни: стали відомі результати дослідження. *Нова Доба*. URL: <https://novadoba.com.ua/392091-psyhologichnyj-stan-ukrayintsiv-pid-chas-viynи-staly-vidomi-rezultaty-doslidzhennya.html> (дата звернення 18.03.2023).

7. 5 кроків до покращення свого психічного здоров'я. *Цент громадського здоров'я МОЗ України*. URL: <https://phc.org.ua/news/5-kroktiv-do-pokraschennya-svogo-psikhichnogo-zdorovya> (дата звернення 18.03.2023).

Любов Корінчак

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Анотація. У даній статті розглядаються питання про проблеми здоров'я, виховання відповідального ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої цінності, формування гігієнічних навичок та принципи формування засад здорового способу життя, зміцнення фізичного та психічного здоров'я дітей.

Ключові слова: здоров'я, здорового способу життя, діти та підлітки

Найдорожчим скарбом, яким нагороджує людину природа від народження і на довгі роки життя, є здоров'я. Здоров'я – це найбільша людська цінність, головний та істинний здобуток людини, найвища соціальна цінність, перша і найважливіша потреба людини, яка визначає здатність її праці й особистості та забезпечує гармонійний розвиток. Але, на превеликий жаль, багато людей починають цінувати і берегти здоров'я лише тоді, коли втрачають значну частину цього скарбу, відпущеного нам природою. Це така форма життєдіяльності, що забезпечує необхідну якість життя і достатню його

тривалість. Без належного рівня здоров'я процес життєдіяльності не може повністю задовольнити людину, дати їй вдоволення, радість, зацікавлення, насолоду, натхнення і спокій. Здоров'я визначають не просто як відсутність нездужання чи певних захворювань, а як гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних факторів, що забезпечують внутрішнє благополуччя індивіда.

Здоров'я за визначенням Всесвітньої Організації Охорони – це стан повного фізичного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад, і розглядається воно не тільки як ресурс, а як мета життя, тоді як спосіб життя – це спосіб існування, оснований на взаємодії між умовами життя та конкретними моделями поведінки індивіда. Це соціальна категорія, інтегральне, багатофакторне поняття, яке об'єднує різноманітні фактори, умови та форми життєдіяльності людини, завдяки яким забезпечується формування певного безпечного рівня її здоров'я. Це також раціональний варіант формування життєдіяльності людини, завдяки якому вона спроможна оптимально реалізувати свої біологічні і соціальні функції, максимально використовувати генетичні резерви здоров'я і тривалості життя – є здоровий спосіб життя.

Принципи формування здорового способу життя залежать від рівня розвитку цивілізації і можливостей їх використання з метою збереження, охорони і відтворення здоров'я.

Методи та засоби формування здорового способу життя повинні бути спрямовані на оптимізацію і відновлення захисних сил організму, недосконалість яких успадкована генетично або виникла в результаті дії на організм несприятливих зовнішніх та внутрішніх факторів. І в залежності від того, наскільки індивіду вдається реалізувати в процес онтогенезу методи і навички здорового способу життя, буде залежати рівень біологічного та соціального прояву особистості, якість, а відтак, і тривалість життя. Тому найголовнішим завданням сучасного життя, яке постійно зазнає впливу

негативних факторів (фізичних, хімічних, біологічних, психічних) є впровадження у свідомість людей ідей здорового способу життя та практичної реалізації цієї ідеї.

Проблеми здоров'я і формування здорового способу життя молоді, умови їх оптимізації стали предметом дослідження вчених філософів, медиків, психологів, педагогів та ретельно висвітлюється в багатьох соціально-філософських, педагогічних, соціологічних, медичних працях І. Д. Беха, А. Маслоу, С. Л. Рубінштейна, Л. П. Сущенко.

Формуванню здорового способу життя в учнівської 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 молоді присвячені наукові праці та посібники. Основні теоретико-методологічні засади цих питань сформульовано у працях таких відомих науковців як: питання формування здорового способу життя з позицій медицини розкрито в роботах М. М. Амосова, Н. В. Артамонова, А. П. Леонтєва, Ю. П. Лісіцина, В. С. Язловецького; психолого-педагогічні аспекти виховання здорового способу життя дітей і молоді розглянуті в дослідженнях Т. Ю. Круцевич, В. М. Оржеховської, С. О. Свириденко; формування здорового способу життя засобами фізичного виховання досліджували В. Г. Арефєв, О. Ф. Артюшенко, О. М. Вацеба, Г. І. Власюк, О. Д. Дубогай, І. А. Панін, І. І. Петренко, Р. Т. Раєвський, А. Г. та інші.

З проведених досліджень вченими ми бачимо, що з кожним роком в Україні погіршується стан здоров'я дітей, і це зумовлено несприятливим навколишнім середовищем, погіршенням санітарно-гігієнічних умов навчання та якості медичного обслуговування, поширенням шкідливих звичок серед учнівської та студентської молоді. За даними Міністерства охорони здоров'я України, серед дитячого населення за останнє десятиріччя в 2-3,5 рази зросла частота хронічних захворювань, які призводять до інвалідності – це хвороби

нервової, серцево-судинної, ендокринної, кістково-м'язової системи та шлунково-кишкового тракту [1].

Реалії життя переконливо засвідчують необхідність розробки й впровадження якісно нових сучасних теоретичних засад і практичних підходів до проблем охорони та зміцнення здоров'я людей, насамперед, молоді. Турбота про здоров'я дітей і молоді на сьогодні є одним з основних завдань держави та показником її зрілості. Україна не є винятком з цього питання, проте звернення до спеціальних джерел засвідчує те, що ці питання не тільки не розв'язані, але й набувають усе більшої актуальності. Тому виховання відповідального ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої цінності, формування гігієнічних навичок та засад здорового способу життя, зміцнення фізичного та психічного здоров'я дитини є одним із пріоритетних завдань освіти.

Збереження та відновлення здоров'я дітей України стає надзвичайно важливою справою, оскільки це – наше майбутнє і одне з головних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу.

Здоров'я молоді – то здоров'я нації, і це не підлягає сумніву, не потребує доказів як і те, що здоров'я майбутньої дитини визначається цілим рядом умов:

- формування статевих клітин батьків;
- періоду внутрішньоутробного розвитку плоду;
- грудного годування немовляти;
- навколишнього середовища, у якому росте й розвивається дитина і таке

інше.

Сучасний етап розвитку цивілізації призвів до різкої зміни умов існування людини. Знижуються функціональні резерви органів, систем організму в цілому, порушуються фізіологічні механізми саморегуляції, компенсаторно-

приспосувальних реакцій, народжується ослаблене потомство, поширюються епідемії хронічних неінфекційних захворювань.

Медицина накопичила чималу кількість інформації про фактори, передумови, що викликають та сприяють виникненню й поширенню найнебезпечніших захворювань. Людство визнало, що хворобу легше попередити ніж лікувати. Визнало, та ніяк не усвідомить, що «... здоров'я має посідати перше місце в ієрархії потреб людей..., проте, на жаль, ціна здоров'я більшістю усвідомлюється лише тоді, коли воно під черговою загрозою або певною мірою втрачено» [2,3].

Здоровий спосіб життя – це спосіб існування, оснований на взаємодії між умовами життя та конкретними моделями поведінки індивіда. Це соціальна категорія, багатократне поняття, яке об'єднує різноманітні фактори, умови та форми життєдіяльності людини, завдяки яким забезпечується формування певного безпечного рівня її здоров'я.

Збереження і зміцнення здоров'я особистості організацією здорового способу життя досліджується не тільки в наш час, але і раніше. Актуальні педагогічні ідеї щодо цього висловлювали Я.А. Коменський, Дж. Локк, Ж.-Ж. Руссо, Й. Песталоцці та інші видатні діячі минулого. У своїх працях вони приділяли значну увагу комплексу заходів зміцнення здоров'я дітей як фундаменту розумового розвитку.

Воленко О.І. вбачає ціннісне ставлення до здоров'я в розв'язанні проблеми вибору, потрібного для занять, закріплення корисних звичок і прийняття їх за норму.

За визначенням В.П. Горащука, здоровий спосіб життя, який є виявом уважного ставлення до здоров'я, – це діяльність, спрямована на організацію, формування, збереження і зміцнення здоров'я людини, що є умовою і перед умовою розвитку інших аспектів життєдіяльності. Адже здоров'я кожної людини в руках самої людини і залежить значною мірою від здорового способу

життя, виконання рекомендованих заходів профілактики захворювань, правильного вибору своєї професії та раціонального працевлаштування

Здоров'я дорослої людини формується в дитинстві й значною мірою залежить від здорового способу життя. В основі здорового способу життя, як зазначається у педагогічній літературі, лежать як біологічні, так і соціальні принципи. До біологічних принципів здорового способу життя відносять ті, що відповідають віковим особливостям, забезпечуються енергетичні, є ритмічними й зміцнювальними. До соціальних належать естетичний, моральний і вольовий принципи.

За сучасними уявленнями, до поняття «здоровий спосіб життя» входять оптимальний руховий режим, раціональне харчування, загартовування, особиста гігієна, позитивні емоції та відмова від шкідливих звичок (куріння, вживання алкогольних і наркотичних речовин).

Здоровий спосіб життєдіяльності, який має відношення до збереження та зміцнення здоров'я, це сукупність таких умов навчання і виховання, спілкування, праці й відпочинку, в яких виявляються звички, режим і темп життя, що сприяють збереженню, зміцненню, відтворенню і передачі здоров'я (у майбутньому). Його складові містять різні елементи, що стосуються всіх сфер здоров'я, – фізичної, психічної, соціальної та духовної, а також тих, що не пов'язані з ними, а стосуються соціального й духовного здоров'я, відсутність шкідливих звичок, головна світоглядна установка на пріоритетну цінність здоров'я.

У контексті проблеми, що розглядається, заслуговують на увагу обґрунтування вченими ряду принципів здорового способу життя, порушення яких призводить до негативних життєвих наслідків: погіршення стану здоров'я, незадоволеності своїм життям тощо. До таких принципів віднесено:

1. Перспективність – наявність у людини довготермінових життєвих цілей, які відповідають її інтересам, здібностям та моральним орієнтаціям.

2. **Визначеність** – наявність життєвих планів як конкретних програм реалізації цілей. Кожна більш-менш значуща мета вимагає визначеної послідовності дій, спрямованих на її досягнення, а отже, необхідно мати план цих дій, які й допомагають людині оцінити реалістичність цілей.

3. **Ритмічність** – часовий режим (термін) реалізації життєвих планів. Якщо в людини відсутній хоча б орієнтовний режим дня, то фактично повсякчас їй доводиться розв'язувати проблему вибору – чим зайнятися негайно, а що відкласти на майбутнє. Відомо, що ситуації вибору пов'язані з нервово-психічною активізацією. І якщо активізація перетворюється на перманентний стан, то це викликає перевантаження, які, у свою чергу, призводять до стресу. Важливо також враховувати вікові особливості, індивідуально-психологічні ритми. Ритмічність – не лише ситуативний режим діяльності, режим дня, але, головним чином, це певний ритм руху по життєвому шляху.

4. **Врівноваженість** – оптимальне співвідношення позитивних і негативних емоцій як основа сприятливого емоційного фону життєдіяльності людини. Запорука врівноваженості – доброзичливість, відсутність почуття суперництва, ворожості та заздрості.

Принципи формування здорового способу життя залежать від рівня розвитку цивілізації і можливостей їхнього використання з метою збереження, охорони й відтворення здоров'я [4,5,6].

Отже, методи й засоби формування здорового способу життя мають бути спрямовані на оптимізацію і відновлення захисних сил організму, недосконалість яких успадкована генетично або виникла в результаті дії на організм несприятливих зовнішніх та внутрішніх факторів. І залежно від того, наскільки індивіду вдається реалізувати в процесі онтогенезу методи й навички здорового способу життя, буде залежати і рівень біологічного та соціального вияву особистості, якість, а отже, і тривалість життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. **Здоров'я та здоровий спосіб життя: погляди, думки, висновки**
С.Омельченко, Рідна школа. 2005. 80 с.

2.Кульчицька-Волочко М. Сімейні цінності здоров'я дітей // Ваш аптекар 2008. № 21–22. С.5.

3.Лукиянова О.М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журнал АМН України. 2001. Т. 7 № 3. с.408-415.

4.Ляхова І. М, Шаповалова І. В. Основи здорового способу життя : Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів. Запоріжжя: ЗДМУ, 2019.

5.Сучасні напрямки формування здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів. К.: Рідна школа, 2005. № 1. С.19-20.

6.Формування здорового способу життя. Навчально-методичні рекомендації / Авт. колект. Т. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков, Н. Дзюба, В. Коляда, Н. Комарова, І. Пеша, Н. Тілікіна (кер. авт. колект. О. Вакуленко). К.: ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики», 2018. 100 с

Світлана Козловська

ЗМІСТ ПОНЯТТЯ «ЗДОРОВ'Я» У СУЧАСНОМУ ЖИТТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Здоров'я – не все, але все без здоров'я – ніщо.

(Сократ)

Зміст розгляду здоров'я змінювався з часом. Відповідно до біомедичної точки зору, перші визначення сутності здоров'я, зосереджувалися на предметі здатності організму виконувати своє призначення, здоров'я розглядалося як стан його відповідної діяльності, який може час від часу порушуватися хворобою.

Прикладом такого тлумачення здоров'я є:

- стан, що визначається анатомічною, фізіологічною та психологічною цілісністю;
- здатність виконувати особистісно-ціннісні, сімейні, робочі та громадські завдання;
- змога справлятися із фізичним, біологічним, психологічним і соціальним стресом.

Згодом, 1948 року, корінним чином відступаючи від попередніх пояснень, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) запропонувала визначення, спрямоване набагато вище, пов'язуючи здоров'я із благом, щастям — як «фізичний, психічний та соціальний добробут, а не просто відсутність хвороб і недуг».

Попри те, що деякі вважали це визначення як новітнє, його також не сприймали за розпливчастість і надмірну розлогість, а ще за те, що воно не могло бути витлумачене як таке, котре піддається вимірюванню [2].

Дослідження свідчать, що збереження здоров'я може відбуватися на біологічному (фізіологічному), психологічному, соціальному та духовному рівнях. Але визначальна роль, на думку М. М. Амосова, В. Г. Кулініченка, М. С. Гончаренко, Є. О. Помиткіна належить духовній складовій здоров'я людини, її моральності, рівню розвитку свідомості, осмисленості життя й культури особистості, її ставленню до власного здоров'я та здоров'я інших.



Витоки уявлень про здоров'я йдуть з глибини віків. Ще в давнину наші предки прагнули зберегти здоров'я й позбутися хвороб. Характерно, що для лікування вони, відповідно до знань того часу, вдавалися до безглузвих, часом фантастичних впливів, тоді як для зміцнення здоров'я ще в глибокій давнині

використовували ефективні стимулюючі засоби. Більшість з них майже без змін увійшла до арсеналу засобів валеології – сучасної науки про здоров'я [6; 7].

У сьогоденних умовах питання здоров'я суттєво актуалізуються. Здійснюються різноманітні заходи за різними напрямками у пошуках ефективних шляхів зміцнення здоров'я.

Здоров'я часто аналізується у порівнянні з розладами та хворобами. Пов'язані зі здоров'ям поняття – адаптація, психічна стійкість, гармонія – мають і протилежні значення: дезадаптація, психічна нестійкість, дисгармонія.

Здоров'я пов'язували з рівновагою та гармонією уже в античні часи. Багато розладів психічного здоров'я починаються з різної глибини дисгармонії особистості. Для відновлення психічного здоров'я людині необхідно повернутися до стану гармонії.

У Європейській декларації про охорону психічного здоров'я (Гельсінкі, січень 2005 р.) яка підписана також і Україною, у частині дій заявлено: “Ми також усвідомлюємо, що психічне здоров'я – одна з важливіших складових людського, соціального й економічного капіталу націй і тому психічне здоров'я слід розглядати як невід'ємний та необхідний компонент соціальної політики у інших областях, таких як захист прав людини, соціальне забезпечення, освіта і забезпечення трудової зайнятості [5; 6].

Міністри, відповідальні за питання охорони здоров'я, зобов'язуються визнати необхідність прийняття науково-обґрунтованих комплексних стратегій охорони психічного здоров'я і розглянути шляхи й способи розробки, здійснення і подальшого розвитку таких стратегій в нашій країні з врахуванням існуючих в них конституційних структур та обов'язків.

На жаль, Конституція України лише декларує, а не забезпечує якісне психічне здоров'я своїх громадян.

Стаття 49 Конституції України проголошує, що: “Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я

забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [2].

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена».

Потрібна така редакція: “Держава повинна постійно створювати найкращі умови для забезпечення гідного фізичного, психічного та духовного здоров'я своїх громадян”.

Вважається, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів.

Тому основною ознакою здоров'я є здатність до значної пристосованості організму до впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Завдяки цьому здоровий організм може витримувати значні фізичні та психічні навантаження, не тільки пристосовуючись до дії екстремальних чинників зовнішнього середовища, але й повноцінно функціонувати в цих умовах [2].

Таким чином, здоров'я доцільно розглядати і як здатність організму активно та повноцінно пристосовуватись до змін оточення. Можна сказати, що здоров'я – це здатність організму перебувати в рівновазі з оточенням.

Багато хто з вчених розглядає здоров'я як форму життєдіяльності організму, яка забезпечує йому необхідну якість життя і максимально можливу за даних умов його тривалість. Зрозуміло, що здоров'я – це похідне від численних впливів на організм, у тому числі природно-кліматичних, соціальних, виробничих, побутових, психологічних чинників, способу життя і т.ін.

Можна також сказати, що здоров'я – це функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову

працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства.

Стан здоров'я не є чимось статичним. Це динамічний процес, а, отже, стан здоров'я може покращуватись або погіршуватись. Кожна людина являє собою відкриту динамічну систему, тому існує широкий діапазон поняття "здоров'я" — від абсолютного здоров'я до граничних із хворобою станів [3; 5].

Здоровий спосіб життя можна охарактеризувати, як активну діяльність людей, що направлена передусім, на збереження та покращення здоров'я. При цьому необхідно врахувати, що здоровий спосіб життя людини та сім'ї не складається сам по собі в залежності від обставин, а формується протягом життя цілеспрямовано та постійно.

Встановлено, що цілісний погляд на здоров'я сьогодні представлений у вигляді трьохкомпонентної пірамідальної моделі, яка виражається триєдністю таких складових як фізична, психічна та духовна. Головний принцип ієрархічності цієї системи означає, що "все пов'язане з усім та все має відображення у всьому".

Якщо розглядати спосіб життя студентів із гігієнічної точки зору, то можна виявити ряд дефектів, що призводять до погіршення стану здоров'я. Передусім це шкідливі звички, гіподинамія, порушення режиму харчування, недотримання режиму дня і відпочинку, несприятливі умови проживання в гуртожитку, орендованих квартирах, підвищене навчальне навантаження, психоемоційне напруження [4].

Викликає побоювання те, що студенти не надають значення впливу харчування на стан їхнього здоров'я. Проте, доведений той факт, що споживання гарячої їжі тільки один раз на день негативно впливає на здоров'я підлітків, а також низька якість харчування, економія на продуктах, неминуча при невисоких доходах. Тому відсутність сніданку і нерегулярність обідів, обмеження в харчуванні через відсутність бажання, нестачу часу і відсутність грошей – можна віднести до причин розвитку захворювань органів травлення.

Стан здоров'я сучасних підлітків багато в чому залежить від поведінкових факторів ризику. Найбільш небезпечними чинниками для здоров'я європейських підлітків віком 12–15 років вважають куріння, вживання алкогольних напоїв, стрес, зловживання лікарськими засобами. За результатами досліджень ЮНІСЕФ, третина українських учнів віком 11–17 років мають досвід куріння цигарок, кожен другий учень професійно-технічного навчального закладу курить щодня, кожен дев'ятий підліток хоча б раз у житті вживав марихуану.

За останні 4 роки чисельність учнів, котрі вживають алкоголь, залишається незмінною: кожен сьомий серед 11-річних і 76 % серед 17-річних мають досвід вживання будь-якого спиртного напою. При цьому, кожен четвертий підліток віком від 13 до 17 років раз на місяць вживає міцні алкогольні напої, 20 % підлітків принаймні раз у житті напивалися (6 % серед 10-річних і 61 % – 17-річних) [9].

Сучасні умови життя висувають нові вимоги до здоров'я та інтелектуальних можливостей молоді. Майбутні фахівці повинні володіти високою професійною кваліфікацією, бути здоровими, фізично витривалими, мати високу працездатність. Студенти – особлива виробничо-професійна група певного віку зі специфічними умовами праці та життя. В студентів у 18 років ще повністю не завершився фізичний розвиток, збільшення маси тіла і м'язової сили у більшості студентів завершується до 19–20 років.

Багато студентів живуть у гуртожитку окремо від сім'ї, що повністю змінює їх стереотип життя. Згідно з дослідженнями фахівців ВООЗ, здоров'я населення зумовлено в 18–22 % станом навколишнього середовища, в 20 % генетичними факторами, більше ніж у 50 % умовами і способом життя і лише в 8–10 % зі станом служби охорони здоров'я [1].

Отже, можна з упевненістю стверджувати, що здоровий спосіб життя – це надійніший засіб збереження і зміцнення здоров'я. Будучи зумовленим соціально-економічними умовами, спосіб життя залежить від мотивів

діяльності конкретної людини, особливостей її психіки, стану здоров'я і функціональних можливостей організму. Цим і пояснюється реальне різноманіття варіантів способу життя різних людей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Даценко І. І. Гігієна дітей і підлітків : підручник. Дopusчено МОЗ / І. І. Даценко, М. Б. Шегедин, Ю. І. Шашков. – К., 2006. – С. 163–165.
2. Конституція України Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.
3. Мягких В. Б. Соціальне здоров'я молоді в умовах сучасного українського суспільства: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. соц. наук: спеціальність 22.00.04 “Спеціальні та галузеві соціології” / Вероніка Борисівна Мягких. – Харків, 2007.– 23 с.
4. Свириденко С. О. Шляхи формування свідомого ставлення до власного здоров'я старшокласників інтернатних закладів / О.С. Свириденко Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: Збірник наукових праць. – Вип. 16, книга 3. – Кам'янець-Подільський: Видавець ПП Зволейко Д.Г., 2012. – С. 164-172.
5. Стратегічні пріоритети молодіжної політики: освіта, зайнятість, житло : доповідь Президентіві України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні. – К., 2014. – С. 31–34.
6. Україна у цифрах у 2012 році: статистичний збірник / За редакцією О.Г.Осауленка. – Київ: Державна служба статистики України, 2013. – 249 с
7. Richter I. Kontinuierlichem enardier- Beobachtungen einergeschlossr enen Population / I. Richter // Arztl. Jugendkde. – 1990. – Bd-81.
8. file:///C:/Users/%D0%A1%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%B0/Downloads/8480-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82% D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-31459-1-10-20180131.pdf
9. Korrespondent.net/ukraine/3520769-v-ukraini-koz... av-narkotyky-yunisef

Марія Мельниченко

АКТУАЛЬНІСТЬ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНОМУ СВІТІ

Здоров'я – це перша і найважливіша потреба людини, яка визначає його здібність до праці і забезпечує гармонійний розвиток особистості. Воно є найважливішою передумовою до пізнання оточуючого світу, до самоутвердження та щастя людини.

Здоров'я загалом відображає якість пристосування організму до умов зовнішнього середовища, становить процес взаємодії людини та середовища існування; сам стан здоров'я формується у результаті взаємодії зовнішніх (природних, соціальних) та внутрішніх (спадковість, стать, вік) факторів.

Не менш важливим у комплексній характеристиці здоров'я є чинники, що впливають на процес його формування. Узагальнені підсумки багатьох досліджень щодо здоров'я людини переконують, що воно залежить від багатьох чинників, зокрема таких як:

- соціально-економічні та екологічні умови (20%);
- стан системи охорони здоров'я (10%);
- спадковість (20%);
- умови та спосіб життя (50%).

Забруднення навколишнього середовища, небезпечні захворювання та шкідливі звички є однією з найважливіших проблем здоров'я в сучасному світі. Негативний вплив цих факторів на здоров'я людей є безперечним, тому що вони можуть призвести до різних захворювань та вплинути не лише на якість, але й на тривалість життя. Забруднення навколишнього середовища є серйозною загрозою для здоров'я людей. Забруднення повітря, води та ґрунту можуть призвести до різних захворювань, включаючи серцево-судинні та дихальні захворювання, рак та інші хронічні захворювання. Забруднення може також впливати на розвиток дітей, особливо під час періоду вагітності, що може мати важливі наслідки для здоров'я дитини.

Шкідливі звички, такі як алкоголізм та куріння, є дуже серйозною проблемою здоров'я в сучасному світі. Куріння є головною причиною різних

захворювань, таких як рак легенів, серцево-судинні захворювання та хронічні обструктивні захворювання легень. Алкоголь може призвести до різних захворювань, включаючи рак, серцево-судинні захворювання та цироз печінки.

Небезпечні захворювання, такі як рак та серцево-судинні захворювання, є серйозними загрозами для здоров'я в сучасному світі. Рак є другою за частотою причиною смерті в світі та може виникнути з різних причин, таких як забруднення навколишнього середовища та шкідливі звички. Серцево-судинні захворювання також є серйозною проблемою здоров'я, яка є головною причиною смерті у світі. Вони можуть виникати з різних причин, включаючи шкідливі звички, нездорове харчування, відсутність фізичної активності та інші фактори. Іноді серцево-судинні захворювання можуть бути спадковими, але в більшості випадків вони пов'язані зі стилем життя та оточуючим середовищем.

Навіть короткочасна взаємодія зі шкідливими факторами може мати серйозний вплив на здоров'я людини. Наприклад, довідники зазначають, що куріння однієї сигарети може зменшити тривалість життя на 11 хвилин. Крім того, наслідки забруднення навколишнього середовища можуть мати далекосяжні наслідки, які можуть стати помітними лише через роки, а то і десятиліття.

На щастя, існують різні способи, які можуть допомогти у попередженні або зменшенні наслідків цих факторів на здоров'я. Наприклад, зменшення використання автомобілів та вибір загального транспорту зменшує кількість викидів в атмосферу, що може зменшити кількість ризиків забруднення повітря.

Зменшення споживання алкоголю та куріння можуть значно зменшити ризик розвитку відповідних захворювань. Навіть звичайні речі, такі як правильне харчування та регулярна фізична активність, можуть допомогти у збереженні здоров'я.

Також необхідно звернути увагу на глобальні наслідки забруднення навколишнього середовища та прийняти дії на міжнародному рівні для зменшення впливу на навколишнє середовище. Наприклад, прийняття

відповідних законодавчих актів та співпраця між країнами можуть допомогти у зменшенні викидів шкідливих речовин в атмосферу, що може позитивно вплинути на здоров'я людей та екосистему в цілому.

Шкідливі звички та забруднення навколишнього середовища можуть мати серйозний вплив на здоров'я, тому важливо звернути увагу на ці проблеми та забезпечити необхідні заходи для їх запобігання. При цьому важливо пам'ятати, що здоровий спосіб життя та здорові звички повинні бути невід'ємною частиною нашого життя, а не тимчасовим заходом для запобігання захворювань.

Крім того, необхідно звернути увагу на особливості дітей та літніх людей, які можуть бути особливо вразливими до впливу забруднення навколишнього середовища та шкідливих звичок. При цьому необхідно забезпечувати належну медичну допомогу та перевірку здоров'я для цієї категорії населення.

Отже, забруднення навколишнього середовища та шкідливі звички можуть мати серйозний вплив на здоров'я людей. Необхідно приймати належні заходи для запобігання цим проблемам, забезпечувати чисте навколишнє середовище, дотримуватись здорових звичок та приймати міжнародне співробітництво для зменшення впливу забруднення навколишнього середовища на здоров'я людей.

Здоров'я є ключовим фактором успіху в особистому та професійному житті. Здорові люди мають більше енергії, краще впораються зі стресом, мають кращий імунітет та менше схильні до захворювань. Це дозволяє їм бути більш продуктивними та успішними у своїй роботі.

Найбільш очевидним ефектом здорового способу життя є покращення фізичного стану та здоров'я. Регулярна фізична активність, здорове харчування та відмова від шкідливих звичок, таких як куріння та алкоголь, можуть позитивно вплинути на здоров'я серцево-судинної системи, зменшити ризик розвитку діабету та інших захворювань.

Здоровий спосіб життя може мати позитивний вплив на соціальні аспекти життя, такі як стосунки з близькими та іншими людьми в суспільстві. Здорові люди частіше мають більш стійкі та гармонійні стосунки, оскільки вони мають більше енергії та здатності до спілкування та взаємодії з іншими людьми. Також здорові люди зазвичай є більш соціально активними, що дозволяє їм знаходити нові можливості та розширювати свої соціальні контакти.

Проте, необхідно розуміти, що здоров'я - це більше, ніж тільки відсутність хвороб. Здоровий спосіб життя також включає піклування про нашу психологічну та емоційну стійкість. Ми повинні дбати про своє ментальне здоров'я та забезпечити собі достатній рівень відпочинку та релаксації, щоб бути успішними та задоволеними у своєму житті.

Існує багато методів та стратегій, які можна використовувати для підтримки та покращення здоров'я. Ось кілька з них:

1. **Здорова дієта:** правильне харчування є ключовим елементом здорового способу життя. Для досягнення здорового стану рекомендується розбити денний раціон на кілька прийомів їжі та споживати різноманітні продукти, зокрема фрукти та овочі, повноцінні білки, здорові жири та складні вуглеводи. Також потрібно уникати шкідливих продуктів, вживати достатню кількість вітамінів та мінералів. Дотримання рівноваги між цими елементами є важливим для забезпечення правильного харчування.

2. **Регулярна фізична активність:** щоденна фізична активність допомагає зберігати здоров'я, знижувати ризик розвитку серцево-судинних захворювань, ожиріння та інших захворювань. Рекомендовано проводити щонайменше 30 хвилин на день на мірному рівні інтенсивності.

3. **Відмова від шкідливих звичок:** куріння та вживання алкоголю може мати негативний вплив на здоров'я та збільшувати ризик захворювань. Прийняття рішення про відмову від цих звичок допомагає покращити здоров'я та знизити ризик виникнення небезпечних захворювань.

4. Достатній сон: якісний та достатній сон важливий для збереження здоров'я. Нормальний режим сну допомагає покращувати роботу імунної системи та знижувати ризик виникнення захворювань.

5. Психологічне благополуччя: дбайте про своє психологічне здоров'я. Це означає уникнення стресу, займання релаксаційними практиками, такими як йога або медитація.

6. Відвідування лікаря: регулярні візити до лікаря для профілактики та лікування захворювань можуть зберегти ваше здоров'я та підтримати його на високому рівні. Для здорових людей рекомендується проходити медичний огляд раз на рік, а для людей з певними захворюваннями частіше.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Мухамед'яров Н. Н. Формування здорового способу життя: теоретичний аспект / Н. Н. Мухамед'яров // Вісник Харківської державної академії культури. – 2013. – Вип. 39. – С. 249–256.

2. Єжова О. Здоровий спосіб життя. Навчальний посібник. Суми : Університетська книга, 2017. 127 с.

3. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА ЗАГРОЗИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Галина Звір, Ганна Різун, Марія Лазорко
**НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ COVID-19 У СТУДЕНТСЬКОЇ
МОЛОДІ**

Ускладнення з боку дихальної системи у хворих COVID-19 є найчастішим проявом захворювання, проте упродовж пандемії коронавірусної інфекції нагромаджено чимало даних щодо ураження центральної та периферичної нервової системи. Головний біль, втрата нюху і смаку, порушення концентрації уваги, депресія і навіть психологічні розлади можуть зберігатися протягом місяців після одужання навіть у молодих людей із легким початковим перебігом

захворювання. У статті подано результати опитування студентів щодо неврологічних порушень у постковідному періоді.

Коронавірусна інфекція, спричинена вірусом SARS-CoV-2, – серйозний виклик для системи охорони здоров'я багатьох країн через значне поширення, залучення великої кількості людей в епідемічний процес, тяжкість перебігу в певних групах пацієнтів, а також наявність залишкових проявів упродовж тривалого часу [1, 5]. Згідно з нагромадженими даними, SARS-CoV-2 може уражати в організмі кожен орган, призводячи до гострих ушкоджень та довгострокових наслідків, прояви яких фіксують все частіше навіть серед людей з легким перебігом захворювання [4, 233–238]. Деякі симптоми зникають швидше (протягом двох-чотирьох тижнів), наприклад, гарячка, озноб, втрата/спотворення нюху/смаку, тоді як втома, задишка, дискомфорт у грудях, нейрокогнітивні та психологічні порушення можуть тривати місяцями (до півроку чи й більше). Тривалість відновлення може залежати від індивідуальних особливостей пацієнта, його преморбідного стану, наявності супутньої патології (серцево-судинні та респіраторні захворювання, метаболічні порушення, ниркова, печінкова недостатність), а також від ступеня тяжкості захворювання та спектру симптомів [1, 5].

Крім системних та респіраторних симптомів, майже у третини пацієнтів з COVID-19 розвиваються неврологічні симптоми, включаючи головний біль, порушення свідомості та парестезії. Проведене у Великій Британії дослідження госпіталізованих пацієнтів виявило найбільш поширені неврологічні стани: аносмію (втрату нюху), інсульт, нездатність зосередити увагу, запалення головного мозку, енцефалопатію, первинні психічні синдроми тощо [9, 267].

У міру накопичення даних клінічних та лабораторних досліджень стає очевидним, що вірус SARS-CoV-2 здатний індукувати як пряме, так і опосередковане ураження центральної нервової системи. SARS-CoV-2 може порушувати гематоенцефалічний бар'єр, проникати в мозок, зумовлюючи появу неврологічних симптомів, тяжке системне запалення, нейрозапалення,

мікросудинний тромбоз, нейродегенерацію та навіть виникнення енцефаліту. Пошкодження нервової системи при коронавірусній інфекції може бути опосередковане імунною системою (SARS-CoV-2 може використовувати клітини імунної системи (макрофаги) для поширення в організмі та проникнення крізь гематоенцефалічний бар'єр). Неврологічні та психічні симптоми у хворих може посилювати також цитокиновий шторм [2, 1312; 3, 2798; 6, 639–640].

Здатність вірусу SARS-CoV-2 уражати клітини нервової системи несе у собі потенційні ризики довгострокових неврологічних ускладнень. Постковідний синдром (тривалий, хронічний COVID, long COVID) – термін, що характеризує порушення функцій не тільки легень внаслідок легеневого інтерстиціального фіброзу, але й зачіпає всі рівні нервової системи, може серйозно впливати на якість життя [5, 608–609; 10, 1011–1012]. Пошкодження нейронів, спричинене вірусом SARS-CoV-2, може бути також тригером хронічних дегенеративних захворювань нервової системи [8, 1889–1893]. Неврологічні симптоми, спричинені SARS-CoV-2, зазвичай поліморфні та пов'язані з ураженням ЦНС. Вони не залежать від тяжкості захворювання. У тих, хто хворів у легкій формі чи безсимптомно, можливий динамічний розвиток протягом кількох тижнів або місяців після одужання [9, 268]. Деякі з довготривалих неврологічних розладів можуть не проявлятися взагалі у гострій фазі інфекції [7, 2]. Найчастішими симптомами зазвичай є сильна втома з відчуттям дискомфорту після фізичних вправ, когнітивні порушення (зниження концентрації уваги, пам'яті, нестача слів), сенсорні (шум у вухах, запаморочення), головний біль, задишка, кашель, біль і стискування у грудях, серцебиття, порушення нюху та смаку, пітливість, порушення сну, дратівливість, занепокоєння та депресія.

Після COVID-19 виникає посттравматичний стресовий розлад, погіршується пам'ять, знижується швидкість мислення та реакцій, виникають труднощі з навчанням, виконанням звичайної роботи та повсякденних завдань,

з'являються розлади сну, безсоння. Про зв'язок між коронавірусною інфекцією та зниженням когнітивних здібностей у 2020 р. заговорили учені з Великої Британії, які виявили, що найскладнішими у постковідному періоді виявилися завдання, які вимагали планування і міркувань. На думку вчених, це пов'язано з так званим “мозковим туманом”, коли людині стає важко міркувати і концентрувати увагу [11].

Вірус ушкоджує структуру мозку, перевантажує нервову систему сигналами (від почуття печіння в грудях до сильної ломоти в тілі), через які пацієнту складно заснути. Токсична дія вірусу та продуктів його життєдіяльності на головний мозок зумовлює порушення добових ритмів організму (*сну-неспання*), що призводить до труднощів під час засинання, тривожності, пробудження серед ночі. Персистуючі симптоми можуть впливати на функціональну здатність і соціалізацію. Тому повернутися до звичного активного життя багатьом людям вдається не одразу [1, 6].

Метою роботи було дослідження частоти виникнення неврологічних порушень серед студентської молоді міста Львова віком 19–21 рік, які перехворіли COVID-19 у 2020–2021 р. р. В опитуванні взяли участь 64 респонденти, 61 з яких перехворів на коронавірусну інфекцію у легкій (51,8 %) чи середньої важкості (48,2 %) формі. Діагноз лабораторно підтверджено у 67,2 % методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) або імуноферментним методом (ІФА). Решта респондентів вважають, що перехворіли COVID-19, оскільки під час хвороби втрачали нюх і/або смак, хоча результат ПЛР був негативним. Приблизно у половини опитаних коронавірусна інфекція протікала з вираженими респіраторними проявами: тривалим кашлем, болем у горлі, ломотою у тілі, підвищенням температури, болями у грудній клітці, ознобом, підвищеною пітливістю тощо. Неврологічні порушення переважали над іншими симптомами і проявлялися головним болем (82 %), втратою чи спотворенням нюху (59 %), втратою/спотворенням смаку (55,7%), дратівливістю (50,8 %), апатією (44,3 %), запамороченням (29,5 %),

порушенням сну (44,3 %), тривожністю, посиленням страху (36 %), емоційною нестабільністю (36 %). Відчуття втоми навіть після відпочинку відчували під час хвороби 65,6 %, проблеми з концентрацією пам'яті та уваги – 45,9 %, погіршення симптомів після розумової чи фізичної діяльності – 32,8 % тощо. Когнітивні порушення в опитаних студентів, на нашу думку, спричинені патологічною дією вірусу SARS-CoV-2 і не пов'язані з медикаментозним втручанням, оскільки, за словами респондентів, лікування у більшості випадків включало жарознижувальні, протівірусні препарати, вітаміни, рідше – антибіотики. Скарг на порушення з боку гормональної системи, хронічних чи інших інфекційних захворювань до початку коронавірусної інфекції в опитаних не було.

Неврологічні порушення не зникали або, навпаки, виникали через деякий час після одужання у 15–40 % респондентів. Характерно, що більшість фіксували у себе більше ніж один симптом. У частини опитаних (15-20 %) зберігалися дратівливість, тривожність, емоційна нестабільність, запаморочення, порушення сну. Тривалість неврологічних порушень була різною: у більшості від 1–2 тижнів до 2–3 місяців, проте симптоматика деяких постковідних неврологічних симптомів зберігалася понад 12 тижнів (тривалий ковід). Симптоми ураження периферичної нервової системи, такі як порушення/втрата смаку, нюху, у більшості спостерігалися довше ніж три місяці (6 і 8 опитаних відповідно); погіршення зору і слуху понад півроку тривало у двох респондентів. Студенти скаржилися на труднощі з концентрацією уваги, апатію, втрату інтересу до звичних справ, важкість у сприйманні та відтворенні інформації. Крім того, деякі симптоми, наприклад, надмірна втома після фізичної та розумової активності, тільки посилювалися з плином часу. Постковідними наслідками, які впливали на розумову та фізичну активність, були головний біль (36 % опитаних, з них у третини – понад 12 тижнів), відчуття втоми навіть після відпочинку (36,9 %, з них понад 12 тижнів – у 33 % опитаних), проблеми з концентрацією уваги та пам'яті (16,4 %, з них у

69 % – понад 12 тижнів), погіршення симптомів після розумової чи фізичної діяльності (14,8 %, з них понад 12 тижнів – у 44 %). У декількох респондентів неврологічні симптоми тривали більше року.

Таким чином, постковідні неврологічні симптоми у молодих негоспіталізованих людей, які перехворіли COVID-19 у легкій чи середнього ступеню важкості формі, призвели до зниження якості життя, погіршення працездатності, що може негативно позначатися на розумовій діяльності, а отже, і на показниках успішності. Порушення сну, відчуття хронічної втоми навіть після відпочинку утруднюють запам'ятовування та відтворення інформації, що робить неврологічну реабілітацію осіб з постковідним синдромом актуальним завданням і створює необхідність врахування наслідків COVID-19 у молодих людей під час організації навчального процесу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дуда О. К., Манжелєєва І. В., Вега А. Р. Постковідний синдром – нова актуальна проблема сучасної медицини. Інфекційні хвороби. 2020. № 4(102). С. 5–11.
2. Abassi Z., Knaney Y., Karram T., Heyman S. N. The lung macrophage in SARS-CoV-2 infection: a friend or a foe? *Front Immunol.* 2020. Vol. 5(11). P. 1312.
3. Barrantes F. J. Central nervous system targets and routes for SARS-CoV-2: current views and new hypotheses. *ACS Chem Neurosci.* 2020. Vol. 11(18). P. 2793–2803.
4. Bourgonje A. R., Abdulle A. E., Timens W. et al. Angiotensin converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease. *J Pathol.* 2020. Vol. 251(3). P. 228–248.
5. Nalbandian A., Sehgal K., Gupta A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021. Vol. 27(4). P. 601–615.
6. Pezzini A., Padovani A. Lifting the mask on neurological manifestations of COVID-19. *Nat Rev Neurol.* 2020. Vol. 16(11). P. 636–644.

7. Salmon-Ceron D., Slama D., De Broucker T. et al. Clinical, virological and imaging profile in patients with prolonged forms of COVID-19: a cross-sectional study. *J Infect.* 2021. Vol. 82(2). e1–e4.
8. Singal C. M., Jaiswal P., Seth P. SARS-CoV-2, more than a respiratory virus: its potential role in neuropathogenesis. *ACS Chem Neurosci.* 2020. Vol. 11(13). P. 1887–1899.
9. Spudich S., Nath A. Nervous system consequences of COVID-19. *Science.* 2022. Vol. 375 (6578). P. 267–269.
10. Tian S., Xiong Y., Liu H., et al. Pathological study of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) through postmortem core biopsies. *Mod Pathol.* 2020. Vol. 33(6). P. 1007–1014.
11. COVID-19 знижує когнітивні здібності сильніше, ніж інсульт. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-world/3286665-covid19-znizue-kognitivni-zdibnosti-silnise-niz-insult.html>.

*Kseniia Voroniuk, Larysa Sydorhuk, Oleksandr Hinhuliak,
Alina Sokolenko, Yuliia Repchuk, Marianna Semianiv*

**THE RELATIONSHIP BETWEEN ALTERATIONS IN HYPERTROPHIC
GEOMETRIC MODELS OF THE LEFT VENTRICLE AND CLINICAL,
ANTHROPOMETRIC, METABOLIC-HORMONAL FACTORS, AND
MINERAL METABOLISM MARKERS**

Left ventricular hypertrophy (LVH) is an adverse prognostic marker for the development of fatal cardiovascular events, including in patients with arterial hypertension (AH).

In some clinical and experimental studies, a relationship between LVH, interstitial myocardial fibrosis, and parathyroid hormone (PTH) has been demonstrated. It has been found that PTH is associated with interstitial myocardial fibrosis in patients with primary hyperparathyroidism, end-stage renal disease with secondary hyperparathyroidism, and AH. The relationship between PTH and LVH has been shown not only in the disease state, but also for the general population and elderly people [1,2,3,4].

Vitamin D may play an important role in reducing LVH through modulation of the renin-angiotensin system (RAS). RAS plays a key role in regulating the volume and homeostasis of arterial pressure, and excessive RAS activation is a major pathogenic factor in hypertension, cardiac hypertrophy, and atherosclerosis [5].

Concentric LVH (CLVH) is most commonly seen in patients with AH and is associated with a 30% increased risk of cardiovascular events (CVD) [6]. However, some researchers have found myocardial hypertrophy of the interventricular septum in individuals with borderline hypertension, in the absence of chronic volume and pressure overload. Eccentric or dilated LVH (dLVH), the second most common form after AH, is associated with a decrease in myocardial contractile function and a 15% increase in CVD [7,8]. On the other hand, the risk of cardiovascular complications (CVC) for isolated increase in relative wall thickness of the LV (concentric remodeling – CR LV) is unclear.

Material and methods. The case-control study involved 100 patients with EAH stage II, 1-3 degrees of blood pressure (BP), high and very high cardiovascular risk. Among the patients there were 21% (21) men, 79% (79) women. The mean age of patients was 59.86 ± 6.22 y.o. The control group consisted of 60 almost healthy individuals, relevant in age (49.13 ± 6.28 y.o.) and gender distribution (63% - women, 37% - men). The lipid panel parameters, such as: TC (Total cholesterol), TG (Triglycerides), LDL-C (Low-density lipoprotein cholesterol), HDL-C (High-density lipoprotein cholesterol) were investigated in blood plasma. All recruited subjects were tested for serum levels of fasting glucose, ionized calcium, parathyroid (PTH) hormone, 25-hydroxyvitamin D (Vit D). Left ventricular hypertrophy (LVH) and LVH models were assessed by echocardiography. Conducted clinical and anthropometric examination methods.

Laboratory and clinical data collection

All recruited patients were observed by general physicians, cardiologists and underwent a complex of basic clinical examinations: clinical anamnesis recording, anthropometric parameters, body mass index (BMI, kg/m²), complete blood count,

total cholesterol level, low / high density level cholesterol (LDL-, HDL-C), serum uric acid, office SBP, DBP and heart rate (HR) measurement, ECG in 12 leads, EchoCG, kidneys' ultrasound examination and Daily Holter BP monitoring in undetermined conditions according to Ukrainian standards (2019) and European recommendations ESC/ESH (2018, 2021).

All patients and healthy subjects were tested for serum level of ionized calcium (Ca²⁺) (potentiometry, "SINNOWA", China), parathyroid hormone (PTH) and 25-hydroxyvitamin D (Vit D) (immune luminescent test "MAGLUMI", "SNIB", China).

Left Ventricular Hypertrophy Patterns

The LVH was estimated using the established ECG criteria: Sokolow-Lyon index and Cornell scoring system.

The transthoracic echocardiography (Echo-CG) in M- and B-modes was utilized to confirm the LVH and the structural and functional myocardium state analysis, including the LV geometry. The standard linear Echo-CG indicators were measured by Ultrasonography complex "ACCUVIX A30" (Samsung Medison, South Korea). The LV mass (LVM) was calculated according to the Penn Convention. LVM index (LVMI) was assessed by LVM / body surface area ratio (g/m²). LVMI cut off values of echocardiographic LVH diagnostic criteria were >115 g/m² for men and >95 g/m² for women (ESC/ESH, 2018). According to LVMI and LV relative wall thickness (RWT) the following geometric models of LV were identified (ESC/ESH, 2009): normal geometry of LV (NGLV), concentric remodeling of LV (CRLV), eccentric LVH (ELVH), concentric LVH (CLVH).

Study design and patients

The study was conducted in full compliance with the main ethical principles of the European Convention on Human Rights and Biomedicine, according to the standards of the Helsinki Declaration, GLP and GCP, EUC directive #609 and other EU and international legislations on bioethics. Each participant signed a consent form to participate in the study. The Research is defined as prospective, cohort, case-control study.

Diagnosis. Inclusion / Exclusion criteria.

Hypertension was defined according to European Societies of Hypertension and Cardiology (ESH/ESC) recommendations: office systolic BP (SBP) values ≥ 140 mmHg and/or diastolic BP (DBP) values ≥ 90 mmHg at least for three measurements during a month [10, 11].

The study enrolled EAH patients with hypertensive-mediated organ damage (HMOD) estimated according to European Societies of Hypertension and Cardiology recommendations (ESH/ESC 2018, 2021) [10, 11]: target-organs damage – 2nd stage (asymptomatic EAH), moderate-high-very high cardio-vascular risk (CVR), from the 1st through to the 3rd grade of BP elevation.

Exclusion criteria were presented in our former publications: EAH patients with complicated /symptomatic HMOD (coronary heart disease, heart attack, stroke, heart failure, aneurysm, chronic kidney diseases, thickened, narrowed or torn blood vessels in the eyes, carotid arteries intima-media thickness enlargement, peripheral artery disease, etc); secondary arterial hypertension; malignant or uncontrolled arterial hypertension; diabetes mellitus type I (DM 1), sub- and decompensated diabetes mellitus (DM) type 2 (with diabetic target-organ damage); sub- and decompensated liver diseases; bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease of III-IV stage with C or D risk value (GOLD 2019); exacerbated infectious diseases or during unstable remission of any location, including systemic immune system diseases; severe dementia; psychological/psychiatric disorders/diseases; malignancies of any location; multiple organ failure; use of oral corticosteroids or contraceptives; pregnancy or lactation.

Results.

The frequency of complaints of general weakness, fatigue, as well as shortness of breath and pain in the heart area did not differ significantly between groups. However, relatively frequent ECG signs of myocardial conduction disturbance and cardiac arrhythmias (predominantly monophasic, solitary, rare, monomorphic extrasystoles - supraventricular, ventricular, occasionally parasystoles,

supraventricular tachycardia, etc.) were found in individuals with ELVH compared to those with CLVH by 25.76% ($c^2=3.92$; $p=0.048$). Among cerebrovascular symptoms in patients with EAH with ELVH, headache was more often registered by 23.02% ($p=0.05$) and sleep disturbances by 30.79% ($c^2=5.46$; $p=0.019$).

The frequency of anxiety symptoms for complaints of stress, inner trembling, feeling of fear, danger, or appearance of restless/anxious thoughts and/or panic attacks did not differ between groups depending on LVH models. However, signs of depression dominated in patients with EAH with ELVH due to a decrease in positive thoughts or a decrease in a sense of optimism, something "joyful" or "positive" by 34.60% ($c^2=6.69$; $p=0.01$).

In addition, individuals with ELVH predominated among those with a high and very high risk of fatal cardiovascular events in the next 10 years according to the SCORE scale (>5.0 uo) compared to those with EAH and CLVH by 27.29% ($c^2=4.01$; $p=0.045$). No significant differences were found in the frequency of peripheral edema, complaints from the gastrointestinal tract, changes in organ vision, and neurological symptoms between observation groups.

It was established that the SBP and DBP levels in patients with ELVH were higher than those of patients with CLVH by 3.95% ($p=0.04$) and 3.29% ($p=0.05$). Similarly, anthropometric indicators such as BMI by 7.80% ($p=0.051$) and WC, but only in women – by 7.40% ($p=0.048$). Biochemical parameters did not differ statistically significantly between groups.

When analyzing the parameters of the lipid profile and blood glucose level in patients, depending on the geometric model of the LV, no significant differences were established. The glucose level and CA index in patients probably exceeded those in the control group. HDL cholesterol regardless of gender, on the contrary, was lower than in the control group, especially according to CLVH.

Regarding the hormonal and metabolic indicators of the regulation of mineral metabolism depending on the hypertrophic geometric models of the left ventricle, in patients with EAH with ELVH, a lower level of ionized Ca^{2+} blood was found than

with CLVH by 2.54% ($p=0.021$) with a compensatory higher level of parathyroid hormone by 23.86% ($p=0.047$)

Conclusions. Lipid profile, blood glucose and Vit D concentration do not determine the development of any type of the LVH. ELVH is associated with lower level of Ca^{2+} and consequently elevated level of PTH. The formation of ELVH in patients with EAH is accompanied by a higher level of blood pressure than according to CLVH, and is also associated with higher BMI and WC.

REFERENCES:

1. Samir NA, Aliaa E-A, Eman M. El-Sharkawy. Parathormone (PTH) is strongly related to left ventricular mass index (LVMI) in hypertensives, obese, and normal control. Alexandria Journal of Medicine.2018; 54 (4):303-306. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.10.002>.
2. Helvacı A, Çopur B, M. Adaş M. Correlation between left ventricular mass index and calcium metabolism in patients with essential hypertension. Balkan Med J. 2013; 30:85-89. DOI: 10.5152/balkanmedj.2012.097.
3. Laflamme M-H, Mahjoub H, Mahmut A, et al. Parathyroid hormone is associated with the LV mass after aortic valve replacement. Heart. 2014; 100:1859-1864. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2014-305837>.
4. Chang WT, Wu CH, Hsu LW, et al. Serum vitamin D, intact parathyroid hormone, and Fetuin A concentrations were associated with geriatric sarcopenia and cardiac hypertrophy. Sci Rep. 2017; 40996-41003. DOI: 10.1038/srep40996.
5. Covic A, Voroneanu L, Goldsmith D. The Effects of Vitamin D Therapy on Left Ventricular Structure and Function – Are These the Underlying Explanations for Improved CKD Patient Survival? Nephron Clin Pract 2010;116:187–195. <https://doi.org/10.1159/000317198>
6. Stewart MH, Lavie CJ, Shah S, et al. Prognostic implications of left ventricular hypertrophy. Prog Cardiovasc Dis. 2018;61(5-6):446-55 . <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.11.002>.

7. Shipilova T, Pshenichnikov I, Kaik J. et al. Echocardiographic assessment of the different left ventricular geometric patterns in middle-aged men and women in Tallinn. *Blood Press*. 2003;12:284-290.

8. Voroniuk K, Sydoruk L, Dzhuryak V, et al. Angiotensinogen (AGT RS4762) and guanine nucleotide-binding protein beta-3 (GNB3 RS5443) genes predict left ventricular hypertrophy in hypertensive patients. *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*. 2023; Vol 30 (1). In press.

Oleksandr Hinhuliak

THE CLINICAL USEFULNESS OF MEASURING CERTAIN BIOMARKERS IN PATIENTS WITH SUBCLINICAL SYMPTOMS OF ATHEROSCLEROSIS

The proposed definition of clinical conditions in cardiology, which can serve as a manifestation of subclinical atherosclerosis, including asymptomatic patients at risk for coronary heart disease (CHD), atypical course, changing the development of acute coronary syndrome, long preclinical period against the background of confirmed coronary atherosclerosis cause a changes in diagnostic and treatment strategy according to the latest European guidelines.

The study of biomarkers in the development of atherosclerosis, the spread of components of ischemia, destabilization of coronary heart disease is extremely relevant in view of the search for the latest ways of influencing the treatment of such a complex diagnostic and treatment plan of the contingent patients as patients with coronary heart disease.

In recent years, the role of nonspecific markers of inflammation, including PSA, neopterin, selectins (E- and P-), tumor necrosis factor- α , interleukins, molecules of intercellular adhesion-(sICAM-1), vascular endothelium adhesion molecules 1 type (sVCAM-1) [7,8,11,12].

In recent years, research on Pregnancy-Associated Protein-A has attracted interest plasma (Pregnancy-associated plasma protein-A -PAPP-A), especially in correlation with C-reactive protein (CRP) [4,5].

Material and methods.

67 patients divided into two groups were examined with clinical manifestations of subclinical atherosclerosis and an atypical clinic in conditions of differential diagnostics in the distribution of vegetative-vascular dystonia(VSD), coronary syndrome X, stable angina pectoris (SS) of I-II functional classes(PC) with assessment of biomarker levels (PAPP-A and PSA) with clinical and functional examination of all patients (ECG, echocardiogram, treadmill test, blood tests, including immunoenzymatic).

Study design and patients

The study was conducted in full compliance with the main ethical principles of the European Convention on Human Rights and Biomedicine, according to the standards of the Helsinki Declaration, GLP and GCP, EUC directive #609 and other EU and international legislations on bioethics. The Research Protocol was approved by the Ethics' Committee of the Bukovinian State Medical University. Each participant signed a consent form to participate in the study. The Research is defined as prospective, cohort, case-control study.

Results.

In 67 examined patients with content assessment biomarkers (PAPP-A and PSA) in the distribution of diagnoses revealed in 47.76% of cases of VSD and in 52.24% - SS III FC. In the distribution of the prescribed therapy in group 1 included 55.38% of patients who received Atorvastatin, group 2 included 44.62% of patients who received a combination of metabolic agents (Trimetazidine and Magne-B6).

Distribution criteria therapy and patients in groups 1 and 2 were used to study the total CMI indicator during duplex extracranial ultrasound scanning of the general, external and internal carotid arteries on the right and on the left (6 measurements, average value) with the objectification of subclinical atherosclerosis and the treadmill test.

In the general group (n=67), the initial mean PAPP-A indicator was 4.12 ± 0.08 mIU/l, the initial the average PSA was 12.47 ± 0.95 mg/l, which later served as a limit

in the presented distribution. In the conditions of the treatment (n=23), the marginal distribution was for PAPP-A 4.48 ± 0.05 mIU/l, for SRP - 17.11 ± 1.34 mg/l, which made it possible to form groups of different answers in including treatment. All patients are divided depending on the levels of biomarkers (PAPP-A) in the distribution on general group (total, n=67) – all patients included in the primary blood sampling to determine the indicator in the distribution of the average PAPP-A value for of this group ($<4.12 \geq$ mIU/l), in a different distribution considered the level of the PAPP-A biomarker in groups to and after treatment (drug, n=23) according to the average indicator of PAPP-A for this group ($<4.48 \geq$ mIU/l) and group of objectified manifestations of subclinical atherosclerosis (Atero, n=46) according to the average value of PAPP-A for this group ($<4.54 \geq$ mIU/l) against group with the absence of its manifestations (Norma, n=22) also according to the average value of PAPP-A for this groups ($<4.54 \geq$ mIU/l).

A comparison of the differences in the average calculated total indicator of the CIM shows about the following relations between the distribution of CIM and PARR-A and SRP.

Found reliable reduction of the total index of CIM in the general group (n=67) against the background of treatment and observation ($p < 0.05$) and for the distribution of PAPP-A ≥ 4.12 mIU/l as well to a significant decrease in CIM ($p < 0.002$), the initial increase in CIM in patients with distribution of PAPP-A ≥ 4.12 mIU/l ($p < 0.001$), which was preserved even against the background of treatment in the general group (n=67) in the distribution of the average value of CIM for PAPP-A on treatment ≥ 4.12 mIU/l ($p < 0.01$).

In the group of detected manifestations of subclinical atherosclerosis (n=46) in general, regardless of the mean value of PAPP-A ($<4.54 \geq$ mIU/l) reduction of CIM on treatment was significant ($p < 0.02$), as well as in the group reduced PAPP-A (<4.54 mIU/l, $p < 0.01$), but no in the group of increased PAPP-A (≥ 4.54 mIU/l), in which a decrease in the total CIM index was also registered, but it was not reliable ($p > 0.1$).

A similar comparison was made in distribution changes in SRP and the total CMI indicator when comparing the differences of the average calculated total CMI indicator during duplex extracranial ultrasound scanning (6 measurements averaged) according to the distribution of biomarker dynamics (SRP) of the general group (Zag, n=67) in the distribution of the average value ($<12.47 \geq$ mg/l), of the group before and after treatment (Lik, n=23, $< 17.11 \geq$ mg/l) and the confirmed group subclinical atherosclerosis (Atero, n=46, $<16.55 \geq$ mg/l) against the absence of its manifestations objectified by duplex extracranial scanning vessels, treadmill test.

A significant decrease in the total index of CIM was revealed in the general group (n=67) against the background of treatment and observation ($p < 0.02$) and with the distribution of SRP ≥ 12.47 mg/l to a significant decrease in CIM ($p < 0.005$).

The initial increase in CMI was determined, which subsequently significantly decreased in the group on treatment (n=23) for the distribution of SRP $< 17.11 \geq$ mg/l ($p < 0.02$), which also reliably corresponded to the decrease in CMI for PSA on treatment ≥ 12.47 mg/l ($p < 0.005$).

The initial increase in CMI was determined, which subsequently significantly decreased in the group on treatment (n=23) for the distribution of SRP $< 17.11 \geq$ mg/l ($p < 0.02$), which also reliably corresponded to the decrease in CMI for SRP on treatment ≥ 12.47 mg/l ($p < 0.005$).

Conclusions.

1. The CIM indicator decreased against the background of treatment and observation in the general group (n=67) ($p < 0.05$) and in the distribution of PAPP-A ≥ 4.12 mIU/l ($p < 0.002$), with a determined initial increase in CIM by of the distribution of PAPP-A ≥ 4.12 mIU/l ($p < 0.001$), which was preserved even on the background of treatment in the general group (n=67) in the distribution of the average value of CIM for PAPP-A on treatment ≥ 4.12 mIU/l ($p < 0.01$). In the group before/after treatment (n=23), there was a decrease in CIM against the background of treatment in the group in general ($p < 0.02$), with a tendency to decrease in CIM in the group of increased PAPP-A ≥ 4.48 mIU/l ($p > 0.05$) and reduced PAPP-A < 4.48 mIU/l ($p > 0.05$), and for

subclinical atherosclerosis (n=46) a reduction in CMI was registered during treatment in the group with reduced PAPP-A (<4.54 mIU/l, p<0.01), but not in the group of increased PAPP-A (\geq 4.54 mIU/l, p>0.1).

2. In our own research, a significant decrease in the total index of CMI was found depending on the PSA content in the general group (n=67) on fonication (p<0.02) and with the distribution of PSA \geq 12.47 mg/l a decrease in CIM was recorded (p<0.005). The initial increase in CMI, which subsequently significantly decreased in the treatment group (n=23) in the distribution of PSA <17.11 \geq mg/l (p<0.02), also reliably corresponded to the decrease in CMI for PSA by treatment in the PSA group \geq 12.47 mg/l (p<0.005), as well as in the atherosclerosis group for PSA (<16.55 \geq mg/l) with a decrease in the CIM indicator (p<0.05)

REFERENCES.

1. Abhashi S.A. Increased carotid intima-media thickness associated with high hs-CRP levels is a predictor of unstable coronary artery disease / S.A. Abhashi, F.U. Kryeziu, F.D. Nazreku // *Cardiovasc. J. Afr.*- 2013.- Vol. 24, N 7.- P. 270-273.

2. Assessment of serum leptin, pregnancy-associated plasma protein A and CRP levels as indicators of plaque vulnerability in patients with acute coronary syndrome / M. Lodh, B. Goswami, A. Parida [et al.] // *Cardiovasc J. Afr.*- 2012.- Vol. 23, N 6.- P. 330-335.

3. Biomarkers for early detection of risk in female patients with coronary artery disease: pilot study / S. Mahto, S.B. Sharma, S. Dwivedi, D. Puri, R.L. Tripathi // *J. Assoc. Physicians India.*- 2013.- Vol. 61, N 5.- P. 317-319.

4. Correlations between the level of high-sensitivity C-reactive protein and cardiovascular risk factors in Korean adults with cardiovascular disease or diabetes mellitus: the CALLISTO study / S.M. Seo, S.H. Baek, H.K. Jeon [et al.] // *J. Atheroscler. Thromb.*- 2013.- Vol. 20, N 7.- P. 616-622.].

5. C-reactive protein, fatal and nonfatal coronary artery disease, stroke, and peripheral artery disease in the prospective EPIC-Norfolk cohort study / D.F. van

Wijk, S.M. Boekholdt, N.J. Wareham [et al.] // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*-2013.- Vol. 33, N 12.- P.2888-2894.

6.Free radicals and endothelial dysfunction: potential positive effects of TNF- α inhibitors / G. Murdaca, F. Spano, P. Cagnati, F. Puppò // *Redox Rep.*-2013.- Vol. 18, N 3.- P.95-99.

7.Impact of telmisartan on the inflammatory state in patients with coronary atherosclerosis - influence on IP-10, TNF- α and MCP-1 / L. Klinghammer, K. Urschel, I. Cicha, P. Lewczuk // *Cytokine.*- 2013.- Vol.62, N 2.- H290-296.

8.Is serum pregnancy-associated plasma protein A really a potential marker of atherosclerotic carotid plaque stability? / P. Heider, N. Pfäffle, J. Pelisek [et al.] // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*- 2010.- Vol. 39, N6.- P. 668-675.

9. Pregnancy-associated plasma protein-A levels in individuals with and without coronary artery disease / N.U. Khan, F.A. Khan, D.A. Khan, N. Asim // *J. Coll. Physicians Surg. Pak.*- 2011.- Vol. 21,N 8.- P. 450-454.

10. Rohatgi A. Differential associations between soluble cellular adhesion molecules and atherosclerosis in the Dallas Heart Study: a distinct role for soluble endothelial cell-selective adhesion molecule / A. Rohatgi // *Arterioscler Thromb Vasc Biol.*- 2009.- Vol. 29, N10.- P. 1684-1690.

11. Systemic and vascular markers of inflammation in relation to metabolic syndrome and insulin resistance in adults with elevated atherosclerosis risk / G.Kressel, B. Trunz, A. Bub [et al.] // *Atherosclerosis.*-2009.- Vol. 202, N 1.- P. 263-271.].

12. Value of serum pregnancy-associated plasma protein A for predicting cardiovascular events among patients presenting with cardiac chest pain / S. von Haehling, W. Doehner, E.A.Jankowska [et al.] // *CMAJ.*- 2013.- Vol. 185, N 7.- P. E295-E303.

Маргарита Андрущак, Ольга Богуцька, Любов Мацюк
**СИБІРКА ЯК БІОЛОГІЧНА ЗБРОЯ ТА ЗАСІБ МАСОВОГО
УРАЖЕННЯ**

Резюме. Біотероризм передбачає навмисний випуск біологічної зброї, щоб спричинити смерть або захворювання людей, тварин або рослин. Біологічна зброя може бути розроблена або використана як частина державної політики в біологічній війні або терористичними угрупованнями або злочинцями. Біологічна зброя може ініціювати масштабні епідемії з неперевершеною летальністю, а національні держави та терористичні групи використовували небезпечну та руйнівну біологічну зброю в минулому [1].

Ключові слова: біологічна зброя, біотероризм, інгаляційна сибірка, спори.

Сибірка - це захворювання, яке викликається бактерією *Bacillus anthracis*. Ця бактерія існує в природі в двох формах: як активна зростаюча клітина, тобто вегетативна форма або як спляча спора. Спори є дуже витривалими та стійкими до екстремальних температур, вологості та ультрафіолету. Вони можуть виживати тривалий час (навіть десятиліттями) у середовищі без поживних речовин або води. Коли спора потрапляє в організм ссавця, внутрішнє середовище господаря, багате водою, цукрами та амінокислотами, спонукає цю спору проростати у вегетативну клітину, що призводить до захворювання [2].

Ризик біологічного та хімічного тероризму зростає відповідно до наявності сучасних біотехнологій та фінансових ресурсів. Найпотужнішою біологічною зброєю, згаданою в останнє десятиліття, є сибірка [3].

Жодна раціональна людина не може заперечувати руйнівний потенціал ядерної бомби як зброї масового ураження (ЗМУ). Однак сприйняття сибірської виразки як зброї масового знищення ще не сформувалося в нашому суспільстві та його інститутах. Думки щодо зброї масового ураження сибірської виразки варіюються від жахливих до зневажливих, але наукового ретельного аналізу їх руйнівного потенціалу бракує. У випуску PNAS Вейн,

Крафт і Каплан [4] заповнили цю критичну прогалину, надавши кількісну оцінку смертей цивільного населення в результаті десантної атаки сибірської виразки на велике місто з повітря. Аналіз у вих. 3 є математичною моделлю, яка, як така, базується на наукових припущеннях і викладена математичною мовою. Це не типова модель наукового явища через незмінну невизначеність його формулювання та параметрів. Таким чином, його передбачувана сила є предметом наукових дебатів. Тим не менш, ця комплексна модель є найкращою доступною інформацією для організації нашого розуміння сибірської виразки як ЗМУ [5].

У громадськості існують хибні уявлення щодо характеру сибірської виразки у сферах лікування, профілактики, виявлення та знищення. Перш за все, найбільшу небезпеку становить не бактерія *Bacillus anthracis*, а її сухі концентровані спори. Спори, які вдихаються, діаметром кілька мікрон, проникають глибоко в легені, потім потрапляють до лімфатичних вузлів, розмножуються в крові та виробляють токсини, які викликають смертельні захворювання. Медичне втручання може бути успішним, але час має вирішальне значення. Постконтактна пероральна антибіотикопротекція є ефективною, якщо її розпочати на передсимптомній інкубаційній стадії.

Спори *Bacillus anthracis* мають високу стійкість до тепла, тиску, ультрафіолетового та іонізуючого випромінювання, хімічних речовин і дезінфікуючих засобів. З цих причин спори *B. anthracis* є привабливим вибором як біологічні агенти для використання біологічної зброї та/або біотероризму. Грунт є основним резервуаром збудника інфекції. Хвороба найчастіше вражає диких і домашніх ссавців. Людина вторинно заражається при контакті з інфікованими тваринами та зараженими продуктами тваринного походження або безпосередньому контакті зі спорами *B. anthracis*.

Сибірська виразка зустрічається у всьому світі. Ця інфекція все ще є ендемічною або гіперендемічною як для тварин, так і для людей [6].

Сибірка для людства відома давно і була відома в Європі (1190-1491 рр. до н. е.) і Китаї (3000 р. до н. е.). Сибірська виразка була описана в літературі греків, римлян та індусів. Опис п'ятої єгипетської чуми, епідемії стародавнього Єгипту в книзі Буття (1491 р. до н. е.), яка винищила єгипетську худобу, включаючи велику рогату худобу, овець, кіз, верблюдів, коней і ослів, не впливаючи на худобу ізраїльтян, може бути пов'язаною з сибіркою [7].

Інгаляційна сибірка має інкубаційний період приблизно від 1 до 6 днів після контакту. Він проявляється неспецифічної продромальною фазою, включаючи лихоманку, нездужання, нудоту, блювання, біль у грудях і кашель. Другий етап розмноження бактерій слідує за цим у лімфатичних вузлах середостіння, що викликає геморагічний лімфаденіт і медіастиніт з подальшим прогресуванням до бактеріємії [8].

У 1979 році випадковий викид спор сибірської виразки з радянського заводу з виробництва біологічної зброї в Свердловську призвів до зараження 77 людей з достовірною діагностикою [9].

У 1979 році в Союзі Радянських Соціалістичних Республік стався випадковий викид спор сибірської виразки, що призвело до загибелі щонайменше 68 осіб. Під час війни в Перській затоці Ірак накопичив біологічну зброю сибірської виразки, ботуліну та афлатоксину. У 1984 році Бхагван Раджніш заразив салатні бари в Орегоні, США, за допомогою *Salmonella spp.*, яка викликала харчове отруєння [10].

Шлунково-кишковий тракт може включати ротоглотку та/або кишечник. При орофарингеальній сибірці можуть розвинутися виразки на задній частині ротоглотки, що може спричинити дисфагію та регіонарну лімфаденопатію. При кишковій сибірській виразці у пацієнтів може підвищуватися температура, нудота, блювота та діарея [11].

Шкірна сибірка, яку також називають хворобою Хіде-Портера, може проявлятися від одного до 10 днів після контакту зі сверблячими та

папульозними ураженнями, які протягом кількох днів можуть прогресувати до безболісної виразки. Безболісність ураження вважається характерною для шкірної сибірки. Струп може висохнути та відшаруватися приблизно через 1-2 тижні, але рівень смертності може досягати майже 20% без лікування [12].

В даний час мікроорганізм вважається одним з найсильніших бойових біологічних агентів через летальність, тривалу стабільність спор, легке поширення та виробництво. Нещодавні дослідження зосереджені на контрзаходах, придатних для зменшення наслідків неправильного використання мікроорганізму у формі біологічної зброї [13].

В наш час інгаляційна сибірська виразка викликає занепокоєння, оскільки спори *B. anthracis* можуть використовуватися і дійсно використовувалися як біологічна зброя. Інгаляційна сибірська виразка може мати двофазний прояв, який починається як легка «вірусоподібна» хвороба з лихоманкою, кашлем і втомою, після чого через 2–3 дні раптово виникає важкий респіраторний дистрес, задишка та гіпоксія [14].

Ін'єкційна сибірська виразка є відносно новою формою, яка зустрічається виключно у споживачів наркотиків, які вживають ін'єкційний героїн, заражений спорами *B. anthracis*; на сьогоднішній день випадки виявлені лише в Європі. Симптоми ін'єкційної сибірської виразки подібні до симптомів шкірної сибірської виразки, але зазвичай пов'язані з глибшою інфекцією тканин, що призводить до системного захворювання. Рівень смертності від ін'єкційної сибірської виразки становить близько 25%. Менінгіт може проявлятися або як первинна форма захворювання, або як вторинне ускладнення в 14–37% випадків, залежно від шляху передачі. Смертність перевищує 90% [9].

Біологічні агенти вважаються привабливою зброєю для біотероризму, оскільки їх легко отримати, вони порівняно недорогі у виробництві та демонструють більший страх і паніку, ніж фактичний потенціал фізичної шкоди [5].

Сибірка використовувалася в біотерористичних атаках у минулому, причому найбільш яскравим прикладом є атаки «Лист сибірки» в Сполучених Штатах у 2001 році. Відповідно до CDC, це патоген пріоритету категорії А. Він дуже стабільний у формі аерозолю, що робить його одним із найпопулярніших варіантів біологічної зброї. Спори сибірської виразки були надіслані поштою певним особам у США з 22 випадками шкірної, інгаляційної та менінгеальної сибірської виразки та 5 смертельних випадків. [2].

Аналіз різних випадків також забезпечив краще розуміння патогенезу та різноманітних клінічних проявів інгаляційної сибірської виразки. На відміну від попередніх досліджень, які вказували на рівень смертності понад 90%, випадки 2001 року показали, що виживання можна значно покращити завдяки ранній діагностиці, покращеній інтенсивній терапії та комбінованій антимікробній терапії [8]. Проте необхідні подальші дослідження для кращого визначення схем протимікробної терапії та вивчення ролі додаткових методів лікування, таких як імуноглобулін, антитоксин, кортикостероїди та інші інгібітори токсинів [7].

За даними соціологічної аналітики, у сучасному суспільстві тероризм є однією з реальних загроз ХХІ століття. Застосовується біологічна зброя хоч і рідко, але має довгу історію. Останнім часом сибірка була оцінена як одна з найнебезпечніших біологічних видів зброї [6].

Традиційне лікування включає підтримуючу терапію та пеніцилін. Однак із зростаючим занепокоєнням щодо використання сибірської виразки як зброї та ймовірної стійкості до пеніциліну CDC рекомендує ширше охоплення ципрофлоксацином або доксицикліном. Ці рекомендації включають охоплення всіх постраждалих пацієнтів, незалежно від віку, враховуючи наслідки неповного лікування, яке може призвести до смертності понад 50%. Пацієнтів, які добре виглядають, і у яких діагностовано шкірну сибірську виразку, можна лікувати амбулаторно ципрофлоксацином або

доксцикліном протягом 7-10 днів. Всі інші пацієнти повинні отримувати внутрішньовенне (в/в) ципрофлоксацин у дозі 400 мг кожні 12 годин або доксициклін у дозі 100 мг кожні 12 годин плюс щонайменше 2 інші антибіотики (наприклад, імпенем, кліндаміцин, рифампін або аміноглікозид). Лікування повинно тривати щонайменше 60 днів або до тих пір, поки не можна буде ввести 3 дози вакцини проти сибірської виразки. Рекомендоване введення вакцини на 0, 14 і 28 дні [10].

Висновки: незважаючи на поліпшення лікування, сибірка все ще залишається смертельною інфекцією. Первинна профілактика базується попередженні наслідків та відкидає розробку такої зброї. Вторинна профілактика полягає в ранньому виявленні та своєчасному лікуванні захворювання. На жаль, засоби первинної та вторинної профілактики недосконалі. Оскільки міжнародні політичні зусилля докладаються для допомоги країнам, які стали мішенями біологічної зброї, медичні та правоохоронні органи повинні бути готові зіткнутися з наслідками, якщо станеться непоправиме.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bacillus anthracis (Anthrax), January 11, 2023 - Johns Hopkins University / Bacillus anthracis (Anthrax) (centerforhealthsecurity.org)
2. Rathish B, Pillay R, Wilson A, Pillay VV. Comprehensive Review Of Bioterrorism. 2022 Apr 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 34033376.
3. Dirckx JH. Virgil on anthrax. Am J Dermatopathol. 1981;3:191–195.
4. Pohanka M. Bacillus anthracis as a biological warfare agent: infection, diagnosis and countermeasures. Bratisl Lek Listy. 2020;121(3):175-181. doi: 10.4149/BLL_2020_026. PMID: 32115973.
5. Goel AK. Anthrax: A disease of biowarfare and public health importance. World J Clin Cases. 2015 Jan 16;3(1):20-33. doi: 10.12998/wjcc.v3.i1.20. PMID: 25610847; PMCID: PMC4295216.

6. Wallin A, Luksiene Z, Zagminas K, Surkiene G. Public health and bioterrorism: renewed threat of anthrax and smallpox. *Medicina (Kaunas)*. 2007;43(4):278-84. PMID: 17485954.

7. Riedel S. Anthrax: a continuing concern in the era of bioterrorism. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2005 Jul;18(3):234-43. doi: 10.1080/08998280.2005.11928074. PMID: 16200179; PMCID: PMC1200731.

8. Jernigan JA, Stephens DS, Ashford DA, Omenaca C, Topiel MS, Galbraith M, Tapper M, Fisk TL, Zaki S, Popovic T, Meyer RF, Quinn CP, Harper SA, Fridkin SK, Sejvar JJ, Shepard CW, McConnell M, Guarner J, Shieh WJ, Malecki JM, Gerberding JL, Hughes JM, Perkins BA, Anthrax Bioterrorism Investigation Team. Bioterrorism-related inhalational anthrax: the first 10 cases reported in the United States. *Emerg Infect Dis*. 2001;7:933–944.

9. Bower WA, Hendricks KA, Vieira AR, Traxler RM, Weiner Z, Lynfield R, Hoffmaster A. What Is Anthrax? *Pathogens*. 2022 Jun 16;11(6):690. doi: 10.3390/pathogens11060690. PMID: 35745544; PMCID: PMC9231248.

10. Chambers J, Yarrarapu SNS, Mathai JK. Anthrax Infection. 2022 Aug 8. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30571000.

11. Doganay M, Demiraslan H. Human anthrax as a re-emerging disease. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2015;10(1):10-29. doi: 10.2174/1574891x10666150408162354. PMID: 25851429.

12. Chugh, Tulsi. “Bioterrorism: Clinical and public health aspects of anthrax.” *Current medicine research and practice* vol. 9,3 (2019): 110-111. doi:10.1016/j.cmrp.2019.05.004.

13. L M Wein, D L Craft, E H Kaplan *Proc Natl Acad Sci USA* 100, 4346–4351 (2003).

14. G. F. Webb *Authors Info & Affiliations*. A silent bomb: The risk of anthrax as a weapon of mass destruction. April 7, 2003. 100 (8) 4355-4356. <https://doi.org/10.1073/pnas.0830963100>.

*Діана Луну, Максим Соколенко, Олексій Бедик, Вероніка Гродська,
Людмила Соколенко, Юлія Дидилюк, Валентина Куницька, Аліна
Соколенко, Аліна Пестова, Денис Рошка*

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА КЛІНІКИ МАВПЯЧОЇ ВІСПИ

Резюме. Мавпяча віспа людини – спорадичне антропозоонозне інфекційне захворювання, спричинене вірусом віспи мавп, представником роду Orthoroxvirus. Вперше вірус мавпячої віспи був виділений наприкінці 1958 року в Копенгагені під час двох спалахів захворювання, схожого на натуральну віспу, в колонії макак. Вірус був названий вірусом мавпячої віспи через його близьку схожість з іншими відомими поксвірусами.

Більшість випадків мавпячої віспи протікають стандартно, захворювання зазвичай проходить самостійно, симптоми тривають 2-4 тижні. Однак, ускладнення мавпячої віспи вимагають терапевтичного та профілактичного втручання противірусними препаратами для мінімізації смертності, а також зменшення важкості та тривалості захворювання.

Ключові слова: мавпяча віспа, вірус, ускладнення, терапія, висипка, противірусний препарат.

Після ідентифікації вірусу мавпячої віспи у 1958 році, у період між 1960 і 1968 роками було зареєстровано ще кілька спалахів віспи мавп у колоніях мавп в США та Нідерландах. Під час цих спалахів не було виявлено жодного випадку захворювання серед людей, незважаючи на смерть багатьох уражених тварин, що дало підстави припустити на той час, що люди не сприйнятливі до віспи мавп.

Вірус віспи мавп належить до родини Poxviridae, підродини Chordoroxvirinae та роду ортопоксвірусів. Цей рід охоплює багато інших поксвірусів, включаючи віруси натуральної віспи, коров'ячої та верблюжої віспи, а також нещодавно виділені нові поксвіруси. Ці дволанцюгові ДНК-віруси дуже схожі генетично та антигенно, що зумовлює перехресний імунітет. Вакцинація проти натуральної віспи, як правило, забезпечує певний захист від мавпячої віспи. Після припинення вакцинації проти натуральної віспи у 1980

році імунітет проти даного захворювання у людському суспільстві неухильно знижувався. Це явище є одним з факторів, що сприяють виникненню мавпячої віспи. Існує два генетичних варіанти вірусу, геноми яких відрізняються менш ніж на 1%. Перший варіант є ендемічним у Центральній Африці, а другий - у Західній Африці. З появою вірусів віспи мавп за межами Африки і необхідністю дестигматизації хвороби та запобігання дискримінації, ведуться дискусії про можливу зміну назви і визначення трьох варіантів геному.

Перший випадок мавпячої віспи у людини було зареєстровано в 1970 році. До травня 2022 року ця інфекція мала ознаки ендемічної зоонозної хвороби. Вона реєструвалася в 11 країнах Африки (без урахування завізних випадків). Глобальний спалах вірусу мавпячої віспи людини, вперше виявлений у травні 2022 року, спонукав до оголошення надзвичайної ситуації Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

4 серпня 2022 року Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США оголосило спалах мавпячої віспи у Сполучених Штатах Америки, який розпочався 17 травня, надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я. На 16.08.2022 року кількість випадків становила 40 399 у 94 країнах, серед яких 87 - неендемічні. Зазначене дає підставу вважати цю хворобу ремерджентною інфекцією з вираженим потенціалом до формування нової стійкої паразитарної системи за перманентної участі *Homo sapiens*.

Для прогнозування поширення вірусів з пандемічним потенціалом, у 2021 році епідеміологами та інфекціоністами було оцінено 887 зоонозних вірусів. Дванадцять сімейств вірусів склали рейтинг 50 вірусів з найвищим потенціалом поширення, вірус мавпячої віспи посів 24 місце серед них.

Віспа мавп вражає як дітей, так і дорослих і зазвичай має чотири періоди: інкубаційний, продромальний, еруптивний (специфічних клінічних проявів), реконвалесцентний. Після первинного інфікування, яке зазвичай важко точно датувати, особливо в контексті зоонозного походження, середній інкубаційний період становить 13 днів (діапазон від 3 до 34). Продромальний період триває

від 1 до 4 днів і характеризується високою температурою, головним болем, втомою і часто лімфаденопатією, особливо в шийній та підщелепній ділянках. Лімфаденопатія відрізняє мавпячу віспу від вітряної віспи. Під час еруптивного періоду, яка триває від 14 до 28 днів, ураження шкіри з'являються у відцентровому розподілі і проходять кілька стадій: макули, папули, везикули і, нарешті, пустули. Ураження є твердими, добре відмежованими і демонструють пухирчастість. На елементах висипу з часом утворюються кірочки, які злущуються, залишаючи ділянки гіпопігментації, за якими слідує гіперпігментація. У пацієнта може бути від кількох до кількох тисяч вогнищ ураження, розташованих переважно на обличчі, тулубі, руках і ногах. Елементи часто виникають на долонях і підшвах, що також відрізняє мавпячу віспу від вітряної віспи. Рідше ураження шкіри зачіпають інші ділянки, наприклад, геніталії, або супроводжуються виразками в ротовій порожнині та пошкодженням кон'юнктиви. Зазвичай всі ураження знаходяться на одній стадії розвитку, що є ще однією особливістю, яка відрізняє віспу від інших захворювань зі шкірними проявами, таких як вітряна віспа. У пацієнтів часто спостерігається свербіж і міалгія.

Тяжкість симптомів і тривалість захворювання пропорційні щільності ураження шкіри. Захворювання найтяжче перебігає у дітей та вагітних жінок. Віспа мавп зазвичай має самообмежувальний перебіг, але клінічні наслідки, включаючи точкові рубці на обличчі, є поширеними. Може виникнути виразка рогівки з подальшим рубцюванням і помутнінням, що призводить до втрати зору. Найчастішими ускладненнями є шкірні бактеріальні інфекції. Можуть виникати бронхопневмонія та респіраторний дистрес, особливо на пізніх стадіях захворювання. У серіях випадків, зареєстрованих у 1980-х роках у ДР Конго, ускладнення рідше виникали у пацієнтів, які були вакциновані проти віспи, ніж у невакцинованих пацієнтів. Віспа мавп протікає важче у пацієнтів з ослабленим імунітетом, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), ніж у пацієнтів без ВІЛ-інфекції. Четверо з семи людей, які померли під час епідемії

2017-2018 років у Нігерії, мали коінфекцію ВІЛ і не отримували антиретровірусну терапію. Загальний рівень смертності серед пацієнтів, інфікованих західноафриканськими штамами (варіант 2), виявився нижчим, ніж серед пацієнтів, інфікованих центральноафриканськими штамами (варіант 1). Рівень смертності становив 6% в Нігерії, але коливався від 10 до 15% в ДР Конго і Центральноафриканській Республіці.

Ураження анатомічно вразливих ділянок, зокрема очей, суперінфекції м'яких тканин і аногенітальні ураження вимагають терапевтичного та профілактичного втручання противірусними препаратами для мінімізації важкості хвороби та смертності осіб, які захворіли. У недавньому дослідженні 13% пацієнтів з мавпячою віспою потребували госпіталізації, що свідчить про необхідність ефективної противірусної терапії. А за іншими даними рівень смертності при мавпячій віспі становить 14%, але деякі випадки можуть бути легкого ступеня тяжкості, або нетиповими за перебігом і залишатися невиявленими та незареєстрованими. Для більшості пацієнтів з неущкодженою імунною системою може бути достатньо підтримуючої терапії та контролю болю. Однак, оскільки прогноз залежить від багатьох факторів, таких як початковий стан здоров'я, супутні захворювання, попередня вакцинація, даного лікування може бути недостатньо для деяких осіб (наприклад, для тих, хто має імунодефіцит). У цих випадках слід розглянути можливість специфічного противірусного лікування.

Відсутність ліцензованих методів терапії мавпячої віспи формує нагальну потребу в перспективних дослідженнях противірусних препаратів для лікування цього захворювання. Адже мавпяча віспа людини створює значні проблеми навіть для систем охорони здоров'я економічно розвинутих країн. Немає жодного противірусного препарату з доведеною ефективністю лікування мавпячої віспи. Однак, терапевтичні препарати для лікування натуральної віспи можуть використовуватися та впливати на природний перебіг мавпячої віспи,

внаслідок спорідненості двох вірусів за родом Orthoroxvirus. До таких препаратів належать: тековірімат, цидофовір і бринцидофовір.

На відміну від натуральної віспи, яка не була забезпечена тваринним резервуаром, мавпяча віспа не може бути ліквідована. На сьогодні пріоритетним завданням медицини є розробка, ліцензування та накопичення достатньої кількості противірусних препаратів, ефективних проти вірулентних Orthoroxvirus, які повинні забезпечити терапію, що зможе рятувати життя хворим. Залежно від стадії захворювання, лікування противірусними препаратами може пом'якшити клінічний перебіг хвороби, зменшити тривалість періоду виділення збудника та знизити смертність пацієнтів.

Висновки. Отже, поступове зниження імунітету до натуральної віспи може частково пояснити зростання захворюваності на мавпячу віспу в деяких регіонах, де ця хвороба є ендемічною. Однак нинішня епідемія нагадує нам, що поява вірусів - це перманентне явище, яке не має кордонів і часто є непередбачуваним за своєю природою, цілями та масштабами. Цей спалах ілюструє, як хвороба, що вражає один регіон світу, може мати сильний вплив на території, де вона не є ендемічною, з іншими цільовими групами населення та новими клінічними проявами. Варто також зазначити, що немає жодного схваленого противірусного препарату для лікування мавпячої віспи і не розроблено її оптимальне лікування. Проте, противірусні препарати для профілактики та лікування натуральної віспи можна розглядати і для пацієнтів з мавпячою віспою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Gessain, A., Nakoune, E., & Yazdanpanah, Y. (2022). Monkeypox. *New England Journal of Medicine*, 387(19), 1783-1793.
2. Jezek Z, Gromyko AI, Szczeniowski MV. Human monkeypox. *J Hyg E pidemiol Microbiol Immunol* 1983; 27:13.

3. Matias WR, Koshy JM, Nagami EH, et al. Tecovirimat for the Treatment of Human Monkeypox: An Initial Series From Massachusetts, United States. *Open Forum Infect Dis* 2022; 9:ofac377.
4. Minhaj FS, Ogale YP, Whitehill F, et al. Monkeypox Outbreak - Nine States, May 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022; 71:764.
5. Nalca A, Rimoin AW, Bavari S, Whitehouse CA. Reemergence of monkeypox: prevalence, diagnostics, and countermeasures. *Clin Infect Dis* 2005; 41:1765.
6. National Institutes of Health. U.S. clinical trial evaluating antiviral for monkeypox begins. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/us-clinical-trial-evaluating-antiviral-monkeypox-begins> (Accessed on September 16, 2022)
7. Parker S, Chen NG, Foster S, et al. Evaluation of disease and viral biomarkers as triggers for therapeutic intervention in respiratory mousepox - an animal model of smallpox. *Antiviral Res* 2012; 94:44.
8. Philpott D, Hughes CM, Alroy KA, et al. Epidemiologic and Clinical Characteristics of Monkeypox Cases - United States, May 17-July 22, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022; 71:1018.
9. Rao AK, Schulte J, Chen TH, et al. Monkeypox in a Traveler Returning from Nigeria - Dallas, Texas, July 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022; 71:509.
10. The United States Centers for Disease Control and Prevention. Clinical considerations for treatment and prophylaxis of monkeypox virus infection in people with HIV. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/people-with-HIV.html> (Accessed on July 27, 2022).
11. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022. *N Engl J Med* 2022; 387:679.

Максим Соколенко, Діана Луну, Владислава Анфілофієва, Тарас Бондаренко, Христина Венчур, Максим Довгань, Людмила Соколенко, Вікторія Дубова, Іван Зубарєв, Настя Климчук, Катерина Кордубан, Александра Кулик, Надія Лецишин, Анастасія Мороз, Аліна Соколенко, Кароліна Станкевич
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ МАВПЯЧОЇ ВІСПИ

Резюме. ВООЗ повідомила про непов'язані між собою спалахи мавпячої віспи у 12 країнах, які знаходяться поза межами Африканського континенту - природного місця поширення хвороби. Інфіковані не подорожували до країн Африки і не мали контакту з новоприбулими, а втім, заразилися вірусом. Для більшості пацієнтів з неушкодженою імунною системою може бути достатньо підтримуючої терапії мавпячої віспи та контролю болю. Однак, оскільки прогноз залежить від багатьох факторів, таких як початковий стан здоров'я, супутні захворювання, попередня вакцинація проти натуральної віспи, даного лікування може бути недостатньо для деяких осіб, особливо для хворих з імунодефіцитом.

Ключові слова: мавпяча віспа, натуральна віспа, протівірусні препарати, тековірімат, бринцидофовір, цидофовір.

Наразі дозволеними препаратами для лікування віспи мавп є тековірімат у Сполучених Штатах і Європі та бринцидофовір лише у Сполучених Штатах.

Дослідження проведені американськими вченими показали, що тековірімат ефективний у лікуванні захворювань, спричинених ортопоксвірусами. Він пригнічує білок ортопоксвірусу р37, блокуючи передачу вірусу від клітини до клітини. Хоча тековірімат схвалений для лікування віспи в США, його використання для лікування віспи мавп базується на дослідному застосуванні нового препарату, і він не отримав повного схвалення регуляторних органів. Ефективність тековірімату була доведена в доклінічних дослідженнях, включаючи чотири ключові дослідження на нелюдських приматах, які показали, що препарат забезпечує 95% захист від смерті порівняно з плацебо. Фази 1 і 2 клінічних випробувань оцінювали безпеку і профіль побічних ефектів тековірімату у людей. Нещодавнє обсерваційне

дослідження за участю дуже невеликої кількості пацієнтів з мавпячою віспою показало, що тековірімат може скоротити тривалість висипань осипання та взагалі тривалості хвороби.

Тековірімат доступний у вигляді капсул для перорального прийому (200 мг), та ін'єкцій для внутрішньовенного введення. Абсорбція препарату при пероральному застосуванні залежить від достатнього одночасного прийому їжі, багатой на жири. Перорально вводиться кожні 8, або 12 годин і приймається протягом 30 хвилин після прийому їжі з помірним або високим вмістом жирів для підвищення біодоступності. Зазвичай, тривалість терапії становить 14 днів, але може бути продовжена залежно від клінічного стану пацієнта. Наявні дані свідчать про те, що 5-денний курс є достатнім для появи клінічної відповіді, тоді як 2-тижневий курс дозволяє сформувати гуморальний імунітет і надовго знищити вірус.

Внутрішньовенно тековірімат не слід вводити пацієнтам із тяжкою нирковою недостатністю зі швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) <30 мл/хв. Вибором для цієї категорії залишається пероральна форма. В/в тековірімат слід застосовувати з обережністю пацієнтам із помірним (ШКФ 30-49 мл/хв), або легким (ШКФ 50-80 мл/хв) порушенням функції нирок, а також дітям віком <2 років з огляду на незрілість функціонування ниркових каналців.

При пероральному прийомі можуть бути наступні побічні реакції: головний біль (12%), нудота (5%), біль у животі (2%), блювання (2%), нейтропенія була виявлена в одного учасника дослідження. При внутрішньовенному введенні можуть спостерігатися такі побічні реакції: біль у місці ін'єкції (73%), набряк у місці ін'єкції (39%), еритема в місці ін'єкції (23%), екстравазація місця ін'єкції (19%), головний біль (15%). Найчастішими побічними ефектами є головний біль, нудота та біль у животі. Згідно досліджень побічні ефекти спостерігалися у 3,5% пацієнтів. Також, повідомлялося про значні взаємодії ліків при одночасному застосуванні з репаглінідом (гіпоглікемія) та мідазоламом (зниження ефективності мідазоламу).

Незважаючи на те, що тековірімат не досліджувався у вагітних і жінок, які годують грудьми, вони теж підлягають лікуванню, якщо це буде визнано доцільним після ретельної клінічної оцінки та обговорення співвідношення ризику/користі з пацієнтом за допомогою спільної моделі прийняття рішень.

Немає даних, які б підтверджували наявність або відсутність пов'язаного з тековіріматом ризику фетотоксичності, впливу на продукування молока, присутності препарату в грудному молоці та/або впливу на дітей, яких годують груддю. Повідомляється про його застосування у 28-місячної дитини без розвитку побічних ефектів, пов'язаних із цим препаратом, але жодних клінічних досліджень у дитячій популяції не проводилося. Рекомендовано проводити моніторинг функції нирок у дітей віком до 2 років, враховуючи теоретичні побоювання, що функціональна незрілість ниркового апарату у дітей молодшого віку може призвести до більшої експозиції гідроксипропіл- β -циклодекстрину, інгредієнта внутрішньовенної форми тековірімату. Адже дослідження на тваринах показали потенціал нефротоксичності при дуже високих рівнях впливу гідроксипропіл- β -циклодекстрину.

У США схвалено Tembexa (бринцидофовір) для лікування віспи людини. Бринцидофовір є противірусним терапевтичним засобом, який має механізм дії, що відрізняється від тековірімату: він інгібує реплікацію вірусного геному вірусною ДНК-полімеразою після включення бринцидофовіру у вірусну ДНК. Це проліки цидофовіру, схвалені для лікування віспи у дорослих і дітей, включаючи новонароджених. Як повідомляється, він продемонстрував свою ефективність проти ортопоксвірусів у дослідженнях *in vitro* та на тваринах. Бринцидофовір не слід застосовувати одночасно з цидофовіром. Є певні критерії для лікування бринцидофовіром інфекцій, викликаних вірусом мавпячої віспи. Зокрема, його використовують у осіб, які мають важке захворювання або високий ризик прогресування захворювання до важкого ступеня та відповідають будь-якому пункту з наступного: клінічно значуще прогресування захворювання під час прийому тековірімату, або рецидив

(початкове поліпшення з подальшим погіршенням) захворювання після початкового періоду покращення на тековіріматі, або мають протипоказання для перорального або внутрішньовенного застосування тековірімату.

Бринцидофовір має меншу нефротоксичність порівняно з його вихідною речовиною, цидофовіром, хоча всі 3 пацієнти, які отримували бринцидофовір під час спалаху в Ліверпулі, припинили терапію через біохімічні порушення функцій печінки. Найпоширенішими побічними ефектами при застосуванні Tembexa є діарея, нудота, блювання та біль у животі.

Імуноглобулін коров'ячої віспи (VIGIV) використовується для лікування ускладнень, спричинених вакцинацією. Однак, він не схвалений для лікування віспи людини. Тому протоколом з розширеним доступом дозволяється використовувати VIGIV для лікування ортопоксвірусних інфекцій, включаючи мавпячу віспу, під час спалаху. Його застосовують у важких випадках, коли розвиток стійкої відповіді антитіл може бути порушений. Однак, така терапія може розглядатися як профілактичний засіб для використання в осіб з важким імунодефіцитом Т-клітинної популяції, для яких вакцинація проти віспи є протипоказана.

Цидофовір (також відомий як Vistide) – це противірусний препарат, який використовується для лікування цитомегаловірусного (ЦМВ) ретиніту у пацієнтів із синдромом набутого імунодефіциту (СНІД) і комерційно доступний у формі ін'єкцій. Немає даних про ефективність цидофовіру в лікуванні вірусної інфекції мавпячої віспи у людей. Проте він продемонстрував свою ефективність проти ортопоксвірусів у дослідженнях *in vitro* та на тваринах. Невідомо, чи буде користь від лікування цидофовіром для людини з важким перебігом мавпячої віспи, хоча в таких випадках можна розглянути його застосування. Бринцидофовір (проліки цидофовіру) може мати покращений профіль безпеки порівняно з цидофовіром. Під час лікування цитомегаловірусних інфекцій бринцидофовіром не спостерігалось значної ниркової токсичності чи інших побічних явищ порівняно з лікуванням цидофовіром. На даний момент,

проводять дослідження з потенційними противірусними препаратами для визначення можливості їхнього застосування для лікування натуральної віспи, мавпячої віспи та інших ортопоксвірусних інфекцій. До них належать інгібітори ДНК-полімерази (НРМРС і НРМРА), інгібітори інозинмонофосфатдегідрогенази (рибавірин і тіазофуридин), інгібітори гідролази SAH (карбоциклічний-3-дезааденозин і 3-дезанепланоцин А).

Існують дані про ураження очей при мавпячій віспі (13, 31). Вони є потенційно виснажливим проявом для людей, інфікованих вірусом мавпячої віспи, тому що можуть спричинити низку ускладнень, від легких до важких, включаючи кон'юнктивіт, блефарит, кератит, виразку рогівки, рубці та рідко втрату зору. Системна противірусна терапія призначається всім пацієнтам із тяжким захворюванням, викликаним вірусом мавпячої віспи, що включає очні прояви. Часто призначають тековірімат. Очна коров'яча віспа, також спричинена ортопоксвірусом, має ознаки, подібні до ознак очної форми мавпячої віспи. Тому, при кератиті застосовують імуноглобулін коров'ячої віспи (VIGIV).

Для місцевої терапії може бути розглянутий трифлуридин у випадках кон'юнктивіту та кератиту, викликаних вірусом мавпячої віспи, і рекомендований після консультації з офтальмологом. Трифлуридин - це противірусний препарат, який використовується для місцевого лікування кератиту, викликаного вірусом простого герпесу, і є кращим засобом лікування очної ортопоксвірусної інфекції.

При ній слід уникати місцевого застосування стероїдів, щоб запобігти персистенції вірусу та пошкодженню рогівки. Крім того, у пацієнтів із захворюваннями рогівки, включаючи виразку рогівки, використовують олійні краплі та/або антибіотики, щоб запобігти розвитку бактеріальної суперінфекції, яка може бути небезпечною для зору, внаслідок формування виразки рогівки.

Висновки. Отже, наразі проти мавпячої віспи не існує спеціально розробленої терапії з доказовою базою. У більшості пацієнтів хвороба протікає

у легкій формі і вони одужують при підтримуючій терапії. Проте, противірусна терапія тековіріматом пропонується особам з тяжким захворюванням, або ризиком його розвитку, а також особам з ураженнями очей, рота, або аногенітальної області. Тековірімат добре переноситься і може скоротити тривалість хвороби та виділення вірусу. Противірусний препарат бринцидофовір також демонструє ознаки ефективності лікування мавпячої віспи у людей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Baker RO, Bray M, Huggins JW. Potential antiviral therapeutics for smallpox, monkeypox and other orthopoxvirus infections. *Antiviral Res* 2003; 57:13.
2. Cash-Goldwasser S, Labuda SM, McCormick DW, et al. Ocular Monkeypox - United States, July-September 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022; 71:1343.
3. Desai AN, Thompson GR 3rd, Neumeister SM, et al. Compassionate Use of Tecovirimat for the Treatment of Monkeypox Infection. *JAMA* 2022; 328:1348.
4. Lucar J, Roberts A, Saardi KM, et al. Monkeypox Virus-Associated Severe Proctitis Treated With Oral Tecovirimat: A Report of Two Cases. *Ann Intern Med* 2022; 175:1626.
5. Parker S, Chen NG, Foster S, et al. Evaluation of disease and viral biomarkers as triggers for therapeutic intervention in respiratory mousepox - an animal model of smallpox. *Antiviral Res* 2012; 94:44.
6. Sherwat A, Brooks JT, Birnkrant D, Kim P. Tecovirimat and the Treatment of Monkeypox - Past, Present, and Future Considerations. *N Engl J Med* 2022; 387:579.
7. United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim clinical guidance for the treatment of monkeypox. https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/treatment.html#anchor_1655488137245 (Accessed on September 16, 2022).

8. United States Centers for Disease Control and Prevention. Monkeypox. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html> (Accessed on May 31, 2022).
9. US Food and Drug Administration: FDA approves drug to treat smallpox. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-approves-drug-treat-smallpox> (Accessed on July 07, 2021).

*Максим Соколенко, Діана Луну, Людмила Гальченко, Оксана Горбачова,
Ангеліна Ковальчук, Людмила Соколенко, Олена Ковтунік, Іванна Кривохижа,
Вікторія Кругляк, Аліна Соколенко, Ірина Пархоменко*

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ МАВПЯЧОЇ ВІСПИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

Резюме. За наявними літературними даними, люди з ослабленим імунітетом мають вищий ризик розвитку ускладнень після вакцинації проти натуральної віспи.

У хворих з прогресуючою та неконтрольованою ВІЛ-інфекцією також існує вищий ризик розвитку важкого, або тривалого захворювання, спричиненого вірусом мавпячої віспи. Порівняно з іншими пацієнтами, у ВІЛ-інфікованих спостерігалися часті приєднання вторинної бактеріальної мікрофлори, більша тривалість захворювання, довший період виділення вірусу, а також більша ймовірність повного, або часткового злиття висипу.

Для лікування мавпячої віспи у ВІЛ-інфікованих людей, які отримують антиретровірусну терапію, може бути достатньо патогенетичної та симптоматичної терапії, контролю болю та догляду за висипкою на шкірі. Проте, ВІЛ-інфікованим хворим з вираженим імунодефіцитом та наявними рецидивними опортуністичними інфекціями рекомендовано раннє застосування противірусних препаратів направлених на вірус мавпячої віспи та обов'язковий старт антиретровірусної терапії.

Ключові слова: мавпяча віспа, ВІЛ-інфекція, антиретровірусна терапія, натуральна віспа, тековірімат, бринцидофовір, цидофовір.

Станом на 7 жовтня 2022 року було зареєстровано 71 096 випадків зараження мавпячою віспою у 107 місцях по всьому світу, причому 70 377 з них - у країнах, які раніше не повідомляли про мавпячу віспу. Найбільша кількість випадків була зареєстрована в США, за якими йдуть Бразилія та Іспанія. Аналіз 24 677 випадків мавпячої віспи, проведений Європейським центром з профілактики та контролю захворювань (ECDC) та ВООЗ станом на 4 жовтня 2022 року, показав

непропорційну кількість випадків серед чоловіків (24 235 з 24 616 випадків, 98,5%) і особливо серед чоловіків у віці від 31 до 40 років (9725 з 24 638, 39,5%). Сексуальна орієнтація була відома для 10 729 пацієнтів-чоловіків, з яких 10 300 (96,0%) ідентифікували себе як ЧСЧ (чоловіки, які мали статеві контакти з чоловіками).

На сьогодні зростає кількість випадків захворювання серед жінок і дітей. Значна частина випадків пов'язана з медичними службами, які надають послуги з доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (74% ВІЛ-негативних випадків у Сполученому Королівстві), а пацієнти часто повідомляють про перенесені інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСП), протягом останнього року (54,2% пацієнтів у Сполученому Королівстві) і мали 10 або більше статевих партнерів протягом останніх 3 місяців (31,8% пацієнтів у Сполученому Королівстві), що дає підстави припустити, що до цього часу мавпяча віспа передавалася в основному у пов'язаних між собою статевих зв'язках, в яких поширена передача ПСП. Однак не можна виключати упередженість у встановленні діагнозу через усталені зв'язки між цією групою населення і клінічними працівниками, які надають надійні послуги і мають широкі знання про інфекційні захворювання. Таким чином, епідеміологічні детермінанти спалаху можуть суттєво змінитися в найближчі місяці.

Епідеміологічні характеристики цього спалаху особливо незвичні. Мало того, що кількість випадків мавпячої віспи значно перевищує кількість випадків, раніше виявлених за межами ендемічних районів, так ще й передача інфекції не пов'язана з поїздками в такі райони і відбувається переважно від людини до людини. Наразі в нових країнах, що постраждали від епідемії, переважає модель передачі, пов'язана зі статевим контактом. Вищі показники інфікування серед осіб, які повідомляють про численних сексуальних партнерів, і незвичний розподіл уражень, часто в генітальних, анальних і періанальних ділянках, можуть відображати передачу

вірусу через тісний контакт під час сексу, або фактичну передачу статевим шляхом. Нарешті, ДНК мавпячої віспи було виявлено в сім'яній рідині уражених осіб. Цей висновок не можна вважати остаточним доказом інфекційності, але він вказує на виділення вірусу, що потенційно може сприяти передачі. Залишається незрозумілим, чи відображають ці незвичайні характеристики зміни в передачі вірусу віспи мавп.

Первинне лікування мавпячої віспи зазвичай є підтримуючим. Інші потенційні методи лікування включають тековірімат, протівірусний препарат, дозволений для лікування віспи людини у дорослих і деяких вікових груп дітей; цидофовір, препарат, схвалений для лікування цитомегаловірусного ретиніту у хворих на СНІД і для лікування орто-віспи під час спалаху; імуноглобулін коров'ячої віспи (VIGIV) використовується для лікування ускладнень вакцинації від коров'ячої віспи, а також для лікування ортопоксвірусної інфекції під час спалаху; і бринцидофовір, протівірусний препарат для лікування інфекційних захворювань у дітей та дорослих, викликаних ортопоксвірусами.

Для лікування мавпячої віспи у людей, які отримують АРТ може бути достатньо підтримуючої терапії, контролю болю та догляду за шкірою. Прогноз розвитку захворювання залежить від багатьох факторів, включаючи початковий стан здоров'я, попередній анамнез вакцинації та супутні захворювання.

Пацієнти з ВІЛ, які на даний момент не отримують антиретровірусну терапію, повинні почати, або ж відновити її прийом. Рішення про лікування та спостереження за людиною з ослабленим імунітетом вдома, або в стаціонарі має бути індивідуальним. Якщо стан пацієнта не покращується за допомогою звичайного курсу (тобто 14 днів) перорального прийому тековірімату, можна розглянути як продовження тривалості терапії, так і зміну способу введення препарату з перорального на внутрішньовенне. Таке рішення слід приймати в кожному конкретному випадку, беручи до уваги стан пацієнта, інші супутні

захворювання, здатність засвоювати пероральну форму ліків та можливість приймати збагачену жирами їжу. Можна також розглянути можливість додавання інших терапевтичних препаратів, таких як VIGIV, бринцидофовір, або цидофовір.

Також розглядається можливість лікування для людей, які мають високий ризик розвитку важкого ступеня захворювання, а саме пацієнти, у яких сформувався важкий імунодефіцит через такі стани, як розвинений або погано контрольований вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), лейкемія, лімфома, злоякісна пухлина, трансплантація органів; внаслідок терапії алкілюючими агентами, антиметаболітами, інгібіторами фактора некрозу пухлин, високими дозами кортикостероїдів, променевої терапії; які були реципієнтами в терміні <24 місяців після трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин або ≥ 24 місяців, але з реакцією «трансплантат проти хазяїна», або рецидивом захворювання, або з аутоімунним захворюванням з імунодефіцитом в якості клінічного компонента; діти, особливо пацієнти віком до 1 року; вагітні або жінки, які годують грудьми; люди із захворюваннями, що впливають на цілісність шкіри, такими як atopічний дерматит, екзема, опіки, імпетиго, інфекція, викликана вірусом вітряної віспи, інфекція, викликана вірусом простого герпесу, важкі акне, важкий пелюшковий дерматит із великими ділянками ураженої шкіри, псоріаз, або хвороба Дар'є (фолікулярний кератоз).

АРТ і профілактику розвитку опортуністичних інфекцій слід продовжувати всім людям з ВІЛ, у яких діагностували мавпячу віспу. Переривання АРТ може призвести до відновлення віремії, що, в свою чергу, може ускладнити лікування мавпячої віспи (наприклад, призвести до розвитку тяжкого ступеня захворювання).

Люди без ВІЛ, які приймають АРТ для доконтактної (PrEP), або постконтактної профілактики з ВІЛ (PEP), також повинні продовжувати приймати ці ліки. Пацієнтам з діагностованою мавпячою віспою, які хворіють на ВІЛ (навіть якщо їм нещодавно встановили діагноз), проте не отримують АРТ, слід

якнайшвидше розпочати АРТ після консультації експерта з медицини проти ВІЛ, якщо це необхідно.

Клініцисти, які використовують противірусні препарати для лікування мавпячої віспи, повинні бути уважними щодо взаємодії ліків з будь-якими антиретровірусними препаратами, які використовуються для запобігання або лікування ВІЛ-інфекції, а також з будь-якими іншими препаратами, що використовуються для запобігання або лікування опортуністичних інфекцій, пов'язаних з ВІЛ.

Тековірімат слід розглядати як терапію першої лінії від мавпячої віспи у людей з пізньою стадією, або погано контрольованим ВІЛ, або імунодефіцитом іншого генезу, оскільки вони можуть мати високий ризик розвитку важкого захворювання. У таких пацієнтів важливо починати лікування тековіріматом якомога раніше. Препарат варто вводити внутрішньовенно, якщо є сумніви щодо неадекватного, або зміненого всмоктування пероральної форми, або якщо пацієнт не має можливості приймати засоби перорально. Також є доцільність розглянути питання про збільшення тривалості лікування тековіріматом після стандартного 14-денного курсу щодня та про введення додаткових лікарських засобів (наприклад, цидофовіру, бринцидофовіру та VIGIV).

Є певні протипоказання та особливості щодо застосування тековірімату у людей з ослабленим імунітетом, у тому числі через ВІЛ. Тековірімат протипоказаний пацієнтам із тяжкою нирковою недостатністю, наприклад, із кліренсом креатиніну <30 мл/хв. Препарат може збільшити концентрацію цукрознижувального засобу репаглініду, та знизити концентрацію мідазоламу. Пацієнти, які приймають репаглінід, повинні перебувати під наглядом щодо розвитку гіпоглікемії. При цьому, тековірімат може дещо знизити рівень нуклеозидного інгібітора зворотної транскриптази (ННІЗТ) рилпівіріну в організмі. Тому не слід починати лікування каботегравіром/рилпівіріном тривалої

дії під час терапії тековіріматом і протягом 2-х тижнів після завершення курсу. Для осіб, які нещодавно отримали початкову дозу рилпівіріну/каботегравіру пролонгованої дії внутрішньом'язево, слід розглянути можливість додавання перорального прийому рилпівіріну в дозі 25 мг один раз на день під час лікування тековіріматом і протягом 2-х тижнів після закінчення курсу.

Хоча й згадується про можливість розвитку взаємодії ліків між тековіріматом і доравірином та маравіроком, жоден з них не вимагає коригування дози при одночасному застосуванні з тековіріматом.

Рекомендується проводити ретельний моніторинг рівнів такролімусу та сиролімусу в організмі, оскільки тековірімат здатний знижувати сироваткові концентрації даних препаратів, що може потребувати збільшення їхньої дози.

Існує перелік деяких протипоказань та міркувань щодо застосування цидофовіру у людей з ослабленим імунітетом, у тому числі через ВІЛ. Зокрема, дозозалежна нефротоксичність викликає занепокоєння при застосуванні цидофовіру, тому він протипоказаний пацієнтам із рівнем сироваткового креатиніну $>1,5$ мкмоль/л. Препарат не слід застосовувати одночасно з бринцидофовіром та тенофовіру дизопроксилу фумаратом (TDF). Якщо неможливо уникнути одночасного застосування ТДФ і нефротоксичних засобів, слід ретельно контролювати функціональний стан нирок. Цидофовір зазвичай застосовують разом із пробенецидом для зменшення нефротоксичності та підвищення його ефективності. При цьому, пробенецид значно підвищує рівень зидовудину в плазмі крові, тому при одночасному застосуванні з зидоудином слід або тимчасово припинити, або ж зменшити дозу на 50% у день прийому цидофовіру та пробенециду, щоб уникнути гематотоксичності, спричиненої зидоудином. Не очікується лікарської взаємодії між цидофовіром і стандартними імуносупресивними препаратами.

Найважливий ряд протипоказань та особливостей щодо використання бринцидофовіру у людей з ослабленим імунітетом, у тому числі через ВІЛ. Бринцидофовір не слід застосовувати одночасно з цидофовіром. На відміну від цидофовіру (який характеризується дозозалежною нефротоксичністю), серйозної ниркової токсичності чи інших побічних ефектів не спостерігалося під час лікування цитомегаловірусних інфекцій бринцидофовіром. Даний препарат має клінічно значущу лікарську взаємодію з інгібіторами протеази (ІП), кобіцистатом і фостемсавіром, що може потребувати модифікації терапії. Якщо ІП, кобіцистат, або фостемсавір застосовують разом із бринцидофовіром, клініцистам слід уважно стежити за розвитком побічних реакцій (наприклад, підвищенням рівня трансаміназ), а дозу АРТ слід відкласти щонайменше на 3 години після введення бринцидофовіру.

Також варто зауважити, що існують деякі протипоказання та міркування щодо використання VIGIV у людей з ослабленим імунітетом, у тому числі через ВІЛ. Зокрема, глюкозодегідрогеназа пірролохінолінхінон (GDH-PQQ) або глюкозо-барвник-оксидоредуктазний метод (монітор і тест-смужки) не повинні використовуватися для визначення рівня глюкози в крові у пацієнтів, які отримують VIGIV, оскільки було доведено, що мальтоза в його складі викликає хибно високі рівні глюкози в крові. Натомість, вимірювання рівня глюкози в крові у таких пацієнтів має проводитися за допомогою спеціального методу (монітор і тест-смужки), щоб уникнути впливу мальтози.

VIGIV протипоказаний особам з анафілаксією в анамнезі, або з попередньою тяжкою системною реакцією, що була пов'язана з парентеральним введенням цього чи інших препаратів імуноглобуліну людини. Специфічних протипоказань для використання VIGIV серед людей з ослабленим імунітетом, у тому числі з ВІЛ, немає. Також відсутні відомі або очікувані взаємодії ліків з АРТ або імуносупресивними препаратами.

У маленьких дітей, які знаходяться в групі ризику розвитку важких захворювань, важливе раннє розпізнавання і швидке лікування. Описаний випадок перинатальної набутої вісповірусної інфекції та аденовірусної коінфекції у 10-денної дитини. 2-тижневий курс ентерального прийому тековірімату (у дозі 50 мг 2 рази день) був розпочатий в поєднанні з внутрішньовенним введенням цидофовіру. Через 4-и тижні при інтенсивному догляді, дитина одужала і була виписана додому. Мавпяча віспа також повинна враховуватися при диференціальній діагностиці з везикульозним висипом у новонароджених.

Висновки. Отже, пацієнтам, у яких на основі клінічної та лабораторної оцінки був виявлений важкий імунодефіцит, зумовлений ВІЛ-інфекцією, підтримуючої терапії та контролю болю буде недостатньо. Для цієї популяції слід використовувати посилене медичне спостереження, антиретровірусну терапію та раннє етіотропне лікування, яке буде спрямоване на вірус мавпячої віспи. Проте, у європейських країнах, де більшість ВІЛ-інфікованих людей отримують антиретровірусну терапію і мають високу кількість клітин CD4, не описують надмірну чисельність госпіталізацій серед людей, інфікованих ВІЛ та мавпячою віспою, що вказує на легкий перебіг захворювання у таких осіб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance for Tecovirimat Use Under Expanded Access Investigational New Drug Protocol during 2022 U.S. Monkeypox Outbreak. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/Tecovirimat.html> (Accessed on September 16, 2022).
2. Koenig KL, Alassaf W, Burns MJ. Identify-isolate-inform: a tool for initial detection and management of measles patients in the emergency department. *West J Emerg Med* 2015; 16:212.

3. Koenig KL. Identify-Isolate-Inform: A Modified Tool for Initial Detection and Management of Middle East Respiratory Syndrome Patients in the Emergency Department. *West J Emerg Med* 2015; 16:619.
4. O'Laughlin K, Tobolowsky FA, Elmor R, et al. Clinical Use of Tecovirimat (Tpoxx) for Treatment of Monkeypox Under an Investigational New Drug Protocol — United States, May–August 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022.
5. O'Shea J, Filardo TD, Morris SB, et al. Interim Guidance for Prevention and Treatment of Monkeypox in Persons with HIV Infection - United States, August 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022; 71:1023.
6. Ramnarayan P, Mitting R, Whittaker E, et al. Neonatal Monkeypox Virus Infection. *N Engl J Med* 2022; 387:1618.
7. FDA approves the first drug with an indication for treatment of smallpox. <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm613496.htm> (Accessed on July 18, 2018).
8. United States Centers for Disease Control and Prevention. Clinical considerations for treatment and prophylaxis of monkeypox virus infection in people with HIV. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/people-with-HIV.html> (Accessed on September 13, 2022).
9. United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim clinical considerations for management of ocular monkeypox virus infection. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/ocular-infection.html> (Accessed on October 10, 2022).

ВПЛИВ ФАКТОРІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

*Максим Постолатій, Даниїл Єфремов
Науковий керівник: Людмила Соколенко*

ПРИРОДА ЯК ДЖЕРЕЛО ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ І ЇЇ ЗАГАРТОВАНOSTІ

Фізичне виховання дітей і підлітків існувало вже в первинному суспільстві у формі організованих ігор та розваг, в основі яких лежала трудова діяльність. Як писав історик Прокопій Кесарійський, свій етногенез козаки вели від предків (антів, скіфів, русів), які були «високі на зріст і надзвичайно сильні».

Запорізькі козаки продовжували традиції своїх прашурів-богатирів і розвивали в собі богатырську силу і дух. Ще в епоху Київської Русі дітей із семи років навчали стрільбі з лука, володінню списом і арканом, їзді верхи, а з 12 років — справжнім військовим хитрощам, тобто мистецтву бою. Традиції фізичної культури та психофізичного загартовування передавалися від покоління до покоління.

У січових і козацьких школах на одному рівні з освітніми дисциплінами вивчалися різноманітні фізичні вправи, формувалися вміння володіти шаблею, списом, стріляти з рушниць, плавати, керувати човном, переховуватися від ворога під водою. Елементи мистецтва єдиноборств лягли в основу козацького танцю гопака, в якому виражається напруженість духовних і фізичних сил, порив до життя, наступальність і торжество перемоги, що вимагає гнучкості всіх частин тіла і блискавичної реакції.

Цілісна система козацького тіло виховання базувалася на загартуванні і підготовці організму до складних випробувань долі. Людина може розвиватися і жити нормально лише в тому випадку, коли її дії резонують із закономірностями, встановленими оточуючою нас природою. Козаки влітку спали просто зоряного неба, уявою і думкою намагалися проникнути в таємниці Космосу.

Наслідкування великих сил Космосу постійно супроводжує все наше життя. Порфирій Іванов залишив поради, названі «Детка», для розвитку людини в природі, формування її свідомості. «Детка» містить дванадцять порад, основою яких є контакти з природою, чистота думок і помислів, здоровий спосіб життя і загартовування.

Процедури загартовування

Процедури загартовування є включенням людини в цілющі впливи Природи. Для загартовування використовують повітря, сонце, воду. Основні процедури: повітряні і сонячні ванни, обтирання, обливання, душ, купання.

При проведенні холодової загартовуючої процедури подразнюються терморецептори шкіри, від яких нервовими волокнами миттєво посиляються сигнали в центральну нервову систему. Виникають відповідні команди, спрямовані на теплопродукцію і тепловіддачу. Теплопродукція виникає в результаті відтоку крові до внутрішніх органів і викликає почуття ознобу. Одночасно відбувається активізація обмінних процесів і продукovanість тепла в організмі, що призводить до розширення судин і почервоніння шкіри. В результаті багатократного повторення процедури підвищується стійкість організму до впливу низьких температур, відбувається тренування захисних реакцій організму.

Позитивний результат загартовування можливий при дотриманні таких умов:

1. Регулярність загартовування протягом року з урахуванням клімату і погоди.
2. Застосування декількох індивідуально підібраних процедур.
3. Тривалість процедур і сила їх впливу варіюються в залежності від стану здоров'я і індивідуальних особливостей.
4. За наявності ознак захворювання загартовування слід відкласти до повного одужання.

Загартовування має тисячолітню історію. Ще в папірусах Древнього Єгипту були вказівки про те, що можна оздоровлюватися повітряними чи водними

процедурами. У Спарті юнаки більшу частину року ходили босі, без головних уборів, що формувало витривалість, стійкість до випробувань. У Древній Греції загартовування набуло поширення у зв'язку з закликами Гіппократа до оздоровлення.

Форми і види оздоровчої роботи засобами фізичної культури

Основною організаційною формою фізичного виховання є урок, який має науково обґрунтовану структуру і проводиться фахівцями фізичного виховання відповідно до навчальних програм, забезпечує дітям і молоді базовий обсяг фізкультурних знань, умінь і навичок. Крім уроків, широко використовуються позаурочні форми: заняття у фізкультурних гуртках і секціях, у групах загальної фізичної підготовки, лікувальної фізичної культури тощо. Важливими формами фізичного виховання дітей і молоді є заняття в спортивних школах, клубах за інтересами, а також самостійні заняття фізичними вправами.

У житті кожної людини завжди можна знайти місце для фізичних вправ. Ходьба — найдоступніший вид фізичних вправ. Фізичне навантаження при ходьбі дозується швидкістю руху і пройденим шляхом. Починати ходьбу можна з 1 - 2 км і, додаючи в день по 250 - 500 м, довести її до 10 км і більше. Під час довготривалої ходьби закріплюються навички правильної осанки, дихання повинно бути вільним і ритмічним.

Біг проводять у кінці заняття, починаючи з 2 хв. При систематичному тренуванні тривалість бігу збільшується на 1 — 2 хв. За тиждень поступово його можна довести до 10 хв. Краще збільшувати час бігу, ніж швидкість.

Купання й плавання належать до найкорисніших загартовувальних процедур. Механічне подразнення нервових закінчень шкіри і м'язів, яке відбувається при плаванні, є своєрідним масажем. Плавання активізує обмін речовин, розвиває мускулатуру і серцево-судинну систему. Тривалість купання в перші дні — 2-5 хв.,

поступово час перебування у воді збільшується до 20-30хв. Плавання слід починати з дистанції 10-50м, поступово збільшуючи до 100-500м і більше.

Слід уникати переохолодження організму і втоми. Ходьба на лижах— найпопулярніша форма зимового відпочинку, пов'язана із значними енергозатратами організму. Швидкість руху—4-10км/год., темп—від 60 до 115 кроків за хвилину. Тривалість перших прогулянок—не більше 1-2 год. з поступовим збільшенням її до 3-4 год.

Спортивні й рухові ігри. Гра в бадмінтон, «м'яч у кол» і, «гольф» та інші дають фізичне навантаження, позитивні емоції, що підвищує життєвий тонус, працездатність, переключає увагу.

При виконанні різноманітних фізичних вправ працюють м'язи, покращується обмін речовин, що створює сприятливі умови для діяльності мозку. За відсутності руху гальмується кровообіг, викид продуктів життєдіяльності з мозку, пригнічується обмін речовин у легенях, що знижує опір щодо бактерій і мікроорганізмів. Тому користь навіть 10-хвилинних фізкультурних пауз, різних видів рухових вправ повертають людину до нормального стану.

Заняття фізкультурними вправами необхідні людині в різні періоди життя. В дитячому і підлітковому віці, коли ще тільки відбудовується нервово-м'язові координації, фізкультура необхідна для гармонійного розвитку особистості. У людини, організм якої вже сформувався, повільно відбуваються процеси окостеніння і склероз суглобів.

Виникає необхідність у своєрідних фізичних вправах з урахуванням вікових особливостей. Для людей похилого віку фізкультура стає засобом боротьби із змінами, що несе з собою старість. Тому фізична культура повинна бути масовою у боротьбі за здоров'я людини, її творчу активність і довголіття.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бальсевич В.К., Запорожнов В.А. Физическая активность человека. Киев: Здоровье, 1987.-224 с.
2. Баранов В.М. В мире оздоровительной физкультуры.- К.: Здоровье, 1991.-133 с.
3. Иващенко Л.Я., Круцевич Т.Ю. Методика физкультурно-оздоровительных занятий. – К.:УТУФВС, 1994. – 126с.
4. Иващенко Л.Я., Страпко Н.П. Самостоятельные занятия физическими упражнениями. – К.:Здоров'я,1988. – 156с.
5. 11. Мурахов И.В. Оздоровительные эффекты физической культуры и спорта. К.-1991.
6. 12. Паффенбергер Р.,Ольсен Э. Здоровый образ жизни. – К.:Олимпийская литература,1999. – 320с.

Катерина Марін

Науковий керівник: Сергій Ільченко

ВПЛИВ КОМПОНЕНТІВ ПРИРОДИ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Наші предки формувалися в природному середовищі. Вони збирали їстівні плоди, полювали на звірів, мокли під дощем і потерпали від спеки, шукали джерела води та схованки від хижаків. Природне середовище впливає на стан людини, на її здоров'я. Пильне повітря, брудна вода, дуже висока або дуже низька температура, неякісна їжа можуть завдавати шкоди нашому здоров'ю.

До навколишнього середовища людина пристосувалась у процесі еволюції і без нього жити не може, оскільки воно є спільним з її внутрішнім середовищем. З початку ембріонального зародження і до кінця свого життя людина контактує з компонентами навколишнього середовища (повітрям, водою, ґрунтом, продуктами харчування тощо). Життєдіяльність організму перебуває у безперервному динамічному взаємозв'язку з факторами навколишнього середовища [1].

На людину в навколишньому середовищі впливають різноманітні природні чинники: температура і вологість повітря, вітер, атмосферний тиск та інші. Вони постійно змінюються. Організм здорової людини здатний швидко пристосовуватися до цих змін. Люди зі слабким здоров'ям або після перенесеної хвороби дуже чутливі до примх погоди.

Так, за різкої зміни температури у людини може знизитися або підвищитися тиск крові. Перед дощем можуть боліти суглоби, відчуватися сонливість. Від спеки найбільше потерпають люди із захворюваннями серцево-судинної системи.

На застуди, ангіну і грип найчастіше хворіють узимку. Після зими організм людини також дуже вразливий щодо різних інфекцій. Йому важко протистояти різкому потеплінню, яке може змінюватися раптовим похолоданням.

Сучасне комфортне житло, теплий одяг, транспорт, інші блага цивілізації зменшили вплив природних чинників на організм людини, але знизили його опірність до їхніх несподіваних змін [2].

Проблеми компонентів природи сьогодні розглядаються як проблеми людської свідомості та її тісного зв'язку з природою. Стає ясно, що попередження та подолання екологічної катастрофи неможливе без зміни свідомого ставлення людини та молоді зокрема до навколишнього середовища, яке, своєю чергою, є ядром екологічної свідомості. Розглядаючи екологічну свідомість як частину цілісного світогляду, необхідно формувати його ключові настанови, основи та орієнтації в особистості з ранніх років. Екологічна свідомість буде цілісною системою уявлень молоді про світ, про своє місце у системі «людина–природа».

Екологія відіграє велику роль у житті молоді, вона зачіпає все сфери життя: харчування, здоров'я, життя, настроїв. Слід розуміти, що з погіршенням стану довкілля знижується якість життя. Розглянемо позитивний вплив екології на здоров'я. Ретельно зберігаються місця на планеті, де екологічна ситуація не схильна до руйнівного впливу промисловості [3].

У кожному сучасному місті в результаті життєдіяльності людей утворюється багато промислових і побутових відходів.

Від звалищ, розташованих поблизу міст, на велику відстань поширюється неприємний запах. На звалищах розмножується велика кількість мух, мишей і щурів, які є переносниками різних хвороботворних бактерій.

Діяльність людини призводить до постійного забруднення навколишнього природного середовища: атмосферного повітря, природних вод і ґрунтів.

Забруднення повітря.

В одних випадках забруднення повітря обумовлено газоподібними речовинами, в інших – присутністю зважених часток. Газоподібні домішки включають різні сполуки вуглецю, азоту, сірки і вуглеводнів. Найбільш поширені тверді домішки – це частинки пилу і сажі.

До основних джерел забруднення повітря відносяться підприємства паливно-енергетичного комплексу, транспорт і промислові підприємства.

Забруднення вод.

Основні забруднювачі природних вод – нафта і нафтопродукти, які надходять у воду в результаті природних виходів нафти в районах її залягання, нафтовидобутку, транспортування, переробки та використання в якості палива і промислової сировини.

Забруднення водного середовища відбувається при надходженні у водойми рідини, що стікає з оброблених хімікатами сільськогосподарських і лісових земель, і при скиданні у водойми відходів підприємств. Все це погіршує санітарно-гігієнічні показники якості води.

Забруднення ґрунтів.

Основними забруднювачами ґрунтів є метали та їх сполуки, радіоактивні елементи, а також добрива і пестициди (хімічні препарати, що застосовуються для боротьби з бур'янами) [4].

Люди у всьому світі приймають певні заходи по зменшенню шкідливих промислових викидів у навколишнє природне середовище, але цього покищо недостатньо. Кожна людина повинна і сама піклуватися про довкілля і своє здоров'я. Турбота про довкілля починається з власного будинку, вулиці, парку і т. д. Необхідно змінити своє споживацьке, агресивне ставлення до природи, замінити його турботою про збереження всього живого, брати участь в озелененні рідного міста чи населеного пункту [5].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1) http://cgz.vn.ua/nformatsya-dlya-naselennya/nformatsya-dlya-naselennya_485.html
- 2) <https://disted.edu.vn.ua/courses/learn/9316>
- 3) [Екологія — Вікіпедія \(wikipedia.org\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/Екологія)
- 4) <https://pervozvanivka.silrada.org/vplyv-navkolnyshnogo-seredovyshha-na-zdorovya-lyudyny/>
- 5) [7 простих порад, які допоможуть зберегти довкілля та ще й зекономити \(voanews.com\)](http://voanews.com)

Єлизавета Сербіна

Науковий керівник: Любов Корінчак

ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Здоров'я людини можна назвати одним із основних екологічних критеріїв якості навколишнього середовища. Для людини несприятливими є забруднення будь-якого із компонентів навколишнього середовища.

Основними забруднювачами атмосферного повітря є різні галузі промисловості: нафтовидобувна промисловість, виробництво будівельних матеріалів, теплоенергетика, підприємства металургійного комплексу, нафтохімічна промисловість, автотранспорт. Забруднення атмосферного повітря

сприяють появі підвищеної кількості запальних захворювань органів дихання і очей, захворювань серцевосудинної системи, інфекційних захворювань, раку легень, силікозом, хронічними бронхітами [2].

Вода є необхідною для життєдіяльності людини, і тому забруднення її є причиною багатьох захворювань. Хвороби, які викликаються бактеріологічним та хімічним забрудненням води, виникають внаслідок попадання у водойми сільськогосподарських та промислових стічних вод, а також нечистот. Найбільшу небезпеку розповсюдження захворювань водним шляхом представляють кишкові інфекційні захворювання, зокрема холера, черевний тиф, паратифи, дизентерія, лептоспіроз, сибірська виразка, туберкульоз.

Використання води із високою концентрацією кадмію призводить до розвитку нирковокам'яної хвороби, протеїнурії, захворювання печінки, анемії, злоякісних пухлин, захворювань шлунково-кишкового тракту. Вода, забруднена марганцем, може викликати порушення ліпідного обміну, пневмонії, психічні розлади; миш'яком – захворювання шлунково-кишкового тракту, органів дихання, рак шкіри [1].

Відомо, що під впливом навколишнього середовища в організмі людини можуть відбуватися передаються у спадок зміни (мутації). Постійне погіршення навколишнього середовища в кінцевому рахунку може привести до зниження захисних властивостей організму, який перестане опиратися різним захворюванням.

Люди у всьому світі приймають певні заходи по зменшенню шкідливих промислових викидів у навколишнє природне середовище, але цього покищо недостатньо.

Кожна людина повинна і сама піклуватися про довкілля і своє здоров'я. Турбота про довкілля починається з власного будинку, вулиці, парку і т. д. Необхідно змінити своє споживацьке, агресивне ставлення до природи, замінити

його турботою про збереження всього живого, брати участь в озелененні рідного міста чи населеного пункту [1].

Отже, основне завдання нашого часу – це не допустити незворотних змін, пов'язаних із забрудненням навколишнього середовища. Наш навколишній світ – це наш організм, оберігаючи навколишнє середовище – ми оберігаємо своє здоров'я. Щоб забезпечити виживання в нинішньому світі, потрібна єдність сучасного світорозуміння, єдність дій всього людства по збереженню природи, а також: розумне, раціональне використання природних ресурсів; розробка й запровадження у виробництво прогресивних екобезпечних технологій; вдосконалення й піднесення дієвості екологічного права; піднесення екологічної культури людей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Стефурак В. П. Навколишнє середовище і здоров'я людини. Медико-екологічна освіта / В. П. Стефурак, О. С. Ястребова // Галицький лікарський вісник. 2012. Т. 19, число 1. С. 126-128.
2. Яковенко М. Г. Людина та забруднення навколишнього середовища / М. Г. Яковенко, О. І. Зазимко, В. В. Россіхін, І. А. Кривицька // Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили]. Сер. : Техногенна безпека. 2013. Т. 210, Вип. 198. С. 66-67.

Ірина Легка

Науковий керівник: Світлана Козловська

ПОТРЕБИ СУСПІЛЬСТВА У ПРОФЕСІЙНІЙ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Сучасний розвиток суспільства потребує подальшого вдосконалення системи професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури, що передбачає від майбутнього учителя професіоналізму відповідно до обраної спеціальності. Для реалізації потреб суспільства у висококваліфікованих учителях фізичної культури

постає необхідність формування професійної компетентності, що дасть змогу майбутньому учителю з високою якістю виконувати поставлені завдання.

Під професійною компетентністю вважають головним чином, рівень власної професійної освіти, досвідом і персональними здібностями людини, її мотивованим прагненням до неперервної самоосвіти і самовдосконалення, творчим і відповідальним ставленням до справи [1, с. 74].

Дж. Равен в своїй роботі зазначає про те, що «висока компетентність потрібна від службовців на всіх рівнях управління і у всіх сферах нашого суспільства» [2, с.19].

В новому словнику термінів і понять під професійна компетентність визначається наступним чином. «Уміння викладача до успішної професійної діяльності; включає знання з області дидактики, психології, мовознавства, методики, психолінгвістики і інших наук, важливих для діяльності педагога, володіння професійними вміннями (конструктивними, організаторськими, гносеологічними, комунікативними), а також вміннями які дозволяють організувати діяльність навчаючих і керувати такою діяльністю. Професійна компетентність одна з основних цілей навчання в вузі і на курсах підвищення кваліфікації»...[3, с. 229 – 230].

Проблеми формування професійної компетентності є предметом досліджень таких науковців: А. Хуторський, І. Зимня, В. Черняков, М. Кадемія, С. Хоменко, О. Гауряк та інші.

Професійно-педагогічна компетентність – це поінформованість учителя про знання, уміння, навички та їхні нормативні ознаки, які необхідні для його праці; знання психолого-педагогічних основ реальної, педагогічної діяльності відповідно до її нормативних еталонів [4, с. 46].

Таким чином виявляючи суть професійної компетентності, було визначено, що професійна компетентність обґрунтовується як високоякісна здатність фахівця

до результативного виконання поставлених завдань. Підготовка високоефективних учителів фізичної культури є неможливим без формування у них професійної компетентності, тільки фахівець який має професійні компетентності може на належному рівні працювати в сучасній освіті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. – Київ; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2004. – 1440 с.
2. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). М.: Издательство ИКАР. Э. Г. Азимов, А. Н.Щукин. 2009
3. Педагогічна майстерність учителя фізичної культури. Навчальний посібник./За заг. ред. Г. В. Презлятої. - Івано-Франківськ: Підприємство «ЦСТПРІ «1НІН» ВОІ «СОІУ», 2011. - 314 с., т. - 300 пр.
4. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация / пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2002.

СУЧАСНІ ТRENДИ ФІТНЕС-ДІЄТОЛОГІЇ

Лілія Тимошенко

Науковий керівник Соколенко Людмила

СУЧАСНІ ТRENДИ ФІТНЕС-ДІЄТОЛОГІЇ

Фітнес-дієтологія – це наука про те, як правильно харчуватися для досягнення оптимальної фізичної форми та здоров'я. За останні роки фітнес – дієтологія стала дуже популярною, і це не дивно, оскільки все більше людей розуміють, що правильне харчування – це ключ до здоров'я і довголіття. Ось деякі з сучасних трендів у фітнес-дієтології:

Одним з основних трендів сучасної фітнес-дієтології є індивідуалізація харчування для досягнення максимальної ефективності спортивної тренування та оптимального стану здоров'я.

Рослинна їжа: все більше людей віддають перевагу рослинному харчуванню. Вони переконані, що таке харчування допомагає зберегти здоров'я і довголіття, а також захищає від багатьох хвороб. До такого харчування належать вегетаріанство, веганство та фрутаріанство. Перехід на рослинне харчування став популярним трендом у світі. Але терміном: вегетаріанство, рослинне харчування; нерідко позначають зовсім не схожі одна на одну дієти, що створює плутанину понять і непорозуміння серед прихильників різних раціонів.

Вегетаріанство (від англ. vegetable – овочі) – це система рослинного харчування, яка дозволяє певні продукти тваринного походження, наприклад, яйця та молоко, але виключає м'ясо, рибу та птицю.

Вегетаріанців можна розділити на 3 типи:

Ововегетаріанці (від лат. ovum (яйце) + vegetarian) – у раціоні містяться яйця;

Лактовегетаріанці (від лат. lac (молоко) + vegetarian) – вживають молоко;

Лактоово вегетаріанці (від лат. lac (молоко) та лат. ovum (яйце) + vegetarian) – в раціоні присутні молоко та яйця. [1]

Зменшення споживання м'яса є ще одним трендом в фітнес-дієтології. Це пов'язано з більшою увагою до довкілля та здоров'я, оскільки переробка м'яса впливає на клімат та може спричинити розвиток хвороб. Вміст протеїну можна забезпечити іншими продуктами, такими як горіхи, бобові та зерна.

Кето-дієти: кето-дієти стають все більш популярними серед тих, хто хоче схуднути і поліпшити здоров'я. Ця дієта базується на високому споживанні жирів, помірному споживанні білків і дуже низькому споживанні вуглеводів. Повільне харчування: багато людей споживають їжу в поспіху, не відводячи на це достатньо часу. Повільне харчування - це тренд, який закликає людей споживати їжу повільно і насолоджуватися кожним ковтком.

Кето - це універсальний термін того, що більш формально називають кетогенною дієтою або LCHF (Low Carb High Fat - мало вуглеводів, багато жирів). По суті, це система харчування з дуже низьким вмістом вуглеводів та основою на великий відсоток жиру. Типове співвідношення в класичному варіанті: 70-80% жиру, 10-20% білка і близько 5-10% вуглеводів. За це нам обіцяна струнка фігура, висока продуктивність, підйом енергії, зцілення від раку і збільшення тривалості життя як мінімум на 10 років.

Попри те, що keto dieta стала популярною в наші дні, їй вже близько 50 000 років, а відновлена вона була доктором Аткинсом в 1920 році для лікування епілепсії, з метою зменшення кількості прийнятих ліків. Крім того, її застосовували в до інсулінові часи для поліпшення стану при метаболічному синдромі й діабеті 2 типу [2].

Зменшення споживання м'яса є ще одним трендом в фітнес-дієтології. Це пов'язано з більшою увагою до довкілля та здоров'я, оскільки переробка м'яса впливає на клімат та може спричинити розвиток хвороб. Вміст протеїну можна забезпечити іншими продуктами, такими як горіхи, бобові та зерна.

Інтермітентне голодування (відмова від їжі на певний період) є одним з популярних підходів до контролю ваги та поліпшення загального стану здоров'я, який досліджується в рамках фітнес-дієтології.

Під час голодування організм ніби «прибирає сміття», що накопичилося в клітинах. Звичайно, перш ніж практикувати періодичне голодування, варто звернутися до лікаря, адже існують захворювання, наприклад, цукровий діабет, при якому така практика може зашкодити, навіть може бути небезпечною.

Дослідження свідчать, що може минути 2-4 тижні, перш ніж організм звикне до періодичного голодування. Ви можете відчувати голод, доки адаптуєтесь до нового розпорядку дня.[3]

Крім того, важливим трендом сучасної фітнес-дієтології є розвиток тематичних програм з харчування для різних категорій спортсменів, таких як програми для атлетів, які займаються ваговими видами спорту, програми для спортсменів та програми для марафонців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. [https://life.pravda.com.ua/columns/2022/09/30/250432/;](https://life.pravda.com.ua/columns/2022/09/30/250432/)
2. <https://fitomarket.com.ua/ua/fitoblog/keto-dieta-podrobna-ja-informacija-dlja-;>
3. <https://apteka-ds.com.ua/blog-item/intervalne-holoduvannia-bezpechno-chyni>

Всеукраїнська науково-практична конференція «Здоров'я для всіх»